ISSN 1300-6533

# Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

## 12. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

## 22-26 Nisan 2015

## BİLDİRİ ÖZETLERİ

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Yıl/Year 2015 Cilt/Volume 22 Sayı/Number 1-2

www.elcd.org

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Cilt/Volume 22 Sayı/Number 1-2 2015

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# 12. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi
# 22-26 Nisan 2015

## BİLDİRİ ÖZETLERİ

**Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery**

2015 Cilt / Volume 22 Sayı / Number 1-2

# Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery



SAHİBİ ve EDİTÖR / *OWNER and EDITOR-in-CHIEF*

ELCD adına / *On behalf of ELCD*

Cavit AVCI

YARDIMCI EDİTÖRLER / *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)*
Emre BALIK *(İstanbul)*
Umut BARBAROS *(İstanbul)*
Erdal Birol BOSTANCI *(Ankara)*
Dursun BU RA *(İstanbul)*
Yılmaz BÜYÜKUNCU *(İstanbul)*
Ahmet ÇOKER *(İzmir)*
Sezai DEMİRBAĞ *(Ankara)*
Sinan ERSİN *(İzmir)*
Emin ERSOY *(Ankara)*
Erhun EYÜBOĞLU *(İstanbul)*
Rasim GENÇOSMANOĞLU *(İstanbul)*
Haldun GÜNDOĞDU *(Ankara)*
Mehmet GÜREL *(Ankara)*
İsmail HAMZAOĞLU *(İstanbul)*
Abdullah İĞCİ *(İstanbul)*
Tayfun KARAHASANOĞLU *(İstanbul)*
Atila KORKMAZ *(Ankara)*
Neşet KÖKSAL *(İstanbul)*
Sezai LEVENTOĞLU *(Ankara)*
Zafer MALAZGİRT *(Samsun)*
Selçuk MERCAN *(İstanbul)*
Güner ÖĞÜNÇ *(Antalya)*
Mehmet Kemal ÖĞÜŞ *(Antalya)*
Ceyhun 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)*
Öner ŞANLI *(İstanbul)*
Yasemin ŞENYÜREK *(İstanbul)*
Mustafa TAŞKIN *(İstanbul)*
Korhan TAVİLOĞLU *(İstanbul)*
Cem TERZİ *(İzmir)*
Bülent TIRNAKSIZ *(Ankara)*
Koray TOPGÜL *(Samsun)*
Fatih TUNCA *(İstanbul)*
Ahmet TÜRKÇAPAR *(Ankara)*
Ali UZUNKÖY *(Şanlıurfa)*
Veli YALÇIN *(İstanbul)*
Sümer YAMANER *(İstanbul)*
Hakan YANAR *(İstanbul)*
Nihat YAVUZ *(İstanbul)*
Yunus YAVUZ *(İsvtanbul)*
Osman YÜCEL *(İstanbul)*
Kağan ZENGİN *(İstanbul)*

Redaksiyon ve Düzelti / Editing: *İsmail Cem SORMAZ*



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

*Official Journal of the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery*



Yazışma Adresi:

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

Tel : (0212) 414 23 82
Faks: (0212) 534 16 05

e-posta: elcd@elcd.org



Abone Koşulları:

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

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

# Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Cilt / *Volume* 22
Sayı / *Number 1-2*
2015



## 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 İnvaziv 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 ©) Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'ne aittir. Bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak olarak belirtmesi gereklidir. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir. Yayıncı ve dernek yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez.

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

*Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv 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 ©, 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 KÖSEOĞLU
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: reisdijital@gmail.com
Sayfa düzeni: Emel Kaya
Kapak: Emel Kaya

# İçindekiler

Hoş Geldiniz Yazısı ..... 3

Kongre Düzenleme Kurulu ..... 4

Yurt Dışından Davet Edilen Konuşmacılar ..... 5

Bilimsel Program ..... 6 - 13

Seçilmiş Sözlü Bildiriler ..... 16 - 17

Sözlü Bildiriler ..... 20 - 55

Poster Bildiriler ..... 56 - 103

Seçilmiş Video Bildiriler ..... 106 - 107

Video Bildiriler ..... 110 - 118

Klinik Çalışma ..... 119 - 125

Yazarlara Bilgi ..... 126 - 128

Alfabetik Dizin ..... 129 - 131

# 12. Ulusal Endoskopik Laparoskopik CerrahiKongresi

## 22 – 26 Nisan 2015

Cornelia Diamond Hotel - Belek / Antalya

Değerli Meslektaşlarımız,

"Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği" tarafından 22-26 Nisan 2015 tarihleri arasında Belek-Antalya'da düzenlenen 12. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi'ne hoş geldiniz.

Laparoskopik cerrahiyle ilgili temel bilgilerin gözden geçirileceği, güvenli laparoskopik cerrahi prensiplerinin vurgulanacağı ve teknolojik yeniliklere paralel olarak doğan ve gelişen modern/ ultramodern cerrahi tekniklerin tartışılacağı bu kongrenin amacı; meslektaşlarımızın laparoskopik cerrahi alanındaki bilgilerini güncellemek, yeniliklerin uygulamadaki yerlerini tartışmak ve laparoskopik ameliyatların cerrahlar tarafından güvenli olarak yapılmasını sağlamaktır.

Kongremizin ilk gününde, genel cerrahinin ilgi alanına giren ve güncel uygulanmakta olan laparoskopik ameliyatlarla ilgili 4 ayrı kurs gerçekleştirilecektir. Kongre süresince ilginizi çekeceğine inandığımız konular, alanında deneyimli ve saygın ulusal ve uluslararası konuşmacıların katkılarıyla, içeriği en iyi yansıtacak çeşitli sunum yöntemleri kullanılarak (konferans, panel, yandaş-karşıt görüş, yuvarlak masa, modifiye canlı yayın, video oturumu, vb) işlenecektir. Siz değerli katılımcıların bilimsel çalışmalarınızı sunacağınız sözlü bildiri ve video bildiri oturumları ile poster sunularının, izleyicilerin soru ve yorumlarıyla interaktif bir tartışma ortamında geçeceğini umuyoruz.

Ülkemizde laparoskopik cerrahinin başlangıç ve gelişme dönemine yaklaşık 25 yıldır hizmet eden derneğimizin iki yılda bir gerçekleştirdiği bu kongrede, laparoskopik cerrahiye ilgi duyan ve uygulayan genel cerrahi uzmanı meslektaşlarımıza, uzmanlık eğitimini sürdüren asistanlarımıza ve konuya ilgi duyan hemşirelerimize tekrar hoş geldiniz der, hepinize başarılı bir kongre geçirmenizi diler, dernek yönetim kurulu adına sevgi ve saygılarımızı sunarız.

**Prof. Dr. Aydın ALPER**
**Kongre Başkanı**

**Prof. Dr. Rasim GENÇOSMANOĞLU**
**Kongre Sekreteri**

# KONGRE DÜZENLEME KURULU

**KONGRE BAŞKANI**
AYDIN ALPER

**KONGRE SEKRETERİ**
RASİM GENÇOSMANOĞLU

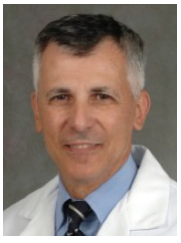
**ÜYELER**
M. LEVHİ AKIN
CAVİT AVCI
LEVENT AVTAN
UMUT BARBAROS
METİN ERTEM
M. MAHİR ÖZMEN
KAYA SARIBEYOĞLU
HAKAN T. YANAR

# BİLİMSEL KURUL

Osman Abbasoğlu, Ankara
Fatih Ağalar, Kocaeli
Özdemir Aktan, İstanbul
Ömer Alabaz, Adana
Acar Aren, İstanbul
Can Atalay, Ankara
Wafi Attaallah, İstanbul
Yılmaz Başar, İstanbul
Hasan Bektaş, İstanbul
Eren Berber, ABD
Roberto Bergamaschi, ABD
Fabio Vistoli, İtalya
Birol Bostancı, Sakarya
Süleyman Bozkurt, İstanbul
Mehmet Fatih Can, Ankara
Şenol Carıllı, İstanbul
Asım Cingi, İstanbul
Halil Coşkun, İstanbul
Çağatay Çifter, Ankara
Ender Dulundu, İstanbul
Baki Ekçi, İstanbul
Feza Ekiz, İstanbul
Yeşim Erbil, İstanbul
Cemalettin Ertekin, İstanbul
Erhun Eyüboğlu, İstanbul
Özgür Fırat, İzmir
Hakan Gök, İstanbul
Nuri Gönüllü, Kocaeli
Ömer Günal, İstanbul
Hakan Güven, İstanbul
Müşvik Hasanlı, Azerbaycan
Turgut İpek, İstanbul
Levent Kaptanoğlu, İstanbul
Ahmet Karamercan, Ankara
Aziz Kaya, İstanbul
Ekrem Kaya, Bursa
Cüneyt Kayaalp, Malatya
Sadık Kılıçturgay, Bursa
Mustafa Ali Korkut, İzmir
Neşet Köksal, Kars
Joel Leroy, Fransa
Özer Makay, İzmir
Zafer Malazgirt, Samsun
Selçuk Mercan, İstanbul
Mehmet Mihmanlı, İstanbul
Mario Morino, İtalya
Mahmut Müslümanoğlu, İstanbul
Manoel Galvao Neto, Brezilya
Güner Öğünç, Antalya
İlgin Özden, İstanbul
Vahit Özmen, İstanbul
Oğuz Polat, İstanbul
Aziz Sümer, İstanbul
Mustafa Şahin, Konya
Mustafa Şare, Ankara
Mustafa Taşkın, İstanbul
Yaman Tekant, İstanbul
Muhyittin Temiz, Hatay
Serdar Tezelman, İstanbul
Koray Topgül, Samsun
Selman Uranüs, Avusturya
Hüseyin Uzun, Kocaeli
Pascal Wintringer, Fransa
Tunç Yaltı, İstanbul
Yunus Yavuz, İstanbul
Cumhur Yeğen, İstanbul
Ahmet Zeki Yılmaz, Kayseri
Volkan Yumuk, İstanbul
Tayfun Yücel, Sakarya

# YURT DIŞINDAN DAVET EDİLEN KONUŞMACILAR

**Dr. Eren BERBER**
***Cerrahi Doçenti***
Robotik Endokrin Cerrahi
Bölüm Başkanı, Cleveland Klinik
**Cleveland-Ohio, ABD**



**Dr. Roberto BERGAMASCHI**
***Cerrahi Profesörü***
Kolorektal Cerrahi Bölüm Başkanı
Stony Brook Üniversitesi Tıp Fakültesi
**New York, ABD**

**Dr. Fabio VISTOLI**
***Cerrahi Doçenti***
Pisa Üniversitesi Tıp Fakültesi
**Pisa, İtalya**

**Dr. Joel LEROY**
***Cerrahi Profesörü***
IRCAD Eğitici ve Yöneticisi
**Strasbourg, Fransa**

**Dr. Mario MORINO**
***Cerrahi Profesörü***
Genel Cerrahi ve Onkolojik Cerrahi
Bölüm Başkanı
Torino Üniversitesi Tıp Fakültesi
**Torino, İtalya**

**Dr. Manoel Galvao NETO**
Gastro-Obezite Merkezi Başkanı
**Sao Paulo, Brezilya**

**Dr. Selman URANÜS**
***Cerrahi Profesörü***
Genel Cerrahi Bölümü, Cerrahi
Araştırma Birimi Başkanı
Graz Üniversitesi Tıp Fakültesi
**Graz, Avusturya**

**Dr. Pascal WINTRINGER**
Laparoskopik Cerrahi Ünitesi
Paris Amerikan Hastanesi
**Paris, Fransa**

## 22 Nisan 2015, Çarşamba

| | |
|---|---|
| 13.00 - 13.30 | **EĞİTİM OTURUMU - AKILCI İLAÇ KULLANIMI**<br>**Oturum Başkanı: Levhi Akın**<br>**Konuşmacı: Umut Barbaros** |
| 13.30 - 17.40 | **I. Laparoskopik Fıtık Cerrahisi Kursu**<br>**Kurs Yöneticileri: Metin Ertem, Zafer Malazgirt** |
| 13:30-13:50 | Karın duvarı anatomisi **- Metin Ertem** |
| 13:50-14:10 | Laparoskopik fıtık cerrahisinde kullanılan materyaller **- Hakan Gök** |
| 14:10-14:30 | Kasık fıtığında hasta seçimi **- Şenol Carıllı** |
| 14:30-14:50 | Ventral fıtıklarda hasta seçimi **- Zafer Malazgirt** |
| 14:50-15:00 | Sorular ve Tartışma |
| 15.00 - 15.20 | **KAHVE ARASI** |
| 15:20-15:40 | TAPP teknik **- Levent Avtan** |
| 15:40-16:00 | TEP teknik **- Koray Topgül** |
| 16:00-16:20 | LVFO teknik **- Nuri Gönüllü** |
| 16:20-16:30 | Sorular ve Tartışma |
| 16.30 - 16.50 | **KAHVE ARASI** |
| 16:50-17:10 | Laparoskopik kasık fıtığı onarımında komplikasyonlar **- Baki Ekçi** |
| 17:10-17:30 | Laparoskopik ventral onarımında komplikasyonlar **- Muhyittin Temiz** |
| 17:30-17:40 | **Sorular ve Tartışma, Kapanış** |
| 13.30 - 17.40 | **II. Laparoskopik Kolorektal Cerrahi Kursu**<br>**Kurs Yöneticileri: Ömer Alabaz, Hakan Yanar** |
| 13:30-13:40 | Açılış ve kursun tanıtımı **- Baki Ekçi** |
| 13:40-14:00 | Laparoskopik kolorektal cerrahide temel ekipman ve gereçler, enerji kaynakları, kavramlar, laparoskopi yardımlı, el yardımlı, laparoskopik uygulamalar **- Ömer Alabaz** |
| 14:00-14:20 | Laparoskopik kolorektal cerrahide anatomi ve onkolojik prensipler **- Mehmet Fatih Can** |
| 14:20-14:40 | Hasta seçimi ve ameliyat öncesi hazırlıkta yapılması gerekenler **- Fatih Ağalar** |
| 14.40 - 15.00 | **KAHVE ARASI** |
| 15:00-15:30 | Laparoskopik sağ hemikolektomi **- Mehmet Fatih Can** |
| 15:30-16:00 | Laparoskopik sol hemikolektomi **- Hakan Yanar** |
| 16:00-16:30 | Laparoskopik rektum cerrahisi LAR/ APR **- Hakan Yanar** |
| 16.30 - 16.50 | **KAHVE ARASI** |
| 16:50-17:10 | Diğer laparoskopik kolorektal cerrahi uygulamalar (Appendektomi, divertiküler hastalık, Stoma) **- Mahir Özmen** |
| 17:10-17:30 | Laparoskopik kolorektal cerrahide komplikasyonları önlemek için alınması gerekenler ve komplikasyonlara yaklaşımlar (Kanama, üreter yaralanması, anastomoz sorunları) **- Birol Bostancı** |
| 17:30-17:40 | Kursun değerlendirilmesi ve kapanış **- Birol Bostancı** |

| | |
|---|---|
| **13.00 - 17.40** | **III. Laparoskopik Bariatrik Cerrahi Kursu**<br>**Kurs Yöneticileri: Umut Barbaros, Asım Cingi** |
| 13:00-13:10 | Açılış ve Ön Test |
| 13:10-13:30 | Obezite cerrahisi için hasta hazırlığı **- Aziz Sümer** |
| 13:30-14:00 | Obezite cerrahisinin endokrinolojik yansımaları **- Volkan Yumuk** |
| 14:00-14:20 | Obezite cerrahisi için bir merkezin organizasyon yapısı ve standartları **- Güner Öğünç** |
| **14.20 - 14.30** | **KAHVE ARASI** |
| 14:30-15:00 | Restriktif yöntemler; Cerrahi teknikler ve etkinlikleri (Ayarlanabilir Gastrik Band, SleeveGastektomi) **- Asım Cingi** |
| 15:00-15:30 | Malabsorptif yöntemler: Cerrahi tekniklerve etkinlikleri( Roux-en-Y Gastrik Bypass, Mini Gastrik Bypass, BiliopankreatikDiversiyon(+-DS) **- Cüneyt Kayaalp** |
| 15:30-16:00 | Obezite cerrahisi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar ve yönetimi **- Güner Öğünç** |
| **16.00 - 16.10** | **KAHVE ARASI** |
| 16:10-16:30 | Obezite cerrahisinde endoskopik girişimler ve ameliyat öncesi, sonrası endoskopi **- Yunus Yavuz** |
| 16:30-16:50 | Sleeve gastrektomide teknik detaylar (Video oturumu) **- Süleyman Bozkurt, Asım Cingi** |
| 16:50-17:20 | Gastrik Bypass (Roux-en Y GB, Mini-GB) ameliyatında teknik detaylar (Video oturumu) **- Umut Barbaros, Cüneyt Kayaalp** |
| 17:20-17:30 | Son Test ve Kapanış |
| **13.30 - 17.40** | **IV. Laparoskopik Solid Organ Cerrahisi Kursu (sürrenal, dalak, distal pankreas)**<br>**Kurs Yöneticileri: Selman Uranüs, Serdar Tezelman** |
| 13:30-13:40 | Açılış ve kursun tanıtımı **- Serdar Tezelman** |
| 13:40-14:10 | Solid organ laparoskopik girişim tekniklerine genel bakış ve onkolojik cerrahideki yeri **- Selman Uranüs** |
| 14:10-14:30 | Single insizyonun laparoskopik solid organ cerrahisinde yeri ve kullanılan yeni araçlar **- Şenol Carıllı** |
| 14:30-14:50 | Robotik cerrahinin solid organ cerrahisinde kullanımı **- Özer Makay** |
| 14:50-15:00 | Sorular ve tartışma |
| **15.00 - 15.30** | **KAHVE ARASI** |
| 15:30-15:50 | Laparoskopik pankreatektomi **- Umut Barbaros** |
| 15:50-16:10 | Laparoskopik splenektomi **- Selman Uranüs** |
| 16:10-16:30 | Laparoskopik adrenalektomi **- Serdar Tezelman** |
| 16:30-16:45 | Sorular ve tartışma |
| 16:45-17:00 | Kursun değerlendirilmesi ve kapanış **- Selman Uranüs** |
| **18.00 - 18.15** | **AÇILIŞ TÖRENİ** |
| **18.15 - 18.45** | **AÇILIŞ KONFERANSI - RESİM VE CERRAHİ**<br>**Oturum Başkanı: Aydın Alper**<br>**Konuşmacı: Orhan Arıoğul** |
| **18.45 - 19.45** | **AÇILIŞ KOKTEYLİ VE MÜZİK DİNLETİSİ - GRUP MEZZO (CORNELIA DİAMOND SAHİL ŞERİDİ)** |

## 23 Nisan 2015, Perşembe

| | |
|---|---|
| 08.30 - 09.00 | **KONFERANS -1 / ERKEN EVRE REKTUM KANSERİNDE LOKAL EKSİZYON: ENDİKASYONLAR, TEKNİK**<br>**Oturum Başkanı: Mustafa Ali Korkut**<br>**Konuşmacı: Mario Morino** |
| 09.00 - 10.00 | **PANEL -1 / LAPAROSKOPİK MEZOKOLİK/MEZOREKTAL EKSİZYON**<br>**Oturum Başkanı: Ömer Alabaz**<br>- Sağ kolon kanserinde laparoskopik mezokolik eksizyon – **Roberto Bergamaschi**<br>- Rektum kanserinde laparoskopik total mezorektal eksizyon – **Mario Morino**<br>- Rektum kanserinde transanal total mezorektal eksizyon – **Joel Leroy** |
| 10.00 - 10.30 | **KAHVE ARASI** |
| 10.30 - 11.30 | **KAYDEDİLMİŞ AMELİYAT YAYINI -1 / MORBİD OBEZİTE AMELİYATLARI**<br>**Oturum Başkanı: Cavit Avcı**<br>- Sleeve gastrektomi – **Yunus Yavuz**<br>- Gastrik by-pass – **M. Galvao Neto**<br>- Mini gastrik by-pass – **Halil Coşkun** |
| 11.30 - 12.00 | **KONFERANS -2 / BARİATRİK CERRAHİDE ENDOLUMİNAL GİRİŞİMLER**<br>**Oturum Başkanı: Güner Öğünç**<br>**Konuşmacı: M. Galvao Neto** |
| 12.00 - 13.30 | **ÖĞLE YEMEĞİ** |
| 13.30 - 14.00 | **KONFERANS -3 / LAPAROSKOPİK MİDE KANSERİ CERRAHİSİ**<br>**Oturum Başkanı: Mustafa Şare**<br>**Konuşmacı: Pascal Wintringer** |
| 14.00 - 15.00 | **VİDEO PANEL -1 / LAPAROSKOPİK KARACİĞER CERRAHİSİ**<br>**Oturum Başkanı: Aydın Alper**<br>- Laparoskopik sol lateral segmentektomi – **Eren Berber**<br>- Laparoskopik sağ hepatektomi – **Fabio Vistoli**<br>- Laparoskopik metastazektomi – **Pascal Wintringer** |
| 15.00 - 15.30 | **KAHVE ARASI** |
| 15.30 - 16.15 | **YUVARLAK MASA -1 / LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİDE TEKNİK İPUÇLARI**<br>**Oturum Başkanı: Rasim Gençosmanoğlu**<br>**Tartışmacılar: Joel Leroy, Roberto Bergamaschi, Mario Marino, Ömer Alabaz, Hakan Yanar**<br>**Tartışma konuları:**<br>1. Diseksiyon aletlerinin seçimi<br>2. Laparoskopik kolorektal cerrahide İMA ligasyonu<br>3. Laparoskopik kolorektal cerrahide splenik fleksura mobilizasyonu<br>4. Aşağı anterior rezeksiyonda anastomoz yöntemleri |
| 16.15 - 17.00 | **SEÇİLMİŞ BİLDİRİ OTURUMU - 1 / SÖZLÜ BİLDİRİLER** **SSB-001 / SSB-005**<br>**Oturum Başkanı: Yeşim Erbil**<br>**Değerlendirme Kurulu: Özdemir Aktan, Mustafa Şare, Yaman Tekant, Levhi Akın, Asım Cingi** |
| 17.00 - 17.45 | **YANDAŞ / KARŞIT GÖRÜŞ - 1 / KARACİĞER PANKREAS CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPİ Mİ, ROBOT MU?**<br>**Oturum Başkanı: Eren Berber**<br>- Laparoskopik cerrahi – **Pascal Wintringer**<br>- Robotik cerrahi – **Fabio Vistoli** |

| | | |
|---|---|---|
| 18.00 - 19.30 | **BİLDİRİ OTURUMLARI** | |
| | **ANA SALON** | **VB-01 / VB-11** |
| | **LAPAROSKOPİK HEPATOPANKREATOBİLİYER CERRAHİ VİDEO BİLDİRİ OTURUMU** | |
| | **Oturum Başkanları: Metin Ertem, Ender Dulundu** | |
| | **SALON 1** | **SB-001 / SB-007** |
| | **LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1** | |
| | **Oturum Başkanları: Levhi Akın, Wafi Attaallah** | |
| | **SALON 2** | **SB-008 / SB-015** |
| | **LAPAROSKOPİK FITIK CERRAHİSİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1** | |
| | **Oturum Başkanları: Yılmaz Başar, Hakan Gök** | |
| | **SALON 3** | **SB-016 / SB-023** |
| | **LAPAROSKOPİK BARİATRİK CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1** | |
| | **Oturum Başkanları: Asım Cingi, Süleyman Bozkurt** | |
| | **SALON 4** | **SB-024 / SB-031** |
| | **LAPAROSKOPİK HEPATOPANKREATOBİLİYER CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1** | |
| | **Oturum Başkanları: Ahmet Zeki Yılmaz, Feza Ekiz** | |
| | **SALON 5** | **SB-032 / SB-039** |
| | **GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 1** | |
| | **Oturum Başkanları: Yaman Tekant, Hasan Bektaş** | |

## 24 Nisan 2015, Cuma

| | |
|---|---|
| 08.30 - 09.30 | **PANEL -2 / LAPAROSKOPİK BARİATRİK CERRAHİ**<br>**Oturum Başkanı: Mustafa Taşkın**<br>- Superobez hastaya yaklaşım – **Mahir Özmen**<br>- Adolesan yaş grubunda bariatrik tedavi seçenekleri – **Cüneyt Kayaalp**<br>- "Re-do" cerrahisi – **M. Galvao Neto**<br>- Bariatrik cerrahinin metabolik hastalıklara etkisi – **Mustafa Şahin** |
| 09.30 - 10.00 | **KONFERANS - 4 / KOLONİK DİVERTİKÜLER HASTALIKTA LAPAROSKOPİK CERRAHİ**<br>**Oturum Başkanı: Mahir Özmen**<br>**Konuşmacı: Roberto Bergamaschi** |
| 10.00 - 10.30 | **KAHVE ARASI** |
| 10.30 - 11.30 | **PANEL -3 / LAPAROSKOPİK PANKREAS CERRAHİSİ**<br>**Oturum Başkanı: Eren Berber**<br>- Laparoskopik Whipple ameliyatı – **Pascal Wintringer**<br>- Laparoskopik distal pankreatektomi – **Eren Berber**<br>- Robotik pankreatektomi – **Fabio Vistoli** |
| 11.30 - 12.00 | **KONFERANS -5 / LAPAROSKOPİK, NOSE, TaTME VE ROBOTİK KOLOREKTAL GİRİŞİMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**<br>**Oturum Başkanı: Ömer Günal**<br>**Konuşmacı: Joel Leroy** |
| 12.00 - 13.30 | **ÖĞLE YEMEĞİ** |
| 13.30 - 14.30 | **KAYDEDİLMİŞ AMELİYAT YAYINI -2 / ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK REKTUM CERRAHİSİ**<br>**Oturum Başkanı: Metin Ertem**<br>- Transanal endoskopik cerrahi uygulamalar (TAMİS, TEM) – **Mario Morino**<br>- Rektal prolapsus – **Levent Avtan**<br>- Rektum kanserinde silindirik rezeksiyon – **Roberto Bergamaschi** |
| 14.30 - 15.00 | **YANDAŞ - KARŞIT GÖRÜŞ - 2 / LAPAROSKOPİK VENTRAL HERNİ CERRAHİSİ**<br>**Oturum Başkanı: Zafer Malazgirt**<br>- Her ventral herni laparoskopik olarak onarılabilir! – **Metin Ertem**<br>- Her ventral herni laparoskopik olarak onarılamaz! – **Şenol Carıllı** |
| 15.00 - 15.30 | **KAHVE ARASI** |
| 15.30 - 16.15 | **SEÇİLMİŞ BİLDİRİ OTURUMU - 2 / VİDEO BİLDİRİLER** **SVB-001 / SVB-005**<br>**Oturum Başkanı: Ahmet Zeki Yılmaz**<br>**Değerlendirme Kurulu: Erhun Eyüboğlu, İlgin Özden, Neşet Köksal, Aziz Kaya, Levent Kaptanoğlu** |
| 16.15 - 17.00 | **NASIL YAPIYORUM- 1 / LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI ONARIMI**<br>**Oturum Başkanı: Nuri Gönüllü**<br>- TAPP – **Özgür Fırat**<br>- TEP – **Zafer Malazgirt**<br>- Nüks olgular – **Metin Ertem** |
| 17.00 - 17.45 | **PANEL- 4 / LAPAROSKOPİK ENDOKRİN CERRAHİSİ: GÜNCEL YAKLAŞIMLAR**<br>**Oturum Başkanı: Selçuk Mercan**<br>- Tiroid-paratiroid cerrahisinde laparoskopik ve robotik girişimlerin yeri – **Eren Berber**<br>- Geleneksel laparoskopik adrenalektomi ve SILS – **Serdar Tezelman**<br>- Robotik adrenalektomi – **Özer Makay** |

| | | |
|---|---|---|
| 18.00 - 19.30 | **BİLDİRİ OTURUMLARI** | |
| | **ANA SALON** | **VB-12 / VB-23** |
| | **LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ VİDEO BİLDİRİ OTURUMU**<br>**Oturum Başkanları: Ömer Alabaz, Can Atalay** | |
| | **SALON 1** | **SB-040 / SB-046** |
| | **LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2**<br>**Oturum Başkanları: Mustafa Ali Korkut, Levent Kaptanoğlu** | |
| | **SALON 2** | **SB-047 / SB-055** |
| | **LAPAROSKOPİK HİATAL BÖLGE CERRAHİSİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU**<br>**Oturum Başkanları:Turgut İpek, Erhun Eyüboğlu** | |
| | **SALON 3** | **SB-056 / SB-063** |
| | **LAPAROSKOPİK BARİATRİK CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2**<br>**Oturum Başkanları: Mahir Özmen, Cüneyt Kayaalp** | |
| | **SALON 4** | **SB-064 / SB-071** |
| | **LAPAROSKOPİK SOLİD ORGAN CERRAHİSİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU**<br>**Oturum Başkanları: Çağatay Çifter, Şenol Carıllı** | |
| | **SALON 5** | **SB-072 / SB-080** |
| | **ROBOTİK CERRAHİ VE NOTES SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU**<br>**Oturum Başkanları: Eren Berber, Özer Makay** | |
| 21.00 - 23.00 | **KONSER: GRUP MEZZO (HAVUZ BAŞI)** | |

## 25 Nisan 2015, Cumartesi

| | |
|---|---|
| 08.30 - 09.15 | **VİDEO FORUM -1 / TRAVMA VE ACİL CERRAHİDE LAPARO-ENDOSKOPİNİN YERİ**<br>**Oturum Başkanı: Cemalettin Ertekin**<br>**Tartışmacılar: Cemalettin Ertekin, Acar Aren, Hakan Güven, Birol Bostancı**<br>**Olgu-1:** Özofagus perforasyonu<br>**Olgu-2:** Akut mekanik intestinal obstrüksiyon<br>**Olgu-3:** Pankreatik nekrozektomi |
| 09.15 - 10.00 | **YUVARLAK MASA -2 / LAPAROSKOPİK CERRAHİDE ETİK VE MEDİKO-LEGAL SORUNLAR**<br>**Oturum Başkanı: Özdemir Aktan**<br>**Tartışmacılar: Rasim Gençosmanoğlu, Oğuz Polat, Verda Ersoy** |
| 10.00 - 10.30 | **KAHVE ARASI** |
| 10.30 - 11.30 | **PANEL - 5 / GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİ**<br>**Oturum Başkanı: Mehmet Mihmanlı**<br>- İntraoperatif endoskopi uygulamaları – **Asım Cingi**<br>- Endoultrason endikasyonları – **Ender Dulundu**<br>- Polipektomi komplikasyonlarının yönetimi – **Hasan Bektaş**<br>- ERCP komplikasyonlardan kaçınma ve yönetimi – **Yaman Tekant** |
| 11.30 - 12.00 | **KONFERANS - 6 / ENDOSKOPİK-LAPAROSKOPİK CERRAHİ: EĞİTİMİ VE GELECEĞİ**<br>**Oturum Başkanı: Cavit Avcı**<br>**Konuşmacı: Selman Uranüs** |
| 12.00 - 13.30 | **ÖĞLE YEMEĞİ** |
| 13.30 - 14.15 | **VİDEO FORUM- 2 / LAPAROSKOPİK ANTİ-REFLÜ CERRAHİ**<br>**Oturum Başkanı: Levent Avtan**<br>**Tartışmacılar: Vahit Özmen, Ömer Günal, Turgut İpek**<br>**Olgu-1:** (endikasyon hatası)<br>**Olgu-2:** (perforasyon, darlık)<br>**Olgu-3:** (büyük hernide hiatal krurorafi/kruroplasti) |
| 14.15 - 15.00 | **VİDEO PANEL- 2 / ACİL CERRAHİDE LAPAROSKOPİK GİRİŞİMLER**<br>**Oturum Başkanı: Cemalettin Ertekin**<br>- Divertikül perforasyonu – **Selman Uranüs**<br>- Komplike akut kolesistit – **Yaman Tekant**<br>- Peptik ülser perforasyonu – **Hakan Güven**<br>- Gebelikte akut karın sendromu – **Tayfun Yücel** |
| 15.00 - 15.30 | **KAHVE ARASI** |
| 15.30 - 16.30 | **VİDEO PANEL - 3 / TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK CERRAHİ**<br>**Oturum Başkanı: Mustafa Şahin**<br>- Tek kesiden kolesistektomi – **Aydın Alper**<br>- Tek kesiden appendektomi – **Şenol Carıllı**<br>- Tek kesiden kolektomi – **Hakan Yanar**<br>- Tek kesiden morbid obezite cerrahisi – **Umut Barbaros** |
| 16.30 - 17.15 | **NASIL YAPIYORUM - 2 / ÇEŞİTLİ AMELİYATLARDA FARKLI TEKNİKLER**<br>**Oturum Başkanı: Mahmut Müslümanoğlu**<br>- Enerji cihazlarının kullanımı – **Ahmet Karamercan**<br>- İntersfinkterik rektum rezeksiyonu – **Tunç Yaltı**<br>- Yeni nesil "stapler" cihazlarının kullanımı – **Mahir Özmen** |

| | |
|---|---|
| 17.15 - 18.00 | **VİDEO FORUM -3 / LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE KOMPLİKASYON YÖNETİMİ**<br>**Oturum Başkanı: Sadık Kılıçturgay**<br>**Tartışmacılar: Osman Abbasoğlu, Cumhur Yeğen, İlgin Özden, Ekrem Kaya, Feza Ekiz**<br>**Olgu-1:** Kanama<br>**Olgu-2:** Safra yolu yaralanması<br>**Olgu-3:** Diğer organ yaralanması |
| 18.00 - 19.30 | **BİLDİRİ OTURUMLARI** |
| | **ANA SALON** — **VB-24 / VB-33** |
| | **LAPAROSKOPİK BARİATRİK CERRAHİ VİDEO BİLDİRİ OTURUMU**<br>**Oturum Başkanları: Umut Barbaros, Halil Coşkun** |
| | **SALON 1** — **SB-081 / SB-088** |
| | **LAPAROSKOPİK ACİL CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU**<br>**Oturum Başkanları: Acar Aren, Müşvik Hasanlı** |
| | **SALON 2** — **SB-089 / SB-096** |
| | **LAPAROSKOPİK FITIK CERRAHİSİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2**<br>**Oturum Başkanları: Özgür Fırat, Hüseyin Uzun** |
| | **SALON 3** — **SB-097 / SB-104** |
| | **LAPAROSKOPİK BARİATRİK CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 3**<br>**Oturum Başkanları: Güner Öğünç, Mehmet Mihmanlı** |
| | **SALON 4** — **SB-105 / SB-112** |
| | **LAPAROSKOPİK HEPATOPANKREATOBİLİYER CERRAHİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2**<br>**Oturum Başkanları: İlgin Özden, Birol Bostancı** |
| | **SALON 5** — **SB-113 / SB-120** |
| | **GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2**<br>**Oturum Başkanları: Ömer Günal, Neşet Köksal** |
| 19.30 - 20.00 | **ÖDÜLLERİN AÇIKLANMASI ve KAPANIŞ TÖRENİ** |

## 26 Nisan 2015, Pazar

| | |
|---|---|
| TÜM GÜN | **OTELDEN ÇIKIŞ** |

Özgür FIRAT 33, 52, 86, 113
Özgür SEĞMEN 26
Özgür YILDIRIM 75, 81
Özhan ALBAYRAK 79
Özhan ÇETİNDAĞ 32
Özlem GÜR 70, 86

**P**
Pelin BASIM 21, 40
Pınar Çiğdem KOCAEL 95
Pınar SAYIN 20, 52

**R**
Rahman ŞENOCAK 114
Ramazan ERYILMAZ 117
Rasim GENÇOSMANOĞLU 27
Rıdvan SEVEN 33, 34, 46
Rıza Gürhan IŞIL 20, 26, 52
Rıza KUTANİŞ 20
Rüçhan Bahadır CELEP 29, 63, 92, 112

**S-Ş**
Sabahattin DESTEK 24, 72, 82, 97
Sabri ERGÜNEY 114, 115
Sabri Selçuk ATAMANALP 62, 68, 75, 85, 93
Şahin KAHRAMANCA 38, 49, 83, 91, 110
Şahnaz İSGANDAROVA 16, 42, 52
Şakir KARPUZ 25, 57
Salih Can ÇELİK 81, 86
Salih DEMİRCİOĞLU 30, 57, 116
Salih GÜNDOĞU 90
Salih PEKMEZCİ 95
Salih TOSUN 40
Samet YARDIMCI 27
Savaş BAYRAK 61, 79, 83, 99, 102
Savaş YAKAN 23, 48, 49, 74, 83, 93
Sedat KAMALI 103
Selçuk ARSLAN 19, 33, 116
Selçuk MERCAN 33, 34, 46
Selda GÜCEK HACIYANLI 81
Selda HACIYANLI 22
Selim DOĞAN 33, 34, 46
Selim KEÇEOĞLU 35, 37
Selim SÖZEN 76
Semih HOT 103
Sena CÖMERT 47, 77
Şenol CARILLI 65, 89
Seracettin EĞİN 103
Sercan BÜYÜKAKINCAK 113
Sercan YÜKSEL 84, 91, 119
Serdar AYDOĞAN 48, 74, 83, 93
Serdar GÜMÜŞ 47, 61, 67
Serdar KIRMIZI 96
Serdar TEZELMAN 65
Serdar YORMAZ 58, 59, 67, 70, 78, 87, 96, 99
Sergülen AYDIN 91
Serkan AHİOĞLU 24, 72, 82, 97
Serkan Fatih YEĞEN 40
Serkan KARAİSLİ 70, 88
Serkan SARI 79, 99
Server Sezgin ULUDAĞ 62, 95
Servet KARAGÜL 36
Servet Rüştü KARAHAN 103
Setaç Ata GÜLER 75
Sevinc Galib kızı GARAYEVA 60
Sezgin ULUDAĞ 110
Sezgin YILMAZ 29, 63, 71, 92, 100, 112
Sibel GELECEK 52
Sibel OBA 20, 52
Sibel ÖZKARA 112
Sina FERAHMAN 45, 62, 110
Sina MOKHTARE 116
Sinan ERSİN 33, 52, 86, 113
Sinan HATİPOĞLU 53, 76, 78, 112
Sinan ÖMEROĞLU 18, 26
Sinan TIRAŞ 22, 31
Sinan UZMAN 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Songül ÇUĞLAN 71
Suat AKTAŞ 47, 77
Suat BENEK 72
Şahnaz İSGANDAROVA, 16
Şevki PEDÜK 17, 87
Şükrü ARSLAN 57, 62, 64, 85, 93, 106
Şükrü ÇOLAK 61, 83
Süleyman BADEMLER 84
Süleyman BOZKURT 31, 46, 111
Süleyman ÇETİNKÜNAR 38, 76
Süleyman DEMİRYAS 110, 115
Süleyman ORMAN 25, 40
Süreddin ZEYNALOV 38, 45

**T**
Tahsin DALGIÇ 16, 29, 53, 106
Talar VARTANOĞLU 20
Tamer KAVASOĞLU 68, 94
Taner AKGÜNER 81
Taryel Isgender ÖMEROV 21
Taylan Özgür SEZER 33, 52, 86, 113
Tevfik KÜÇÜKPINAR 83, 110
Tevfik Tolga ŞAHİN 16, 42, 52
Timuçin AYDOĞAN 24
Tolga CANBAK 17, 47, 77, 83
Tufan ÇİFTÇİ 48
Tuğçe Karaçay ERDOĞAN 49
Tuğrul ÇAKIR 69, 87, 94
Tuğrul ÖZDEMİR 24
Tunç EREN 24
Tunç LAÇİN 30, 116
Turan ACAR 60, 70, 75, 81, 84, 86, 88
Turgay YILDIZ 102
Turgut ANUK 91
Turgut DÖNMEZ 45, 110
Turgut İPEK 114
Turgut Tunç EREN 25
Türker ERTÜRK 53, 76, 78, 112
Türker KARABUĞA 27, 32, 43, 44

**U-Ü**
Ufuk Oğuz İDİZ 20, 26
Uğur GÖKÇELLİ 47, 63
Ulaş Ayvaz URGANCI 93
Ulaş URGANCI 83
Umut BARBAROS 33, 34, 46
Umut Rıza GÜNDÜZ 68, 69, 74, 94
Utku Tonguç YILMAZ 35
Uygar DEMİR 20, 26, 52
Ülkem ÇAKIR 53, 76, 78, 112

**V**
Vahit Onur GÜ 72
Vahit Onur GÜL 24, 72, 82, 97
Varlık EROL 32
Veli VURAL 106, 117
Veysel UMMAN 115
Volkan ÇAKIR 84, 88
Volkan ÖTER 16, 29, 53, 106, 115, 116
Volkan TÜMENTEMUR 97
Vural SOYER 71

**W**
Wafi ATTAALLAH 25, 27, 57

**Y**
Yaman TEKANT 91
Yaşar ÖZDENKAYA 21, 40
Yasin PEKER 22, 60
Yavuz DAŞDEMİR 49
Yeliz Emine ERSOY 31, 46
Yeşim ERBİL 34, 46, 72, 97
Yiğit DÜZKÖYLÜ 79, 99
Yiğit SOYTAŞ 84, 91, 119
Yüksel ALTINEL 66
Yüksel ALTUNTAŞ 20, 52
Yüksel ARIKAN 29, 63, 71, 92, 100, 112
Yunus TAŞÇI 31, 46, 111
Yunus YAVUZ 118
Yurdakul Deniz FIRAT 113
Yusif Rauf Oglu ELİYAROV 27
Yusuf ÖZOĞUL 16, 29, 53
Yusuf YAĞMUR 47, 61, 67
Yusuf YÜCEL 24

**Z**
Zehra Zeynep KEKİKKIRAN 26, 95
Zeki ÖZSOY 16
Zeynep Deniz KOZLUKLU 79, 99
Zeynep Gül ŞİMŞEK 26
Zeynep MUMCU 86
Zeynep ŞENER BAHÇE 67
Zeynep TATAR 24, 72, 82
Ziya Taner ÖZKEÇECİ 29, 63, 112
Z.T.ŞIRINOV 82

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# SEÇİLMİŞ SÖZLÜ BİLDİRİLER

## SSB-01
## HANGİSİNDEN BAŞLAMALI: TEKPORT KOLESİSTEKTOMİ Mİ TEKPORT APPENDEKTOMİ Mİ?

Taylan Özgür SEZER, Özgür FIRAT, İlhami SOLAK, Adem GÜLER, Sinan ERSİN, Cüneyt HOŞCOŞKUN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İzmir

**Amaç:** Tek porttan yapılan cerrahi ameliyatlar hasta için mükemmel kozmetik sağlarken cerrah için ise teknik olarak daha zor, daha uzun amaliyat süresi ve daha fazla tecrübe gerektirmektedir. Bu yeni tekniği öğrenme aşamasında hangi ameliyatın yapılması gerektiği tartışma konusudur.
Yöntem: Temmuz 2012 ile Kasım 2013 arasında toplam 179 hastaya tek porttan laparoskopik ameliyat uygulandı. 95 (%53) hastaya kolesistektomi, 45 (%25.1) hastaya appendektomi, 25 (%13.9) hastaya transabdominal preperitoneal onarım, 4 (%2.2) hastaya umblikal herni onarımı, 10 (%5.5) hastaya splenektomi uygulandı.
**Sonuç:** Demografik veriler, postoperatif erken ve geç dönem komplikasyonu, hastanede yatış süresi, dren kullanımı, hasta memnuniyeti iki grup için benzerdi, >0.05. Ameliyat süresi tek port kolesistektomide daha uzundu (38 dk vs 25 dk, <0.05). Konvansiyonel laparoskopiye geçiş kolesistektomide daha fazla olmasına rağmen anlamlı fark saptanmadı, (>0.05).
Tartışma: Tek port laparoskopi cerrahi teknik olarak zor ve öğrenme eğrisi uzundur. Ancak yeni başlayanlarda tekniğe adapte olmaları için laproskopik kolesistektomi yerine laparoskopik appendektomi ile başlamaları ve apendiks güdüğünü stapler ile kapatmaları daha uygun olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Tek Port, Laparoskopi, Kolesistektomi, Appendektomi

## SSB-02
## MİDE KANSERİNDE LAPAROSKOPİK *VS.* AÇIK RADİKAL GASTRİK REZEKSİYONLAR

Mehmet Mahir ÖZMEN[1], Tevfik Tolga ŞAHİN[1], Şahnaz İSGANDAROVA[1], Sibel GELECEK[2], Emre GÜNDOĞDU[2]
[1]Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara
[2]Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

**Giriş:** Laparoskopik cerrahi, mide kanseri nedeniyle yapılan rezeksiyonlarda gün geçtikçe daha çok uygulanmaktadır. Laparoskopik mide rezeksiyonlara onkolojik etkinlik ve güvenlik açısından şüpheyle bakılmaktadır. Bu çalışmanın amacı laparoskopik ve açık olarak gerçekleştirlen mide rezeksiyonların etkinliğinin karşılaştırılmasıdır.
**Hastalar ve Yöntem:** Mide kanseri nedeniyle yapılan laparoskopik ve açık rezeksiyonlar arasından yaş, cinsiyet ve diğer demografik yapıları birbirine benzer 25(8K) laparoskopik rezeksiyon ve 25 açık (2K) rezeksiyon onkolojik sonuçları açısından karşılaştırıldı.
**Bulgular:** Laparoskopik cerrahi yapılan hastalarda tümör yerleşimleri antrum(n=9), antrum-korpus(n=8), kardiya(n=6), korpus-kardiya(n=1) ve korpus(n=1). Açık cerrahi uygulanan hastalarda ise tümör yerleşimleri kardiya(n=7), korpus(n=10), korpus-kardiya(n=7) ve antrum(n=1) olarak saptandı. Laparoskopik cerrahi yapılan hastalarda UICC/AJCC'ye göre T1(n=2), T2(n=8), T3(n=8) ve T4(n=7) hastada bulundu. Açık grupta UICC/AJCC'ye göre T2 (n=8), T3 (n=10), T4 (n=7) hastada bulundu. Laparoskopik grupta 9 hastaya distal subtotal gastrektomi ve 17 hastaya total gastrektomi yapılırken açık grupta hastaların hepsine total gastrektomi yapıldı. Laparoskopik grupta 1 hastaya D1 lenf nodu diseksiyonu, 23 hastaya D1,5 (D1α ve β) ve 1 hastaya D2 lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Açık yapılan grupta ise hepsine D2 lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Laparoskopik grupta 2 hasta da komplikasyon mevcuttu (1 anastomoz kaçağı ve 1 anastomoz darlığı); her iki hasta da medikal izlem ile tedavi edildi. Açık grupta 2 hastada komplikasyon gelişti (brid ileus ve kanama) ve her ikisi de postoperatif dönemde reopere edilerek tedavi edildi. Hastanede kalış süreleri ve çıkarılan lenf nodu sayısı açısından anlamlı fark saptanmadı.
**Sonuç ve Yorum:** Onkolojik prensiplere uygun total ve subtotal gastrektomi laparoskopik olarak güvenle ve etkin bir şekilde yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik cerrai, total gastrektomi, subtotal gastrektomi, lenf nodu diseksiyonu

## SSB-03
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ AMELİYATININ TİP II DİYABET TEDAVİSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet MİHMANLI[1], Rıza Gürhan IŞIL[1], Emre BOZKURT[1], Uygar DEMİR[1], Cemal KAYA[1], Özgür BOSTANCI[1], Canan Tülay IŞIL[2], Pınar SAYIN[2], Sibel OBA[2], Feyza Yener ÖZTÜRK[3], Yüksel ALTUNTAŞ[3]
[1]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları kliniği, İstanbul

**Amaç:** Günümüzde Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ameliyatı ülkemizde en sık yapılan obezite ameliyatlarından biri olup, obezite tedavisinin yanında endokrin hastalıkları da tedavi etmektedir. Bu nedenle Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Ameliyatının Tip II Diyabet Tedavisi üzerine tedavi edici etkisini araştırmayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ameliyatı yapılan toplam 86 hastadan operasyon öncesi HgA1c değeri 6' nın üzerinde olan 48 hasta çalışmaya dahil edildi. Kontrole düzenli olarak gelmeyen 1 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların preoperatif ve postoperatif 6. aydaki HgA1c değerleri ölçüldü. Hastaların insülin veya oral anti diyabetik ilaç alıp almadıkları sorgulandı. Bariyatrik cerrahi sonrası Diyabet remisyon kriterleri kullanıldı. Diyabet remisyon kriterleri parsiyel remisyon ve komplet remisyon olarak ayrıldı.
**Bulgular:** Toplamda 47 diyabetik hastanın 11i operasyon öncesi insülin, 16sı oral antidiyabetik ilaç kullanıyordu, 20si hiç ilaç kullanmıyordu. Hastaların ortalama takip süresi 9 ay (en az 6 en çok 13 ay) idi. Oral antidiyabetik kullanan 16 hastanın tamamında Komplet remisyon, İnsülin tedavisi kullanan 11 hastanın 9unda komplet remisyon, 1' inde parsiyel remisyon ve 1' inde HgA1c değeri %6.3 olmasına rağmen oral

antidiyabetik tedavisi ile bu değerin sağlandığı görülmüştür. İlaç kullanmayan 20 hastanın tamamında komplet remisyon görülmütür. Laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastaların %95.74ünde Komplet remisyon, %2.12sinde parsiyel remisyon ve %2.12sinde diyabetin devam ettiği görülmüştür.
**Sonuç:** Çalışmamızda Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ameliyatının Tip II diyabet üzerine 6 aylık takip periodu içinde iyileştirici etkisi olduğu saptanmıştır. Ancak literatürde uzun dönem takiplerde komplet remisyonun %80 civarında olduğu bildirilmiştir. Biz de hastalarımızın takip süreleri uzadıkça ve daha çok diyabetik hasta opere oldukça bu değerlerin değişebileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Tip II Diyabet

## SSB-04
## CANLI VERİCİLİ DONÖR NEFREKTOMİDE LAPAROSKOPİK YÖNTEM TERCİHLERİMİZ

Özgür ÇAVDAROĞLU[1], Sinan HATİPOĞLU[1], Türker ERTÜRK[1], Ülkem ÇAKIR[1], Alihan GÜRKAN[2], İbrahim BERBER[1]
[1]Acıbadem Üniversitesi, Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul
[2]Özel Memorial Hastanesi, Antalya

**Amaç:** Günümüzde laparoskopik donör nefrektomide farklı laparoskopik yöntemler kullanılmakta olup kliniğimizde uyguladığımız dört farklı laparoskopik donör nefrektomi sonuçlarımızı gözden geçirdik.
**Hastalar ve Metod:** Merkezimizde Kasım 2010 ve Ocak 2015 tarihleri arasında yapılan 550 vakalık laparoskopik donör nefrektominin verileri retrospektif olarak değerlendirdik.
**Bulgular:** Donörlerin 458'una standart laparoskopik donör nefrektomi, 76 sına vaginal çıkarımlı laparoskopik donör nefrektomi, 11'inde tek port donör nefrektomi, 5 sine vaginal çıkarımlı tek port donör nefrektomi yapıldı. 550 vakanın 324'i kadın, 226'i erkek vericilerden oluşmakta olup 400'ünde sol nefrektomi yapıldı. Ortalama donör yaşı 49,16±12,84, vucut kitle indeksi 28,46±5,77 ameliyat süresi 149,40±29,24 dakika, sıcak iskemi süresi 169,29±50,07 saniye, verici kanama miktarı 70,83±71,34 ml dir.Donör ortalama yatış süresi 2,53±0,99 gündür. Vakaların hiçbirinde açık operasyona geçilmemiştir. Hiç bir vakada re-operasyon gerekmemiş olup mortalite gözlenmedi. Uyguladığımız laparoskopik yöntemlerin morbidite açısından (standart laparoskopi grubunda 3 olguda lenforaji, 2 olguda derin ven trombozu) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiş olup morbiditeler medikal tedaviyle düzeldi.
**Sonuç:** :Tüm vakalar için standart laparoskopik donör nefrektomi altın standart olmaya devam etmektedir.Uygun anatomiye sahip kadın vakalarda tek port vaginal laparoskopik donör nefrektomi ve vaginal çıkarımlı laparoskopik donör nefrektomi önerilir. Artan deneyim sonucunda tek port donör nefrektomi de güvenle kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Donör nefrektomi, Cerrahi yöntem.

## SSB-05
## ÜLSERATİF KOLİT VE FAMİLYAL ADENOMATOZ POLİPOZİS NEDENİ İLE LAPAROSKOPİK TOTAL KOLEKTOMİ YAPILAN OLGULARIMIZIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI: 46 OLGU

Erdal Birol BOSTANCI, Tahsin DALGIÇ, Yusuf ÖZOĞUL, Volkan ÖTER, İlter ÖZER, Murat ULAŞ, Musa AKOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Kliniğimizde ülseratif kolit(ÜK) ve familyal adenomatoz polipozis(FAP) için laparoskopik total kolektomi yapılan olguların erken dönem sonuçları bildirilmektedir.
Gereç ve Yöntem:Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'ne başvuran ülseratif kolit(ÜK) ve familyal adenomatoz polipozis(FAP) tanısı olan hastalardan Laparoskopik cerrahi uygulanan 46olgunun demografik özellikleri, intraoperatif ve postoperatif bulguları ve erken dönem sonuçları bidirilmiştir.
**Bulgular:** 46 hastanın 26'ısı (%57)erkek ve 20'i (%43)kadın olup yaş ortalaması 38+14,3 idi. 30(%65) hasta tedaviye dirençli ülseratif kolit, 16(%35) hasta FAP nedeni ile opere edildi. FAP nedeni ile opere edilen 3 hastada aynı zamanda kolon ca mevcuttu. 20(%43,5)hastaya Total Kolektomi +İPAA+Lİ, 12(%26,1)hastaya Total Kolektomi+Uç İleostomi ve 8(%17,4) hastaya Total Kolektomi+İRA ameliyatı uygulandı. Daha önceden Total Kolektomi +Uç İleostmi yapılan 5(%10,9)hastaya ikinci seansta tamamlayıcı Proktektomi + Poş Ameliyatı + Loop İleostomi uygulandı. Daha önce ülseratif kolit nedeni ile Total Kolektomi+ Uç İleostomi yapılan bir(%2,1) hastada anal girimden 2.cm'de darlık nedeni ile, poş yapılamayacağı düşünülerek Proktektomi+ Miles operasyonu uygulanmıştır. İki(%4,4)hastada adezyon sebebiyle konversiyona geçildi. Postoperatif komplikasyon olarak 7(%15,2)hastada yara enfeksiyonu, 2(%4,4)hastada ileus, 2(%4,4)hastada intraabdominal abse, 1(%2.2)hastada anastomoz kaçağı ve 2(%4,4)hastada intraabdominal kanama tespit edildi.4(%8,8) hasta; iki hastada kanama, bir hastada ileus ve bir hastada sepsis nedeni ile reopere edildi. 2(%4,4)hastada (bir hasta MRSA pnömonisi ve bir hasta açıklanamayan sepsis tablosu nedeni ile) mortalite görüldü. Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi ortalama 10,5+7.2gün idi. Operasyon süresi ortalama 334±106dakika idi. Kanama miktarı ortalama 181±275ml olarak bulundu.
**Sonuç:** Laparoskopik total kolektomi ameliyatları kompleks işlemlerdir. Bu ameliyatlar laparoskopik cerrahide deneyimli ve bu tip ameliyatları açık girişimle sık olarak yapmış olan merkezlerde uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi, Familyal Adenomatoz Polipozis, Laparoskopi, Ülseratif Kolit

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# SÖZLÜ BİLDİRİLER

## SB-001
## LAPAROSKOPİK *VS.* AÇIK KOLOREKTAL REZEKSİYONLAR

Tevfik Tolga ŞAHİN, Şahnaz İSGANDAROVA, Cavid ALLAHVERDİYEV, Mehmet Mahir ÖZMEN
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara

**Amaç:** Cerrahlar tarafından teknolojik gelişimler çok yakından takip edilmektedir. Minimal invazif cerrahi devrim niteliğinde değişiklik getirmiştir. Kolorektal cerrahide laparoskopinin önemi giderek artmaktadır. Bu çalışmanın amacı tek merkezde yapılan laparoskopik kolorektal rezeksiyonların retrospektif analizi ile onkolojik prensiplere uygunluğunu araştırmaktır.
**Hastalar:** Merkezimizde 1 yılda yapılan 160 kolorektal rezeksiyon retrospektif olarak incelendi (60 acil rezeksiyon). 40 hastaya laparoskopik rezeksiyon ve 60 hastaya ise açık rezeksiyon yapıldı. Açık olguların hepsi adenokarsinom nedeniyle gerçekleştirilirken laparoskopik rezeksiyonlardan 2 tanesinde yüksek displazili villöz adenom, 1 hastada ise dev mezenter kisti saptandı. Kalan 37 hastada adenokarsinom mevcuttu.
**Bulgular:** Laparoskopik olgularda kadın/erkek oranı 13/27. Hastaların ortalama yaşı 57,3 (33-80)yıldı. Tümör yerleşimlerine göre ise sağ kolon(n=10/3K), sol kolon(n=25/9K) ve rektumda(n=5/1K) idi. 2(E) hastada karaciğer metastazı mevcuttu. Ortalama operasyon süresi 95,3(55-130) dakikaydı. Ortalama hospitalizasyon süresi 5,2(4-7)gün Açık rezeksiyon yapılan hastalarda kadın/erkek oranı 7/53'dü. Ortalama yaş 63,4(40-83) yıldı. Tümör yerleşimine göre dağılım sağ kolon(n=20/2K), sol kolon(n=30/2K), rektum(n=10/3K)'du. 4 hastada peritoneal yayılım ve karaciğer metastazı mevcuttu(3E). Çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 44,3 (40-57)idi. Ortalama operasyon süresi 90,7(65-135) dakikaydı. Ortalama hospitalizasyon süresi 6,6(5-8) gün olarak bulundu. Cerrahi sınırlar tüm hastalarda negatifti ve hastalarda lokal veya uzak nüks gözlenmedi. Ortalama takip süresi 7,5 ay olarak bulundu(3 ay-12ay). Karşılaştırılan parametreler arasında fark saptanmadı (p>0.05)
**Sonuç ve Yorum:** Laparoskopik kolorektal rezeksiyonlar açık cerrahinin yerini almaktadır. Deneyimli merkezlerde laparoskopik major rezeksiyonlar onkolojik prensiplere uygun olarak etkin ve güvenli bir biçimde yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, kolorektal cerrahi, total kolektomi

## SB-004
## LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL KANSER CERRAHİSİNİN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI:221 OLGU

Erdal Birol BOSTANCI, Tahsin DALGIÇ, Yusuf ÖZOĞUL, Volkan ÖTER, İlter ÖZER, Murat ULAŞ, Musa AKOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Kliniğimizde yapılan laparoskopik kolorektal kanser ameliyatlarımızın erken dönem sonuçlarını bildirmektir.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde Ağustos 2000 -Aralık 2014 tarihleri arasında kolorektal kanser nedeni ile laparoskopik cerrahi yapılmış 221 hasta değerlendirilmiş ve erken dönem sonuçları sunulmuştur.
**Bulgular:** 221 hastanın 141 (%64)'si erkek ve 80(%36) tanesi kadındı. Yaş ortalamaları 57±13,4 idi. 115(%52) olgu rektum kanseri ve 105 olgu (%47,5) kolon kanseri ve 1 olgu rektum+sağ kolon kanseri idi(%0,5).Laparoskopik olarak 72 (%33) olguya LAR, 34 (%15) olguya abdominoperineal rezeksiyon, 33(%14,5) olguya sağ hemikolektomi, 28(%12,5) olguya anterior rezeksiyon,21 (%9) olguya sigmoid rezeksiyon, 11 (%5) olguya kolostomi açılması, 8(%4) olguya sol kolektomi, 6 (%3) olguya total kolektomi, 5(%2,5) olguya segmenter kolon rezeksiyonu ve 3(%1,5) olguya transvers kolektomi uygulandı.10 hastada (%4,5) açık cerrahiye geçildi.Nedenleri kanama ve anatomik zorluk idi. Postoperatif komplikasyon 48 (%22) hastada gelişti.Bunlar en sık kısmi intestinal obstrüksiyon ve yara yeri enfeksiyonu idi. 7(%3,5) hastada anastomoz kaçağı saptandı.Diğer komplikasyonlar ise, rektal kanama, intraabdominal abse, ince barsak fistülü ve ostomi revizyonu gerekmesi idi.Küratif amaçla kolorektal laparoskopik girişim uygulanan malign olgularda ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 17 ±11,7 ortalama tümör büyük çapı 24±24,9, ortalama ameliyat süresi 221±80,4 dakika ve ortalama hastanede kalış süresi 11±6,7 gün idi.Postoperatif ilk 30 günde mortalite olmadı.
**Tartışma ve Sonuç:** Bizim laparoskopik kolorektal kanser serimizin çoğunluğunu daha kompleks kabul edilen laparoskopik rektum cerrahisi oluşturmaktadır.Erken dönemde laparoskopik cerrahi ile ilgili olumsuz bir etki saptanmamıştır. Kolorektal girişimler kolorektal cerrahi ve laparoskopi ameliyatlarında deneyimli bir merkezde laparoskopik olarak güvenli bir şekilde yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi, Kolon kanseri, Laparoskopi

## SB-007
## İNSİDENTAL SAPTANAN APENDİKS TÜMÖRLERİ

Zeki ÖZSOY, Erdinç YENİDOĞAN, İsmail OKAN, Hüseyin Ayhan KAYAOĞLU, Mustafa ŞAHİN
Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Tokat

**Amaç:** Kliniğimizde akut apandisit tanısıyla ameliyat edilen hastalarda insidental saptanan apendiks tümörlerini belirleyerek, tedavi ve takip verilerini sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2011 ile Ocak 2015 tarihleri arasında kliniğimizde akut apandisit tanısıyla apendektomi yapılan hastalardan patoloji sonucu apendiks tümörü olara belirtilen hastalar çalışmaya alındı. Demografik özellikleri, muayene bulguları, tanı yöntemleri, ameliyat yöntemi, histopatolojik bulguları, postop komplikasyonları retrospektif olarak kayıtlardan bulundu.
**Bulgular:** Toplam 306 hasta apandisit tanısıyla ameliyat edildi. Bunardan 7 tanesinin (%2.28) histopatolojik bulgusu apendiks tümörü (3 hasta karsinoid tümör, 4 hasta düşük dereceli müsinöz neoplazm) idi. Hastaların 2'si erkek, 5'i kadındı. Ortalama yaş 49.4±18 idi. Sağ alt kadranda ağrı tüm hastalarda pozitif iken rebaund ve yer değiştiren ağrı da diğer sık rastlanan bulgulardı. Altı hastada (%85.7) lökositoz saptandı. Radyolojik görüntüleme olarak 2 olguda USG, 1 olguda batın BT, 2 olguda ise her ikisi kullanıldı. İki hasta açık (%28.5), beş hasta laparoskopik yöntemle (%71.5) ameliyat edildi. Ortalama yatış süresi 1.8±0.69 gündü. Karsinoid tümör boyutu ortalama 8.33 mm (sırasıyla 5,5,15mm) idi. Son olguda serozal yüzeyde tümör negatif olup mezoapendiks sağlamdı. Ki-67 indeksi %1'in altında bulundu. Diğer olgularda Ki-67 çalışılmadı. Düşük dereceli müsinöz neoplazi tespit edilen olguların sadece 3

tanesine (%75) laparoskopik apendektomi yapılmıştı. Apendiks tümörü tespit edilen tüm olgularda apendektomi tedavi için yeterli görüldü. Ortalama takip süresi 22 aydı. Olguların sadece birinde trokar yerinde enfeksiyon oldu. Diğerlerinde komplikasyon olmadı.
**Sonuç:** Akut apandisit tanısıyla apendektomi yapılan hastalarda nadir de olsa apendiks tümörü saptanabileceğinden ameliyat öncesi hasta bilgilendirmesi ve ameliyat planlama açısından hazırlıklı olmalı, ameliyat sonrası histopatolojik bulguları yakından takip edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut apandisit, İnsidental apendiks tümörü, Karsinoid, Düşük dereceli müsinöz neoplazi

## SB-008
## LAPAROSKOPİK TEP SONUÇLARIMIZ

Adnan HUT[1], Gamze ÇITLAK[1], Doğan YILDIRIM[1], Muzaffer AKINCI[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Akın ÜNAL[1], Adem DURU[1], Mehmet GÜLEN[1], Şevki PEDÜK[1], Sinan UZMAN[2], Mehmet TOPTAŞ[2], Fazilet ERÖZGEN[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Laparoskopik TEP yöntemi son zamanlarda cerrahi pratiğimizde kullanıma giren herni onarım tekniğidir. Kliniğimizde TEP yöntemi ile tedavi ettiğimiz inguinal herni vakaların sonuçlarının değerlendirilmesini amaçladık.
**Materyal ve Metod:** 2010- 2014 tarihleri arasında kliniğimizde TEP uygulanan inguinal hernili hastaların demografik verileri, herni tipleri, konversiyon sayı ve nedenleri, retrospektif olarak dokümante edildi.
**Bulgular:** Bu dönem zarfında toplam 45 hastaya laparoskopik olarak operasyona başlandı. Bir hastada kontrol edilemeyen kanama nedeniyle, 2 hastada ise ileri derecede yapışıklıklar nedeniyle açık cerrahiye geçildi. 42 hasta laparoskopik olarak opere edildi. 33 hasta erkek, 12 hasta kadındı, 27 hasta direkt, 18 hasta indirekt herni idi. 39'u unilateral, 6'sı bilateral herni idi. 3 hasta ise nüks herni idi. Postoperatif takipte 3 hastada seroma, toplam 5 hastada nüks saptandı. Nüks vakaların 3'ü ilk 10 vakada tespit edildi. Mortalite gözlenmedi.

**Sonuç:** Laparoskopik TEP yöntemi ilk deneyimlerimizde uzun operasyon süresi dezavantaj gibi görünse de vaka sayısı ile deneyim arttıkça makul morbidite sayıları ile altın standart tedavi yöntemi olacağı kanatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** TEP, İnguinal herni

## SB-010
## TEP AMELİYATLARINDA İLK 17 VAKA PERİTON DİSEKSİYONUNDA TECRÜBE MİDİR?

Gökhan ZAİM[1], Nezih AKKAPULU[2], Fatih KULEN[3], Fatih KUL[4]
[1]Ordu Devlet Hastanesi
[2]Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[3]Özel Bahar Hastanesi
[4]Özel Konak hastanesi

**Amaç:** Tek cerrah tarafından 2 yıldır yapılan tep ameliyatlarında ilk 1 yılda ve sonrasında yapılan tep vakalarında peritona ek müdahale gerekliliği açısında fark olduğunu ortaya koymak.
Gereç Yöntem: Aralık 2012-Aralık 2014 tarihleri arasında tep planlanan 43 hastanın verileri incelendi. Bir hastada periton kapatılamayacak şekilde açıldığından, diğer hasta da daha öce uygulanmış olan sol TEP sebebi ile sağ preperitoneal alana migre olmuş mesh sebebi ile eksplorasyon yapılamadığı için toplam 2 (%4) hastada anterior yaklaşım ile onarım yapıldı. Başarıyla Tep uygulanan 41 hastanın verileri incelendi. İstatistiksel değerlendirme için SPSS versiyon 15 kullanıldı. Hastalar takip süreleri 12 aydan uzun (Grup1) ve 12 aydan kısa (Grup2) olan hastalar olarak 2 ayrı gruba ayrıldı. Bu 2 grup arasında ameliyat esnasında yüksek ligasyon uygulanması, peritonun açılması ve peritona hiç müdahale edilmeyen hastalar olarak karşılaştırıldı. Bağımsız gruplardan elde edilen nitel verilerin karşılaştırılması için Ki-Kare testi kullanılıp $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.
**Bulgular:** Grup 1' de toplam 17 hasta ve Grup 2' de toplam 24 hasta mevcuttu. Birinci grupta 4 hastaya yüksekte ligasyon uygulanmıştı, 5 hastada ise periton açıldığı için peritonu kapatmak için ek işlem gerekmişti. 2. Grupta 2 hastada yüksekte ligasyon ve 1 hastada peritonda açılma sebebi ile ek müdahale gerekmişti. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark mevcuttu ($p=0.017$).
**Sonuç:** Çalışmamızda tek cerrah tarafından yapılan tep vakalarında ilk 17 vakadan sonra peritona ek müdahale gerekliliğinde anlamlı bir azalma olduğunu ortaya koyduk. Periton ve fıtık kesesinin diseksiyonu tep ameliyatının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Bu işlem sırasında oluşan güçlükler vaka sayısı arttıkça azalmaktadır. Bunun nedeni cerrahın deneyiminin artmış olması olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** herni, inguinal, ligasyon, onarım, periton, tep

## SB-011
## TOTAL EKSTRAPERİTONEAL İNGUİNAL HERNİ TAMİRİ YAPILANLARDA MESH TESPİTİ

İsmail KABAK, Aylin ACAR, Fatih BAŞAK, Tolga CANBAK, Ethem ÜNAL, Hakan ÇAKIT, Onur ZAMBAK, Gürhan BAŞ, Orhan ALİMOĞLU
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Cerrahi uygulamalarında laparoskopik yöntemlerin kullanımı yaygınlaşmaktadır. İnguinal herni tamirinde farklı yöntemler ve farklı mesh tipleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada, laparoskopik inguinal herni onarımı uygulanan hastalarda mesh tespiti yapılan ve yapılmayan hastalarda gelişen komplikasyon ve nüks oranlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2011- Nisan 2014 tarihleri arasında genel cerrahi kliniğinde total ekstraperitoneal (TEP) tekniği uygulanan 198 inguinal herni hastası çalışmaya alındı. Skrotal herni nedeniyle opere edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar 2 gruba ayrıldı. Grup 1, spacemaker plus disektör system kullanılarak 3D (Bard 3D Max) mesh kullanılıp symphis pubise absorbable tucker ile tespit edilen; grup 2 ise spacemaker plus dissector system kullanılmayan ve mesh tespiti yapılmayan hastalardan oluşturuldu. Hastaların demografik bilgileri, herni tipleri, konversiyon sayı ve

nedenleri, postoperatif takipleri değerlendirildi.
**Bulgular:** Grup 1'de 64 hasta mevcuttu, 63'ü erkek ve 1'i kadındı. Yaş ortalaması 50,28 idi (18-75). Beş hastada konversiyon uygulandı. Üç hastada seroma ve 1 (%1,5) hastada nüks gelişti. Mortalite görülmedi. Grup 2'de 134 hasta mevcuttu. Hastaların 126'sı erkek ve 8'i kadındı. Yaş ortalaması 49,45 idi (18-83). Dokuz hastada konversiyon uygulandı. Altı hastada seroma ve 5 (%3,7) hastada nüks gelişti. Gruplar arasında anlamlı fark olmasına rağmen bu fark mevcut hasta sayısının azlığı nedeniyle istatistik incelemeye yansımadı (p>0,05). Takip süresi 23,2 aydı (aralık 9-51 ay). Mortalite görülmedi.
**Sonuç:** İnguinal hernide TEP uygulamasında mesh tespit edilmemesinin ve balon dissector system kullanılmamasının istatistiksel morbidite ve nüks oranlarında artışa neden olmadığı saptandı.

**Anahtar Kelimeler:** TEP, mesh, dissector system, tespit

## SB-012
## LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİ ONARIMI TEP, TAPP: TERCİH YAPALIM MI?

Fatih ÇİFTÇİ, Mirhan TOSUN
İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

İnguinal herni ameliyatları genel cerrahi pratiğinde en sık uygulanan operasyonlardandır.. Çalışmamızda amacımız laparoskopik TAPP ve TEPP yöntemiyle kasık fıtığı tamiri uyguladığımız olguları ve edindiğimiz deneyimlerimizi paylaşmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** 2009-2014 yılları arasında laparoskopik kasık fıtığı tamiriuyguladığımız 555 olguyu geriye dönük olarak inceledik. Olgularımızın 1'i hariç tamamı tek cerrah tarafından opere edilmiştir. Olguların fıtık tipleri, uygulanan operasyon teknikleri, intra ve postoperatif komplikasyonları, ameliyat süresi, hastanede kalış süreleri ve açığa dönme oranları değerlendirilmiştir.
**Bulgular:** 555 olgunun 489'u erkek ve yaş ortalaması 39 yaş idi (18-80 yaş arası). Olguların 181'inde iki taraflı kasık fıtığı tespit edildi. İndirekt fıtık çoğunlukta olup 409 olguda saptandı. 64 olgu nüks kasık fıtığı nedeniyle opere edildi. Olguların 141'ine Laparoskopik TEP uygulandı. 414 olguya Laparoskopik TAPP uygulandı. TAPP uygulanan olguların 46'sı nüks nedeniyle re-opere edilen olgulardı. Ortalama operayon süresi tek taraflı fıtıklarda TAPP yapılanlarda 27 dk (18-63) TEPP yapılanlarda 35 dk(19-67), iki taraflı fıtıklarda TAPP'da 44 dk (29-77) TEPP'de 49 dk(33-88), nüks fıtıklarda TAPP'da 49 dk (40-88) olarak tespit edildi. Hastanede kalış süresi ortalama 1,2 gündü (1-7).Olguların yaklaşık 244 ü (%43,9) tarafımızca ortalama 2 yıl sonra tekrar görülmüştür. %56 olgunun takibi istemsiz olarak yapılamamıştır. Elimizdeki verilere göre nüks oranımız %1,08 dir.
**Sonuç:** Kasık fıtığının Laparoskopik tamirinin hastanede kalış süresinin kısa, normal yaşama erken dönme, daha az analjezik ilaç kullanımı gibi avantajları birçok çalışmada ortaya konmuştur. Her iki yöntemde (TEP ya da TAPP) güvenli bir yöntemdir. TAPP yöntemi daha seri bir yöntemdir. Kesin nüks oranını tam değerlendirmek ülkemiz şartlarında mümkün olmayıp, tarafımızca bulunan %1.08 değerinden daha yüksek olduğu düşünülmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik inguinal herni, TEP, TAPP

## SB-013
## TOTAL EKSTRAPERITONEAL (TEP) VE LICHSTENSTEIN HERNI ONARIMLARININ TESTİKÜLER KAN AKIMI VE HACİM ÜZERİNE ETKİLERİ

Esin KABUL GÜRBULAK[1], Bünyamin GÜRBULAK[2], İsmail Ethem AKGÜN[1], Alper ÖZEL[3], Deniz AKAN[3], Sinan ÖMEROĞLU[1], Ayhan ÖZ[1], Hasan BEKTAŞ[2], Mehmet MİHMANLI[1]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul

**Amaç:** Teknik özellikler ve perioperatif komplikasyonlar açısından laparoskopik total ekstraperitoneal herni onarımını (TEP) açık herni onarım teknikleriyle karşılaştıran birçok çalışma mevcuttur. Ancak TEP ve açık herni tekniklerinin testiküler yapı ve fonksiyonlar üzerine olan uzun dönem etkilerinin karşılaştırıldığı birkaç çalışma mevcuttur. Bu çalışmanın amacı, TEP ve Lichtenstein tekniklerinin testiküler hacim ve arteriyel akımlar üzerine olan uzun dönem etkilerini doppler ultrasonografi (DUSG) ile araştırmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** Tek taraflı inguinal hernisi olan 148 erkek hasta randomize edilerek grup I'dekilere TEP, grup II'dekilere Lichtenstein onarımı yapıldı. Her iki grupta preoperatif ve postoperatif 6. ayda testiküler kapsüler ve intratestiküler arteriyel akımların rezistif indeks (RI) ve pulsatile indeksleri (PI) ile testis hacimleri ölçüldü. Çalışmanın primer sonlanım noktası postoperatif 6. aydaki DUSG ölçümleriydi. Hastaların demografik, klinik, ameliyat verileri ve DUSG ölçümleri kaydedilerek analiz edildi.
**Bulgular:** Toplam 148 olgudan 134'ü çalışmaya dahil oldu. Bunlardan 64 olgu grup I'i 70 olgu grup II'yi oluşturdu. Pre ve postoperatif DUSG bulguları, komplikasyon oranları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. Ameliyat süresi grup II'de ortalama 29,9 dakika, grup I'de 35,5 dakika olup, grup II'nin ameliyat süresi anlamlı olarak grup I'den daha uzun bulundu (p = 0.01).
**Sonuç:** Hem laparoskopik hem de açık herni tamiri grubunda komplikasyon oranları ve testiküler perfüzyon ve hacim üzerine olan uzun dönem etkiler birbirine benzerdir. Deneyim arttıkça TEP yaklaşımında ameliyat süresi açık tekniğe göre daha kısalmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hernioplasti, Laparoskopi, Lichtenstein herniorafi, Perfüzyon, Testis

## SB-014
## KASIK FITIKLARINDA TEK KAT YAMA İLE MİNİMAL İNVAZİV PREPERİTONİAL ONARIM (MIP) VE LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRA PERİTONİAL ONARIM (TEP) METOTLARININ POSTOPERATİF KRONİK AĞRI YÖNÜNDEN KARŞILAŞTIRILMASI; PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

Nergis AKSOY[1], Kemal ARSLAN[1], Osman DOĞRU[1], Ömer KARAHAN[2], Mehmet Ali ERYILMAZ[1]
[1]Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Konya
[2]Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Konya

**Amaç:** Biz bu çalışmamızda kasık fıtıklarında, tek kat yama ile minimal invaziv preperitonial onarım (MIP) ile total ekstra peritonial onarım (TEP) metotlarını; komplikasyonlar, nüks ve kronik ağrı yönünden karşılaştırmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Nisan 2011 ile Eylül 2012 tarihleri arasında; 18 yaş üstü, elektif, primer, tek taraflı kasık fıtığı operasyonu planlanan 240 hasta randomize iki gruba ayrıldı; 1.gruba MIP, 2.gruba TEP uygulandı. Hastaların demografik özellikleri, operasyon süreleri, hastanede kalış ve işe dönüş süreleri, erken ve geç dönem komplikasyonları, nüks ve kronik ağrı değerleri kaydedildi. Kronik ağrıyı değerlendirmek için Vizüel Analog Skalası (VAS) ve Sheffield Scale (SS) kullanıldı.
**Bulgular:** Hastaların 225(%95) i takipte kaldı. Her iki grup arasında demografik özellikler, operasyon süresi, inrtaoperatif, erken ve geç dönem komplikasyonlar açısından anlamlı bir fark saptanmadı. İşe dönüş süresi TEP grubunda anlamlı olarak daha kısa idi (p<0,001). MIP grubunda 2 (%1,76), TEP grubunda 1(%0,9) hastada nüks görülürken bu fark anlamlı bulunmadı (p=0,562). Kronik ağrı değerlendirmesi için yapılan VAS ve SS değerleri arasında postoperatif 6.,12. ve 24.ayda her iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi.
**Sonuç:** İnguinal herni cerrahisinde TEP, kısa işe dönüş süreleri ile erken postoperatif dönemde daha avantajlı görülmesine karşılık, uzun dönemde komplikasyonlar, nüks ve kronik ağrı yönünden MIP tekniği ile benzer sonuçları mevcut.
Cerrahın deneyimi, hastanın yandaş hastalıkları ve maliyet göz önünde bulundurularak; düşük nüks ve kronik ağrı oranlarına sahip MIP ve TEP prosedürlerinden biri seçilerek, minimal invaziv cerrahi konforundan hastalar mahrum bırakılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** İnguinal herni, kronik ağrı, modifiye Kugel onarımı, preperitonial onarım, total ekstra peritonial onarım (TEP)

## SB-015
## YENİ NESİL BİLAMİNER MESHLER İLE LAPAROSKOPİK VENTRAL HERNİ ONARIMI

Başar AKSOY, Erdal UYSAL, Ahmet Orhan GÜRER, Mehmet Fatih YÜZBAŞIOĞLU, Hasan BAKIR
Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Gaziantep

**Amaç:** Çalışmamızda laparoskopik bilaminer yeni nesil mesh ile yapılan laparaskopik ventral herni onarımlarımızın değerlendirilmesi ve deneyimlerimizi aktarmak amaçlanmıştır.
**Giriş:** Laparoskopik ventral herni onarımında (LVHO) ameliyat sonrası ağrının az olması, çabuk iyileşme, düşük komplikasyon oranı ve işe dönüş süresinde kısalma nedeniyle ventral herni onarımında daha çok tercih edilir hale gelmiştir. Halen en önemli cerrahi komplikasyonlardan biri olan İnsizyonel herniler ve primer ventral hernilerde uygulanabilmektedir. Açık konvansiyonel herni onarımlarının aksine LVHO nüks oranları daha düşüktür.
**Materyal ve Metod:** Çalışmaya 2012-2014 yılları arasında 15 laparoskopik ventral- insizyonel herni onarımı uygulanan hasta dahil edildi. Hastalara Parietex ( optimized composite mesh Covidien, France ) emilebilir kollojen filimli ve önceden yerleştirilmiş sütüre sahip polyester 20 cmx15 cm mesh intraperitoneal olarak uygulandı. Mesh transfasial fiksasyon sütürleri ve tacer ile karın duvarına fikse edildi. Hastalar LVHO sonrası belirli aralıklarla kontrole çağrılarak nüks, ağrı, enfeksiyon ve diğer komplikasyonlar açısından değerlendirildi.
**Sonuç:** Çalışmamızda toplam 15 hasta'nın, 3'ü erkek, 12'si kadındı. Hastaların hepsine laparoskopik ventral herni onarımı uygulandı. Operasyon süresi ortalama 118,75 dakika (120 dk-250dk) olarak bulundu. Ortalama yatış süresi 2,8 gün olarak belirlendi. Hastaların birisinde nüks, birinde seroma birikimi, birinde uzamış ağrı, birisinde ince barsak yaralanması gelişti. lvho güvenli ve etkili bir ventral herni onarım yöntemidir. Orta hatta yer alan geniş olmayan defektlerde uygulanması kolaydır. Yeni nesil bilaminer meshler sayesinde daha az komplikasyonla başarılı ameliyatlar yapılabilmektedir. Postoperatif ağrıdan kaçınmak için derin alanlara fazla miktarda tacer kullanılmamalıdır. Transfasial fiksasyon sütürleri nüks oranlarını azaltacaktır.

**Anahtar Kelimeler :** Laparaskopik ventral herni, bilaminer mesh

## SB-016
## METABOLİK VE BARİATRİK CERRAHİDE 10 YIL. NE ÖĞRENDİK? 625 HASTANIN KISA VE UZUN SÜRELİ SONUÇLARININ ANALİZİ

Mehmet KAPLAN[1], Selçuk ARSLAN[2], Hüseyin Cahit YALÇIN[3], Celil Alper USLUOĞULLARI[4], Muhammed Sait DAĞ[5]
[1]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Bahçeşehir Üniversitesi, İstanbul
[2]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep
[3]Genel Cerrahi Departmanı, Anadolu Şifa Hastanesi, Gaziantep
[4]Endokrinoloji Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep
[5]Gastroenteroloji Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep

**Amaç:** Günümüzde bariatrik cerrahide yaygın olarak uygulanan birkaç farklı ameliyat mevcuttur. Hastanın özellikleri ve eşlik eden hastalıkları göz önüne alınarak hangi seçeneğin daha etkili olduğunu belirlemek hala çözüme kavuşmamış bir konudur. Bu retrospektif çalışmanın amacı, iki hastanede 10 yıl boyunca uygulanmış dört farklı laparoskopik tekniğin etkinliğini değerlendirmektir.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2006 tarihinden başlayarak, 179'u (%28.6) erkek ve 446'sı (%71.4) kadın olmak üzere 625 hasta bu merkezlerde tedavi edildi. Bariatrik cerrahi için uygun olduğu saptanan hastalardan 15'ine (%2.4) laparoskopik mide katlama (MK), 352'sine (%56.3) sleeve gastrektomi (SG), 215'ine (%34.4) tek anastomozlu gastrik bypass (TAGB) ve 43'üne (%6.9) Roux-en-Y gastrik bypass (RYGB) yapıldı. 12, 24, 36, 48 ve 60 aylık toplam takip oranları sırasıyla %90.7, %79.5, %71.2, %57.9 ve %47.5 idi.
**Bulgular:** 2006-2015 tarihleri arasındaki dönem incelendi. İki

(%0.3) hastada mortalite oldu. On ikinci aydaki Vücut Kitle İndeksi Düşme yüzdesi (VKİD%) MK ameliyatında %63.1, SG'de %68.9, TAGB'ta %77.5 ve RYGB'ta %73.5 oranında olurken; altmışıncı ayda ise sırasıyla SG için %56.4, TAGB için %79.4 ve RYGB için %71.4 olarak tespit edildi. Cerrahi müdahale gerektiren major postoperatif erken komplikasyon oranı MK için %6.67, SG için %0.53, TAGB için %1.8 ve RYGB için %1.1 olarak saptandı. Diyabetin 12. aydaki iyileşme oranı MK'da %0, SG'de %34.5, TAGB'ta %89.5 ve RYGB'da %84.6 olarak tespit edildi.
**Sonuç:** SG kısa vadede daha güvenli bir profile sahip görünmekle beraber, RYGB ve TAGB morbid obezite üzerinde daha etkilidir ve metabolik sendromun iyileşmesinde de benzer olumlu etki gücüne sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik ve metabolik Cerrahi, Roux-en-Y gastrik bypass, Sleeve gastrektomi, Tek anastomozlu gastrik bypass

## SB-017
## İNTRAGASTRİK BALON UYGULAMASI İLE LAPAROSKOPİK GASTRİK PLİKASYONUN KISA DÖNEM SONUÇLARININ KIYASLANMASI

Ali SOLMAZ, Onur KARAGÜLLE, Osman Bilgin GÜLÇİÇEK, Candaş ERÇETİN, Erkan YAVUZ, Hakan YİĞİTBAŞ, Eyüp SEVİM, Atilla ÇELİK, Fatih ÇELEBİ, Rıza KUTANİŞ
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Obezite ile mücadele hem doktorlar hem de hastalar için güçtür. Obezite ile mücadelede birçok yöntem bulunur. Intragastrik balon yerleştirilmesi obez kişilerde kilo vermeyi artıran girişimsel fakat cerrahi olmayan bir yöntemdir. Laparoskopik gastrik plikasyon(LGP) cerrahi yöntemler arasında en fizyolojik kabul edilen yöntemdir. Bu çalışmada amacımız bu iki hacim kısıtlayıcı yöntemi kıyaslamaktır.
**Gereç ve Yöntem:** Doksan beş obez hasta (34 erkek ve 61 kadın) çalışmaya alındı. İntragastrik balon takılan 52 hasta ile laparoskopik gastrik plikasyon yapılan 43 hasta karşılaştırıldı. Hastaların demografik verileri, vücut kitle indeks değişimleri, fazla kilonun kaybının yüzdeleri (%EWL) kıyaslandı.
**Bulgular:** Çalışma balon grubundan 69 hasta ile başladı, fakat 4 tanesi (%5,7) balon yerleştirilmesini tolere edemedi ve 13 tanesi de balon yerleştirilmesinden erken bir süre sonra balonu çıkardı (n=13 (%20)). Bu hastalar çalışmadan çıkarıldı. Bu süreçten sonra balon grubundaki 52 ve LGP grubundaki 43 hasta ile çalışmaya devam edildi. Yaş (p=0.132), cinsiyet (p=0.262) ve VKİ (p=0.081) değerleri iki grup arasında istatistiksel olarak farklı bulunmadı. Total vücut ağırlığındaki değişim, VKİ' ndeki değişim ve fazla kiloların kaybının yüzdesi (%EWL) parametrelerinde ise plikasyon grubunun mide balonu grubuna karşı pozitif üstünlüğü göze çarptı.
**Sonuç:** Klinik deneyimlerimize göre Laparoskopik gastrik plikasyon ve mide balonu yöntemlerinin ikisi de kısa vadede kilo vermek için efektif yöntemlerdir. Mide balonunu yönteminin ayaktan olması ve daha az komplikasyona yol açması ona avantaj sağlarken, gastrik plikasyona göre daha az kilo kaybına yol açmıştır. En iyi yöntemi seçmek için prospektif ve randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar kelimeler:** Obezite, mide balonu, laparoskopik, gastrik plikasyon

## SB-019
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ AMELİYATININ LİPİD PROFİLİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet MİHMANLI[1], Rıza Gürhan IŞIL[1], Ufuk Oğuz İDİZ[1], Özgür BOSTANCI[1], Cemal KAYA[1], Uygar DEMİR[1], Emre BOZKURT[1], Canan Tülay IŞIL[2], Pınar SAYIN[2], Sibel OBA[2], Feyza Yener ÖZTÜRK[3], Yüksel ALTUNTAŞ[3]
[1]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Günümüzde Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ameliyatı ülkemizde en sık yapılan obezite ameliyatlarından biri olup, obezite tedavisinin yanında pek çok yandaş hastalıkları da tedavi etmektedir. Bu nedenle Laparoskopik Sleeve Gastrektomi Ameliyatının LDL, HDL, Total Kolesterol ve Trigliserid profili üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** Ocak-Haziran 2014 tarihleri arasında Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ameliyatı yapılan toplam 86 hasta çalışmaya dahil edildi. Postoperatif dönemde düzenli kontrollerine gelmeyen bir hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların preoperatif ve postoperatif 6. Aydaki LDL, HDL, Total Kolesterol ve Trigliserid değerleri ölçüldü. Hastaların anti-lipidemik ilaç alıp almadıkları sorgulandı. Çalışmaya dahil edilen 85 hastanın 42 tanesinin preop dönemde en az bir parametresinde yükseklik tespit edildi. Çalışmaya preoperatif veya postoperatif dönemde anti-lipidemik kullanmayan 63 hasta dahil edildi.
**Bulgular:** Postoperatif 6. ay da Trigliserid düzeyleri yüksek olan 12 hastanın 8 tanesinin trigliserid düzeyi normal sınırlara geriledi. Total kolesterol seviyesi yüksek 15 hastanın 4 tanesinin total kolesterol seviyesi normal sınırlara geriledi. LDL seviyesi yüksek 9 hastanın 4 tanesinin LDL seviyesi normal sınırlara geriledi. 4 hasta hariç hastaların hepsinin HDL seviyelerinde düşme tespit edildi.
**Sonuç:** Çalışmamızda Laparoskopik Sleeve Gastrektomi ameliyatının lipid profili üzerine 6 aylık takip periodu içinde iyileştirici etkisi olduğu saptanmıştır. Ancak literatürde Total Kolesterol ve LDL kolesterol seviyelerinde anlamlı değişiklik bulunmamasına rağmen bizim hasta grubumuzda bu değerlerde düşme tespit edilmiştir. Literatürde HDL kolesterol seviyesinde artış tespit edilmesine rağmen bizim hasta grubumuzda bu artış tespit edilememiştir. Bunun sebebi olarak Türkiye Cumhuriyetinde yaşayan bireylerin HDL değerlerinin diğer ülkelerde yaşayan insanlara göre daha düşük seviyelerde olduğu için olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Obezite Bariyatrik Cerrahi Lipid Profili

## SB-020
## LAPAROSKOPİK BARİYATRİK CERRAHİ ÖNCESİ VE SONRASI DEMİR, TOTAL DEMİR BAĞLAMA KAPASİTESİ VE FERRİTİN SEVİYELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Talar VARTANOĞLU[1], Merve TOKOÇİN[1], Osman Bilgin GÜLÇİÇEK[1], Onur TOKOÇİN[2], Fatih ÇELEBİ[1], Rıza KUTANİŞ[1]
[1]Genel Cerrahi Servisi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Acil Servis, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Turkey

**Amaç:** VKİ (vücut kitle indeksi)'nin 30'dan büyük olması olarak tariflenen obezite dünyada 300 milyondan fazla insanı etkileyen yaygın bir hastalıktır. Aynı şekilde Türkiye'de de insidansı giderek artmaktadır. Bariyatrik cerrahi ameliyatlarından olan gastrik plikasyon ve sleeve gastrektomi kilo verdirmede efektif olarak kullanılan cerrahi prosedürlerdendir.
Bu çalışmanın amacı, laparoskopik bariyatrik cerrahi sonrasındaki süreçte demir, total demir bağlama kapasitesi ve ferritin parametrelerinin araştırılmasıdır.
**Materyal ve Metod:** 2011-2015 yılları arasında obezite tanısıyla laparoskopik bariyatrik cerrahi ameliyatı olmuş 100 hasta randomize olarak seçilmiş, (kadın:erkek=75:25) ortalama yaş aralığı 38,1'dir (aralık:16-60).Ortalama VKİ 46.9 kg/m2'dir. Operasyon öncesi ve sonrası demir, total demir bağlama kapasitesi ve ferritin değerleri retrospektif olarak incelenmiştir.
**Sonuçlar:** Operasyon sonrası demir ve total demir bağlama kapasitesi operasyon öncesi döneme göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ferritin değeri operasyon sonrası dönemde operasyon öncesi döneme göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.($p<0.0001$)
**Tartışma:** Bariyatrik cerrahi kaynaklı besin eksikliği rutin labaratuar taraması ile tespit edilebilir.Bu çalışmada obezite hastalarındaki demir, total demir bağlama kapasitesi ve ferritin değerleri gözden geçirildi.Çalışma sonuçlarımız rutin destek tedavisi gerekliliğini göstermektedir.

**Anahtar kelimeler**: Bariyatrik cerrahi, ferritin, demir, total demir bağlama kapasitesi

## SB-021
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ OLGULARINDA TİESSEL UYGULAMASININ HEMOSTAZ VE ANASTOMOZ KAÇAĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Yaşar ÖZDENKAYA, Pelin BASIM, Cenk ERSAVAŞ, Merih YILMAZ, Mustafa ÖNCEL, Gizem ŞEN
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Laparoskopik Sleeve gastrektomi morbid obezite nedeniyle uygulanan cerrahi prosedürler içinde günümüzde en sık kullanılandır. Hedef odaklı ve yüzgüldürücü sonuçları nedeniyle cerrahların yetkinliği arttıkça, uygulama alanı artmaktadır. Girişimin en önemli ve korkulan komplikasyonları, stapler hattında gelişebilecek post-operatif kanama ve anastomoz kaçağıdır. Bu çalışmada stapler hattına per-operatif Tiessel uygulamasının bu komplikasyonlar üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı. Bu amaçla toplam 42 hastayı iki gruba ayırarak 22 hastada stapler hattına Tiessel uygulaması yapıldı. Kalan 20 hastaya ise Tiessel uygulanmadı. Her 2 hasta grubunun ortalama aktif cerrahi süresi 1. grupta 86, 2. grupta ise 83 dakika olarak hesaplandı. Post-operatif erken dönemde Tiessel uygulaması yapılan grupta 1 hastada hemoraji saptandı ve konservatif olarak tedavi edildi. İki grupta da erken ya da geç dönemde anastomoz kaçağı saptanmadı. Sonuç olarak, cerrahi prensiplere uygun olarak yapılan Sleeve gastrektomilerde Tiessel uygulamasının hemostaz ve anastomoz komplikasyonları açısından, uygulama yapılmayan gruba oranla üstünlüğü olmadığı yargısına varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik cerrahi, Sleeve gastrektomi, Tiessel uygulaması

## SB-022
## STAPLER HATTININ ÜST KÖŞE GÖMÜLEREK "TAM KAT" DİKİLMESİNİN SLEEVE KOMPLİKASYONLARINA ETKİSİ

Ozan ŞEN, Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR, Fatma KAHRAMAN, Mehmet Ali YERDEL
İstanbul Bariatrics, İstanbul

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) sonrası kaçak veya cerrahi kanama her biri ayrı ayrı; % 1 – 5 oranlarında bildirilmektedir. Amacımız; stapler hattının üst köşesinin gömülerek dikilmesinin LSG komplikasyonlarına etkisini ortaya koymaktır.
**Metod:** Ocak 2012 – Aralık 2014 arasında 36 F buji ile yapılan tüm LSG 'lerde stapler hattının üst köşesi "purse-string" tekniği ile gömüldü ve tüm stapler hattı 3.0 V-loc ile devamlı ve tam kat dikildi. Hasta verileri ve komplikasyonlar prospektif veri tabanına girildi.
**Sonuçlar:** Ortalama VKİ=45 (min:31/max:71), yaş=37 (min:14/max:63) olan 218 hastaya (E/K:88/130) LSG uygulandı. 168 (%77) Hastada 3 ve üzerinde komorbidite mevcuttu. En sık komorbiditeler; tip 2 şeker veya insulin direnci (% 84), hipertansiyon (% 45) ve uyku apnesi (%24) idi. 23 Hastada kolesistektomi, 3'ünde bant çıkartılması da yapıldı. Salt LSG yapılan "primer" olgularda ortalama op. süresi 96 dk idi (min:60 dk, max:180 dk) ve açığa dönülmedi. 16 Olguda (% 7.4) karaciğer laserasyonu ve bunların 2 'sinde CO2 embolisi oldu ve sekelsiz düzeldi. Koagülopati gelişen NASH'li ve postop hipertansif kriz sonucu kanayan 2 hasta da kan ürünü replasmanı ile girişimsiz iyileşti. Hiçbir olguda "cerrahi" kanama,kaçak, rehospitalizasyon ve darlık olmadı.
**Çıkarım:** Literatürde LSG sonrası kabul edilebilir kaçak + cerrahi kanama olasılığı % 2 – 10 arasında bildirilmektedir. Serimizde ise bu oran % 0'dır. Stapler hattının üst ucunun gömülerek boylu boyunca dikiliyor olması bu farkı açıklayabilir ve kanımızca istisnasız tüm olgularda uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Kanama, kaçak, sleeve gastrektomi, teknik

## SB-023
## AZERBAYCANDA BARİATRİK CERRAHİNİN YARANMASINDA İLK ÇALIŞMALARIMIZ

Taryel Isgender ÖMEROV, Nuri Yusuf BAYRAMOV, Nadir Azer ZEYNALOV
Azerbaycan Tipp Universitesi, I cerrahi Hastalıklar Bölümü, Bakü.

Giriş: Dünyamızda son dönemde süretle gelişen tıp sahelerinden, Bariatrik Cerrahinin adı Azerbaycanında son yıllardada yer almakdadır.Amacımız Azerbaycan Tıpp Universitetei olaraq Bariatrik Cerrahinin yaranmasında, inkişafında ve ireli getmesi önemli yer almaqdır.
**Materyal ve Metodlar:** 2012 – 2014-cü yıllar erzinde Azerbaycan Tıpp Universitetinin I cerrahi hastalıklar bölümüne ve Modern hospital klinikasına piylenme şikayetleri ile müraciat etmiş 15 hastada aparılan Bariatrik ameliyyatların neticelerine baxılmışdır. Bunlardan 3-ü erkek, 12-si kadın olmuşdur.Orta beden çekileri 112-186 kq, BEDEN KÜTLE İNDEKSİ(BMİ) 39-56 kq/ m2 olmuşdur.4 hastada Tip II diabet, 8 hastada hipertansion 2 hastada uyku apnoesi ve 3 kadın hastada polikistik over sendromuna bağlı

hormonal disfunksiya, ayni zamanda 3 erkek hastamızda ise cinsi fealiyyetin yetersiz olması aşkarlanmışdır.Bütün ameliyyat öncesi standart tedbirler heyata keçirildikden sonra müracietlerin 4-ü "Qastrik bypass", 11-u "Sleeve qastroektomiya"(Medenin boruvari rezeksiyası) emeliyyatları icra olunmuşdur.Emeliyyatlardan 2-si açıq digerleri ise Laparoskopik yolla heyata keçirilmişdir.Orta ameliyyat suresi 1.5 saat olmuşdur.Ameliyyatlardan sonrakı hastanede kalış süresii 1-3 gün teşkil etmişdir.
NETİCE: Bütün bu xestelerimizde elde etdiyiyimiz neticeler 24 aya kimi davamlı müşahidelere esaslanır.İlk 6 ay eriznde "QASTRİK BYPASS " emeliyyatı olunmuş xesteler 31-56 kq. çeki itirmeye meruz qalmışdır. "SLEEVE QASTROEKTOMİYA" olunmuş xestelerimizde ise bu ferq 19-51 kq olmuşdur.Hipertansion, yağlı qaraciyer sindromundan ve hiperlipidemiyadan eziyyet çeken 8 xestedn 5-inde bu problem sonrakı aylar erzinde tam normallaşmışdır. 3 kişi xestemizde müşahide olunan cinsi fealiyyet yetersiziliyi 6 ay erzinde xestelerin klinikasına uyğun olaraq tam aradan qalxmışıdr.
YEKUN.BİZİM İLK KİÇİK TECRÜBEMİZİN ESASİNDA METOBOLİK POZĞUNLUĞU OLAN PİYLENME XESTELER ÜZERİNDE MÜSBET NETİCE ELDE ETDİK.Bu bizim Azerbaycanda Bariatrik cerrahiyyenin başlanmasında olan ilk praktiki fealiyyetimizdir.

**Anahtar Kelimeler:** Tüp mide, Azerbaycanda ilk bariatrik cerrahi, qastrik bypasse, piylenme.

## SB-024
## SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA YAPILAN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİ- 226 OLGUNUN SUNUMU

Mehmet BAYRAK[1], Ömer ALABAZ[2], Ahmet BÜLBÜL[1], İlhan SARI[1], Sinan TIRAŞ[1]
[1]Özel Ortadoğu Hastanesi, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

Bu çalışma, laparoskopik kolesistektomi uygulamasının, genel anestezinin uygulanabilir olmadığı durumlarda spinal anestezi tekniğinin kullanılarak yapılabilirliğini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Kullandığımız teknik düşük basınçlı pnömoperitonyum altında uygulanmıştır.
**Yöntem:** ASA skorlaması 2-4 olan, 226 hasta, 36 aylık bir zaman dilimi içinde spinal anestezi altında düşük basınç (9-10 mm) pnömoperitonyum ile Laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Anestezik olarak % 0.5 bupivakain (Heavy Marcaine spinal)+ Fentanyl karışımı toplam 3,5 ml spinal anestezi tekniği ile kullanılmıştır. 226 olgunun 198'inde 3 trokar ve 28'sinde ise 4 trokar kullanılarak ameliyatlar gerçekleştirildi.
**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 52 yaş (43-89) idi. Hastaların 95(%42)'inde şiddetli omuz ağrısı oldu. 13(%5.75) hastada genel anesteziye geçildi. İkisinde safra yaralanması ve diğer 2 hastada kanama nedeniyle toplam 4(%1.76) hastada açık cerrahiye geçildi. Hiç mortalite gelişmedi. Ameliyat süreleri ortalama 39.6 dakika (18-78 dakika) idi. Hastaların ortalama oksijen satürasyonu % 96.6, ortalama solunum hızı dakikada 23,4 (16-38 dakika) idi. Postoperatif hastanede kalış süreleri ortalama 1.7 gün idi.
**Sonuç:** Özellikle genel anestezi alamayacak riskli hastalarda laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında düşük basınçlı pnömoperiton uygulanarak, spinal anestezi kullanımın güvenli bir yöntem olduğu sonucuna vardık.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, kolesistektomi, spinal

## SB-025
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAN GENÇ HASTA SAYISI ARTIYOR MU?

Yasin PEKER, Halis BAĞ, Necat CİN, Haldun KAR, Evren DURAK, Fatma TATAR, Selda HACIYANLI, Atila ÖRSEL, Melek BEKLER
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Laparoskopik kolesistektomi yaptığımız genç yaştaki hasta sayısı son yıllarda artmaktadır. Otuz ve altı yaşlarda laparoskopik kolesistektomi yaptığımız hastaların oranını incelemeyi amaçladık. Ocak 2007- Aralık 2014 tarihleri arasında hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde 4168 olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bu hastaların 221 (%5,30) tanesi ≤30 yaşındaydı. Yıllara göre dağılımını izlediğimizde ise 2007 yılında toplam 364 olgunun 6 (%1,64) tanesi (364-6-%1,64); 2008 de 505-11-%2,17; 2009da 523-19-%3,63; 2010 da 471-21-%4,45; 2011 de 468-24-%5,12; 2012 de 616-34-%5,51; 2013 de 602-69-%11,46; 2014 de ise 619-37-%5,97 olgu ≤30 yaş grubundaydı. Olguların dağılımı incelendiğinde 2007-2013 yılları arasında genç hastaların oranı düzenli artarak %1.64 den %11,46 ya ulaştığı saptandı. 2014 yılındaki %5.97 oranındaki düşüşün nedeninin o yıla özel durum olduğunu düşünmekteyiz. Genç yaşlarda kolelitiasisin görülme oranındaki artışın olası nedenlerini (beslenme alışkanlıklarındaki değişiklik, obezite, hareket etmede azalma gibi) araştıran çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** kolelitiasis, laparoskopik kolesistektomi, 30 yaş altı

## SB-026
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI GELİŞEN SAFRA KAÇAKLARININ TEDAVİSİNDE ENDOSKOPİK SFİNKTEROTOMİ VE STENT UYGULAMALARI

Murat ÖKSÜZ[1], Mehmet BAYRAK[1], Ömer ALABAZ[2], Ahmet BÜLBÜL[1]
[1]Özel Ortadoğu Hastanesi, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

**Amaç:** Çeşitli endoskopik tekniklerin, kolesistektomi sonrası gelişen safra kaçaklarının tedavisindeki etkileri kanıtlanmış olmasına rağmen, en iyi yöntem seçimi halen tartışmalıdır. Bu prospektif çalışmanın amacı laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişmiş safra kaçaklarının tedavisinde safra yolları stendi ve sfinkterotomi uygulamasının etkinliğini araştırmaktır.
**Yöntemler:** Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra kaçağı gelişen gerek aynı kurum gerekse dış kurumlardan gelen 51 hasta, tedavi şekline göre iki gruba ayrıldı. Ameliyat sırasında konulan drenden safra gelmesi ile 23 hastaya postop erken dönemde teşhis kondu. Diğer 28 hastada ise akut karın tablosu gelişmesi üzerine teşhis konarak kolesistektomi yapılan bölgede biriken safra ultrasonografi eşliğinde perkütan dren konularak boşaltıldı.
Grup I (n: 19) hastalara yalnız endoskopik sfinkterotomi, Grup-II (n:32) hastalarına ise aynı seansta sfinkterotomiye ek olarak stent uygulandı. Tedavi sırasında 7-10 Fr stentler kullanıldı.
**Bulgular:** Grup I ve Grup II hastaların yaş ortalaması arasında anlamlı bir fark yoktu. Hastalarda gelişen safra kaçaklarından 21'i

sistik kanal seviyesindeydi. Sfinkterotomi uygulanan 19 hastanın 8'inde basınç düşürülmesi amaçlandığı halde başarılı olunamadığı için tekrar ERCP yapılarak stent uygulandı. Sfinkterotomiye ek aynı seanste stent konulan 32 hastanın hepsinde başarılı olunarak safra fistülü kontrol altına alındı. Her iki grupta da klinik iyileşme ortalama 3 gün (2-6 gün) sonra gözlenmiştir. Hastaların hastanede ortalama kalış süresi 7 gün (4-12 gün) idi. Hastaların stentlerinin kalış süresi ortalama 8.2 hafta (6-9) hafta idi.
**Sonuç:** Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen safra kaçaklarında endoskopik girişimsel uygulamalarda kaçak yerine stent yerleştirmeye ek sfinkterotomi yapmanın tedavide önemli bir yeri olduğu sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik, kolesistektomi, safra kaçağı, sfinkterotomi, stent

## SB-027
## AKUT KOLESİSTİT ÖYKÜSÜ KOLESİSTEKTOMİDE LAPAROSKOPİK YÖNTEMDEN AÇIĞA GEÇMEDE BİR PREDİSPOZAN ETKEN DEĞİLDİR

Ahmet Deniz UÇAR, Savaş YAKAN, Ayvaz Ulaş URGANCI, Atakan SAÇLI, Mehmet YILDIRIM, Nazif ERKAN, Erkan OYMACI, Nurettin KAHRAMANSOY, Hilmi YAZICI
Bozyaka Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Cerrahlar laparoskopik kolesistektomide açık yönteme geçmeyi istemezler. Hastanın öyküsünde akut kolesistit varlığı laparoskopik yöntemden açığa geçme ihtimalini artırdığına inanılır. Bizler çalışmada böyle bir gerçekliğin olup olmadığını araştırdık.
**Materyaller ve Metod:** Hastanemizde Ocak 2010 ile Aralık 2014 arasında kolesistektomi ameliyatı yapılan hastalar yaş, sex, tıbbi öykü, ASA skoru, postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Student t, Chi Square ve Kruskal-Wallis testleri grupların ve/veya grup içi verilerin kıyaslanması için kullanıldı.
**Sonuçlar:** Bu 5 yıllık sürede 1225 hasta vardı. Bunların içinde 803 (%65.5) laparoskopik, 320 (%26.1) konvansiyonel ve 103 (%8.4) laparoskopikten açığa geçilmiş kolesistektomi ameliyatı saptandı. Yaş ortalaması 51.67 (20-80) idi. Ameliyatın laparoskopik tamamlanabildiği ve açığa geçilen vakalarda kolesitit ve kolelithiazis sayıları sırası ile 645 (%80.3) – 158 (%19.6) ve 72 (%70) - 31 (%30) idi. Açığa geçme ihtimali kolesistit ve kolelithiazis de sırası ile %11.6 ve %19.6 idi (p:0.06). Yaş, sex, akut kolesistit atakları, ASA skoru ve postoperatif komplikasyon oranları laparoskopik tamamlanan ve açığa geçilen ameliyatlarda istatistiksel olarak anlamsızdı. Yapışıklıklar 65 (%63), disseksiyon zorluğu 28 (%27), kanama 7 (%7) ve anatomik varyasyon 3(%3) vaka ile açığa geçme nedenleriydi.
**Sonuç:** Öyküsünde akut kolesistit atakları olan hastalarda laparoskopik kolesistektomide açığa geçme ihtimali yüksek değildir. Cerrah bu tip hastalarda da laparoskopik ameliyatı ilk tercih edebilir.

**Anahtar kelimeler:** Kolelithiazis, kolesistit, kolesistektomi, laparoskopik

## SB-028
## LAPAROSKOPİK YAPILAN AKUT KOLESİSTİTLERDE AÇIĞA GEÇİŞ ORANIMIZ

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Geçmişte Akut kolesistit tedavisinde medikal tedavi sonrası elektif kolesistektomi standart yaklaşım idi. Eğer hastada DM tanısı varsa ya da medikal tedaviye rağmen kolesistit bulguları gerilemediyse erken kolesistektomi uygulanmaktaydi. Günümüzde ise laparoskopik cerrahideki tecrübelerin artması ile birlikte bu hastalarda erken dönemde laparoskopik kolesistektomi (LK) yapılmaya başlanmıştır. Bu çalışmada akut kolesistitte tecrübe ile açığa geçiş oranları arasındaki bağlantı araştırılmıştır.
**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya akut kolesistit tanısıyla LK amaçlı cerrahi girişiminde bulunulan, laparoskopik tamamlanan veya açığa geçilen hastalar dahil edildi. Hastalarda kolesistektomi endikasyonu medikal tedaviye rağmen kolesistit bulgularının gerilememesi ve DM tanısı olması idi. Bunun dışındaki akut kolesistitli hastalar medikal tedavi edilerek elektif kolesistektomi planlandı.
**Bulgular:** Akut kolesistit tanısıyla LK amaçlı cerrahiye alınan toplam 33 hasta çalışmaya dahil edildi. Hasta yaşları 21-90 (ort: 46,6) arasında idi. Hastaların 22'si (%66,7) bayan, 11'u (%33,3) bay idi. Toplamda 33 hastanın 3'ünde açığa geçildi. İlk 10 vakada açığa geçme oranı % 20 iken, sonraki 20 vakada açığa geçme oranı % 5 idi (p=0,035).
**Sonuç:** Akut kolesistit olgularında safra kesesi hidropik, ödemli, duvar kalınlığı artmış olduğu için, bazen de enfeksiyona bağlı yoğun yapışıklıklar olduğu için LK zor olabilmektedir ve açık kolesistektomiye göre daha yüksek açığa geçiş oranları vardır. Yine bu nedenlerle akut kolesistektomide komplikasyonların açık kolesistektomiye göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Tecrübe ile akut kolesistektomi için yapılan LK'de açığa geçiş oranları azaltılabilir. DM tanısı bulunan hastalarda da enfeksiyon daha ciddi seyretmektedir. Endikasyon yaklaşımları akut kolesistitte farklı olsa da bu hastalarda LK yapılabilir, açığa geçme oranları tecrübenin artması ile birlikte düşürülebilinir.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, açığa geçme oranı, tecrübe

## SB-031
## LAPAROSKOPİK AMELİYAT SONUÇLARIMIZ

Abdulcabbar KARTAL, Hüseyin Onur AYDIN, Mehmet ODUNCU, İbrahim Ethem CAKCAK
Şanlıurfa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Siverek Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi

**Amaç:** Hastanemizde laparoskopik yöntem ile yapılan ameliyatların bildirimini yapmak.
**Gereç ve Yöntem:** Ekim 2013 ile Ocak 2015 arasında Siverek Devlet Hastane'sinde laparoskopik yöntem ile ameliyat edilen hastaların dosyaları ve poliklinik kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların yaşları, ameliyat çeşidi, ortalama ameliyat süreleri, konversiyon ve komplikasyon oranları irdelendi.

**Bulgular:** Toplam 255 hastanın laparoskopik yöntem ile ameliyat edildiği görüldü. Hastaların 172 tanesine laparoskopik kolesistektomi(A), 69 tanesine laparoskopik apendektomi(B),

11 tanesine laparoskopik inguinal herni (C) onarımı(tep) ve 3 tanesine laparoskopik peptik ülser perforasyonu (D) onarımı yapıldığı görüldü. Hastaların yaş ortalaması sırasıyla A: 56, B: 28, C: 34 ve D: 47 idi. Ortalama ameliyat süresi 56 dk ile en uzun olan laparoskopik inguinal herni grubu olup diğer grupların ameliyat süreleri şu şekildeydi. A: 35 dk, B: 40 dk. ve D: 50 dk. Laparoskopik kolesistektomi yapılan 6 (%3.48) hastada açığa dönüldü. Bunların 3 tanesinde akut gangrenöz kolesistit, 2 tanesinde önceki cerrahilere bağlı ileri derecede brid ve 1 tanesinde dilate koledok mevcuttu. Koledok dilatasyonu olan hastaya sistik kanaldan koledok eksplorasyonu yapılıp koledok yıkandı, postoperatif dönemde sorun yaşanmadı. Açığa dönülmeyen ve postop dönemde koledokolityazis tespit edilen iki hastaya ercp yaptırıldı. Hastalar sorunsuz iyileştiler. Laparoskopik apendektomi yapılan 2 hastada apendiks net görülemediği, açığa dönüldü, bu iki hastanın apendikslerinin retroçekal olup karaciğere doğru uzandığı görüldü. Tep yapılan 1 hastada periton delindi, açığa dönüldü ve stoppa yöntemi ile onarım yapıldı. Postop dönemde komplikasyon yaşanmadı. Hiç bir hastada cerrahi alan enfeksiyonu gelişmedi.
**Sonuç:** Temel laparoskopik ameliyatlar deneyimli cerrahlar tarafından periferde olan hastanelerde de başarı ile uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, tep, stoppa, kolesistektomi

## SB-032
## CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDE SAPTADIĞIMIZ SELİM MİDE POLİPLERİNİN ÖZELLİKLERİ

Sabahattin DESTEK[1], Vahit Onur GÜL[2], Serkan AHİOĞLU[2], Zeynep TATAR[3]
[1]Özel Tuzla Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Edremit Askeri Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, Balıkesir
[3]Patomer Laboratuvarları, Patoloji Bölümü, İstanbul

**Amaç:** Selim mide polipleri (SMP), endoskopi yapılan hastaların % 2–6'sında saptanır. Mukozal hasara karşı rejeneratif bir yanıt olarak oluştukları düşünülmektedir. SMP, hiperplastik (rejeneratif), adenomatöz, hamartamatöz, inflamatuar ve heterotopik tiplerdedir. Hiperplastik polipler en sık görülen tipi olup malignite potensiyeli taşırlar. Bu çalışmada kliniğimizde SMP saptanan hastalar ve poliplerin özellikleri sunuldu.
**Yöntem:** Temmuz 2010- Aralık 2014 yılları arasında Cerrahi Endoskopi Ünitesindeki kayıtlardan SMP saptanan hastalar retrospektif olarak incelendi.
**Bulgular:** Gastroskopi uygulanan 1075 hastanın 34'ünde (% 3,2) SMP tespit edildi. Hastaların yarısı erkek, yarısı kadındı. Yaş ortalamaları 54 (25-82 yaş aralığı) idi. Hastaların 29'unda (% 85) tek polip, 5'inde (% 15) multipl polip saptandı. Lezyonlar en sık antrumda ( 22 hasta, % 65), en az kardiada (2 hasta, % 6) gözlendi. Hastaların tamamında kronik gastrit vardı. Hastaların ikisinde atrofik gastrit, üçünde inkomplet metaplazi saptandı. Poliplerin biri saplı diğerleri sesildi. En büyük polip çapı 10 mm; en küçük polip çapı 1 mm idi. Hastaların 22'sinde (% 65) rejeneratif foveolar hiperplazi, 10'unda ( % 29) hiperplastik polip, 3'ünde (% 9) hamartomatöz fundik gland polibi saptandı. Hastaların 18'inde (% 53) helikobakter pilori (HP), 15'inde (% 44) alkalen reflü gastrit (ARG) saptandı. Tedavide polipektomi, HP ve ARG'e yönelik tedaviler uygulandı. Hastalar takibe alındı.
**Sonuç:** Yayınlarda HP enfeksiyonu ve ARG ile polip gelişimi arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. SMP'i malignite riski taşıdığından takip ve tedavileri önemlidir.Dispeptik şikayeti olan, özellikle elli yaş üstü hastalarda endoskopik inceleme yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Selim Mide Polipleri

## SB-033
## ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİ: 1800 OLGUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ VE KOLOREKTAL KANSER SIKLIĞININ BELİRLENMESİ

Yusuf YÜCEL[1], Alpay AKTÜMEN[2], Timuçin AYDOĞAN[3], Ahmet ŞEKER[1], Orhan GÖZENELİ[1], Abdullah ÖZGÖNÜL[1], Alpaslan TERZİ[1], Ali UZUNKÖY[1]
[1]Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Şanlıurfa
[2]Karabük Üniversitesi, Patoloji AD, Karabük
[3]Harran Üniversitesi, Gastroenteroloji BD, Şanlıurfa

**Amaç:** Endoskopi ünitemizde alt gastrointestinal sistem endoskopisi uygulanan hastaların hastalıklarının makroskopik tanılarını ve kolorektal kanser sıklığını retrospektif olarak belirleyip sunmak.
**Materyal ve Metod:** Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi endoskopi ünitesinde 2006-2012 yılları arasında alt gastrointestinal sistem endoskopi yapılarak video arşivleme sistemine kaydedilen 1800 olgunun yaşı, cinsiyeti ve endoskopi raporlarındaki kolorektal hastalıkları belirlendi.
**Bulgular:** Alt gastrointestinal sistem şikâyeti nedeniyle altı yıllık süreçte 1800 hastaya endoskopik işlem yapıldı. Hastaların 920(% 51.11)'u erkek ve 880 (% 48.88)'i kadın idi. Hastaların yaş aralığı 24-91 (ort:58,68) idi. Hastaların 601(% 33.38)'inin endoskopisi normal olarak rapor edildi. Alt gastrointestinal sistem endoskopisi uygulanan olgularda kolorektal kanser oranı % 6.11, insidans ise 16.6/100 000 bulundu. Yapılan endoskopik işlemler sırasında komplikasyon % 0.16 ve mortalite % 0 idi.
**Sonuç:** Alt GİS endoskopisi, alt gastrointestinal sistem hastalıkların teşhisinde hala altın standarttır. Sedasyon ile yapılması hasta ve hekim açısından konfor, tanı ve tedavi açısından da etkinlik sağlar. Morbidite ve mortalitesi oldukça düşük olan tanısal bir işlemdir. Risk faktörlerine sahip olmayan 50 yaş üstü hastalara bile kolonoskopi yapmak uygun bir yaklaşım olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, Gastrointestinal sistem, Kolorektal kanser

## SB-034
## MALİGN KOLOREKTAL POLİPLERDE KLİNİK YAKLAŞIMIMIZ: ENDOSKOPİK POLİPEKTOMİ YETERLİ MİDİR?

İbrahim Ali ÖZEMİR, Büşra BURCU, Tuğrul ÖZDEMİR, Tunç EREN, Metin LEBLEBİCİ, Cengiz MADENCİ, Gürbey TURAN, Orhan ALİMOĞLU
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Kolorektal kanserlerin erken tanısı ve önlenmesinde kolonoskopi ve polipektomi önemli bir yer tutmaktadır. Kliniğimizde kolonoskopik polipektomi uyguladığımız ve malign polip saptanan hastalarda polipektominin güvenilirliğini ve yeterliliğini belirlemeyi amaçladık.

**Materyal ve Metod:** Ocak 2010-2015 tarihleri arasında İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesinde kolonoskopik polipektomi uygulanan 1296 hastadan, polip kanser tespit edilen 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların kolonoskopi ve patoloji raporları, tümör markırları ve görüntüleme tetkikleri retrospektif olarak incelendi.
**Bulgular:** Hastaların 13'ü(%59.1) erkek, 9'u(%40.9) kadın olup yaş ortalaması 65.6 olarak tespit edildi. Polip yerleşimlerine baktığımızda 12'si(%54.5) sigmoid kolonda, 7'si(%31.8) rektumda, 2'si(%9.1) çıkan ve 1'i(%4.5) de inen kolondaydı. Ortalama polip çapı 15.31 mm(5-37 m) olarak saptandı. Poliplerin 17'si(%77.3) saplı, 5'i(%22.7) ise sesil yapıdaydı. Hastaların tümünde polipektomiler snare ile yapıldı. 5(%22.7) hastaya piecemeal polipektomi uygulandı. Polipektomiler esnasında majör komplikasyon görülmedi. Patolojik incelemede 19(%86.4) hastada adenomatöz polip zeminde malignite, 3(%13.6) hastada ise nöroendokrin tümör(NET) saptandı. Saplı poliplerin invazyon özelliklerine bakıldığında 7'si(%41.2) Haggit-0, 5'i(%29.4) Haggit-1, 2'si(%11.8) Haggit-2, 1'i(%5.9) Haggit-3 ve 2'si(%11.8) Haggit-4 özelliklere sahipti. Hastaların 3'üne(%13.6) cerrahi tedavi uygulanırken, 19(%86.4) hasta takibe alındı. Sınır pozitifliği saptanan 1 hastaya transanal lokal eksizyon, 2.ay kontrol kolonoskopisinde polipektomi bölgesindeki biyopsilerde yüksek dereceli displazi saptanan bir hasta ile Haggit-4 + lenfovasküler invazyonu olan bir hasta olmak üzere 2 hastaya Anterior rezeksiyon uygulandı. Bu hastalarda metastatik lenf nodu veya rezidü tümöre rastlanmadı. Ortalama 24.3(4-55) ay takip edilen hastalarda nüks hastalığa rastlanmadığı tespit edildi.
**Sonuç:** Kısa dönem takip sonuçlarımıza göre, iyi prognostik göstergeleri olan malign kolorektal poliplerin tedavisinde kolonoskopik polipektominin yeterli ve güvenilir bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kolonoskopik polipektomi, polip kanser, kolorektal kanser,

## SB-035
## GASTROİNTESTİNAL PREKANSERÖZ LEZYONLARDA ENDOSKOPİK MUKOZAL REZEKSİYONUN ROLÜ

Süleyman ORMAN, Mehmet Ali GÖK, Turgut Tunç EREN, Metin LEBLEBİCİ, Orhan ALİMOĞLU
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Anabilimdalı

**Giriş ve Amaç:** Günümüzde endoskopik rezeksiyonlar erken gastrointestinal prekanseroz lezyonları saptama hızıyla doğru orantılı olarak yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu araştırmada kliniğimizde yapılan Endoskopik Mukozal Rezeksiyonların(EMR) sonuçlarını sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesinde Ocak 2014- Aralık 2014 tarihleri arasında EMR uyguladığımız 18 gastrointestinal prekanseroz lezyonlu hastamızın sonuçları değerlendirildi. Üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopileri esnasında saptanan prekanseroz lezyonlardan EMR ye uygun olduğu saptanan lezyonlara 1/20000 adrenalin ve lezyon büyüklüğüne göre yapılacak mukozal kaldırma miktarına uygun oranda serum fizyolojik enjeksiyonu sonrası snare yardımlı işlem uygulandı. Hastalar patolojik, radyolojik ve endoskopik takibe alındı.
**Bulgular:** Hastalarımızın 12'si erkek, 6'sı kadındı ve yaş ortalaması 63,4 (36-83)idi. Vakaların 2'si gastrik,16'sı kolorektal lezyon idi. Ortalama işlem süresi 23,8 (6-65)dk idi. Lezyonların 12'i(%66,6) low grade displazi, 3'ü(%16,6) hiperplastik polip, 1'i (%5,5) high grade displazi, 1'i (%5,5) normal mide mukozası, 1'i (%5,5) lipom olarak saptandı. Adenomların 7'si tubuler adenom, 6'sı tubulovilloz adenom olarak saptandı. Bir hastada işlem sırasında kanama nedeniyle cerrahi uygulandı. Tüm patolojik piyeslerde lezyonların negatif sınır ile eksize edildiği saptandı.
**Tartışma ve Sonuç:** Günümüzde endoskopik rezeksiyonlar gastrointestinal prekanseroz lezyonların cerrahiye gerek kalmadan tedavi edilmesinde giderek yaygın kullanılan efektif işlemlerdir. EMR prekanseroz gastrointestinal lezyonlarda güvenle ve etkin olarak uygulanabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopik Mukozal Rezeksiyon, prekanseroz lezyon

## SB-036
## ERCP İLE ÇIKARTILAMAYAN KOLEDOK TAŞLARINDA ENDOSKOPİK BİLİYER STENT YERLEŞTİRİLMESİNİN ETKİNLİĞİ

Wafi ATTAALLAH, Şakir KARPUZ, Mehmet KARAKUŞ, Asım CİNGİ, Ömer GÜNAL
Marmara Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** ERCP ile Çıkartılamayan koledok taşları tekrarlayan endoskopik girişimlere yada cerrahi işlemlere neden olabilmektedir. Bu çalışmada ERCP ile çıkartılamamış taş nedeni ile stent yerleştirilen hastalarda stent sonrası ikinci işlemede taşın spontan düşme oranı ve çıkarılabilme oranını incelemeyi amaçladık.
**Yöntem:** ERCP yapılan ancak taşı çıkartılamadığı için plastik biliyer stent yerleştirilen hastaların bilgileri retrospektif olarak incelendi. Stent takılan ve bir süre sonra ikinci kez ERCP yapılan hastalar çalışmaya alındı. İkinci kez ERCP işleminde taşın spontan kaybolması ve taşın çıkartılabilir hale gelmesi oranları belirlendi. Ayrıca stent sonrası taşların çıkartılabilme başarısını etkileyebilecek faktörler olarak yaş, cinsiyet, en büyük taşın çapı, mevcut taş sayısı, stent uzunluğu, stent çapı ve takip süresi de incelendi.
**Bulgular:** Çalışmaya 40 hasta dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı 58 (33-88y) idi ve 23›ü kadın (%57.5) ve 17›si erkek(%42.5) ti. İki ERCP işlemi arasındaki ortalama süre 2 ay (1-28 ay) idi. İkinci işlemde 5 hastada (%13) taş ve stent izlenmezken, 9 hastadada (%23) mevcut taşların spontan olarak kaybolduğu izlendi. Ikinci kez işlem yapılan hastalardan 19›unda (%48) biliyer balon kullanılarak taşlar başarılı bir şekilde çıkartıldı. Toplamda 34(%85) hastada ilk işlemde yerleştirilen stent sonrası ikinci ERCP işlemi ile mevcut taşların temizlendiği görüldü. İkinci işlemlerden başarılı ve başarısız olunanların karşılaştırılmasında yaş, cinsiyet, en büyük taşın çapı, mevcut taş sayısı, stent uzunluğu ve çapı, ve takip süresi gibi faktörler açısından iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü.
**Sonuç:** Endoskopik biliyer stent yerleştirilmesi, çıkartılamayan koledok taşları için basit, güvenli ve etkili bir yöntemdir. Bu yöntem yüksek başarı oranına sahip bir tedavi yöntemi olarak kabul edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** koledok taşı, ERCP, stent

## SB-037
## ÜST GİS STENTLEME SONUÇLARIMIZ

Doğan YILDIRIM[1], Gamze ÇITLAK[1], Adnan HUT[1], Fazilet ERÖZGEN[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Adem DURU[1], Mehmet GÜLEN[1], Zehra Zeynep KEKİKKIRAN[1], Ezgi TATLISU[1], Sinan UZMAN[2], Mehmet TOPTAŞ[2], Muzaffer AKINCI[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Oral alımı yetrsiz üst gastrintestinal sistem (GİS) darlıklarında, özofagusla mide arsında tekrar gıda geçişinin metal ya da plastik stentlerle sağlandığı stentleme işlemlerindeki deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** 2004- 2014 tarihleri arasında endoskopi ünitemizde stent tatbik edilirken hastalar için gerekli lokal veya sedoaneljezi sağlanmıştır.Elde edilen veriler retrospektif olarak incelenmiştir.
**Bulgular:** Hastanemizde bu dönemde 47 hastaya üst gastrointestinal sistem için stentlme işlemi uygulandı.16 hasta bayan, 31 hasta erkekti.Hastaların yaşları 27 ila 85 arasında olup ortalamaya 63 idi.1 hastaya benign özofageal darlık nedeniyle eriyebilen plastik stent tatbik edildi, 46 hastaya maligniteler nedeniyle metal stentleme yapıldı.5 hastaya torakal özofageal malignite nedeniyle, 41 hastaya ise kardioözofageal bileşkedeki malignitelerden dolayı metal stentleme yapıldı.1 hastada işlem esnasında perforasyon meydana geldi, restentleme + tüp torokostomi ile takip edilip 1 hafta sonra taburcu edildi.5 hastada işlemden sonra 3 ay içinde restentleme uygulandı.
**Sonuç:** Üst GİS darlıklarında stentleme işlemi; oral alımı yetersiz olan hastalarda parenteral beslenme ve gastrostomiye oranla hastaya sağladığı yaşam kalitesi ve tedaviye olan katkısından dolayı uygulanabilen hastalarda sıklıkla tercih edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Üst GİS darlık, Endoskopik Stentleme

## SB-038
## METASTATİK VE TIKAYICI DİSTAL MİDE KANSERLERİNDE KENDİNDEN GENİŞLEYEBİLEN METAL STENT UYGULAMALARIMIZIN SONUÇLARI

Mehmet MİHMANLI, Rıza Gürhan IŞIL, Evren BESLER, Cemal KAYA, Uygar DEMİR, Özgür BOSTANCI, Ufuk Oğuz İDİZ, Emre BOZKURT, Zeynep Gül ŞİMŞEK, Sinan ÖMEROĞLU, Onur GÜVEN, Emre BOZDAĞ
Hamidiye Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Mide çıkış obstrüksiyonu nedeni ile metastatik veya irrezektabl tıkayıcı mide kanseri tanısı alan hastaların en az morbidite ve mortalite ile palyasyonun sağlanması primer amaçtır. Bu nedenle metastatik ve tıkayıcı distal mide kanserlerinde kendinden genişleyebilen metal stent uygulamalarımızın sonuçlarını sunmayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** Genel Cerrahi Kliniği'mize yatırılan tıkayıcı ve metastatik mide tümörleri nedeni ile palyasyon amacı ile metal stent takılan hastalar cinsiyet, yaş, tümör tipi, tümör yerleşimi, kanser evresi, stentleme başarısı, hastanede yatış süresi, takip süresi ve mortalite açısından değerlendirildi.
**Bulgular:** İki yıllık bir zaman diliminde toplamda yaş ortalaması 60.5±11.73 (49-85) yıl olan 13 (9 erkek, 4 bayan) hasta incelendi. Tümörlerin hepsi adenokarsinom ve bunlardan 2 tanesi taşlı yüzük hücreli, 11'i antrum, ikisi pilor yerleşimliydi. Hastaların tümünde karaciğer metastazı mevcuttu. Hastaların stent takıldıktan sonra hastanede kalış süresi ortalama 3.4±0,7 gün idi. Hastaların hepsinde stentleme işlemi klinik ve radyolojik olarak başarılı oldu. Ortalama takip süresi 240.64±40.7 (en az 60, en çok 420) gün idi. Beş hastanın takipleri halen devam etmektedir, 8'i exitus olmuştur.
**Sonuç:** İleri evre tümör hastalarında mide çıkış obstrüksiyonunun palyasyonunda stent uygulaması düşük mortalite, düşük morbidite, düşük hastanede kalış süresi ve yeterli oral alım indeksi sağlaması nedeniyle tercih edilmesi gereken bir prosedürdür

**Anahtar Kelimeler:** tıkayıcı mide kanseri, distal mide kanseri, kendinden genişleyebilen metal stent

## SB-039
## ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM PATOLOJİLERİNDE ENDOSKOPİK SELF-EXPANDABLE METALİK STENTLERİN KULLANIMI: İKİ MERKEZE AİT SONUÇLAR

Esin KABUL GÜRBULAK[1], Hasan BEKTAŞ[2], Bünyamin GÜRBULAK[2], İsmail Ethem AKGÜN[1], Özgür SEĞMEN[2], Fevzi CELAYİR[1], Ayhan ÖZ[1], Kenan BÜYÜKAŞIK[2], Mehmet MİHMANLI[1]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Üst gastrointestinal sistemin (GİS) malign ya da bening patolojilerinin tedavisinde endoskopik stent yerleştirilmesi gittikçe yaygınlaşan bir yaklaşımdır. Bu çalışmada, üst GİS'in malign obstrüksiyonlarının palyasyonunda ve bening patolojilerinde endoskopik stentlemenin uygulanabilirlik, güvenlik ve etkinliğini değerlendirmek amacıyla iki merkeze ait serimizdeki deneyimlerimizi gözden geçirmeyi amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** 2012-2014 yılları arasında iki merkeze ait üst GİS'e stent yerleştirilen 42 hastanın hastane kayıtları ve klinik verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara self-expandable metal stent (SEMS) uygulandı. Teknik ve klinik başarı oranları, komplikasyonlar, morbidite ve mortalite oranları incelendi.
**Bulgular:** Endoskopik stentleme toplam 42 hastadan 41'ine başarıyla gerçekleştirildi. Olguların 30'una (% 73,1) malign obstrüksiyon nedeniyle 11'ine (% 26,8) bening patolojiler nedeniyle stent yerleştirildi. Stentle ilişkili komplikasyonlar olguların 4'ünde (% 9,7) görüldü. Bunlardan 2'si stent migrasyonu, 1'i tümörün büyümesine bağlı stent obstrüksiyonu, 1'i stente bağlı kanama idi. Teknik başarı % 97,6, klinik başarı oranı % 85,3, komplikasyon oranı % 9,7 olup, stentle ilişkili mortalite görülmedi.
**Sonuç:** Endoskopik stentler üst GİS'in çeşitli patolojilerinde yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranlarıyla etkin ve güvenli bir şekilde kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Anastomoz kaçağı, Endoskopik stentler, Gastrointestinal malign obstrüksiyon,

## SB-040
## LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ: TEK MERKEZİN KISA DÖNEM SONUÇLARI

Wafi ATTAALLAH, Samet YARDIMCI, Hayyam BABAYEV, Ömer GÜNAL, Asım CİNGİ, Rasim GENÇOSMANOĞLU
Marmara Üniversitesi Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Günümüzde kolorektal cerrahide laparoskopi altın standart olarak kabul edilmese de açık cerrahiyle benzer güvenlik sınırları dahilinde yapılabildiği ve birçok avantajı olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, tek merkezde laparoskopik kolorektal rezeksiyon yaptığımız 33 hastanın sonuçlarını değerlendirdik.
**Materyal ve Metod:** Ocak 2013 ve Eylül 2014 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde laparoskopik kolon cerrahisi uygulanan 33 hasta incelenmiştir. Hastaların demografik özellikleri, tümör özellikleri, operasyon tipleri ve komplikasyonlar açısından değerlendirildi.
**Bulgular:** Tek merkezde laparaskopik kolorektal rezeksiyon yapılan 33 hastada ortanca yaş 60 (35-70) olup 18(%55)'i erkek idi. Hastaların çoğunluğunu (%90) kolon adenokarsinomu oluşturuyordu. Hastaların yarısı T3 ve %67 oranında N0 bulunmuştur. Ortanca çıkarılan lenf nodu sayısı 17 (4-28) idi.. Hastaların tümünde negatif cerrahi sınır elde edilmiştir. Postoperatif dönemde hastanede yatış süresi 5(4-16) gün olarak bulunmuştur. Toplam 5 (%15.2) hastada erken postoperatif dönemde komplikasyon gelişmiştir. Komplikasyonların çoğunu cerrahi müdahale yapılmadan düzeltilmiştir. Serimizde mortalite görülmemiştir.
**Sonuç:** laparaskopik kolorektal rezeksiyon yapılan 33 hastalık serimizde gerek komplikasyon oranı, gerekse hastanede kalış suresi, yeterli cerrahi rezeksiyon ve lenf nodu diseksiyonu açısından açık cerrahi kadar güvenli ve lietaratürdeki laparaskopik cerrahi sonuçları ile uyumluluk göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, kolorektal cerrahi, kısa dönem

## SB-041
## İKİ PORT İLE LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ: 37 OLGU

Türker KARABUĞA[1], Cemal KARA[2], Ömer YOLDAŞ[3], İsmail ÖZSAN[3]
[1]Karataş Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[3]İzmir Üniveristesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İzmir

**Amaç:** Acil servise gelen cerrahi akut karın nedenleri arasında ilk sırayı akut apandisit almaktadır. Bu çalışmada akut apandisit nedeniyle iki port ile laparoskopik apendektomi yapılan hastaların sonuçlarını sunmak amaçlanmıştır.
**Yöntem:** 2 port ile laparoskopik apendektomi uygulanan 37 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalara uygulanan laparoskopik apendektomi tekniği, ameliyat süreleri, eksplorasyon bulguları, analjezik ihtiyaçları, hastanede kalış süreleri, işe dönüş süreleri ile morbiditeleri değerlendirildi.
**Bulgular:** Preoperatif klinik ve laboratuar bulguları akut apandisit lehine olan hastalardan 2 port ile laparoskopik apendektomi uygulanan 37 hastanın yaş ortalaması 30,2 (15-49) ve olguların % 70,2'si (26) kadın, %29,8'u (11) erkek idi. Hastaların ortalama Beden Kitle İndeksi 25,3 (21-29) kg/m2 idi. Hastalarda semptomların başlangıç süresi ortalama 18 (8-72) saat idi. Hastaların tamamında 10 mm'lik kamera giriş trokarı ile umblikus çukuru içerisinden batına girilerek 12 mmHg basınçta ve trendelenburg ve hastanın sol yanına çevirilip pozisyon verilerek çalışıldı. 5 mm'lik diğer trokar ise pubis üzerinden girildi. Apendiksi askıya almak için Mc Burney noktasından gri branül girilerek içerisinde ilerletilen 0 numara prolen kullanıldı. Tüm vakalarda radiks iki kez 2/0 prolen ile kapatıldı (Resim 1). Operasyon süresi ortalama 32,3 (22-50) dakika idi. Tüm hastalara postoperatif tek doz parasetamol intravenöz yapıldı. Hastaların ortalama yatış süresi 18 saat, işe başlama süresi ortalama 5 (3-10) gün idi. Postoperatif % 5,4(2) hastada umblikustaki trokar yerinde yara yeri enfeksiyonu görüldü.
**Sonuç:** Laparoskopik apendektomi operasyon süresi, enfeksiyon, hastanede kalış ve işe dönüş süreleri ve özellikle bayanlarda tanısal faydaları açısından değerlendirildiğinde açık apendektomiye üstün olduğu tespit edilmiştir. Laparoskopik apendektomi 2 trokar kullanılarak kısa sürede ve efektif olarak yapılabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, apendektomi, port

## SB-044
## LAPAROSKOPİK SOL HEMİKOLEKTOMİDE EKSTAKORPOREAL ANASTOMOZUN ETKİNLİĞİ

Niyazi Ali Oglü ASGEROV, Muşvig Gelal Oglu HASANOV, Yusif Rauf Oglu ELİYAROV, Azad Aydin Oglu KARİMLİ
Azerbaycan Milli Onkoloji Merkezi

Kolorektal tumor hastaliklari dunyada,gastro-interistinal traktda rast gelmesine göre 2-ci yerde durur.Aparilan araşdirmalar neticeside melum olmuşdur ki.Enen çenber bagirsagin şiş hastaliglarinda,hemikoloektomiler zamani laparoskopik ekstrakorporal ve intrakorporal anastomozlarin goulmasinin mukayiseli xarakteristikasini araşdirmag ve onlardan hangisinin effektiv olmasini mueyyen etmeyi karşimiza maksad olarag koydug.Araşdirmalar Azerbaycan milli onkoloji merkezinede cerrahi emeliyyat keçirmiş 46 hasta uzerinde aparilmişdir.Hastalardan 28- erkek,18- bayan olmuşdur.Hastalarin yaş heddi 29-72 yaş arasinda olmuşdur. Şiş prosesi hastalarin 22-de S-vari bagirsagin,19-da enen çenber bagirsagin ve 5-de ıse kalin bagirsagin dalag eyriliyininde lokalize olunmuşdur.Araşdirmalar gosterdiki, şiş prosesi dalag eyriliyinde, s-vari bagarsagin yuxarı 3-1 hissesinde ve enen çenber bagirsagda lokalize olunan zaman ekstra korporal anastomozlarin goulmasi mumkundur.Ekstrakorporal anastomozlarin koyulmasi emeliyyatdan sonraki dovrlerde agirlaşmalarin sayinin azalmasina,emeliyatin aparilma muddetinin kisa olmasina ve maliye masraflarinin azalmasi bakimindan daha effektlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal şiş,anastomoz

## SB-045
## LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİDE MANUEL DÜĞÜMÜN ETKİNLİĞİ

Arda IŞIK, İsmail DEMİRYILMAZ, İsmayil YILMAZ, Deniz FIRAT, Orhan ÇİMEN, Hüseyin EKEN
Erzincan Universitesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Laparoskopik apendektomide apendiks güdüğünün manual düğüm ile kapatılmasının etkinliği
**Gereç ve Y**öntem: Laparoskopik apendektomi yapılan 30 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. 12 olguda manual düğüm(intra-ekstrakorperal), 18 olguda diğer gereçler( endoskopik lineer cutter, plastik klips) kullanılarak apendiks güdüğü kapatıldı.
**Bulgular:** 14 kadın, 16 erkek mevcuttu. Ortalama operasyon süresi manual düğümde 45 dakika, diğer gereçlerde 40 dakika olarak saptandı. Postoperatif hastanede yatış süresi manual düğümde 1,3 gün, diğer gereçlerde 1,5 gün olarak tespit edildi. Postoperative morbidite sadece manual düğüm grubunda ve post-operatif apse olarak gözlendi.
**Sonuç:** Laparoskopik apendektomide apendiks güdüğü manual düğüm ile intra veya ekstrakorperal olarak bağlanarak güvenli şekilde kapatılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik apendektomi, manuel düğüm, apendiks güdüğü

## SB-048
## LAPAROSKOPİK NISSEN FUNDOPLİKASYON TECRÜBEMİZ: 73 OLGU

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Laparoskopik NISSEN Fundoplikasyonu Gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde güncel olarak uygulanan bir prosedürdür. Kliniğimizde son üç yılda gerçekleştirdiğimiz ameliyatların sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde Temmuz2011 ile Haziran 2014 tarihleri arasında Laparoskopik NISSEN Fundoplikasyonu uyguladığımız toplam 73 hasta retrospektif olarak tarandı. Bütün hastalara ameliyat öncesi endoskopi ve özofagus biyopsisi yapıldı. Tüm hastalara genel anestezi altında 5 port kullanılarak, 360 derecelik laparoskopik NISSEN fundoplikasyon ameliyatı yapıldı.
**Bulgular:** Hastaların 41'i kadın (%56,1) 32'si erkekti (%43.8) Ortalama yaş 39'du (25–59). Hastaların tamamında göğüste yanma ve reflü şikayetleri mevcuttu. Ameliyat öncesiyapılan rutin endoskopik incelemelerde hastaların %81'inde özofajit tespit edildi. 23 hastada sadece gastroözofageal reflü hastalığı saptanırken, 50 hastada gastroözofageal reflüye hiatus hernisi de eşlik ediyordu. Histopatolojik incelemede beş hastada Barrett özofajiti saptandı. Ameliyat tekniği olarak hastaların tümüne 360 derecelik NISSEN fundoplikasyonu uygulandı. 1 hastada özofagus perforasyonu, açık ameliyata geçildi.1 hastaya pnömotorax nedeniyle tüp takıldı.
Ortalama ameliyat süresi 63.01 dakika (33-137 dakika) ortalama hastanede kalış süresi 2.1 gün (1-7 gün) idi. Ortalama takip süresi 13 ay olarak belirlendi (7-35 ay). Postoperatif dönemde tüp takılan hastanın post-operatif 3.günde tüpü çekildi. Hiçbirhastada nüks olmadı.Hastalar telefonla aranarak semptomları değerlendirildi. Hastaların %86'sında şikayetlerin tamamen gerilediği ve hiçbir ilaç desteğine gerek kalmadığı, %11'inde ilaç kullanmaya gerek olmayan hafif yanma şeklinde şikayetler olduğu, %3'ünde ilaçla kontrol edilebilen ağrılı yutma olduğu saptandı.
**Sonuç:** Gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde Laparoskopik NISSEN Fundoplikasyonu düşük morbidite ve mortalite oranı ile uygulanabilecek ve uzun süreli ilaç tedavisine alternatif olan cerrahi bir girişimdir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, NISSEN funduplikasyonu, reflü, hiatal herni

## SB-049
## VÜCUT AĞIRLIĞIYLA LAPAROSKOPİK NISSEN FUNDOPLİKASYON AMELİYATININ İLİŞKİSİ

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Gastroözofagial reflü cerrahisinde en sık uygulanan prosedür Laparoskopik NISSEN Funduplikasyonudur. Ameliyatın reflüyü engellemek etkisi yanında yeme alışkanlıkları üzerindeki etkiside mevcuttur. Bu çalışmada bu etkiyi ve sebeplerini ortaya koymayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2009-Ağustos 2014 arasında ameliyat edilen 43'ü erkek (%48,8), 45'i kadın (%51,1) toplam 88 laparoskopik NISSEN funduplikasyonlu hasta çalışmaya alındı. Hastaların ameliyat öncesi vücut kitle indeksi (VKİ), sindirim sistemi yaşam kalite indeksleri (GIQLI) ve disfaji skorları kaydedildi. Ameliyat sonrası 1. ay erken dönem ve 6. ay sonrası geç dönem olarak kabul edildi.
**Bulgular:** Ortalama yaş 39,29 ±10,83 yıldı. VKİ kadınlarda ortalama 26,945 4±5,16 kg/m2 iken erkeklerde 25,024 ± 3,91 kg/m2 bulundu. Ameliyat öncesi disfaji skorları kadınlarda ortalama 1,86 ± 1,67, erkeklerde 2,13 ±1,5' dü. GIQLI skorları ortalaması ameliyat öncesi 68,77 ±19,68 bulundu. Ameliyat sonrası 1. ay kontrollerinde hastalarda ortalama VKİ kadınlarda 23,783±4 kg/m2, erkeklerde ise 22,85 ±3,75 kg/m2 bulundu. Disfaji skorları kadınlarda 1,79± 1,25, erkeklerde 1,9±1,1 bulundu. Hastaların 1. ay GIQLI skorları ortalaması. 85,82 ± 19,15'ydı. Geç dönemde yapılan ölçümlerde VKİ kadınlarda 25,91 ±4,93 ve erkeklerde 26,17 ±9,9 kg/m2 hesaplandı. Hastalarda GIQLI skorları ortalaması 97,2 ±19,79'di.
**Sonuç:** Ameliyat sonrası ilk ay sonunda kilo kaybı olmaktadır. Bu durumun ameliyat sonrası erken dönem önerilen diyete ve disfajiyle ilişkili olabileceği düşünüldü. Geç dönemde ise ameliyat öncesi döneme göre kilo artışı görülmekte olup, bunun sindirim sistemi yaşam konforunun artmasına bağlı olabileceği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Vücut ağırlığı, NISSEN operasyonu, kilo kaybı

## SB-050
## LAPAROSKOPİK NISSEN FUNDOPLİKASYON: 2013-2014 DENEYİMİMİZ

Sezgin YILMAZ, Ogün ERŞEN, Ziya Taner ÖZKEÇECİ, Ahmet BAL, Murat AKICI, Mustafa ÖZSOY, Rüçhan Bahadır CELEP, Enes ŞAHİN, Yüksel ARIKAN
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar

**Amaç:** Semptomatik hiatal hernisi olan hastalarda laparoskopik olarak uygulanan NISSEN fundoplikasyonu ve posterior krurafi antireflü cerrahisinde önemli yer tutmaktadır.
**Gereç ve Yöntem:** Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2013-2014 yılları arasında NISSEN fundoplikasyon yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. 24 hasta çalışmaya dahil edildi.
**Bulgular:** 24 hastada toplam 9 (%37,5) erkek ve 15 (%62,5) bayan hasta mevcuttu. Hastaların ortalama yaşı 54,5 olarak hesaplandı. Hastalara operasyon kararı endoskopi ve klinik bulguların birlikte değerlendirilmesi ile alındı. Hastaların tamamında ilaç tedavisine rağmen gastroözefagial reflü semptomları mevcuttu ve 6(%25) hastada endoskopik bakıda özefajit saptandı. Vakaların tamamında fundoplikasyon aşamasında darlık gelişmemesi için 42 fr'lik özefagus buji dilatatörü kullanıldı. Tüm hastalarda NISSEN fundoplikasyonu ve posterior krurafi operasyonu laparoskopik olarak sonlandırldı. Ortalama operasyon süresi 130 dk idi. 3 Hastada kruslardaki defektin genişliği sebebiyle krurafi üzerine tacker ile dual mesh tatbiki yapıldı. 1 vakada postoperatif disfaji gelişmesi üzerine 2 seans endoskopik balon dilatasyon uygulandı ve disfaji geriledi.
**Sonuç:** Gastroözefagial reflüye yönelik laparoskopik NISSEN fundoplikasyonu ile uygun hastalarda dramatik cevap alınmakta ve postoperatif nekahat dönemi oldukça kısa sürmektedir. Cerrahi tedavi semptomatik olan, İlaç tedavisine cevap alınamayan, özefajiti olan reflü hastalarında deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, NISSEN Fundoplikasyonu, Hiatal herni

## SB-051
## LAPAROSKOPİK AKALAZYA CERRAHİSİ UYGULADIĞIMIZ OLGULARIMIZIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Erdal Birol BOSTANCI, Volkan ÖTER, Murat ULAŞ, Fatih SÜMER, İlter ÖZER, Musa AKOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Akalazya tanısı ile Laparoskopik Heller Myotomi(LHM) ve Dor Fundoplikasyonu(DF) ameliyatı uyguladığımız hastalarda erken dönem sonuçlarımızı sunmayı amaçladık. Gereç-yöntem: 2008- 2014 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniğinde Akalazya tanısı ile 26 hastaya LHM+ DF ameliyatı uygulandı.
**Bulgular:** Hastaların 15'i erkek ve 11'i kadın idi. Ortalama yaş 33,9 (yaş aralığı 18-70) idi. Ortalama semptom süresi 6 ay (1-38 ay)idi. Toplam 17 hastaya preoperatif endoskopik balon dilatasyonu (EPD) yapılmış olup ortalama EPD sayısı 1,46 (1-6 defa)idi. Tüm hastalarda balon dilatasyon sonrası disfajinin tekrarladığı gözlendi. Ortalama ameliyat süresi 137,12±39,09 dakika idi. Hastanede Ameliyat sonrası yatış süresi ortalaması 6 gün (4-8) idi. LHM ameliyat olan 3 hastada ameliyat esnasında iki hastada a.gastrika brevees kanaması görüldü. Mukozal perforasyon ameliyat sırasında primer onarıldı, Kanamalar için hemostaz sağlandı. Hiçbir hastada konversiyona geçilmedi. LHM ameliyatı olan 1 hastada postop 4. saatte kanama nedeni ile laparotomi yapılarak hemostaz sağlandı. Erken postoperatif takiplerde dönemde 2 hastada disfaji gözlendi. Yapılan tetkiklerde bu disfajinin ameliyata bağlı olmadığı ortaya konuldu. Bu hastalarda ameliyat sonrası tetkiklerde özofagusta motilite bozukluğu gözlendi.
**Sonuç:** Laparoskopik Heller Myotomi ve Dor Fundoplikasyonu ileri laparoskopide deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akalzaya, Cerrahi, Heller Myotomi,

## SB-052
## BUJİ KULLANMAKSIZIN YAPILAN LAPAROSKOPİK NISSEN FUNDOPLİKASYON AMELİYATLARIMIZIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI: 228 OLGU

Tahsin DALGIÇ, Erdal Birol BOSTANCI, Yusuf ÖZOĞUL, Volkan ÖTER, İlter ÖZER, Murat ULAŞ, Musa AKOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Buji kullanmaksızın Laparoskopik NISSEN Fundoplikasyon ameliyatı yapılan hastaların erken dönem sonuçları verilmiştir.
**Gereç- Yöntem:** Ocak-2005 ve Aralık-2014 tarihleri arasında laparoskopik antireflü cerrahi yapılan 228 hasta çalışmaya alınmıştır. Datalar prospektif olarak tutulan kayıtlardan elde edilmiştir. Semptomlar, endoskopi, manometri, radyolojik bulgular ve pH-metri sonuçları değerlendirilmiş; ameliyat tipi, süresi, intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar çalışmaya alınmıştır.
**Bulgu**: Hastaların 149'u erkek(%65,4) ve 79'u kadın(%34,6) idi. Ortalama yaş 42±11,8idi. En sık başvuru şikayeti tipik semptomlar olan retrosternal ağrı ve regürjitasyon idi(%38). Endoskopi yapılan olgularda özofajit %62 oranında saptanırken, Barret özofagus %3'ünde saptandı. Olguların %69'nda hiatal herni saptandı. PH-metre 153(%67) olguya uygulandı ve %92 oranında patolojik reflü saptandı. Ameliyat edilen olguların hepsinde De-Meester skoru 12'nin üzerinde idi ve ortalaması 52±42 saptandı. Manometrik inceleme 184(%81) olguya uygulandı. Bunların %59'u normal rapor edilirken, % 16'sında nonspesifik özofagus motor hastalığı ve %24'ünde hipotansif alt özofagus sfinkteri rapor edildi. Özofagografide hiçbir hastada kısa özofagus tespit edilmedi. Hastaların tamamı operasyon öncesi farklı sürelerde de olsa medikal tedavi almışlardı. Hastaların tamamına Laparoskopik NISSEN Fundoplikasyon ameliyatı yapıldı. Ameliyatta buji kullanılmadı. Krus onarımı sagittal planda hiatus açıklığı 3cm olacak şekilde(Bir klinç ağzı genişliğinde) yapıldı. 2(%0,9) hastada kanama ve anatomik zorluk nedeni ile açık ameliyata geçildi. Ortalama operasyon süresi 129±48,8dakika idi. Ameliyat akşamı oral sulu gıda başlandı. Ameliyat sonrası komplikasyon sadece 5(%2,1)hastada görüldü. Bunlar bir hastada drenden hemoraji, bir hastada intra-abdominal hematom ve üç hastada

yara yeri enfeksiyonu idi. Medikal tedavi ile düzeldi. Ortalama yatış süresi 3±1,4gündü. Hastaların hiçbirisinde erken dönemde ciddi disfaji görülmedi. Ameliyata bağlı mortalite görülmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik NISSEN Fundoplikasyon ameliyatı buji kullanmaksızın güvenle yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hiatal Herni, Laparoskopi, NISSEN fundoplikasyon,

## SB-053
## LAPAROSKOPİK ANTİREFLÜ CERRAHİ SONUÇLARIMIZIN ENDOSKOPİK BULGULAR VE GASTROİNTESTİNAL-HAYAT KALİTE İNDEKSİ (GIQLI) EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Yuksel ALTİNEL, Atilla ÇELİK, Ali SOLMAZ, Ramazan KUŞASLAN, Hüseyin ÇAYÖREN, Rümeysa İLBAR, Nihat BUĞDAYCI, Fatih ÇELEBİ
Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi AD,İstanbul

Laparoskopik antireflü girişimler gastroözofageal reflü hastalığı tedavisinde etkin yöntemdir. Bu çalışmada antireflü cerrahi uyguladığımız hastalarda cerrahi sonuçlarımızın ve hayat kalitesindeki değişikliklerin incelenmesi amaçlanmıştır. Kliniğimizde 2012-2014 yılları arasında laparoskopik antireflü cerrahi yapılan hastalarımızın sonuçları, endoskopi bulguları ile gastrointestinal hayat kalite indeksi (GIQLI) uygulanarak değerlendirildi.
İki yıllık sürede laparoskopik antireflü cerrahisi yapılan 156 (87 (%56)K, 69(%44)E) kişinin, yaş ortalaması 43 (18-75) yıldı. NISSEN ameliyatı 152, Toupet 2, Dorr 2 hastaya yapıldı. Hastaların hepsinde krurorafi yapılırken beş hastada krusların üzerine mesh konuldu. Revizyon NISSEN ameliyatı yapılan iki hastada açığa geçildi. Dört hastada ilave olarak kolesistektomi yapıldı. Bir hastada mide yaralanması nedeniyle mide wedge rezeksiyonu, birinde dalak yaralanması nedeniyle parsiyel splenektomi yapıldı. Yatış süresi 4 (1-23) gün. Ameliyat öncesi yapılan endoskopide %33 hastada özefajit (12 gastrik ülser), %67'sinde hiatal herni mevcuttu. Ameliyat sonrası yapılan kontrol endoskopisinde %15 pangastrit ve antral gastrit izlendi. İki hastaya darlık nedeniyle buji dilatasyon yapılırken, üç hastada yetersiz fundoplikasyon, bir hastada sol diyafragma paralizisi saptandı. Ameliyat sonrası ulaşılabilen 132 %85( 71 K, 61 E) hastada hayat kalitesi; ilaç tedavisi, sosyal fonksiyonlar, emosyonel, fiziksel durum ve semptomlar olan GIQLI kullanılarak değerlendirildi. Hastaların ameliyat öncesi dönem ile karşılaştırıldığında, erken ameliyat sonrası dönemden başlamak üzere yaşam kalitesinde anlamlı düzelme görüldü. Fonksiyonel sonuçlar %76'sında mükemmel, %12'sinde iyi, %10'unda orta değerlendirildi. Niisen sonrası %14 hastada retrosternal yanma, yutma güçlüğü, ilaç kullanma ihtiyacı saptandı.
Laparoskopik antireflü cerrahisinin kalitesi ameliyat sonrası yapılacak endoskopik tetkiklerle objektif olarak, hastalardaki hayat kalitesine yansımasının ise skorlama sistemleriyle izlenmelidir. Bu izlem hastaların yeterli tedavi aldığının ve ayrıca cerrahi ekibin yetkinliğinin önemini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Reflü,NISSEN,GIQLI,Endoskopi

## SB-054
## LAPAROSKOPİK TORAKOSKOPİK (MİNİMAL İNVAZİF) ÖZOFAJEKTOMİ

Ömer GÜNAL[1], Orhan BAT[1], Tunç LAÇİN[2], Mümin COŞKUN[1], Salih DEMİRCİOĞLU[1]
[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi AD, İstanbul

**Amaç:** Son yıllarda endoskopik cerrahi tekniklerdeki gelişme ile özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde laparoskopi ve torakoskopinin kullanılması giderek artmaktadır.Minimal invazif özofajektomi tekniği ile orta ve alt uç kanserleri için intratorasik anastomoz,üst bölüm kanserleri için servikal anastomoz uygulanmaktadır.
**Gereç ve Yöntem:** Özofagus kanseri nedeniyle total endoskopik rezeksiyon uygulanan 12 hastanın verileri Ocak 2014–Ocak 2015 tarihleri arasında prospektif olarak toplandı. Klinik evreleme gastrointestinal endoskopi,akciğer ve üst abdominal tomografi ve pozitron emisyon tomografi ile gerçekleştirildi.Ameliyatın laparoskopi kısmı Trendelenburg pozisyonda 5 trokar ile yapıldı.Sağ gastroepiploik ve sağ gastrik arterler korunarak gastrik tüp endo-staplerler yardımı ile hazırlandı.İkinci aşamada sol lateral dekübit pozisyonda torakoskopik özofagus mobilizasyonu ve intratorasik özofagogastrik anastomoz için 4 trokar yerleştirildi.Torasik özofagogastrik anastomoz sirküler stapler ile gerçekleştirildi.
**Bulgular:** 12 hastaya(10E,2K)(ortalama yaş 57,6yıl,aralık 46-64)minimal invazif özofajektomi uygulandı.Altı hasta neoadjuvan tedavi sonrası opere edildi.Anastomoz 2 hastada laparoskopi ile intratorasik,1 hastada sol servikalde,diğer hastalarda(n=9)torakoskopi eşliğinde intratorasik yapıldı. Anastomoz 5 hastada ağızdan yerleştirilen anvil ile yapıldı. Torakoskopik özofagus mobilizasyonu sırasında 1 hastada sağ ana bronş yaralanması nedeniyle torakotomi uygulandı. Postoperatif 3 hastada minör komplikasyon(atrial fibrilasyon n=1,solunum sıkıntısı n=2)tespit edildi.Operatif mortalite izlenmedi. Ortalama yatış süreleri sırasıyla yoğun bakımda 0.75 gün(aralık,0-5 gün) iken total hastane 10.1 gün(8-20 gün)idi.Hücre tipi 2 hastada adenokanser iken 10 hastada skuamoz hücreli kanser idi.Postoperatif evreler sırasıyla T2N0(n=3),T2N1(n=1),T3N0(n=4),T2N1(n=1),T3N1(n=1) idi.İki hastanın patolojik tanısı çalışma sırasında halen raporlanmamıştı.10 hastadan çıkarılan lenf bezi sayısı ortalama 19.3 (aralık,16-23) idi.Proksimal ve distal marjinlerde tümör saptanmadı.
**Sonuç:** Kombine laparoskopik torakoskopik özofajektomi ile intratorasik özofagogastrik anastomoz,gelişen endoskopik cerrahi teknikler sayesinde minimal cerrahi travma ve az kan kaybı ile gerçekleştirilebilen güvenli bir cerrahi metoddur.Hızlı hasta iyileşmesi minimal invazif özofajektominin en önemli artısıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, torakoskopi, özofajektomi, özofagus kanseri

## SB-055
## MİNİMAL İNVAZİV ÖZOFAJEKTOMİ: DENEYİM VE TEKNİK

Erdal Birol BOSTANCI, İlter ÖZER, Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU, Murat ULAŞ, Musa AKOĞLU
Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Giriş:** Dünyada minimal invaziv özofajektomi (MİÖ) her geçen gün artan bir şekilde gerçekleştirilmektedir. Özofajektominin toraks ve abdominal fazları, torakoskopi ve laparoskopi ile yapılabildiği gibi, bu fazlardan birisi konvansiyonel (laparotomi veya torakotomi ile) olarak ta yapılabilmektedir.
**Metod ve Materyal:** Hastanemizde Aralık 2011- Nisan 2014 tarihleri arasında MİÖ yöntemi ile ameliyat edilen 9 özofagus kanserli olgunun preoperatif ve postoperatif verileri değerlendirildi.
**Bulgular:** Ameliyat edilen 9 özofagus kanserli hastanın 6'sı erkek ve 3'ü kadın idi. Bu hastaların 6'sında özofajektomi torakoskopi ve laparoskopi ile yapıldı. 3'ü ise torakoskopi ve laparotomi ile yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 58 yıl idi (50-65 yıl). Ortalama yatış süresi 34.7 (13-78) gün idi. Olguların tümünde ana şikayet disfaji idi. Preoperatif biyopsi 8 hastada yassı hücreli karsinom iken 1 hastada şiddetli displazi idi. Tümörlerin tümü 25- 37. cm arasında yerleşmekteydi. Sadece 1 hasta neoadjuvan tedavi almıştı. Postoperatif dönemde bir hastada şilotoraks, 1 hastada pnömoni, 1 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişti. İki hastada anastomoz kaçağı izlendi. Bunlardan biri parenteral nutrisyon ile spontan kapandı. Diğeri ise anastomoz kaçağı ve sonrası pnömoni gelişmesi üzerine exitus oldu.
**Sonuç:** Özofajektomi minimal invazif yaklaşımla güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Minimal invaziv cerrahi, Özofagus,

## SB-057
## BARİATRİK CERRAHİDE BEZMİALEM DENEYİMİ

Yunus TAŞÇI, Süleyman BOZKURT, Halil COŞKUN, Erkan YARDIMCI, Enver KUNDUZ, Fatma Ümit MALYA, Mustafa HASBAHÇECİ, Yeliz Emine ERSOY, Adem AKÇAKAYA, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Bariatrik cerrahi morbit obezite tedavisinde giderek gelişme gösteren ve daha sık uygulanan bir tedavi yöntemidir.
**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda hastanemizde Şubat 2011 ve Ocak 2015 tarihleri arasında bariatrik cerrahi uygulanan olgular dahil edildi.
**Bulgular:** Toplam olgu sayımız 556, 430'si (%77.3) kadın, 126'si (%22.7) erkekti, ortalama yaş 35.5'ti (16-67). Olgularımızın ortalama ağırlığı 130 kg, boyu 1.65 cm, vücut kitle indeksi 47.52'ydi. 505 (%90.8) hastamıza laparoskopik sleeve gastrektomi, 51 (%9.2) hastamıza ise laparoskopik mini gastrik by-pass operasyonlarını uyguladık. Postoperatif 1., 3., 6. ay, 1. ve 2. yıl kontrole gelen hasta sayılarımız sırasıyla 360, 302, 248, 161 ve 48'di. Postoperatif 1., 3., 6. ay, 1. ve 2. yıl ideal vücut ağırlığına göre hesaplanmış fazla kiloların kayıp oranları (excess weight loss, EWL) sırasıyla %19.8, %36.2, %52, %66.6 ve %71.5'ti. Postoperatif 1., 3., 6. ay, 1. ve 2. yıl fazla vücut kitle indeksi kayıp oranları (excess body mass index loss, EBMIL) sırasıyla %23, %42, %60.1, %76.9 ve %81.4'tu.
Olgularımız ikisinde kanama, birinde ise yetersiz eksplorasyon, başka bir olguda da iyatrojenik ince bağırsak yaralanması nedeni ile açığa geçildi. Mini gastrik by-pass olgularımız ikisinde kaçak nedeni ile relaparotomi yapıldı, birinde Roux-N-Y anastomoz, birinde ise primer sütürasyon ve Braun anastomozu uygulandı. Postoperatif 21 olgumuzda kanama meydana geldi. Bir olguda relaparotomi ile kanama kontrolü yapıldı, beş olguda eritrosit transfüzyonu yapıldı, 15 olguda ise medikal takip uygulandı. Beş olguda postoperatif batıniçi kolleksiyon gelişti, tüm olgular konservatif takip edildi. Mortalitemiz olmadı.

**Sonuç:** Bariatrik cerrahi deneyimli merkezlerde düşük morbidite ve mortalite ile uygulanabilen morbit obezitenin bilinen en etkili tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Bariatrik Cerrahi, Gastrik Mini By-pass, Morbit Obezite, Sleeve Gastrektomi

## SB-058
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ: ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Mehmet BAYRAK[1], Ömer ALABAZ[2], Ahmet BÜLBÜL[1], İlhan SARI[1], Cansu KOLUKIRIK[1], Sinan TIRAŞ[1]
[1]Özel Ortadoğu Hastanesi, Adana
[2]Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adana

**Amaç:** Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) ameliyatlarının erken dönem sonuçlarının tartışılması amaçlanmıştır.
Gereç ve Yöntem: Son bir yıl içerisinde gerçekleştirilen LSG ameliyatı uygulanan hastaların demografik özellikleri ve ameliyat sonrasına ait sonuçları incelendi. Hastalar preoperatif multidisipliner yaklaşımla operasyona hazırlandı. Ameliyat öncesi hastaların tümüne endokrinoloji, diyetisyen, psikiyatri ve gastroenteroloji konsültasyonu istendi ve tümüne endoskopi yapıldı. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) >43.7 kg/m$^2$ (35,4-66,4kg/m$^2$) idi. Operasyonlar, pnömoperitoneum 13 mmHg basınç ile standard sağlanıp, dört trokar ve bir sabit karaciğer ekartörü ile yapıldı. Ameliyatlarda Covidien marka tristapler ortalama 6 adet (4-7) kullanıldı ve sütür hattı fibrin glue ile sağlamlaştırıldı. Anastomoz güvenliği ameliyat bitiminde ve postop 2. gün metilen mavisi içirilerek test edildi. Oral beslenmeye postoperatif ortalama 3. gün sulu gıda ile başlandı.
**Bulgular:** Aralık-2013-Kasım 2014 tarihleri arasında toplam 174 hastaya LSG ameliyatı gerçekleştirildi. Hastaların 102'si kadındı. Yaş ortalaması 32 yaş (23 – 57 yaş) idi. Ortalama ameliyat süresi: 72.5 dakika idi. Hiçbir hastada ameliyat sonrası ciddi bir morbidite gelişmedi, en önemli gelişebilecek komplikasyonlardan kaçak veya pulmoner emboliye rastlanmadı. Hiç mortalite görülmedi. Hastaların 53'ünde bulantı ve minimal karın ağrısı görüldü. Ortalama hastanede yatış süresi 3 gün (2-5 gün) idi. Postoperatif ulaşabildiğimiz 153 hastanın ortalama 5 aylık (3-12ay) sürede kilo verme ortalaması 34 kg idi.
**Sonuç:** Laparoskopik sleeve gastrektominin, gerekli tedbirler

alınarak iyi hazırlandığında ve laparoskopi konusunda deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında güvenli bir ameliyat olduğu sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik, sleeve, obesite

## SB-059
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Metin KARADENİZ
Özel Medifema Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Bu çalışmada 2,5 yılda tek cerrah tarafından yapılan sleeve gastrektomi sonuçlarını sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Mayıs 2012 ile Aralık 2014 tarihleri arasında ardışık sleeve gastrektomi yapılan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat süreleri, taburculuk süreleri, komplikasyon gelişimi, takip kiloları, ek hastalıklarının durumu kaydedildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 320 hasta alındı. Hastaların 92›si (%28,8) erkek, 228›i (%71,2) kadındı. Yaş ortalaması 36,6 yıldı. Ameliyat öncesi vücut kitle indeksi (vki) ortalamaları 45,7 kg/m2 idi. Ortalama ameliyat süresi 56,5 dakikaydı. Ortalama taburculuk süresi 3,9 (3-87) gündü. Postoperatif 30 günlük dönemde 5 (%1,6) hastada kaçak, 3 (%0,9) hastada stapler hattından kanama, 2'şer (%0,6) hastada trokar yerinden kanama, karın içi abse, cerrahi alan enfeksiyonu ve 1'er (%0,3) hastada pulmoner emboli, safra kaçağı ve pnömoni gelişti. Pulmoner emboli olan hasta postoperatif 1. gün exitus oldu. 1-3-6-9-12-18 ve 24. aylarda fazla kilo kayıpları sırasıyla %23,7, %44,6, %58,9, %65,6, %69,2, %67,9, %62,2 olarak bulundu. Hastaların 79'unda(%24,8) hipertansiyon vardı. Bunların 63'ünde(%79,7) antihipertansif tedavi kesildi, 2'sinde(%2,5) ise ilaç dozu azaltıldı. 52(%16,4) hastada tip 2 diyabet vardı. 37'sinde(%71,1) insülin ve/veya oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) kesildi, 6'sında(%11,5) insülinden OAD'ye geçildi, 5'inde(%9,6) ise ilaç dozu azaltıldı. 59(%18,6) hastada hiperlipidemi vardı ve bunların 26'sında(%44,1) hiperlipidemi düzeldi. 13(%4,1) hastada astım vardı ve 9'unda(%69,2) tedavi gerektiren semptomlar geriledi. Uyku apne sendromu olan 12(%3,8) hastanın 11'inde(%91,7) tamamen düzelme oldu.
**Sonuç:** Laparoskopik sleeve gastrektomi, diğer bariatrik cerrahi yöntemlerine göre uygulanması daha kolay ve sonuçları da en az onlar kadar yüz güldürücüdür. Ancak uzun stapler hattından dolayı komplikasyon gelişimi riski de göz önünde bulundurulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** obezite, obezite cerrahisi, sleeve gastrektomi,

## SB-060
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ; 367 HASTANIN SONUÇLARI

Türker KARABUĞA[1], Ali SAKLAMAZ[2], Erkan ŞAHİN[3], Haluk Recai ÜNALP[1]
[1]Karataş Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Şifa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Endokrinoloji Kliniği, İzmir
[3]İzmir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, İzmir

**Amaç:** Bu çalışmada obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) yapılan 367 hastanın preoperatif, operatif ve postoperatif verilerini değerlendirmek amaçlandı.
**Yöntem**: Ekim 2012 ile eylül 2014 tarihleri arasında obezite nedeniyle LSG uygulanan 367 hastanın demografik özellikleri, ameliyat bilgileri ve postoperatif takip sonuçları değerlendirildi.
**Bulgular:** Hastaların 231'i (%63) kadın, 136'sı (%37) erkek, ortalama yaş 35,6 (17-66) ve ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 45,2 kg/m² (35-66,4) idi. Ameliyat öncesi hastalara endokrinoloji, psikiyatri, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, dahiliye ve anestezi konsültasyonu yapıldı. Hastaların 41'inde (%11.1) tip 2 diyabet, 53'ünde (%14,4) hipertansiyon, 28'inde (%7,6) hiperlipidemi, 23'ünde (%6,2) koroner arter hastalığı, 19'unde (%5,1) gastroözofageal reflü hastalığı ve 8'inde (%2,1) astım mevcuttu (Tablo1). 17 hastada daha önce değişik nedenlerle laparatomi, 117 kadın hastada sezeryan öyküsü ve 23 hastada laparoskopi öyküsü mevcuttu (Tablo2). Ortalama operasyon süresi 70 dakika (45-150) idi. Tüm hastalarda dren kullanıldı. 153 hastaya postoperatif 1. gün kontrast madde ile skopi altında pasaj grafisi çekildi, 204 hastaya ise postoperatif 1. gün 40 ml metilen mavisi oral verilerek kaçak testi uygulandı. Hastalara postoperatif 1. gün 30cc/h oral sıvı gıda başlandı. Tüm hastalar postoperatif 3. Gün taburcu edildi.
Üç hastada kaçak gelişmesi üzerine iki hastaya endoskopik, bir hastaya floroskopi yardımıyla tamamen kaplı Nitinol stent (14 cm uzunluğunda,2,4 cm genişliğinde –Microtech Europe GmbH) yerleştirildi. Stentler 21, 30 ve 35. günlerde çıkarıldı. Kaçaklar cerrahi girişim gerektirmedi.
**Sonuç:** LSG hızla kilo kaybı, diyabetli hastalarda insülin ihtiyacında azalma, ek hastalıklarda belirgin düzelme operasyonun erken dönemdeki olumlu etkileridir. LSG fizyolojik bir yöntem olması ve düşük komplikasyon oranı nedeniyle güvenli ve etkili bir uygulamadır.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, morbid obezite, sleeve gastrektomi

## SB-061
## MORBİD OBEZİTE TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİNİN ETKİNLİĞİ

Cengiz AYDIN, Varlık EROL, Levent UĞURLU, Özhan ÇETİNDAĞ, İlkay AKBULUT
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Giriş:** Bariatrik cerrahi, kalıcı kilo kaybını sağlayan ve komorbiditeleri azaltan en etkili tedavi yöntemidir. Laparoskopik Sleeve gastrektomi (LSG), yaygın kullanılan bir cerrahi tekniktir. Çalışmada, LSG uygulanan hastalardaki sonuçlarımızın irdelenmesi amaçlandı.
**Metod:** Mayıs 2013- Ekim 2014 tarihleri arasında, LSG uygulanan 114 hasta çalışmaya dahil edildi. Yalnızca vücut kitle indeksi ≥40 olan hastalara LSG uygulandı. Hastaların demografik verileri, operasyon süresi, komplikasyon ve mortalite oranları, hastanede kalış süreleri, kilo kayıpları, insülin değerleri irdelendi.
**Bulgular:** Hastaların 96'sı (%84.2) kadın, 18'i (%15.8) erkek ortlama yaş 34.7 idi. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 44.8 (40.1-67.5) olarak belirlendi. 102 (%89.5) hastaya LSG, 7 (%6.1) hastaya LSG + kolesistektomi, 5 (%4.4) hastaya ise LSG + hiatal herni nedeniyle herni onarımı uygulandı. Hiçbir hastada mortalite gözlenmez iken, 3 (%2.6) hasta mide proksimal stapler hattından kaçak nedeniyle gastoözefageal stent ile tedavi edildi, 1 (%0.9) hastaya ise postoperatif hemoraji

nedeniyle splenektomi + hemostaz uygulandı. Ortalama operasyon süresi 110 (60-300 dakika) dakika, median hastanede kalış süresi ise 5.2 (3-110 gün) idi. Median oral alıma geçiş süresi 1.2 gündür. Hiçbir hastada gastrik stenoz ve mortalite gözlenmedi. Hastalardaki, 1. ayda 14.5 kg, 3. 25.8 kg, 6. ay 35.8 kg ve 12. ayda ise 49.8 kg olarak belirlendi.
**Tartışma:** LSG günümüzde mükemmel kilo kaybı sağlaması ve düşük komplikasyon riskleri nedeniyle morbid obezite tedavisinde tek başına uygulanan bir cerrahi tekniktir. Uygulama kolaylığı, düşük morbidite ve mortalite oranları, operasyon süresinin kısalığı, hastanede kalış süresinin kısalığı avantajları arasındadır. Bu çalışmada da görüldüğü üzere özellikle morbidite oranlarının düşük olması ve kısa hastanede kalış süreleri hasta konforunu önemli şekilde arttırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Morbid obezite, Sleeve Gastrektomi, laparoskopik cerrahi

## SB-063
## LAPAROSKOPİK ROUX-EN-Y VE TEK ANASTOMOZLU GASTRİK BYPASS'TA MANUEL VEYA LİNEER STAPLER İLE YAPILAN GASTROJEJUNAL ANASTOMOZLARIN KARŞILAŞTIRILDIĞI BİR KOHORT ÇALIŞMA

Mehmet KAPLAN[1], Hüseyin Cahit YALÇIN[2], Selçuk ARSLAN[3], Celil Alper USLUOĞULLARI[4]
[1]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Bahçeşehir Universitesi, İstanbul
[2]Genel Cerrahi Departmanı, Anadolu Şifa Hastanesi, Gaziantep
[3]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep
[4]Endokrinoloji Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep

**Amaç:** Morbid obezite için yapılan laparoskopik Roux-en-Y ve tek anastomozlu gastrik bypass (LRYGB ve LTAGB) ameliyatları sırasında hangi gastrojejunostomi tekniğinin seçileceği konusu hala tartışmalıdır. Bu konunun araştırılması amacıyla lineer stapler (LS) ve manuel (MN) teknikle yapılan anastomozların karşılaştırıldığı prospektif kohort bir çalışma gerçekleştirdik.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma popülasyonu, 8 yıllık bir dönemde morbid obezite nedeniyle başvuran ve LRYGB veya LTAGB ameliyatları yapılan toplam 258 ardışık hastanın olduğu bir seriden oluşuyordu. Her bir kohorttaki hastalara, iki farklı teknikten ya LS veya MN anastomoz tekniği kullanıldı. Kohortlar anastomotik darlık, kaçak ve erken reoperasyon ihtiyacı gibi birçok postoperatif komplikasyonlar yönünden karşılaştırıldı. Belli aralıklarla kilo ölçümü ve vücut kitle indeksi düşme yüzdesi (VKID%) hesaplamaları yapıldı ve kaydedildi. Tüm hastalar en az 12 ay boyunca takip edildi.
**Bulgular:** MN kohort grubunda 142 (%55), LS kohort grubunda ise 116 (%45) olmak üzere toplam 258 hasta vardı. demografik özellikler, preoperatif VKİ, VKİD%, DM ve uyku apnesi sıklığı bakımından gruplar arasında bir farklılık yoktu. Gastrojejunal anastomozlarda sızıntı saptanmadı ancak her bir kohorttaki LRYGB yapılan toplam 2 hastada mide tüpünden sızıntı oldu. Yeniden opere edilmesine rağmen LS kohortundaki hastanın durumu mortal seyretti, diğer hasta ise konservatif tedavi ile başarılı şekilde tedavi edildi. MN kohortundaki 7 (%4.9) ve LS kohortundaki 4 (%3.4), toplamda 11 (%4.3) hastada darlık saptandı (p=0.558) ve hepsi de endoskopik balon dilatasyonu ile başarılı şekilde tedavi edildi.
**Sonuç:** Darlık ve kilo kaybı oranlarında anlamlı bir fark bulunmadığından, her cerrahın en çok alıştığı ve tecrübeli olduğu anastomoz tekniğini kullanması daha uygun bir yaklaşım olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Anastomoz kaçağı, Mini-gastrik bypass, Roux-en-Y gastrik bypass, Tek anastomozlu gastrik bypass, Striktür

## SB-068
## DÜŞÜK TROMBOSİT SAYILI İMMÜN TROMBOSİTİK PURPURA TANILI HASTALARDA LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ GÜVENLİ MİDİR?

Beslen GÖKSOY, Orhan AĞCAOĞLU, Selim DOĞAN, Rıdvan SEVEN, Ahmet DİNÇÇAĞ, Selçuk MERCAN, Umut BARBAROS
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Medikal tedaviye dirençli immün trombositopenik purpura (ITP) tanılı hastalarda en etkin küratif tedavi yöntemi splenektomidir. Çok düşük trombosit sayılı ITP'li hastalarda kanama riski dezavantaj olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu retrospektif çalışmanın amacı, çok düşük trombosit sayılı ITP olgularında laparoskopik splenektominin güvenilirliğini ve etkinliğini değerlendirmektir.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2005 ile 2014 yılları arasında laparoskopik yöntemle splenektomi yapılan ITP tanılı 140 hasta çalışmaya dahil edildi. Laparoskopik splenektomi yapılan hastalar trombosit sayılarına göre < 10.000 (Grup 1) ve >=10.000 (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar demografik özellikler, ameliyat süresi, açığa dönüş, peroperativ ve postoperativ kanama miktarı, kan transfüzyonu ihtiyacı, komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi açısından karşılaştırıldı.
**Bulgular:** Grup 1'de 16 hasta, Grup 2'de 124 hasta vardı. Her iki grupta demografik özellikler ile ameliyat süreleri benzerdi. Grup 1'de bir hastada, grup 2'de ise 6 hastada ameliyat sırasında kanama nedeniyle açığa geçildi. Grup 2'de karın içi kanama nedeniyle 2 hastada post operatif 1. günde laparatomi uygulandı. Transfüzyon miktarı her iki grupta benzerdi. Ayrıca her iki grupta birer hastada konservatif olarak tedavi edilen pankreatik fistül görülürken, Grup 2'de bir hastada ameliyat sonrası 7. günde portal ven trombozu saptandı. Hastanede kalış süresi açısından gruplar arasında fark görülmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik splenektomi çok düşük trombosit düzeyine sahip ITP'li hastalarda diğer hasta grubuyla benzer sonuçlarla güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Immune trombositopenik purpura, Laparoskopik Cerrahi, Splenektomi

## SB-069
## TEK PORT LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ; GEREKLİ Mİ?

Taylan Özgür SEZER, Erkan GÜLER, Özgür FIRAT, İlhami SOLAK, Adem GÜLER, Sinan ERSİN, Cüneyt HOŞÇOŞKUN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İzmir

**Amaç:** Tek porttan yapılan cerrahi ameliyatlar hasta için mükemmel kozmetik sağlarken cerrah için ise teknik olarak

daha zor, daha uzun amaliyat süresi ve daha fazla tecrübe gerektirmektedir. Bu çalışmada laparoskopik ve tek port splenektomili hastalar geriye dönük karşılaştırılmıştır.
Yöntem: Temmuz 2012 ile Kasım 2013 arasında toplam 179 hastaya tek porttan laparoskopik ameliyat uygulandı. 10 (%5.5) hastaya splenektomi uygulandı. 16 hastaya konvansiyonel laparoskopik splenektomi uygulanmıştır. Hastaların demografik verileri, ameliyat süresi, morselizasyon süresi, kan kaybı, erken ve geç dönem komplikasyonları, hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir.
**Sonuç:** Demografik veriler iki grup için benzerdi. Ameliyat süresi (94dk vs 85 dk), kan kaybı (130 ml vs 110 ml), peroperatuar komplikasyon (%10 vs %6.25), ve dren kullanımı (%50 vs %37.5) tek port laparoskopik splenektomide daha fazla saptandı, ($p<0.05$). Hasta memnuniyeti iki grup için benzerdi, >0.05. Ameliyat süresi tek port kolesistektomide daha uzundu (38 dk vs 25 dk, <0.05). Konvansiyonel laparoskopiye veya açık cerrahiye geçiş iki grup için benzerdi.
Tartışma: Tek port laparoskopi cerrahi teknik olarak zor ve öğrenme eğrisi uzundur. Tek port laparoskopik cerrahi daha kısa morselizasyon süresi daha fazla kan kaybı ve daha fazla organ yaralanmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Dalak, Laparoskopi,Tek port

## SB-70
## FONKSİYONEL VE NON-FONKSİYONEL ADRENAL TÜMÖRLERDE LAPAROSOPİK LATERAL TRANSABDOMİNAL ADRENALEKTOMİ

Bahadır ÖZ, Alper AKCAN, Erdoğan SÖZÜER, Muhammet AKYÜZ, Ertan EMEK, Hızır AKYILDIZ, Engin OK
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kayseri

**Giriş:** Laparoskopik adrenalektomi benign adrenal tümörlerin tedavisinde güvenli ve minimal invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmanın amacı değişik endokrinolojik bozukluklara neden olan benign adrenal tümörlerin yanı sıra non-fonksiyone tümörlerin tedavisinde uygulanan laparoskopik lateral transabdominal adrenalektominin sonuçlarını geriye dönük olarak değerlendirmektir.
**Metod:** Ocak 2007 ile Eylül 2013 tarihleri arasında lateral transabdominal yaklaşımla 100 hasta opere edildi. Hastaların demografik verileri, cerrahi endikasyon, tümör boyutu ve yerinin yanısıra operasyon süresi, hastanede yatış süresi, komplikasyon oranını içeren intraoperatif ve postoperatif sonuçları ve açık adrenalektomiye geçiş oranları değerlendirildi.
**Bulgular:**
Altmış altı fonksiyonel tümör ( Grup 1) , 34 non-fonksiyonel tümör (Grup 2) nedeni ile toplamda 100 LA yapıldı. Grup 1 de 21 olgu feokromasima, 16 olgu Conn sendromu ve 28 olgu ise Cushing's sendromu idi. Gruplar arasında yaş, vücüt kitle indeksi, cinsiyet, intraoperatif ve postoperatif sonuçlar açısından anlamlı fark tespit edilmedi. Grup 2 tümör çapı daha büyük olmasına rağmen anlamlı değildi (p=0.19). ortalama ameliyat süresi Grup 1 de 90.3±4.1 (30-210) dakika, Grup 2 de ise 86.2±5,8 (30-190) dakika tespit edildi (p=0.56)
**Sonuç:** Bu çalışma hem fonksiyonel hemde non-fonksiyonel benign adrenal tümörlerin tedavisinde laparoskopik lateral transabdominal adrenalektominin güvenli, etkin ve teknik olarak uygun bir prosedür olduğunu göstermiştir.

## SB-071
## BÜYÜK ADRENAL KİTLELERDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ GÜVENLİ MİDİR? KİTLENİN ÇAPI NE KADAR ÖNEMLİ?

Selim DOĞAN, Nihat AKSAKAL, Burak ÇELİK, Orhan AĞCAOĞLU, Umut BARBAROS, Yeşim ERBİL, Rıdvan SEVEN, Selçuk MERCAN
İstanbul Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Adrenal cerrahisinde laparoskopik yöntem altın standart olarak kabul edilmekle birlikte büyük adrenal kitlelerde açık yöntem önerilmektedir. Ancak laparoskopik yöntem tercihinde kitle büyüklüğünün sınırının ne olacağı ile ilgili tartışmalar da devam etmektedir. Bu retrospektif çalışmada kliniğimizde uygulamış olduğumuz laparoskopik adrenalektomi olgularında kitle boyutunun sonuçlar üzerine etkisini ortaya koymaya çalıştık.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2006 ile 2013 yılları arasında laparoskopik adrenelektomi uygulanan 158 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar tümör çapına göre <5 cm (grup 1, n=88) ve >= 5cm (en büyüğü 16 cm) (grup 2, n=70) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar demografik ve klinik parametreler, ameliyat süresi, komplikasyon, açığa geçme ve hastanede kalış süresi açısından karşılaştırıldı.
**Bulgular:** Her iki grupta demografik bilgiler, operasyon süresi, hastanede kalış süresi ve komplikasyonlar açısından istatisitiksel olarak fark saptanmadı. Grup 2 de kan kaybı anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,002). Açık operasyona dönüş grup 1 de % 5.6 grup 2 de % 4.2 oranında ve benzer idi.
**Sonuç:** Adrenal tümörlerde laparoskopik cerrahi güvenle uygulanabilen bir tekniktir. İnvazyon olan seçilmiş olgular dışında büyük adrenal tümörlerde kitle boyutuna bakılmaksızın laparoskopik yöntem tercih edilebilir. Burada kitle büyüklüğünün üst sınırını belirleyici olan cerrahın laparoskopik adrenal cerrahi deneyimi ve kitlenin operabilitesi olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Büyük Adrenal Tümör, Laparoskopik Cerrahi

## SB-072
## GENEL CERRAHİ DİSİPLİNİNDE ROBOTİK CERRAHİ UYGULAMALARINA 3 YILLIK BAKIŞ: ENDİKASYON, ÖĞRENME EĞRİLERİ, RİSK FAKTÖRLERİ

Abdulkadir BEDİRLİ, Bülent SALMAN, Aydın YAVUZ
Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara

**Amaç:** Robotik cerrahi Üroloji ve Kardiovasküler Cerrahi alanlarındaki uygulamaları ile minimal invaziv cerrahide çığır aşmıştır. Genel Cerrahi disiplininde konvansiyonel veya laparoskopik cerrahiye olan avantaj ve dezavantajları net değildir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizdeki üç yıllık robot programın sonuçlarını değerlendirmek ve geniş bir alana sahip abdominal robotik cerrahi konusundaki tecrübelerimizi paylaşmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** 2011-2014 yılları arasında 82 hastaya robotik abdominal cerrahiler uyguladık. Hasta verilerinden demografik karakteristikler, uygulanan robotik işlemler ve bunlara ait sonuçlar değerlendirildi.
**Bulgular:** Robotik abdominal cerrahi uygulanan hastalarda yaş

ortalaması 62 olup, kadın/erkek oranı 38/44 idi. Robotik cerrahi 48 hastada onkolojik nedenlere bağlı uygulandı. Bu hastalardan en büyük grubu 42 hasta ile kolorektal kanserler oluşturmaktaydı. Hasta sayılarının yıllar içerisinde arttığı gözlendi ve son olarak 2014 yılında 47 hastada robotik abdominal cerrahinin uygulandığı belirlenmiştir. Yapılan robotik abdominal işlemlerin alt gruplar olarak analizlerinde operatif ve postoperatif sonuçlar ile docking ve operasyon süreleri bakımından yıllar içerisinde anlamlı iyileşmelerin olduğu gözlenmiştir.
**Sonuç:** Mevcut veriler, iyi tasarlanmış ve iyi yürütülen robotik cerrahi programları sayesinde genel cerrahi disiplininde farklı ve karmaşık prosedürler için robotik yöntemin etkin ve güvenli bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Abdominal cerrahi, onkolojik cerrahi, robotik cerrahi

## SB-073
## ABDOMİNAL CERRAHİ GEÇİRMİŞ HASTALARDA ROBOTİK KOLON CERRAHİSİ UYGULAMALARI

Bülent SALMAN[1], Abdukadir BEDİRLİ[1], Utku Tonguç YILMAZ[2], Selim KEÇEOĞLU[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Geçirilmiş abdominal operasyonlardan sonra gelişen adezyonlar uzun zaman laparoskopi için kontrendikasyon oluşturmuştur. Teknik ilerlemeler ve artan deneyim ile laparoskopik işlemler bu hastalarda uygulanabilir bir yöntem olmuştur. Bu çalışmada geçirilmiş abdominal cerrahisi olan hastalardaki robotik kolon cerrahisi uygulama yöntemlerimiz sunulmaya çalışılmıştır.
**Gereç ve Yöntem:** Hastaların demografik bilgileri, daha önce geçirdiği operasyonlar, uygulanan robotik cerrahi yöntem, intraoperatif adezyon skoru, operasyon süresi, açığa geçiş oranları değerlendirildi. Operasyonların tümünde Veress iğnesi girişi ve CO2 insüflasyonu sol üst kadrandan yapıldı ve robotik kamera portu (12 mm) yerleştirilerek karın içi eksplorasyonu yapıldı. Üst abdominal cerrahi girişim geçirmiş hastalarda alt kadranlardan, alt abdominal cerrahi girişim geçirmiş hastalarda ise üst kadranlardan uygun yerleşimli iki adet robotik trokar yerleştirildi. Uygun docking sonrası, adezyonlar ayrıştırıldı. Ardından uygulanacak ameliyata uygun olarak diğer robotik trokarlar ve asistan trokarları yerleştirilerek tekrar docking yapıldı.
**Bulgular:** Çalışmaya 13 hasta dahil edildi. Hastaların 5'inde geçirilmiş alt abdominal, 7'sinde geçirilmiş üst abdominal cerrahi girişim tespit edildi. Adezyon skoru üst abdominal cerrahi girişim geçirmiş olan hastalarda ortalama 3, alt abdominal cerrahi girişim geçirmiş olan hastalarda ortalama 2 olarak belirlendi. Rektum kanseri nedeniyle 6 hastaya robotik aşağı anterior ve 3 hastaya robotik anterior rezeksiyon, 2 hastaya sigmoid kanser için robotik sigmoid rezeksiyon, 2 hastaya sağ kolon kanseri nedeniyle robotik sağ hemikolektomi uygulandı. Adezyonların ayrıştırılması üst ve alt abdominal cerrahi geçiren hastalarda sırasıyla ortalama 35 dakika ve 23 dakika sürdü. Hiçbir hastada açık operasyona dönülmedi.
**Sonuç:** Geçirilmiş abdominal cerrahisi olan ve robotik kolorektal cerrahi planlanan hastalarda, prosedürün başlangıcında tariflendiği şekilde uygun robotik yaklaşımla adezyonlar ayrıştırılarak robotik olarak işlem tamamlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Cerrahi, Kolon Cerrahisi, Abdominal Adezyonlar

## SB-074
## ONKOLOJİK YAŞLI HASTALARDA ROBOTİK ABDOMİNAL CERRAHİ

Bülent SALMAN[1], Abdukadir BEDİRLİ[1], Utku Tonguç YILMAZ[2], Mahir NASİROV[1]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Yaşlı hastalarda eşlik eden hastalıklar, düşük fonksiyonel kapasite her zaman cerrahi için risk oluşturmuştur. Onkolojik hastalarda bu problemler daha da artmaktadır. Bu hastalarda minimal invaziv cerrahinin azalmış postoperatif ileus, kısa hastanede kalış süresi ve azalmış inflamatuar yanıt avantajları gösterilmiştir. Bu çalışmada yaşlı hastalardaki robotik cerrahi sonuçlarının verilmesi amaçlanmıştır.
**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya robotik cerrahi yapılan 70 yaş üstü hastalar alındı. Hastaların demografik bilgileri, ASA skorları, yapılan robotik cerrahi yöntem, operasyon süresi, kan kaybı miktarı, açığa geçiş oranları, postoperatif solunum destek ihtiyaci, postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri değerlendirildi.
**Bulgular:** Çalışmaya 11 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 74, kadın/erkek oranı 5/6 olarak bulundu. Hastaların ASA skorları, 4 hastada ASA II, 7 hastada ASA III olarak değerlendirildi. Onkolojik nedenlere bağlı hastalara uygulanan cerrahi işlemler; total gastrektomi (3 hasta), distal gastrektomi (1 hasta), aşağı anterior rezeksiyon (5 hasta), anterior rezeksiyon (1 hasta), sigmoid rezeksiyon (1 hasta) idi. Hastalarda ortalama docking süresi 17 dakika, ortalama operasyon süresi 4 saat 13 dakika, ortalama kan kaybı 175 ml olarak belirlendi. Hiç bir hastada açığa dönülmedi. Kolorektal cerrahi uygulanan 7 hastaya Trendelenburg pozisyonu, gastrik rezeksiyon uygulanan 4 hastaya ise ters Trendelenburg pozisyonu verildi. Trendelenburg pozisyonu uygulanan 7 hastanın ikisinde larinks ödemine bağlı solunum güçlüğü ve ekstübasyon gecikmesi (8 saat ve 11 saat) görüldü.
**Sonuç:** Robotik cerrahi 70 yaş üstü onkolojik hastalarda etkin ve güvenli bir şekilde uygulanabilir. Ancak uzun süreli Trendelenburg pozisyonu gerektiren robotik işlemlerde postoperatif dönemde solunum fonksiyonlarının derlenmesinde gecikme olabileceği öngörülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Abdominal Cerrahi, Onkolojik Cerrahi, Yaşlı Hasta

## SB-075
## CANLI VERİCİLİ BÖBREK NAKLİ İÇİN, ROBOT YARDIMLI VERİCİ NEFREKTOMİSİ. TÜRKİYE NİN İLK SERİSİ

Aydın DALGIÇ[1], Gökhan YAĞCİ[2], M Hakan SÖZEN[3], Onur ÖZEN[4]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara
[2]Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi AD, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Transplantasyon Merkezi, Ankara
[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi AD, Ankara

Laparoskopik canlı verici nefrektomisi; benzer sonuçları, erken sürede normal yaşantıya dönülmesi, daha iyi kozmetik etkileri

gibi nedenlerle, bir çok organ nakli merkezi tarafından, açık cerrahiye tercih edilmektedir.
Robotik cerrahi alanındaki gelişmeler, bu tekniğin, böbrek nakli alanındada etkin bir şekilde kulanımına imkan sağalmaktadır. Bu tanımlamasal çalışma; Canlı vericili böbrek naklillerinde, robot yardımlı verici nefrektomi sonuçlarının incelendiği Turkiyedeki ilk serinin sonuçlarını içermektedir.
Ekim 2013 – Şubat 2015 tarihleri arasında, Gazi Üniversitesi Organ Nakli Merkezinde, ortalama yaşı 46 olan, 11 erkek, 14 bayan 25 canlı böbrek vericisinin ameliyatları robot yardımı ile gerçekleştirildi. Clavien II üzerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen ameliyatlarda, ortalama sıcak iskemi süresi 3.2 dakika (2.4 – 5.1) ve greft / hasta yaşam oranları %100/%100 idi. Bir hastada kanama nedeni ile açık cerrahiye geçildi bir hasta ise ameliyattan 36 saat sonra "akut batın" nedeni ile tekrar ameliyata alınarak sorunsuz bir şekilde laparoskopik apandektomi uygulandı.
Robotik ve Laparoskopik ameliyatların ortalama maliyeti sırası ile: 5.457.000 TL ve 3.653.500 TL idi.
Robotik canlı verici nefrektomisi, klasik laparoskopik yöntemler ile karşılaştırıldığında, benzer sonuçları olan, güvenli bir yöntemdir. 2014 yılındaki diğer çalışmalardada benzeri sonuçlar elde edilmiştir.
Yüksek maliyetin bir sorun oluşturduğu görülsede robotik sistemin sunduğu yüksek teknoloji, çok eklemli yüksek hareket yeteneğine sahip enstrümanlar, aktif hareketli 3 Boyutlu görüntüleme sistemi, sütür atma kolaylığı ve cerrahi ekibe sağladığı konfor, tekniğin belirgin avantajlarıdır.
Yakın gelecekte, sisteme daha hareketli ve kolay kurulum mekanizmasının, robotik"stapler" lerin, enerji uçları bulunan çok eklemli enstrümanların ve tek port sisteminin eklenmesi, sistemin çok daha yaygın ve farklı alanlarda kullanılmasına yol açacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** böbrek nakli, donor nefrektomisi, laparoskopik nefrektomi, robotik cerrahi, organ nakli,

## SB-076
## GASTRİK KANSERDE LAPAROSKOPİK SUBTOTAL GASTREKTOMİ VE SPESİMENİN TRANSVAJİNAL ÇIKARIMI

Fatih SÜMER, Cüneyt KAYAALP, İsmail ERTUĞRUL, Mehmet Ali YAĞCI, Servet KARAGÜL
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Laparoskopik gastrektomi gastrik kanser için alternatif bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiştir. Konvansiyonel gastrektomiye nazaran postoperatif ağrının azalması, daha kısa hastanede kalma ve yaşam kalitesinin artması gibi faydaları vardır. Total laparoskopik subtotal gastrektomi (LSG) 'nin doğal deliklerden spesmen çıkarılması (NOSE) ile kombine edilmesi ise karın insizyonlarını azaltarak fayda sağlayabilir. Biz burada gastrik kanserli bir hastada bu iki minimal invaziv yöntemin kombinasyonu tanımlanmıştır.
**Olgu:** 72 yaşında kadın hastada mide antrumunda 2 cm çapında ülserovejetan adenokarsinom tespit edildi. Görüntüleme yöntemleri ile lokal invazyon ve uzak metastaz olmadığı gösterildi. Genel anestezi altında litotomi ve ters Trendelenburg pozisyonunda çalışıldı. 2 adet 5 mm ve 3 adet 12 mm.lik trokarlar girilerek laparoskopik olarak mide subtotal olarak rezeke edildi. Lenf nodu disseksiyonu yapıldı. Roux-en-Y rekonstrüksiyon yapıldı. Spasimen transvajinal olarak posterior forniksten çıkarıldı. Operasyon süresi ortalama 360 dakika idi. Postoperatif 1. günde sıvı rejime başlandı. Postoperatif komplikasyon gözlenmeyen hasta 4. günde taburcu edildi. Piyesin histolojik analizinde cerrahi sınırlar temiz idi. 56 adet lenf nodunda tutulum yoktu. İyi diferensiye adenokarsinom olarak yorumlandı. Hasta medikal onkolojiye yönlendirildi. Hastanın dördüncü aydaki takibinde sorun yoktur.
**Sonuç:** Laparoskopik subtotal gastrektomi, omentektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda spesimenin çıkratılması için karın duvarında kesi yapmak yerine transvajinal olarak çıkartılması uygun olgularda bir alternatif olarak akla gelmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Mide kanseri, laparoskopik gastrektomi, doğal delik cerrahisi, transvajinal

## SB-077
## TOTAL LAPAROSKOPİK SAĞ KOLON REZEKSİYONU VE SPESİMENİN KOLONOSKOPİ YARDIMIYLA TRANSKOLONİK ÇIKARTILMASI

Cüneyt KAYAALP, Koray KUTLUTÜRK, Mehmet Ali YAĞCI, Mustafa ATEŞ
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Giriş:** Vajina veya anüs gibi doğal açıklıkların kolonik çıkarım için kullanılması yeni bir yaklaşımdır. Böylelikle mini laparatomi ve buna bağlı komlikasyonlar önlenebilmektedir. Seçilmiş vakalarda laparoskopik olarak rezeke edilmiş proksimal kolon materyallerinin kolonoskopi yardımı ile transkolonik olarak çıkartılabildiği, bildiğimiz kadarı ile, 12 olgu mevcuttur. Burada biz 3 olgudaki benzer tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** Hastaların tanıları; Crohn hastalığı, apendiks karsinoid tümörü ve çekumun adenokarsinomu idi. Tüm hastalarda geçirilmiş açık abdominal cerrahi öyküsü vardı. Crohn hastalığı nedeni ile laparoskopik iliokolik rezeksiyon materyali ve apendiks karsinoid tümörü nedeni ile yapılan laraposkopik sağ hemikolektomi materyalleri kolonoskopi ile transkolonik olarak sorunsuz şekilde çıkarıldı. Yalnız çekum adenokarsinomu nedeni ile yapılan laparoskopik sağ hemikolektomi materyalinin kolonoskopik transkolonik çıkarımında spesimenin büyük olması nedeni ile başarılı olunamadı. Bu vakada spesmen transvajinal çıkarıldı. Tüm operasyonlarda iliokolik anastamozlar intrakorporal yapıldı.
**Sonuç:** Vakalarımızda yüzeyel ya da derin cerrahi alan enfeksiyonu ve başka bir omplikasyon gelişmedi. Hastalar 4-5 günde taburcu edildiler. Ortalama 7,6 (4-12) aylık takiplerinde asemptomatik seyrettiler.
**Tartışma:** İliokolik rezeksiyon veya sağ hemikolektomi materyallerinin transkolonik çıkarımı seçilmiş olgularda güvenli olarak yapılabilir. Doğal açıklık cerrahisi ve intrakorporal anastamoz ile kombine edilmesi, anastomoz ve spesimen çıkarımı için yapılacak mini laparatomiyi önler. İntrakorporeal sütür deneyimi, intraoperatif kolonoskopi desteği ve sigmoid kolondan geçebilecek boyutta bir sağ kolon materyali varlığında bu teknik denenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğal delik cerrahisi, kolon rezeksiyonu, kolonoskopi

## SB-078
## CHILAIDITI SENDROMUNDA ELEKTİF ROBOTİK SAĞ HEMİKOLEKTOMİ: OLGU SUNUMU

Çağrı Ahmet BÜYÜKKASAP, Selim KEÇEOĞLU, İlkin İSMAYİLOV, Bülent SALMAN, Abdulkadir BEDİRLİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Chilaiditi sendromu ilk olarak 1910 yılında kolon ya da ince bağırsağın hepato-diyafragmatik interpozisyonu olarak tanımlanmıştır. Bu olguda Chilaiditi sendromu ön tanısıyla elektif robotik sağ hemikolektomi uygulanan bir olgu sunulmaya çalışılmıştır.
**Olgu:** Tekrarlayan karın ağrısı ve konstipasyon atakları olan, bir yıl önce Chilaiditi sendromu tanısı alan ve konservatif tedavilere yanıt vermeyen 66 yaşındaki erkek hasta kliniğimize başvurdu. Çekilen PA Akciğer grafisi, ayakta direkt karın grafisi ve tomografi görüntülerinde sağ hemidiafragmatik alanda hava görünümü mevcuttu. Kolonoskopide transvers kolonun ortalarından itibaren geçişe izin vermeyen darlık mevcuttu. Hastaya robotik sağ hemikolektomi planlandı. Umblikus altından Veress ile girilerek CO2 insuflasyonu yapıldı. Sağ hemikolektomiye uygun şekilde robotik trokarlar girildi ve robotik sistemin (da Vinci, Intuitive Surgical, Inc) docking'i yapıldı. Eksplorasyonda hepatik fleksuranın karaciğere yapışık olduğu gözlendi. Diseksiyon medialden laterale doğru uygulandı. Sağ ileokolik ve sağ kolik arterler proksimalden klipslenerek kesildi. Laparoskopik lineer stapler (EndoGIA 60,Covidien) yardımıyla terminal ileum'un 10-cm proksimalinden ve transvers kolondan rezeksiyon yapıldı. Spesmen 4-cm'lik üst-orta hat vertikal insizyondan dışarı alındı. Aynı insizyondan ileum-transvers kolon anastomozu lineer stapler (GIA 75,Covidien) yardımıyla ekstrakorporal olarak gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta 4.günde taburcu edildi. Hastanın postoperatif takiplerinde semptomları gerilediği ve hastaya 6.ayda uygulanan kontrol tomografide Chilaiditi sendromuna ait radyolojik bulguların ortadan kalktığı gözlendi.
**Sonuç:** Chilaiditi sendromu nadir görülen bir durum olup, semptomatik hastalarda konservatif tedavilere yanıt alınamadığı takdirde cerrahi yöntemler uygulanabilir. Literatürde cerrahi tedavi yapılan hastaların büyük çoğunluğunun acil şartlarda yapıldığı görülmektedir. Elektif cerrahi girişim yapılan olgu sayısı sınırlıdır. Sonuç olarak cerrahi alandaki gelişmeler ışığında, bu olgularda sağ hemikolektomi robotik yöntemle güvenli bir şekilde uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Chilaiditi, Robotik, Kolektomi

## SB-079
## TRANSVAJINAL APPENDEKTOMİ: SİSTEMATİK DERLEME

Mehmet Ali YAĞCI, Cüneyt KAYAALP
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Doğal deliklerden transluminal endoskopik cerrahi (NOTES); karın patolojilerinin tanı ve tedavisinde endoskopik ve laparoskopik teknikleri birarada kullanan, insizyon ve insizyonla ilişkili komplikasyonları azaltmayı amaçlayan yeni bir cerrahi yöntemdir. Biz burada literatürdeki insanlarda yapılan tüm transvaginal appendektomi olgularını derleyerek; sonuçlarını, cerrahi komplikasyonlarını ve tekniklerin farkları, zorlukları, avantajları ve dezavantajlarını ortaya koymayı amaçladık
**Metod:** İgili calısmaları saptamak icin, hassas bir strateji kullanarak PubMed/MEDLINE, Cochrane, Google-Scholar, EBSCO, clinicaltrials.gov ve kongre sunumları taradık. Yaş, bölge, ırk, obezite, ko-morbiditesine bakılmaksızın bildirilen tüm olgular çalışmaya dahil edildi. Ayrıca lisans, ülke ve dergi kısıtlaması yapılmadı. Derlemeye alınan bildirilerden; hasta seçim kriteleri, uygulanan cerrahi teknikler, postoperatif takip vb. bilgiler dikkatlice analiz edildi.
**Bulgular:** Toplam 112 transvaginal appendektomi olgusuna ulaşıldı. Tüm hastaların komplike olmamış apandisit olgularından seçildiği ve içlerinde morbid obez olan hastanın olmadığı görüldü. Çok sayıda farklı tekniğin kullanıldığı ve cerrahi tekniğin henüz standartlaşmadığı saptandı. Ortalama ameliyat süresi 53.3 dakika (25–130 dakika) idi. Konverisyon oranı 3.6% ve komplikasyon oranı 8.2% idi. Ortalama hastanede yatış 1.9 gün olarak saptandı. Sınırlı sayıda karşılaştırmalı çalışmanın bulunması ve randomize kontrollü çalışmanın bulunmaması yapılan derleme için sınırlayıcı faktörler olarak kaydedildi.
**Sonuç:** Şu an için, morbid obez olmayan, nonkoplike akut apandisit olguları transvaginal appendektomi için uygun görülmektedir. Transvaginal appendektomi daha az ameliyat sonrası ağrı ve daha kısa işe, hayata dönüş süresi vaadetmektedir. Net çıkarımlar yapabilmek için; alt grupları da içeren daha fazla karşılaştırmalı çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğal delik cerrahisi, appendektomi, transvajinal

## SB-080
## TRANSVAJİNAL SPLENEKTOMİ

Mehmet Ali YAĞCI, Cüneyt KAYAALP, Fatih SÜMER
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Doğal deliklerden transluminal endoskopik cerrahi (NOTES); karın patolojilerinin tanı ve tedavisinde endoskopik ve laparoskopik teknikleri birarada kullanan, insizyon ve insizyonla ilişkili komplikasyonları azaltmayı amaçlayan yeni cerrahi yöntemdir. Biz burada rigid laparoskopik aletler yardımı ile transvaginal splenektomi yapılan olguyu sunmayı amaçladık
**Olgu:** Hematoloji kliniğince ITP tanısıyla takipli 43 yaşında bayan hasta, steroid direnci gelişmesi üzerine kliniğimize refere edildi. BMI:31 kg/m2, ASA skoru II idi. 3 kez sezeryan ile doğum öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede Pfannenstiel insizyonu olduğu görüldü. USG de dalak normal boyutlarda idi. Hastaya splenektomi planlandı. Hasta 30 derece sağ lateral dekubit pozisyonunda baçakları açık ve hafifce fleksiyonda iken 2 adet 5 mm'lik trokar göbek içinden girildi. Genel eksplorasyon sonrası laparoskopi görüşü altında dual lümen 15-mm trokar posterior forniksten transvaginal girildi. Göbek trokarları optik, ve dalağın retraksiyonu için kullanıldı. Tüm disseksiyonlar ve vasküler yapılar ligasure yardımı ile transvaginal olarak yapıldı. Disseksiyon alt polden üste ve lateralden mediale doğru yapıldı. Hilusa gelindiğinde ligasure boyu yetersiz kaldı ve ek mesafe kazanmak için vaginal port çıkarılarak, ligasure portsuz tekrar girildi. Spesmen parçalanmaksızın endobag içinde transvaginal yoldan dışarı alındı. Operasyon 200 dakikada minimal kan kaybı ile tamamlandı. Nazogastrik tüp ameliyat akşamı çekildi. Hiç analjezik kullanılmadı. Hasta postperatif 2. günde sorunsuz şekilde taburcu edildi.

**Sonuç:** Mevcut olgunun erken dönem sonuçlarına göre transvaginal splenektomi yapılabilir ve etkili bir cerrahi yöntem olarak görünmektedir. Bununla birlikte NOTES splenektominin rutin bir cerrahi prosedür haline gelmesi için uygun cerrahi aletlerin geliştirilmesine ve daha fazla literatür bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** doğal delik cerrahisi, splenektomi

## SB-082
## AKUT KOLESİSTİTTE ERKEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILMALI MI?

Mehmet ODUNCU, Abdulcabbar KARTAL, Hüseyin Onur AYDIN, İbrahim Ethem CAKCAK
Şanlıurfa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Siverek Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi

**Amaç:** akut kolesistitli hastalara uygulanan erken kolesistektominin sonuçlarını irdeleyerek interval kolesistektomi yapılanlar ile karşılaştırmak.
**Gereç ve Yöntem:** Ekim 2013 ile Ocak 2015 arasında Siverek Devlet Hastane'sinde laparoskopik yöntem ile ameliyat edilen safra kesesi taşı olan hastaların dosyaları ve poliklinik kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Hastaların yaşları, ameliyat çeşidi(acil, elektif), ortalama ameliyat süreleri, konversiyon ve komplikasyon oranları irdelendi.
**Bulgular:** Safra kesesi taşı olan toplam 172 hastanın laparoskopik yöntem ile ameliyat edildiği görüldü. Bu hastaların 98 tanesinin semptomatik kolelityazis, 74 tanesinin akut kolesistit nedeniyle opere edildiği görüldü. Akut kolesistit değerlendirmesinde Tokyo kriterleri esas alındı. Akut kolesistit geçiren 25 hastanın akut atak geçtikten 6-7 hafta sonra ameliyat edildiği, 49 tanesinin ilk başvuruda ameliyat edilip taburcu edildiği görüldü. Ortalama ameliyat süreleri semptomatik kolelityazis grubunda 35 dk olup 2 hastada açığa dönüldü, erken lap kolesistektomi yapılanlarda 55 dk. olup 3 hastada açığa dönüldü ve gecikmiş lap kolesistektomi yapılanlarda da 50 dk. olup 1 hastada açığa dönüldüğü görüldü. Erken lap kolesistektomi yapılanlarda safra kesesi hidropsu ve ödemi nedeniyle perforasyonun daha çok(16 vaka) olduğu ve daha çok dren kullanıldığı, gecikmiş lap kolesistektomi yapılanlarda da diseksiyonun daha zor olduğu ve 7 vakada dren kullanıldığı tespit edildi. Acil kolesistektomi yapılan ve açığa dönülen bir hastada koledok eksplorasyonu yapılıp koledok yıkandı.Hiçbir hastada safra yolları yaralanması, postop biloma, abse vs gibi komplikasyonlar yaşanmadı.
**Sonuç:** akut kolesititte erken laparoskopik kolesistektomi etkin bir tedavi şekli olup deneyimli cerrahlar tarafından güvenle yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** interval kolesistektomi, akut kolesistit, biloma

## SB-083
## AKUT KOLESİSTİTTE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Süreddin ZEYNALOV, Nuru BAYRAMOV
Azerbaycan Tıp Universitesi I Cerrahi Hastalıklar Bölümü, Bakü

**Amaç:** Akut kolesistinde LAPARASKOPİK KOLESİSTEKOMİ komplikasyonlarının sebeplerinin öğrenilmesi.

**Bulgular:** Biz 3 yılda akut kolestitinin destruktiv türünden olan 245 hastanı gözlemledik. Ameliyat öncesi tüm hastalar dikkatlice klinik, enstrümental ve laboratuvar muayenelerinden geçmişler.Onlardan akut flegmanoz 110(%44.9), kangrenoz 85 (%34,7), kangrenoz-perforatif kolesistit 50 (%20,4) hasta kaydedildi. 24(%9,8) hastada perivezikulyar infiltrat, 19(%7,7) perivezikulyar abse, 12(%4,9) lokal peritonit gözlemlenmiştir. Erkekler 22 (%89), kadınlar 223(%91), 24-86 yaş arası oluşturulmuştur. Hastalığın devam etme süreci 24 saat - 6 gün, orta yaş sınırı 55 olmuştur. Nöbetin en yüksek haddinde acil ve ertelenemez 92 (%37,6), nöbetin sakinleşmesinden sonra 153 (%62,4) hastada LKE tatbik edilmiştir. Karın boşluğu organlarında daha önce yapılan ameliyatlar LKE için mutlak kontrendikasyon olmamıştır. Bu kategoriden olan hastalıklarda LKE`nin en mükemmel ve sorumlu etabı - ödemli dokularda Kalo üçgenindeki elementlerin verifikasyonuydu. Böyle durumlarda 18 hastada tarafımızdan safra kesesinin ön duvarı safra akarındek kesilmiş ve onun identifikasiyasından sonra kliplenmiştir. Laparoskipinin teşhis etabından sonra laparatomi 2 (%0,8),konversiyon 8(%3,3) hastada kaydedilmiştir. İntraoperasion komplikasyonlar 4 (% 1,6) hastada olmuş,bunlardan 2 (%0,81) - karaciğer hariç safra yollarının yaralanması, 1 (%0,4) -koledokun tam kesilmesi, 1 (%0,4) hastada koledokun duvarının perforasiyonu ile beraber elektrotermik yaralanma tespit edilmiştir. Safra kesesi yatağından kanama 6 (%2,24) hastada gözlemlenmiştir. Ameliyat sonrası komplikasyon 12 (%4,9) hastada kaydedilmiştir. Safra akarının güdülüne koyulmuş klipin sürüşmesinden oluşan diffuz safra peritoniti 1 (%0,4) hastada kaydedilmiştir. Letal sonuc olmamıştır.
**Sonuç:** Bizim tecrübe göstermiştir ki, LKE kronik prosese göre teknik yönden zor olsa da, destruktiv hallerde operatif seçim olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, destruktiv, kolesistit, komplikasyon

## SB-085
## AKUT APANDİSİTTE ETKİN CERRAHİ YÖNTEM LAPAROSKOPİK APPENDEKTOMİ: PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

Mehmet AZİRET[1], Süleyman ÇETİNKÜNAR[2], Hasan ERDEM[2], Şahin KAHRAMANCA[1], Hilmi BOZKURT[2], Onur DÜLGEROĞLU[1], Ali Cihat YILDIRIM[1], Oktay İRKÖRÜCÜ[2]
[1]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Kars
[2]Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana

**Giriş:** Akut apandisit tüm yaşlarda en sık görülen akut karın nedenlerinden biridir. Laparaskopik appendektomi'nin son yıllarda akut apandisit tedavisinde kullanımı artmıştır. Bu çalışmanın amacı; laparaskopik appendektominin gastrointestinal sistem, postoperatif ağrı, maaliyet ve işe başlama süresi açısından açık appendektomiyle karşılaştırmak ve etkinliğini ortaya koymaktır.
**Materyal ve Metod:** Bu çalışma prospektif randomize olarak Mart 2014 ile 2015 Ocak tarihleri arasında yapıldı. Çalışmanın etik kurulu alınarak tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam alındı. Hastalar 2 gruba ayrıldı: Laparaskopik appendektomi grubu (1. Grup) (n=30) ve açık appendektomi grubu (2. Grup) (n=30). İki grup istatistiksel olarak cinsiyet, yaş, BMI, ameliyat süresi,

postoperatif ağrı (VAS), cerrahi alan enfeksiyonu, Nötrofil lenfosit oranı, maaliyet, gaz ve gaita çıkarma süresi, işe başlama süresi ve estetik tatminlik açısından karşılaştırıldı.
**Bulgular:** Toplam 60 hasta, 28'i erkek (%46.6), 32'i bayan (%53.4) çalışmaya dâhil edildi. İki grubun ortalama yaşı 32.2 yıl ve ortalama vücut kitle indeksi 23.2 kg/m2' ti. Laparaskopik appendektomi grubunda ortalama ameliyat süresi 61 dakika, düşük postoperatif ağrı, erken işe başlama süresi tespit edildi. İki grup arasında ameliyat süresi, postoperatif ağrı, işe başlama süresi ve maliyet açısından istatistiksel farklılık mevcuttu ($p<0.05$).
**Tartışma:** 1983 yılında Semm tarafından ilk Laparaskopik appendektomi tariflenmiş ve o tarihten itibaren kullanımı giderek artmıştır.
Akut apandisit yetişkin yaş grubundaki en sık cerrahi acillerdendir. Erken tanı ve tedaviyle düşük morbidite ve mortaliye neden olabilmektedir. Literatürde birçok prospektif randomize çalışmada düşük postoperatif ağrı, erken işe başlama süresi bildirilmiştir.
**Sonuç:** Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda; düşük postoperatif ağrı, erken işe başlama süresi ve düşük maaliyet nedeniyle laparaskopik appendektomi akut apandisitte etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Açık appendektomi, akut apandisit, Laparaskopik appendektomi

## SB-086
## LAPAROSKOPİK VEYA AÇIK APPENDEKTOMİ: 243 HASTA

Fatih ÇİFTÇİ, Mirhan TOSUN
İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Son 20 senede laparoskopik prosedürlerin avantajları ile ilgili çok çalışma yapıldığı halde uzamış ameliyat süresi ve daha yüksek maliyeti nedeni ile laparoskopik apendektomi standart tedavi tedavi olamadı. Bu çalışmamızın amacı mevcut yeni verilerle laparoskopik ve açık apendektomi sonuçlarını karşılaştırmaktır.
Metotlar: Ocak 2011 ile Haziran 2014 arasında apendektomi yapılan hastaların verileri kaydedildi. Hastaların demografik bulguları, operatif süreç, hastanede kalış süresi, analjezik ihtiyacı, postoperatif görsel analog skorları(VAS) ve morbidite değerlendirildi.
**Bulgular:** Toplam 243 hastadan 121'i (%49.9) açık, 122si (%50.1) laparoskopik apendektomi geçirdi. Operasyon süresinde iki grup arasında benzerlik vardı. (P=0.854) Görsel analog skala skorları(VAS) 1. saatte(P=0.001), 6. saatte(P=0.001) ve 12.saatte(P=0.028) olup açık apendektomi grubunda daha yüksekti. Açık grubunda toplamda analjezik ihtiyacı daha yüksekti. (P=0.001) Morbidite oranları bakımından açık ve laparoskopik apendektomi grupları arasında anlamlı fark yoktu.(P=0.617)
**Sonuç:** İki cerrahi teknik hastanede kalış süresi, ameliyat süresi ve postoperatif komplikasyon bakımından benzerdir. Laparoskopik apendektomi analjezik ihtiyacını ve VAS skorunu azaltmaktadır. Bu nedenle, laparoskopik tekniğin akut apandisit tedavisinde önemli bir yeri vardır.

**Anahtar Kelimeler:** apandisit, apendektomi, laparoskopik cerrahi prosedürü, abdominal abse, cerrahi yara enfeksiyonu.

## SB-087
## İKİNCİ BASAMAK HASTANEDE APENDEKTOMİ; LAPAROSKOPİK Mİ AÇIK MI?

Emrah AKIN, Metin ŞENOL
Adatıp Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

**Amaç:** Akut apandisit acil kliniğinde en sık görülen cerrahi hastalıktır. Apendektomi de en sık yapılan acil ameliyat olup birinci seçenek tedavi şeklinin laparoskopik apendektomi (LA) veya açık apendektomi (AA) mi olduğu günümüzde tartışılmaya devam etmektedir. Bu çalışmada LA ve AA sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem**: Nisan-2012 ile Eylül-2014 tarihleri arasında ikinci basamak hastanede aynı hekim tarafından apendektomi yapılan 120 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Laparoskopik apendektomi yapılan hastalar Grup 1 (n=46), açık apendektomi yapılan hastalar Grup 2 (n=74) olarak ayrıldı. Gruplar demografik özellikleri, ameliyat süresi, hastanede kalış süreleri, ağrı kesici ihtiyaçları ve komplikasyon oranları açısından değerlendirildi.
**Bulgular:** Her iki grup arasında yaş, cinsiyet, BMI skoru, ASA skoru ve anestezi çeşidi açısından anlamlı fark yoktu. Ortalama ameliyat süresi Grup 1'de 46 dk. (31-106 dk.), Grup 2'de 42 dk. (26-98 dk.) olup istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Her iki grupta da hastanede kalış süresi iki gün olarak aynıydı. Ağrı kesici ihtiyacı Grup 1'de istatistiksel olarak anlamlı derecede daha azdı. Yara yeri infeksiyonu Grup 1'de hiç görülmezken Grup 2'de %2,7 (n=2) olarak tespit edildi.
**Sonuç:** Laparoskopik apendektomi, açık apendektomi ile karşılaştırıldığında, kozmetik sonuçları, benzer ameliyat ve hastanede yatış süreleri, düşük komplikasyon oranları, azalmış ağrı kesici ihtiyacı ile artık ikinci basamak hastanelerde bile akut apandisitin tedavisinde altın standart olarak uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Apendektomi, Laparoskopi

## SB-088
## RETROÇEKAL AKUT APANDİSİTTE CERRAHİ AÇIK MI? LAPARASKOPİK Mİ?

Erdal UYSAL, Başar AKSOY, Ahmet Orhan GÜRER, Mehmet Fatih YÜZBAŞIOĞLU, Hasan BAKIR
Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Akut apandisit akut batına sebep olan en yaygın hastalıktır. Cerrahlar giderek artan oranda laparaskopik cerrahi tedaviyi akut apandisitte de tercih etmektedir. Ancak jeneralize peritonit, komplike apandisitlerde ve retroçekal apandisitlerde halen laparaskopik cerrahide kararsızlık yaşanmaktadır. Çalışmamızda retroçekal apandisit nedeniyle laparaskopik apandektomi ve açık apandektomi uygulanmış hastaların karşılaştırılması ve laparaskopinin bu vakalarda etkinliğini belirlemek amaçlanmıştır.
**Metod:** Akut retroçekal apandisit nedeniyle laparaskopik apandektomi ve açık apandektomi uygulanan 26 hasta çalışmaya alındı. Operasyon süresi, hastanede yatış süresi, komplikasyonlar ve maliyetler not edilerek karşılaştırıldı.
**Sonuç:** Ortalama operasyon süresi laparaskopik apandektomi ve açık apandektomide sırasıyla 75± 6.23 SE dakika and 50± 3.54 SE dakika, $p<0.001$ olarak bulundu. Ortalama hastanede kalış süresi laparaskopik apandektomi ve açık apandektomide sırasıyla 27.64± 6.71 SE and 28.72± 8.58 SE saat , $p>0.05$ olarak bulundu. Toplam maliyet açık apandektomi grubunda anlamlı olarak azdı. Ortalama

total maliyet açık apandektomi ve laparaskopik apandektomide sırasıyla $ 557± 22.3 SE and $ 806 ± 35.4 SE, p<0.01, olarak bulundu. İntraabdominal apse oranı her iki grupta benzerdi. Yara enfeksiyonu oranı ise bir hasta laparaskopik apandektomi, üç hasta açık apandektomi grubunda bulundu, p<0.05.
Laparaskopik apandektomi retroçekal akut apandisitin tedavisinde güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir. Düşük yara enfeksiyonu oranı avantaj olarak görülmektedir. Açık apandektomi ise operasyon süresi ve total maliyet açısından laparaskopik apandektomiye göre üstün görülmektedir.
Anahtar kelimeler: retroçekal, apandisit, açık, laparaskopik, apandektomi

**Anahtar kelimeler**: retroçekal, apandisit, açık, laparaskopik, apandektomi.

## SB-089
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA TROKAR YERİ FITIĞI GELİŞİMİ

Mehmet Ali GÖK[1], Özgür EKİNCİ[1], Salih TOSUN[1], Serkan Fatih YEĞEN[2]
[1]Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi AD, İstanbul
[2]Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomiden sonra trokar yerinde kesi fıtığı gelişimi nadir bir komplikasyondur. Çalışmamızda laparoskopik kolesistektomiler sonrası gelişen kesi fıtıklarının güncel literatür eşliğinde sunulması ve fıtık gelişiminin ameliyat yöntemiyle ilişkisinin saptanması amaçlandı.
**Gereç ve yöntem:** Bu çalışmaya kliniğimizde Aralık 2011-Aralık 2013 arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan 322 hasta dahil edilmiştir.Herhangibir nedenle açığa dönülen hastalar çalışmaya alınmamıştır.Hastalar telefonla aranarak kontrole çağrıldı.Hepsine fizik muayene ve yüzeyel US yapıldı. Yaş, cinsiyet, BMI, preoperatif ve postoperatif US,ameliyat tekniği parametreleri ile retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular klinik:**Laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastaların 2 sinde 1 cm çapından büyük taş saptanırken,diğerlerinde 1 cm den küçük taşlar mevcuttu. Laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalardan 9(% 2,7)'inde kesi fıtığı saptandı.Fıtıklar 8 hastamızda umblikal,1 hastamızda epigastrik bölgede 10mm'lik trokar giriş yerlerinde idi. Ortalama yaş; 48.67 idi ve 4 ü kadın 5 i erkekti. Kapalı yöntemle batına girilen hastalardan 3(%7,5) ünde, açık yöntemle girilenlerin 4(%3,1) ünde kesi fıtığı gelişti. Laparoskopik kolesistektomi uygulanmasından, kesi fıtığı gelişimine kadar geçen ortalama süre 17 aydır.Oluşan fıtık çapı ortalama 2,2 cm'idi. Vücut/kitle indeksi ortalama 30.7 'di.
**Tartışma ve Sonuç:** Laparoskopik kolesistektomi sonrası kesi fıtığı oluşması az rastlanan bir komplikasyondur.Kapalı ve açık yöntem arasında kesi fıtığı açısından anlamlı bir fark görülmemiştir.Kesi fıtığı gelişimi nadir olsa da, özellikle 10 mm lik trokar giriş yerleri (umblikal ve epigastrik); hem çapı gereği, hem de ameliyat esnasında fazla manevraların yapıldığı yerler olduğundan önem kazanmaktadır.Bizim çalışmamızda da kesi fıtıkları epigastrik ve umblikal bölgedeki trokar giriş yerlerinden olmuştur. Dolayısı ile bu bölgedeki trokar giriş yerindeki sfak dokusunun sütüre edilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz. Fakat istatistiksel olarak daha geniş verilere ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Trokar, herni, laparoskopi, kolesistektomi

## SB-090
## VENTRAL HERNİ ONARIMINDA LAPAROSKOPİK İNTRAPERİTONEAL MESH UYGULAMA DENEYİMLERİMİZ

Mehmet Ali GÖK[1], Ercüment TOMBALAK[1], Süleyman ORMAN[1], Mehmet Zeki BULDANLI[1], Serkan Fatih YEĞEN[2]
[1]Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi AD, İstanbul
[2]Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

**Giriş ve Amaç:** Ventral herniler inguinal bölge dışındaki karın ön duvarında görülen fıtıklardır. En fazla batın ameliyatlarından sonra uzun dönemde insizyonel herni olarak meydana gelir.Bu hernilerin onarımında prostetik meshlerin kullanıma girmesi ve gerilimsiz olarak defektin kapatılmasının sağlaması nüks oranlarını oldukça düşürmüştür. Biz de laparoskopik ventral herni onarımı yaptığımız vakaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2014 -Eylül 2014 tarihleri arasında laparoskopik olarak tedavi ettiğimiz 16 ventral hernili hastalarımızın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Hastaların tümünün onarımında intraperitoneal olarak nonadeziv mesh kullanıldı.Tüm vakalarda, fıtık defektini en az 3 cm aşacak şekilde mesh yerleştirildi. İntraperitoneal mesh'in tespitinde,dört kenarından prolen ile batın duvarına asılarak, tacker yardımıyla sabitlendi.
**Bulgular:** Hastalarımızın 7'si erkek,9'u kadındı ve yaş ortalaması 51(45-77)idi. Vakaların 4'ü göbeküstü median,1'i göbekaltı median,5'i göbeküstü ve altı median, 3'ü sağ subkostal, ve 3'ünde umblikal herni mevcuttu. Hastaların 7'si nüks insizyonel herniydi. Hastaların fıtık açıklığı ortalama 9,5cm(5-25) idi.Kullanılan en küçük mesh 10*5 cm ve en büyüğü ise 30*30 cm idi.Hastalardan 1'inde ince barsak yaralanması oldu ve laparoskopik olarak onarıldı.Ortalama hastanede kalış süresi 2,1(1-5)gün olarak bulundu.Tüm hastalar komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Hastaların 3'ünde kalan fıtık kesesi içinden seroma yaklaşık 1 hafta süreyle aspire edildi.1 hastada postoperatif birinci haftada subileus tablosu gelişti. Hastaların takibinde henüz nüks görülmedi.
**Tartışma ve Sonuç:** Laparoskopik intraperitoneal nonadeziv mesh kullanımıyla, açık yöntemde görülen yara yeri enfeksiyonları, meshe bağlı komplikasyonlar az, nüks oranları düşük ve hastanede kalış süresi kısadır. Özellikle nüks fıtıkların tedavisinde laparoskopik yaklaşımın ideal bir seçenek olduğu düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi,Ventral herni, Nonadeziv Mesh

## SB-091
## AÇIK VE LAPAROSKOPİK FITIK CERRAHİSİNİN GEÇ DÖNEM KRONİK AĞRI AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Yaşar ÖZDENKAYA, Pelin BASIM, Cenk ERSAVAŞ, Merih YILMAZ, Mustafa ÖNCEL, Gizem ŞEN
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Fıtık cerrahisinde laparoskopik ve açık cerrahi tekniğin pek çok açıdan karşılaştırıldığı sayısız çalışma literatürde yer

almaktadır. Fıtık operasyonları sonrası geç dönem görülen kronik ağrı hasta ve hekimi huzursuz eden, tanı ve tedavisi güç bir komplikasyondur. Nizami yapılmış cerrahi prosedürler sonrası dahi görülebiliyor olması, durumu daha da komplike hale getirmektedir. Çalışmamızda laparoskopik ve açık cerrahi tekniklerin post-operatif geç dönem kronik ağrılar açısından kıyaslanmasını hedef aldık. Bu amaçla kliniğimizde Kasım 2012 ile Eylül 2014 yılları arasında 22 ay içinde 197 hastaya uygulanmış toplam 254 laparoskopik ve meshli açık fıtık ameliyatını ve takiplerini retrospektif olarak inceledik. Teknik olarak benzerlik içermesi açısından, aynı cerrahi tekniği kullanan 3 cerrahın ameliyatları çalışmaya dahil edildi. 109 hastaya laparoskopik, 88 hastaya açık fıtık cerrahisi uygulandı. Bu hastalardan laparoskopi grubunda 36 tanesi, açık grupta ise 21 tanesi bilateraldi. Açık cerrahi yapılan grupta tüm hastalarda ilioinguinal, iliohipogastrik ve genitofemoral sinirin genital dalı görüldü ve korundu. Erken dönemde laparoskopik grupta 1, açık grupta yine 1 hastada kanamaya bağlı komplikasyon gelişti, ancak girişim gerekmedi. Post-operatif 1. ayda tüm hastalara ağrı sorgulaması yapıldı. Laparoskopik cerrahi yapılan grupta hiçbir hastada kronik ağrı gelişimi olmazken, açık fıtık cerrahisi sonrası 3 hastada 6 aya kadar uzayan ağrı şikayeti görüldü. Sonuç olarak, serimizde laparoskopik fıtık cerrahisi sonrası kronik ağrı şikayetinin açık fıtık grubuna oranla belirgin oranda düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik fıtık cerrahisi, açık fıtık cerrahisi, kronik ağrı

## SB-092
## GENEL CERRAHİ SERVİSİMİZDE 3 YILLIK LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİ DENEYİMİMİZ: 219 OLGU

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Açık herni onarımına alternatif olarak laparoskopik onarım gittikçe kabul görmektedir. Bu çalışmanın amacı bir cerrahi servisinde laparoskopik inguinal herni onarımındaki deneyimi sunmaktır.
**Gereç ve yöntemler:** Temmuz 2008 ile Aralık 2011 tarihleri arasında yapılan tüm laparoskopik inguinal herni onarım olgularına ait veriler retrospektif olarak tarandı. Perioperatif süreç, postoperatif komplikasyon ve uzun dönem takibine ait veriler kaydedildi. Takip süremiz 33 ay idi.
**Bulgular:** İkiyüzondokuz hastada toplam 321herni onarımı yapıldı. Uzun dönem takip, anket, klinik başvuru veya ikisi 219 hastanın 181 'inde uygulandı (% 82.6). Ortalama takip süresi 27,3 (4-61) aydı. 151 hastada(%68,9) herni çift taraflı idi. 57(%26,0)hastada nüks herniler vardı. Açık ameliyata dönüşüm olgusu yoktu. 10 (%3,1) tane nüks vardı. Küçük komplikasyon 14(%6,3); (karın duvarı hemotomu, epigastrik damar hasarı ve kateterizasyona ihtiyaç duyulan idrar retansiyonu) gibi görüldü. Bir hastada (%0,45) mesane hasarı görüldü. Mortalite yoktu. Postoperatif ortalama hastanede kalış süresi 1,1 gün (1-7 gün) idi. Laparoskopik onarımda hasta memnuniyetini ölçmek için 1'den 5'e kadar skorlar kullanıldı. 4-5 skorda % 84,9 çok memnun ve 1-2 skorla % 7,9 memnun olmayan sonuçlar vardı.
**Sonuç:** Laparoskopik herniorafi, kabul edilir düzeyde komplikasyon ve nüks oranları ile birlikte güvenli ve etkin onarım imkanını sunmaktadır. Yalnızca yüksek ihtisaslı herni merkezleri değil, her hangi bir merkezde total ekstraperitoneal teknikle bir genel laparoskopistin elinden iyi sonuçlar elde edilebilir. Özellikle çift taraflı olgularda ve nüks herniler için uygundur.

**Anahtar Kelimeler:** Total ekstra peritoneal(TEP), Laparoskopik inguinal herni, bilateral herni

## SB-093
## GİZLİ FITIK TESBİT ORANINDA NEREDEYİZ?

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Trans abdominal laparoskopik inguinal herni onarım ve yöntemi kontralateral kasığa kolay ulaşım ve bunun eksplorasyonu ve varsa gizli herni onarımına imkan sağlar. Daha önceki çalışmalarda total ekstra-peritoneal (TEP) fıtık onarımı yönteminin kontrolateral kasığa ulaşıma imkan sağladığı gösterilmesine karşın bu konuda trans-abdominal preperitoneal (TAPP) yaklaşım ile ilgili çok az veri vardır. Bu çalışmanın amacı TAPP fıtık onarımı esnasında tespit edilen kontralateral gizli fıtık sıklığı belgelemektir.
**Metod:** Hastanemizde 3 yıl süresince yapılan tüm laparoskopik TAPP fıtık onarımı olgularından veriler kayedildi. Bütün ameliyatlar, aynı laparoskopik genel cerrahi uzmanı tarafından yapıldı. Tüm hastalar 8. haftada rutin muayeneye tabi tutuldu.
**Bulgular:** Toplam 302 hasta fıtık ameliyatı geçirdi. Hastaların 3 'ü elenerek çalışmaya 299 ' u dahil edildi. Erkek: Kadın oranı 9,5:1 ve ortalama yaş 57 idi. 204 hastaya (%68) tek taraflı herni onarımı planlandı, bunların 44 'ünde (% 21) kontralateral herni tespit edildi. Bilateral onarım planlanan 74 hastanın 60'ında (% 81) çift taraflı onarım gerçekleşti. Kalan % 19 'u ameliyat sırasında tek taraflı olarak düzeltildi. Bu grupta 18 (% 6) hastada kontrlateral herni ihtimal ile birlikte tek taraflı onarım planlandı. Bunların 5'inde (%27) şüphelenilen kontrlateral defekt kesinlik kazandı. 3 hastada femoral onarım planlandı. Ancak bunların birinde inguinal herni bulundu. Klinik tanılarda hatasızlık oranı % 78 idi.
**Sonuç:** Kontrlateral gizli inguinal herninin kesin sıklığının saptanması preoperatif olarak hastaya verilen bilgiye destek katar, mali kaynak ayırmaya ve ameliyathane kullanımının planlanmasına etki eder. TAPP onarımı sırasında kontralateral gizli herninin bulunup onarılmasının hastayı başka semptomlardan kurtarmak ve yeniden ameliyata alınmaktan kurtarmak gibi ilave avantajları vardı

**Anahtar Kelimeler:** Kontrlateral gizli herni, laparoskopik herni onarımı, TAPP

## SB-094
## İNGUİNAL HERNİ ONARIMLARINDA TEP VE TAPP YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

İlkin İSMAYİLOV, Aydın YAVUZ, Mahir NASİROV,
Çağrı Ahmet BÜYÜKKASAP, Anar CAFAROV, Bülent SALMAN,
Osman YÜKSEL, Abdulkadir BEDİRLİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** İnguinal herni onarımları genel cerrahi disiplininde en sık uygulanan ameliyatlar arasındadır. Yapılan çalışmalarda

laparoskopik yaklaşımlarda, açık cerrahiye oranla düşük rekürrens ve düşük enfeksiyon riski, daha kısa hastanede kalış süreleri bildirilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde uyguladığımız laparoskopik TEP ve TAPP yöntemleri retrospektif olarak karşılaştırılmıştır.
**Gereç ve Yöntem**: Kliniğimizde 2011-2013 yılları arasında 46 TEP, 38 TAPP yöntemiyle inguinal herni onarımı yapılan hastalar karşılaştırıldı. Her iki hasta grubunda poly-propylene mesh (SurgiproTM, Covidien) kullanıldı. Hastaların demografik özellikleri, ortalama operasyon süreleri, postoperatif komplikasyon oranları, hastanede kalış süreleri, erken dönem (postoperatif ilk 3 ay) ve geç dönem (postoperatif 1.yıl sonrası) rekürrens oranları karşılaştırıldı.
**Bulgular:** TEP ve TAPP grupları arasında yaş ortalamaları ve kadın/erkek oranları bakımından anlamlı bir fark bulunamadı. TEP grubundaki olguların 17'sinde, TAPP grubunda olguların ise 12'sinde bilateral inguinal herni mevcuttu. Hiçbir hastada açık cerrahiye dönülmedi. TEP grubunda ortalama operasyon süresi 36 dakika, TAPP grubunda 44 dakika olarak belirlendi. Bilateral olgularda operasyon süreleri ise sırasıyla 52 ve 85 dakika olarak belirlendi. TEP grubunda 2 hastada, TAPP grubunda 9 hastada erken dönemde seroma görüldü. TAPP grubunda 2 hastada erken dönemde hidrosel tespit edildi. Hastaların ortalama yatış süresi her iki grupta da 1 gün olarak belirlendi. Her iki grupta da erken dönemde rekürrens gözlenmedi. Geç dönemde sadece TAPP grubunda 1 hastada rekürrens tespit edildi.
**Sonuç:** İnguinal herni onarımlarında TEP ve TAPP yöntemleri güvenle uygulanabilmekle beraber özellikle bilateral herni olgularında TEP yönteminin daha avantajlı olduğu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnguinal herni, TAPP, TEP

## SB-095
## İNSİZYONEL HERNİ ONARIMLARINDA AÇIK CERRAHİ VE LAPAROSKOPİK CERRAHİ YAKLAŞIMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

İlkin İSMAYİLOV, Aydın YAVUZ, Mahir NASİROV, Çağrı Ahmet BÜYÜKKASAP, Anar CAFAROV, Bülent SALMAN, Osman YÜKSEL, Abdulkadir BEDİRLİ
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Yapılan çalışmalarda laparoskopik insizyonel herni onarımların, açık cerrahiye oranla düşük rekürrens ve düşük enfeksiyon riski, daha kısa hastanede kalış süreleri bildirilmektedir. Bu çalışmada açık ve laparoskopik insizyonel herni onarımlarına ait kliniğimizin sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2011-2013 yılları arasında 30 laparoskopik, 33 açık cerrahi yöntemle karın ön duvarı onarımı yapılan insizyonel herni grupları karşılaştırıldı. Laparoskopik onarım yapılan hasta grubunun tümünde modifiye IPOM (Intraperitoneal onlay mesh, ParietexTM Composite Mesh, Covidien) tekniği, açık cerrahi yapılan hasta grubunda primer onarım+onlay mesh tekniği (SurgiproTM, Covidien) uygulandı. Ortalama operasyon süreleri, postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri, erken (postoperatif 3 ay sonrası) ve geç dönem (postoperatif ilk yıl sonrası) rekürrens oranları karşılaştırıldı.
**Bulgular:** Laparoskopik onarım yapılan grupta ortalama operasyon süresi 84 dakika, açık cerrahi grubunda 51 dakika olarak belirlendi. Laparoskopik grupta 2 hastada erken dönemde seroma, 2 hastada atelektazi görülürken, açık cerrahi grubunda 6 hastada erken dönemde seroma, 2 hastada yara yeri enfeksiyonu, 3 hastada erken dönem paralitik ileus, 3 hastada atelektazi belirlendi. Hastanede kalış süreleri açık cerrahi uygulanan hastalarda laparoskopik cerrahi grubuna göre daha yüksek bulundu (sırasıyla 6 gün ve 3 gün). Laparoskopik insizyonel herni onarımı yapılan bir hastada erken dönemde rekürrens gözlenirken, açık cerrahi grubunda 2 hastada erken dönem rekürrens gözlendi. Geç dönemde açık cerrahi uygulanan 3 hastada daha rekürrens gözlendi.
**Sonuç:** Operasyon süresi uzun olmakla beraber laparoskopik insizyonel herni onarımının açık onarıma oranla özellikle rekürrens açısından belirgin düzeyde avantajlı olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** İnsizyonel herni, Laparoskopik onarım, Primer onarım

## SB-097
## LAPAROSKOPİK TEK ANASTOMOZ GASTRİK BYPASS *VS.* LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ

Mehmet Mahir ÖZMEN, Tevfik Tolga ŞAHİN, Şahnaz İSGANDAROVA, Cavid ALLAHVERDİYEV
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara

**Giriş:** Laparoskopik sleeve gastrektomi(LSG) ve laparoskopik single anastomosis(tek anastomoz) gastrik bypass(LSAGB) bariatrik cerrahide en sık uygulanan iki yöntemdir. LSG kendini ispatlamış bir yöntemdir ve dünya genelinde çok sık uygulanmaktadır. Buna karşın LSAGB 2001'den bu yana yapılmaktadır ve her geçen gün daha fazla cerrah tarafından tercih edilmektedir. Merkezimizde ameliyat edilen hastalar metabolik etkinlik, nütrisyonel parametreler ve kilo verme oranları(EBWL) açısından değerlendirildi.
**Hastalar ve Yöntem:** 2013-2015 yılları arasında nedeniyle yapılan LSG(n=212), LSAGB(n=139) ve revizyon cerrahileri (n=30) incelendi. Hastaların metabolik, nütrisyonel parametreleri ve kilo kayıpları (EBWL) değerlendirildi.
**Bulgular:** LSAGB yapılan hastaların ortalama yaşı 40,5(18-63)y ve LSG yapılanların ise 33,6 (19-56) yıl idi. LSAGB LSG'ye oranla 1. yıl sonunda daha fazla EBWL'ye sahipti (%83,4 vs %65,2 $p<0.05$). Ayrıca LSAGB sonrası hiperlipidemi ( %20 azalma vs %10 azalma), hiperglisemi (%43 azalma vs %36 azalma), hiperinsülinemi (%61 azalma vs %38 azalma) ve serum glikolize hemoglobin düzeyi (%44 azalma vs %37 azalma) gibi metabolik sendrom bileşenlerinde LSG'ye göre daha fazla düzelme saptandı($p<0.05$). Vitamin B12 ve protein düzeylerinde her iki grupta anlamlı değişiklik saptanmadı($p>0.05$). Hem LSG, hem de LSAGB hastalarının postoperatif 1. aydan itibaren serum demir düzeylerinde düşüklük saptandı fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı($p>0.05$).
**Sonuç ve Yorum:** Bariatrik cerrahi günümüzde morbid obezitenin tedavisinde altın standart cerrahi yöntemdir. Laparoskopik LSG ve LSAGB etkin, kolay uygulanabilir ve güvenli yöntemlerdir. LSAGB LSG'ye göre daha üstün EBWL'ye, metabolik etkilere ve eşdeğer güvenlik profiline sahiptir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik cerrahi, sleeve gastrektomi, tek anastomoz gastrik bypass, bariatrik cerrahi, metabolik cerrahi

## SB-098
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ UYGULANAN SÜPER OBEZ HASTALAR VE İNTRAGASTRİK BALON UYGULAMASI SONRASI LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ UYGULANAN HASTALARIN ANALİZİ

Türker KARABUĞA[1], Cemal KARA[2], Okay NAZLI[3]
[1]Karataş Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[3]Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Muğla

**Amaç:** Süper obez hastalarda cerrahi riskler daha fazladır. Bu çalışmada intra gastrk balon uygulanan ve uygulanmayan süper obez hastalara uygulanan Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.
**Yöntem:** Ocak 2013 ve Kasım 2014 tarihleri arasında süper obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan 16 hasta (Grup 1) ile intragastarik balon uygulanması sonrasında laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan 23 hastanın (Grup 2) hastaları inceledik.
**Bulgular:** Grup 1 hastalarının 10 u kadın 6 sı erkekti, yaş ortalaması 36(27-52) idi. Ortalama BKİ: 54kg/m2 (52-59) idi. Grup 2 hastaların 14 ü kadın 9 u erkekti, yaş ortalaması 38(29-56) idi. Ortalama BKİ:56KG/M2(53-59) idi. Grup 2 deki hastalara preoperatif gastrik balon uygulandı. Gastrik balonun ortalama süresi 157,4 +/- 42.3 gün idi. Gastrik balon sonrası hastaların ortalama kilo kaybı oranı %24,7 (19,4-33,2) idi. Grup 1 hastalarda ameliyat süresi ortalama 70 (50-90)dk iken, grup 2 de 55 (45-80)dk idi. Grup 1 hastalarda postoperatif 2 hastada, grup 1 hastalarda 1 hastada hemoraji gelişti, 1 hastada psotoperatif 4. Gün leak gelişti Ortalama hastanede kalış süresi grup 1 de 4,2 gün iken grup 2 de 3,2 gün olarak saptandı. İlk 3 aylık takip sonrasında LSG uygulanan hastalara ntragastrik balon uygulana hastalara göre fazlz kilo kaybı istatistiksel olarak fazla bulundu. 6 ay sonunda bu fark azalmakla birlikte istatistiksel olarak grup 1 de fazla olarak bulundu(Tablo 2).
**Sonuç:** Süper obez hastalara preoperatif intragastrik balon uygulaması uygulanmayanlara göre fazla kilo kaybı açısından üstünlük sağlasada peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve ameliyat süresi ve hastanede kalış süreleri açısından fayda sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Süper obez, sleeve, intragastrik balon

## SB-099
## LAPAROSKOPİK ROUX EN-Y GASTRİK BYPASS SONUÇLARIMIZ

Metin KARADENİZ
Özel Medifema Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Laparoskopik Roux En-Y gastrik bypass (RYGB) morbid obezite tedavisinde uzun yıllardır kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada 2 yılda tek cerrah tarafından yapılan (RYGB) sonuçlarının sunulması amaçlandı.
**Gereç ve Yöntem:** Aralık 2012 ile Aralık 2014 tarihleri arasında ardışık (RYGB) yapılan hastaların dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat süreleri, taburculuk süreleri, komplikasyon gelişimi, takip kiloları, ek hastalıklarının durumu kaydedildi.
**Bulgular:** Çalışmaya 25 hasta alındı. Hastaların 3'ü (%12) erkek, 22'si (%88) kadındı. Yaş ortalaması 37,9 yıldı. Ameliyat öncesi vücut kitle indeksi (VKİ) ortalamaları 45,1 kg/m2 idi. Ortalama ameliyat süresi 181,2 dakikaydı. Ortalama taburculuk süresi 4,2 (3-7) gündü. Postoperatif 30 günlük dönemde komplikasyon olarak sadece 1 hastada (%4) cerrahi alan enfeksiyonu gelişti. 1, 3, 6, 9, 12, 18 ve 24. aylarda fazla kilo kayıpları sırasıyla %24,6, %42,4, %, %57, %63,5, %54, %57,5 olarak bulundu. Hastaların 10'unda (%40) hipertansiyon vardı. Bunların 8'inde (%80) antihipertansif tedavi kesildi, 1'inde (%10) ise ilaç dozu azaltıldı. 13 (%52) hastada tip 2 diyabet vardı. 10'unda (%77) insülin ve/veya oral antidiyabetik ilaçlar (OAD) kesildi, 1'inde (%8) insülinden OAD'ye geçildi, 2'sinde (%16) ise ilaç dozu azaltıldı. 3 (%12) hastada hiperlipidemi vardı ve bunların hepsinde (%100) hiperlipidemi düzeldi.
**Sonuç:** Laparoskopik RYGB obezitenin tedavisinde etkili olmasının yanında obeziteye eşlik eden hastalıkların düzelmesinde de oldukça etkili bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** diyabet, gastrik bypass, obezite

## SB-100
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE KANAMA KONTROLÜ

Türker KARABUĞA[1], Cemal KARA[2], Okay NAZLI[3]
[1]Karataş Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[3]Sıtkı Koçman Üniveristesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Muğla

**Amaç:** Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG)'de sıklıkla görülen komplikasyonlarından biride kanamadır. Bu çalışmada LSG'de kanama kontrolü için Tansiyon Arteriyel (TA)'i artırarak atılan klibin etkinliği incelenmiştir.
**Yöntem:** 2013 ve 2014 yıllarında 55 hastaya morbid obezite nedeniyle genel anestezi altında(GA) Fransız pozisyonunda, 17 mmHg intraabdominal basınç altında ve 5 trokar ile LSG uygulandı. Ardından stapler geçiş noktalarına ve kanama odaklarında endoklipler kondu. Ardından GA nedeniyle düşük seyreden TA iki kademe ( 120-130 ve 130-140) olarak artırıldı ve kanayan noktalara konulan klip sayısı not edildi. Postoperatif drenden gelen miktar kaydedildi.
**Bulgular:** Hastaların 32'si kadın 23'ü erkek, yaş ortalaması ise 33(23-47) idi. Ortalama Beden Kitle İndeksi 44 kg/m2 idi. Hastaların hiçbirinde ek hastalık yoktu. Genel anestezi altında ve 17 mmHg intraabdominal basınç altında ve TA<120mmHg iken ve standart olarak ilk iki endostapler 4,1 mm, sonraki 3,8 mm ve son iki endostapler ise 3,5 mm kullanılarak tamamlandı. Bu TA değerinde stapler g kanama odaklarına ortalama 4,8(3-7) endoklip kondu. TA değeri 120-130 mmHg basınç arasında iken ek olarak ortalama 3,2(2-6) endoklip kondu, TA değeri 130-140 arasında iken ise ortalama 2,2 (1-5) endoklip kondu (Tablo 1). İşlem sonrası peroperatif kanama görülmedi. Hastanın TA değeri normal seviyeye çekilerek hasta uyandırıldı. Postoperatif 1. gün hastaların drenlerinden bulaş tarzında kanam görüldü. 2. Gün tüm hastalarada 50 ml yi geçmeyen seröz karakterde getirenleri oldu.
**Sonuç:** Laparoskopik sleeve gastrektomide stapler hattından kanama kontrolünde endoklip kullanımı basit ve ucuz bir yöntemdir. Kanama kontrolünün mutlaka TA değerleri artırıldığı 140 mmHg basınca kadar çıkarılarak yapılması gerektiği görüşündeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve gastrektomi, endoklip, kanama

## SB-101
## LAPAROSKOPİK SADİ-S 'İN TİP 2 DİYABET ÜZERİNE ETKİSİ

Türker KARABUĞA, Haluk Recai ÜNALP
Karataş Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Bu çalışmada laparoskopik Single Anastomosis Duodeo İleal Bypass with Sleeve Gastrectomy'nin (SADİ -S) tip 2 diyabet üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık
**Metod ve Materyal:** Haziran ve Aralık 2014 ayları arasında 18 hastaya yapılan SADİ-S operasyonu preoperatif, operatif ve postoperatif verilerle incelendi.
**Yöntem:** 18 hastanın yedisi kadın 11'i erkek, yaş ortalaması 46 (19-57) idi. Hastaların ortalama Vücut Kitle İndeksi (VKİ) 35,7 kg/m2 (32-45) idi. Hastaların ortalama tip 2 diyabet tanısı 7 (3-12) yıl idi ve 11 hasta oral antiyabetik, 7 hasta ise insülin kullanıyordu. Hastaların tamamının preoperatif HbA1c degeri 6,2 nin (6,7-7,4) üzerindeydi. Ameliyat genel anestezi altında, 5 trokar ile uygulandı. Genişletilmiş sleeve gastrektomiyi takiben duodenum 1. kıtada, pilordan 4 cm mesafede duodenum 45 mm 3,5 mm endoskopik lineer cutter kullanılarak transeke edildi. İleoçekal valvin 250 cm proksimalinden ileum çekildi ve loop tarzı uç-yan duodenoileal anostomoz yapıldı. Dalak lojuna ve duodenal stumpf lojuna birer adet dren yerleştirildi. Ameliyat süresi ortalama 200 dk (140-300) idi. Peroperatif ve postoperatif hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Ortalama hastanede yatış süresi 4 gün (3-5) idi. Postoperatif 2 hasta hariç tüm hastalarda kan şekeri normal değerlerde seyretti. Bir hastada postoperatif 5. Gün regülasyon sağlandı, bir hastada ise postoperatif erken dönemde açlık kan şeker seviyesi azalmasına karşın regülasyon sağlanamadı. 1. Ay kan şekeri normal seviyeye düştü. Hastaların tümünde postperatif kullandıkları ilaçlar kesildi.
**Sonuç:** Laproskopik SADİ-S diyabet cerrahisinde güvenle uygulanabilen ve diyabetin kontrolünde etkili bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** SADİ'S, metabolik, diyabet

## SB-102
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI GELİŞEN KAÇAKLARIN ENDOSKOPİK KLİP İLE TEDAVİSİ

Candaş ERÇETİN[1], Hakan SEYİT[2], İlkay HALICIOĞLU[2],
Ahmet Cem DURAL[2], Ali KOCATAŞ[2], Osman KÖNEŞ[2], Halil ALIŞ[2]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Günümüzde obezite tedavisinde laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) giderek artan oranda kullanılmaktadır. Girişimin en önemli komplikasyonları kanama ve stapler hattı kaçaklarıdır. Özellikle kaçaklar; uzun dönem hospitalizasyon, morbidite ve mortaliteden sorumlu en önemli komplikasyondur. Kaçakların tedavisinde endoskopik klip kullanımı deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.
METOD: Ocak 2013 – 2015 tarihleri arasında kliniğimizde LSG uygulanan 384 olgunun dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Takibinde stapler hattından kaçak saptanan 12 olgunun dördüne endoskopik klip uygulaması yapıldı. Demografik veriler, lokalizasyon, kullanılan klip sayısı, işlem başarısı, hastanede kalış, oral alım başlama zamanı ve mortalite değerlendirildi.
**Bulgular:** Olguların E/K oranı 0/4, ortanca değerler: yaş 23 (20-54), boy 162.5 cm (152-170), kilo 115.5 kg (106-130), vücut kitle indeksi 44.5 kg/m2 (42-45) idi. Lezyonların lokalizasyonu, 1 olguda kardiya distali, 3 olguda özofagogastrik bileşkede idi. Kullanılan klip sayısı ortanca 2 (2-3) idi. Hastanede yatış süresi ortanca 2 gün (2-34), yoğun bakım takibi gerekli olmadı. İşlem başarı oranı %100 (4/4) olarak saptandı. Olguların birinde klip uygulaması ile eşzamanlı, birinde ise işlem sonrası 2. gününde, ek girişim olarak metal kaplı stent uygulaması yapıldı. Olgulara ortanca 1. gün oral gıda alımı başlandı. Hiçbir olguda mortalite saptanmadı.
**Sonuç:** LSG sonrası gelişen kaçakların tanı ve tedavi algoritmaları net olarak daha ortaya konamamıştır. LSG sonrası gelişen kaçaklarda endoskopik klip uygulamasının başarılı bir yöntem olduğu gösterilmeye çalışılmıştır. Fakat bu kaçakların tanısında; şüpheci yaklaşım, endoskopinin ve klip uygulamasının erken dönemde yapılması başarı oranlarını daha da arttıracaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sleeve gastrektomi, kaçak, endoskopik klip, morbid obezite

## SB-103
## ROUX-EN-Y GASTRİK BYPASS'LI HASTADA MİNİ-LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE SPESİMENİN JEJENUMDAN ÇIKARTILMASI

Cüneyt KAYAALP, Ali TARDU, Mehmet Ali YAĞCI, Fatih SÜMER
Roux-en-Y Gastrik Bypass'lı Hastada Mini-Laparoskopik Kolesistektomi ve Trans-Jejunal Extraksiyon

**Giriş**: Abdominal duvardaki insizyonun uzunluğu hasta konforu ve yara ilişkili morbidite ile direkt ilişkilidir. Daha önce obezite nedeniyle laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass (LRYGB) geçirmiş kolelitiazisli hastalarda iki ileri laparoskopik teknik kombine edilerek yeni bir NOTES kolesistektomi tekniği tanımlanmaya çalışılmıştır.
**Hastalar ve yöntem:** Daha önce LRYGB ameliyatı geçirmiş üç hasta (iki erkek, bir kadın; yaşları 39,62,34) kolelitiyazis nedeni ile başvurdu. Hastalara 5 mm'lik 3 trokar kullanılarak mini-laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Safra kesesi gastrojejunal anastomozun 5 cm distalinden, dilate olmuş jejunal ans yoluyla ve endoskop yardımıyla dışarı alındı. Jejenumdaki açıklık intrakorporeal kapatıldı. Hiçbirinde açığa dönülmedi ve ek trokar ihtiyacı olmadı. Ameliyat süreleri sırasıyla 95, 75, 120 dakikaydı. Yalnız bir hastada analjezik ihtiyacı oldu. Diğer iki hasta analjezik alma ihtiyacı olmadan taburcu oldu. Aynı gece oral sıvı gıda başlandı. Hastalarda herhangi bir morbidite yaşanmadı.
**Sonuç:** Mini-laparoskopik kolesistektomi LRYGB ameliyatı geçirmiş hastalarda teknik olarak uygulanabilir bir yöntemdir. Daha önceden LRYGB ameliyatı olmak transoral spesimen extraksiyonu için engel değildir. Dilate olmuş efferent jejunal ans spesimen çıkartmak için iyi bir alternatiftir. Doğal delik cerrahisinde, bildiğimiz kadarı ile, ince barsak specimen çıkratmak için ilk kez kullanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğal delik cerrahisi, mini-laparoskopi, kolesistektomi, ince barsak

## SB-104
## MORBİD OBEZ HASTADA TRANSVAJİNAL APPENDEKTOMİ

Mehmet Ali YAĞCI, Cüneyt KAYAALP, Mustafa ATEŞ
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** NOTES konseptinin standart laparoskopiye göre üstün avantajlar vaat etmesine rağmen morbid obezitenin dışlanma kriteri kabul edilmesi önemli bir sınırlamadır. Biz burada kliniğimizde yapılan, morbid obez hastada hibrid transvaginal appendektomi olgusu ile işlemin yapılabilirliği ve cerrahi sonuçlarını sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 66 yaş, bayan (BMI 36 kg/m2, ASA III), 2 gündür devam eden sağ alt kadran ağrısı ile başvurdu. Alınan anamnez ile hastada KOAH ve koroner arter hastalığı bulunduğu öğrenildi. Fizik muayenede sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound mevcuttu. Yapılan USG' de 8 mm çapında kompresyona yanıt vermeyen kör barsak ansı saptandı. Appendektomi yapılmasına karar verildi. Hasta litotomi ve 30 derece sol lateral pozisyona alındı. Göbekten girilen Veres iğnesi ile pnomoperitoneum oluşturulduktan sonra göbek içinden 5mm'lik trokar ve vagenden 5 mm'lik grasper ve 12-mm'lik trokar girildi. Kamera vaginal trokara alındıktan sonra appendiks vaginal grasper yardımı ile asıldı. Göbek trokarından girilen ligasure ile mezoappendiks diseke edildi ve appendiks kökü izole edildi. Vaginal trokardan girilen endoskopik stapler ile appendektomi yapıldı. Appendiks endobag içinde vaginal trokardan çıkarıldı. Kolpotomi absorbe olabilen sütür ile kapatıldı ve dren konulmadı. Ameliyat süresi 75 dk idi. Ameliyat gecesi normal diyet verildi. Hasta postop 16.saatte sorunsuz şekilde taburcu edildi. Hiç analjezik kullanılmadı. Histopatolojik olarak akut appendisit tanısı konfirme edildi.
**Sonuç:** Özellikle batı toplumlarımda obezite halk sağlığı sorunu haline gelmekte ve obez hastalar minimal invazif cerrahi prosedürlere obez olmayanlara göre daha çok ihtiyaç duymaktadır. Morbid obezite akut appendisitin transvaginal tedavisine engel oluşturmamakla birlikte, rutin cerrahi pratiğe girmesi için daha fazla bilimsel çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** doğal delik cerrahisi, appendektomi, transvajinal, morbid obezite

## SB-105
## YAŞLI HASTALARIN AKUT DESTRÜKTİF KOLESİSTİTİNDE LK (LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ) YAPILMASININ ÖZELLİKLERİ

Süreddin ZEYNALOV, Nuru BAYRAMOV, Elvin ISAZADE
Azerbaycan Tıp Universitesi I Cerrahi Hastalıklar Bölümü, Bakü

**Amaç:** Yaşlı hastaların akut destruktif kolesistitinde yapılan LKE sonuclarını araştırmaktır.
Araç ve gereçler: Taşlı safra kesesi, akut kolesistiti olan 343 hastaya endocerrahi müdahele uygulanmıştır (2000-2014 yıllar). Erkekler 48 (%14), kadınlar 295(%86) olmuştur.Yaş sıralaması;yaşlı (60-74) – 246(%71.7), daha yaşlı (75-89) – 97 (%28.3) kişi kaydedilmiştir.
**Sonuç ve Bulgular:** Akut destruktif kolesistit dediyimizde biz daha ağır perivezikal komplikasyonları (sıkı paravezikal infiltrat, perivezikal abse, safra kesesinin empiemi) anlıyoruz. Bu gibi teşhisler safra kesesinin ultrason ve BT, az derecede klinik ve labaratuvar sonuclarla kesinleşmiştir.
Safra peritoniti komplikasyonu kaydedilen destruktif kolesistitli 54(%15,7) hastadan patolojik gidişat karakterine göre sızan safra peritoniti 38(%70.4), onlardan -6(%11.1) yayılmış ve 48 (%88.9) lokal olmuştur.
Perforatif safra peritoniti 8(% 14.8) hastada, bunlardan 2 (%25)-de yaygın ve 4(%75)-de lokal olarak kaydedilmiştir.
Hastalığın 1.günüde 259(%75.5), 2.gününde 47 (%13.7), 3.gününde 13(%10), 4-7.günlerinde 13(%12.3) ve 7.günden yukarı 3(% 0.9) kişi başvurmuştur.
Tüm hastalarda eşlik eden ağır hastalıklar kaydedilmiştir.
O yüzden LKE-nin yapılması için böyle hastaların tıbbi degerlendirmesi,yatış endikasyonları ve belli derecede özel hazırlıklarının yapılması gerekmiştir.
Ameliyatların çogunda karbonik gazın karın içi basıncı 10-12 mmHg, ağır kalp-damar sistemi hastalıkları olan hastalarda ise 6-10 mmHg olmuştur. Tarafımızdan safra kisesinin akarının disseksiyonunda patolojik sürecin formundan asılı olarak ayrıca yöntemler seçilmiştir. Bu yöntemler disseksiyonun daha güvenli yapılmasına yardımcı olmuştur. Ameliyatlar ortalama 60±15 dakika sürmüştür. Tüm hastalarda karın bölgesi (karaciyer altı alan) drene olunmuştur. 4 (%3.1) kişide konversion gerekmiş, ölüm sonucu olmamıştır.
LKE için yaş göstericisi risk faktorü degildir. 60 yaşdan yukarı hastalarda tedavinin tüm etablarında LKE özellikleri vardır – ameliyatdan önceki hazırlık, ameliyata ve hastaneden taburculuğa kadar endikasyonlar ayarlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** destruktif, laparoskopi, kolesistit, yaşlı

## SB-106
## TEK PORT KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATLARINDA TRANSVERS KAS FASYASININ ONARIMINDA KULLANILAN 3 DEĞİŞİK İPLİK MATERYALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Turgut DÖNMEZ[1], Sina FERAHMAN[2]
[1]Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Genel cerrahi kliniklerinde sıklıkla yapılan kolesistektomi ameliyatlarında, transvers kas fasyası tamiri için kullanılan dikiş materyallerinin, dokularda oluşturduğu enflamatuar yanıtların değerlendirilmesi planlandı.
**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 20 erkek, 35 kadın olmak üzere toplam 55 hasta katıldı. Hastaların yaş ortalamasının 48,4 (max: 75, min: 21), vücut kitle indeksi ortalamasının 23,1 (max: 36,7, Min:18,6) olduğu görüldü.
14 hastaya emilmeyen multifilaman (örgülü polyester), 25 hastaya emilmeyen monofilaman (polipropilen) ve 16 hastaya emilen monofilaman (Polidioksanon) dikiş materyalleri, tek port laparoskopik kolesistektomi ameliyatında, göbek altından girilen trokarın oluşturduğu fasya defektini kapatmak için kullanıldı. Her dikiş materyali aynı cerrah tarafından aynı teknik kullanılarak transvers kasın fasyasını onarmak için kullanıldı.
4 hastanın akut kolesistit olması, 2 hastada ise laparoskopi aletlerinin boyunun yetmemesi nedeniyle, toplam 6 hastada multi port laparoskopiye geçilmesi gerekti.
Emilmeyen multifilaman (örgülü polyester) kullanılan hastalarda yabancı cisim reaksiyonu gelişmesi üzerine, on üçüncü hastadan itibaren bu materyalin kullanımına son verilerek diğer hastalarda kullanılmadı. Bu aşamadan sonra

çalışmaya diğer dikiş materyalleri kullanılarak devam edildi. Hastalar en az 6 ay takip edildi. Yabancı cisim reaksiyonu gelişen on üç vaka tekrar ameliyata alındı. Reaksiyon gelişen dikişler eksize edilerek patolojiye gönderildi. Patoloji sonucunda kronik non spesifik iltihap ve fibrozis görüldü.
**Sonuç:** Emilmeyen multifilaman (örgülü polyester) materyale karşı doku reaksiyonu gelişmiş, verilen antibiyoterapi ve non steroid anti enflamatuar tedaviye rağmen gerilememiştir. Emilmeyen multifilaman (örgülü polyester) kullanan tüm hastalar ikinci kez operasyona alınarak reaksiyona sebep olan dikiş materyalleri eksize edilmiştir.
Emilmeyen monofilaman (polipropilen) ve emilen monofilaman (Polidioksanon) kullanılan hastalarda ise operasyon gerektirecek herhangi bir yumuşak doku reaksiyonu görülmemiştir.

**Anahtar Kelimeler:** fasya, defekt, iplik, reaksiyon, yabancı cisim, enflamasyon, kolesistektomi

## SB-107
## DİSTAL PANKREAS TÜMÖRLERİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ

Fatma Ümit MALYA[1], Enver KUNDUZ[1], Yunus TAŞÇI[1], Merve Büşra CENGİZ[1], Mustafa HASBAHÇECİ[1], Süleyman BOZKURT[1], Erkan YARDIMCI[1], Yeliz Emine ERSOY[1], Oğuzhan KARATEPE[3], Mahmut MÜSLÜMANOĞLU[2]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi
[2]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi
[3]Medipol ÜniversitesiTıp Fakültesi

**Amaç:** Nadir görülen gövde ve kuyruk yerleşimli pankreas kitlelerinin cerrahi tedavisinde laparoskopik yaklaşım sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmada benign ve malign etyolojilerle yapılan distal pankreatektomi sonuçlarının sunulması amaçlandı. Gereç ve Yöntem: 2013-2014 yılları arasında yapılan 23 distal pankreatektomi olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** Ortalama yaş 55,3 yıl (17-86 yıl) olan hastaların 18'i kadın, beşi erkekti (E/K:5/18). On beş olguda açık, 8 olguda laparoskopik yaklaşım uygulandı. Dalak koruyucu pankreatektomi 6 hastaya (3 açık, 3 laparoskopik) uygulandı. Patolojik değerlendirmede 10 malign ve 13 benign tümör saptandı. Ortalama tümör çapı 4,4 cm; açık cerrahi grubunda 5,3 cm; laparoskopik cerrahi grubunda 4,2 cm idi. Açık cerrahi uygulana vakaların 8'i malign (%61,5) iken laparoskopik cerrahi uygulanan vakaların 2'si(%25) malign idi. Üç hastada pankreatik fistül gelişti (%13). İkisi açık cerrahi yapılan grupta (%13,3), biri laparoskopik cerrahi yapılan gruptaydı (%12,5). Açık cerrahi yapılan bir hastada yara yeri enfeksiyonu, bir hastada abse gelişti. Genel morbidite %21,7 (laparoskopik grupta %12,5, açık grupta %26,6). Ortalama hastanede kalış süresi açık grupta 6,4 gün; laparoskopik grupta beş gündü.
**Sonuç:** Malign tümörlerde açık cerrahi yapma oranı daha yüksektir. Laparoskopik cerrahi uygulanan grupta morbİdite daha az olmakta ve hastanede kalış süresi de azalmaktadır. Deneyimli merkezlerde seçilmiş vakalarda laparoskopik distal pankreatektomi tümör çapından bağımsız olarak güvenle yapılabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Distal pankreas tümörleri, laparoskopik distal pankreatektomi

## SB-108
## İNSÜLİNOMA TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ: ÇOKLU KESİDEN TEKLİ KESİYE LAPAROSKOPİK PANKREAS CERRAHİSİ DENEYİMİMİZ

Cemil Burak KULLE, Nihat AKSAKAL, Selim DOĞAN, Orhan AĞCAOĞLU, Yeşim ERBİL, Alp BOZBORA, Rıdvan SEVEN, Selçuk MERCAN, Umut BARBAROS
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

**Amaç:** İnsülinoma nadir görülmekle birlikte en sık görülen pankreatik nöroendokrin tümördür. En etkin tedavi kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Son yıllarda birçok cerrahi alanda olduğu gibi pankreas cerrahisinde de minimal invaziv cerrahi teknikler daha yoğun bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır. Bu çalışmada lokalizasyonu belirlenmiş olan insülinoma olgularında laparoskopik enükleasyondan tek kesili laparoskopik pankreatektomiye uzanan minimal invaziv pankreas cerrahisi deneyimimizi sunmayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** 2003 ve 2015 yılları arasında, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Departmanı'nda 11 insülinoma vakası laparoskopik olarak tedavi edildi ve hasta verileri retrospektif olarak tarandı. Hipoglisemi ve hiperinsülinemi semptomları ve laboratuar bulguları bulunan olgulara lokalizasyon belirlendikten sonra cerrahi uygulandı.
**Bulgular:** Olgularda yaş ortalaması 42, kadın/erkek oranı 5/6 idi. Sekiz olguda perioperatif endoskopik ultrasonografi kullanıldı. Uygulanan cerrahi prosedürler; 6 olguda laparoskopik distal pankreatektomi, 2 olguda laparoskopik enükleasyon ve 3 olguda tek kesiden laparoskopik distal pankreatektomi idi. Pankreatik fistül en sık görülen (%40) cerrahi komplikasyondu. Whipple triadının kaybolması, preoperatif değerlere göre normal veya yükselmiş glisemik değerler semptomatik düzelme olarak kabul edilip tüm hastalarda gözlemlendi.
**Sonuç:** Lokalizasyonu belli olan insülinoma olguları laparoskopik pankreatik cerrahi için uygun adaylardır. Minimal invaziv cerrahi deneyimi olan merkezlerde, seçilmiş insülinoma olgularında minimal invaziv teknikler güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnsülinoma, tek kesiden laparoskopik pankreatektomi, laparoskopik enükleasyon

## SB-109
## TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ İLE ÇOKLU KESİDEN LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ AMELİYATLARININ KLİNİK SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Orhan AĞCAOĞLU, Nihat AKSAKAL, Mustafa TÜKENMEZ, İbrahim Fethi AZAMAT, Selim DOĞAN, Rıdvan SEVEN, Selçuk MERCAN, Umut BARBAROS
İstanbul Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Son yıllarda özellikle insizyona bağlı morbiditenin daha az olması, daha iyi kozmetik sonuçlar sebebiyle tek kesiden yapılan laparoskopik cerrahi işlemlerinin popülarite artmıştır. Bu çalışmamızda tek kesiden yapılan ile çoklu kesiden

yapılan laparoskopik distal pankreatektomi ameliyatlarının uygulanabilirliğini ve sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.
Hastalar ve Yöntemler: Mart 2007 ile Şubat 2014 tarihleri arasında kliniğimizde tek kesiden ve çoklu kesiden laparoskopik distal pankreatektomi ameliyatı yapılmış hastalarımızı dahil ettik. Hastalarımızı cerrahi tekniğe uygun olarak tek kesiden (grup 1) ve çoklu kesiden (grup 2) laparoskopik distal pankreatektomi yapılan hastalar olmak üzere iki gruba ayırdık. Karşılaştırmada ameliyat süresi, ameliyat sonrası ağrı, hastanede yatış süresi, komplikasyonlar, açığa geçiş oranı, tahmini kanama miktarı ve patoloji sonuçlarını değerlendirdik. Klinik ve perioperatif parametreler student-t ve chi-square testleriyle analiz edildi.
**Bulgular:** Çalışmada her grupta 10 hasta olmak üzere toplam 20 hasta mevcuttu. Gruplar arası hasta profilleri benzerdi. Her iki gruptada mortalite yoktu. En sık görülen morbidite, iki gruptada spontan iyileşen düşük debili pankreas fistülüydü (%30). Ameliyat süresi 2. grupta 1. gruba göre istatistiksel olarak daha kısa ölçüldü (116 dakika ile 180 dakika) ($p<0.001$). Grup 2'de 1 hastada peroperatif kanama sebebiyle açık tekniğe geçildi. Hastaların ortalama takip süresi grup 1'de 22, grup 2'de 56 ay olarak saptandı. Grup 1'de bir vakada dalak korunabilirken, grup 2'de beş vakada korundu.
**Sonuç:** Güvenilirlik ve uygulanabilirlik açısından tek kesiden laparoskopi tekniği, standart çoklu kesiyle yapılan laparoskopik distal pankreatektomiye iyi bir alternatiftir. Başta ileri düzey laparoskopik ameliyatların yapıldığı tersiyer merkezlerde olmak üzere, konvansiyonel çoklu kesi laparoskopi tekniklerinin yerini tek kesiden yapılan daha minimal invaziv tekniklerin alacağına inanıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Tek kesi; Çoklu kesi; Laparoskopi; Pankreas rezeksiyonu; Laparoskopik distal pankreatektomi

## SB-110
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİYE BAĞLI SAFRA KAÇAKLARININ NEDEN VE SONUÇLARI

Enver İLHAN, Orhan ÜREYEN, Emrah DADALI, Uğur GÖKÇELLİ, Özcan ALPDOĞAN
İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Genel Cerrahi AD, İzmir

**Giriş:** Tüm dünyada semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde kolesistekomien sık uygulanan cerrahiler arasında yer almaktadır. Laparoskopikkolesistektomi (LK) ise bunun temel cerrahi uygulaması olmuştur. Ancak nadiren iyatrojenik safra yolu yaralanması ile karşıkarşıya kalınabilir.
**Materyal ve Metod:** Materyal metod: ocak 2011 ile aralık 2014 tarihleri arasında LK operasyonu sonrası safra kaçağı olan ve dış merkezden safra kaçağı nedeni ile tarafımıza sevk edilen olgular yaş cinsiyet kaçağın saptanma zamanı, tedavi yönetimi olarak retrospektif araştırıldı.
**Sonuç:** LK operasyonu olan 659 olgunun 3(%0,4)'ünde iyatrojenik safra yolu yaralanması, 3'ünde Luschka kanal kaçağı olduğu düşünülen safra kaçağı, dışmerkezden kabul edilen 3 olguda safra yolu yaralanması saptandı. Olguların 6 sı kadın 3'ü erkek ve yaş ortalaması 53,9İdi. Hastanede kalış süresi 12,6 gündü. Toplam 9 olgunun 5'i Luschka kanal kaçağı, 3'ü ortak hepatik kanal yaralanması, ve 1'i sistik güdük yaralanması idi. Yaralanmaların 2'si perop saptanmış olup bunlar ortak hepatik kanal yaralanması idi ve T- tüp üzerinden primer tamir uygulandı. Diğer ortak hepatik kanal yaralanması postoperatif 5. gün peritonit tanısıyla laparatomide saptandı. Yine T -tüp üzerinden tamir ile tedavi edildi. Luschka kanal kaçağı olarak değerlendirilen 5 olgunun birisi dren takibi ile, 2'si girişimsel radyoloji altında drenaj, birisi ERCP ile sfinkterotomi ile, sonuncusu ise cerrahi girişim ile tedavi edildi ve karaciğer yatağındaki Lusckka kanallarına primer tamir uygulanarak tedavi edildi.
**Tartışma:**LK sonrası safra yolu yaralanmaları drenden safra drenajı haricinde hiç bir semptom vermeden dren takibi ile düzelebilen klinik durumdan multiorgan yetmezliği hatta hastanın kaybına kadar uzanan geniş bir sorunlar zincirine neden olabilmektedir. Bu yaralanmaların tamamına yakını erken tanı ile ve deneyimli merkezlerde sorunsuz tedavi edilebilirler.

**Anahtar Kelimeler:** laparaskopik kolesistektomi,safra yolu yaralanmaları,Luschka

## SB-111
## KARACİĞER KİST HİDATİK CERRAHİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Yusuf YAĞMUR, Serdar GÜMÜŞ, Mehmet BABÜR, Mehmet Ali CAN
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Kist hidatik, dünyanın birçok yerinde morbidite ve mortaliteye neden olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir. Karaciğer kist hidatik hastalığının cerrahi tedavisi son yıllarda önemli ölçüde gelişti. Karaciğer kist hidatiği tedavisinde laparoskopik yaklaşımda istikrarlı bir büyüme olmuştur. Bu prospektif çalışmada, laparoskopik olarak tedavi edilen karaciğer hidatik kistlerin erken sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.
**Gereç ve Yöntem:** Hastanemizde karaciğer kist hidatik tanısı alan 44 hasta ( Gharbi Tip I-IV) laparoskopik olarak tedavi edilmiştir. Tüm hastalar ultrasonografi ve/veya batın bilgisayarlı tomografi ile tarandı. On hastada kist çapları 1-4 cm arasında, 24 hastada 5-10 cm arasında, 8 hastada 10-15 cm arasında ve 2 hastada 15 cm üzerinde bulunmuştur. Tüm hastalarda hidatik kistin laparoskopik tedavi yapıldı. 30 hastaya yalnız kistektomi ve 14 hastaya kısmi perikistektomi yapıldı. Perikistektomi de yapılan rezeksiyon; sağlıklı karaciğerden hook ve/veya harmonik damar kapama cihazı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Operatif ve postoperatif mortalite gözlenmedi. Yedi hastada postoperatif kist içine konan Foley drenden safra kaçağı gelişti. Takipte bu hastaların 5 inde kaçak 6-7. günde durdu. 2 hastada kaçak debisi azalmayınca endoskopik retrograd kolanjiografi ile yapılan ampulla papillotomisi ve sfinkterotomi yapıldı ve safra kaçağı durduruldu. Yapılan ortalama 6 aylık takipte herhangi bir nüks görülmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik yaklaşım; karaciğer hidatik hastalığı olan hastaların tedavisinde güvenli ve uygulanabilir metod olarak kabul edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Kist hidatik, Karaciğer, Laparoskopi

## SB-113
## ÜST GASTROİNTESTİNAL ENDOSKOPİDE *H.PYLORİ* DEĞERLENDİRMESİ

Hakan ÇAKIT, Fatih BAŞAK, Suat AKTAŞ, Aylin ACAR, Tolga CANBAK, İlyas KUDAŞ, Sena CÖMERT, Gürhan BAŞ
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Giriş:** H.pylori'nin üre nefes testi, gayta analizi, kültür ve patolojik inceleme gibi değişik yöntemler ile tespiti mümkündür. Bu çalışmada amacımız, kliniğimiz endoskopi ünitesinde üst

gastrointestinal sistem endoskopik incelemelerde H.pylori durumunu değerlendirmektir.
Yöntemler: 2014 yılında gastroduodenoskopide biyopsi ile değerlendirilen hastalar çalışmaya alındı. Malignite ile sonuçlanan patolojiler çalışma dışı tutuldu. Vakaların demografik verileri, patolojik incelemeleri ayrıntılı olarak incelendi. H.pylori pozitif olan hastalar, mikroskop altında her alandaki H.pylori yoğunluğuna göre hafif şiddette, orta şiddette ve şiddetli olarak değerlendirildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve karşılaştırmalar için t-test, Fisher's exact test ve Anova kullanılmıştır. %95 güvenlik aralığında değerlendirilmiş, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.
**Bulgular:** Çalışma döneminde 301 hasta değerlendirildi. 16 hasta malignite nedeniyle çalışma dışı tutuldu, 285 hasta çalışma grubunu oluşturdu (169 kadın, 116 erkek; kadın/erkek:1,45; yaş ortalaması 50±14,7). 186 hastada H.pylori pozitif olarak bulundu. H.pylori enfeksiyonu prevalansı %65,2 olarak hesaplandı. H.pylori varlığı açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark görüldü (Kadın:%59,7, erkek:%73,2, p=0,022). H.pylori tespit edilen hastaların yaş ortalaması 48,32±15,19 idi, negatif olan hastalar ile yaş (53,15±13,27) farkı istatistiki olarak anlamlıydı (p=0,008). 186 hastanın 80'i hafif(%43), 50'si orta(%27), 56'sı şiddetli(%30) H. pylori pozitif idi. H.pylori şiddeti ve yaş değerlendirmesinde (hafif:50,64±16,42, orta:48,56±14,63, şiddetli:44,79±13,31) değersel olarak fark görüldü, ancak istatistiki olarak anlamlı düzeye ulaşmadı (p=0,085).
**Sonuç:** Erkek cinsiyet ve erken yaş (50 yaş altı) H.pylori varlığı açısından risk faktörü olarak bulundu. H.pylori prevalansını %65,2 olarak tespit ettik. H.pylori enfeksiyonu erken yaşlarda daha şiddetli olarak seyrediyordu, ancak istatistiki olarak değerlendirme için yeni çalışmalar ile daha geniş serilere ihtiyaç bulunduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** H. Pylori, üst gastrointestinal endoskopi, gastroduodenoskopi

## SB-114
## DİSPEPTİK ŞİKAYETLERİ OLAN HASTALARDA *H.PYLORİ* VE İNTESTİNAL METAPLAZİ BİRLİKTELİĞİ

Hüseyin Onur AYDIN[1], Abdulcabbar KARTAL[1], Mehmet ODUNCU[1], Elif YUMAÇ[2], Tufan ÇİFTÇİ[3]
[1]Siverek Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü; Şanlıurfa
[2]Siverek Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü; Şanlıurfa
[3]Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Şanlıurfa

**Giriş - Amaç:** Helikobakter pilori toplumda yaygın olarak görülen, peptik ülser hastalığı ve malignitelerle ilişkili gram negatif bir bakteridir. Dispeptik şikayetlerle başvuran hastalara yapılan endoskopik biyopsi sonucu helikobakter pilori sıklığı ve intestinal metaplazi birlikteliği incelenmiştir.
GEREÇ-YÖNTEM: Siverek Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine Kasım 2013-Ocak 2015 tarihleri arasında dispeptik şikayetlerle başvuran hastalara yapılan gastroskopi sonuçları ve antrumdan alınan biyopsi sonuçları incelendi. Patoloji sonuçları helikobakter pilori değerlendirmesi için Giemsa, intestinal metaplazi değerlendirmesi için PAS-AB ile değerlendirildi.
**Bulgular:** Toplam 682 hasta değerlendirildi. Hastaların 304 ü erkek, 378'i kadın hastaydı, yaş ortalaması 38,22 (±14,64); en genç hasta 18 yaşında, en yaşlı hasta ise 88 yaşındaydı. Yapılan endoskopik değerlendirme sonucu 555 (%81,4) antral gastrit; 81 (%11,9) pangastrit; 6 (%0,9) ülserovejetan kitle tespit edildi. Patolojik olarak 469 (%69,6) kronik aktif gastrit; 201 (%29,5) kronik inaktif gastrit; 6 (%0,9) adenokarsinom tespit edildi. 475 (%69,6) hastada helicobakter pilori; 56 (%8,2) hastada intestinal metaplazi, 11 (%1,6) hastada ise atrofi olduğu görüldü. H. pilori olan hastaların 48'inde intestinal metaplazi birlikteliği görüldü; 8 hastada ise intestinal metaplazi varlığında h. pilori görülmedi. H.pilori varlığında intestinal metaplazi olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p: 0,006). **Sonuç:** H. pilori midede yüksek oranda prekanseröz lezyon olan intestinal metaplaziye yol açabilmektedir. Dispeptik şikayetleri olan hastalarda H. pilori varlığının araştırılması ve tedavi edilmesi, intestinal metaplazi gibi prekanseröz lezyonların oluşumunu önleyebilir.

**Anahtar Kelimeler:** gastroskopi, dispepsi, helikobakter pilori, intestinal metaplazi

## SB-116
## CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTEMİZDEKİ GASTROSKOPİK POLİPEKTOMİ SONUÇLARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Erkan OYMACI[1], Nurettin KAHRAMANSOY[2], Ahmet Deniz UÇAR[2], Serdar AYDOĞAN[2], Savaş YAKAN[2], Ayvaz Ulaş URGANCI[2], Fulya Yılmaz DURAN[3], Mehmet YILDIRIM[2], Nazif ERKAN[2]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi, İzmir
[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[3]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

**Amaç:** Gastrik polipler üst gastrointestinal sistemin endoskopik incelenmesinde tesadüfen saptanırlar. Malign dönüşüm özellikleri nedeniyle çıkartılması ve histopatolojik tanısının konması gerekmektedir. Çalışmamızda cerrahi endoskopi ünitemizde uygulanan gastroskopilerde, polipektomi sonuçlarımızın değerlendirilmesini amaçladık.
**Materyal ve Metod:** Cerrahi endoskopi ünitemizde 2013 – 2014 yılları arasında 2450 hastaya gastroskopi uygulandı. Gastroskopik polipektomi uygulanan 200 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. İstatistikler SPSS, Windows 21.0 ile gerçekleştirildi ve $p<0,05$ anlamlı kabul edildi.
**Bulgular:** 164(% 82) hastada tek polip, 36(% 18) hastada multiple polip saptanarak 240 polipektomi uygulandı. Hastaların 75'i(%32) erkek, 125'i(%68) kadın ve yaş ortalaması 57,9(19-88) idi. Histopatolojik değerlendirmede 123(61,5%) hastada hiperplastik polip, 48(24%) hastada fundik gland polibi, 11(5,5%) hastada inflamatuar polip, 8(4%) hamartomatöz polip, 6(3%) adenomatöz polip ve 4(2%) diğer tip polipler saptandı. Polipektomi uygulanan olguların 127'sinde (% 63,5) Helicobacter pylori (HP) pozitif olarak saptandı. Polipektomi uygulanan 9 (% 4,5) olguda displazi ( 6 olguda düşük dereceli displazi, 3 olguda yüksek dereceli displazi) mevcuttu. Displazi saptanmayan olgularda ortalama polip çapı 5,0±3,8 mm iken, displazi mevcut olgularda ortalama polip çapı 11,5±3,8 mm idi. Ortalama polip çapı ile displazi varlığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (p=0,001). Displazi mevcut olgularda ortalama yaş 67,9±12,4 iken, olmayanlarda 57,2±14,6 olarak saptandı. Ortalama yaş ile displazi varlığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı (p=0,03).
**Sonuç:** Gastrik polipler gastroskopi öncesi belirgin semptomatik özelliği olmayan, rastlantısal olarak saptanan oluşumlardır. Malign dönüşümleri nedeniyle önemlidirler. Polipin çapı arttıkça displazi ve karsinom gelişme olasılığının

artması nedeniyle, endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) ve endoskopik submukozal disseksiyon (ESD) tekniklerini içeren komplet polipektomilerin önemi daha da artmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, gastroskopi, polipektomi, kanser, displazi

## SB-118
## CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTEMİZDEKİ KOLONOSKOPİK POLİPEKTOMİ SONUÇLARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Erkan OYMACİ[1], Nurettin KAHRAMANSOY[2], Ahmet Deniz UÇAR[2], Atakan SAÇLI[2], Savaş YAKAN[2], Ayvaz Ulaş URGANCI[2], Fulya Yılmaz DURAN[3], Mehmet YILDIRIM[2], Nazif ERKAN[2]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi, İzmir
[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[3]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İzmir

**Amaç:** Kolonoskopi sırasında saptanan poliplerin boyutu ne olursa olsun kolorektal kanserin öncü lezyonu ya da potansiyel kanser riski nedeniyle çıkartılması ve histopatolojik tanısının konması gerekmektedir. Bu çalışmamızda cerrahi endoskopi ünitemizde uygulanan kolonoskopilerde, polipektomi sonrası sonuçlarımızın değerlendirilmesini amaçladık.
**Materyal ve Metod:** Hastanemiz cerrahi endoskopi ünitesinde 2013 – 2014 yılları arasında 1750 hastaya kolonoskopik girişimde bulunuldu. Kolonoskopik polipektomi uygulanan 471 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların polip tipleri, polipektomi sayıları, hastaların demografik özellikleri, yapılan işlemler, komplikasyonları ve poliplerin histopatolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirilmeler SPSS, Windows 21.0 ile gerçekleştirildi ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.
**Bulgular:** Kolonoskopi raporlarına göre 471 hastada toplam 931 adet polip saptanarak polipektomi uygulandı. Hastaların 307'si (%65) erkek, 166'sı (%35) kadın ve yaş ortalaması 61,3 (22-91) idi. Histopatolojik değerlendirmede poliplerin 455'inde (%48,8) tubüler adenom, 231'inde (%24,8) tubülovillöz adenom, 27'sinde (%2,9) villöz adenom, 155'inde (%16,6) hiperplastik polip, 26 olguda (%5,5) invaziv kanser ve 6 olguda (%1,3) intramukozal karsinom saptandı. Forseps kullanılarak polipektomi yapılan 329 olgunun ortalama polip çapı 4,5 ± 1,4 mm iken, snare kullanılarak çıkarılan poliplerin ortalama çapı 10,7 ± 5,4 mm olarak saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.000$). Displazi, invaziv karsinom + IMAK (intra mukozal adenokarsinom) gelişimi ve polip çapı arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı ($p=0,02$).
**Sonuç:** Kolonoskopik polipektomi, özellikle yeterli deneyimi olmayan kişilerce uygulandığında komplikasyon riskleri olan bir işlem olmakla birlikte, kolon kanserinin tanısında ve kontrol altına alınmasında önemli bir yöntemdir. Özellikle displazi saptanan olgulardaki prognozun ortaya konması ve prevelansın daha net belirlenmesi için daha geniş çapta prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, kolonoskopik polipektomi, kanser, displazi.

## SB-119
## PEG DENEYİMLERİMİZ

Gamze ÇITLAK[1], Adnan HUT[1], Doğan YILDIRIM[1], Fazilet ERÖZGEN[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Adem DURU[1], Mehmet GÜLEN[1], Sinan UZMAN[2], Mehmet TOPTAŞ[2], Fatma SARAÇ[3], Mevhibe Nilgün BUYRUK[3], İbrahim Rafet KAPLAN[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanı, İstanbul

**Amaç:** Perkutan endoskopik gastrostomi PEG Gastro intestinal sistem (GİS) bütünlüğü olan oral alımı kısıtlı hastalarda beslenme amacıyla mideden batın duvarına endoskop yardımıyla plastik tüp yerleştirilmesidir. PEG deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.
**Metod ve Materyal:** 2004-2014 yılları arasında endoskopi ünitemizde PEG uygulanan hastalara sedasyon ve lokal anestezi uygulandı.Veriler retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** Bu dönem içinde 57 hastaya PEG uygulandı. 31 hasta erkek, 26 hasta kadındı. Hastalar 17 ile 92 yaşları arasında olup yaş ortalaması 67 idi. En sık serebrovasküler hastalıklar nedeni ile PEG uygulandı. İşlem esnasında hiç bir hastamız ex olmadı, işlemden 72 saat sonra 3 hastamız işlemden bağımsız nedenlerle ex oldu. 2 hastada işlem esnasında midede hematom oldu. Takiplerinde problem olmadı. Erken dönemde 1 hastada peristomal enfeksiyon, 1 hastada sızıntı görüldü, takiplerinde problem olmadı. 5 hastada ilk 2 yıl içinde tüp tıkanıklığı-tüp deformitesi-tüp çıkarılması(hasta tarafından) nedeniyle yeniden PEG işlemi uygulandı.
**Sonuç:** PEG uygulanabilen hastalarda beslenme, parenteral yönteme göre daha ekonomik, kullanım kolaylığı ve doğal olması nedeni ile daha sık tercih edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** PEG, Komplikasyon

## SB-120
## KARS DEVLET HASTANESİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDE GENEL CERRAH ELİYLE HASTA MEMNUNİYETİ

Mehmet AZİRET[1], Tuğçe Karaçay ERDOĞAN[1], Murat AKBABA[2], Yavuz DAŞDEMİR[1], Şahin KAHRAMANCA[1]
[1]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Kars
[2]Çorum Özel Hastanesi, Genel Cerrahi, Çorum

**Giriş:** Üst ve alt gastrointesinal hastalıklarının tanı ve tedavisinde endoskopik işlemler tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, perifer devlet hastanelerinde genel cerrahlar tarafından yapılan gastrointestinal sistem(GİS) endoskopik işlemlerin hastalıkların erken tanısı ve tedavisi açısından değerlendirilmesidir.
**Materyal ve Metod:** Ocak 2010 ile Ocak 2015 tarihleri arasında endoskopi ünitemizde yapılan tüm işlemler, hastane veri tabanı ve hasta dosyalarından retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, yapılan işlem türü ve malignite oranları kaydedildi. Endoskopik işlemler 4 farklı genel cerrah tarafından yapıldı.
**Bulgular:** Çalışmaya toplam 2676 hasta kabul edildi, 235

hastaya birden fazla işlem yapıldı (toplam işlem sayısı 2911). Hastaların ortalama yaşı 46.2 yıl ve 60 yaş üstü hastaların sayısı 312'ydi (%11). Hastaların 1441'i (% 53.8) bayan ve 1235'i (%46.2) erkekti. Yapılan işlemlerin 1899'u (%65) üst, 1012'si (%34.8) alt GİS endoskopisiydi. Hastaların en sık başvuru sebebi medikal tedaviye dirençli epigastrik ağrı yada dispepsi (%53.3), disfaji, odinofaji, rektal kanama ve açıklanamayan GİS semtoplarıydı. Toplam malignite oranı %0.17'di (155 hasta), mide ve rektum adenokarsinomu en sık rastlanan histopatolojik tanılardı (% 53.3, % 33.8, sırayla).
TARTIŞMA: 1806 yılında Philip Bozzini tarafınca ilk kez tanımlanan endoskopi işlemi, o dönemden itibaren ilerlemeler kaydedip modern tıp hayatında önemli yer almaktadır. Medikal tedaviye dirençli epigastrik ağrı yada dispepsi, rahatlamayan karın ağrısı, disfaji, kilo kaybı en sık üst ve alt GİS endoskopi endikasyonlarıdır. İşlem genellikle genel cerrahlar yada gastroenterologlar tarafından yapılmaktadır.
**Sonuç:** Perifer devlet hastanelerinde genel cerrahlar tarafınca yapılan gastrointestinal endoskopik işlemler hastalığın erken tanı ve tedavisinde, ayrıca hasta memnuyeti açısından önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, gastrointestinal sistem, genel cerrah

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# POSTER BİLDİRİLER

## PB-004
## SİTUS İNVERSUS TOTALİSLİ OLGUDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ

Kenan BİNNETOĞLU[1], Erhan AYGEN[2], Cüneyt KIRKIL[2], Mehmet Volkan YİĞİT[2]
[1]Konya Hadim İlçe Devlet Hastanesi, Konya
[2]Fırat Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Elazığ

Situs İnversus Totalis (SİT) organların karşı tarafına yerleştiği bir anomalidir.1/5000-1/10000 sıklıkta görülür.Laparoskopik cerrahide ayna görünümüne uyum zorluğu nedeniyle zorluklar görülebilmektedir.
28 yaşında bayan hasta,SİT tanısı çocuklık çağında saptanmış.VKİ 46.9 kg/m2 olarak ölçüldü.Laparoskopik sleeve gastrektomi(LSG) ve laparoskopik kolesistektomi(LK) için yatırıldı.Preoperatif akciğer grafisinde dekstrokardi,batın ultrasonografisinde ise SİT bulguları ve safra kesesi taşı saptandı.Labaratuar testleri normaldi.Ters trendelenburg pozisyonda,omuzlar hizasında iki monitör kullanıldı. Cerrah ergonomik avantaj amacıyla bacak arasında yer aldı.Her iki cerrahi sırasında da yerini değiştirmedi.10mm'lik optik trokar göbeğin 2 cm yukarısından yerleştirildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu.30 derece laparoskop buradan kullanıldı.İki adet 12 mm'lik trokar sağ ve sol subkostal kavsin 6 cm altından yerleştirildi. Bir adet 5 mm'lik trokar sağ subkostal bölgeye yerleştirildi.Başka bir 5 mm'lik trokar subksifoid alana Nathanson karaciğer ekartörü için yerleştirildi.Gastrokolik ligaman mideye bitişik olarak,pilora 4 cm uzaklık kalacak şekilde açıldı.Büyük kurvatur His açısına kadar serbestleştirildi.39 F orogastrik tüp kalibrasyonda kullanıldı.Mide Echelon stapler ile orogastrik tüpe paralel ayrıldı.Metilen mavisi kullanılarak kaçak testi yapıldı.Stapler hattına fibrin yapıştırıcı uygulandı.Bu aşamaya kadar cerrahi süre 48 dakika ölçüldü. Nathanson ekartörü çıkarılarak 5mm'lik trokar yerleştirildi.Falsiform ligamandan pencere açılarak sol kadrandaki trokardan grasper ile geçildi ve fundus traksiyonu sağlandı.Boyun traksiyonu sağ el,Callot üçgen disseksiyonu sol el kullanılarak kolaylıkla gerçekleştirildi. Sistik kanal ve arter tespit edildi.Buralarda yapısal anomali görülmedi.Arter ve kanal kliplendikten sonra kesildi.Safra kesesi karaciğer yatağından ayrıldı.Pendilöz falsiform ligamanın görüş açısına girmesinden dolayı bu aşama daha zor gerçekleştirildi. LK 27 dakikada tamamlandı.Stapler hattı boyunca bir adet dren yerleştirildi.Toplam cerrahi süre 86 dakikaydı.Postoperatif 2.gün kaçak kontrolü yapıldı.Kaçak görülmedi.Postoperatif 5.günde taburcu edildi.3 aylık takip süresinde komplikasyon görülmedi ve kilo kaybı 27 kg olarak belirlendi.

**Anahtar Kelimeler:** Situs İnversus, Laparoskopik Sleeve Gastrektomi, Laparoskopik Kolesistektomi, Obezite

## PB-005
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ YAPILAN HASTALARIN ÇIKARILAN MİDE DOKUSUNDA GASTRİT VE HELİKOBAKTER PİLORİ GÖRÜLME SIKLIĞI

Kenan BİNNETOĞLU[1], Gökhan ARTAŞ[2], Mehmet Volkan YİĞİT[3], Cüneyt KIRKIL[3], Erhan AYGEN[3]
[1]Konya Hadim İlçe Devlet Hastanesi, Konya
[2]Fırat Üniversitesi,Tıbbi Patoloji AD, Elazığ
[3]Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Elazığ

Laparoskopik sleeve gastrektomi son yıllarda obezite cerrahisinde popülerlik kazanan hacim kısıtlayıcı ameliyatlardan olup, midenin büyük kurvatur yönünde kesilerek tüp haline getirilmesi yöntemidir.
Helikobakter pilori insanlar için önemli bir patojen olup, peptik ülser, gastrit, mide kanseri ve mide lenfomasını içeren çoğu hastalıktan sorumludur. Helikobakter pilori, peptik ülser hastalığında dominant risk faktörü olup, midenin korpus ve distal lokalizasyonlu kanserlerinde major risk faktörü olarak tanımlanmıştır.
Çalışmada laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastaların mide dokularında helikobakter pilori sıklığını araştırdık. Ağustos 2011 ile eylül 2014 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği' nde 123 kadın, 48 erkek hasta opere edildi. 2 açık sleeve, 1 resleeve, 168 laparoskopik sleeve gastrektomi yapıldı. Toplam 171 hastanın çıkarılan mide dokularında helikobacter pilori yoğunluğu (HPY) ve gastrit görülme sıklığı araştırıldı. HPY Hematoksilen-Eozin ile boyanmış preparatlarda kronik gastritler için uygulanan Sydney sistemi esas alınarak belirlendi. HPY, 0' dan 3' e kadar semikantitatif olarak skorlandı. HPY; yok (0), düşük yoğunlukta (1), orta yoğunlukta (2), şiddetli yoğunlukta (3) şeklinde sınıfllandırıldı. 6 hastada kronik yüzeyel gastrit, 116 hastada kronik gastrit, 15 hastada kronik aktif gastrit, 22 hastada submukozal ödem, 1 hastada kronik aktif gastrit ve intestinal metaplazi, 6 hastada kronik gastrit ve sumukozal ödem, 1 hastada kronik gastrit ve submukozal ödem, 1 hastada paryetal hücre hiperplazisi, 1 hastada kronik gastrit ve intestinal metaplazi, 2 hastada kronik gastrit ve hafif displazi tespit edildi. HPY ise; 57 hastada (0), 65 hastada (1), 41 hastada (2), 8 hastada ise (3) olarak skorlandı.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve Gastrektomi, Helikobakter Pilori, Gastrit

## PB-006
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI TERMAL HASARA BAĞLI GASTRİK FİSTÜL: OLGU SUNUMU

Metin KARADENİZ[1], Cemal KARA[2]
[1]Özel Medifema Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]Karşıyaka Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Laparoskopk sleeve gastrektomi sonrası kaçaklar sık değildir ancak tedavi süreci zor olan kopmlikasyonlardır. Bu çalışmada enerji cihazının neden olduğu termal hasara bağlı oluşan gastrik fistül vakasının sunulması amaçlandı.
**Olgu:** Boyu 163 cm, vücut ağırlığı 117 kg, vücut kitle indeksi 44 kg/m$^2$ olan 58 yaşında kadın hastaya Haziran 2014'te laparoskopik sleeve gastrektomi yapıldı. Postoperatif 1. gün ani başlayan karın ağrısı olan hastada dispne, takipne ve taşikardi de eşlik etmekteydi. Metilen mavisi ile kaçak testi yapıldı ve pozitif olarak saptandı. Bunun üzerine hasta acil operasyona alındı. Yapılan laparoskopik eksplorasyonda özefagogastrik bileşkenin inferiorunda, stapler hattının yaklaşık 1 cm uzağında, mide anteriorunda 0,5 cm çaplı metilen mavisi ile boyanmış fistül ağzı görüldü. Buraya 2/0 ipek ile primer sütür uygulandı. Üç gün sonrasında drenden mide içeriği gelmesi üzerine hastaya endoskopik stent yerleştirildi. Günlük 50-100 ml debide drenden mide mayi gelmeye devam etti. Hastaya total parenteral nutrisyon başlandı. Stent sonrası üçüncü hafta oral başlandı. Daha sonra drenden gelen olmaması ve oral alımı tolere etmesi üzerine 80. gün stent çıkarıldı ve 87. gün

hasta taburcu edildi. Altıncı ay kontrolünde 80 kg olan hasta fazla kilosunun %69,8'ini verdi.
**Sonuç:** Laparoskopik sleeve gastrektomi operasyonlarında gastrik fistül en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinin başında gelmektedir. Fistül çoğunlukla mide proksimalinde stapler hattından olmaktadır. Olgumuzda ise stapler hattı dışında mide ön yüzde olmuştur. Bu durumun his açısını ortaya çıkarmak için özefagogastrik bileşkede mide ön yüzde bulunan yağ yastıkçığını eksize ederken enerji cihazının termal hasarından kaynaklandığı düşünüldü. Termal hasardan kaçınmak için enerji cihazını mide duvarına temasından kaçınmak gerektiği kanısına varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** gastrik fistül, obezite, obezite cerrahisi, sleeve gastrektomi, termal hasar

## PB-009
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ ESNASINDA STAPLER HATTI TAKVİYESİNDE İKİ AYRI YÖNTEM: İN KARŞILAŞTIRILMASI

Orhan BAT, Wafi ATTAALLAH, Salih DEMİRCİOĞLU, Burak KARA, Ömer GÜNAL
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Laparoskopik sleeve gastrektominin(LSG) en önemli komplikasyonları gastrik kaçak,postoperatif kanama,gastroözofageal reflü ve yetersiz kilo kaybı olarak bilinmektedir.Erken komplikasyonların başında en sık postoperatif kanama görülmektedir.LSG esnasında stapler hattını destelemek için v-lock sütür ile devamlı sütür takviyesi kullanılabilmektedir.Bu randomize prospektif çalışmada v-lock sütür ile devamlı sütürizasyon ile stapler hattına hiçbir işlem uygulanmadan bırakılması uygulamalarının erken komplikasyonlarına etkisini karşilaştırmak amaçlanmıştır.
**Gereç ve Yöntem:** Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde Ocak 2014 ve Ocak 2015 yılları arasında LSG uygulanan 24-54 yaş aralığındaki 55 hasta çalışmamıza dahil edildi.Hastaların tamamının vücut kitle indeksi 40'ın üzerinde idi.Hastaların yaş cinsiyet ve VKİ değerleri kayıt edildi.Hastalar iki gruba randomize edilerek opere edildi.25 hastaya LSG sırasında stapler hattına herhangi bir takviye konulmadı(I.Grup).30 hastaya stapler hattına v-loc devanlı sütür ile destek uygulandı.(II.Grup)Hastanede kalış süresi postoperatif erken kanama,anastomoz kaçağı,yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlar yönündenhastalar takibe alındı.
**Bulgular:** 55 hastanın 35'i kadın 20 tanesi erkek;ortalama yaşı 38,6(24-54y) ve ortalama VKİ 47,1(42-63 kg/metrekare) idi.Gruplar arasında VKİ açısından anlamlı bir farklılık tespit edilemedi.Postoperatif takiplerde her iki gruptaki hastada stapler hattından gastrik kaçak tespit edilmedi.
**Sonuç:** LSG de stapler hattı takviyesini değerlendiren iki farklı tekniği karşılaştırdık.Takviyesiz gruba göre aynı sonuçlar alınan v-lock sütür ile desteklemenin sadece operasyon süresini uzattığı ve maliyeti arttırdığı görülmektedir.Dolayısıyla v-lock kullanılmasında daha dikkatli olunması gerektiği ve v-lock ile daha detaylı çalışmalara gerek duyulmaktadur.

**Anahtar Kelimeler:** Laparaoskopik sleeve gastrektomi,postoperatif kanama,gastrik kaçak

## PB-010
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Orhan BAT, Wafi ATTAALLAH, Şakir KARPUZ, Muhammer ERGENÇ, Çağlar ERTEKİN, Ömer GÜNAL
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

**Amaç:** Bariatrik cerrahi ameliyatları,ülkemizde her geçen gün artan oranda uygulanmaya başlanmıştır.Laparoskopik sleeve gastrektomi diğer bariatrik cerrahi tekniklerine göre son dönemde ülkemizde daha sık kullanılmaktadır.ABD'de bu teknik 1988'de biliyopankreatik diversiyon ameliyatının bir türü olarak geliştirilmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013 ile Ocak 2015 arasında kliniğimizde yapılan 72 sleeve gastrektomi olgusu araştırmamıza dahil edildi.Hastalar preoperatif multidisipliner yaklaşımla operasyona hazırlandı.Operasyonda pnömoperitoneum 15 mm Hg ile standart sağlanıp beş adet trokar kullanılarak yapıldı.Postoperatif 1. gün hastalara skopi eşliğinde yapılan mide doudenum grafisinde kaçak olmadığı ve pasaj geçişi gözlendikten sonra oral sıvı başlandı.
**Bulgular:** Aralık 2013 ten itibaren yapılan 72 laparoskopik sleeve gastrektomi olgularında;ortalama yaş 40,3(20-54) ortalama VKİ:49,1 Ortalama operasyon süresi:95,3 dakika Mortalite:saptanmadı,erken dönem komplikasyon:1 hastada umblikus trokar giriş yerinde hematom saptandı.
**Tartışma ve Sonuç: :**Son yıllarda ülkemizde LSG nin kabul görmesinin nedeni;hızlı yapılabilmesi,laparoskopik yapılması,hastaların daha az ağrı çekmesi,erken kilo kaybının olması ve eşlik eden ek hastalıkların düzelmesidir.LSG geri dönüşümsüz bir cerrahi yöntemidir.Postoperatif en sık görülen komplikasyonlar stapler hattından kaçak,kanama ve pulmoner embolidir.Gastrektomi yaparken stapler hatlarının üstüste gelmesini sağlamak,fibrin doku yapıştırıcısı kullanmak vakalarda kaçak olmamasında büyük katkıda bulunmuştur. Preoperatif hastalara 12 saat önce verilen düşük molekül ağırlıklı heparin,operasyon sırasında ve sonrasında kullanılan pnömotik kompresyon pulmoner emboli ve venöz tromboz gelişimini engellemektedir.Hastaların postoperatif erken dönemde doyma hissetmeleri ve erken kilo vermeleri için mide fundusunun tamamen çıkarılması gerekmektedir. Sleeve gastrektominin laparoskopik uygulanabilirliği obezite cerrahisinde birincil prosedür olarak kullanılmasını sağlamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sleeve gastrektomi,pulmoner emboli,postoperatif kanama

## PB-011
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ: 27 OLGULUK SERİ

Erdem KARADENİZ, Şükrü ARSLAN, Müfide Nuran AKÇAY, Bünyamin ÖZOĞUL
Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Erzurum

**Amaç:** Obezite vücutta aşırı miktarda yağ birikmesi şeklinde tanımlanan, kalp hastalığı, diyabet, metabolik sendrom, osteoartrit ve kansere kadar çeşitli hastalıklara sebep olarak

yaşam süresini ve konforunu olumsuz yönde etkileyen ciddi bir hastalıktır. Cerrahi tedavisinde gün geçtikçe daha sık kullanılan Sleeve Gastrektomi(LSG) ameliyatının kliniğimizdeki erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Ağustos 2013 ile Aralık 2014 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Genel Cerrahi kliniğinde Sleeve gastrektomi uygulanan 27 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri ve ameliyat sonrasına ait bulguları kaydedildi.
**Bulgular:** Sleeve Gastrektomi uygulanan hastaların 24'ü kadın(%88.9) 3'ü erkek(%11.1) idi. Hastaların yaş ortalaması 34.7 (17 – 62), ortalama vücut kitle indeksi ise 48.1 kg/m2 (40-58 kg/m2) idi. Hastaların tamamına preoperatif gastroskopi ve batın ultrasonografisi yapıldı. Tüm hastalar operasyon öncesi psikiatri ve endokrinoloji kliniklerince değerlendirildi. Ortalama operasyon süresi 93dk(70-120dk) idi. Hastalardan birinde operasyon sırasında stapler hattından kanama meydana geldi ve sütüre edildi, diğer hastalarda komplikasyon gözlenmedi. Postoperatif mortalite ve morbidite izlenmedi. Ortalama hastanede yatış süresi 5.1 gün(4-6) idi.
**Sonuç:** Laparaskopik sleeve gastrektomi ameliyatı deniyimli merkezlerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve Gastrektomi, obezite, laparoskopi

## PB-013
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ, 3 TROKAR TEKNİĞİ

Ayhan MESCİ, Muhittin YAPRAK
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya

**Giriş:** Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG)günümüzde morbid obezite cerrahisinde uygulanan en popüler yöntemdir. Bu prosedürü uygularken genellikle 5 yada 6 trokar kullanımı gerekmektedir. Bu çalışmada 3 trokar ile uyguladığımız LSG' lerde operasyon süresi, postop komplikasyon, hastanede kalış süresi araştırılmıştır.
HASTALAR ve OPERASYON TEKNİĞİ: Temmuz 2012 tarihinden itibaren uygulanan 182 LSG olguları (ortalama BMI: 44,3 kg/m2 ) çalışmaya dahil edilmiştir. Operasyonda sol supraumblikal 10 mm lik optik trokar ile insuflasyon gerçekleştirildi. Optik trokarın her iki tarafından 5 er cm lateraline yerleştirilen birer adet 12 mm lik çalışma portları ile operasyonlar gerçekleştirildi. Operasyonda 30 derecelik optik kullanıldı. Açılı optik ve sol elde kullanılan grasperin eş zamanlı karaciğer ekartmanında da kullanılması ile büyük kurvatur diseksiyonu ultrasonik disektör ile uygulandı. Gastrektomi sırasında tüm hat boyunca butress materyal kullanıldı.
**Bulgular:** 3 trokar ile başlanılan olguların 174/182 tanesi 3 trokar ile tamamlanabildi. Ortalama operasyon süresi 42 ± 12 dakika olarak belirlendi. Postoperatif 6/182 hastada remnant midenin çıkarıldığı sağ trokar yerinde görülen enfeksiyon dışında komplikasyonla karşılaşılmadı. Hospitalizasyon süresi 30 ± 6,2 saat idi.
**Yorum:** Bariatrik cerrahi uygulanan hastaların ve bu hastalara uygulanan en popüler teknik olan sleeve gastrektomilerin sayısı gün geçtikçe artmaktadır. LSG ameliyatlarının 3 trokar kullanılarak yapılmasının çoğu hastada minimal invaziv cerrahi prensiplerine uygun olarak güvenlik açısından herhangi bir sorun oluşturmadığını ve hastaların postoperatif konforu açısından da faydalı olacağını düşünmekteyiz. Ancak laparoskopi tecrübesi sınırlı olanlar cerrahlarca veya aşırı hepatomegalisi olan hastalarda karaciğer ekartörü için ek trokarın yerleştirilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve gastrektomi, obezite, trokar sayısı.

## PB-014
## BARİATRİK CERRAHİDE 2014 YILI SONUÇLARIMIZ

Mustafa ŞAHİN, Hüseyin YILMAZ, Fahrettin ACAR, İlhan ECE, Serdar YORMAZ
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Konya

**Amaç:** Tüm dünyada hızla yayılan obezitenin tedavisinde medikal yöntemler ve diyet programları çoğu zaman etkisiz kalmakta, bazen de olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Bu nedenle her geçen gün cerrahi tedavi seçenekleri artmaktadır. Bu çalışmada morbid obezite tanısı ile bariatrik cerrahi uygulanan olguların verilerini paylaşmayı amaçladık.
Hastalar:Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel cerrahi kliniğinde Ocak 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında toplam 128 hastaya bariatrik cerrahi uygulandı. Tüm olgular preoperatif endokrinoloji ve psikiyatri klinikleri tarafından bariatrik cerrahiye uygunluk yönünden değerlendirildi. Hastalar yapılan ameliyatın şekli ve erken dönem komplikasyonlar yönünden değerlendirildi.
**Bulgular:** Toplam 128 hastanın 11'ine (%8.5) sleeve gastrektomi (SG), 73'üne (%57.5) olguya laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), 24'üne (%18.7) laparoskopik Roux n-Y gastrik by-pass (LRYGB) 20'sine (%15.6) ise laparoskopik mini gastrik bypass (LMGB) ameliyatı yapıldı.SG, LSG, LRYGB ve LMGB gruplarında yaş ortalaması sırasıyla 34.5(26-60), 31.2(18-65), 38.0(24-62), 30.4(18-61), vücut kitle indeksi 44.6(40-63), 43.4(40-73), 55.6(45-71) ve 56.4(44-75) kg/m2 idi. Tüm olgularda postoperatif 6.saatte düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı, 5.günde pasaj grafisi çekilerek 5.3 (4-7) günde oral gıda başlandı. Olgular ortalama 8.6 (6-17) günde taburcu edildi. Olguların 46(%35.9)'sında diyabet 48(%37.5)'inde hipertansiyon, 24(%18.7)'inde osteoartrit, 5(%3.9)'inde uyku apnesi mevcuttu. SG yapılan 1 (%0.7) olguda, LRYGB yapılan 1 (%0.7) olguda drenaj ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine ihtiyaç duyulan cerrahi alan enfeksiyonu gelişti. LMGB grubunda 1 olguda intestinal kaçak gelişti ve cerrahi olarak onarıldı. Hiçbir grupta mortalite gelişmedi. 5.1 (1-9) aylık takipte ciddi bir komplikasyon (DVT, Pulmoner emboli, vs ) ile karşılaşılmadı.
**Sonuç:** Kliniğimizde obezitenin cerrahi tedavisine yönelik bir çok ameliyat açık ve laparoskopik olarak literatürle uyumlu komplikasyon oranları ile gerçekleştirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** morbid obezite, laparoskopi, sleeve gastrektomi, gastrik bypass,

## PB-015
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Mustafa ŞAHİN, Hüseyin YILMAZ, İlhan ECE, Serdar YORMAZ, Fahrettin ACAR, Hüsnü ALPTEKİN
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Konya

**Amaç:** Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) midenin yaklaşık %80'inin çıkarıldığı kısıtlayıcı bir bariyatrik işlemdir. Diğer bariatrik işlemlere göre komplikasyon oranı düşük, uygulaması ve öğrenmesi kolay bir yöntem olduğu için

ülkemizde en sık gerçekleştirilen bariatrik ameliyat olmuştur. Bu çalışmada, morbid obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastaların erken dönem sonuçlarını değerlendirmek amaçlandı.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013-Ocak 2015 tarihleri arasında kliniğimizde morbid obezite nedeniyle LSG uygulanan hastaların demografik özellikleri, ameliyat verileri ve erken dönem sonuçları değerlendirildi.
**Bulgular:** Toplam 244 hastanın 147'si (%61) kadın, 97'si (%39) erkekti; yaş ortalaması 35,8 (18-65) idi. Ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) > 46,4 kg/m$^2$ (38.8-58.9) idi. Ameliyat öncesi hastaların tümüne endokrinoloji, psikiyatri ve gastroenteroloji konsültasyonu sonrası endoskopi ve hepatobilier US yapıldı. Hastaların 57'sinde (%23.3) diyabet, 61'inde (%25) hipertansiyon, 20'sinde (%8,1) hiperlipidemi, 15'inde (%6.1) koroner arter hastalığı, 23'ünde (%9,4) gastroözofageal reflü ve 5'inde (%2.0) astım mevcuttu. Tüm hastalara düşük molekül ağırlıklı heparin, varis çorapı ve pnömotik kompresyon ile derin ven trombozu proflaksisi yapıldı. Operasyon genel anestezi altında ve Fransız pozisyonunda 5 adet trokar yardımıyla 12 mmHg basınçta uygulandı. Ortalama operasyon süresi 44 dakika (28-90) idi. Tüm hastalara postoperatif 5. gün kontrast madde ile skopi altında pasaj grafisi çekildi.Pasaj grafisi normal olan hastalara sıvı gıda başlandı. Postoperatif dönemde 5 hastada stapler hattından kaçak 2 hastada pulmoner emboli gelişti.
**Sonuç:** LSG fizyolojik bir yöntem olması ve düşük komplikasyon oranı nedeniyle kilo kaybı ve yandaş hastalıkların kontrolünde güvenli ve etkili bir uygulamadır.

**Anahtar Kelimeler:** sleeve gastrektomi, morbid obezite

## PB-017
## BARİATRİK CERRAHİDE SİNGLE VE MULTİPL PORT UYGULAMALI LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Serdar YORMAZ[1], İlhan ECE[1], Hüseyin YILMAZ[1], Hüsnü ALPTEKİN[1], Mehmet Ertuğrul KAFALI[1], Farise YILMAZ[2], Mustafa ŞAHİN[1]
[1]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakultesi Genel Cerrahi Kliniği,Konya,Turkıye
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakultesi Nukleer Tıp Kliniği,Konya,Turkıye

**Amaç:** Obesite günümüzde global olarak insanları ve dolaylı olarak da devletleri etkileyen bir sorundur. Laparoskopik sleeve gastrektomi günümüzde bariatrik cerrahide en sık uygulanan ve ilgi çeken konulardan biridir.Kliniğimizde tek ve multi porttan sleeve gastrektomi yapılan hasta grubumuzun sonuçları tartışılmıştır.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2014 - Aralık 2014 tarihleri arasında kliniğimizde konusunda uzmanlaşmış cerrahi ekibimiz tarafından ardışık olarak multiport veya single port olarak uygulanan sleeve gastrektomi hastalarının demografik özellikleri,hastanede kalış süresi,morbidite,mortalite ve komplikasyon oranları retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** Hastaların 102 sı (%70.3) kadın, 43 i (%29.7) erkek idi. Ortalama yaş değeri 40,5 (17-65) idi. Hastaların vücut kitle indeksi değeri ortalama olarak 44.2 (40.5-65.4) idi. Hastalarımızdan 22 hastaya single port (Grup1,G1 ),diğer 123 hastayada multiport (Grup 2,G2)olarak laparoskopik sleeve gastrektomi uygulandı. Ameliyat sonrasında hastanede kalış süresi ortalama olarak 5 (3-14) gündü ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hastalarda gözlenen kaçak oranı ise % 0.6 idi. Toplam multiportlu hasta grubundan 1 hastada postoperatif 6.günde skopi altında yapılan işlemde kaçak tespit edildi. Hastaya endoskopik yaklaşımla kaçak alanına girişimde bulunuldu. Operasyon sonrası hastalara 12 aylık takipleri yapıldı.
**Sonuç:** Bariatrik cerrahide uygulanan Laparoskopik sleeve gastrektomilerde port sayısının azaltılması hastalardaki yakın dönemdeki morbiditede artış sağlar iken uzun dönemdeki morbidite ve mortalitede artış saglamamaktadır. hastaların kullanılması kanama ve kaçak riskini azaltan güvenli bir yöntemdir. Tek port laparoskopik sleeve gastrektomi güvenilir ve uygulanabilir bir operasyon iken uzun dönemdeki insizyonel hernı gelışme potansıyelı açısından tek port operasyonları rısk teşkil etmekteyse de gelecekte tek portlu işlemlere doğru önüalınamaz bir gidişin olduğu evrensel bir gerçektir.

**Anahtar Kelimeler:** bariatrik,sleeve,port

## PB-018
## ROUX-EN-Y GASTRİK BYPASS SONRASI JEJUNOJEJUNAL ANASTOMOZUN İNTRALÜMİNAL HEMATOMA BAĞLI TIKANMASI

Cüneyt KAYAALP, Koray KUTLUTÜRK, Fatih SÜMER
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Giriş:** Laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass (LRYGB) sonrası stapler hattından intralüminal kanama ve hematom nedeniyle jejunojenunal anastamozun tıkanması nadir ama mortal seyredebilecek bir komplikasyondur.
**Olgu:** Daha önceden histerektomi ameliyatı öyküsü olan 46 yaşında, BMI 42 kg/m2 ve kolelitiazisi olan bayan hastaya sorunsuz bir antekolik antegastrik LRYGB (50-cm/150-cm) ameliyatı lineer staplerler ile yapıldı ve kolesistektomi eklendi. Postoperatif ikinci günde bulantısı olan hastaya nazogastrik sonda takıldı. Takiplerinde hemoglobin düzeyi tedricen 12,9 g/dl den 6 g/dl'ye düştü. Ne dreninden ne de gastrointestinal sistemden bir kanama saptanmadı. Abdominal distansiyon ve taşikardi gelişen hasta karın içi kanama, anastomoz kaçağı ve ileus ön tanıları ile acil olarak ameliyata alındı. Laparatomide remant midenin ve pankreatikobilier jejenum ansının aşırı derecede dilate olduğu, jejunojejunostomi anastamozunda tıkanıklık olduğu ve dilate midenin posterior basısına bağlı gastrojejunostomide kaçak saptandı. Gastrotomi yapıldığında tüm remnant midenin ve jejunojejunostomi anastamozuna kadar olan barsağın pıhtı ile dolu olduğu görüldü. Pıhtılar aspire edilerek mide ve dilate barsak dekomprese edildi. Gastrotomi kapatılıp, tüp gastrostomi yapıldı. Gastrojejunostomi anastamozu onarıldı ve abdomene dren yerleştirildi. Postoperatif dönemde karın içi kanama (relaparotomi ve packing gerekti) ve akut böbrek yetmezliği (dializ gerekti) gelişen hasta ancak 34. günde sorunsuz taburcu edildi. Gastrostomi tüpü ikinci ayda çekildi. Geç postoperatif dönemde anemi dışında sorunu olmayan hastanın 20 ay sonraki takiplerinde BMI 27kg/m2 olup renal fonksiyonları normaldir.
**Sonuç:** RYGB sonrası erken postoperatif dönemde hemoglobindeki anlam verilemeyen düşmeler çok iyi değerlendirilmelidir. İntraluminal kanamaya bağlı pıhtıların ileusa neden olabileceği akla gelmelidir. Gastrik remnantın ve duodenumun ileri derecede dilate olduğu bu vakalarda dekompresyon amaçlı tüp gastrostomi yapılması akılcı bir yaklaşım olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** roux-en-Y gastrik bypass, postoperatif komplikasyon, gastrointestinal kanama, intestinal obstrüksiyon

## PB-019
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI GÖRÜLEN NADİR BİR KOMPLİKASYON: PORTAL VEN TROMBOZU

Muhittin YAPRAK[1], Kutbettin ALTUN[2], Okan ERDOĞAN[1]
[1]Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya
[2]Özel Olimpos Hastanesi, Antalya

**Giriş:** Günümüzde laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) morbid obezite tedavisinin en popüler cerrahi yöntemlerinden biridir. Stapler hattı kaçağı, LSG sonrası en çok korkulan komplikasyon olmakla birlikte bildirilen başka komplikasyonlarda görülebilmektedir. Biz de, literatürde nadir görülen komplikasyonlardan biri olan LSG sonrası gelişen portal ven trombozu vakasını paylaşmayı planladık.
**Olgu:** Morbid obezite (BMI:49.6) nedeniyle başvuran 56 yaşında erkek hastaya LSG planlanarak yatırıldı. Hikayesinden, üç yıl önce başka bir merkezde yine morbid obezite nedeniyle laparoskopik gastrik banding ameliyatı yapıldığı, ancak kilo alımının bu tedaviden sonra devam ettiği öğrenilen hasta ameliyata alındı. Ameliyatta laparoskopik olarak önceki ameliyatta takılmış olan bant çıkarılıp, sleeve gastrektomi uygulandı. Sorunsuz geçen ameliyat 15 mmHg intraabdominal basınçta yaklaşık 90 dk sürmüştür. Ameliyattan sonra bir gün yoğun bakımda takip edilip servise alınan ve takiplerinde sorun olmayan hasta ameliyat sonrası 4. gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası 13. günde şiddetli karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastanın yapılan bilgisayarlı batın tomografisi incelemesinde portal vende trombüs saptandı. Hasta tekrar hastaneye yatırıldı ve düşük molekül ağırlıklı heparin (enoksaparin) tedavisi başlandı. Karın ağrısının şiddeti azalan hastaya, takibinin dördüncü günü yapılan doppler inceleme 'parsiyel portal ven rekanalizasyonu' şeklinde rapor edildi. Bunu üstüne enteral beslenmeye başlanan hasta antikoagülan tedavisine devam etmesi önerisiyle taburcu edildi.
**Sonuç:** LSG gün geçtikçe sıklığı artan oranda uygulanan bir cerrahi girişimdir. Bu artışla birlikte görülen komplikasyon sayısında ve çeşitliliğinde de artış olmaktadır. LSG uygulanan hastalarda ameliyat sonrası görülebilen PVT ciddi ve hayatı tehdit edebilecek bir komplikasyondur. Zamanında tanı koyulup uygun tedavi yapılabilmesi için akılda bulundurulması gereken bir komplikasyon olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sleeve gastrektomi, komplikasyon, portal venöz trombüs

## PB-020
### PERITONITLER ZAMANI PERITONEAL MÖHTEVIYYATDA BAŞ VEREN BIOFIZIKI PROSESLER.

Muşvig Celal oglu HASANOV, Asiman Balakişi oglu HASANOV, Sevinc Galib kızı GARAYEVA
Azerbaycan Tıb Unıveritesi Genel Cerrahiye Ana bilim dalı.Bakü

Karın boşluğunun acil cerrahi müdahale gerektiren hastalıklarından en tehlikelisi yayılmış irinli peritonitlerdir. Cünki bu zaman periton boşluğuna toplanan muhteva yanlışlığının bünyesinde gerçekleşen biyokimyasal ve biofiziki işlemler sonucunda yüksek toksik etkiye sahip maddeler oluşur ve bunların vücuda emilmesi nedeniyle endotoksikoz oluşur.

**Amac**: Laparotomik ve Laparoskopik ameliyatlar sırasında karın boşluğundan alınan peritoneal muhteva yanlışlığının bünyesinde yaşanan biofiziki prossesleri araştırmak olmuştur.
**Malzeme ve yöntemler**: Araştırma endotosikozla eşlik edilen 40 kişi hastada peritonit nedeniyle yapılan laparotomik ve laparoskopik cerrahi işlem sırasında karın boşluğundan alınmış sıvıda aparılmışdır.Hastaların büyük çoğunluğu 35-70 yaş arasında olmuşdur.Peritonitin oluşma nedeni
1.Mide ülserinin perforasiyası 8 (% 20)
2.Safra kasasının perforasiyasi 9 (22,5%)
3.Apendiksin perforasiyasi 5 (12,5%)
4. İnce bagırsak kecmemezliyi 8 (% 20)
5.Yumurtalıkların katlanmış kistasının patlaması 4 (10%)
6.12 parmak bağırsağın tikişlerinin tutarsızlığı 3 (% 7.5)
7.Rahim ekstripasiyasından sonraki dikiş tutarsızlığı 3 (% 7.5)
Toplam .40 hasta- 17 si kadın, 23'ü erkek olmuşdur.Sıvının toksikliyi TLPafomov yöntemi ile, en yüksek toksik etkiye sahip maddelerden Triasilgliseridler, doymuş ve doymamış yağ asitleri (LMOsagraya 1982) yöntemi ve lipidler peroksidleşmesi ürünlerini ise Uchiyama, Michara, Stalnayanin önerdiği yöntemlerle tayin edilmisdir.Arasdırma sonucunda anlaşılmıştır ki, sıvıda malon dialdehidinin katılığı 130-150,5 mmol / l, hidrojen peroksidinin katılığı 0,142-0,236mmol / l, dk katılığı 2,61-3,0 mmol / l tespit edilmiştir .
**Netice.**Peritonitler sırasında karın boşluğundaki sıvıda çok fazlı biofiziki ve biyokimyasal prossesler oluşur.Ilkin aşamada lipidler serbest peroksidleşmesi ürünleri yükseliyor, sonradan ayrilan triasilgliseridler ve doymuş doymamış yağ asitleri amino asitler hidrolize uğradır.Bu göstergeler endotoksikozu ve abdominal sepsisin ilk proqnostik göstergesi gibi deyerlendirile biliyor.

**Acar sözler**. Peritonit. Peritoneal möhteviyyat.

## PB-021
## LAPARASKOPİK APPENDEKTOMİ GÜVENLİ Mİ? YARA YERİ ENFEKSİYONU VEYA BATIN İÇİ APSE ÜZERİNE ETKİSİ

Turan ACAR, Emir ÇAPKINOĞLU, Nihan ACAR, Erdinç KAMER, Fevzi CENGİZ, Yasin PEKER, Halis BAĞ
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Giriş:** Artık günümüzde laparoskopi sadece elektif vakalarda değil, akut apendisit gibi acil vakalarda da sık kullanılmaktadır. Özellikle komplike apendisitler de büyük avantaj sağladığı düşünülse de, yüksek operasyon riski olan hastalarda kullanımı halen tartışmalıdır. Bizde bu yazımızda laparoskopik appendektominin yara yeri enfeksiyonu veya batın içi apse oluşumu üzerine etkisi olup olmadığı üzerine kendi deneyimimizi sunmayı amaçladık.
**Yöntem:** Kliniğimizde son 2 yılda laparoskopik ve açık appendektomi yaptığımız hastaların, postoperatif dönemdeki komplikasyonlarını karşılaştırdık.
**Hastalar:** Laparoskopik yaptığımız 11 kadın, 32 erkek toplam 43 ve açık yaptığımız 24 kadın, 45 erkek toplam 69 hasta çalışmaya alındı. Laparokopik yapılan hastaların yaş ortalaması 34,7, açık yapılanların 36,3. Laparoskopik yapılan 2 hastada cilt altı enfeksiyon ve 1 hastada cilt altı hematom oluştu. Açık yapılan hastalardan 10 unda cilt altı enfeksiyon oluştu, 1 hastaya batın içi apse nedeniyle perkütan drenaj yapıldı.
**Sonuç:** Appendektomi yapılan hastalarda en sık karşılaşılan postoperatif komplikasyonlar yara yeri enfeksiyonu ve batın içi apse oluşumudur. Laparoskopik appendektominin, özellikle de tek port yapılanların, cerrahi estetik açıdan çok olumlu sonuçları olmaktadır. Fakat bunun yanında yara yeri enfeksiyonu veya

batın içi apse oluşumu üzerine açık appendektomiye oranla üstünlüğü gösterilememiştir. Bu komplikasyonlar üzerinde hastanın ASA skorlaması ve komorbiditesi daha etkilidir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Appendektomi, Yara Yeri Enfeksiyonu, Batın İçiApse

## PB-022
## RAHİM İÇİ ARACIN UTERİN PERFORASYONLA PERİTONEAL KAVİTEYE GÖÇÜ VE LAPAROSKOPİK ÇIKARILMASI

Ekrem ÇAKAR, Savaş BAYRAK, Erdem KINACI, Mert Mahsuni SEVİNÇ, Şükrü ÇOLAK, Ayhan GÜNEYİ, Hasan BEKTAŞ
İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Rahim İçi Araç(RIA) yaygın kullanılan kontrasepsiyon yöntemlerinden biridir. RIA'nın uterin perforasyonla peritoneal kaviteye göçü nadir görülen komplikasyondur. Bu çalışmada laparoskopi ile peritoneal kaviteye göç eden RIA'nın çıkarılması sunulmuştur.
**Olgu:** 37 yaş kadın hasta; yaklaşık 4 aydır devam eden karın ağrısı tarifliyor. Dış merkezde yapılan Usg ve direkt grafide RIA karın sağ alt kadranda gözlenmiş ve hastaya RIA'nın uterustan karın içine çıktığı söylenerek tarafımıza refere ediliyor. Hasta değerlendirildi ve operasyona hazırlandı. Yapılan laparoskopik explorasyonda pelvik bölge ve sağ alt kadranda RIA gözlenemedi. Bunun üzerine explorasyon genişletildi fakat yine izlenemedi. Bu arada iki farklı zamanda çekilen direkt grafilerde RIA'nın birinde sağ alt kadran diğerinde sol alt kadranda izlendiği farkedildi. Bunun üzerine omentum dikkatlice tarandı. Omentumun bir kenarında küçük bir alanda enflamasyon ve kabarıklık dikkati çekti. Bu alan grasper ile trokar yerinden dışarı alındı, RIA'nın omentum ile sarılmış olduğu tespit edildi ve bu alana exizyon uygulanarak işlem sonlandırıldı. Hasta postoperatif 1. gün taburcu edildi.
**Sonuç:** Kronik karın ağrısı tarifleyen RIA'lı hastalarda nadir görülen bir komplikasyon olan peritoneal kaviteye göçün olabileceği akıllda tutulmalıdır. Laparoskopi bu tür olgularda ideal ve güvenli cerrahi prosedürdür.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, Rahim İçi Araç, Uterin Perforasyon

## PB-023
## REKÜRREN İDİYOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURADA INTRAOPERATİF GAMMA PROBE YARDIMI İLE LAPAROSKOPİK AKSESUAR SPLENEKTOMİ: OLGU SUNUMU

Enver ÖZKURT[1], Mustafa TÜKENMEZ[1], Nihat AKSAKAL[1], İnanç Şamil SARICI[2], Ahmet DİNÇÇAĞ[1]
[1]İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul
[2]Kadirli Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Birimi, Osmaniye

**Amaç:** Splenektomi sonrası rekürren ITP (r-ITP) genellikle rezidüel dalak dokusunun varlığıyla ilişkilidir. En yaygın olanı aksesuar dalaktır (AD). Biz bu olgumuzda nükleer sintigrafik yöntemle peroperatif aksesuar dalağı tespit edip laparoskopik aksesuar splenektomi yaptığımız r-ITP olgumuzu sunmak istedik.
**Olgu:** ITP nedeniyle başka bir merkezde 2009 yılında lateral yaklaşımla laparoskopik splenektomi ameliyatı yapılmış 23 yaşında kadın hasta, r-ITP tanısı ile hematoloji biriminden sevk edildi. İlk ameliyattan 5 yıl sonra r-ITP gelişmiş ve steroid tedavisinin başlanmasına rağmen trombosit sayısı yükselmemiş. Görüntüleme yöntemleri batın sol üst kadranda AD, gama kamera görüntülemesi de bu bölgede splenektomi lojunda izotop tutulum odağının varlığını gösterdi. Aksesuar dalak dokusunun varlığını ve lokalizasyonunu intraoperatif saptamak üzere laparoskopik port yerlerinden girilen gama prob kullanıldı. Splenektomi lojunda yüksek bir radyoaktif sayım (19800) ile aksesuar dalak saptandı. Yuvarlak şekilli 30x28x29 mm boyutlarındaki aksesuar dalak laparoskopik olarak eksize edildi.
**Sonuç:** ITP hastaları splenektomiye cevap verse de % 25'i nüks edebiliyor. AD nükleer tarama yöntemleriyle saptanabilir. Aksesuar dalağın en sık yerleşim yeri batın sol üst kadrandır. Rezidüel dalak dokusunun çıkarılması sırasında fonksiyonel AD'ın boyutunun küçük olması, birden fazla lezyon olma ihtimali ve mide, pankreas, diyafram ve kolon gibi organlarla arasındaki yapışıklıklar operatöre teknik zorluk yaratabilir. Peroperatif gama prob kullanımı yaklaşık olarak AD dokusunun lokalizasyonunu tespit etse de kesin yeri hakkında yeterli değildir. Yine de olası alanın saptanması, intraoperatif olarak diseksiyonun alan spesfik tamamlanıp inspeksiyonla doku tespit edildikten sonra alanın incelenmesine olanak sağlaması açısından iyi bir tercih olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İmmün trombositopenik purpura, aksesuar dalak, gamma probe

## PB-024
## PRİMER MEZENTERİK KİST HİDATİĞİNDE LAPARASKOPİK YAKLAŞIM

Yusuf YAĞMUR, Serdar GÜMÜŞ, Mehmet BABÜR, Mehmet Ali CAN
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Hidatik kist hastalığı çoğunlukla Echinococcus granulosus'dan kaynaklanır.
Tarım ve yetiştirme hayvancılığının yaygın olduğu topluluklarda sıktır. Hidatik hastalık Türkiye dahil birçok ülkede ciddi bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.Hidatik kist vücudun herhangi bir organında gelişebilmektedir. Ancak karaciğerde (50% -80%) ve akciğer de (% 15 -47%) en sık ortaya çıkar. Intraperitoneal kist hidatik genellikle karaciğer hidatik kist rüptürüne bağlı gelişir.Primer mezenterik kist hidatik nadirdir ve tesadüfen tanı konulur. PubMed de yapılan aramada, bugüne kadar 7 olgu bildirilmiştir. Bu yazıda primer mezenterik kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.
19 yaşındaki bayan hasta karın ağrısı ve mide bulantısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde, sağ üst kadranda derin palpasyonla hassasiyet vardı. Rutin biyokimya ve diğer laboratuvar değerleri normal bulundu. Abdominal ultrasonografide; karaciğer sağ lob ve sağ böbrek arasında yer alan 82x53 mm boyutlarında bir kist tespit edildi. İntravenöz kontrastlı tomografi de sağ böbrekle ile sınırları olduğu düşünülen 8x5 cm mezenterik kist saptandı (Şekil 1). Yapılan laparoskopik eksplorasyonda, kolonun hepatik flexurası inferiorunda mezenterde kistik kitle fark edildi. Kist çevresi betadin emdirilmiş gazlı bezler ile sarıldı. Kist içi verress

iğnesi ile aspire edildi. Kist içine antiscolisidal olarak betadin doldurulup 10 dakida bekledildikten sonra kistotomi yapılıp kist içi aspire edildi. Tüm germinatif membranlar endobag içine konup çıkarıldı (Şekil 2-3). Daha sonra perikistektomi yapıldı. Hasta herhangi bir komplikasyon görülmeden albendazol 10 mg / kg ile taburcu edildi. Patoloji raporu mezenterik kist hidatik olarak belirlendi.
Mezenterik kist hidatik nadir görülmekte olup, mezenter yerleşimli kistlerin ayırıcı tanısında düşünülmelidir ve tedavide laparoskopik yaklaşım etkili bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Mezenter, Kist Hidatik, Laparaskopik tedavi

## PB-026
## LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİDE PİYESİN DIŞARI ÇIKARILMASINDA MALİYET DÜŞÜRME AMACIYLA TİCARİ ENDOBAG' LERİN YERİNE, SERUM TORBASI KULLANILMASI

Server Sezgin ULUDAĞ[1], Mehmet VELİDEDEOĞLU[1], Fahrettin KILIÇ[2], Sina FERAHMAN[1], Akif Enes ARIKAN[1], Mustafa TAŞKIN[1], Emre BABACAN[3], Kıvılcım ULUSAN[1], Eren TAŞKIN[1], Abdullah Kağan ZENGİN[1]
[1]Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İstanbul
[2]Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Radyoloji AD, İstanbul
[3]Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon AD, İstanbul

Yetişkin hastalarda medikal tedaviye dirençli idiopatik trombositopenik purpura tedavisinde laparoskopik splenektomi altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Ameliyatın sonunda dalağı karın dışarı alma amacıyla piyasada bir çok çeşitli ticari ürün mevcut olsa da dalağın dışarı alınması halen teknik olarak sorun olmaya devam etmektedir. Splenomegalisi olan hastalarda da laparoskopi güvenli ve kullanılabilir bir yöntemdir. Ancak endobag kullanımına rağmen, minimal invazif cerrahinin ruhuna aykırı olsa da büyük hacimli dalakların batın dışına alınması için sıkça daha büyük insizyonlar kullanılmaktadır. İdeal bir endobag delinmesi güç olmalı, büyük dalaklar(veya hacmen büyük organlar) için de uygun olmalı, ameliyat süresinin uzamasına yol açacak şekilde cerrahın manevra kabiliyetini etkilememeli,ergonomik ve en önemlisi de çok pahalı olmamalıdır. Ancak günümüzde bu gereksinimleri karşılayacak ideal bir endobag maalesef bulunmamaktadır. Bu çalışma port sayısı azaltılarak laparoskopik splenektomi yapılmış olan ve dalağın batın dışına almak için serum torbasının kullanıldığı hastalarda serum torbasının kullanımının fizibilite ve güvenilirliğini araştırmaktadır. Laparaskopik splenektomide dalağın batın dışına alınması için kullanılan ticari endobag'ler büyük boyutlu dalaklarda halen sorun oluşturmaktadır. Bu ürünlerin yerine 1 L'lik izotonik poşeti dalağın çıkarılması açısından kullanımı kolay ve güvenilirdir, dalağın çıkarıldığı port girişinin kesilerek genişletilmesine gerek kalmamakta olup, maliyet açısından da avantajlı gözükmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** 1 L'lik izotonik poşeti,splenektomi,endobag,laparoskopi

## PB-027
## LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Abdullah KISAOĞLU, Esra DİŞÇİ, Bünyami ÖZOĞUL, Mehmet İlhan YILDIRGAN, Sabri Selçuk ATAMANALP, Şükrü ARSLAN
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Elektif splenektomi otoimmün hastalıklar, herediter hemolitik anemiler, hematolojik maligniteler ve benign ya da malign lezyonlar sebebiyle yapılır. Cerrahide tecrübelerin artması, laparoskopik aletlerin ve cihazların gelişmesi ile elektif splenektomi operasyonlarında laparoskopik cerrahi yöntem yaygın ve güvenli olarak kullanılmaya başlanmıştır. Çalışmamızda kliniğimizde son iki yıl içerisinde elektif laparoskopik splenektomi yapılan hastalara ait sonuçlar değerlendirilmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013-Aralık 2014 yılları arasında kliniğimizde elektif laparoskopik splenektomi yapılan hastalara ait veriler retrospektif olarak incelendi. Operasyonlar farklı cerrahlar tarafından yapıldı ve splenik arter ve ven klip kullanılarak kapatıldı.
**Bulgular:** Toplam 12 hastaya laparoskopik splenektomi uygulandı. Hastaların 7'si (%58.3) kadın, 5'i (%41.7) erkek ve yaş ortalaması 33.5 yıl (19-55) idi. 11 hastada laparoskopik splenektomi nedeni İdyopatik Trombositopenik Purpura ve bir hastada ise dalakta kitle idi. Operasyonlar tüm hastalarda 4 trokar ile gerçekleştirildi. Dalak dokusu 9 hastada iki trokar giriş yeri birleştirilerek, 2 hastada suprapubik transvers insizyon ile ve 1 hastada ise eski göbek altı median insizyon skarı üzerinden yapılan mini insizyon ile batın dışına alındı. Operasyon süresi 100 (70-120) dakika idi. Hiçbir hastada açığa dönülmedi. İki hastada peroperatif aksesuar dalak saptandı ve laparoskopik olarak çıkarıldı. Hiçbir hastada operasyon sırasında komplikasyon yaşanmadı. Postoperatif erken dönemde morbidite ve mortalite görülmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik splenektomi kolaylıkla uygulanabilir bir yöntemdir. Açık splenektomiye göre operasyon süresi uzun olsa da daha az ağrı, daha erken işe dönüş ve daha iyi kozmetik sonuçlar gibi önemli üstünlükleri vardır. Özellikle hematolojik hastalıklar için operasyon planlanıyorsa operasyon sırasında aksesuar dalak dikkatle araştırılmalıdır. Elektif splenektomi planlanan hastalarda laparoskopik splenektomi ilk seçenek olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Elektif cerrahi, Dalak, Laparoskopik splenektomi

## PB-028
## TRANSPERİTONEAL LAPAROSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Gürkan ÖZTÜRK[1], Şükrü ARSLAN[1], Ayhan MESCİ[2], Erdem KARADENİZ[1], Ercan KORKUT[1], Bülent AYDINLI[1]
[1]Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Erzurum
[2]Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Erzurum

**Amaç:** Kliniğimizde yapılan laparoskopik transperitonial donör nefrektomi (LDN) deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Atatürk Üniversitesi Genel Cerrahi Organ Nakli Merkezinde Ocak 2013-Aralık 2014 yılları arasında yapılan 20 transperitonial donör nefrektomi olgusu retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait yaş, cinsiyet, operasyon süresi, sıcak iskemi süresi, kanama miktarı, karşılaşılan komplikasyonlar,

hastanede kalış süresi gibi veriler kaydedildi.
**Bulgular:** Hastaların 12' si kadın, 8'i erkek idi. Yaş ortalaması 45,8 (22-64) idi. 4 hastaya sağ, 16 hastaya sol LDN uygulandı. 2 hastaya tekport LDN uygulandı. Hastaların 14'ünde standart 3 trokar kullanılırken 4 hastada ilave 4.trokar kullanılması gerekmiştir. Nefrektomi materyali 4cm'lik phannel stiel insizyonundan batın dışına alındı. 1 hastada renal erterde erken dallanma ile beraber çift renal arter ve çift ven varlığı nedeniyle yeterli uzunlukta damar elde edilemeyeceğinden ve 1 hastada da adezyon nedeniyle toplam 2 hastada açık prosedüre dönüldü. Ortalama ameliyat süresi 130±27 dakika, ortalama sıcak iskemi süresi 133±27 saniye, ortalama hastanede kalış süresi 2.8±0.6 gündü. Hastalarımızın hiçbirinde postoperatif komplikasyon gelişmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik donör nefrektomi deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilen, açık prosedüre göre ameliyat sonrası daha az ağrıya sebep olan, hastanede yatış süresi daha kısa olan ve daha iyi estetik sonuç gibi avantajları olan minimal invaziv cerrahi yöntemdir. Bu ameliyat kliniğimizde 3 trokardan ve tam kapalı yöntemle gerçekleştirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, donör nefrektomi, böbrek transplantasyonu

## PB-029
## 65 YAŞ VE ÜSTÜ OLGULARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN GÜVENİLİRLİĞİ

Orhan ÜREYEN, Enver İLHAN, Emrah DADALI, Uğur GÖKÇELLİ, Mehmet Akif ÜSTÜNER, Hilmi GÜNGÖR
İzmir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi (LK)semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde altın standart hale gelmiştir. Hastalığın prevelansı yaşla beraber artmaktadır. Burada yaşlı nüfüsda LK sonuçlarımızı inceledik.
**Materyal-metod:** Kliniğimizde 2012-2014 yılları arasında semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde laporoskopik başlanıp laporoskopik tamamlanan ve laparoskopiden laporotomiye geçilerek yapılan kolesistektomi ameliyatlarında 65 yaş ve üstü ile65 yaş altı gruplar retrospektif olarak değerlendirildi.
**Sonuç:** Toplam 414 olgu incelendi. Olguların 107 (%26)'si erkek, 307 (%74)'ü kadın, açıga geçilen olgu sayısı 66(%15.9) idi. 65 yaş ve üzeri; 52 (%67,6)'si kadın, 25 (%32,4)'ü erkek olmak üzere 77 olgu mevcuttu. Olguların yaş ortalaması 71,7, hastanede kalış süresi 2,71 gün idi. Yaşlı grupta açıga geçilen olgu sayısı 20 (%25,9) idi. Açıga geçilen 20 olgunun 13 (%65)' ü erkek, 7 (%35)'i kadın idi. Bunlardan 20 olguda akut kolesistit öyküsü vardı. Bunların 4(%20) vakada açığa geçiş mevcuttu. Olgularda 15'ind yapışıklık, 2'sinde peroperatif ek patoloji saptanması, 1'inde duodenum yaralanması, 1'inde kese perforasyonu ve taşların batına düşmesi ve 1 olguda kanama nedeniyle açıga geçildi.
65 yaş altı 337 vakanın 255(%75,6)' sı kadın, 82 (%24.4)'ü erkek ve yaş ortalaması 46,6 idi. Hastanede kalış süresi 2,005 gün idi. Toplam 46 (%13,6) olguda açıga geçildi. Açıaga geçilen olgulardan 26 (%56 kadın)'sı kadın, 20 (%44)'sı erkek idi. Bunlardan 55 olguda akut kolesistit öyküsü mevcuttu. akut kolesistit öyküsü olan 14 (%25,4) olguda açığa geçilmişti.
**Tartışma:** Yaşlı olgularda LK literatürde güvenli ve kolay uygunalabilirliği bildirilmektedir. Serimiz de açığa geçiş oranı yüksek olsa da sorunsuz olarak tedavileri tamamlanmıştır

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik kolesistektomi,koleistit,yaşlı hastalar

## PB-032
## MEDİAN ARKUAT SENDROMUNDA MİNİLAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Fatih SÜMER, Cüneyt KAYAALP, Aslan ABDULLAYEV
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Giriş:** Median arkuat ligament sendromu (MALS), median arkuat ligamentin (MAL) çölyak arterin aortadan ayrıldığı kısımda çöyak arter köküne özellikle ekspiryumda daha belirgin olarak bası yapması sonucu gelişen bir durumdur. Çölyak arter kökünde basıya sekonder gelişen darlık gastrointestinal sistem kan akımında azalmaya neden olur. Tedavide MAL kesilerek bası ortadan kaldırılmaktadır. Cerrahi tedavi konvansiyonel veya laparoskopik olarak yapılabilir. Biz bu sunumda MAL eksizyonunun minilaparoskopik olarak yapılabileceği hususuna dikkat çekmeyi amaçladık.
**Olgu Sunumu**: Son bir yıldır yemeklerden sonra karın ağrısı ve ara ara bulantı şikayetleri olan 54 yaşında erkek hastanın BT anjiyografisinde çöliak arter kompresyonu görüldü. Hasta MALS olarak değerlendirildi. Genel anestezi altında 5x5 mm trokarlar ile çöliak arter ortaya konularak çöliak arter üzerindeki bası yapan median arkuat ligaman eksizyonu yapıldı. Dren konulmadı. Postoperatif dönemde servise alındı. Hastanın narkotik analjezik ihtiyacı olmadı. Postop 1. gün 2 doz diklofenak Na yapıldı. Postop 1. Gün oral gıda alımı başlanan hasta postoperative 2. gün taburcu edildi. Hasta postoperative 20. Gününde olup semptomlarında belirgin düzelme gözlendi.
**Sonuç:** MALS nadir görülen bir klinik durum olarak özellikle genç hastalarda epigastrik ağrı, bulantı ve zayıflamanın olması halinde ayırıcı tanıda düşünülmemeli ve tedavi edilmelidir. Bu hastalarda cerrahi seçenekleri arasında konvansiyonel ve laparoskopi vardır. Laparoskopik yaklaşımlarda minimal invaziv seçenek olarak minilaparoskopi postoperatif ağrı ve port yeri hernilerinde azalma sağlayabileceği için bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır. Karın içerisinden bir spesimen çıkmayacağı için ve laparoskopik stapler gibi 12-mm lik cerrahi aletlere gereksinim olmadığı için MALS'nun laparoskopik cerrahisi yalnız 5-mm lik trokarlardan yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** median arkuat ligaman sendromu, laparoskopi

## PB-034
## VİDEO DESTEKLİ TORAKOSKOPİK CERRAHİ İLE PARATİROİD ADENOMU EKSİZYONU

Ahmet BAL, Rüçhan Bahadır CELEP, Mustafa ÖZSOY, Ziya Taner ÖZKEÇECİ, Murat AKICI, Sezgin YILMAZ, Ogün ERŞEN, Yüksel ARIKAN
Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar

**Giriş:** Hiperkalseminin en sık nedeni hiperparatiroididir. Paratiroid adenomları ise primer hiperparatiroidizmin en

sık nedenidir ve %5-10'u ektopik yerleşimli olarak değişik lokalizasyonlarda görülebilir. En sık %90-95 timus içinde, %5 ise mediastende lokalizedirler. Olgumuzda, ön mediasten orta hattaki paratiroid adenomunun neden olduğu primer hipertiroidili 45 yaşındaki hastanın paratiroid adenomunun video yardımlı torakoskopik cerrahi (VATS) yöntemi ile ekslorasyonu ve eksizyonunu sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 45 yaşında bayan hastada yapılan tetkikler sonucunda ön mediastende paratiroid adenomu tespit edildi ve operasyon kararı alındı. Bu bulgular üzerine hastaya video yardımlı torakoskopik paratiroid adenomu eksizyonu planlandı. Jugulum üzerinden 4 cm lik insizyonla ön mediastene girildi ve sternum masaya monte retraktör seti yardımıyla anteriora traksiyone edilerek mediastinal boşluk genişletildi. İnferiror tiroid venler bağlanıp kesilerek keskin ve künt diseksiyonla alan açıldı ve 5 mm çaplı optik kullanılarak videoendoskopik olarak paratiroid adenomunun lokalizasyonu tespit edildi. Timus inferiorundaki paratiroid adenomu laparoskopik grasper ve hook kullanılarak timusla birlikte eksize edildi. İntraoperatif hızlı parathormon bakıldı ve preoperatif 1165 pg/ml olan parathormon değeri 208 pg/ml olarak geldi. Frozen sonucunun paratiroid adenomu ile uyumlu gelmesi üzerine 1 adet aktif dren konularak işleme son verildi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 1. günde dreni çekilerek taburcu edildi.
**Sonuç:** Paratirod adenomlarının tedavisi cerrahi eksizyondur. Ektopik paratiroid adenomunun preoperatif doğru lokalize edilmediği hastalarda operasyon esnasında adenom tespit edilemediğinde sternotomi gerekliliği oluşabilmekte ve böyle durumlarda gerekli teknik ekipman hazırlığı bulunmayan cerrah zor durumda kalabilmektedir. Bu gibi durumlarda videoendoskopik destekli operasyon yapılarak sternotomi gerekliliği olmaksızın cerrahi işlem sonlandırılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Paratiroid adenomu, Hiperparatiroidi, Torakoskopi

## PB-036
## LAPARASKOPİK SÜRRENALEKTOMİ KOMPLİKASYONLARIMIZ: 38 HASTALIK SERİ

Erdem KARADENİZ[1], Şükrü ARSLAN[1], Müfide Nuran AKÇAY[1], Abdullah KISAOĞLU[1], Nurhak AKSUNGUR[2]
[1]Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Erzurum
[2]Tekman Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Erzurum

**Amaç:** Kliniğimizde sürrenal kitle nedeniyle laparoskopik cerrahi uygulanan hastalardımızda gördüğümüz komplikasyonları sunmayı amaçladık..
Gereç ve yöntemler: Ocak 2005- Aralık 2014 arasında sürrenal bezde kitle nedeni ile transperitoneal laparoskopik sürrenalektomi uygulanan 38 hasta (29 kadın, 9 erkek) retrospektif olarak incelendi. Hastaların tümü batın ultrasonografi, batın tomografi ve batın manyetik rezonans görüntümle ile incelendi. Operasyon öncesinde tüm hastalara hormonal değerlendirme ve Endokrin Kliniği konsültasyonu yapıldı. Hastaların 11'unde (%28,9) hormonal olarak aktif olan adrenal kitle vardı. Hastalara standart laparoskopik transperitoneal prosedür uygulandı.
**Bulgular:** Otuz sekiz hastaya transperitoneal laparoskopik adrenalektomi (Sağ=20, Sol=18) yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 47,1(18-76) yıl idi. Yirmi dokuz hasta kadın (%76,3), 9 hasta (%23,7) ise erkek idi. Bir hastada klinik olarak Cushing hastalığı ön tanısı mevcut idi. Operasyon süresi ortalama 130 (100-230) dakika idi. Hastanede kalış süresi ortalama 3,6 (2-6) gün idi. Patoloji spesmeni esas alınmak üzere tümör boyutu ortalama 4,1 (1,5-9) cm idi. Cerrahi olarak eksize edilen spesimenlerin histopatolojik incelemesinde 21 hastada (%55,2) adrenokortikal adenom, 9 hastada (%23,6) iyi huylu feokromasitoma, 1 hastada (%2,7) malign feokromasitoma, 3 hastada (%7,9) miyelolipom, 2 hastada (%5.2) kortikal hiperplazi, 1 hastada (%2,7) inflamatuar psodotümör, 1 hastada (%2,7) ise basit kist saptandı. Hastaların hiçbirisinde kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulmadı. 1 hastada ekartöre bağlı karaciğer yaralanması, 1 hastada splenomegali, 2 hastada splenik yaralanma, 5 hastada da kanama nedeniyle toplam 9(%23,6) hastada açık prosedüre dönüldü.
**Sonuç:** Laparaskopik sürrenalektomi deneyimli merkezlerde güvenle uygulanmasına rağmen kanama başta olmak üzere çeşitli organ yaralanmasına bağlı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Ciddi komplikasyon meydana geldiğinde açık prosüdüre geçme zamanlaması önemlidir

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik sürrenalektomi, komplikasyon,kanama

## PB-037
## ROBOTİK SÜRRENALEKTOMİDE İLK DENEYİMİMİZ; OLGU SUNUMU

Muhittin YAPRAK, Ayhan MESCİ, Okan ERDOĞAN, Cumhur ARICI
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya

**Giriş:** Günümüzde sürrenal bez cerrahisinde laparoskopik sürrenalektomi altın standart haline gelmiştir. Son zamanlarda ise robotik sürrenalektomi maliyet yüksekliğine rağmen, daha ergonomik el aletlerinin kulla¬nımı ve cerraha sağladığı rahatlık gibi nedenlerden dolayı laparoskopik sürrenalektomiye alternatif bir yöntem haline gelmiştir.
**Olgu:** Hastanemiz endokrin konseyinde ameliyat kararı alınan 71 yaşındaki Cushing sendromlu kadın hasta, 4*2,5 cm boyutlarında sol sürrenal kitle nedeniyle ameliyata hazırlandı. Ameliyat klasik laparoskopik sürrenalektomi lateral dekübitis pozisyonunda, daVinci® SI robotik cerrahi sistemi (Intuitive Surgical™, Mountain View, CA, USA) kullanılarak gerçekleştirildi. Pozisyon verildikten sonra sol supra umblikal 10 mm'lik optik trokar yerleştirildi. 30 derece kamera ile eksplorasyon yapıldıktan sonra, bu trokarın her iki tarafından 5'er cm lateraline iki adet daha 10 mm'lik trokarlar yerleştirildi. Bu üç trokar robotik kolların kenetleneceği trokarlar olarak planlandı. Dördüncü bir 10 mm'lik trokar asistan trokarı olarak planlandı ve optik trokarın yaklaşık 5 cm infero-medialine yerleştirildi. Robotik kolların kullanılacağı 3 trokara kamera ve diğer robotik kollar yerleştirilip docking (kenetlenme) sağlandı. Asistans trokar ekartman, aspirasyon ve klipleme işlemleri için kullanıldı. Künt ve keskin diseksiyolarla sürrenal ven bulunup kliplenerek kesildi. Sürrenalektomi tamamlandıktan sonra sürrenal bez bir endobag yardımıyla dışarıya alındı. Kenetlenme süresi yaklaşık 60 dk, toplam ameliyat süresi ise yaklaşık 120 dk idi. Takiplerinde herhangi bir sorun olmayan hasta postoop 3. gün taburcu edildi.
**Yorum:** Kliniğimizde yoğun olarak yapılan laparoskopik sürrenalektomi ameliyatları ortalama 60 dk sürmektedir. Robotik cerrahinin kliniğimizde yeni tecrübe ediliyor olması nedeniyle kenetlenme süresi ve dolayısıyla operasyon süresi laparoskopik cerrahiye göre daha uzun olmuştur. Ancak bu konudaki tecrübemizin artmasıyla birlikte bu sürenin daha makul seviyelere çekilebileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Sürrenalektomi, robotik, laparoskopik.

## PB-038
## ENDOSKOPİK TİROİDEKTOMİ, İLK DENEYİMİMİZ; OLGU SUNUMU

Muhittin YAPRAK, Ayhan MESCİ, Cumhur ARICI
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya

**Giriş:** Thedor Kocher (1841-1917) den beri tek veya çift taraflı tiroid rezeksiyonu tiroid cerrahisinin altın standartı olarak kabul görmektedir. Bu amaçla tiroidektomi için konvansiyonel yöntemler yanında endoskopik yöntemlerde günümüzde uygulanmaktadır. Bu çalışmada yüksek volümle konvansiyonel tiroidektomi yapılan kliniğimizde, ilk defa uygulanan endoskopik tiroidektomi olgusunu sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 32 yaşında erkek hasta sağ tiroid lobunda yerleşik, yaklaşık 2 cm boyutunda nodül (bx: foliküler neoplazi) nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastaya endoskopik tiroidektomi ( sağ lobektomi ) planlandı. Genel anestezi altında yapılan operasyonda hastaya konvansiyonel tiroid cerrahisinde olduğu gibi boyun hiperextansiyonda olacak şekilde pozisyon verildi. Sağ meme başından yapılan 12 mm lik insizyondan trakeal hatta doğru künt diseksiyonla tünel oluşturularak optik trokar yerleştirildi. Optik trokarın sağ lateralinden midaksiller hattan 5 mm lik trokar ve sternum sağ kenarından 5 mm lik trokar yerleştirildi. Klasik endoskopik aletler ve harmonik disektör kullanılarak önce sternokleidomastoid, sonrasında strep adaleler diseke edildi. Sağ tiroid lobuna ulaşılıp rekürren laringeal sinir bulundu. Paratiroid bezler ve sinir korunarak sağ total tiroidektomi gerçekleştirildi. Spesmen endobag yardımıyla çıkarıldı. Sağ midaksiller hattaki trokar yerinden bir adet hemowak dren konularak operasyona son verildi. Operasyon süresi yaklaşık 95 dakika olarak tespit edildi. Postoperatif 20. saatte dren çekildi ve hasta 23. saatte salimen taburcu edildi.
**Sonuç:** Endoskopik tiroidektomi uygun hasta seçimi halinde konvansiyonel cerrahiye güvenli bir alternatif oluşturmaktadır. Ameliyat süresi ve kozmetik sonuç açısından konvansiyonel yönteme üstündür. Ancak yüksek hacimli tiroidlerde uygulanımı sınırlı olacağı kanatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, tiroidektomi, minimal invaziv.

## PB-039
## ENDOSKOPİK PARATİROİDEKTOMİ, İLK DENEYİMİMİZ; OLGU SUNUMU

Muhittin YAPRAK, Ayhan MESCİ, Cumhur ARICI
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya

**Giriş:** Paratiroidektomi operasyonları klasik olarak bilateral boyun eksplorasyonu ile uygulanmaktaydı. Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte patolojik bez lokalizasyonunun daha yüksek bir doğruluk oranı ile belilenebildiği günümüzde minimal invaziv yöntemlerle uygulanan paratiroid cerrahilerinin sıklığı belirgin oranda artmıştır. Bu çalışmada kliniğimizde ilk defa uygulanan endoskopik paratiroid adenom eksizyonu olgusunu sunmayı amaçladık.
**Olgu:** Endokrin polikliniğinde PTH yüksekliği ve hiperkalsemi nedeniyle takipte olan 53 yaşındaki kadın hastanın yapılan paratiroid sintigrafisi 'Sol lob inferiorda fokal MIBI tutulumu izlenmiştir (paratiroid adenomu?)' şeklinde rapor edilmiştir. Kliniğimize konsülte edilen hastaya endoskopik sol inferior paratiroidektomi planlandı. Hastaya konvansiyonel paratiroid cerrahisinde olduğu gibi boyun hiperextansiyonda olacak şekilde pozisyon verildi. Sol meme başından yapılan 12 mm lik insizyondan trakeal hatta doğru künt diseksiyonla tünel oluşturularak optik trokar yerleştirildi. Optik trokarın sol lateralinden midaksiller hattan 5 mm lik trokar ve sternum sol kenarından 5 mm lik trokar yerleştirildi. Klasik endoskopik aletler ve harmonik disektör kullanılarak önce sternokleidomastoid, sonrasında strep adaleler diseke edildi. Sol tiroid lojuna ulaşılıp rekürren laringeal sinir bulundu. Ardından sol inferiorda yerleşik paratiroid adenomu bulundu. Sinir korunarak adenom eksizyonu gerçekleştirildi. Spesmen endobag yardımıyla çıkarıldı ve çıkarılan preperat frozen inceleme için patoloji kliniğine konsülte edildi. Patolojik inceleme paratiroid adenomu ile uyumlu bulgular şeklinde bildirilince, sol midaksiller hattaki trokar yerinden bir adet hemowak dren konularak operasyona son verildi. Operasyon süresi yaklaşık 60 dakika olarak tespit edildi. Postoperatif 24. saatte dreni çekilen hasta salimen taburcu edildi.
**Sonuç:** Endoskopik paratiroidektomi, görüntüleme yöntemleri ile patolojik bezin lokalizasyonunun belirlenebildiği uygun hastalarda konvansiyonel cerrahiye güvenli bir alternatif oluşturmaktadır. Kozmetik sonuç açısından konvansiyonel yönteme üstündür.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, paratiroidektomi, paratiroid adenomu, minimal invaziv.

## PB-040
## TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ VE LAPAROSKOPİK TRANSABDOMİNAL ADRENALEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Bülent GÜRBÜZ, Şenol CARILLI, Serdar TEZELMAN
VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yapılan laparoskopik transabdominal adrenalektomi ( LTA ) ve tek kesiden laparoskopik adrenalektomi ( TKLA) sonuçlarının karşılaştırılması.
**Gereç ve Yöntem**: 2008-2014 yılları arasında yapılan LTA ve TKLA vakaları yaş, cinsiyet, hastanede yatış süresi, ameliyat süresi, tümör çapı ve patolojileri parametreleri açısından değerlendirildi.
**Bulgular:** 36 hasta çalışmaya dahil edildi. Bunlardan 14'ü erkek, 22'si kadın idi. 21 hastaya LTA, 15 hastaya TKLA yapıldı. LTA yapılan hastaların 8'u erkek,13'ü kadın idi. TKLA ise 6'sı erkek, 9 u kadın idi. 20 hasta sağ adrenal, 16 hasta sol adrenal bez için ameliyat edildi. Ortalama ameliyat süresi 98 dakika, LTA'da 84 dakika, TKLA uygulanan hastalarda ise 118 dakika idi. LTA hastalarda ortalama yatış süresi 3 gün, TKLA'da 4 gün idi. LTA yapılanlarda tümör çapı 41,9 mm iken, TKLA yapılanlarda 28,5 mm'di. Hastalardan 21'i kortikal adenom, 6'sı feokromasitoma, 5'i adenokarsinom metastazı, 2'si adrenal kisti, 1'er hasta ise ganglionöroma ve myelolipom nedeni ile ameliyat edildi. Hastalar 1. ve 3.hafta kontrollerinde genel cerrahi polikliniğinde, 3.ay ve daha sonraki kontrollerinde endokrinoloji polikliniği tarafından takip edildi. Hiçbir hastada intraoperatif ve erken postoperatif dönemde cerrahi bir komplikasyon gelişmedi.
**Sonuç:** Tek kesiden laparoskopik cerrahi deneyimli merkezlerde giderek daha fazla uygulama alanları bulmaya başlamıştır. Tek kesili laparoskopik cerrahi ameliyat sonrası dönemde iyi bir kozmetik sonuç sağladığı kesindir. Ameliyat süresinin daha uzun olması tek kesili laparoskopik cerrahinin dezavantajları gibi görülse de, merkezlerin deneyimi arttıkça

TKLA, konvansiyonel LTA kadar güvenle kullanılabilecek bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** adrenalektomi, tek kesi laparoskopik cerrahi, konvansiyonel laparoskopik cerrahi,

## PB-042
## PLUG MESH UYGULANMIŞ 3. NÜKS SAĞ İNGUİNAL HERNİDE ONARIM

Gökhan ZAİM[1], Fatih KUL[2]
[1]Ordu Devlet Hastanesi
[2]Özel İzmit Konak Hastanesi

**Amaç:** Nüks inguinal herni hastalarında tedavi seçiminde güncel yaklaşımı tartışmayı amaçladık.
**Olgu:** Ellisekiz yaşında erkek hasta sağ kasıkta ağrı ve şişlik şikayeti ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde koroner arter hastalığı ve daha önce 3 kez geçirilmiş sağ inguinal herni onarımı hikayesi mevcuttu. İlk operasyon 32 yıl önce anterior yaklaşımla, ikinci operasyon 2 yıl önce anterior yaklaşımla greft konularak ve en son operasyon bir yıl önce anterior yaklaşımla plug mesh konularak gerçekleştirilmiş. Biz hastanemizde hastaya genel anestezi altında TAPP prosedürü uyguladık. Operasyonda nüks indirekt herni kesesi batına reddedildi. Bu sırada daha önceki operasyonda konulan plug mesh kese diseksiyonunun zorlukla yapılmasına sebep oldu. Prolen mesh caudal medial kenarından copper ligamanına, apikal medial ve apikal lateral kenarlarından transvers fasyay tucker kullanılarak tespit edildikten sonra periton tucker kullanılarak meshin üzerine kapatıldı. Postoperatif 1. gün taburcu edilen hastanın 5 aylık takiplerinde herhangi bir problemi olmadı.
**Sonuç:** Anterior yaklaşımla yapılan fıtık onarımlarının nükslerinde, posterior yaklaşımla açık veya endoskopik onarım ile meshli onarım önerilmektedir. Plug mesh ile onarım yapılmış nüks inguinal hernilerde TAPP uygulanabilir güzel bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** inguinal, herni, nüks, TAPP

## PB-043
## KLİNİĞİMİZDE UYGULADIĞIMIZ FITIK CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPİNİN YERİ

Yüksel ALTINEL, Atilla ÇELİK, Ali SOLMAZ, Erkan YAVUZ, Osman Bilgin GÜLÇİÇEK, Gülçin HEPGÜL, Hüseyin ÇAYÖREN, Fatih ÇELEBİ
Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD,İstanbul

Fıtık onarımı genel cerrahinin en fazla yapılan ameliyatlarındandır. Çalışmamızda, kliniğimizde yapılan fıtık onarımlarında laparoskopik girişimleri değerlendirdik.
2012-2014 yılları arasında ameliyat edilen 2946 hastanın kayıtları incelendi. Fıtığın yeri, yaş, cinsiyet, hastane kalış süresi, ameliyatın laparoskopik, acil veya elektif oluşu, onarım şekli ve konulan yama incelendi.
Elektif kasık fıtığı; 2175 ( 1989 E, 189K) hastada Lichtenstein yapıldı. Yaş ortalaması 49 (14-98), yatış süresi 3 (1-35) gündü.
Acil kasık fıtığı onarımı 103 (79E,24K) hastaya yapıldı. Yaş ortalaması 54 (16-89), yatış süresi 2 (1-8) gündü.
İnsizyonel herni; 356 (93E, 263K) hastadan üçüne laparoskopik dual yama, diğerlerine onlay (fasya üzeri) onarım uygulandı. Yaş ortalaması 53 (19-82), yatış süresi 5 (1-56) gündü.
Kadınlarda en sık Pfannenstiel insizyona, erkeklerde göbek üstü ve altı insizyona bağlı fıtık saptandı.
Femoral fıtık; 29 (8E, 21K) hastanın 26'sına meş plug yerleştirildi. Yaş ortalaması 56 (19-89), yatış süresi 3 (1-8) gündü.
Epigastrik fıtık; 33 (20E,13K) hastanın yaş ortalaması 48 (23-79), yatış süresi 3(1-8) gündü. Göbek fıtığı; 211 (69E, 142K) hastanın yaş ortalaması 49 (16-79), yatış süresi 3 (1-14) gündü.
Laparoskopik inguinal fıtık onarımı eğitimli iki uzman ve iki asistan tarafından 39 (37E/2K) hastaya yapıldı. Yaş ortalaması 40 (17-64), yatış süresi 3 (1-9) gündü. Prolen yama ile dört hastaya TAPP, 35 hastaya TEP yapıldı.
Tüm fıtıkların%78'i kasık, %13'ü insizyonel, %7'si göbek, %1'i epigastrik, %1'i femoral idi. Toplam %2 hastaya laparoskopi uygulandı. Hastaların %99'unda prolen yama kullanılırken, yatış süreleri açısından anlamlı farklılık görülmedi.
Laparoskopik fıtık onarımlarının literatürdeki sonuçları tartışmalı olmakla beraber, cerrahi ekibin öğrenme süreci, ameliyat süresi gibi sebeplerden kliniğimiz cerrahları tarafından tercih edilmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi,fıtık,cerrah,inguinal,prolen

## PB-044
## İNGUİNAL HERNİLERDE LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL HERNİ TAMİRİ DENEYİMLERİMİZ

Nuri Alper ŞAHBAZ[1], Orhan BAT[1], Mehmet Yiğit ÖZGÜN[1], Bülent KAYA[2]
[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Günümüzde kasık fıtığı için laparoskopik cerrahi sıkça kullanılmaya başlamıştır. Kozmetik sonuçlarının daha iyi olması ve cerrahi travmayı en aza indirmesi nedeniyle popüler olmuştur. Bu çalışmada Genel Cerrahi Kliniğimizde laparoskopik total ekstraperitoneal(TEP) herni onarımı yapılan hastaların erken dönem sonuçları değerlendirildi.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013- Ekim 2014 tarihleri arasında toplam 44 hastaya laparoskopik TEP onarım uygulanmıştır. Hastalar yaş, cinsiyet, herni tipleri, peroperatif ve postoperatif komplikastonlar ve hastanede kalış süreleri açısından değerlendirildi.
**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 39,5(19-76) idi. Hastaların 40'ı erkek, 4'ü kadındı. 27 hastada sağ, 13 hastada sol ve 4 hastada bilateral olmak üzere toplam 48 tamir yapıldı. Fıtıkların 41 tanesi indirek, 3 tanesi direk, 4 tanesi pantolon fıtık idi. 3 hasta nüks fıtık nedeniyle opere edildi. 2 hastada teknik nedenlerden dolayı açığa geçilerek Lichtenstein onarımı yapıldı. 42 hastada TEP yöntemi kullanıldı. Balon trokar yardımıyla preperitoneal alan hazırlandı. 10x15 cm'lik prolene meshler tüm hastalarda pubis kemiğine tek bir tacker ile tespit edildi. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 1.25(1-3) gündü. Mortalite ve major peroperatif komplikasyon gözlenmedi. Ameliyat sonrası erken dönemde 3 olguda seroma, 1 olguda kendi kendine rezorbe olan hematom ve 2 hastada nüks gelişti. Nüks gelişen hastalar öğrenme eğrisinin başında yapılan hastalardı.
**Sonuç:** Kasık fıtığı onarımında TEP tamiri hastaların daha az ağrı duyması, daha az hastanede yatış süresi, daha iyi kozmetik sonuçlar ve benzer morbidite oranları nedeniyle güvenli olarak uygulanabilen alternatif bir cerrahi yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Kasık fıtığı, TEP, Laparoskopi

## PB-045
## ERİŞKİN YAŞTA GÖRÜLEN BOCHDALEK HERNİSİNDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Yusuf YAĞMUR, Mehmet BABÜR, Serdar GÜMÜŞ, Mehmet Ali CAN, Zeynep ŞENER BAHÇE
Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**Giriş:** Konjenital diyafram hernisi (KDH), diyaframdaki posterolateral defektten abdominal organların toraks boşluğu içerisine girmesiyle karakterize ve yüksek mortalite ile seyreden doğumsal bir hastalıktır. Bochdalek hernisi, KDH'lerinin en sık görülen türüdür. Diyaframın posterolateraldedir ve olguların % 85-90'ını oluşturur. Olguların çoğu doğumdan sonra semptomatik hale geldiğinden tanısı yeni doğan döneminde konulur. İnfantlarda sıklıkla respiratuar distres ile kendini gösterirken daha geç dönemlerde ortaya çıkanlar oldukça nadirdir. ileri dönem diyaframa hernilerin etiyolojisinde genellikle travma vardır. Tanıda, direk göğüs ve batın grafileri, floroskopi, baryumlu tetkikler, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, laparoskopi ve laparotomi kullanılabilir. Bu yazıda, ileri yaşta nadir olarak görülen Bochdalek hernisi olan hastanın laparoskopik olarak onarımını sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 22 Yaşında bayan hasta yaklaşık 2 yıldır karın ağrısı, disfajik sıkıntılar, kabızlık, nefes darlığı ve boğulma hissi şikâyetleri ile hastanemize başurdu. Hastaya çekilen intravenöz+oral batın bilgisayarlı tomoğrafisinde sol hemidiafram posteriorda yaklaşık 1,5 cmlik defekt alanı ve batın içi yağlı planların sol hemitoraksa herniasyonu izlendi. Hastaya laparoskopik exsplorasyon yapıldı. Explorasyonda sol hemidiafram posterolateralde transvers kolonun yaklaşık 1/3'ü, omentum majusun büyük bir bölümünü içine alan yaklaşık 4x5 cmlik defekt alanı görüldü. İçeriye giren yapılar dikkatli bir şekilde batın içine alındı. Defekt alanına 10x8 cm boyutunda intraabdominal mesh (phsyomesh) laparoskopik olarak mesh sabitleyici ile tespit edildi. Batına 1 adet flat dren yerleştirildikten sonra ameliyata son verildi. Postoperatif takiplerinde herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta 3.gün dreni çekilerek taburcu edildi.
**Sonuç:** Diyafram hernilerinde laparaskopik yaklaşımla onarım hızlı ve etkili tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Konjenital diyafram hernisi, Bochdalek hernisi, Laparoskopi

## PB-047
## SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL İNGUİNAL HERNİ TAMİRİ: ERKEN SONUÇLARIMIZ

Özgün AKGÜL[1], Cüneyt ÇİFTDOĞAN[1], Naşit AKYEL[2]
[1]İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
[2]İzmir Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi Anestezi Kliniği

**Amaç:** Laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) inguinal herni tamirinin konvansiyonel herni tamiri ile kıyaslandığında postoperatif sonuçları daha iyi olmasına rağmen en büyük dezantajı genel anestezi altında yapılmasıdır. Bu çalışmada spinal anestezi altında TEP uyguladığımız hastalarımızı sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Haziran 2014 – Ocak 2015 tarihleri arasında kliniğimizde bir nüks, bir bilateral ve 16 primer inguinal herni tanılı 18 hastaya spinal anestezi altında TEP herni tamiri uygulandı. Hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalık, operasyon süresi, kullanılan mesh tipi ve erken nüks açısından incelendi.
**Bulgular:** Spinal anestezi altında TEP herni tamiri uyguladığımız 18 hastanın 17'si erkek, biri kadındı. Altı hastaya sol, 11 hastaya sağ ve bir hastaya da bilateral TEP herni tamiri uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 39,7 idi. En genç hasta 15, en yaşlı hasta 72 yaşındaydı. On hastada anatomik üç boyutlu mesh olmak üzere tüm hastalarda poliprolen mesh kullanıldı. Bir hastada KOAH, iki hastada hipertansiyon ve iki hastada tip 2 diabetes mellitus mevcuttu. Hastaların ortalama operasyon süresi 37 dakikaydı. Anatomik üç boyutlu poliprolen mesh kullanılan hastalarda operasyon süresinin daha kısa olduğu dikkat çekti. Altı hastada periton bütünlüğü bozulduğu için interskalen blok uygulandı. Bu hastaların birinde görüş alanı çok azaldığı için Verres iğnesi ile batın içi hava boşaltıldı. Hiçbir hastada erken nüks izlenmedi. Ortalama hastanede kalma süreleri bir gün, işe başlama süreleri de 10 gün olarak tespit edildi. Beş hastada postspinal baş ağrısı izlendi. Hastaların tamamı konfor açısından rahat olduklarını beyan ettiler.
**Sonuç:** Spinal anestezi, ilk deneyimlerimize göre, TEP herni tamiri için tercih edilebilir ve konforlu bir anestezi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Anestezi, Herni, İnguinal, Spinal, TEP

## PB-048
## TEK KESİDEN VE KONVANSİYONEL TAPP TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

İlhan ECE, Hüseyin YILMAZ, Serdar YORMAZ, Hüsnü ALPTEKİN, Mustafa ŞAHİN
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Konya

**Amaç:** Günümüzde kasık fıtığı için laparoskopik cerrahi sıkça tercih edilen bir yöntem olmuştur. Ayrıca tek kesiden laparoskopik cerrahi (TKLC) kozmetik sonuçlarının tatminkar olması ve cerrahi travmayı en aza indirmesi nedeniyle popüler olmuştur. Bu çalışmada standart trans-abdominal preperitoneal (TAPP) onarım ve TKLC-TAPP yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.
**Metod**: Toplam 63 hastaya laparoskopik fıtık onarımı uygulandı. TAPP grubunda 30, TKLC-TAPP grubunda 33 hasta ameliyat edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, operasyon süresi, hastanede kalma süresi, komplikasyonlar ve kısa dönem nüks sonuçları açısından incelendi.
**Bulgular**: İki grup arasında hastaların demografik verileri arasında fark yoktu. TAPP ve TKLC-TAPP grubunda operasyon süreleri sırasıyla 56.8±8.7ve 59.7±9.2 dakika olarak bulundu, hastanede kalma süreleri ise 2.1±0.7 ve2.5±0.9 günidi. Çift taraflı fıtığı olan bir hastaya TKLC-TAPP uygulandı. Hastalarda intraoperative komplikasyon gelişmedi. TKLC-TAPP grubunda bir hastada kendiliğinden rezorbe olan hematom gelişti. TKLC grubunda hiçbir hastada ek porta ihtiyaç duyulmadı. Otalama 6 aylık takip süresince nüks ile karşılaşılmadı.
**Sonuç**: Kasık fıtığı onarımında TKLC-TAPP, standart TAPP ile karşılaştırılabilecek düzeyde az komplikasyon oranı ile gerçekleştirilebilecek güvenli bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Tek kesi, laparoskopi, TAPP, inguinal herni

## PB-049
## ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ VE ATATÜRK DEVLET HASTANESİ LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI DENEYİMLERİ

Umut Rıza GÜNDÜZ[1], Bülent DİNÇ[2], Arif ASLANER[1],
Muhammet Raşit YAZAR[2], Levent Fikret YILMAZ[2], Nurullah BÜLBÜLLER[1]
[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Antalya Atatürk Devlet Hastanesi

**Amaç:** Her iki hastanenin Genel Cerrahi kliniklerinde uygulanan laparoskopik kasık fıtığı ameliyatlarının sonuçlarının karşılaştırması
**Gereç ve Yöntem:** 2011 Ocak – 2014 Aralık tarihleri arasında her iki hastanenin Genel Cerrahi kliniklerinde uygulanan laparoskopik kasık fıtığı onarımlarının sonuçları değerlendirildi. Veriler, her iki hastanenin istatistik bölümünden alındı ve analiz edildi. Hastaların demografik verileri, yatış süresi, cerrahi prosedür ve postoperatif komplikasyon oranları kıyaslandı.
**Bulgular:** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi verileri incelendiğinde; 86'sı erkek, 4'ü kadın olmak üzere toplam 90 hastaya TEP(88 hasta) ve TAPP(2 hasta) prosedürü uygulandığı belirlendi. Ortalama yaş 48 (19-72) olarak belirlendi. 65 hasta tek taraflı fıtık, 25 hasta ise bilateral fıtık nedeniyle opere edilmişti. Ortalama yatış süresi 1.5 gün olarak belirlendi. İki hastada nüks ve 8 hastada seroma geliştiği belirlendi.
Antalya Atatürk Devlet Hastanesi verileri incelendiğinde; 139'u erkek, 21'I kadın olmak üzere toplam 160 hastanın tümüne TAPP prosedürü uygulandığı belirlendi. Ortalama yaş 46 (18-80) olarak belirlendi.. 143 hasta tek taraflı fıtık, 17 hasta ise bilateral fıtık nedeniyle opere edilmişti. Ortalama yatış süresi 2.1 gün olarak belirlendi. iki hastada nüks ve 12 hastada seroma geliştiği belirlendi.
**Tartışma ve Sonuç:** Her iki hastanenin verileri kıyaslandığında, hastaların demografik verilerinin benzer olduğu ve post operatif komplikasyonlar açısından anlamlı fark olmadığı belirlendi. Sonuçların literatürdeki komplikasyon oranları ile benzer olduğu tespit edildi.
Kasık fıtığı tedavisinde laparoskopik yaklaşım daha az ağrı ve daha kısa günlük hayata dönüş süresi nedeniyle ön plana çıkmaktadır. Öğrenme eğrisi ve görece yüksek maliyet gibi nedenlerle henüz yaygın uygulanmasa da hem eğitim-araştırma hastanelerinde hem de devlet hastanelerinde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** tep, tapp, komplikasyon

## PB-050
## LAPAROSKOPİK HERNİ ONARIMI: KLİNİK SONUÇLARIMIZ

Bünyami ÖZOĞUL, Esra DİŞÇİ, Abdullah KISAOĞLU,
Mehmet İlhan YILDIRGAN, Sabri Selçuk ATAMANALP, Ercan KORKUT
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Herni ameliyatları genel cerrahi pratiğinde en sık uygulanan ameliyatlardandır. Minimal invaziv tekniklerin gelişmesi ile birlikte laparoskopik fıtık cerrahisine olan ilgi giderek artmıştır. Çalışmamızın amacı laparoskopik yöntemle fıtık tamiri uyguladığımız vakaları ve edindiğimiz deneyimlerimizi paylaşmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2014 yılında laparoskopik yöntemle fıtık tamiri uyguladığımız toplam 21 olguya ait veriler geriye dönük olarak incelenerek sonuçlarımız değerlendirildi.
**Bulgular:** Hastaların 18'i (%85.7) erkek, 3'ü (%14.3) kadın ve yaş ortalaması 49.9 yıl (25-70) idi. On yedi (%81) hastada inguinal herni ve 4 (%19) hastada insizyonel herni mevcuttu. İnsizyonel hernisi olan hastaların ortalama defekt çapı 8.9 cm idi. İnguinal hernili hastaların tümünde tek taraflı fıtık mevcut olup 9'unda (%42.9) direkt, 7'sinde (%33.3) indirekt ve bir (%4.8) hastada ise femoral herni vardı. Femoral hernisi olan hastaya eş zamanlı laparoskopik kolesistektomi operasyonu uygulandı. İnguinal herni olgularının tümüne laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) onarım uygulandı. Direkt herni olan bir olguda teknik nedenlerle açık işleme geçildi. İnguinal herni operasyonlarının ortalama ameliyat süresi 35 dakika (20-40), insizyonel herni operasyonlarının ortalama ameliyat süresi ise 75 dakika (40-110) idi. inguinal herni hali olan 1 hastada 7. gün nüks tespit edildi ve açık yöntemle tekrar onarım yapıldı. Hastanede kalış süresi ortalama 2 gün (1-3) idi.
**Sonuç:** Laparoskopik fıtık tamirinin hastanede kalış süresinin kısa olması, normal yaşama erken dönme, postoperatif daha az ağrı ve insizyona bağlı komlikasyonlarda azalma gibi avantajları vardır. Vaka sayımız az ve uzun dönem sonuçlarımız olmamakla birlikte herni tamirlerinde laparoskopik onarımların rutin olarak uygulanabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** İnguinal herni, İnsizyonel herni, Laparoskopik onarım

## PB-051
## VENTRAL HERNİDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Bülent DİNÇ[1], Hüseyin ÇİYİLTEPE[1], Hakan CEYLAN[1], Tamer KAVASOĞLU[1],
Halis Müşfik TEMEL[2], Muhammet Raşit YAZAR[1]
[1]Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya
[2]Özel Medstar Topçular Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, açık ameliyatı hasta ve cerrah için soru olan ventral hernilerin, laparoskopik tamiri ile ilgili deneyimlerimizi paylaşmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** Ağustos 2010 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında ventral herni nedeni ile laparoskopik onarımı yapılan 26 hasta çalışmaya alındı. Tüm operasyonlar aynı cerrah ve teknik ile yapıldı. Farklı tip ve boyutlardaki fıtıklar için uygun ebattaki meshler kullanıldı. Tüm meshler her bir kenarından karın duvarına absorbe olmayan sütürler ile asıldıktan sonra aralarına koyulan metal zımbalar sayesinde karın duvarına tespitlendi. Tüm vakalarda 2 adet 5mm'lik ve 1 adet 10mm'lik toplam 3 trokar kullanıldı.
**Bulgular:** Yedi erkek (%27) ve 19 kadın (%73) bu çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 54 (yaş aralığı 34-74) idi.
Ortalama hastanede kalış süresi 2 gündü (1-6 gün). Bir (%4) hastada önceki ameliyatına bağlı gelişen kolokutanöz fistül mevcudiyeti nedeni ile açık cerrahiye geçildi. Bir (%4) hastada yama dışındaki bir alandan nüks görüldü, 1(%4) hastada seroma ve 2(%7) hastada mesh tespit sütürlerinin olduğu yerlerde kronik ağrı gözlendi. Hiçbir hastada operasyon sırasında ya da postoperatif dönemde mortalite görülmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik ventral fıtık onarımı, defekt alanının iyi explorasyonu yanında postoperatif dönemde laparoskopik ameliyatların avantajlarını sağladığı için hem hastalar hem de cerrahlar tarafından tercih edilmeye başlamıştır. Yayınlanmış serilerde laparoskopik yaklaşımla nüks oranının ortalama %3,3 - 15 olduğu bildirilmektedir. Sonuçlar değerlendirildiğinde bu prosedürün güvenilir ve kabul edilebilir komplikasyon oranına sahip olduğu kanaatine varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ventral herni, laparoskopik onarım, karın duvarı

## PB-052
## İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANELERİN GENEL CERRAHİ KLİNİKLERİNDE YAPILAN LAPAROSKOPİK VENTRAL HERNİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Bülent DİNÇ[1], Umut Rıza GÜNDÜZ[2], Hüseyin ÇİYİLTEPE[1], Arif ARSLANER[2], Mehmet Tahir ORUÇ[2], Nurullah BÜLBÜLLER[2]
[1]Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya
[2]Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, aynı şehir ve benzer hasta profiline sahip ikinci basamak (Grup A) ve üçüncü basamak (Grup B) hastanelerin genel cerrahi kliniklerinde yapılan laparoskopik ventral hernileri operayonlarının sonuçlarını karşılaştırmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** Aralık 2010 ve Aralık 2014 tarihleri arasında genel cerrahi kliniklerinde yapılan toplam 57 laparoskopik ventral herni onarımı retrospektif olarak incelendi. Laparoskopik tekniğin aynı şekilde uygulandığı belirlendi (2 adet 5mm'lik ve 1 adet 10mm'lik toplam 3 trokar kullanıldı). Farklı tip ve boyutlardaki fıtıklar için uygun ebattaki meshler kullanıldı. Tüm meshler her bir kenarından karın duvarına absorbe olmayan sütürler ile asıldıktan sonra aralarına koyulan metal zımbalar sayesinde karın duvarına tespitlendi.
**Bulgular:** Grup A'da toplam 26, Grup B'de toplam 31 hasta mevcuttu. Toplam 12 erkek (%21) ve 45(%79) kadın hasta vardı. Ortalama yaş 52 (27-76) idi. Demografik veriler açısından gruplar arasında fark yoktu. Ortalama hastanede kalış süresi 2 gündü (1-6 gün). Hastanede kalış süresi açısından fark görülmedi. A grubunda 1 (%4) hastada önceki ameliyatına bağlı gelişen kolokutanöz fistül mevcudiyeti nedeni ile açık cerrahiye geçilirken Grup B'de konversiyon yoktu. Grup A'da 1 (%4) hastada yama dışındaki bir alandan nüks, 1(%4) hastada seroma ve 2(%7) hastada mesh tespit sütürlerinin olduğu yerlerde kronik ağrı gözlenirken Grup B'de 1(%3) hastada nüks, 2(%6) hastada seroma ve 1(%3) hastada kronik ağrı görüldü. Hiçbir hastada operasyon sırasında ya da postoperatif dönemde mortalite görülmedi.
**Sonuç:** Her iki hastanede yapılan laparoskopik karın ön duvarı fıtık onarım sonuçların benzer olduğu ve bu prosedürün güvenle yapılabileceği kanaatine varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Ventral herni, laparoskopik onarım, karın duvarı

## PB-053
## BÖBREK NAKLİ YAPILAN HASTADA TEP HERNİORAFİ VE LAPAROSKOPİK PERİTON DİYALİZ KATETER YERLESTİRİLMESİ

Mehmet Zafer SABUNCUOĞLU, Gökhan AVŞAR
Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, Isparta

Laparoskopik cerrahi artık cerrahinin tüm alanlarında güvenle uygulanmaktadır. Cerrahi girişimlerin artmasıyla da çeşitli vakaların birlikte yapılma sıklığı daha da artmıştır.
İki yıl önce böbrek nakli yapılan 59 yaşındaki hastada, idiopatik transplant rejeksiyonu sebebiyle periton diyaliz kateter takılması için değerlendirildi. Hastanın muayenesinde skrotal sol inguinal herni saptandı. Hastaya Laparoskopik Total ekstraperitoneal herniorafi ve laparoskopik periton diyaliz kateter takılması operasyonları yapıldı. Operasyon süresi 63 dk ve kanama miktarı yaklaşık 10 cc idi. Hastada postoperatif komplikasyon saptanmadı.
Teknoloji ve cerrahi tekniğin gelişmesi ile yaygınlaşan laparoskopik cerrahi yaygın olarak güvenle uygulanmaktadır. Özellikle periton diyalizi planlanan hastalar dikkatle muayene edilmeli ve peritonun bütünlüğü bozulmadan yapılan TEP herniorafi, erken dönemde periton diyalizinin kullanılır hale gelmesini sağlar.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik cerrahi, Laparoskopik Herniorafi, Perton diyaliz

## PB-054
## LAPAROSKOPİK VE AÇIK INSİZYONEL HERNİ ONARIMI

Mehmet Zafer SABUNCUOĞLU[1], Mehmet Fatih BENZİN[4], ÖzgÜr DANDİN[2], Girayhan ÇELİK[1], Tugrul ÇAKIR[3]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Isparta
[2]Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Klinigi, Bursa
[3]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya
[4]Yozgat Akdağ Madeni Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Yozgat

Çalışmamızda laparoskopik ve açık insizyonel herni onarımının klinik sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.
Kasım 2012-2014 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde yapılan 55 insizyonel herni operasyonundan krterlere uygun olan 20 açık ve 20 laparoskopik insizyonel herni hastası prospektif olarak değerlendirildi. Değerlendirmeye alınan 40 hastada ortalama takip süresi 12.75±4.19 ay idi. Hasta karakteristikleri açısından fark saptanmadı. Laparoskopik onarım grubunda postoperatif ağrı skorları , komplikasyon oranları ve hastanede kalış süreleri açık cerrahiye kıyasla önemli derecede üstün idi. Bununla birlikte yara yeri komplikasyonu laparoskopik onarım grubunda % 0 iken açık cerrahi grubunda % 20 idi ve her iki grupta da mortalite izlenmedi.
Ortalama operasyon süreleri karşılaştırıldığında, laparoskopik grupda 67.25±19.23 dakika iken açık cerrahi grubunda 91.50±24.87 dakika idi. Laparoskopik onarım grubu düşük postoperatif ağrı, çok daha üstün postoperatif komplikasyonlar ve kısa hastanede kalış sürelerine sahip idi.
Çalışmamızda laparoskopik insizyonel herni onarımı deneyimli merkezlerde uygulandığında obez ve büyük hernilerde bile kısa oprasyon süresi, daha kısa hastanede yatış zamanı, yüksek hasta memnuniyeti ve daha düşük komplikasyon oranlarıyla açık cerrahiye çok iyi bir alternatif olarak güvenle uygulanabileceği sonucunu vardık.

## PB-055
## KAMERA DİSEKSİYONU İLE YAPILAN 26 TEP HERNİ ONARIMI

Ömer ENGİN, İbrahim KARAGÜLLE
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Laparoskopik TEP herni onarımında preperitoneal bölgenin diseksiyonu genellikle balon ile yapılmaktadır. Bu işlem zaman kazandırıcı olarak görülmekte, direk görüş altında yapılmadığı için çeşitli komplikasyonları beraberinde getirebilmekte ve maliyeti arttırmaktadır. Olgularımızda balon trokar kullanmıyoruz. Konuyla ilgili deneyimlerimizi sunmak istiyoruz.
**Gereç ve Yöntem:** 26 olgumuzda fıtık nedeniyle TEP onarımı yapılmıştır. Genel anestezi altında rektus ön fasyası

insizyonundan sonra retrorektal mesafe parmakla diseke edilip künt uçlu trokar yerleştirilmiştir. Kamera trokar içinden ilerletilerek eşzamanlı CO2 gazı verilerek direk görüş altında kamera ile preperitoneal bölge diseke edilmiş ve diğer trokarların girebileceği yerler hazırlanmıştır. Tüm trokarlar yerleştirildikten sonra diseksiyon künt uçlu endoklinc ile yapılmıştır. Disektörlerin ucu ve kenarları daha keskin olduğu için peritonun perforasyonuna neden olabileceğinden dolayı disektör ile fıtık kesesi diseksiyonundan kaçınılmıştır.
**Bulgular:** Olgularımızın hiçbirinde pnomoperitoneum görülmemiştir. Kamera ile diseksiyon artan tecrübe ile zaman kaybettirmemiştir. Olgularımızda balon trokar kullanılmadığından dolayı operasyon maliyeti azalmıştır. Kamera ile preperitoneal alan diseksiyonunu tavsiye ediyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** herni, fıtık, laparoskopik fıtık onarımı, inguinal herni

## PB-056
## LAPAROSKOPİK SPİEGEL HERNİ TAMİRİ: OLGU SUNUMU

Turan ACAR, Özlem GÜR, Serkan KARAISLI, İbrahim KOKULU, Cengiz TAVUSBAY, Nihan ACAR, Emir ÇAPKINOĞLU
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Spiegel fıtıklar tüm karın fıtıklarının sadece %1-2 sini oluşturan nadir fıtıklardır. Bulunduklar anatomik yer nedeniyle özellikle obez hastalarda preoperatif tanısı zordur. Etiyolojisi belirsizdir, konjenital veya edinsel olabilir. Genelde hastalar sağ alt kadranda ele gelen kitle şikayetiyle gelirler. Bizde bu yazımızda spiegel herni tanısı koyup laparoskopik tamir yaptığımız hastayı sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 65 yaşında kadın hasta polikliniğimize sağ alt kadranda ağrı ve şişlik şikayetiyle başvurdu. Sezaryan harici geçirdiği operasyon ve ek hastalığı yok idi. Fizik muayenede sağ alt kadranda, hastanın pozisyon değiştirmesiyle oluşan, rektus kası lateraline doğru uzanan bir şişlik mevcuttu. Çekilen ultrasonografide belirgin patoloji olmaması üzerine bilgisayarlı tomografi çekildi. Bilgisayarlı tomografi spiegel fıtık tespit edildi. Bunun üzerine hasta operasyona alındı. 3 trokar yöntemiyle laparoskopik olarak batına girildi. Sağ alt kadranda, rektus kası alt kısmında yaklaşık 7*7 cm lik spiegel hernisi gözlendi. Bu alan inlay olarak kompozit mehle tamir edildi. Hasta bir gün sonra şifa ile taburcu edildi.
**Sonuç:** Spiegel hernilerin preoperatif tanısı zor olduğundan, laparoskopi hem tanı koyma hem de sonrasında fıtık tamiri için kolaylıkla uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik, spiegel herni, 3 trokar

## PB-057
## İNGUİNAL HERNİ OPERASYONLARINDA LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL (TEP) ONARIMIN YERİ VE ÖNEMİ: RETROSPEKTİF DENEYİMLERİMİZ

Serdar YORMAZ[1], İlhan ECE[1], Fahrettin ACAR[1], Hüseyin YILMAZ[1], Hüsnü ALPTEKİN[1], Farise YILMAZ[2], Mustafa ŞAHİN[1]
[1]Selçuk üniversitesi Tıp Fakultesi Genel cerrahi kliniği,Konya,Turkıye
[2]Selçuk üniversitesi Tıp Fakultesi Nukleer Tıp kliniği,Konya,Turkıye
**Amaç:** İnguinal herni operasyonları geçmişten günümüze kadar sıklıkla uygulanan tedavi modalitelerinden biridir. Doksanlı yılların başlarında uygulanmaya baslanıp gunumuze kadar değişik versiyonlarda uygulanan laparoskopik inguinal herni operasyonlarından laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) hast grubumuz hakkındaki deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda Mayıs 2010-Eylül 2014 yılları arasında inguinal herni tanısıyla TEP uyguladığımız 289 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik.Hastalarımızda demografik verileri, fıtık tipleri, peroperatif ve postoperatif komplikasyonları,morbiditeleri, operasyon süresi, hastanede kalış süresi Postoperatif analjezik gereksinimi, McGill ağrı skorlaması ve açık prosedure dönüş oranlarını değerlendirdik.
**Bulgular:** Toplamda 289 hastamızın 207 si erkek, 82 si kadındı, yaş ortalaması ise 32 idi (18 -75 ).Hastalarımızdan 152 tanesinde indirekt inguinal herni mevcutken,68 tanesinde direkt,54ünde nüks inguinal herni ve 15 tanesinde de bilateral herni mevcuttu. Ameliyat süresi ortalama olarak 46 dakika (34-76 ) iken hastanede kalma sürelsi ortala olarak 1,5 gündü (6 saat -4 gün).Operasyon esnasında 6 hastada damar abrazyonu olması nedeniyle açık prosedure dönüldü.Hastaların 34 tanesinde seroma, 2 tanesinde de hematom gözlenmiştir.Postoperatif periotta ise hastaların 12. Saatte Mcgill ağrı skorlamasında hastaların sadece 8 tanesinde 4 veya 5 skoru olduğu geri kalan populasyonda ise skorun 1 olduğu tespit edildi.. Opere edilen hasta grubumuzdan sadece 5 in de nüks saptanmış olup bu hastaların 4 ünün sosyoekonomik nedenlerle işlerine dönmeleri sonucunda nüks olduğu düşünülmüştür.
**Sonuç:** Özellikle TEP prosedurunun uygulandığı hasta grubumuzda işe erken dönme,postoperatif ağrının az olması,daha iyi kozmetik sonuçlar gibi nedenler dolayısıyla daha tercih edilebilir bir prosedur haline gelmiştir.TEP tekniğinin özellikle operasyon geçirmiş, çift taraflı gözlenen olgularda veya kozmetik nedenler sebebiyle gelecekte daha çok rol alabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** TEP,inguinal,laparoskopik

## PB-060
## BİR İLÇE HASTANESİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN LAPAROSKOPİK VENTRAL HERNİ ONARIMLARININ ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Kadir ÖZER[1], Alpaslan Fedai CALTA[1], Mahmut EKEN[1], Oktay KARAKÖSE[2], Hüseyin PÜLAT[2], İsmail ZİHNİ[2], Kazım Çağlar ÖZÇELİK[2]
[1]Bozüyük Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Bilecik
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Onkoloji BD, Isparta

**Amaç:** Laparoskopik venral herni tamiri sadece düşük morbitesiyle değil düşük nüks oranı, eve erken dönüş, minimum iş gücü kaybı gibi avantajları nedeniyle öne çıkan cerrahi bir yöntem haline gelmiştir. Laparoskopik deneyimin artması ile perifer hastahanelerde de rahatlıkla uygulanabilir hale gelmiş durumdadır. Biz de bir ilçe hastanesinde laparoskopik ventral herni onarımı uyguladığımız hastalardaki klinik deneyimimizi sunduk.
**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışmadaki amacımız Bileçik Bozüyük Devlet Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde 2013-2014 yılında elektif olarak laparoskopik ventral herni onarımı yapılan 48 hastayı sunduk.
**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların 33'ü kadın 15'i erkek idi. yaş ortalaması 57,2 idi.(34-75) Ortalama defekt boyutu 4,2±2,8cm (3-10cm) idi. Tüm hastalar genel anestezi altında opere edildi. Ortalama ameliyat süresi 96±33,6 (50-200dk) dakika bulundu. Ortalama hastanede kalış süresi 2,2±1,7 gün (1-5), ortalama BMI 32,8 (24-47) di.Hastalardan birinde mesh üzerinde lokalize abse gelişti drene edildi. Bir yıl sonra apse tekrarladı açık yöntemle

mesh çıkarıdı. Bir hastamızda post op 1. Günde batın dreninden safra geldi hasta operasyona alındı ve takıra bağlı ince barsak perforasyonu olduğu görüldü.Takiplerde nüks gelişen hastamız olmadı.
**Sonuç:** Laparoskopik ventral herni onarımı düşük komplikasyon ve nüks oranları, kısa hastanede kalış süresiyle laparoskopi deneyimi olan cerrahlarca yapıldığı merkeze bakılmaksızın güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik, ventral herni, herni

## PB-061
## LAPAROSKOPİK HERNİ CERRAHİSİNDE ARTERİYEL YARALANMA RİSKİ: CORONA MORTİS

Mustafa ATEŞ[1], Erdem KINACI[2], Evren KÖSE[3], Vural SOYER[1], Barış SARICI[1], Songül ÇUĞLAN[3], Fatih KORKMAZ[3], Abuzer DİRİCAN[1]
[1]İnonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Malatya
[2]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[3]İnonu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anatomi AD, Malatya

**Amaç:** Total ekstraperitoneal (TEP) inguinal herni onarımı sırasında özellikle meşin fiksasyonu sırasında vasküler komplikasyonlar gelişebilir. Nadir fakat önemli bir potansiyel yaralanma noktası "Corona Mortis veya Ölüm Tacı" adı verilen anastomozdur. Bu anastomoz obturator damarlar ile eksternal iliak damarlar arasındadır. Bu çalışmada TEP prosedürü uygulanan inguinal herni olgularının preperitoneal vasküler anatomisi değerlendirildi.
**Materyal ve Metod:** Ocak 2005 ile Ocak 2015 arasında TEP prosedürü uygulanmış 325 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.
**Sonuçlar:** 249 (%76.6) olguda tek taraflı ve 76 (%23.4) olguda bilateral herni için TEP uygulandı. Bu 401 yarı-pelvisin 250 tanesi direk herni, 131 tanesi indirek herni ve 20 tanesi femoral herni idi. İki tip arteryel yapı saptandı; (1) obturator arterin dalları arasında oluşmuş aberrant obturator (2) inferior epigastrik arterin pubik dalı. Arteryel corona mortis insidansı %28.1 idi. Herhangi bir arteryel yapının bulunma insidansı %45 idi. Meş fiksasyonu sırasında yaralanma 6 olguda görüldü (%1.5), bu yaralananların tamamı 2 mm den küçük arteryel yapılardı.
**Tartışma:** TEP prosedürü sırasında posterior pubik bölgede arter yaralanmaları görülebilir. Bunu engellemek için fiksasyonda kullanılacak zımbalar symphysis pubis'e olabildiğince yakın yerleştirilmelidir. Küçük çaplı (<2mm) arteryel yapıların yaralanma riski daha yüksektir.

**Anahtar Kelimeler:** herni, corona mortis, TEP

## PB-062
## LAPAROSKOPİK LOW ANTERİOR REZEKSİYON SONRASI OLUŞAN ANASTOMOZ DARLIĞINDA BALON DİLATASYON UYGULAMASI: 2 OLGU SUNUMU

Sezgin YILMAZ, Ogün ERŞEN, Mustafa KALKAN, Yüksel ARIKAN
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar

**Giriş:** Kolonoskopun anastomozdan geçirilememesi veya klinik olarak hastada tıkanma semptomlarıyla birlikte radyolojik bulguların varlığı anastomoz striktürü olarak tanımlanır.
**Olgu:** 1. Hasta
52 yaşında bayan hastaya rektum kanseri nedeniyle anastomoz için 31 no stapler kullanılarak laparoskopik low anterior rezeksiyon yapıldı. Postoperatif 6. ayda tıkanma semptomları ile başvuran hastaya yapılan kolonoskopide 4. cm deki anastomozun ciddi oranda daraldığı görüldü (Resim 1a). Tomografisinde anastomoz düzeyinde kum saati şeklinde konsantrik daralma saptandı (Resim 3). Floroskopi altında yapılan incelemede boyu 1 cm'den kısa ancak genişliği oldukça dar bir striktür segmenti görüldü (Resim 2a). Hastaya akalazya dilatasyon balonu kullanılarak iki seans halinde endoskopik dilatasyon yapıldı (Resim 2b) ve darlığın işlem sonrası önemli oranda kaybolduğu saptandı (Resim 1b). İki hafta sonra yapılan kolonoskopisinde anastomozun kolonoskopun geçişine rahatlıkla izin verecek ölçüde geniş olduğu saptandı (Resim 1c).
2. Hasta
61 yaşındaki erkek hastaya rektum 10. cm de malign kitle nedeniyle kliniğimizde laparoskopik low anterior rezeksiyon ve saptırıcı ileostomi yapıldı. Herhangi bir gastrointestinal sistem yakınması mevcut olmayan hasta 9 ay sonra ostomisi kapatılmak üzere çağırıldı. Hastaya ileostomisi kapatılmadan önce yapılan kontrol kolonoskopisinde 5. cm de kolonoskopun geçişine izin vermeyecek ölçüde bir darlık tespit edildi (Resim 4a). Hastaya birer gün arayla olmak üzere iki seans endoskopik balon dilatasyon uygulandı. Dilatasyon sonucunda oluşan rektal erozyon ve ülserlere yönelik günde 3 kez sükralfatlı lavman uygulandı (Resim 4b). 2 hafta sonrasında yapılan kolonoskopide pasajın açık olduğu ve rektal erozyonların kaybolduğu gözlendi (Resim 4c).
**Sonuç:** Anastomoz darlığında endoskopik dilatasyon kolay, maliyetsiz ve hasta açısından konforlu bir işlemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Balon, Dilatasyon, Low Anterior Rezeksiyon

## PB-063
## ERCP PERFORASYONU SONUCU SUBKUTAN AMFİZEM GELİŞEN HASTANIN BİLİYER STENT İLE TAKİP EDİLEREK TEDAVİSİ

Sezgin YILMAZ, Ogün ERŞEN, Ahmet BAL, Murat AKICI, Yüksel ARIKAN
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar

**Giriş:** ERCP işlemi nedenli oluşan perforasyonlar lokalizasyonu nedeniyle mortalite ve morbiditesi yüksek komplikasyonlardır. Operasyonel girişimler cerrahi teknik açısından zorluklar içermektedir. Pankreatit, tıkanma ikteri, kolanjit gibi nedenlerle yapılan ERCP işlemlerinde ise mevcut biliyer patolojinin üzerine majör cerrahi stresin eklenmesi mortaliteyi arttırabilmektedir. Bu bildiride endoskopik sfinkterotomi işlemi sırasında perforasyon gelişen hastanın biliyer stent uygulaması, oral alımın kesilmesi ve takip ile sıhhatle taburcu oluşunu aktarmayı amaçladık.
**Olgu:** 39 yaşında bayan hasta koledok taşı nedenli tıkanma ikteri ile kliniğimize başvurdu. ERCP kararı alınan hasta işleme alındı. Standart Papillotom ile yapılan sfinkteromi sonrasıkda papilla kanüle edildi kontrast madde verildiğinde retroperitoneal alana kaçış saptandı. Tekrar kanülasyon denendi ve koledok kanüle edilerek koledoktaki taş ekstrakte edildi. Perforasyon ihtimali sebebiyle 10 fr 12 cm lik plastik biliyer stent koledoğa yerleştirilerek işleme son verildi.
İşlem sonrası genel durumu iyi olan hastada üst ekstremite ve boyunda yaygın ciltaltı amfizem gelişti. Endoskopik sfinkterotomi sırasında koledok ve papilla bileşkesinde perforasyon oluştuğu düşünülen hastaya koledokta stenti bulunduğu için takip kararı alındı. Hasta orali kapatolarak 6 gün boyunca izlendi. Kontrol posteroanterior akciğer ve ayakta

direk batın grafilerinde subkutan amfizemin ve retroperitoneal hava değerlerinin gerilediği görüldü. Subkutan amfizemi gerileyen, ateşi veya lökositozu olmayan hastaya oral başlandı. Oral alımı takiben 3. günde sıhhatle taburcu edildi. Hasta işlem sonrası 3. ayında poliklinik kontrollerinde sağ ve sağlıklıdır.
**Sonuç:** Kliniği, perforasyonun lokalizasyonu ve boyutu göz önüne alınarak seçilmiş hastalarda ERCP perforasyonları cerrahi uygulanmaksızın takip ile tedavi edilebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** ERCP, perforasyon, stent

## PB-067
## KOLOREKTAL POLİPLERİN ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİNDE BULUNAN PATOLOJİLERLE İLİŞKİSİ

Sabahattin DESTEK[1], Vahit Onur GÜL[2], Serkan AHİOĞLU[2], Mustafa TÜKENMEZ[3], Nihat AKSAKAL[3], Yeşim ERBİL[3]
[1]Özel Tuzla Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Edremit Askeri Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, Balıkesir
[3]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, İstanbul

**Amaç:** Kolorektal polipler (KRP), erişkin yaş grubunun % 1-12'sinde görülürler. Saplı veya sesil, neoplastik (tübüler, tübülovillöz, villöz adenomatöz) veya nonneoplastik (hiperplastik, inflamatuar, hamartomatöz, psödopolip) olabilirler. Kolon poliplerinin 2/3'ü adenomatoz poliptir. Çeşitli çalışmalarda helikobakter pilori enfeksiyonu (HP), gastrik atrofi, intestinal metaplazi gibi üst gastrointestinal sistem patolojileri ile KRP gelişimi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu sunumda kolorektal poliplerin üst gastrointestinal sistem endoskopisinde bulunan patolojilerle birlikteliği ve ilişkisi tartışılmıştır.
**Yöntem:** Mayıs 2011- Aralık 2014 yılları arasında Cerrahi Endoskopi Ünitesindeki kayıtlardan kolorektal polip saptanan hastalar retrospektif olarak incelendi.
**Bulgular:** Kolonoskopisinde KRP saptanılan ve özofagogastroduodenoskopi yapılan 28 hastanın 10'u bayan 18'i erkekti.Yaş ortalamaları 57,3 (26-82 yaş aralığı) idi. En çok sol kolonda (%29), en az çekumda (%7) KRP bulundu. Poliplerin %60'ı sesildi. KRP'in çapları %70'sinde 0-5 mm idi. Poliplerin % 45'i adenomatöz polipti. Adenomatöz poliplerin %86'sı tübüler adenomdu. Adenomatöz poliplerin % 100'ünde displazi vardı. Hastaların %96'sında reflü özofajit, %71'inde hiatal herni, %86'sında kronik gastrit, %57'sinde HP, %25'inde alkalen reflü gastrit, %14'ünde kronik atrofik gastrit, % 11'inde intestinal metaplazi, %29'unda kronik duodenit, %32'sinde benign polipoid lezyon, %8'inde malign polipoid lezyon saptandı. Hastalara çeşitli tedaviler yapılarak takibe alındılar.
**Sonuç:** Bizim çalışmamızda da görüldüğü gibi kolorektal polipleri olan hastalarda reflü özofajit, hiatal herni, kronik gastrit, HP enfeksiyonu gibi üst gastrointestinal sistem patolojileri sıklıkla eşlik etmektedir. Kronik gastrit ve HP enfeksiyonlu olguların kolorektal neoplazm gelişimi yönünden risk grubu oluşturabileceği kanaatindeyiz. Geniş ölçekli prospektif çalışmalar bu konuda daha kesin sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal polipler, kronik gastrit, Helikobakter pilori

## PB-068
## KOLOREKTAL POLİPLİ HASTALARDA ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİNDE BULUNAN POLİPLERİN ÖZELLİKLERİ

Sabahattin DESTEK[1], Vahit Onur GÜL[2], Serkan AHİOĞLU[2], Zeynep TATAR[3], Kürşat Rahmi SERİN[4], Ali Fuat Kaan GÖK[5]
[1]Özel Tuzla Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Edremit Askeri Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, Balıkesir
[3]Patomer Laboratuvarları, Patoloji Bölümü, İstanbul
[4]Özel Liv Hospital, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul
[5]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Kolorektal polipler (KRP) erişkinlerde %15-20 civarında görülmekte olup kolonun en sık görülen patolojileridir. Özofagogastroduodenoskopi (ÖGD) uygulanan hastaların %0.01- %0.45 özofageal polip,%2-%6'sında gastrik polip, % 0,3-0,6'sında nonampullar duodenal polip saptanır. Araştırmalarda KRP'li hastalarda sindirim sisteminin diğer bölümlerinde de polip artışı olduğunu gösterilmiştir. Bu sunumda KRP'li hastalarda ÖGD'de bulunan polipoid lezyonların özellikleri bildirilmiştir.
**Yöntem:** Mayıs 2011- Aralık 2014 yılları arasında kolonoskopisinde KRP saptanan ve ÖGD'de polip bulunan hastalar retrospektif olarak incelendi.
**Bulgular:** KRP'li hastaların 11'inde ÖGD'de polipoid lezyon saptandı. Hastaların 9'u erkek 2'si bayandı.Yaş ortalamaları 59'du (37-82 yaş aralığı). En çok sol kolonda (%50), en az çekumda (%7) KRP bulundu. KRP'in %55'i sesildi. KRP'in çapları %73'ünde 0-5 mm idi. KRP'in % 64'ü hiperplastik %36'sı adenomatöz polipti. Kolondaki adenomatöz poliplerin % 100'ünde displazi vardı. KRP'li hastalardan birinde özofagusta, yedisinde midede, üçünde duodenumda polip bulundu. ÖGD'de bulunan poliplerin beşi hiperplastik polip, üçünde reaktif polip, birinde fundik gland polip, birinde adenomatöz polip, birinde skuamoz hücreli polip, birinde gastrointestinal stromal tümör, birinde de polipoid MALT lenfoma saptandı. Ortalama polip çapı 7,2 mm idi. Poliplerin %85'i sesildi. Hastaların %36'sında HP, %54,6'sında alkalen reflü gastrit, %27'sinde atrofik gastrit, %73'ünde kronik gastrit saptandı. Hastalara çeşitli tedaviler yapılarak takibe alındılar.
**Sonuç:** Çalışmamızda KRP›li hastalarda ÖGD›de en sık hiperplastik polip bulundu. Beraberinde sıklıkla kronik gastrit, alkalen reflü gastrit ve HP enfeksiyonu eşlik etmektedir. Geniş ölçekli prospektif çalışmalar bu konuda daha kesin sonuçlara ulaşılmasına yardımcı olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal polipler, üst gastrointestinal sistem polipleri

## PB-069
## KOLONOSKOPİ ESNASINDA GELİŞEN İATROJENİK KOLON PERFORASYONLARINA YAKLAŞIM

Fatih ÇİFTÇİ[1], Suat BENEK[2]
[1]İstanbul Gelişim Üniversitesi Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü
[2]Haseki Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Kolonoskopi, sigmodoskopi kolorektal sisteme yönelik tanısal ve tedavi amaçlı işlemlerde yaygın olarak kullanılmakla birlikte ciddi morbidite ve mortaliteye yol açabilmektedir. Bu

çalışmada kolonoskopik incelemeye bağlı iatrojenik kolon perforasyonu gelişen hastaların tanı, tedavi ve takip sonuçları incelendi
**Gereç ve Yöntem:** 2009 ocak-2014 Eylül tarihleri arasında endoskopi ünitemizde kolonoskopik incelemelere bağlı iatrojenik perforasyon gelişen hastalar retrospektif değerlendirildi. Hastaların demografik özellikleri, endoskopi bulguları, kolon perforasyonlarının tanı ve ameliyata alınma zamanı ile uygulanan tedavi ve takip sonuçları
incelendi.
**Bulgular:** Toplam 6 hastada iatrojenik kolon perforasyonu gelişti. Hastaların cinsiyet dağılımı K:3;E:3, yaş ortalaması 67 (61-88yaş) idi. Altı hastada kolonoskopik, inceleme esnasında perforasyon gelişti. Girişimsel ve tanısal amaçlı endoskopi sırasında gelişen perforasyonların tümü sol kolonda lokalize idi.(4 hastada sigmoid, 1 hastada rekto-sigmoid, 1 hastada inen kolon). Ameliyata alınma zamanı ortalama 5 saat (3-11 saat) bulundu. Dört hasta endoskopi sonrası ilk 5 saatte (erken laparotomi), 1 hasta 9. saatte ameliyat edildi. tüm hastalar primer kolorafi
ile onarılırken sadece 1 hasta laparoskopik olarak onarım gerçekleşti.Hiç bir hastada batın kirli değildi.2 hasta divertiküler alandan perfore idi.Sadece bir hastada perforasyan dışındaki bir alandan polipektomi yapılmıştı.İki hastada minör komplikasyon gelişti, 1 hasta erken postoperatif dönemde kaybedildi.
**Sonuç:** Kolonoskopiye bağlı iatrojenik perforasyon oranları düşük olmakla birlikte, geliştiğinde ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olurlar. Perforasyon şüphelenilen hastalar işlem sonrasında cerrahi kliniğinde takip edilmelidir. Perforasyonun erken teşhis ve tedavisi klinik başarıyı ve uygulanacak cerrahi işlemin daha sınırlı olmasını sağlar. İatrojenik kolon perforasyonlarında cerrahi yaklaşımda altın standart kabul edilmiş bir tedavi olmamakla beraber son yıllarda primer kapama tercih edilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolonoskopi, perforasyon, iatrojenik, yaklaşım

## PB-072
## TETRASİKLİN VE DOKSİSİKLİNE BAĞLI GELİŞEN ÖZEFAGUS ÜLSERLERİ

Metin ŞENOL[1], Emrah AKIN[1], Hüseyin DEMİRSOY[2]
[1]Adatıp Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya
[2]Adatıp Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Sakarya

**Amaç:** İlaç kullanımının özefagusta ülser yapabileceği bilinmektedir. Bu duruma en sık neden olan ilaçlar da Tetrasiklin ve Doksisiklindir. Bu çalışmada Tetrasiklin ve Doksisikline bağlı özefagus ülserleri gelişen hastalar bildirilmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** 2014 yılı içerisinde üç farklı hekim tarafından yapılan üst GİS endoskopiler retrospektif olarak tarandı. İşlem sırasında özefagus ülseri tespit edilen ve öyküsünde ilaç kullanımı olan 11 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, şikayetleri, kullandıkları ilaçlar, özefagus ülserlerinin yerleri ve tedavileri değerlendirildi.
**Bulgular:** 11 hastanın tamamının teşhisi üst GİS endoskopi ile konuldu. Hastaların %82'si kadın (n=9) %18'i erkekti (n=2) ve yaş ortalaması 31,6 (en yaşlı 51, en genç 20 yaşında) idi. Hastaların hastaneye başvuru şikayetleri; disfaji %82 (n=9), göğüs ağrısı %63,6 (n=7) ve odinofajiydi %45,4 (n=5). %54,6 (n=6) hastada Tetrasiklin, %45,4 (n=5) hastada da Doksisiklin kullanım öyküsü vardı. Özefagus ülserlerinin %63,6'sı (n=7) orta 1/3, %36,3'ü (n=4) distal 1/3 özefagustaydı. Proksimal özefagusta hiç ülser görülmedi. Hastaların hepsi proton pompası inhibitörü ve antiasid ilaçlarla tedavi edildi. Hiçbir hastada komplikasyon görülmedi.
**Sonuç:** Tetrasiklin ve Doksisiklin, ilaca bağlı gelişen özefagus ülserlerinin en sık nedenidir. Göğüs ağrısı, disfaji ve odinofaji ile başvuran hastaların öyküsünde bu iki ilaç mutlaka sorgulanmalıdır. Genellikle genç kadınlarda görülen bu duruma ilacın az su ile yatarken içilmesi neden olmaktadır. Özellikle bu ilaçlar reçete edilirken hastaların bol su ile dik oturur durumda ilacı almalarının belirtilmesi özefagus ülserlerinin önlenmesinde çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Özefagus ülseri, Tetrasiklin, Doksisiklin

## PB-073
## PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ (PEG) UYGULANAN GERİATRİK HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN İŞLEM SÜRESİ VE MORBİDİTE ÜZERİNE ETKİSİ

Bilge BAŞ[1], Erkan OYMACI[2]
[1]Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Antalya
[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Oral yoldan beslenemeyen ancak gastrointestinal sistem fonksiyonları normal olan geriatrik hastalarda perkütan endoskopik gastrostomi işleminin güvenilirliğini değerlendirmek, hastaların vücut kitle indeksi (VKİ) ile işlem süresi ve komplikasyon oranları arasındaki ilişkiyi belirlemektir.
**Materyal ve Metod:** 2013 Şubat ve 2014 Aralık ayları arasında çekme yöntemi ile PEG yerleştirilen, 65 yaşın üstündeki 97 olgu retrospektif olarak incelenmiştir. Tüm hastalar yaş, cins, PEG endikasyonları, komplikasyonlar, işlem süreleri, antibiyotik profilaksi uygulanması, vücut kitle indeksi (VKİ) ve takip süreleri açısından değerlendirilmiştir.
**Bulgular:** Çalışmada 51'i (%52,6) kadın, 46'sı(%47,4) erkek toplam 97 hasta incelendi. Yaş ortalaması 72 ± 4 idi. PEG endikasyonu olarak 41(%42) olguda serebrovasküler hastalıklar, 19(%19,5) olguda obstrüksiyon yapan malign hastalıklar, 16 (%16,5) olguda demans ve 21(%22) olguda diğer hastalıklar saptandı. Hastaların %81,2'si yoğun bakım ünitesi ve evde bakım hastaları idi. Vücut kitle indeksi ortalama 25±3(17-32) kg/m$^2$ olarak hesaplandı. Ortalama işlem süresi 8,6±1,6 dakika idi. VKİ 25'in üzerinde olanlarda işlem sürelerinde istatistiksel anlamlı artış saptandı ($p<0,05$). Toplam 10 (%10,2) hastada minör komplikasyon saptandı. 8(%8) olguda antibiyotik tedavisi gerektirecek yara çevresi enfeksiyonu, 2(%2) olguda kateter kenarından hafif sızdırma görüldü. VKİ 25'in üstünde olanlarda komplikasyon oranının istatistiksel anlamlı yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Hastaların takip süresi 224 (68- 660) gün olup işleme ait mortalite saptanmamıştır.
**Sonuç:** PEG, çeşitli nedenlerle oral yoldan beslenemeyen olgularda uzun süreli ve en uygun beslenme desteği sağlayan güvenli bir yöntemdir. VKİ yüksek hastalarda, işlem sırasında komplikasyon riski açısından daha özenli uygulama gerekebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Beslanme, endoskopi, perkütan gastrostomi, vücut kitle indeksi

## PB-076
## KOLONOSKOPİDE NADİR RASTLANAN BİR OLGU: PSEUDOMELONOZİS KOLİ

Erkan OYMACI[1], Nurettin KAHRAMANSOY[2], Ahmet Deniz UÇAR[2], Savaş YAKAN[2], Ayvaz Ulaş URGANCI[2], Serdar AYDOĞAN[2], Mehmet YILDIRIM[2], Nazif ERKAN[2]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, İzmir
[2]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir

**Amaç:** Pseudomelanozis koli kolon mukozasının koyu pigmentasyonu ile karakterize, kolonoskopi sırasında saptanan yaygın bir durumdur. Sıklıkla antrakinon içeren laksatiflerin, konstipasyon nedeniyle aşırı kullanımına bağlı ortaya çıkan benign bir lezyon olduğu düşünülür. Kolorektal karsinomlarla olan ilişkisi son çalışmalarda tam olarak gösterilememiştir. Sıklıkla konstipasyonla ilişkilidir ve tanısı çoğunlukla endoskopik olarak veya histopatolojik incelemelerde tesadüfen konulur. Kesin bir tedavisi olmamakla birlikte, antrakinon içeren laksatiflerin kesilmesi ve konstipasyon yapıcı lifli gıdaların kullanımı önerilmektedir. Laksatiflerin kesilmesi ile birlikte genellikle aylar içinde gerileyebilir.
**Olgu:** Çalışmamızda, uzun süren konstipasyon ve laksatif kullanımı nedeniyle yapılan kolonoskopik incelemede melanozis koli saptadığımız, 22 yaşında bayan ve 55 yaşında erkek iki olguyu sunmayı amaçladık. Özgeçmişlerinde konstipasyon yakınmaları nedeniyle 3 yıldır sürekli laksatif kullanımı mevcuttu. Senna laksatifi ile günde 1 defa, az miktarda, tam olmayan defekasyon tarifliyorlardı. Laboratuvar tetkiklerinde ve radyolojik incelemelerinde herhangi bir anormallik saptanmadı. Fizik muayene bulguları normal olan hastaya kolonoskopik girişim planlandı.Hastaların yapılan kolonoskopisinde, anal kanal ve rektumdan başlayarak çekuma kadar tüm kolon segmentlerinin mukozasının koyu kahve-siyah pigmente, benekli görünümde olduğu saptandı. Bu alanlardan alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik incelemesinde, kolon mukozası lamina propriasında, makrofajlar içerisinde demir içermeyen pigment depolanması saptandı. Hastanın laksatif kullanımı sonlandırılarak takibe alındı ve bir yıl sonra kontrol kolonoskopik tetkik önerildi.
**Sonuç:** Uzun süreli konstipasyon şikayeti ile başvuran hastalarda laksatif kullanımı mutlaka sorgulanmalı ve kolonoskopik incelemelerde pseudomelanozis koli akılda tutulmalıdır. Benign bir hastalık gibi görülmekle beraber, kolorektal adenom ve kasinom şüphesinden dolayı pigmente ve nonpigmente alanlardan mutlaka kolonoskopik biyopsiler alınmalıdır. Laksatiflerin kesilmesi ile birlikte genellikle aylar içinde gerileyen pseudomelanozis kolinin, kolonoskopide tanınması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Pseudomelanozis, laksatif, pigmentasyon, konstipasyon

## PB-077
## AKUT ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALI OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: DEVLET HASTANESİ DENEYİMİ

Erkan OYMACI[1], Bilge BAŞ[2], Bülent DİNÇ[2]
[1]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, İzmir
[2]Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Antalya

**Amaç:** Çalışmamızda üst gastrointestinal sistem (GİS) kanama tanısı ile takip ve tedavi edilen olgularımızın özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

**Materyal ve Metod:** 2009 Mayıs-2012 Mart dönemi arasında Uşak Devlet Hastanesinde yatan üst GİS kanamalı hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar yaş, cinsiyet, başvuru şikayetleri, ek hastalıkları, ilaç kullanımı, kanama öyküsü, laboratuvar değerleri, endoskopik bulgular, uygulanan tedavi, transfüzyon ihtiyacı, yatış süresi ve mortalite açısından değerlendirildi.
**Bulgular:** Toplam 392 hasta çalışma kapsamında değerlendirildi. Hastaların 263'ü (%67.1) erkek, 129'u (%32.9) kadındı. Ortalama yaş 47±1.7 idi. Başvuru şikayetleri 120 (%30.6) hastada melena, 140 (%35.7) hastada hematemez, 132 (%33.7) hastada ise hematemez ve melena idi. Hastaların hemoglobin düzeyi ortalama 7.8±1.5 g/dl ve hematokrit düzeyi ortalama %27.4±4 idi. Başvuran hastaların 50'sinde (% 12.8) koroner arter hastalığı, 20'sinde (%5.1) diabetes mellitus, 4'ünde (%1) periferik arter hastalığı, 8'inde (%2) serebrovasküler hastalık saptandı. Üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastalarımızın endoskopisinde, en sık olarak 194 (%49.5) hastada bulbus ülseri, 117 (%29.8) hastada eroziv gastrit ve 35 (%8.9) hastada mide ülseri ile karşılaşıldı. 269 (%68.6) hastada Helikobakter pilori enfeksiyonu saptandı. Ortalama transfüzyon ihtiyacı 1.68±1.95 ünite, ortalama yatış süresi 5.31±2.732 gün idi. Duodenal ülserli ve endoskopik tedaviye cevap vermeyen bir hasta operasyona alındığında kaybedilmiş ve bu hastada mortalite hastanın ek hastalıklarına bağlı gelişmişti.
**Sonuç:** Çalışmamızda üst gastrointestinal kanamanın en sık nedeni olarak duodenal ülser ve eritematöz gastritler saptanmıştır. Ayrıca Helikobakter pilori üst gastrointestinal sistemde önemli bir kanama sebebi olarak akılda tutulmalıdır. Koroner arter hastalığı, serebro-vaskuler hastalığı ve diabetes mellitus olanlarda gastrik şikayetler de var ise tedavilerine mide asit inhibitörü eklenmesinde fayda vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Gastrointestinal kanama, peptik ülser, özefagus varisleri

## PB-079
## KOLOREKTAL POLİPLERİNİN ENDOSKOPİK VE PATOLOJİK KARAKTERİSTİĞİ NEDİR?

Bilge BAŞ[1], Bülent DİNÇ[2], Erkan OYMACI[3], Umut Rıza GÜNDÜZ[4], Burhan MAYIR[4]
[1]Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Antalya
[2]Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya
[3]İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenterolojik Cerrahi Bölümü, İzmir
[4]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya

**Amaç:** Kolon poliplerinin boyuttan bağımsız olarak malignite riski taşıması nedeniyle kolonoskopi esnasında görüldüğü zaman eksizyonu gerekmektedir. Çalışmamızda kolonoskopi sırasında saptanan poliplerin klinkopatolojik özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.
**Gereç ve Yöntem:** Mart 2009- Mayıs 2012 yılları arasında kolonoskopi sırasında polip saptanan 379 olgu incelendi. Hastaların demografik özellikleri, yakınmaları, kolonoskopik bulgular (polip şekli, yeri, büyüklüğü gibi), histopatoloji bulguları kayıt edildi. İstatistiksel analiz PASW 18.0 for Windows ile yapıldı.
**Bulgular:** Çalışmadaki hastaların 227 (%59.9) erkek ve 152(%40.1) kadındı. Ortalama yaş 53.8 (32-90) yıldı. Hastaların en sık şikayeti rektal kanama (36.1%) ve daha sonra karın ağrısıydı (35.4%). Polipler en sık rektosigmoid bölgede (48.3%)

daha sonra inen kolonda (17.4%) görüldü. 239 (%63.1) hastada tek polip, 140(36.9%) hastada birden fazla polip izlendi. Tubüler adenom 181(%47.8) oranıyla en sık görülen patolojik tip olurken bunu 54(%14.2) oranıyla tubülovillöz adenom ve 48(%12.7) oranıyla hiperplastik polip izledi. 37(%9.7) hastada lowgrade displazi, 28(%7.7) hastada highgrade displazi ve 4(%1.1) hastada kanser tespit edildi. Saplı poliplerde ve boyutu 1 cm üstündeki poliplerde villöz komponent ve displazinin yüksek olduğu görüldü (p<0,001).
**Sonuç:** Malign potansiyelli yüksek büyük çaplı poliplerin sıklıkla sol kolonda yerleşmesi ve orta yaş grubunda yaygın görülmesi nedeniyle bu kişilere belirli zaman aralıklarıyla rektosigmoidoskopi ile tarama yapılmasının uygun olacağı düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kolonoskopi, Kolonik polipler, Kolon kanseri

## PB-080
## YENİ BİR TEKNİK: İNCE BİR GASTROSKOPLA TÜP GASTROSTOMİ YERİNDEN GİRİLEREK PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ UYGULAMASI

İkbal OVALI, Oğuzhan BÜYÜKGEBİZ, Setaç Ata GÜLER
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Kocaeli

Peroral yolun kullanılamadığı durumda işlevsiz kalan perkütan endoskopik gastrostomi (PEG)'nin değiştirilmesi için yeni bir teknik tanımlanmaktadır.
İleri evre proksimal özofagus kanseri nedeniyle 54 yaşındaki kadın hastaya kemoradyoterapi uygulanmıştır. Hastaya bu tedavi öncesinde tam özofagus obstrüksiyonu geliştiği için PEG yapılamadığından açık gastrostomi uygulanmıştır (Şekil 1). Hasta bir yıl sonra gastrostomi tüpü tıkandığı için tekrar kliniğimize başvurmuştur. Fizik muayenede stoma çevresinde ülserasyon ve gastrostomi tüpünün mantar şeklindeki ucunun cilt altına kaydığı saptanmıştır (Şekil 2). Üst GİS endoskopi girişiminde tam farengeal darlık saptanmıştır. Gastrostomi tüpünün kenarında ülserasyon ve lümenin tıkalı olması nedeniyle tüp çekilip çıkarılmış, sonra da itme yoluyla kör bir uygulama yapılmamıştır. Kemoterapisine devam edilmesi planlanan hastaya komorbiditesi nedeniyle laparotomi ile gastrostominin yüksek riskli olduğu değerlendirilmiştir. Hastanın önceki stoma yerinden erişkin tipine göre daha ince olan pediatrik gastroskopla (Fujinon EG-250PE5) yol izlenerek mideye girilmiştir (Şekil 3). Gastroskopide midenin normal, pilor açıklığının tam olduğu, özofagusun üst kısmının tamamen kapalı olduğu görülmüştür. Daha sonra önceki giriş yerine 4 cm uzaklıktan mideye iğne kanül yerleştirilerek klavuz tel mideye ilerletilmiştir (Şekil 4). Bu tel kementle yakalanıp gastroskopla dışarıya çekilmesinin ardından bir silikon PEG tüpü (Medisurg, Almanya) başarıyla yeni yerine yerleştirilmiştir. Eski PEG yerindeki ülsere alan pansumanla kapatılarak tedavi önerilerinde bulunulmuştur. Daha sonraki izlemde bu yaranın iyileştiği ve yeri PEG'nin sorunsuz çalıştığı saptanmıştır (Şekil 5). Sonuçta eski tüp gastrostomi yolunun kullanılmasının sakıncalı olduğu bir durumda burası çapı dar bir fleksibl skopla bir giriş yeri olarak kullanılarak PEG yerinin değiştirilmesinin mümkün olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Perkütan endokopik gastrostomi, Özofagus kanseri

## PB-081
## ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİ (ERKP) DENEYİMLERİMİZ

Mehmet İlhan YILDIRGAN, Esra DİŞÇİ, Bünyami ÖZOĞUL, Abdullah KISAOĞLU, Sabri Selçuk ATAMANALP
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Lüminal endoskopi ve floroskopik tekniklerin birlikte kullanıldığı endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP), safra yolu hastalıklarında klinisyenler tarafından sıklıkla tercih edilen önemli tanı ve tedavi araçlarından biridir. Burada bir yıllık süre içerisinde yaptığımız ERKP vakalarımızı sunarak uzun süredir kullanmakta olduğumuz ERKP deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** 2014 yılında kliniğimizde yaptığımız ERKP vakalarına ait veriler retrospektif olarak incelendi.
**Bulgular:** Toplam 433 hastaya ERKP işlemi yapıldı. Hastaların 220'si (%50.8) kadın ve 213'ü (%49.2) erkek idi. Hastaların 300'ünde (%69.3) kolestaz enzim yüksekliği ile birlikte görüntüleme yöntemlerinde tespit edilen koledokta taş varlığı, 88'inde (%20.3) sadece kolestaz enzim yüksekliği ve 35'inde (%8.1) ise kolestaz enzim yüksekliğinin eşlik ettiği karaciğer kist hidatiği mevcuttu. Ayrıca 10 (%2.3) hastada ise safra yollarının malign tümörleri nedeni ile ERKP yapılmıştı. Tümör, kist hidatik komplikasyonu ve çıkarılamayan büyük taş nedeni ile 55 hastaya (%12.7) stent takılmıştı. Hastaların 360'ında (%83.1) ilk işlemde, 63'ünde (%14.5) de ikinci işlemde başarı sağlandı. Hastaların 10'unda (%2.3) ise 3. kez işlem tekrar edilmedi. Üç hastada (%0.7) ERKP sonrası kanama gözlendi. Bu kanamalar ERKP ile kontrol altına alındı. 25 hastada (%5.8) ERKP sonrası pankreatit gelişti. Bunların hepsi hafif panreatit olarak tanımlandı. Hiçbir hastada perforasyon görülmedi. Bir hastamızın (%0.2) muhtemelen ERKP'ye bağlı gelişen komplikasyonlar (şiddetli pankreatit) nedeni ile tedavi edildiği dış merkezde kaybedildiği öğrenildi.
**Sonuç:** Çalışmamızda ERKP sonrası komplikasyon oranlarımızın literatür verileri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Görüntüleme yöntemlerindeki teknolojik gelişmelere rağmen deneyimli merkezlerde ERKP, düşük komplikasyon oranları ile safra yolu hastalıklarının tanı ve tedavisinde güncel yerini hala korumaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi, Endikasyon, Komplikasyon

## PB-083
## YABANCI CİSİME BAĞLI ÖZOFAGUS PERFORASYONU

Turan ACAR[1], Nihan ACAR[1], Özgür YILDIRIM[1], Coşkun ONAK[1], Firdevs TOPAL[2], Cengiz TAVUSBAY[1], Mehmet HACIYANLI[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, İzmir

**Amaç:** Yabancı cisime bağlı özofagus yaralanmaları çok nadir görülür. Bu hastaların tedavi yönetimi çok zordur. Son yıllardaki teşhis yöntemleri, antibiyotikler, cerrahi teknikler son derece gelişmiş olmasına rağmen, halen morbidite ve mortalite yüksektir. Bizde bu yazımızda tavuk kemiğine bağlı özofagus perforasyonu gelişen bir hastamıza yönelik tedavi yönetimimizi sunmayı amaçladık.

**Olgu:** 61 yaşında erkek hasta yemek yerken aniden gelişen nefes almakta zorluk ve göğüs ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Laboratuar tetkiklerinde lökositozu (22,14 K/uL) dışında anormal değeri yok idi. Çekilen toraks bilgisayarlı tomografi de (BT) mediastende yaygın hava mevcut idi. Endotrakeal bakısı olağan olan hastada özofagus perforasyonu düşünüldü. Hastaya acil endoskopi yapıldı. Özofagus orta kesimde lümen içerisinde tavuk kemiği izlendi. Tavuk kemiği basketle çıkartıldı ve bu perforasyon alanı 3 adet klipsle kapatıldı. Sonrasında hasta entübe edilip yoğun bakıma yatırıldı. Mediastinit nedeniyle geniş spektrumlu antibiyotik başlandı (Piperasilin Sodyum + Tazobaktam Sodyum). Hasta 12 gün yoğun bakım ve 4 günde serviste takip edildi. Kontrol toraks BT çekitirilip, mediastende ki havanın rezorbe ve klipslerin yerinde olduğu görüldü. Hasta şifa ile taburcu edildi.
**Sonuç:** Özofagus yabancı cisimleri endoskopik yöntemlerle güvenli bir biçimde çıkarılmaktadır. Sonrasında perforasyon alanına ilk etap da cerrahi yerine klipsle tamir denenmesi ve doğru hasta yönetimiyle, morbidite ve mortalitenin önemli ölçüde azaltılacağı kanatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopi, özofagus perforasyonu, yabancı cisim, klips, mediastinit.

## PB-084
## MİDE BEZOARLARINDA ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİK GİRİŞİMLERİN ETKİNLİĞİ

Mehmet AZİRET[1], Oktay İRKÖRÜCÜ[2], Hilmi BOZKURT[2], Süleyman ÇETİNKÜNAR[2], Hasan ERDEM[2], Selim SÖZEN[3], Ali Cihat YILDIRIM[1]
[1]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Kars
[2]Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana
[3]Namık Kemal Üniversitesi, Genel Cerrahi BD, Tekirdağ, Türkiye

**Giriş:** Bezoar, sindirilemeyen ve atılamayan maddelerin mide veya ince barsaklarda birikerek kitle oluşturmasıdır. Biriken bezoarlar, yerine ve büyüklüğüne göre karın ağrısı, bulantı, kusma, kilo kaybı, üst gastrointestinal kanama ve mekanik barsak tıkanıklığına neden olabilir. Bezoarlar içeriğine göre fitobezoar, trikobezoar, semen bezoar, laktobezoar, farmakobezoar, diospirobezoar (persimmon) gibi değişik şekilde adlandırılır. Bu çalışmada, kliniğimize mide bezoarı nedeniyle başvuran hastalarda üst gastrointestinal sistem endoskopik girişimlerin etkinliğini ortaya koymayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** Ocak 2013 ve Ocak 2015 tarihleri arasında Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Kars Devlet Hastanesi Cerrahi Endoskopi Ünitesine başvuran mide bezoarlı hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastane veri tabanı ve hasta dosyaları kullanıldı.
**Bulgular:** Çalışmaya toplam 5 mide bezoarı şikayetiyle başvuran hasta kabul edildi. Hastaların median yaş ortalaması 49 yıl ve hastaların 3› ü (%60) bayandı. 2 hastada konjenital mental retardasyon mevcuttu. 1 hastada geçirilmiş mide ameliyatı (Billroth 2 gastrojejunostomi) mevcuttu. 3 hastada katılaşmış fitobezoar, 1 hastada sindirilememiş, 10-15 cm uzunluğunda küme yapmış fitobezoar ve 1 hastada trikobezoar mevcuttu. 5 hastaya üst gastrointestinal endoskopik girişimle bezoarlar çıkarılmaya çalışıldı. 2 hastada toplam 8 seansta üst GİS endoskopik işlemle bezoarlar çıkarıldı. Ancak 3 hastada üst GİS endoskopik girişim başarılı olmadı ve laparatomi ile bezoarlar çıkarıldı.
**Tartışma:** Meyve ve sebze yiyeceklerinin yetersiz sindirilmesi sonucu oluşan fitobezoar en sık görülen bezoar çeşitidir. Liflerden zengin yiyeceklerle beslenildiğinde mide veya ince barsaklarda oluşabilirler. Mental retardasyon, Rapunzel sendromu, psikiyatrik ve emosyonel hastalıklar ve geçirilmiş batın ameliyatı predispozan faktörlerdir. Tanı ve tedavide son zamanlarda endoskopik girişimlerin etkinliği artmaktadır.
**Sonuç:** Katılaşmamış, ayrılabilir mide beozarlarında endoskopik girişimler etkin tedavi yöntemidir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopik girişim, fitobezoar, trikobezoar,

## PB-085
## GAİTADA GİZLİ KAN TESTİ POZİTİF OLAN BÖBREK NAKLİ ALICI ADAYLARINDA ENDOSKOPİ SONUÇLARIMIZ

Türker ERTÜRK, Özgür ÇAVDAROĞLU, Sinan HATİPOĞLU, Nurten TÜRKEL KÜÇÜKMETİN, Ülkem ÇAKIR, İbrahim BERBER
Acıbadem Üniversitesi Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi

**Amaç:** Gaitada gizli kan (GGK) testi, böbrek nakli alıcılarında preoperatif incelemelerdendir. GGK pozitif bulunduğunda endoskopik incelemeler ve gereğinde biyopsi yapılmalıdır. Çalışmamızda; böbrek nakli öncesi GGK pozitif olarak tespit edilen böbrek nakli alıcı adaylarımızda endoskopi sonuçlarını incelemeyi amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Acıbadem International Hospital'da 01 Kasım 2010 ile 31 Aralık 2014 tarihleri arasındaki 609 böbrek nakli alıcı adayından pre-opereatif hazırlık esnasında saptatanan GGK pozitifliği nedeniyle endoskopik inceleme yapılan olgular araştırmaya dahil edilerek, gastroskopi ve kolonoskopi raporları ve biyopsi alınanlarda patoloji sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.
**Bulgular:** Olguların 31'inde (%5.09) pre-op tetkiklerde GGK pozitif çıkmıştır (yaş aralığı:17-67, yaş ortalaması:49.7, 19 erkek (%61.3), 12 kadın (%38.7) ). Olguların 2'sinde (%0.64) kolon malignitesi tespit edilmesi sebebi ile nakil operasyonu iptal edilmiştir. Kolonoskopik incelemelerde; olgularin 10'unda (%32.2) normal kolonoskopi bulguları, 7'sinde (%22.6) kolon polipleri, 5'inde (%16.1) hemoroid, 3'ünde (%9.7) İnflamatuar Barsak Hastalığı, 3'ünde (%9.7) nonspesifik kolit-rektit, 2'sinde (%6.4) Anal Fissür, 2'sinde (%6.4) Divertikülozis koli, 1'inde (%3.2) anjiodisplazi saptanmıştır. Gastroskopik incelemelerde; olgularin 10'unda (%32.2) peptik ülser ve eroziv gastrit, 9'unda yüzeyel gastrit (%29), 8'inde (%25.8) duodenit, 3'unde (%9.6) duodenal ülser, 2'sinde (%6.4) özefagial polip, 2'sinde (%6.4) normal gastroskopi bulguları, 1'er adet (%3.2) özefajit, antral polip, bulbusta polip ve duodenum divertikülü saptanmıştır. Çalısmamızda iki malignite olgusunun böbrek nakli planı iptal edilmiş ve major peptik ülseri olanlar pre-op tedavi edilmiştir.
**Sonuç:** Renal transplantasyon öncesi preop hazırlığı yapılan böbrek nakli alıcısının GGK pozitif çıkması, operasyon öncesi kolonoskopi ve gastroskopi incelemelerinin yapılmasını gerektirir. Nakil öncesi gastrointestinal malignite şüphesi elenmeli ve major gastrointestinal ülserler tedavi edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Renal transplantasyon, endoskopi, gaitada gizli kan, gastroskopi, kolonoskopi, tümör

## PB-086
## SAFRA FİSTÜLLERİN TEDAVİSİNDE ERCP +SFİNKTEROTOMİ-BİLİER STENTLEMELERİNİN İRDELENMESİ

Adnan HUT[1], Doğan YILDIRIM[1], Muzaffer AKINCI[1], Gamze ÇITLAK[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Fazilet ERÖZGEN[1], Mehmet GÜLEN[1], Adem DURU[1], Fatma SARAÇ[3], Akın ÜNAL[1], Sinan UZMAN[3]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanı, İstanbul

**Amaç:** Safra kaçakları en sık kolesistektomi, karaciğere yönelik girişimler sonucu gelişen cerrahi bir komplikasyondur.Etkin tedavi edilmezse ciddi mortalite ve morbiditeye yol açar.Safra fistülü nedeniyle yapılan endoskopik retrograt pankreatikografi (ERCP)+ES(endoskopik sfinkterotomi), ERCP+ES+ BİLİER STENTLEME işlemlerinin tedaviye olan katkısı paylaşıldı.
**Yöntem:** 2004-2014 yılları arasında kolesistektomi(açık-laparoskopk kolesistektomi),karaciğere yönelik girişimler sonrasında safra fistülü 10'günden fazla devam eden, debisi 300 cc ve üzeri olan hastalarda, yapılan ERCP+ES, ERCP+ES+BİLİER STENTLEME işlemleri incelendi.
**Bulgular:** 24 hastaya ERCP yapıldı.Hastaların 13'ü kadın, 11'i erkekti, yaşları 17 ile 79 arasında olup ortalama 57 idi.13 hasta karaciğer kist hidatiği, 11 hasta kolesistektomi nedeniyle opere edildi.Kolesistektomili 11 hastadan' 7 sinde sistik kanal seviyesinden, 2'sinde minor safra kanalından 2'sinde ise koledok yaralanması nedeniyle safra fistülü görüldü; kist hidatikten opere edilenlerin hepsinde kist poşuna açılan safra yolu tesbit edildi.12 hastaya ERCP+ES, 12 hastaya da ERCP+ES+Plastik Stent tatbik edildi.ERCP+ES yapılanların 11'inde safra fistülü 12-21 günde kesildi, 3 hastada ikinci işlem gerekti, 21 günde safra fistülü kesilmeyen 1 hastaya cerrahi tedavi uygulandı.ERCP+ES+BİLİER STENTLEME uygulananlarda safra fistülü işlemden 2-11 gün sonra kapandı.
**Sonuç:** Safra fistüllü hastalarda ERCP+ES+BİLİER STENTLEME işleminin tedaviye olan katkısı ERCP+ES'den daha fazla olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** ercp fistül-stentleme

## PB-087
## ERCP İLE STENTLEME DENEYİMLERİMİZ

Adnan HUT[1], Doğan YILDIRIM[1], Gamze ÇITLAK[1], Fazilet ERÖZGEN[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Mehmet GÜLEN[1], Adem DURU[1], Mahmut Sait DEĞERLİ[1], Akın ÜNAL[1], Sinan UZMAN[2], Fatma SARAÇ[3]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanı, İstanbul

**Amaç:** Endoskopik retrograt kolanjiopankreatikografi ERCP ekstrahepatik safra yolları patolojilerinin tanı ve tedavisinde kullanılan gold standart yöntemlerdendir.Hastanemiz endoskopi ünitesinde uyguladığımız bilier stentleme deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.
**Metod:** 2010- 2014 tarihleri arasında endoskopi ünitesinde ERCP ile bilier stentleme, stent değişimi, restentleme işlemleri incelendi.İşlemler sedoanaljezi altında yapıldı.Veriler retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** İşlem yapılan 27 hastanın 12›sı erkek, 15›i kadındı. Hastaların yaşları 17 ile 77 arasında olup yaş ortalaması 58 idi.3 hastaya inoperabl periampüller tümörü nedeniyle metalik stent tatbik edildi.24 hastaya plastik stent tatbik edildi.Metalik stent tatbik edilen hastaların birine iki kez plastik stentle restentleme işlemi yapıldı. 24 hastadan 11 ine koledokolithiazis nedeniyle ERCP+ES yapılıp koledok taşı çıkarılamadığı için plastik stent tatbik edildi, 13 hastaya ise safra fistülü nedeniyle plastik stent tatbik edildi. 3 hastanın fistülü 12 günden fazla devam ettiği için stent değişimi uygulandı.Koledokolityazis nedeniyle ERCP+ES+Plastik Stent tatbik edilen 11 hastanın 5›inde koledoktaşı 30 mm den büyüktü.2 hasta genel durum bozukluğu nedeniyle takip edildi.3 hastaya operasyon planlandı.6 hastaya ikinci seansta ERCP+ES yapılıp koledok taşı ekstraksiyonu uygulandı.
**Sonuç:** ERCP ile stent uyguladığımız hastaların çoğunluğu mekanik ikter-koledokolityazis, inopperiampüller tümörü, hepatobilier cerrahi sonrası oluşan safra fistüllerinden oluşmaktaydı.ERCP ile stentleme bazen palyatif bazende definitif işlemdir.

**Anahtar Kelimeler:** ercp-stentler

## PB-088
## PEPTİK ÜLSER PERFORASYONU AMELİYATI SONRASI KONTROL ENDOSKOPİSİ GEREKLİ Mİ?

Sena CÖMERT, Gürhan BAŞ, Fatih BAŞAK, Tolga CANBAK, İlyas KUDAŞ, Hakan ÇAKIT, Suat AKTAŞ
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Peptik ülser asit-pepsin içeren mide sıvısının, nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanımı, Helicobacter pylori enfeksiyonu, sigara gibi bazı kolaylaştırıcı faktörlerin yardımı ile başlıca mide ve duodenumda oluşturduğu ve müsküler mukozayı içine alan sınırları belirli doku kaybıdır. Mide ve duodenum dışında özefagus alt ucunda, jejunumda, meckel divertikülünde ve heterotropik mide mukozasının bulunduğu herhangi bir yerde peptik ülser gelişebilir. Komplike olmuş duodenal ülserlerde tedavi seçeneği sıklıkla cerrahi olmakla birlikte, spontan kapanan perfore duodenal ülserler için non-operatif tedavi yöntemleri de seçilebilir. Bu çalışmada peptik ülser perforasyonu (PÜP) ameliyatı sonrası endoskopi sonuçlarını ve uygulamayı irdelemek amaçlanmıştır.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimize 2010-2014 yılları arasında PÜP nedeni ile başvuran ve ameliyata alınan hastalar retrospektif olarak incelendi. PÜP nedeniyle tedavi gören tüm hastalar ameliyat sonrası ikinci ayda üst gastrointestinal endoskopi için kontrole çağrıldı. Kontrole gelen hastalarda endoskopik bulguları değerlendirildi.
**Bulgular:** Çalışma döneminde 143 hasta değerlendirildi. Seksen hastaya (%56) kontrolde ulaşılamadı. Kontrole gelen 63 hastaya (%44) ameliyat sonrası erken dönemde endoskopi yapıldı. Üst gastrointestinal endoskopide 42 hastada bulbusta iyileşmiş ülser, 23 hastada antral gastrit tespit edildi. 25 hastada eritamatöz pangastrit tespit edildi. 2 hastada bulbusta tam tıkayıcı olmayan darlık tespit edildi. Malign patolojiye rastlanmadı.

**Sonuç:** PÜP sonrası endoskopik kontrol sıklıkla önerilmektedir. Çalışmamızda endoskopik kontrol önerisine uyum oranı %44 olarak saptandı, ve yapılan kontrollerde malignite saptanmadı. Bu durum vaka serimizin azlığı ile açıklanabilir ve kontrol endoskopisinin gerekliliği ile ilgili yorum yapmak için daha geniş serilere ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Helicobacter pylori, Peptik ülser perforasyonu, üst gastrointestinal endoskopi

## PB-089
## GAİTADA GİZLİ KAN TESTİ POZİTİF OLAN RENAL TRANSPLANTASYON İÇİN CANLI DONÖR ADAYLARINDA ENDOSKOPİ SONUÇLARIMIZ

Türker ERTÜRK[1], Özgür ÇAVDAROĞLU[1], Sinan HATİPOĞLU[1], Nurten TÜRKEL KÜÇÜKMETİN[2], Ülkem ÇAKIR[1], İbrahim BERBER[1]
[1]Acıbadem Üniversitesi Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi
[2]Acıbadem Üniversitesi Gastroenteroloji Bölümü

**Amaç:** Gaitada gizli kan (GGK) testi, böbrek nakli canlı vericilerinde preoperatif incelemelerdendir. GGK testi pozitif bulunduğunda endoskopik incelemeler ve gereğinde biyopsi yapılmalıdır. Çalışmamızda; böbrek nakli öncesi GGK testi pozitif olan böbrek nakli canlı donör adaylarımızda gastroskopi ve kolonoskopi sonuçlarını incelemeyi amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Acıbadem Üniversitesi International Hospital Organ Nakli Merkezinde, Kasım 2010 ile Aralık 2014 tarihleri arasındaki, 596 böbrek nakli calı verici adayından pre-operatif hazırlık esnasında saptanan, GGK testi pozitifliği nedeniyle endoskopik inceleme yapılan olgular araştırmaya dahil edilerek, gastroskopi ve kolonoskopi raporları ile biyopsi alınanlarda patoloji sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.
**Bulgular:** Toplam 11 olguda (%1.8) pre-operatif tetkiklerde GGK testi pozitif çıkmış olup olguların 5'i erkek (%45.5), 6'sı kadın (%54.5), yaş aralığı:27-63, yaş ortalaması:52.3 idi. Kolonoskopik incelemelerde; olgulardan 1'inde (%9.1) kolon malignitesi saptanmış, 3'ünde (%27.3) normal kolonoskopi bulguları, 3'ünde (%27.3) multipl kolon polipleri (tübüler ve tübülovilloz adenom), 2'sinde (%18.2) hemoroid, 1'inde (%9.1) anal fissür saptanmıştır. Gastroskopik incelemelerde; olguların 3'ünde (%27.3) yüzeyel gastrit, 2'sinde (%18.2) duodenal ülser, 2'sinde (%18.2) duodenit, 1'er adet (%9.1) peptik ülser, gastrik hiperplastik polip, atrofik gastrit, özefagusta papillom ve bulbusta submukozal lipom saptanmıştır. Çalışmamızda 1 olguda da overde malignite şüphesi olan kist saptanmış olup, kolon malignitesi ile birlikte her iki olgunun da böbrek nakli planı iptal edilmiş ve peptik ülser saptanan olguların da pre-operatif tedavisi başlatılmıştır.
**Sonuç:** Renal transplantasyon öncesi pre-operatif hazırlığı yapılan böbrek nakli canlı donörlerinin GGK testinin pozitif çıkması, operasyon öncesi kolonoskopi ve gastroskopi incelemelerinin yapılmasını gerektirir. Transplantasyon için kontrendikasyon teşkil ettiğinden, vericinin gastrointestinal malignite şüphesi, nakil öncesi endoskopik incelemelerle ortadan kaldırılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Böbrek nakli, renal transplantasyon, donör, gaitada gizli kan, gastroskopi, kolonoskopi,

## PB-090
## PERKUTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ UYGULAMALARIMIZ

İlhan ECE, Hüseyin YILMAZ, Serdar YORMAZ, Ertuğrul KAFALI, Fahrettin ACAR
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Konya

**Amaç:** Çeşitli nedenlerle oral alımı bozuk hastaların tedavisinde enteral beslenme, enerji ihtiyacının karşılanması, translokasyonların önlenmesi, vücut direncinin korunması ve gastrointestinal sistem florasının korunması açısından çok önemlidir. Bu çalışmadaki amacımız; hastanemizde PEG takılan hastaların PEG takılma endikasyonlarını, işlem sonrası komplikasyonlarını ve takipleri ile ilgili verileri sunmaktır.
**Metod:** Çalışmamızda Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD endoskopi ünitesinde Ocak 2009-Aralık 2014 tarihleri arasında PEG takılan 269 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** PEG uygulanan hastaların 138'i (%51.3) erkek, 131'i (%48.7) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 63+/-24.6 idi. PEG uygulaması yapılan hastaların primer hastalıkları 205 (%76.2) hastada SVO, 24 (%8.9) hastada larinks ca, 2 (%0.7) hasta özofagus ca, 19 (%7.0) hasta travma sonrası hipoksik iskemik ensefalopati, 14 (%5.2) hasta solunum yetmezliği, 5 (%1.8) hasta intrakranial tümör tanılarına sahipti. Ortalama takip süresi 212+/-125,4 gün idi. 19 (%7.0) hastamız PEG işleminden sonraki ilk 1 ay içinde, 38 (%1 14.1) hastamız PEG işleminden sonraki 3 ay içinde primer hastalığı nedeniyle kaybedildi. Hastalarımızın hiçbirisinde primer olarak PEG işlemine bağlı ölüm görülmedi. 2 hastaya enfeksiyon nedeniyle PEG çıkartılarak tekrar işlem uygulandı. 2 hastada kanama, 5 hastada erken dönemde obstrüksiyon gelişti.
**Sonuç:** PEG uygulaması 80'li yıllarla uygulamaya girmiş ve cerrahiye göre ucuz, güvenli ve hızlı olması nedeniyle rağbet görmüştür. Doğru endikasyon konulmuş olan hastalarda PEG uygulaması genel anestezi gerektirmemesi, yatak başında ya da endoskopi odasında uygulanabilir olması, kısa sürede uygulanması, mortalite oranın düşük olması, majör ve minör komplikasyonlar açısından daha avantajlı olması nedeniyle güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** perkutan endoskopik gastrostomi

## PB-091
## TAM AYRIŞMIŞ İKİ BÖLGENİN STEND ÜZERİNDEN ANASTAMOZU: MİDE PERFORASYONUN ATİPİK TEDAVİSİ

Mehmet Abdussamet BOZKURT, Kıvanç Derya PEKER, İlkay HALICIOĞLU, Cevher AKARSU, Halil ALIŞ
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Istanbul

**Giriş:** Mide perforasyonu özellikle ileri yaş hastalarda mortaliteye sebep olabilen bir acildir. Biz kliniğimizde endoskopik stendle tedavi edilen perforasyonu sunmak istedik.
**Olgu:** 68 yaşında erkek hasta acil cerrahi kliniğine 3 gündür gaz gaita yapamama şikayeti ile başvurdu. Batında yaygın hassasiyeti mevcuttu.Hasta acil operasyona alındı. Yapılan eksplorasyonda mide antrum pirepilorik alanda küçük kurvatur ve posterior düzeyde yaklaşık 3 cmlik perfore alan mevcuttu. Petzer sonda ile tüp gastrostomi yapıldı. Post op 2. Günde dreninden safralı gelen olması üzerine yeniden operasyona

alındı. Duodenum ve midenin tamamen ayrıştığı görüldü. Tüp duodenostomi ve tüp gastrostomi yenilendi. Beslenme için jejunostomi açıldı. Duodenum komşuluğuna dren yerleştirildi. Hastanın oral alımı durdurularak parenteral nutrisyona ve beslenme jejunostomisinden beslenmeye başlandı. Hasta takiplerinde tüp duodenostomisinden gelenin olmaması üzerine 2. Operasyondan sonra 18. Gününde tüp duodenostomisi çekildi. Mideye yerleştirilen sondadan günlük 500 cc geleni oldu ve kesilme olmadı. Duodenum lojuna yerleştirilen drenden günlük 500 cc kadar safralı geleni oldu. Hasta yandaş hastalıkları nedeniyle operasyonu yüksek riskli idi. Takibinin 45. Gününde ise tüp gastrostomisi çekildi. Hastaya aynı gün yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde midede perfore alandan endoskop yardımıyla çıkılarak duodenumdaki perfore alana girilebilmesi üzerine endoskopi eşliğinde stend yerleştirildi. Hasta işlem sonrası 1. Gününde oral alıma başlandı. İşlem sonrası 3. Gününde duodenum komşuğundaki dreni 6. Gününde ise beslenme jejunostomisi çekildi. Oral alımında sıkıntı olmayan hastaya kontrol endoskopisi yapılı ve stend üzerinden mideden duodenuma geçilebildiği izlendi taburcu edildi.
Hasta taburculuğunun 1. Ayında yapılan kontrol üst gastrointestinal sistem endoskopisinde patoloji saptanmadı.
**Sonuç:** Endoskopik stend anastamoz kaçaklarında ameliyat gereksinimini ortadan kaldıran etkili bir alternatiftir.

**Anahtar Kelimeler:** Endoskopik stend, perforasyon, non-op tedavi

## PB-093
## ALT GİS KANAMALARINDA KOLONOSKOPİNİN YERİ

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi, Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Alt Gis kanaması nedeniyle kolonoskopi yapılan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi.
**Gereç ve Yöntem:** Toplam 4765 hastayaTemmuz2009-Aralık 2014 tarihleri arasında yapılan kolonoskopi sonuçları retrospektif olarak incelendi.
**Bulgular:** Hastaların semptomlarından 1399'sinde (%29) rektal kanama, 1297'sine (%27) konstipasyon, 1051'ine (%22) anemi ve/veya kilo kaybı, 738'ına (%15) diare, 290'ına (%6) ise kontrol amaçlı (polipektomi veya kanser ameliyatı sonrası) vardı. Rektal kanama semptomu nedeniyle kolonoskopi yapılmış 1399 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelemeye alındı. 811 (%57) hastada hemoroidal hastalık, 265(%18) hastada rektal veya kolonik polip, 157 (%11) hastada divertiküler hastalık, 57 (%4) hastada rektum veya kolon tümörü, 14 (%1) hastada inflamatuar barsak hastalığı saptanırken, 94(%6) hastada normal kolonoskopik bulgular gözlendi. 33 (%2,3) hastaya aktif rektal kanama esnasında kolonoskopi yapılmış idi. Bu hastalarda aktif kanama odağı olarak 7 hastada hemoroidal hastalık, 7 hastada polip yüzeyi, 9 hastada divertikül tabanı ve 10 hastada kolorektal tümör bulundu. Terapötik amaçlı (skleroterapi ve/veya polipektomi) olarak 17(%51) hastaya müdahalede bulunuldu.
**Sonuç:** Alt Gis kanamalı hastalarda Kolonoskopi, kanama nedenin ve odağının belirlenmesi, malignite şüphesi bulunan olgularda histopatolojik tanın konabilmesi yanında terapötik işlemlerin de yapılmasına imkan vermesi nedeniyle öncelikli endikasyonunu sürdürmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kolonoskopi, Alt GİS kanaması, endikasyon

## PB-094
## MİDE VE DUODENUM PERFORASYONLARINDA UYGULANAN PRİMER RAFİ + OMENTOPLASTİ TEKNİĞİNİN POSTOPERATİF GEÇ DÖNEM ENDOSKOPİK KONTROLÜ

Alpaslan Fedayi ÇALTA[1], İsmail ZİHNİ[2], Hüseyin PÜLAT[2], Oktay KARAKÖSE[2], Kazım Çağlar ÖZÇELİK[2], Ahmet Rahmi HATİPOĞLU[3]
[1]Bozüyük Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Bilecik
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Onkoloji BD, Isparta
[3]Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Edirne

**Amaç:** Duodenal ülser perforasyonlarının tedavi seçenekleri ile ilgili tartışmalar halen devam etmektedir. Komplike olmuş duodenal ülserlerde tedavi seçeneği sıklıkla cerrahi olmakla birlikte, spontan kapanan perfore duodenal ülserler için non-operatif tedavi yöntemleri de seçilebilir. Helicobacter pilorinin (HP) peptik ülser hastalığında major faktör olduğu unutulmamalıdır. Perforasyonu, omental yamayla basit kapama ve proton pompası inhibitörleriyle veya H2 reseptör antagonistleriyle tedavi birçok klinikte, basitliği, kısa operasyon süresi ve düşük morbidite oranı nedeni ile tercih edilmektedir.
**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda, 2001 ve 2008 yılları arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD'nda peptik ülser perforasyonu nedeniyle Primer Rafi + Omentoplasti uygulanan 32 olgunun helicobacter pilori eradikasyonu ile taburcu edildikten 2 ay sonra yapılan kontrol endoskopi sonuçlarını değerlendirdik.
**Bulgular:** Hastaların takipleri sonucunda akut veya kronik ülser perforasyonlu olguların 32 sinde postoperatif endoskopi yapılmış olup %71 inde (23/32) ülserin olmadığı veya iyileşmekte olduğu görüldü. Bu olguların 3'ünde ülser iyileşmekte idi,16'sında yapılan operasyona bağlı bulbus deformasyonu mevcuttu,7'sinde bulbit devam etmekte idi. 2'sinde tamamen normal görünüm 1'inde ise klinik olarak obstriksiyon oluşturmayan apikal darlık mevcuttu. Gerikalan %29'unda ise ülser mevcuttu. Fakat hastaların takiplerinde klinik şikayetlerinin olmaması üzerine kontrol endoskopisi planlanmadı. Peptik ülser perforasyonlarında herhangi bir ülser cerrahisi uygulanmamasına karşın postoperatif dönemde olguların % 71 inde ülserin iyileştiği görüldü.
**Sonuç:** HP, peptik ülser gelişiminde çok önemli bir rol oynamaktadır. Peptik ülser perforasyonu ameliyatı sonrası üçlü eradikasyon tedavisi verilmeli ve 2 ay sonra üst gastrointestinal sistem endoskopisi ile eradikasyonun başarısı ve ülserin son durumu değerlendirilmelidir. Bu takip peptik ülserin ve komplikasyonların nüksünü önleyecektir.

**Anahtar Kelimeler:** helikobakter pilori, peptik ülser, endoskopi

## PB-095
## ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKOPİSİNDE SAPTANAN POLİPLER VE HİSTOPATOLOJİK ANALİZLERİ

Zeynep Deniz KOZLUKLU[1], Yiğit DÜZKÖYLÜ[2], Özhan ALBAYRAK[1], Savaş BAYRAK[1], Hasan BEKTAŞ[1], Serkan SARI[1]
[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul
[2]İslahiye Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Gaziantep

**Amaç:** İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan üst gastrointestinal endoskopi esnasında saptanan polipleri sıklık,

yerleşim ve histopatolojik olarak araştırmak ve merkezimize ait, bir önceki kongrede sunulan sonuçlarla karşılaştırmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2012- Ocak 2015 tarihleri arasında yapılan üst gastrointestinal endoskopi işlemi esnasında polip tespit edilen 64 olgu (45 K, 19 E, ortalama yaş:62.65) ve bu hastalardan elde edilmiş 82 polip yerleşim yeri, histopatolojik özellik, eşlik eden mide gastrik mukoza özelliği bakımından retrospektif olarak incelenmiştir.
**Bulgular:** En sık izlenen klinik semptom 47 olguda (%73.4) dispepsiydi. 82 polipten 42'si antrum(%51.2), 21'i korpus(%25.6), 5'i kardiya(%6), 5'i fundus(%6), 4'ü gastrojejunostomi hattı(%4.8), 2'si duodenum(%2.4), 1'i bulbus(%1.2), 1'i orta özefagus(%1.2), 1'i distal özefagus(%1.2) yerleşimliydi.
Histopatolojik olarak 41 hiperplastik polip(%50), 11 foveolar hiperplazi(%13.4), 9 fundik gland polibi(%10.9), 4 inflamatuvar fibroid polip(%4.8), 2 nöroendokrin tümör(%2.4), 2 skuamöz papillom(%2.4), 1 pylorik gland adenomu(%1.2), 1 submukozal lipom(%1.2), 1 gastritis sistika polipoza(%1.2), 1 Brunner gland hamartomu(%1.2), 1 intramukozal karsinom(%1.2), 1 nöroendokrin karsinom(%1.2) saptandı. 5 incelemede polip saptanmadı, 2 incelemede ödem saptandı.
Gastrik mukozada ise 23 hastada H. pylori enfeksiyonu(%28), 21 hastada kronik atrofik gastrit(%25.6), 7 hastada intestinal metaplazi(%8.5) saptandı.
Daha önce Ocak 2006- Haziran 2012 tarihleri arasında merkezimizde yapılan üst gastrointestinal endoskopi işlemi sırasında 59 hastadan elde edilen 66 polip incelenmiş, yerleşim yeri oranları açısından benzer sonuçlar saptanmıştı. Dikkati çeken nokta histopatolojik tanı çeşitliliğinin artması oldu.
**Sonuç:** Üst gastrointestinal sitem polipleri arasında en sık görülen tip literatürü destekler şekilde hiperplastik polipler olarak saptandı. En sık antrum lokazisyonunda polip görüldü. 2 hastada malign lezyonların düzgün sınırlı polipler olarak görüldüğü tespit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Üst gastrointestinal sistem, polip, endoskopi

## PB-096
## LAPAROSKOPİK KİST HİDATİK CERRAHİSİNDE SAFRA FİSTÜLÜ TESPİTİ VE CERRAHİ YAKLAŞIM. BİR OLGUNUN SUNUMU

Bülent KAYA, Orhan BAT, Nuri Alper ŞAHBAZ
KANUNİ SULTAN SÜLEYMAN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

**Giriş:** Kist hidatik ülkemizde hala yaygın olarak görülen bir parazitozdur.Laparoskopik kist hidatik cerrahisi son yıllarda cerrahi pratiğine girmiş bir tekniktir.Cerrahi sonrası nüks önemli bir problemdir.Kist hidatiğin safra yolları ile olan ilişkileri diğer önemli bir sorundur.
Kist içerisine açılan safra kanalları çoğu zaman asemptomatiktir. Cerrahi uygulamaları sonrası kist kavitesinin boşalması ve basıncın azalması ile açıklıklar safra fistülü haline gelebilir.Bu durum kist hidatik cerrahisi sonrası en sık görülen morbiditelerden birisi olup % 8-22 arası oranlarda görülebilmektedir.
**Olgu:** Olgumuzdaki hastamız polikliniğimize karın ağrısı şikayeti ile başvurdu.Tıbbi özgeçmişinde özellik yoktu.Fizik muayenesinde batın sağ üst kadranda hassasiyet ve ele gelen kitle tespit edildi. Laparoskopik eksplorasyonda karaciğer sol lobda kistik lezyon tespit edildi.Kist içerisine veres iğnesi ile yaklaşık 30 cc % 25 NaCl verildi ve 15 dakika beklendi.Daha sonra kist ligasure yardımı ile açılarak aspire edildi.Kist içerisindeki germinatif membranlar endobag içerisine konarak batın dışına alındı.Gazlı bezler yine endobag yardımı ile batın dışına çıkarıldı. Kist içerisi laparoskop ile kontrol edildi.Kist sol yan duvarda yaklaşık 0.2 cm çaplı safra fistülü görüldü.Bu fistül ağzına klips atıldı.Bu alana ayrıca tissel uygulandı.Safra gelişi kesildi.Postoperatif sorun yaşanmadı.
**Tartışma:** Laparoskopik kist hidatik cerrahisi son yıllarda uygulama alanı bulmuştur.Cerrahi sırasında kist kavitesinin boşaltılması sonrası safra fistülü araştırılması özellikle büyük kistlerde önemlidir.Laparaskopik olgularda laparaskopik bakı avantajlar içerir. Kist içeriğinin safralı olduğu vakalarda kaviteyle ilişkili olan safra kanalı kolaylıkla ortaya konabilir. Ancak gizli safra kanalı ilişkisinden şüphelenilen durumlarda kiste açılan safra kanalını bulmak zor olabilir. İntraoperatif tespit edilen safra fistülleri teknik sorunlar yaratabilir.Safra fistülüne endoskopik sütur, klips ve tissell uygulaması kullanılabilecek teknik yöntemlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Kist hidatik,Laparoskopi,Safra fistülü

## PB-097
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN ABERRAN SAĞ HEPATİK KANAL ANOMALİSİ: BİR OLGU SUNUMU

Oğuzhan ÖZŞAY, Atilla ÖRSEL, Fevzi CENGİZ, Kürşat YEMEZ, Ahmet ER, Mustafa PEŞKERSOY
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi ( LK) günümüzde safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisinde "altın standart" olarak kabul görmüştür. Post operatif dönemde Açık Kolesistektomi (AK) ye kıyasla bilinen pek çok avantajına karşın safra kanalı yaralanmalarına bu teknikte daha sık rastlanmaktadır. Çalışmamızda kolelitiazis nedeniyle LK yapılan "aberran sağ hepatik kanal" anomalili bir hasta sunduk.
**Olgu:** 70 yaşında kadın hasta. Bilinen ek hastalığı yok. Hastaya elektif şartlarda LK yapıldı. Ameliyat olağan seyretti. Kolesistektomi materyalinin ameliyat masasındaki makroskopik tetkikinde; sistik kanalın olmadığı ve kese boynuna bitişik iki ucu açık küçük bir safra kanalı görüldü. Safra kesesi boynu disseke edildiğinde kollumun bu safra kanalına oturduğu ve sistik kanalın doğrudan bu safra kanalına drene olduğu anlaşıldı. Laparotomi kararı verildi. Eksplorasyonda muhtemelen karaciğerin 6. ve 7. segmentlerini drene eden koledoğa paralel seyredip duodenum arkasında kaybolan bir "aberran sağ hepatik kanal" tespit edildi. Yani bu aberran kanal koledoğa muhtemelen aşağı düzeyde açılmaktaydı. Bu durum Huang Sınıflamasına göre Tip A4 olarak değerlendirildi. Kanalın açık iki ucu ortaya konup yaklaştırıldı ve tek-kat anostomoz yapıldı. Post-operatif dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta halen poliklinik takibimiz altındadır.
**Sonuç:** Bilier sistem anomalileri kolesistektomileri komplike hale getirip iyatrojenik yaralanmalara yol açabilmektedir. Safra kanalı yaralanmalarına LK tekniğinde daha sık rastlanmaktadır. Bunun nedeni de AK de ana safra kanalının daha kolay ortaya konmasıdır. Cerrahın deneyiminin artmasıyla safra kanalı yaralanma insidansının azalacağı açıktır. Ayrıca kolesistektomi materyalinin hasta anestezi altında iken cerrah tarafından rutin olarak makroskopik incelenmesi; anatomiyi ortaya koyma, olası bir safra kanalı yaralanmasının tespitinde önemlidir. Kanal yaralanması tespitinde gerekli onarımının yapılmasının ortaya çıkabilecek ciddi medikolegal sorunları bir ölçüde önleyebileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kolesistektomi, safra kanalı yaralanması, aberran sağ heğatik kanal

## PB-098
## NADİR GÖRÜLEN AKUT KOLESİSTİT KOMPLİKASYONU: KOLESİSTODUODENAL FİSTÜL

Turan ACAR, İbrahim KOKULU, Nihan ACAR, Selda GÜCEK HACIYANLI, Özgür YILDIRIM, Salih Can ÇELİK
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Kolesistoduodenal fistül kolelitiazisin geç dönemde oluşan, nadir bir komplikasyonudur. Preoperatif dönemde tanı koymak zordur ve genelde operasyon sırasında tesadüfen fark edilir. Hastaların birçoğunda akut kolesistit öyküsü mevcuttur. Bizde bu yazımızda akut kolesistit atakları geçiren, operasyon sırasında kolesistoduodenal fistül ile karşılaştığımız vakayı sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 58 yaşında erkek hasta, 2 kez akut kolesistit atağıyla interne edilip medikal tedavi verildi. İkinci ataktan sonra erken dönem elektif operasyonu planlandı. Kolesistit bulguları geriledikten sonra operasyona alındı. Hastanın operasyon öncesi herhangi bir şikayeti yok idi. Klasik 4 trokar yöntemiyle laparoskopik olarak batına girildi. Batında kese lojunun omentum tarafından korunduğu, kese fundusunda kapalı perforasyon olduğu gözlendi. Kese calota doğru diseke edildiğinde hartman kısmından duodenuma fistülizasyon görüldü. Bu fistüle alan ayrıştırıldı. Laparaskopik olarak kolesistektomi yapıldı. Fakat duodenumdaki fistüle olan alan büyük ve çok ödemli olduğundan açık tamirin daha doğru olacağı düşünüldü. Açığa geçilip fistüle alan avive edildi ve primer kapatıldı.
Hastada postoperarif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve şifayla taburcu edildi.
**Sonuç:** Sık akut kolesistit atakları geçiren ve şikayetleri gerilemeyan hastalarda kolesistoduodenal fistül akılda tutulmadır. Mümkünse hem kolesistektomi hem de fistül tamiri laparoskopik yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Kolesistit, Kolesistoduodenal Fistül, Laparoskopi

## PB-099
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA SAPTANAN MALİGN TÜMÖRLER

Erdinç KAMER, Fevzi CENGİZ, Turan ACAR, Ahmet ER, Evren DURAK, Mustafa PEŞKERSOY, Mehmet HACIYANLI
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi (LK) semptomatik safra kesesi taşı hastalığı ve diğer benign safra kesesi hastalıklarında standart olarak tercih edilen cerrahi yöntemidir. Bu çalışmada kliniğimizde LK sırasında saptanan organ malignitelerini sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2008-2014 tarihleri arasında 13 hastada LK sırasında diğer organ malignitesi saptanmış olup hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Safra kesesi maligniteleri çalışma dışında tutulmuştur.
**Bulgular:** Onüç hastanın 10'sı (%77) kadın, 3'si (%23) erkek olup yaş ortalaması 54.7±1.2 yıl idi (38-72 yıl). Onüç hastanın 3'sinde (%23) sigmoid kolon tümörü, 1'inde (%7.7) transvers kolon tümörü, 1'inde (%7.7) apendiks müsinöz adenokarsinomu, 4'ünde (%30.8) mide tümörü, 1'inde (%7.7) pankreas kanseri ve 3'inde (%23) sağ over tümörü saptandı. Tüm hastalara LK uygulandıktan sonra ameliyata son verildi. Ameliyat sonrası tanı ve evreleme tetkikleri yapıldıktan sonra tüm hastalara elektif cerrahi uygulandı.
**Sonuç:** LK cerrahi kliniklerinde en çok uygulanan ameliyatlardan birisidir. Kabul edilmiş, tartışılmaz avantajlarının yanında göz ardı edilen dezavantajları da bulunmaktadır. Bu dezavantajlarından en önemlisi batın eksplorasyonu güçlüğüdür. Bu karşımıza "gözden kaçan yada atlanan" maligniteler olarak çıkabilir. Literatürde "missed malignancies" olarak adlandırılan çalışmalara rastlamaktayız. Bu çalışmanın özelliği ameliyat sırasında malignitelerin saptanmasıdır. Literatürde bu tip bir çalışmaya rastlamadık. Bu çalışma ile LK' de batın eksplorasyonunun rutin olarak yapılması ile bazı maligniteleri operasyon sırasında yakalanabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kolesistektomi, organ maligniteleri

## PB-100
## ÜÇ PORTTAN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Turan ACAR, Erdinç KAMER, Fevzi CENGİZ, Ahmet ER, Taner AKGÜNER, Atilla ÖRSEL, Mustafa PEŞKERSOY
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi (LK) günümüzde genel cerrahi kliniklerinde en sık uygulanan ameliyatlardan biridir. Standart LK dört trokar kullanılarak yapılmaktadır. Dördüncü trokar çoğu zaman safra kesesini fundustan asmak için kullanılmaktadır. Günümüzde tek yada üç trokar ile yapılan LK çalışmaları da görmekteyiz. Bu çalışmada kliniğimizde uyguladığımız 3 porttan LK deneyimimizi sunmak istedik.
**Metod:** Kliniğimize 2000-2014 tarihleri arasında semptomatik safra kesesi taşı hastalığı ve diğer benign safra kesesi hastalıkları nedeniyle 42 hastaya 3 porttan LK ameliyatı uygulanmıştır. Port giriş yerleri 1 adet 5 mm lik trokar hariç 4 port LK'deki port giriş yerleri ile aynıdır.Bu hastaların özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir.
**Bulgular:** Kırkiki hastanın 34'ü (%81) kadın, 8'i (%19) erkek olup ortalama yaş 36.4± 1.3 yıldı (aralık 21-86). Ortalama ameliyat süresi 52 dk olup 4 port uygulanan hastalara göre uzun olmasına karşılık istatistiksel olarak anlamsızdı. Hiçbir hastada açığa dönülmedi. Ameliyat sonrasında hiçbir hastada komplikasyon görülmedi. Hastanede kalış süresi 1.2 gün idi.
**Sonuç:** Çalışmamızda 3 port ile yapılan LK seçilmiş hastalar için uygulanabilir, güvenli bir yöntemdir. Ancak avantajları konusunda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç bulunmamaktadır. Aksine ameliyat süresini arttırdığı, laparoskopik cerrahi tecrübe gerektirmesi, bazı vakalarda açılı laparoskopik alet ihtiyacının doğması, kozmetik ve ağrı açısından bir avantaj sağlamamasından dolayı uygulanabilirliğinin sınırlı olmasını sağlamıştır. Belki 3 port uygulaması tek port LK'e geçişte bir basamak olarak kullanılabilinir.

**Anahtar Kelimeler:** Lapaoskopik kolesistektomi, 3 port

## PB-101
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATI ÖNCESİ HASTALARIN ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülay OYUR[1], Hatice Dayılar AVCI[1], Erdinç KAMER[2], Aybala SARIÇİÇEK[3], Fevzi CENGİZ[2], Mehmet HACYANLI[2]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Hemşirelik Bölümü,İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,İzmir
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, İzmir

**Giriş:** Ameliyat öncesi anksiyete, operasyon planlama tarihinden başlayarak giderek yoğunlaşan bir şekilde devam eden, ameliyat anına kadar süren bir fenomendir.Genel olarak çok rahatsız edici bir durum olarak tanımlanabilir. Bu çalışmamızda kolesistektomi ameliyatı öncesi hastalarımızın anksiyete düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.
**Metod:** Kasım 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olan 80 hasta prospektif çalışmaya alındı. Bütün hastaların dermografik özellikleri kaydedildi. Tüm hastalara Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı ve ameliyatla ilgili endişe nedenlerini gösteren kaygı nedenleri sorgulandı. Çalışmamızda hastalar anksiyetenin düzeyine göre 3 gruba ayrılmıştır: Grup 1: 0-15 düşük-orta anksiyete, Grup 2:16-25, orta anksiyet, Grup 3:26-63, şiddetli anksiyet.
**Bulgular:** Çalışmaya aldığımız 80 hastanın 62'i kadın, 18'si erkekti ve yaş ortalaması 53.4±0.3 yıl idi. Grup 1: 14, Grup 2:30 ve Grup 3:36 hasta mevcuttu. Grup 2 ve 3 arasında istatistiksel olarak fark yokken Grup 1 ile diğer gruplar arasında fark vardı. Özellikle yandaş hastalığı olan, bekar, ileri yaşta olan, düşük ekonomik düzeyi olan ve düşük eğitim düzeyi olan hastalarda anksiyetenin arttığı gözlendi. Ayrıca ameliyatı bekleme süreside anksiyete üzerinde etkili idi. Ayrıca en sık rastlanan endişe nedenleri; 1. Ameliyat sonrası uyanamamak, 2. Patoloji sonucunun kanser gelme ihtimali ve 3. Ameliyattan sonra şikayetlerinin geçmemesi olarak belirtilmiştir.
**Sonuç:** Ameliyat öncesi anksiyete düzeyinin bilinmesi, hastaların bu konularda aydınlatılması açısından önemlidir. Rutin uygulamada kliniklerde ameliyat öncesi dönemde şiddetli anksiyetesi olan hastalara destek verilmesi sağlanabilir. Anksiyete şiddetinin ameliyat sonrası döneme olan etkilerini araştırma konusunda başka bir çalışmamız devam etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopk kolesistektomi, beck anksiyete ölçeği, Anksiyete nedenleri

## PB-102
## TAŞLI KOLESİSTİT TANISIYLA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARIN CERRAHİ PİYESLERİNDE SAPTANILAN SAFRA KESESİ POLİPLERİ

Sabahattin DESTEK[1], Vahit Onur GÜL[2], Serkan AHİOĞLU[2], Zeynep TATAR[3], Kürşat Rahmi SERİN[4]
[1]Özel Tuzla Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Edremit Askeri Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, Balıkesir
[3]Patomer Laboratuvarları, Patoloji Bölümü, İstanbul
[4]Özel Liv Hospital, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul

**Amaç:** Safra kesesi polipleri (SKP), safra kesesi mukozasından köken alan lezyonlardır. Karın ultrasonografisi yapılan hastalarda % 0.3-12 oranında SKP'i saptanır. Kolesistektomi ameliyatı sonrasında yapılan patolojik tetkiklerde % 2-12 sıklıkta SKP bulunur. SKP'nin büyük çoğunluğunu kolesterol polipleri oluşturur ve malignite potansiyeli taşımazlar. Kliniğimizde safra kesesi taşı tanısıyla laparoskopik kolesistektomi yapılan ve ameliyat sonrası patolojik incelemede SKP saptanılan hastalar sunulmuştur.
**Materyal ve Metod:** 2010 ile 2015 tarihleri arasında preoperatif safra kesesi taşı tanısıyla ameliyat edilen ve cerrahi piyeslerinde SKP'i saptanan olgular retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** Tüm hastalarda karın ağrısı şikayeti vardı. Ameliyat öncesi yapılan ultrasonografide (US) safra kesesi taşı tanısı konmuştu. Hiçbir hastada US de safra kesesi polibi görülmedi. Safra kesesi taşı tanısıyla 104 hastaya kolesistektomi yapıldı. Ameliyat sonrasında patolojik incelemede 104 hastanın % 5'inde (% 4,8) safra kesesi polibi saptandı. SKP'i saptanan hastaların yaş ortalaması 44.4 (yaş aralığı 26-56) idi. SKP'i saptanan hastalardan ikisinde tek safra kesesi taşı, üçünde multipl safra kesesi taşları vardı. Safra taşı boyutları 2-14 mm arasında değişiyordu. Üç hastada hepatosteatoz da vardı. Bir hastada geçirilmiş pankreatit öyküsü vardı. SKP'inin hepsi kolesterol polibi idi. Multipl olup boyutları 1-3 mm arasında değişiyordu. Tüm hastaların safra kesesi piyesinde kronik kolesistit saptandı.
**Sonuç:** Kolesterol polipleri safra kesesi poliplerinin % 60'ını oluştururlar. Histolojik olarak kolümner tek sıralı epitelle örtülmüş kolesterol içeren histiositlerden kollesterol birikimi sonunda oluşmaktadır. Bazı olgularda safra yolu tıkanıklığı veya pankreatit hastalığına yol açabilirler. Ancak malignleşmezler.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik Kolesistektomi, Safra Kesesi Polipleri

## PB-103
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATLARI SONUÇLARININ CERRAHLARIN DENEYİMİNE BAĞLILIĞI

Z.T.ŞIRINOV

**Materyal ve yöntemler:** Laparoskopik kolesistektomi ameliyatları 2006 yılından itibaren M.A.Topçubaşov adına Bilimsel Cerrahi Merkezinde yapılmaktadır. 2006-2014 yılları zarfında, yaklaşık 1000 ameliyat yapılmıştır. Bu yıllar zarfında, kliniğin 10 cerrahı Avrupa, Rusya, Ukrayna ve Türkiye'de laparoskopik cerrahi yöntemini öğrenmiş ve klinik içerisinde bu yöntemlerin uygulanmasına başlamıştır. Biz laparoskopik kolesistektomi alanında deneyimsiz cerrahlar tarafından yapılan 100 ameliyatla ilgili birinci grup sonuçları ve bu alanda deneyimli cerrahlar tarafından yapılan ikinci grup ameliyat sonuçlarının kıyaslamalı şekilde analizini yapmışız.
**Sonuçlar:** Birinci grup dahilinde intraoperatif komplikasyonlar %6, konversiyon %4, ameliyat üzere ortalama zaman süresi 1 saat, yatak rejimi 7 gün, erken postop komplikasyonlar %8 olmuştur. Fakat ikinci grup dahilinde ameliyat üzere zaman süresi 30 dakika, yatak rejimi 24 saat, intraoperatif komplikasyonlar ve konversiyon yapılmadan erken postop komplikasyonlar %3'tür.

Görüldüğü üzere, cerrah (operatör) deneyimi, iş kalitesi, daha fazla deneyim laparoskopik sistektomiyi olumlu etkilemiştir. Tüm bu komplikasyonlar ilk 10 ameliyatta ortaya çıkmıştır.

## PB-104
## SİTUS İNVERSUS TOTALİSTE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Ekrem ÇAKAR, Savaş BAYRAK, Erdem KINACI, Mert Mahsuni SEVİNÇ, Şükrü ÇOLAK, Hasan ÖKMEN, Hasan BEKTAŞ
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Situs İnversus Totalis (SİT) 1/10000 oranında nadir görülen bir durumdur. Bu çalışmada SİT'li olguda laparoskopik kolesistektomi cerrahi prosedürü sunulmuştur.
**Olgu:** 55 yaş kadın hasta; karın ağrısı, şişkinlik şikayetleri olduğunu ve birkaç kez acil servise de müracat ettiğini belirtiyor. Öyküsünde bilinen situs inversus totalis ve hipertansiyon mevcut olan hastanın yapılan ultrasonografisinde kolelithiasis saptandı. Hastaya kolesistektomi planlanarak hazırlıklara başlandı. Ameliyathanede teknik cihazlar, monitör, bağlantılar ve cerrahi ekip ayna görüntüsü olarak yerleştirildi. 4(dört) adet trokar Amerikan tekniğine uygun sol subkostal alana yerleştirildi. Cerrah ve ekibi açısından ana zorluk ayna görüntüsüne alışmak oldu. Callot diseksiyonu, Hartman ekartasyonu ve klipsleme sol elle yapıldığından daha dikkatli ve yavaş olunması gerekti. işlem sorunsuz standart kolesistektomi şeklinde gerçekleştirildi. Hasta postoperatif 1. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi.
**Sonuç:** Situs İnversus Totalis veya başka anatomik varyasyonları olan olgularda da cerrah; ekibi ve teknik cihazları uygun pozisyonlarda kullanarak güvenli laparoskopik cerrahi işlemleri gerçekleştirebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Situs inversus totalis, laparoskopi, kolesistektomi

## PB-105
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ OPERASYONUNDA SAPTANAN ABERRAN SOL HEPATİK ARTER KAYNAKLI ÇİFT SİSTİK ARTER OLGUSU

İsmail Emre GÖKÇE[1], Şahin KAHRAMANCA[2], Gülay ÖZGEHAN[1], Tevfik KÜÇÜKPINAR[1]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,Ankara
[2]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,Kars

**Giriş:** Hepatobilier sistem anomalileri, gastrointestinal sistemin en sık görülen anomalilerindendir. Olgumuzda,kolelithiazis nedeni ile opere edilen ve aberran sol hepatik arter orijinli çift sistik arter anomalisini sunacağız.
**Olgu Sunumu:** Sağ üst kadran ağrısı şikayeti ile polikliniğe başvuran 28 yaşındaki bayan hastanın yapılan abdominal ultrasonografisinde safra kesesi lümeni içinde büyüğü 12 mm taş tespit edildi. Hastaya laparoskopik kolesistektomi kararı verildi. Callot üçgeni diseksiyonu esnasında sistik arterin aberran sol hepatik arterden köken alarak anterior ve posterior dalına ayrıldığı gözlendi. Sistik arter aberran sol hepatik arter bufirkasyosu üzerinden kliplendi ve sol hepatik arter yaralanması olmadan kolesistektomi başarı ile tamamlandı.
**Sonuç:** Sistik arter % 90 oranında sağ hepatik arterden çıksa da,bazen aberran sol hepatik arterden, gastroduodenal arterden çok nadiren de direkt süperior mezenter arterden köken alabilmektedir. Preoperatif görüntüleme tetkiklerinde tespit edilemeyen bu anamolide, sistik arter diseksiyonunda ve klipslenmesinde sol hepatik artere verilecek zarar neticesinde karaciğerde fokal nekroz gelişebilir. Olası komplikasyonun önlenebilmesi için sistik arter dikkatli bir şekilde diseke edilmeli ve safra kesesine izole olarak bağlantısı görülmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi,hepatik arter,sistik arter

## PB-106
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI ABERAN SAFRA YOLUNA BAĞLI BİLİYER FİSTÜL, OLGU SUNUMU

Fatih BAŞAK, Tolga CANBAK, Aylin ACAR, Abdullah ŞİŞİK, Ali KILIÇ, İlyas KUDAŞ, Feyza AŞIKUZUNOĞLU, Gürhan BAŞ
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi benign safra kesesi hastalıklarının tedavisinde standart tedavi şeklidir. Safra kesesi anatomisinde sistik arter ve sistik kanal varyasyonları sıklıkla görülmektedir. Bu çalışmada aberan safra yolu tespit edilen bir hastanın yönetimini sunmayı amaçladık.
**Olgu:** Otuz dokuz yaşında erkek hasta kolelityazis tanısı ile elektif kolesistektomi ameliyatı planlandı. Laparoskopik olarak kalot disseksiyonunda sistik kanal Rouvier sulkusu yukarısından, safra kesesine yakın dönüldü. Disseksiyon devamında milimetrik kalibreli bir safra yolundan kaçak görüldü. Koledok sulkusun alt bölgelerinde görüldü ve diğer kanalın sağ hepatik kanaldan gelen aberan safra yolu olduğu görüldü, ve kliplendi. Safra kaçağı kesildi ve kolesistektomi tamamlandı. Dren yerleştirilmesi sonrası ameliyat laparoskopik olarak bitirildi. Ameliyat sonrası takiplerinde günlük 200-400cc safralı gelen olması ve drenajın kesilmemesi üzerine 10.günde ERCP yapıldı ve hepatik kanala stent konuldu. Takiplerinde drenajı günlük 100,75,50cc olarak tedricen azaldı. Stent sonrası 4.günden sonra dreninden 100,150,200cc şeklinde günlük artış ile hemorajik karakterli geleni oldu. Destek tedavisi yapılan hasta, stent sonrası 7.günden sonra hemorajik geleni kesildi ve 200cc safralı geleni oldu. Drenajı bir hafta içerisinde azalarak kesildi. Ameliyat sonrası birinci ay kontrolünde karaciğer sağ lobda dren ile ilgisi olmayan 6cm subkapsuler apse görüldü ve perkütan drene edildi. ERCP yapılarak stent çekildi. Kolangiografi değerlendirmesinde herhangi bir kaçak veya yaralanma görülmedi. Kontrol sonrası drenleri çekilen hasta taburcu edildi. Sonraki takiplerinde hastada 1.5yıldır herhangi bir sorun yaşanmadı.
**Sonuç:** Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatında gelişen aberan safra yolu yaralanmasının dramatik gidişatını, beklenmedik komplikasyonların yönetimini ve sonuçlarını sunduk. Laparoskopik kolesistektomi ameliyatında şüphelenilen safra yolu yaralanmasının tedavisinde laparoskopik olarakta devam edilebilmektedir ancak uygun olmayan şartlarda, açığa dönüşten kaçınılmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kolesistektomi, aberan safra yolu, biliyer fistül

## PB-107
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON: TROKAR GİRİŞ YERİ HERNİSİ

Savaş YAKAN, Ulaş URGANCI, Nazif ERKAN, Mehmet YILDIRIM, Erkan OYMACI, Deniz UÇAR, Nurettin KAHRAMANSOY, Levent GENÇ, Atakan SAÇLI, Serdar AYDOĞAN, Orkun SUBAŞI, Hilmi YAZICI
TC. Sağlık Bakanlığı İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

**Amaç:** 1987'de Philippe Mouret'nin gerçekleştirdiği ilk laparoskopik kolesistektomi ile başlayan videoskopik cerrahi, günümüzde kolesistektomi için altın standart kabul edilip hastalara daha iyi kozmetik sonuç, daha az ağrı, daha kısa ameliyat süresi, hastanede kalış süresinin kısalması ve günlük hayata erken dönüş gibi bir çok avantaj sağlamıştır. Trokar yeri hernileri laparaskopik kolesistektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyon olup insidansı %0.65-2.8 arasında değişmektedir. Bu çalışmamızda laparokopik kolesistektomi sonrası oluşan trokar yeri hernili olgularımızı değerlendirmek amaçlanmıştır.
**Yöntem:** Bu çalışmamızda İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2009-2015 yılları arasında laparokopik kolesistektomi sonrası trokar yeri hernisi nedeniyle opere edilen 8 olgunun kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.
**Bulgular:** İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2009-2014 yılları arasında laparokopik kolesistektomi yapılan 1160 olgunun 8 (% 0.68) 'inde trokar yeri hernisi nedeniyle operasyon uygulanmıştır. 8 olgunun tamamı kadın olup yaş ortalaması 55.5 (45-67) olarak bulunmuştur. 5 olguda ksifoid altı 10'luk trokar giriş yerinden 3 olguda ise umblikus üstü 10'luk trokar giriş yerinden herni saptanmıştır. 8 olgunun tamamı 2004 yılında Tonouchi ve ark. sınıflamasına göre geç başlangıçlı tip trokar hernisi olarak sınıflandırılmıştır. 5 olguda defektin küçük olması sebebiyle primer onarım 3 olguda ise prostetik yama (prolen mesh) ile onarım uygulanmıştır. 1 olguda cerrahi alan enfeksiyonu gelişmiş olup başka morbidite yada mortalite serimizde saptanmamıştır.
**Sonuç:** Trokar yeri hernileri laparaskopik kolesistektomi sonrası nadir görülmesine rağmen cerrahi pratiğinde göz önüne bulundurulması gereken bir komplikasyondur.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi, laparoskopi, herni

## PB-108
## PERKÜTAN KOLESİSTOSTOMİ UYGULANAN HASTALARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN GÜVENLİĞİ

Erdinç KAMER[1], Fevzi CENGİZ[1], Volkan ÇAKIR[2], Ömür BALLI[2], Turan ACAR[1], Mustafa PEŞKERSOY[1], Mehmet HACIYANLI[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İzmir

**Giriş:** Akut kolesistit (AK) acil servise en sık başvuru sebeplerinden birisidir. Kolesistektomi AK'in standart tedavisi olup mortalitesi %0-0.8 arasında değişmektedir. Acil laparoskopik kolesistektomi (LK) uygulanması özellikle komorbiditesi olan hastalarda mortalite ve morbiditeyi anlamlı derecede arttırmaktadır. Bu retrospektif çalışmada perkütan kolesistostomi (PK) uygulanan AK'li hastalarda gecikmiş LK uygulamasının etkinliği, avantajları ve komplikasyonları değerlendirilmiştir.
**Metod:** AK nedeniyle LK uygulanan 62 hasta 2 gruba ayrıldı: 1.Grup: PK sonrası LK uygulanan grup (PKLK grup, n=12), 2.Grup: Konservatif tedavi sonrası LK uygulanan grup (LK grup, n=40). Gruplar demografik özellikleri, komorbidite, hastanede kalış süreleri, açığa geçiş oranları ve komplikasyon oranları bakımından kendi aralarında karşılaştırıldılar. PK lokal anestezi altında ultrason eşliğinde girişimsel radyoloji tarafından transhepatik olarak uygulandı.
**Bulgular:** Komorbidesi olan altmış iki hastanın tamamda anestetik ve cerrahi riskli olup 12'sine PK uygulanmıştır (Tablo 1). PK major komplikasyon yada mortalite olmadan 12 hastaya başarı ile uygulanmıştır. Kolesistit bulgularının gerilemesi ve APACHE II skorunun azalması üzerine PK çıkartıldı. Bu hastalara ortalama 8 hafta sonra LK uygulandı. Hiçbir hastada ameliyat sonrası mortalite gelişmedi.
**Sonuç:** Klinik ve laboratuar olarak rahatlamayan koborbitesi olan AK'li hastalarda PK etkin ve güvenli bir yöntemdir. PK'nin yeterli süre geçtikten sonra uygulanan elektif cerrahiye olumsuz bir katkısı bulunmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kolesistektomi; akut kolesistit; peruktan kolesistostomi

## PB-109
## KARACİĞER KİST HİDATİĞİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: BRONKOBİLİYER FİSTÜL

Yiğit SOYTAŞ, Sercan YÜKSEL, Kaan Ali Fuat GÖK, İsmail Cem SORMAZ, Mehmet İLHAN, Süleyman BADEMLER, Cemalettin ERTEKİN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

Bronkobiliyer fistül komplike kist hidatik ya da konjenital anomaliler nedeniyle görülen çok nadir bir durumdur. Tedavide amaç primer olarak safra yollarının drenajını sağlamak ve mümkünse safra yollarının cerrahi olarak düzeltilmesidir. Bu olgu sunumunda; karaciğer kist hidatiğinin komplikasyonu olarak saptanan bronkobilyer fistulü olan hastanın medikal yönetimini sunmayı amaçladık.
Elli yedi yaşında kadın hasta; acil servise ateş, sırt ağrısı ve öksürük ile başvurdu. Hastanın safralı öksürük yakınması mevcuttu. Geçirilmiş ameliyat anamnezi olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde; sağ üst kadranda hassasiyet ve sağ akciğer bazalinde solunum seslerinin azaldığı saptandı. Karaciğer fonksiyon testleri normal olan hastada lökositoz ve akut faz reaktanı yüksekliği mevcuttu. Çekilen oral ve intravenöz kontrastlı toraks ve batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) karaciğer sağ lobdan kaynaklanan, sağ hemitoraksa uzanım gösteren 70X65mm boyutlarında lokülasyon ve intrahepatik safra yolları ile koledokta genişleme saptandı. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) safra kesesinde multipl milimetrik taşlar, intrahepatik safra yolları ile koledokta genişleme ve karaciğer sağ lobda,sağ akciğer alt loba fistülize olmuş, 86x44mm boyutlu tip 2 kist hidatik saptandı. Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERKP) yapılarak karaciğer kist hidatiğinin safra yolları ile iştiraklı olduğu gösterildi. Sfinkterotomi ile multipl hidatik kist membranı ve safra taşı ekstrakte edildi.
Semptomları dramatik olarak gerileyen hasta; albendazol tedavisi ile taburcu edildi. Hastanın birinci ay kontrolünde karaciğer fonksiyon testleri normal saptandı. Toraks ve batın BT görüntülemede kist hacminde azalma saptandı ve intra/ekstrahepatik safra yollarının normal genişlikte olduğu saptandı. Bronkobiliyer fistül sıklıkla karaciğer kist hidatiğinden kaynaklanan nadir bir durumdur. Tedavi germinatif membranların safra yollarından endoskopik olarak drenajı üzerine kuruludur. ERKP başarısız ya da yetersiz olduğunda cerrahi endikasyon mevcuttur.

**Anahtar Kelimeler:** Kist Hidatik, Bronkobiliyer Fistül, Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, Bilioptizi

## PB-110
## İNCE BARSAK TÜMÖRÜ İLE KARIŞAN PANKREAS TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Gürkan ÖZTÜRK, Şükrü ARSLAN, Erdem KARADENİZ, Bülent AYDINLI
Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Erzurum

**Amaç:** Distal pankreas yerleşimli lezyonların tanısı zor olmamakla birlikte atipik yerleşimli lezyonlar bazen diğer organ lezyonlarıyla karıştırılabilir. Bu olgu sunumunda operasyon öncesi ince barsak kaynaklı olduğu düşünülen ancak yapılan laparoskopik eksporasyon sonrası distal pankreas kaynaklı olduğu görülen kitle nedeniyle yapılan laparoskopik distal pankreatektomi ve eş seanslı laparoskopik sol ooferektomi olgusunu sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 47yaşında bayan hastaya çekilen tomografide treitz ligamanı düzeyinde 5cm çaplı, pankreas ile sınır ayrımı yapılamayan ince barsak kaynaklı kitle, PET-CT'de ise batın sol tarafta barsak kaynaklı hipermetabolik kitle ve sol adneksial lojda metabolizma artışı göstermeyen lezyon rapor edilmişti. Tümör markerları normaldi. Hastaya laparoskopik eksplorasyon kararı verildi. 4port yardımıyla batına girildi. Eksplorasyonda sol overde 5,5cm çaplı, trietz seviyesinde ince barsak mezosunda ise 5cm çaplı kitle olduğu görüldü. Lezyon etraf dokulardan serbestleştirildiğinde ince barsaktan kaynaklanmadığı, pankreas kuyruk arka yüzünden kaynaklanarak, ince barsak mezosu içerisine doğru büyüdüğü görüldü. Lezyon etraf dokulardan serbestleştirilirken proksimal jejenumda iatrojenik perforasyon oluştu. Bu alan primer tamir edilerek yakındaki bir jejunal ans ile serozal patch uygulandı. Kitleyide içine alacak şekilde staplerle distal pankreatektomi yapıldı. Trokar yerleri değiştirilmeden eşseanslı ooferektomi yapıldı. Trokar yerinden operasyon sahasına pezzer dren konuldu. Yaklaşık 3cm'lik phannelstiel insizyonla distal pankreatektomi ve ooferektomi materyalleri batın dışına alındı. Hastanın pankreas patolojisi nöroendokrin tümör, over patolojisi ise fibroadenom olarak rapor edildi. Takip süresince komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatuar 12.gün şifa ile taburcu edildi.
**Sonuç:** Laparaskopik eksplorasyon kararı alınan hastalarda karşılaşılabilecek olan diğer patolojilerde akılda tutulmalı, intraoperatif gelişebilecek olan komplikasyonlarada yine laparoskopik olarak müdahele edilebileceği ancak bunun için de ciddi tecrübe gerektiği unutulmamalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Distal pankreatektomi, laparoskopi, over fibroadenomu

## PB-111
## AKUT KOLESİSTİT VE AKUT APANDİSİT BİRLİKTELİĞİNDE EŞSEANLI LAPAROSKOPİ: 2 OLGU SUNUMU

Şükrü ARSLAN, Erdem KARADENİZ, Abdullah KISAOĞLU,
Gürkan ÖZTÜRK, Bülent AYDINLI
Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Erzurum

**Amaç:** Akut kolesistit nedeniyle takip edilmekteyken hastada akut apandisit gelişmesi oldukça nadir bir durumdur. Kliniğimizde akut kolestit nedeniyle takip edilmekteyken akut apandisit gelişen ve eşseanslı laparoskopik apendektomi ve kolesistektomi yapılan 2 olgu sunulmuştur.
**Olgu 1:** 45 yaşında bayan hasta 3 gündür olan batın sağ üst kadran ağrısı şikayetiyle müracaat etmiş, ultrasonografide safra kesesi distandü, duvarı ödemli, içerisinde safra çamuruyla birlikte yaklaşık 1cm çaplı taş rapor edilmiş. Labratuar değerlerinde beyaz küresi 13000, biyokimyası normal olan hasta akut taşlı kolesistit tanısıyla yatırılmıştır. Orali kapatılarak medikal tedavi başlatılan hasta 2 gün sonra beyaz küresi 9000e gerilemiş, kliniği rahatlamış. Ancak takip eden günde batın sağ alt kadran ağrısı olan, beyaz küresi 14000e yükselen, ultrasonografide akut apandisit rapor edilen hasta acil ameliyata alınmıştır.
**Olgu 2:** 40 yaşında bayan hasta 4 gündür olan epigastrik ağrı şikayetiyle müracaat etmiş, ultrasonografide safra kesesi distandü, duvarı ödemli, içerisinde milimetrik çaplı multiple taş rapor edilmiş. Labratuar değerlerinde beyaz küresi 14000, biyokimyası normal olan hasta akut taşlı kolesistit tanısıyla yatırılmıştır. Orali kapatılarak medikal tedavi başlatılan hasta 3 gün sonra beyaz küresi 8000e gerilemiş, kliniği rahatlamış. Ancak takip eden günde batın sağ alt kadran ağrısı olan, beyaz küresi 15000e yükselen, ultrasonografide akut apandisit rapor edilen hasta acil ameliyata alınmıştır.
Her iki hasta da standart 3 trokarla batına girildi, subakut kolesistit mevcudiyeti nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Takiben ksifoiddeki trokar çıkartılıp, batın sol alt kadrana yeni trokar ile girilerek yine 3 trokarla apendektomi yapıldı. Hastalar şifa ile taburcu edildi.
**Sonuç:** Geciktirilmiş kolesistektomi planlanan hastalarda akut apandisit hali gelişirse tedavide laparoskopik apendektomiye eşseanslı kolesistektomi eklenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopi, apendektomi, kolesistektomi

## PB-112
## AKUT KOLESİSTİTLİ HASTALARDA LAPAROKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Esra DİŞÇİ, Abdullah KISAOĞLU, Bünyami ÖZOĞUL, Mehmet İlhan YILDIRGAN, Sabri Selçuk ATAMANALP, Erdem KARADENİZ
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi safra kesesi taşları, tekrarlayan biliyer kolik atakları ve akut ve/veya kronik kolesistit tedavisinde uygulanan cerrahi yöntemdir. Laparoskopik kolesistektomi kozmetik sonuçlar, hastanede yatış süresi, işe dönme süresi, maliyet ve postoperatif ağrı yönüyle açık kolesistektomiden üstündür. Çalışmamızda kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalara ait sonuçlar değerlendirilmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2013-Aralık 2014 yılları arasında kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi yapılan toplam 236 hastaya ait veriler geriye dönük olarak incelendi. Operasyonlar farklı cerrahlar tarafından 3 trokar veya 4 trokar kullanılarak ya da tek port ile yapıldı.
**Bulgular:** Hastaların 190'ı (%80.5) erkek, 46'sı (%19.5) kadın ve ortalama yaş 48 (22-78) yıl idi. Hastaların 206'sı (%87.3) kolelityazis tanısı ile, 30'u (%12.7) akut taşlı kolesistit tanısı ile opere edilmişti. Hastaların 10'unda (%4.2) tek port, 96'sında (%40.7) 3 trokar ve 130'unda (%55.1) 4 trokar kullanıldı. Toplam 12 hastada (%5.1) açık operasyona geçildi. Akut taşlı kolesistit tanılı hastaların 2'sinde (%6.7), kolelityazis tanılı hastaların ise 10'unda (%4.9) açık operasyona geçildi. Kolelityazisli hastalarda ortalama operasyon süresi 35 dakika (20-45), akut taşlı kolesistitli hastalarda ise 55 dakika (40-75) idi. Postoperatif yatış süresi kolelitiazisli hastalarda

ortalama 1.4 gün, akut taşlı kolesititli hastalarda ise ortalama 2.3 gün idi. Postoperatif erken dönemde morbidite ve mortalite tespit edilmedi.
**Sonuç:** Açık kolesistektomi operasyonuna olan üstünlüklerinden dolayı kolelitiazisli hastalarda olduğu gibi akut taşlı kolesistitli hastalarda da laparoskopik kolesistektomi ilk tercih edilmesi gereken yöntem olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, kolelitiazis, laparoskopik kolesistektomi

## PB-113
## TEK PORT LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ İLE KONVANSİYONEL LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN ERKEN DÖNEMDEKİ AĞRI SKORU KARŞILAŞTIRILMASI

Erkan GÜLER, Zeynep MUMCU, Taylan Özgür SEZER, Özgür FIRAT, İlhami SOLAK, Adem GÜLER, Sinan ERSİN, Cüneyt HOŞÇOŞKUN
Ege Üniversitesi Genel Cerrahi AD, İzmir

**Amaç:** Bu çalışmada tek port laparoskopik kolesistektominin ve konvansiyonel laparoskopik kolesistektominin postoperatif ağrı skorlarını karşılaştırmayı amaçladık.
**Yöntem:** Temmuz 2012 ile Kasım 2013 arasında toplam 250 hastaya kolesistektomi ameliyatı uygulandı. Bunların 95'ine tek port laparoskopik kolesistektomi, 155'ine ise laparoskopik kolesistektomi operasyonu uygulandı. Postoperatif 4. 8. 12. ve 24.'üncü saatte ağrı skorları Vizüel Analog Skoru kullanılarak geriyedönük karşılaştırıldı.
**Sonuç:** Her iki gruptaki demografik veriler benzerdi. Postoperatif 4. 8.ve 12. saatteki ağrı skorlarında fark saptanmadı. Ancak, 24. saatte ağrı skoru tek port laparoskopik kolesistektomi grupta daha düşük saptandı (2 vs 4, $p<0.05$).
**Tartışma:** Tek port laparoskopik kolesistektomi kozmetiğe ek olarak postoperatif erken dönemde daha düşük ağrıya neden olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi, laparoskopi, tek port

## PB-114
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ: 3282 OLGU

Atahan ACAR, Melek GÖKOVA, Murat Kemal ATAHAN, Turan ACAR, Evren DURAK, Ahmet ER, Cengiz TAVUSBAY
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi yaptığımız olguların retrospektif değerlendirilmesi.
**Gereç-Yöntem:** 2010 Ocak ve 2015 Ocak tarihleri arasında genel cerrahi kliniğinde elektif kolesistektomi planlanarak yatırılan ve laparoskopik kolesistektomi yapılan 3282 hastanın demografik dağılımı, ameliyat sonrası patoloji sonuçları ve hastanede yatış süreleri değerlendirildi.
**Bulgular:** Hastalar 830'u erkek (25.3%) ve 2542'si kadın (74.7%) idi. Ortalama yaş 53±13.9 idi. Ameliyat ertesi yatış süresi ortalaması 1.52 gün (kadın 1.48, erkek 1.62). 65 yaş üstü hastalar bağımsız değerlendirildiğinde ortalama yatış süresi 1.66 gün saptandı.
Ameliyat sonrası 129 hastada (%3.9) postoperatif komplikasyon gelişti. Komplikasyon gelişen hastaların çoğunluğu 65 yaş altında saptandı (%65 n:84 / %35 n:45) Postoperatif histopatolojik incelemeleri; kronik taşlı kolesistit (n:2954), kronik atrofik kolesistit (n:98), otolitik kolesistit (n:81), ülseröz kolesistit (n:40), pilorik metaplazi (n:28), aktif ülseroflegmonatöz kolesistit (n:22), adenomyom (n:20), hiperplastik polip (n:10), ksantogranülamatöz kolesistit (n:10), foliküler taşlı kolesistit (n:10), intestinal metaplazi (n:5), adenokarsinom (n:3), fokal yüksek derecede displazi (n:1) şeklinde raporlanmıştır.
**Sonuç:** Günümüzde safra kesesi taşlarında safra kesesi koruyucu cerrahi sınırlı merkezlerde uygulanmaya başlanmış olsa da laparoskopik kolesistektomi halen bu hastalık grubunda altın standart tedavi yöntemi kabul edilmektedir. Deneyimli merkezlerdeki laparoskopik cerrahlar ameliyat sonrası komplikasyonları ve yatış sürelerini azaltmak için yeni standartlar kabul görene dek zorlanacak gibi görünmektedirler.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, kolesistektomi, taşlı, safra, kesesi, izmir

## PB-115
## AKUT KOLESİSTİT TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: ERKEN VE GEÇ DÖNEM KOLESİSTEKTOMİ ARASINDAKİ SONUÇLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Turan ACAR, Erdinç KAMER, Nihan ACAR, Özlem GÜR, Kemal ATAHAN, Halis BAĞ, Mehmet HACIYANLI
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Laparoskopik safra kesesi ameliyatı semptomatik safra taşı tedavisinde altın standart haline gelmiştir. Akut kolesistit tedavisinde ki genel kanı ise, ilk etap da enflamasyona bağlı olası komplikasyonları önlemek amaçlı konservatif tedavi ve 6-8 hafta sonra laparoskopik kolesistektomidir. Fakat son dönemlerde artan laparoskopik deneyimlerle, erken laparoskopik kolesistektomi girişimi yaygınlaşmaya başlamıştır.
**Materyal ve Metod:** Bizde akut kolesistit tanısı alan hastalarımızda uyguladığımız erken ve geç dönem kolesistektomi sonuçlarımızı karşılaştırmayı amaçladık.
**Olgu:** Akut kolesistit tanısı ile interne edip, erken dönem ( ilk 24 saat) (n: 33) ve ilk etap da konservatif tedavi verip 6-8 hafta sonra geç dönem kolesistektomi yaptımız (n: 33) toplam 66 hasta karşılatırıldı. Gruplar demografik ve klinik özellikleri birbirine yakın hastalardan oluşturuldu. Hastaların operasyon süreleri arasında anlamlı bir fark yok iken, açığa geçme oranı ve hastanede kalış süreleri erken kolesistektomi yapılanlarda daha yüksek idi. Erken dönem kolesistektomi yapılan hastalarda daha çok postoperatif komplikasyona rastlandı.
**Sonuç:** Akut kolesistit hastalarında erken dönem kolesistektominin maliyeti önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Fakat erken dönem kolesistektomide açığa geçme ve postoperatif komplikasyon riski yüksek olduğundan, ileri laparoskopi deneyiminin olması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, laparoskopik kolesistektomi, maliyet, komplikasyon

## PB-116
## AKUT KOLESİSTİT LAPAROSKOPİYE ENGEL Mİ?

Turan ACAR, Mehmet HACIYANLI, Kemal ATAHAN, Erdinç KAMER, Salih Can ÇELİK, Nihan ACAR, Halis BAĞ, Cengiz TAVUSBAY
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Önceleri akut kolesistitde laparoskopik kolesistektomi çok tercih edilmezken, şimdilerde laparoskopik deneyimlerin artmasıyla daha çok tercih edilmektedir.
**Materyal ve Metod:** Bizde bu çalışmamızda akut kolesistit tanısı ile interne edip ilk 24 saat de opere ettiğimiz 33 hastada ki sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 17 si erkek ve16 sı kadın olmak üzere 33 hastanın yaş ortalaması 63,5 (41- 95). 20 hastanın birden fazla atak ve 7 hastanın da ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) öyküsü mevcut. 16 hasta farklı nedenlerle daha öncesinde opere olmuş. Tüm hastalarda başvuru anında batın hassasiyeti var iken, 23 hastada murphy bulgusu pozitif idi. Ortalama operasyon süresi 95,4 (47- 166) dakika ve hastanede yatış süresi ise 5 (1- 25) gün. 16 hastada açığa geçildi ve 4 hastada postoperatif komplikasyon gelişti. 2 hasta ise exitus oldu.
**Sonuç:** Erken dönem kolesistektomide açığa geçme ve postoperatif komplikasyon riski yüksek olduğundan, ileri laparoskopi deneyiminin olması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akut Kolesistit, laparsokopi, postoperatif komplikasyon

## PB-117
## LAPAROSKOPİK SUBTOTAL PANKREATEKTOMİ; OLGU SUNUMU

Mehmet Zafer SABUNCUOĞLU[1], Özgür DANDİN[2], Gülsüm BİNDAL[1], Girayhan ÇELİK[1], Tuğrul ÇAKIR[3]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Isparta
[2]Bursa Asker Hastanesi, Genel Cerrahi, Bursa
[3]Antalya Egitim ve Araştırma Hastanesi

Laparoskopik işlemler, cerrahi tecrübenin ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte tüm abdominal cerrahilerde kullanılır olmuştur. Laparoskopik distal pankreatektominin açık konvansiyonel cerrahiye üstünlüğü yayınlarda rapor edilmiştir. Büyük arter ve venlere yakın konumu sebebiyle laparoskopik subtotal pankreatektomi ise daha yeni bir işlemdir.
Karın ağrısı sebebiyle yapılan tetkiklerde pankreas gövdesinde 6.5 cm pseudopapiller tm ile uyumlu yapıya sahip kitle tespit edilen hastaya 4 port tekniği ile laparoskopik subtotal pankreatektomi ve splenektomi operasyonu yapıldı. Operasyon 185 dakika sürdü ve yaklaşık 90 ml kanama oldu. Hasta postoperatif 3. Gün taburcu edildi. Patolojik raporda preoperatif öntanı ile uyumlu olarak pseudopapiler tm ile birlikte pankreas kuyruğunda 0.5 mm nöroendokrin tm saptandı. Bu beraberlik nadiren Von Hippel-Lindau sendromu ile birlikte görülebildiğinden tarama yapıldı ancak ek patoloji saptanmadı.
Laparoskopik subtotal pankreatektomi seçilmiş hastalarda açık konvasiyonel cerrahiye alternatif olarak güvenli bir seçenektir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik pankreatektomi, laparoskopik cerrahi, subtotal pankreatektomi

## PB-118
## KOLESİSTOKOLEDOKOLİTYAZİS NEDENİYLE ERCP YAPILAN HASTALARA ERKEN DÖNEMDE YAPILAN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİKLERİN İRDELENMESİ

Doğan YILDIRIM[1], Adnan HUT[1], Gamze ÇITLAK[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Fazilet ERÖZGEN[1], Adem DURU[1], Mehmet GÜLEN[1], Şevki PEDÜK[1], Sinan UZMAN[2], Fatma SARAÇ[3], Muzaffer AKINCI[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanı, İstanbul

**Amaç:** Mekanik obstruksiyonlu kolesistokoledokolityazis nedeniyle endoskopik retrograt kolanjiopankreatikografi (ERCP) hastalara işlemden sonra ki ilk 72 saat içersinde yapılan laparoskopik kolesistektomilerin peroperatuar ve postoperatuar bulgularının değerlendirilmesi amaçlandı.
**Metod:** Hastanemiz genel cerrahi kliniğinde 2010-2014 yılları arasında mekanik obstruksiyonlu kolesistokoledokolityazis nedeniyle ERCP yapılan 21 hastanın ercp bulguları, peroperatuar komplikasyonları, laparoskopik operasyondan konvansiyonel cerrahiye geçiş oranları, post operatif yatış süreleri retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** Hastanemizde 2010-2014 yılları arasında mekanik obstruksiyonlu kolesistokoledokolityazis nedeniyle ERCP yapılıp işlemden sonra ilk 72 saat içinde 21 hasataya laparoskopik kolesistektomi işlemi uygulandı.9 hasta erkek, 12 hasta kadındı.21 hastadan 15'ine bir kez ERCP uygulanıp koledoktan taş ekstraksiyonu yapıldı, 6 hastaya ise ikinci ERCP sonrası taş ekstraksiyonu yapılabildi.21 hastadan 18 hastada safra kesesi duvar kalınlığ 5 mm den daha fazlaydı, 3 hastada 5 mm den azdı.21 hastadan 12'sinde safra kesesine duodenum ve kolon yapışıktı, bu hastalardan 1'inde safra yolu yaralanması nedeniyle 4'ünde ise ileri dercede yapışıklık ve callot üçgeninin yeterli diseke edilememesi nedeniyle konvansiyonel cerrahiye geçildi.1 hastaya kolesistektomi+T tüp üzerinden safra yolu tamiri+dren tatbik edildi, 4 hastaya açık kolesistektomi+dren tatbik edildi. 16 hastada operasyon laparoskopik olarak tamamlanabildi. 16 hastanın 14'üne dren konuldu.Hastaların ameliyattan sonra ortalama yatış süresi 2.9 gündü.
**Sonuç:** Mekanik obstruksiyonlu kolesistokoledokolityazis nedeniyle ERCP yapılıp işlemden sonra ilk 72 saat içinde laparoskopik kolesistektomi yapılması dokulardaki inflamasyon ve ödem nedeniyle büyük zorluklara neden olmaktadır.Erken dönemde laparoskopik kolesistektomi yapılması daha yüksek komplikasyon oranlarına sahip olduğu kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** ercp, erken dönem laparoskopik kolesistektomi

## PB-119
## DELİCİ-ÖĞÜTÜCÜ ASPİRATÖR İLE LAPAROSKOPİK HİDATİK KİST CERRAHİSİ

İlhan ECE, Mustafa ŞAHİN, Hüseyin YILMAZ, Serdar YORMAZ, Hüsnü ALPTEKİN, Fahrettin ACAR, Mehmet Ertuğrul KAFALI
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Konya

**Amaç:** Kist hidatik Echinococcus granülosus'un neden olduğu ülkemiz gibi endemik bölgelerde sık görülen bir hastalıktır. Cerrahi tedavide amaç kistin içerisindeki canlı tüm skolekslerin

uzaklaştırlması ve kavitenin uygun bir şekilde oblitere edilmesidir.Günümüzde tüm karın içi ameliyatlarda olduğu gibi kist hidatik cerrahisinde de laparoskopik teknikler seçilmiş hastalarda güvenle yapılabilmektedir.Ancak laparoskopik hidatik kist cerrahisinde en önemli problem kistik içeriğin karın içine saçılmadan tamamen aspire edilmesidir.Bu çalışmada kliniğimizde geliştirilen laparoskopik ve açık kist hidatik cerrahisinde başarı ile kullanılan delici-öğütücü aspiratörü sunmayı amaçladık.
**Yöntem:** Kliniğimize Ocak-Aralık 2014 tarihleri arasında karaciğer hidatik kisti tanısı ile laparoskopik olarak delici-öğütücü aspiratör yardımıyla tedavi edilen toplam 9 hasta çalışmaya dahil edildi.Kistin lokalizasyonu ve hidatik kist evresinin belirlenmesi amacıyla tüm hastalar ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi.Ayrıca tüm hastalar radyoloji ile konsulte edilerek uygun olanlara PAIR tedavisi uygulandı. PAIR tedavisine uygun olmayan Gharbi tip 3 kisti bulunan hastalar ameliyat edildi.
**Bulgular:** Yaş ortalaması 45.8 (28-67) olan toplam 9 hastanın 6'sı (%66) kadın, 3'ü (%33) erkekti.Hastaların hepsinde kist karaciğer sağ lobda yerleşmişti. Ortalama kist büyüklükleri 6.8 (4-10) cm olarak tespit edildi.Tüm hastalarda kist veres iğnesi ile boşaltılıp hipertonik solüsyon verilerek içeriğin inaktive olması sağlandı. Delici-öğütücü aspiratör ile kistin tepesinden girildi ve germinaif membran öğütülerek aspire edildi. Hiçbir hastada açık cerrahi ihtiyacı ve postoperatif kanama olmadı.Hastaların birisinde kavie içinde gözlenen safra yolu sütüre edildi.Ameliyat sonrası dönemde hiçbir hastada safra kaçağı ve erken komplikasyon görülmedi. Hastalar ortalama 5.8 (4-9) günde taburcu edildi. & aylık takip süresince nüks gözlenmedi.
**Sonuç:**Kliniğimizde geliştirmiş olduğumuz delici-öğütücü aspiratörün şarjlı ve uç kısmının değiştirilebilir olması kistik içeriğin karın içine yayılmasını minimuma indireceğini düşünüyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** hidatik kist, laparoskopi, parsiyel kistektomi

## PB-120
## AKUT KOLESİSTİTLİ HASTALARDA PERKÜTAN KOLESİSTOSTOMİ DENEYİMİMİZ

Erdinç KAMER[1], Fevzi CENGİZ[1], Volkan ÇAKIR[2], Ömür BALLI[2], Turan ACAR[1], Serkan KARAİSLİ[1], Mustafa PEŞKERSOY[1], Mehmet HACIYANLI[1]
[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji Kliniği, İzmir

**Giriş:** Akut kolesistit (AK) acil servise en sık başvuru sebeplerinden birisidir. AK'de kolesistektomi uygulanabilir ancak komorbid hastalığı ve cerrahi yüksek riski bulunan hastalarda geçici olarak safra kesesi dekompresyonu uygulanabilir. Bu retrospektif çalışmada AK'li hastalarda perkütan kolesistostomi (PK) deneyimimizi sunmayı amaçladık.
**Metod:** Perkütan kolesistostomi uygulanan 12 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. AK tanısı önce klinik olarak kondu. Tanı laboratuar ve görüntüleme yöntemleri ile desteklendi. Hastaların yaş,cinsiyet, komorbiditesi, şikayet süreleri, PK uygulanma zamanı, hastanede yatış süreleri, laparoskopik kolesistektomi uygulanma süresi incelendi.
**Bulgular:** Oniki hastanın 8'i erkek, 4'ü kadındı. Hastaların demografik özellikleri tablo 1 de sunuldu. PK major komplikasyon yada mortalite olmadan 12 hastaya başarı ile uygulanmıştır. İşlem sonrası hastaların semptomları geriledi ve tüm hastalar kataterleri ile taburcu edildiler. Kolesistit bulgularının gerilemesi ve APACHE II skorunun azalması üzerine PK çıkartıldı. Hastaların tamamına ortalama 8 hafta sonra laparoskopik kolesistektomi uygulandı.
**Sonuç:** Klinik ve laboratuar olarak rahatlamayan koborbitesi olan AK'li hastalarda ultrasonografi kılavuzluğunda PK etkin ve güvenli bir yöntemdir. Ayrıca PK'nin yeterli süre geçtikten sonra uygulanan elektif cerrahiye olumsuz bir katkısı bulunmamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit; perkütan kolesistostomi; cerrahi

## PB-121
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA GÖZDEN KAÇAN ABDOMİNAL MALİGNİTELER

Erdinç KAMER, Fevzi CENGİZ, Ahmet ER, Atilla ÖRSEL, Nihan ACAR, Mustafa PEŞKERSOY
Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Giriş:** Semptomatik safra kesesi taşı hastalığı ve diğer benign safra kesesi hastalıklarının cerrahi tedavisinde laparoskopik kolesistektomi standart bir yöntemdir. Ancak laparoskopik kolesistektomi (LK) sırasında gözden kaçabilen abdominal maligniteler olabilmektedir. Literatürde "missed malignancies" olarak adlandırılan çalışmalara rastlamaktayız. Biz bu çalışmamızda laparoskopik kolesistektomi sırasında gözden kaçın abdominal maligniteleri sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2008-2014 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi sırasında gözden kaçan 9 abdominal malignitesi olan hasta retrospektif olarak incelendi. Bu hastalardan 4 tanesi dış merkezde LK ameliyatı olmuştu.
**Bulgular:** Dokuz hastanın 6'sı kadın, 3'ü erkek, yaş ortalamaları 62±1.3 idi. Hastaların hepsine safra kesesi taşı nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Kliniğimizde LK sırasında 13 hastada farklı organ maligniteleri tespit edilmiştir. Bu 5 hasta tamamen gözden kaçmış ya da eksplorasyonda görülemeyecek şekilde abdominal malignitelere sahipti. Bu 9 hastanın 4'ü sigmoid kolon kanseri, 1' pankreas başı kanseri, 2'si mide kanseri, 2'si over kanseri idi. Hastaların demografik özellikleri ve yapılan ameliyatlar tablo 1 de sunuldu.
**Sonuç:** Laparoskopik kolesistektomi sırasında gözden kaçan malignitelere "missed malignancies" olarak literatürde rastlamaktayız. LK öncesinde yapılan görüntüleme tetkiklerinin önemi ve LK sırasında batın eksplorasyonu özellikle yaşlı ve semptomların safra kesesi taşı ile açıklanamayan hastalarda önemli olduğu aşikardır. Ayrıca LK ameliyatı sonrasında ameliyat öncesi semptomların devamlılığı bizi batın içi malignite yönünden kuşkulandırması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kolesistektomi; malignite; gözden kaçan

## PB-122
## İKİ İNSİZYON ÜÇ PORT İLE GÜVENLİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: 5 OLGU SUNUMU

Turan ACAR, Nihan ACAR, Mehmet HACIYANLI, Serkan KARAISLI, İbrahim KOKULU, Cengiz TAVUSBAY, Coşkun ONAK
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Klasik konvansiyel laparoskopik kolesistektomi standart dört insizyon yöntemiyle yapılmaktadır. Günümüzde ise kozmetik

nedenlere daha çok önem verildiğinden insizyon sayıları gün geçtikçe azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu amaçlı birçok çalışma mevcut fakat belirtilen teknikleri ekonomik imkanlar nedeniyle uygulanması zordur. Biz de bu yazımızda iki insizyon üç adet 5 milimetrelik (mm) port ile yaptığımız laparoskopik kolesistektomiyi sunmayı amaçladık.
**Olgu:** Semptomatik safra kesesi taşı olan 3 ü bayan, 2 si erkek 5 hastanın preoperatif hazırlığını yaptık. Hastaların yaş ortalaması 26 (21- 32). Bayan hastalardan ikisinin sezaryan öyküsü mevcut. Diğer 3 hastanın daha öncesinde operasyonu yok. Hastaların ek hastalıkları yok. Fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinde akut kolesistiti düşündürecek bulguları yok. 2 hastada tek taş diğer 3 hastada multipl milimetrik taşlar mevcut. Hastalar olacakları operasyon ve uygulanacak yöntem hakkında bilgilendirildi. Hastalara göbek üzerinden 1 cm lik transvers kesi yapıldı. Batın 12 mm Hg CO2 ile şişirildikten sonra bu alandan 2 adet 5 mm lik trokar girildi. 30 derecelik 5 mm lik kamera ile trokarların birinden girilip batın içi eksplore edildi. Sonrasında 1 adet 5 mm lik trokar da epigastrik alandan, ksifoidin yaklaşık 1 santimetre altından girildi. Göbekten girilen 5 mm lik trokarların birinden 30 derecelik 5 mm lik kamera diğerinden artikülasyonu olmayan grasper ve epigastrik bölgedeki 5 mm lik alandanda disektör kullanıldı. 5 hastada da ek bir insizyona gerek olmadan güvenli şekilde laparoskopik kolesistektomi yapıldı.
**Sonuç:** Özellikle kozmetik endişesi olan hastalara, ileri laparoskopik eğitimi olan merkezlerde, bu yöntemle ucuz ve güvenli laparoskopik kolesistektomi yapılabilineceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** ucuz laparoskopi, kolesistektomi, iki insizyon, üç port

## PB-123
## BİR İLÇE HASTANESİNDE TEK PORT LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Alpaslan Fedai CALTA[1], Kadir ÖZER[1], İsmail ZİHNİ[2], Oktay KARAKÖSE[2], Hüseyin PÜLAT[2], Kazım Çağlar ÖZÇELİK[2]
[1]Bozüyük Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Bilecik
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, Isparta

**Amaç:** Kolesistektomi cerrahi kliniklerinde sıklıkla yapılan ameliyatlardan biridir. Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesi ameliyatlarında altın standart olarak tanımlanmaktadır. SILS((Single incision Laparoscopik Surgery= SILS) kozmetik sonuçları açısından minimal invaziv cerrahiyi bir adım daha ileriye taşımıştır. Bu çalışmada tek kesiden laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız 8 olguyu sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2012 – Eylül 2012 tarihleri arasında Burdur Bozüyük Devlet Hastanesine kolelitiazis nedeniyle SILS kolesistektomi yapılan 8 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, ultrasonografi (USG), ameliyat süresi, açığa geçme, morbidite mortalite ve postoperatif hastanede yatış süreleri kaydedildi.
**Bulgular:** Hastaların tamamı kadındı ve yaş ortalaması 40( 28-53) idi.Hastaların tamamında semptomatik safra kesesi taşı mevcuttu ve hiçbirinde akut kolesistit atağı öyküsü yoktu. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 24,6(20-26) Ortalama ameliyat süresi 80 dakika (45-135 dak.) idi Ortalama umblikal insizyon boyutu 2,3 cm (2 -3 cm) idi. Hastaların 1 inde 2. Port eklendi. Bir hastada postoperatif dönemde ise seroma gelişti. Postoperatif analjezik ihtiyacında standart kolesistektomiye göre bir fark gözlenmedi. Hastanede kalış süresi 1 gündü.
**Sonuç:** Günümüzdeki teknolojik gelişmeler, laparoskopik cerrahide de yakalanmış olup SILS kolesistektomi günümüzde bir ilçe hastanesinde dahi uygulanabilmektedir. SILS-Kolesistektomi seçilmiş vakalarda kullanım avantajı, kozmetik sonuçları ile güncel laparoskopik cerrahi seçeneklerden biri olduğu kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik kolesistektomi, safra kesesi, tek port

## PB-124
## TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ TECRÜBEMİZ

Göksel SEÇKİN, Bülent GÜRBÜZ, Şenol CARILLI, Aydın ALPER
VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Safra kesesi ameliyatlarında 3 veya 4 trokar girilerek yapılan laparoskopik cerrahi altın standart yöntem haline gelmiştir. Tek kesiden yapılan laparoskopik cerrahi, konvansiyonel laparoskopik cerrahiye göre daha iyi kozmetik sonuçlar sağlanmaktadır. Bu çalışmamızda Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi'nde 2011 yılından bu yana yapılan tek kesili laparoskopik kolesistektomi (TKLK) sonuçlarımızı gözden geçirdik.
**Gereç ve Yöntem**: 2011-2014 yılları arasında yapılan 178 TKLK ameliyatı hastaların cins, yaş, ameliyat süresi, yatış süresi parametleri açısından değerlendirildi. Bütün ameliyatlar göbekten yapılan 2 cm'lik cilt kesisi ve daha sonrasında karın fasyasından birbirinden farklı 3 ayrı giriş noktasından batın boşluğuna giren 2 adet 5 mm'lik ve 1 adet 10 mm'lik toplam 3 adet trokar yardımı ile gerçekleştirildi.
**Bulgular**: 62 (%34.8) hasta erkek, 112 ( %65.2 ) hasta kadın, ortalama yaş 44.12 ( 18-87), erkeklerin yaş ortalaması 42,17 ( 23-72), kadınların yaş ortalaması 45,16 (18-87) idi. Toplam ameliyat süresi ortalama 75 dakika saptandı. Ameliyat süreleri 2011 yılında yapılan 49 ameliyatta 80 dakika, 2012 yılında yapılan 45 ameliyatta 75 dakika, 2013 yılında yapılan 43 ameliyatta 72 dakika ve 2014 yılında ki 41 ameliyatta 71 dakika olarak saptandı. Ortalama yatış süresi 1 gün idi. 4 hasta aynı gün içerisinde hastanede gece kalmadan taburcu oldu. Hiçbir hastada intraoperatif ve erken postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaların 1. ve 4. hafta kontrollerinde özellik saptanmadı.
**Sonuç :**Tek kesiden laparoskopik cerrahi işlemler giderek yaygınlaşmakta ve tecrübeli ekipler tarafından standart yöntem haline gelmektedir. Tek kesi olması, ameliyat sonrası dönemde kozmetik sonuçlar açısından hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Ekiplerin tecribesi arttıkçada yıllara göre ameliyat sürelerinde azalma gözlenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi, tek kesi cerrahisi, laparoskopik cerrahi

## PB-125
## LAPAROSKOPİK ZOR KOLESİSTEKTOMİ'DE ANTEGRAD YAKLAŞIMIN ARTISI VAR MI?

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi, Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Kolelityazis olgularında Laparoskopik kolesistektomi, genel kabul gören tedavi yöntemidir. Genelde retrograd diseksiyon sonrası Calot üçgeni diseke edilemezse subkostal

kesi ile açık ameliyata geçilir. Burada amacımız retrograd olarak tamamlanamayan olgularda laparoskopik antegrad parsiyel kolesistektomi yaklaşımının etkinliğini gözden geçirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Temmuz 2011ve Eylül 2014 tarihleri arasında Safa Hastanesinde laparoskopik kolesistektomi yapılan 181 olguyu retrospektif olarak gözden geçirdik.

**Bulgular:** Ortalama yaş 45.5 (15-90), kadın/erkek oranı 2/1 olarak saptandı. Yüzseksenbir olgunun 175'i (%96) laparoskopik olarak sonuçlandırıldı. Diseksiyona tüm olgularda retrograde olarak başlanıldı, 169 (%96) olgunun ameliyatı retrograd, 6 (%3,4) olgununki ise antegrad diseksiyonla bitirildi. Ortalama ameliyat süresi retrograd olanlarda 45 dakika iken antegrad olanlarda 63 dakikadır. Ameliyat sonrası ortalama yatış süresi antegrad olanlarda 1.5(1-3), retrograd olanlarda 1.77(1-9) gün. Retrograd yaklaşım uygulanan 175 olgunun birinde komplikasyon gelişti. Bunlardan biri kolanjit nedeniyle ERCP gereksinimi idi. Antegrad diseksiyonla tamamlanan olgulardan parsiyel kolesistektomi yapılması gerekenlerde, infundibulum düzeyinde sistik güdüğü gözlendi, açık olanlarda kese içinden dikiş, oblitere bulunanlarda ise yalnız drenaj uygulandı ve postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi.
**Sonuç:** Retrograd yaklaşım Laparoskopik kolesistektomide en sık kullanılan tarz iken; bu yaklaşımın mümkün olmadığı olgularda açık kolesistektomiye dönmek yerine antegrad yaklaşımı ve parsiyel kolesistektomiyi akla getirmek uygulanabilecek bir yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Laparoskopik kese, antegrad yaklaşım, parsiyel kolesistektomi

## PB-126
## AKUT KOLESİSTİTLERDE ERKEN VE GEÇ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi, Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Akut kolesistitli(AK) hastalarda olası komplikasyonları engellemek için zorunlu olan kolesistektominin zamanlaması konusunda tartışmalar halen devam etmektedir. Çalışmamızda AK'li hastalarda erken ve geç laparoskopik kolesistektomi(LK) sonuçlarımızı karşılaştırarak,yatış günü(YG), atak sayısı(AS), morbidite ve mortalite üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Kasım 2011 – Eylül 2013 tarihleri arasında Safa Hastanesi'nde AK tanısı alan ve tedavisi için LK uygulanan 129, önceden geçirilmiş büyük karın ameliyatları nedeniyle açık kolesistektomi uygulanan 5 üzere toplam 134 hasta çalışmaya alındı. Hastaların şikayetlerinin başlamasından gelişlerine geçen gün sayısı(GGS), demografik özellikleri), ameliyat türü, operasyon süreleri(OS), açığa geçme oranları, ilk ataktan ameliyata kadar geçen gün sayıları, postop komplikasyonlar(PK), mortalite ve (YG)yatış günü kaydedildi.
**Bulgular:** Toplam 134 hastanın 49'i Grup 1'de (geç), 85'si Grup 2'de (erken) idi. Gruplara göre olguların cinsiyet ve yaş verileri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı (p=0.303 ve p=0.349). GGS ortalaması Grup 1'de 1.51±1.11, Grup 2'de 1.49±1.21 olup, gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı (p=0.899). Grup 1'deki 49 hastaya LK gerçekleştirirken, Grup 2'deki 85 hastaya LK uygulandı. Heriki gruptada birer olguda açık ameliyata geçildi. OS ortalaması Grup 1'de 78.16±35.38,Grup 2'de 76.48±33.17 dakika olup, gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı (p=0.889). PK Grup 1'de 2,Grup 2'de 3 hastada saptandı ve gruplar arası istatistiksel
fark bulunmadı (p=0.517). RS ortalaması Grup 1'de 1.89±1.23, Grup 2'de 1.79±1.09 olup, gruplar arasında istatistiksel fark bulunmadı (p=0.659). Mortalite saptanmadı. YG ortalaması Grup 1'de 2.13±1.11,Grup 2'de 2.91±1.29 olup, gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulundu (p=0.003).
**Sonuç:** Gangrene kolesistit görülmedikçe erken LK morbiditeyi artırmamaktadır. Geç LK'de YG ve AS artması, hastane maliyeti ve işgücü kaybını artırmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut kolesistit, erken kolesistektomi, geç kolesistektomi

## PB-127
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE ABONDAN YATAK KANAMALARI ENERJİ BAZLI CİHAZ KULLANARAK ÖNLENEBİLİR Mİ? *"İKİ OLGU DEĞERLENDİRMESİ"*

Salih GÜNDOĞU, Münevver MORAN, İsa SÖZEN
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Amaç:** Laparoskopik kolesistektomi sırasında %0.1-1.9 oranında kontrol edilemeyen kanamalar meydana gelebilir. Bu kanamaların %88'i safra kesesi yatağı kaynaklıdır. Kanamanın sorumlusu sıklıkla safra kesesi yatağında tanjansiyel olarak seyreden middle hepatik ven ve dallarıdır. Kese yatağında kese duvarına bitişik majör ven bulunan olgularda kanamayı önlemek için enerji bazlı cihaz (ligasure) kullanımı değerlendirilmiştir.
**Olgu 1:** 58 Y kadın hasta aralıklı sağ üst kadran ağrısı ile başvurduğunda ultrasonografide hepatomegali, steatoz, en büyüğü 7mm çaplı safra kesesi taşları ve kese arka duvarında düzensiz kalınlaşma saptanıyor. Taşlı kolesistit tanısı ile yapılan laparoskopik kolesistekomi sırasında safra kesesi yatağında iki ayrı dala ayrılan geniş çaplı ven izleniyor, enerji bazlı damar mühürleme sistemi ile diseksiyon yapılarak yaralanma olmaksızın operasyon sonlandırılıyor.
**Olgu 2:** 43 Y erkek hasta daha önce başka bir merkezde akut kolesistit tanısı ile medikal tedavi ile itaburcu edilmiş. Hasta ilk ataktan 2 hafta sonra tekrar akut kolesistit semptomları ile başvuruyor. Ultrasonografide safra kesesi duvar kalınlığı artmış, multipl milimetrik taşları saptanan hastanın laparoskopik kolesistektomi operasyonu sırasında safra kesesi duvar kalınlığının artmış ve arka duvarda ileri derecede yapışıklıklar mevcut olduğu izleniyor. Diseksiyonda kese yatağının süperior kesiminde oblik olarak seyreden ven izleniyor ligasure ile diseke edilerek yaralanmadan operasyon tamamlanıyor.
**Sonuç:** Kolesistektomi sırasında safra kesesi yatağından kontrol edilemeyen kanamalara yol açabilecek tanjansiyel middle hepatik ven ve dallarından olan yaralanmalar; künt üçlu diseksiyona olanak tanıyan ve diseksiyon sırasında yataktan sızıntı şeklindeki kanamaları engelleyerek komşu venöz yapıların kolay görülmesini sağlayan enerji bazlı damar mühürleme cihazları kullanarak azaltılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** kolesitektomi, yatak kanaması, enerji bazlı cihaz

## PB-129
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI GELİŞEN ANA SAFRA KANALINA ENDOKLİP MİGRASYONU VE NİDUS FORMASYONU GELİŞİMİ

İsmail Cem SORMAZ, Erçin Recep SÖNMEZ, Yiğit SOYTAŞ, Sercan YÜKSEL, Kaan Ali Fuat GÖK, Metin KESKİN, Levent AVTAN, Yaman TEKANT
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

Semptomatik kolelityaz tedavisinde altın standart laparoskopik kolesistektomidir (LK). Laparokskopik kolesistektominin bilinen sık komplikasyonlarının yanı sıra ana hepatik kanala (AHK) klip migrasyonu nadir fakat kolanjite yol açabilen ciddi bir komplikasyondur. Klip migrasyonu ameliyat sonrası 11 gün ile 20 yıl arasında gelişebilmektedir. İnsidans net olarak bilinmemekle birlikte literatürde çoğunlukla olgu sunumu olarak bildirilmiştir. Bu bildiride LK'den 5 yıl sonra gelişmiş endoklip migrasyonu olgusu sunulmaktadır.
**Olgu Sunumu:** Altmış dokuz yaşında erkek hasta 2 haftadır olan aralıklı karın ağrısı ve sarılık şikayeti ile başvurdu. Akut kolesistit nedeniyle 2009 yılında LK anamnezi olan hastanın ameliyattan bu yana şikayeti yoktu. Fizik muayenede subikter saptanan hastada; hiperbilirubinemi ve kolestaz enzimlerinde yükseklik saptandı. Ultrasonografik (US) incelemede ekstrahepatik safra yollarında (EHSY) genişleme saptandı. Manyetik rezonans görüntülemede (MRG) ortak safra kanalı distalinde dolum defekti ile birlikte dilatasyon saptandı.
Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERKP) yapılarak intrahepatik safra yollarında, ortak hepatik kanalda, koledokta dilatasyon ve 1.5cmlik taş saptandı. Sfinkterotomi ardından basket ile safra taşının yanısıra metalik klip ekstrakte edildi. İşlem sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta, 2. gün taburcu edildi.
**Sonuç:** LK sonrası AHK'na endoklip migrasyonu; taş formasyonu gelişimine, mekanik ikter, kolanjit, stenoz, pankreatit hatta peritonite öncülük edebilir. LK'den yıllar sonra bile mekanik ikter ve kolanjit geliştiğinde ayırıcı tanıda endoklip migrasyonu da düşünülmelidir. Klinik tablo iyatrojenik olmayan koledokolityaz ile benzer olup; her ikisinin de güncel tedavisi ERKP'dir.

**Anahtar Kelimeler:** endoklip migrasyonu, komplikasyon, laparoskopik kolesistektomi, ERKP, kolanjit

## PB-130
## PANKREATİT NEDENİYLE TETKİK EDİLEN HASTADA İNSİDENTAL OLARAK SAPTANAN MORGAGNİ HERNİSİ

İsmail Cem SORMAZ, Yiğit SOYTAŞ, Sercan YÜKSEL, Kaan Ali Fuat GÖK, Metin KESKİN, Levent AVTAN
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

Morgagni hernisi tüm diyafragma hernilerinin %1-%2'sidir. Retrosternal boşluk ya da Larrey boşluğunda; sıklıkla sağ tarafta transvers septum ile arkus kostanın birleşmesindeki defektten meydana gelir. Orta yaşlı ve kilolu kadın hastalarda daha sık saptanır. Sıklıkla insidental saptanmakla birlikte; intestinal obstrüksiyon, gastrik volvulus ya da strangülasyon nedeniyle çok nadir de olsa akut batın sendromuna sebep olabilir.
Altmış üç yaşında kadın hasta, acil servise 2 yıldır olan aralıklı karın ağrısı ve 6 gündür olan epigastrik hassasiyet ile başvurdu. Fizik muayenede sağ üst kadran hassasiyeti mevcuttu. Lökositoz, karaciğer fonksiyon testleri ve pankreatik enzimlerde yükseklik saptanan hastanın akciğer grafisinde intratorasik alanda anslara ait olduğu düşünen hava imajı saptandı. Oral ve intravenöz kontrastlı toraks ve batın bilgisayarlı tomografide (BT) akut pankreatit ile uyumlu bulguların yanısıra sağ hemitoraksta transvers kolon ile omentumun olduğu saptandı. Ultrasonografik (US) incelemede safra kesesinde multipl milimetrik kalküller ve akut kolesistit saptandı. İki hafta süren antibiyoterapi sonrası akut faz reaktanları geriledi ve 3 ay sonra laparoskopik kolesistektomi ve primer herni tamiri uygulandı. Ameliyat esnasında herni hesesinden transfers kolon ve omentumun herniye olduğu görüldü.
Karın ağrısı ile başvuran hastada çekilen ayakta direk batın grafisi ve akciğer filminde toraksta hava sıvı imajı görülüyorsa ayırıcı tanıda Morgagni hernisini düşünmek gerekir. BT retrosternal defekt ve herni kesesinin içeriğinin saptanmasında kritik öneme sahip en doğru tanı yöntemidir.
Morgagni hernisinin tek tedavisi cerrahidir. Açık ameliyat yöntemleri uygulanabileceği gibi minimal invaziv yöntemlerle de tedavisi mümkündür. Açık ameliyatlara kıyasla laparoskopi/ torakoskopinin yara iyileşmesi, hastanede kalış süresinin kısa olması, ameliyat sonrası komplikasyon riskinin az olması yönünden avantajları olduğu bilinen bir gerçektir.

**Anahtar Kelimeler:** İnsidental Morgagni hernisi, akut biliyer pankreatit, laparoskopik herni tamiri, akut kolesistit

## PB-132
## VÜCUT YAĞ ORANI VE VİSERAL YAĞ ALANININ BARRET HASTALIĞI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Turgut ANUK[1], Şahin KAHRAMANCA[2], Oskay KAYA[3], Sergülen AYDIN[4], Gülay ÖZGEHAN[3], Ali Cihat YILDIRIM[2], Fatih Mehmet AVŞAR[1]
[1] Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Bölümü, Kars
[2] Kars Devlet Hastanes, Genel Cerrahi Bölümü, Kars
[3] Dışkapı EAH, Genel Cerrahi Servisi, Ankara
[4] Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Bölümü, Kars

**Giriş:** Barret Hastalığı (BH) hiç semptomu olmayan kişilerin üst gastrointestinal kanal (GIK) endoskopilerinde %2 oranında rastlanırken; gastroözofeageal reflü belirtileri veya şüpheli özofagus kanser belirtileri olanlarda bu oran %20 civarındadır. BH için predispozan risk faktörlerini tanımlamaya yönelik bir çalışma planladık.
**Gereç ve Yöntem:** Epigastrik ağrı, bulantı veya retrosternal yanma gibi yakınmaları nedeni ile üst GIK endoskopik incelemesi yapılan hastaların kayıtları taranarak; yaş, cinsiyet, endoskopi hikayesi, ağrı peryodları, vücut kitle indeksi(VKİ), sigara veya alkol alışkanlığı, geçmişteki hiatal herni (HH), alkalen reflü gastrit (ARG) ve helikobakter pilori(HP) enfeksiyonu, vücut yağ oranı (VYO) ve viseral yağ alanı (VYA) not edildi. Hastalar BH olanlar grup 1 (G1) ve BH olmayanlar grup 2 (G2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. BH üzerine yaş, cinsiyet, VKİ, VYO, VYA, sigara ve alkol alışkanlığı, HH ve ARG hikayesi ve HP pozitifiğinin etkisi analiz edildi.
**Sonuçlar:** 237 hastanın yaş ortalaması 46(16-87) ve kadın/ erkek oranı 1.3 olarak bulundu. BH toplam olarak 27 hastada saptandı(%11.4). Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve sorun dağılımı homojendi (p:0.095, p:0.350 ve p:0.653). VKI, VYO ve VYA G1'de G2'den yüksekti ($p<0.001$,p:0.001 ve $p<0.001$). Sigara alışkanlığı HH ve ARG G1'de sık görüldü ama alkol alışkanlığı her iki grupta da eşit sıklıkta idi. HP pozitifliği ve VYA'nın BH gelişiminde en bağımsız etkenler olduğu bulundu. Öte yandan VKİ, VYO ve VYA nın BH gelişimi ile pozitif korelasyonu saptandı.

**Sonuç:** BH gelişiminde yüksek VKİ, HH, ARG ve HP pozitifliğinin risk faktörleri olduğu bilinmektedir. Bizim bulgularımıza göre VYA ve VYO da BH gelişiminde VKİ kadar etkilidir.

## PB-133
## MİNİ-LAPAROSKOPİK NISSEN FUNDOPLİKASYONU

Fatih SÜMER, Cüneyt KAYAALP
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

Gastroözefagial reflü cerrahisinde laparoskopik NISSEN funduplikasyonu altın standart olarak kabul edilmektedir. Mini-laparoskopik cerrahi 5-mm'den daha geniş trokarlar kullanmadan, postoperatif erken ve geç yara yeri problemlerini (ağrı, fıtık) azaltmaya yönelik ileri bir minimal invaziv cerrahi tekniktir. Daha önce kolesitektomi için tanımlanmış olan mini-laparoskopik cerrahiyi burada NISSEN fundoplikasyonu uyguladığımız iki hastada bildirmek istedik.
On ve altı yıldır gastroözefagial reflü hastalığı olan 38 ve 37 yaşlarında ki erkek ve kadın hastalara 5-mm'lik beş trokardan mini-laparoskopik NISSEN fundoplikasyonu uygulandı. Optik olarak 5-mm'lik kamera kullanıldı, harmonik scalpel ile diseksiyonlar yapıldı ve intrakorporeal sütürler 5-mm'lik trokarlar yoluyla atıldı. Ek trokar, fasia genişletmesi veya fasiaya sütür atılmadı. Her iki hastanın da postoperatif dönemde yalnızca iki doz non-steroid-anti-inflamatuar ilaç ihtiyacı oldu Hastalar postoperatif 1. ve 2. günlerinde sorunsuz taburcu edildi. Postoperatif 4. ve 12. ay takiplerinde her ikisi de sorunsuzdu.
Laparoskopik antireflü cerrahisi rezektif bir cerrahi işlem olmaması nedeni ile 5-mm'lik trokarlardan mini-laparoskopik olarak uygulanabilir. Bu sayede daha iyi kozmezis, daha az port yeri komplikasyonları ve daha az analjezik kullanımı gibi avantajlar sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** gastroözefagial reflü, laparoskopi, mini-laparoskopi

## PB-134
## LAPAROSKOPİK FLOPPY NISSEN-ROSSETTİ FUNDOPLİKASYONU ETKİNLİĞİ

Fatih ÇİFTÇİ
İstanbul Gelişim Üniversitesi, Safa Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü

**Amaç:** Laparoskopik floppy NISSEN Fundoplikasyonu Gastroözofageal reflü hastalığı cerrahisin de yaygın kullanılan yöntem olmakla birlikte, bazı hastalarda ağızdan gaz çıkaramama ve midede gaz birikmesi ile ilgili şikayetler ameliyat sonrası konforu önemli ölçüde etkilemektedir. Çalışmamızda, cerrahi tekniğin
Rossetti modifikasyonu ile uygulanmasının bu şikayetlere etkisini araştırmak amacıyla Laparoskopik antireflü cerrahisi uygulanan hastalarımız incelenmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** Aynı ekip tarafından yapılan 2006-2014 yılları arasında 30 laparoskopik floppy NISSEN-Rossettti olgusu(1.grup), yine aynı ekip tarafından daha önce ameliyat edilen 30 laparoskopik floppy NISSEN fundoplikasyonu olgusu(2.grup) ile ameliyat sonrası fonksiyonel sonuçlar açısından karşılaştırıldı. Her iki gruptada krurorafi (sıfır nonabsorbable), gevşek fundoplikasyon (2-0 nonabsorbabl-multiflamen iki sütürle, ikincisi özofagustan da geçirilerek) ve sağ yanda bir adet fundopeksi sütürü kullanıldı. Farklı olarak 1.grupta vasa breveslere dokunulmadan mide ön yüzü kullanılarak manşon hazırlandı, 2.grupta ise elektrocerrahi kullanılarak ½ üst brevesler serbestleştirildi ve fundus büyük kurvatür düzeyinden manşon oluşturuldu.
**Bulgular:** Demografik özellikleri her iki grup olguların benzerdi. Ameliyat süresi 1.grupta ortalama 12 ± 5 dk daha kısa idi. Ameliyat sonrası dönemde geçici takılma hissi oranları farklılık göstermezken (grup 1 ve 2 sırasıyla 3 olgu- %10 ve 4 olgu-%13), gaz çıkaramamaya bağlı ağrı ve epigastrik gerginlik şikayetleri anlamlı oranda faklı idi (grup 1 ve 2 sırasıyla 4 olgu-%13 ve 6 olgu-%20). Grupların ikisindede ameliyat sonrası 6.ay ve 1.yıl takiplerinde reflü nüksü olmadı.
**Sonuç:** Rossetti modifikasyonlu Laparoskopik floppy NISSEN Fundoplikasyonunda (Vasa brevesleri koruyucu), standart tekniktekine benzer reflü kontrolü sağlanmakla birlikte, gastrik atoni ve ilgili şikayetler daha azdır. Mide ön yüzünün esnekliği sayesinde vasa breveslere dokunmadan manşon oluşturulması, daha iyi fonksiyonel sonuçlarısağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** NISSEN-rossetti, Laparoskopi, fundoplikasyon

## PB-140
## SOLİTER REKTAL ÜLSER SENDROMUNDA LAPAROSKOPİK LOW ANTERIOR REZEKSİYON

Murat AKICI, Ogün ERŞEN, Sezgin YILMAZ, Rüçhan Bahadır CELEP, Yüksel ARIKAN
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar

**Giriş:** Soliter rektal ülserler genellikle anal girimden itibaren ilk 10 cm içinde görülürler. Etiyolojisinde kronik kabızlık, rektal prolapsus, sık laksatif kullanımı, radyoterapi ve immobilite gibi faktörler bulunur. Temeldeki patoloji rektumun mukozal iskemiye maruz kalmasıdır. Olgumuzda mükerrer operasyonlar geçiren bir soliter rektal ülser sendromlu hastayı sunmayı amaçladık
**Olgu:** 27 yaşında hemiplejik bayan hasta kliniğimize rektal kanama şikayetiyle başvurdu. Daha önce 2 kez transanal yolla mukozal rezeksiyon ve 1 kez de rektal prolapsus nedenli laparoskopik rektopeksi operasyon öyküsü mevcut olan hasta son 1 haftadır hematokezya tariflemekteydi. Tam kan sayımında normositer anemisi mevcuttu(hb: 9 gr/gl). Rektal tuşede 3-4. cmde düzensiz sınırlı ülsere lezyon palpe edilmekteydi, anal kanal ve anüs normal olarak gözlendi. Kolonoskopik incelemede rektum distalinden başlayıp dentat çizgiyi içine alan ortası nektorik ve eksuda ile kaplı, yer yer hematinize noktaların olduğu geniş ve derin dev ülser alanı izlendi, ülserin proksimalinde önceki ameliyata bağlı mukozada fibrotik çekintiler izlendi ülser kenarında biyopsiler alındı, biyopsi sonuçları benign olarak raporlandı. Hastaya operasyon kararı alındı ve laparoskopik low anterior rezeksiyon, koloanal anastomoz yapıldı. Operasyon sonrası komplikasyon gelişmedi. Hasta postoperatif kontrollerinde sağ ve sağlıklıdır.
**Sonuç:** Tedaviye dirençli soliter rektal ülser sendromlu seçilmiş uygun hastalarda laparoskopik rezeksiyon uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Rektal Ülser, Rezeksiyon, Laparoskopi

## PB-143
## KOLONOSKOPİK TANI KONULAN MESH MİGRASYONU OLGUSU

Ulaş Ayvaz URGANCI, Mehmet YILDIRIM, Nazif ERKAN, Erkan OYMACI, Nurettin KAHRAMANSOY, Deniz UÇAR, Savaş YAKAN, Atakan SAÇLI, Serdar AYDOĞAN
İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

**Amaç:** Ripstein prosedürü, rektal prolapsus tedavisinde sık uygulanan bir işlemdir. Transmural mesh migrasyonu ise günümüzde herni onarımında kullanılan prostetik materyallere bağlı olarak gelişen geç komplikasyonlardan birisidir. Bu çalışmamızda kolonoskopi ile tanı koyduğumuz, ripstein prosedürü sonrası transmural mesh migrasyonu olan olgumuzu sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 70 yaşında kadın olgu; son birkaç aydır defekasyon sırasında anusten prolabe olan ve defekasyonu engelleyen kitle şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 17 yıl önce rektal prolapsus nedeni ile Ripstein prosedürü öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede vital parametreler normal sınırlarda idi. Rektal tuşede rektumda sert, yüzeyi düzensiz, rektum duvarı ile ilişkisi değerlendirilemeyen kitle lezyonu mevcuttu. Abdominal BT tetkikinde rektumda hiperdens, fekalom ile uyumlu kitle lezyonu saptandı. Kolonoskopik incelemede yaklaşık 15. cm'de rektum mukozası ile ilişkisi görülen, yaklaşık 12x5 cm ebatta fekaloid kitle lezyonu saptandı. Kitle Ripstein operasyonu öyküsü olan hastada transmural mesh migrasyonu sonrası gayta ile fekalom oluşturan mesh olarak değerlendirildi. Hastaya transanal yol ile müdahale edildi. Mesh mukozal giriş yerinden eksize edildi. Fekaloid kitle içinde 7x6 cm ebatta mesh tespit edildi. Postoperatif kontrol abdominal BT tetkikinde rektumdaki hiperdens lezyonu boyutunda belirgin azalma saptandı, perirektal koleksiyon, fistül saptanmadı. Kontrol kolonoskopik incelemede rektum mukozasındaki mesh artığı görüldü, kolon lümeni açıktı. Postoperatif 6. saat oral gıda verildi. Postoperatif 3. günde hasta zorlanmadan defekasyon yapabildi ve postoperatif 4 gün eksterne edildi.
**Sonuç:** Transmural mesh migrasyonu, rektal prolapsus cerrahisi sonrası nadir görülen, geç komplikasyonlardan biridir. Abdominal BT tetkikinde rektum lümeninde kitle saptanan ve kolonoskopik olarak tanı konulan olgu, transanal yolla mesh eksizyonu yapılarak konservatif olarak tedavi edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Mesh Migrasyonu, Rektal Prolapsus, Transanal Eksizyon

## PB-144
## KOLONOSKOPİ İLE SAPTANAN İNTESTİNAL ENDOMETRİOZİS: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Bilge BAŞ[1], Bülent DİNÇ[2], Hakan CEYLAN[2], Hüseyin ÇİYİLTEPE[2], Nazif Hikmet AKSOY[3]
[1]Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Antalya
[2]Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya
[3]Atatürk Devlet Hastanesi, Patoloji Bölümü, Antalya

**Amaç:** Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterin kavite dışındaki alanlarda ektopik olarak bu¬lunmasıyla oluşan benign bir hastalıktır. Endometriozis en sık pelvik boşlukta görülmekle beraber, ekstrapelvik endometriozis şeklinde vücudun her organında görülebilir. İntestinal tutulum özellikle rektosigmoid bölgededir. İntestinal endometrioziste farklı şiddetlerde periyodik rektal kanama, pelvik ağrı, karın ağrısı, konstipasyon ya da tekrarlayan diyare, şişkinlik, gaz en belirgin semptomlardır. Burada pelvik ağrı ve rektal kanama nedeni ile başvuran ve kolonoskopi ile intertinal endometriyozis teşhisi konulan hasta sunulmuştur.
**Olgu:** 43 yaşında, kadın hasta yaklaşık son 5 yıldır ara ara olan müphem karın ağrısı ve son 3 aydır olan rektal kanama şikayetleri ile cerrahi polikliniğine başvurdu. Anamnezde adet düzensizliği ya da kanamanın mensturasyonla ilişkili olduğundan bahsedilmiyordu. Rektal tuşede ele bulaşan kan ya da başka bir bulgu yoktu. Kolonoskopide anal kanaldan itibaren 15. cm'de endoskopun geçişine izin vermeyen, lümeni çepeçevre saran, vejetan kitle izlendi. Üç kez tekrarlandı biyopsiler ile tanı konulamadığı için hastaya cerrahi operasyon yapıldı. Cerrahi materyalinin histopatolojik incelemesinde rektum duvarının tüm katları ve perirektal yağ dokusuna infiltre (CK7), (CK10), (CK20) paneli ile pozitif boyanan endometriozis odakları görüldü.
**Sonuç:** Endometriozisin reprodüktif dönemdeki kadınlardaki prevalansı % 8-15 arasında değişmektedir. Endometriozis tanısı alan olguların üçte biri asemptomatiktir. İntestinal endometriozisli hastalar da rektal kanama en önemli semptom olmaktadır. Crohn hastalığı, appendisit, iskemik kolit, divertikülit, malignite ve soliter rektal ülseri ile karışabileceğinden tanı sıklıkla zor ve geç konulabilmektedir. Sitokeratin7(CK7), Sitokeratin20(CK20), Sitokeratin10(CK10) paneli uygulanması şüpheli olgularda endometriozis tanısında yararlıdır. Tedavide cerrahi olarak tutulmuş barsak segmentinin rezeksiyonu ve anostamoz tercih edilen yöntemdir.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriosis, İntestinum, Kolonoskopi

## PB-145
## SİGMOİD VOLVULUSTA ELEKTİF TEDAVİ: 48 YILDA 109 OLGU

Sabri Selçuk ATAMANALP, Mehmet İlhan YILDIRGAN, Abdullah KISAOĞLU, Bünyami ÖZOĞUL, Şükrü ARSLAN, Ercan KORKUT, Erdem KARADENİZ
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Sigmoid volvulusta öncelikli tedavi cerrahi dışı detorsiyon olmakla birlikte, işlem sonrası % 3-44 oranında nüks görülür. Bu çalışmanın amacı, cerrahi dışı detorsiyon sonrası uygulanan elektif cerrahiyi irdelemektir.
**Gereç ve Yöntem:** Haziran 1966 ile Haziran 2014 arasındaki 48 yılda tedavi edilen toplam 974 sigmoid volvuluslu hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** 703 hastaya (%72,2) cerrahi dışı detorsiyon uygulandı. Başarı elde edilen 542 hastadan (% 77,1) 488'ine (% 90,0) elektif cerrahi önerildi. Ameliyatı 109 hasta (% 22,3) kabul etti. Bu hastalardan 94'üne (% 86,2) açık, 15'ine (% 13,8) laparoskopik sigmoid rezeksiyon ve anastomoz uygulandı. Açık ve laparoskopik gruplarda sıra ile olmak üzere yaş ortalaması 57,4 ve 55,1 yıl; erkek hasta oranı % 83,0 ve % 86,7; eş hastalık oranı % 84,0 ve % 80,0 idi. Tüm hastalar ASA 1-3 gruplarındaydı. Bu seride hasta kaybedilmedi. Açık ve laparoskopik gruplarda sıra ile olmak üzere komlikasyon oranı % 13,8 ve % 0,0; yatış süresi 9,9 ve 6,5 gündü. 109 hasta ortalama 19,2 yıl izlendi ve nüks görülmedi.
**Sonuç:** Cerrahi dışı detorsiyon ile tedavi edilen sigmoid volvuluslu ASA 1-3 gruplarındaki hastalarda özellikle laparoskopik elektif cerrahi ile başarılı sonuçlar alınabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Elektif cerrahi, Sigmoid kolon, Volvulus

## PB-146
## KOLON REZEKSİYONU SONRASI MEYDANA GELEN ANASTOMOZ KAÇAĞINA MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM

Esin KABUL GÜRBULAK, İsmail Ethem AKGÜN, Ayhan ÖZ, Sinan ÖMEROĞLU, Muharrem BATTAL, Fevzi CELAYİR, Mehmet MİHMANLI
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Günümüzde çeşitili benign yada malign patolojilerde endoskopik stent yerleştirme işlemi popülarite kazanmıştır. Self-expandable metalik stentlerin (SEMS) kolorektal anastomoz kaçaklarının acil tedavisinde kullanıldığını ve hastayı ostomi gereksiniminden kurtardığını gösteren literatürdeki olgu sayısı birkaç adettir. Biz burada sigmoid kolon tümörüne yapılan laparoskopik anterior rezeksiyon sonrası anastomoz kaçağı meydana gelen ve laparoskopik drenaj sonrası ostomi açılmaksızın SEMS ile başarılı bir şeklide tedavi ettiğimiz bir olguyu bildirmekteyiz.
**Olgu:** Sigmoid kolon tümörü nedeniyle laparoskopik anterior rezeksiyon yapılan 62 yaşında kadın hasta sorunsuz taburcu edildikten sonra, postoperatif 8. gününde karın ağrısı, distansiyon, ateş şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişindeki sistemik lupus eritematozis nedeniyle steroid kullanmaktaydı. Bilgisayarlı batın tomografisinde rektal kontrastın anastomoz hattı seviyesinde pelvise ekstravaze olduğu, pelviste serbest sıvı koleksiyonu ve intraperitoneal serbest hava saptandı. Anastomoz kaçağı tanısıyla yapılan acil laparoskopik eksplorasyonda anastomoz hattında etrafı fibrinle kaplanmış 1 cm'lik kaçak alanı görüldü. Batın içi irrigasyon ve drenaj işleminden sonra yapılan sigmoidoskopide anal verge'in 17 cm yukarısında anastomoz hattı üzerindeki 1 cm'lik ayrışma bölgesi görüldü. Anastomoz hattına 10 cm parsiyel kaplı SEMS başarıyla yerleştirildi. Hasta işlem sonrası 5. günde sorunsuz taburcu edildi. İşlemden 24 gün sonra hasta stentin defekasyon sırasında düştüğünü belirterek bölümümüze müracaat etti. Yapılan sigmoidoskopide stent yerinde bulunamadı, anastomoz hattının tamamen iyileşmiş olduğu görüldü.
**Sonuç:** Ciddi sepsisi bulunmayan gecikmemiş anastomoz kaçaklı olgularda ilk etapta batının laparoskopi ile değerlendirilmesinin, anastomozdaki ayrışma oranı ve peritonitin yaygınlığını gösterebilen minimal invaziv cerrahi yöntem olduğunu düşünmekteyiz. Buna benzer olgularda, laparoskopik peritoneal lavaj ve drenaj sonrası ostomi açılmasına gerek kalmaksızın kaçak bölgesinin kolonik stentleme ile kapatılmasının etkin bir tedavi metodu olabileceğini düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Anastomoz kaçağı, Endoskopik stentler, Laparoskopi, Peritonit

## PB-147
## AKUT APENDİSİT OLGULARINDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM: İKİNCİ VE ÜÇÜNCÜ BASAMAK HASTANE SONUÇLARI

Bülent DİNÇ[1], Umut Rıza GÜNDÜZ[2], Özgür Cem MÜSRİ[1], Tuğrul ÇAKIR[2], Nurullah BÜLBÜLLER[2]
[1]Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya
[2]Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya

**Amaç:** Akut apendisit, en sık akut karın tablosuna neden olan ve en sık acil batın cerrahisi girişim gerektiren hastalıktır. Deneyimlerin artması ile laparoskopik apendektomi bu hastalığın tedavisinde gold standart olma yönünde ilerlemektedir. Bu çalışmada aynı il içinde yer alan ikinci (Grup A) ve üçüncü (Grup B) basamak kamu hastanelerindeki sonuçlar incelenmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** Aralık 2010-Aralık 2014 tarihleri arasında Antalya Atatürk Devlet ve Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniklerinde yapılan olgular incelendi. Ameliyatların benzer yöntemle genel cerrahi uzmanları tarafından uygulandığı belirlendi. Operatif ve postoperatif sonuçlar kayıt edildi.
**Bulgular:** Dörtyüzyirmibir (%51) erkek ve 403 (%49) kadın toplam 824 (153 Grup A, 671 Grup B) hasta opere edildi. Grup A ve Grup B için sırası ile ortalama ameliyat süresi 42 (20-120) ve 44 (25-110) dakika ve açık cerrahiye dönüş 8 (% 5.2) ve 33(%5) hastada görüldü. Major komplikasyonlara bakıldığında Grup A'da; 2 (%1.3) hastada derin alan enfeksiyonu ve 1 (%0.6) hastada güdük açılmasına bağlı nekrotizan fasiit, Grup B'de 6 (%0.8) hastada derin alan enfeksiyonu ve 1 (%0.1) hastada güdük açılması sonrası sepsis görüldü. Patolojik olarak Grup A'da 11 (% 7) hastada normal apendiks, 2 hastada (%1.3) ise apendiks karsinoid tümörü, Grup B'de 54 (%8) normal apendiks, 1(%0.1) hastada apendiks karsinoid tümörü ve 1(%0.1) hastada apendiks mukoseli tespit edildi. Tüm gruplarda sadece 1 hastada exitus görüldü.
**Sonuç:** Akut apendisit nedeni ile uygulanan laparoskopik yaklaşımların ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akut apendisit, laparoskopi, apendektomi

## PB-148
## AKUT APENDİSİT OLGULARINDA LAPAROSKOPİ DENEYİMLERİMİZ: TEK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Bülent DİNÇ[1], Özgür Cem MÜSRİ[1], Halis Müşfik TEMEL[2], Levent Fikret YILMAZ[1], Tamer KAVASOĞLU[1]
[1]Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya
[2]Özel Medstar Topçular Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya

**Amaç:** Akut apandisit tedavisinde kullanılmaya başlanılan laparoskopik apendektominin güvenirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Ağustos 2010 ile Ağustos 2014 tarihleri arasında Antalya Atatürk Devlet Hastanesi genel cerrahi kliniğinde, akut apandisit ön tanısı ile laparoskopik apendektomi yapılan olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Genel cerrahi uzmanları tarafından ameliyat edilen toplam 153 hasta çalışmaya alındı.
**Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 31 (18-80) ve hastaların 81'i (% 53) erkek, 72'si (% 47) kadın idi. Ortalama ameliyat süresi 42.75 ± 13.6 dk. idi. Toplam 3 hastada (%2) komplikasyon gelişti. 2 (%1.3) hastada derin alan enfeksiyonu ve 1 (%0.6) hastada güdük açılmasına bağlı nekrotizan fasiit görüldü. 8 (% 5,2) hastada plastron yada perforasyon nedeni ile açık cerrahiye geçiş yapıldı. Patolojik olarak 11 (% 7) hastada normal apendiks, 2 hastada (%1.3) ise apendiks karsinoid tümörü tespit edildi. Ortalama hastanede kalış süresi 2 gün (1-10) idi. Hiçbir hastada operasyona bağlı 30 gün içinde mortalite görülmedi.
**Sonuç:** Akut apandisit, ameliyat gerektiren en sık akut batın nedenidir. Bir kişinin tüm yaşamı boyunca akut apandisit olma olasılığı %7'dir. Açık ya da laparoskopik cerrahi yöntemler ile tedavi edilmelidir. Teknik imkanların ve cerrahi tecrübenin artması ile laparoskopik apendektomi bir çok merkezde gold standart olmuştur. Sunulan bu çalışmada laparoskopik

apendektominin ameliyat süresini, komplikasyon oranını ve hastanede kalış süresini azaltabileceği izlendi. Gerekli durumlarda açık cerrahiye geçilebilmesi ve geniş bir explorasyon sağlaması gibi avantajları yanında laparoskopik apendektominin deneyimli klinikler tarafından güvenle uygulanabileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Akut apendisit, laparoskopi, apendektomi

## PB-150
## LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

Gamze ÇITLAK[1], Adnan HUT[1], Doğan YILDIRIM[1], Fazilet ERÖZGEN[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Adem DURU[1], Mehmet GÜLEN[1], Muzaffer AKINCI[1], İbrahim Rafet KAPLAN[1], Zehra Zeynep KEKİKKIRAN[1], Sinan UZMAN[2]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Laparoskopik cerrahi operasyon sayısı ile orantılı olarak artan deneyim nedeni ile Kolorektal tümör hastalarının tedavisindede kullanım alanı bulmuştur.Standart cerrahi yöntem olma youlundadır.Kliniğimizde laparoskopik kolorektal cerrahi deneyimlerimiz sunmayı amaçladık.
**Materyal ve Metod:** 1 Ocak 2010 -31 aralık 2104 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik kolorektal cerrahi uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** Laparoskopik olarak başlanan 15 hastanın 13'ünde operasyon laparoskopik olarak tamamlandı.2 hastada tümöral dokunun çevre dokuları tutulumu ve yeterli disseksiyon alanının olmaması nedeni ile açığa dönüldü.Laparoskopik olarak opere edilen hastaların 7'si erkek, 6'sı kadındı, yaş ortalaması 61 idi.Ortalama hastanede kalış süresi 6 gün idi.3 hastaya rektum tümörü nedeni ile low anterior rezeksiyon, 4 hastaya rektosigmoid tümör nedeni ile anterior rezeksiyon, 3 hastaya sigmoid tümör nedeni ile sigmoid rezeksiyon, 2 hastaya sol kolon tümörü nedeniyle sol hemikolektomi, 1 hastaya sağ kolon tümörü nedeni ile sağ hemikolektomi uygulandı..hastaların tümünün pataloji sonuçlarında cerrahi sınır negatifti.Post operatif 3 hastada subileus gelişti medikal olarak tedavi edildi.5 hastaya koruyucu ileostomi uygulandı.
**Sonuç:** Uygun hasta grubu ve yeterli donanım mevcudiyetinde,deneyimin artması ile laparoskopik kolon cerrahisinin tercih edileceği kanaatindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik kolerektal cerrahi

## PB-151
## TEK KESİDEN LAPARASKOPİK APENDEKTOMİYE KARŞI 3 PORT KULLANILARAK YAPILAN KONVANSİYONEL LAPARASKOPİK APENDEKTOMİ: RETROSPEKTİF KIYASLAMALI ÇALIŞMA

Osman ŞİMŞEK, Mehmet VELİDEDEOĞLU, Pınar Çiğdem KOCAEL, Server Sezgin ULUDAĞ, Kaya SARIBEYOĞLU, Salih PEKMEZCİ
İstanbul Üniversitesi,Genel Cerrahi AD,İstanbul

Akut apendisit günlük hayatta acil cerrahi gerektiren en sık görülen hastalıktır. 1983 yılında ilk tanımlandığından beri, laparaskopik ve açık yöntemin kıyaslandığı bir çok çalışmada, laparaskopik yöntemin daha az ağrı, daha az hastanede kalış süresi, daha hızlı iyileşme, daha erken günlük aktiviteye başlama ve estetik olarak daha avantajlı olduğunu gösterilmiştir.Günümüzde skar bırakmadan daha az invazif teknikler kullanılarak cerrahi prosedüleri yapma şekinde bir trend oluşmaktadır. Bu doğrultuda tek kesiden laparaskopik ameliyatlar hızla popüler olmaya başlamıştır. Konvansiyonel yöntem ile tek kesiden yapılan laparaskopik apendektomiyi kıyaslayan yeteri kadar prospektif çalışma olmadığı için, bu yeni yöntemin objektif faydaları ya da üstünlüğü hakkında bir konsensus henüz yoktur. Hatta uzun ameliyat süresi ve daha büyük kesi dolayısıyla daha fazla postoperatif ağrı olduğunu bildiren olumsuz çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışma single port laparaskopik apendektomi (SILSA) ile konvansiyonel 3 port apendektominin retrospektif olarak kıyaslanması amacıyla yapıldı. Bulgularımız doğrultusunda SILSA tekniğinin güvenli ve etkili bir yöntem olduğunu ve klasik konvansiyonel laparoskopik el aletleri kullanılarak yapılabileceğini düşünüyoruz. Eylül 2011  Haziran 2013 yılları arasında İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp F. Acil Cerrahi ünitesinde yukarıda bahsedilen 2 yöntemin uygulandığı hastaların (20' şerli iki grup) dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, cinsiyet, BMI, anestezi ve ameliyat süresi ve postoperatif ağrı durumu, barsak hareketlerinin başlama zamanı, hastanede yatış süreleri, erken ve geç komplikasyonlar ve kozmetik sonuçlar değerlendirdi.Çalışmamızın sonucunda; SILSA yönteminin, nerdeyse hiç iz bırakmadan, konvansiyonel laparaskopik el aletleri kullanılarak da güvenle yapılabilceği düşüncesindeyiz.Ayrıca minimal invazif cerrahide önceden tecrübeye sahip olunması, bu prosedürü uygulamak için gereklilik arz etmemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** tek kesi,apendektomi,laparoskopi

## PB-152
## ÖNCEDEN PANKREATİKODUODENEKTOMİ GEÇİRMİŞ BİR HASTADA TOTAL LAPAROSKOPİK SAĞ HEMİKOLEKTOMİ VE SPESİMENİN TRANSVAJİNAL YOLLA ÇIKARTILMASI

Mehmet Ali YAĞCI, Cüneyt KAYAALP, Koray KUTLUTÜRK
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

Geçirilmiş pankreatikoduodenektomi gibi majör bir abdominal ameliyat öyküsü olan hastalarda, yeniden bir abdominal cerrahi gerektiğinde, laparoskopik girişim yerine genellikle doğrudan açık cerrahi planlanır. Önceki ameliyata bağlı geniş abdominal insizyonlar, intraabdominal yapışıklıklar ve değişen anatomik yapılar bu tercihteki en önemli sebeplerdir. Burada, bunun istisnası olan bir olgu sunulmuştur.
Anemi nedeniyle araştırılan 68 yaşındaki kadın hastada çekumda 5-cm boyutunda adenokarsinom tespit edildi. Vücut kitle indeksi 27 kg/m2 ve ASA skoru II olan hastanın öyküsünde 4 yıl önce kronik pankreatit nedeni ile açık pankreatikoduodenektomi operasyonu geçirmiş olduğu öğrenildi. Hastanın karnında Mercedes insizyon skarı mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide uzak metastaz ve çevre organ invazyonu tespit edilmeyen hastaya 4 trokarla total

laparoskopik sağ hemikolektomi ameliyatı yapıldı. Spesimenin kolonoskopi yardımı ile transkolonik yolla çıkartılması planlandı ancak kitlenin büyük olması nedeni ile başarılı olunamadı. İleotransversostomi anastomozu intrakorporeal olarak tamamlandı. Sağ hemikolektomi spesimeni posterior forninksten transvajinal olarak çıkartıldı. Kuldotomi transvajinal olarak kapatıldı. Karında 4 trokar dışında herhangi bir ek kesi veya genişletme insizyonu yapılmadı. Operasyon 500 dakika sürdü ve yaklaşık 400 ml kanama oldu. Postoperatif seyri sorunsuz olan hasta 4. günde sorunsuz taburcu edildi. Patoloji sonucu pT3pN2 gelen hastaya tedavi olarak gelen hastaya kemoterapi uygulandı. Postoperatif 15. ayında hasta asemptomatiktir.
Bildiğimiz kadarı ile, bu olgu önceden pankreatikoduodenektomi geçirmiş bir hastada yeni bir majör cerrahinin laparoskopik olarak uygulanabilirliğini gösteren ilk sunumdur. Doğal delik cerrahisi ile karın duvarındaki travma daha da azaltılabilir. Geçirilmiş majör abdominal cerrahi, uygun durumlarda doğal delik cerrahisi kullanılmasına engel değildir. Önceden geçirilen majör açık ameliyatın tersine, ikinci majör ameliyat çok daha az karın duvarı hasarı ile tamamlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, doğal delik cerrahisi, kolorektal cerrahi, pankreatikoduodenektomi

## PB-153
## FOURNİER GANGRENİNDE LAPAROSKOPİK KOLOSTOMİ SEÇİMİ

Ömer ENGİN, İbrahim KARAGÜLLE
Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

**Amaç:** Perianal bölgede geniş nekrotik alanı olan fournier gangrenli hastanın anal sfinkter fonksiyon yetmezliği nedeni ile yaranın sürekli gaita ile temasını kesmek için genel durumu bozuk olan olgumuzda laparoskopik kolostomi planlanmıştır.
**Olgu:** Sepsis tablosu olan 65 yaşındaki kaşektik ve diabetik olgumuzda genel anestezi altında 3 adet trokar girişi ile laparoskopik kolostomi yapıldı. Sigmoid ve inen kolonun lateralinden periton insize edildikten sonra inen kolon ve sigmoid serbestleştirildi ve batın duvarı dışına loop kolostomiye yetecek diseksiyon oduğuna karar verildikten sonra kolostomi yeri hazırlanıp sigmoid kolon loop kolostomi şeklinde dışarı alınıp kolostomi olgunlaştırıldı. Hastaya ertesi gün spinal anestezi ile yara debridmanı, nekrozektomi için opere edildi.
**Sonuç:** Olgumuzda sfinkter fonksiyon yetmezliği görüldüğü ve gangrenöz yara üzerine sürekli fekal bulaş oluştuğu için kolostomi yapılmıştır. Laparotomi gerektirmemesi, postoperatif erken iyileşmeye neden olması sebebi ile olgumuzda laparoskopik kolostomi yapılmış ertesi gün ise spinal anestezi ile cerrahi debridman yapılmıştır. Yara iyileşmesi hızla gerçekleşen hasta daha sonra kolostomi kapatılması programına alınarak şifa ile taburcu edilmiştir. Sonuç olarak erken ve agresiv tedavi gerektiren bu hastaların diğer bir özelliği genel durumları iyi olmadığı için seçilecek kolostomi operasyonlarının minimal invaziv özellikte olmaları gereğine inanıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** kolostomi, fournier gangreni, laparoskopik cerrahi, nekroz

## PB-154
## LAPAROSKOPİK ANTERİOR REZEKSİYON VE LAPAROSKOPİK KARACİĞER METASTAZEKTOMİ YAPILAN HASTADA SPESİMENLERİN TRANSVAJİNAL ÇIKARTILMASI

Fatih SÜMER, Cüneyt KAYAALP, Serdar KIRMIZI
İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi AD

**Giriş:** Doğal delik cerrahisi ve doğal deliklerden spesmen çıkarılması ile ilgili yayınlar son yıllarda artarak devam etmektedir. Burada sigmoid tümör ve karaciger metastazı nedeniyle laparoskopik anterior rezeksiyon, karaciğer segment 6 dan non-anatomik karaciğer rezeksiyonu yapılan ve spesimenlerin transvaginal olarak çıkartıldığı bir olgu sunulmuştur.
**Olgu:** Son iki aydır karın ağrısı ve rektal kanama şikayetleri olan kadın hastanın kolonoskopisinde rektosigmoid bileşkede, anal girimden itibaren 20. cm' de ülserovejetan kitle tespit edildi. Biyopsi sonucu adenokarsinom olarak gelen hastanın çekilen karın tomografisinde karaciğer segmen 6 da 2.5x3 cm çapında metastatik lezyon tespit edildi. Hastaya eş zamanlı rezeksiyon planlandı. Genel anestezi altında operasyona alındı. Laparoskopik olarak once karaciğer segment 6 dan yaklaşık 5 cm çapında bir karaciğer rezeksiyonu yapıldı. Spesmen serbest endobag içerisine alınarak kolon rezeksiyonuna geçildi. Splenik fleksura serbestlendi. Anterior rezeksiyon için distal sınır belirlenerek üst rektumdan kolon lineer stapler ile transekte edildi. Daha sonra vajen posterior forniksten açılarak sigmoid kolon ve karaciğer rezeksiyon materyali vajenden dışarı alındı. Vajen dışına çıkarılan kolon segmenti proksimalden transekte edilerek anvil ekstrakorporeal olarak yerleştirildi. Daha sonra 29 nolu sirküler stapler ile uç uca anastomoz yapıldı. İlostomi veya kolostomi açılmadı. Hemostaz kontrol edilerek karın içerisine bir adet dren konularak operasyon sonlandırıldı. Hasta postoperatif 6. gün hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Patoloji sonucu düşük grade adenokarsinom ve karaciğer adenokarsinom metastazı geldi. Hasta postoperatif 3. ayında olup adjuvant kemoterapisine devam edilmektedir.
**Sonuç:** Laparoskopik cerrahi sonrasında tümör çıkarılması için abdominal kesi yapılmaksızın spesmen doğal deliklerden çıkarılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** kolorektal kanser, laparoskopi, karaciğer metastazı, doğal delik cerrahisi

## PB-155
## LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL MİNİMAL PORT GİRİŞİMLERİN MORBİDİTE VE HASTA REFAHINA ETKILERININ ARASTIRILMASI

Serdar YORMAZ[1], İlhan ECE[1], Hüsnü ALPTEKİN[1], Hüseyin YILMAZ[1], Fahrettin ACAR[1], Mehmet Ertugrul KAFALI[1], Farise YILMAZ[2], Mustafa ŞAHİN[1]
[1]Selçuk üniversitesi Tıp Fakultesi Genel cerrahi kliniği,Konya,Turkıye
[2]Selçuk üniversitesi Tıp Fakultesi Nukleer Tıp kliniği,Konya,Turkıye

**Amaç:** Laparoskopik girişimler 90 lı yıllardan gunumuze kadar uzanan gunden gune yenılenen ve modifiye edilen cerrahi işlemler silsilesidir.Kolorektal kanserlere laparoskopik yaklaşım deneyımlı ellerde hastaların postoperatif dönemde morbitesin

azaltan ve hayat kalitesini ciddi oranda artıran işlemlerdir. Kliniğimizde 2014 yılı suresınce uyguladığımız laparoskopik double port kolorektal rezeksiyonları sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2014 ile Aralık 2014 sure zarfında hastanemızde kolorektal tm,divertikül veya intussusepsiyon nedenıyle laparoskopik rezeksiyon uygulanan hastalarımız retrospektif olarak degerlendirildi.Hastaların demografik bilgileri,geçirilmiş operasyon öyküleri, operasyon sureleri,hastanede kalma sureleri,morbidite,vücut kitle endeksi ve komplikasyon oranları değerlendirildi.
**Bulgular:** Opere ettiğimiz 38 hastanın 26 si kolon tm,6 tanesi rektum tm,4 u divertülit,2 si ise intussusepsiyon idi.Hastaların 27 u erkek,11 i ise kadındı.Hastaların yaş ortalaması 42 (25-79) idi.Hastalara en sık uygulanan prosedur sırasıyla,14 hastaya sağ hemikolektomi, 10 hastaya sigmoid rezeksiyon, 8 hastaya sol hemikolektomi,2 hastaya abdominoperineal rezeksiyon,4 hastaya ultra low anterior rezeksiyon uygulandı.İki hastadan birisinde geçirilmiş operasyonlara bağlı olarak ciddi yapışıklıklar nedeniyle diğerinde ise komşu organ tutulumu nedeniyle açık prosedure geçildi.Hastaların ortalama operasyon sureleri 68 dakika (52-127) idi.Hastanede kalış süreleri ortalama olarak 5 (3-13) gündü. Postoperatif dönemde 4 hastada yara yerinde seroma, 1 hastada anostomoz hattında kaçak gelişti takiplerle kontrollu sekılde kapandı,1 hastada ise pelvik abse gelişti,perkutan drenajla abse boşaltıldı.hastalarda postoperatif takip dönemi boyunca herhangi bir komplikasyon görülmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik minimal invaziv cerrahi kolorektal patolojilerde deneyımlı ellerde minimal morbidite ve komplikasyon oranlarıyla gunumuzde kullanılmaktadır.Geniş serili hast gruplarında ve takip sürelerinde bu girişimlere dair net sonuçlara varacağımıza inanmaktayız.

**Anahtar Kelimeler:** kolorektal,laparoskopi,rezeksiyon

## PB-157
## MİDE FİTOBEZOARI TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ: FARKLI BİR YAKLAŞIM

Gökhan Selçuk ÖZBALCI, Gökhan LAP, Volkan TÜMENTEMUR, Kenan ERZURUMLU
19 Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, Samsun

**Amaç:** Gastrik bezoar tedavisinde çeşitli medikal ve endoskopik yöntemlerden yararlanılır. Non-operatif yöntemlerin başarısız olması durumunda ise gastrotomi ile bezoar çıkarılır. Literatürde gastrik bezoarların laparoskopik tedavisi ile ilgili bazı yayınlar vardır. Biz bu konuda uyguladığımız değişik bir yöntemi paylaşıyoruz.
**Olgu:** 54 yaşında bayan hasta şiddetli karın ağrısı, iştahsızlık ve karında hareket eden obje hissi şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Endoskopik incelemede yaklaşık 7x5 cm. boyutlarında ve gastroskopik yöntemlerle parçalanamayan bezoar gözlendi. Bunun üzerine hastaya laparoskopik cerrahi planlandı. Ameliyatta önce, gastrokolik ligament mideye yakın olarak yaklaşık 6-7 cm. kadar ligasure yardımıyla açıldı. Sonra büyük kurvatur üzerinden bir gastrotomi yapılarak bezoar bu alandan çıkarıldı. Kitle endo-bag yardımıyla parçalanarak batın dışına alındıktan sonra gastrik insizyon 2 adet stapler yardımıyla kapatıldı. Gastrotomi alanına bir adet dren konulduktan sonra operasyona son verildi. Patolojik tanı gastrik fitobezoar olarak raporlandı. Postoperatif ikinci haftada hastanın tüm şikayetlerinin düzeldiği öğrenildi.
**Sonuç:** Burada bir mide bezoarının laparoskopik tedavisiyle ilgili bir vakamızı paylaştık. Daha önce rapor edilen tekniklerde, gastrik insizyon mide ön duvarından yapılırken biz ilk defa gastrotomiyi büyük kurvaturdan yaptık. Bu sayede midenin doğal şekli minimal etkilendi ve minimal mide dokusu çıkarılmış oldu.

**Anahtar Kelimeler:** Fitobezoar, laparoskopi, mide

## PB-159
## ÖZOFAGEAL MELANOMALARIN ÖNCÜ LEZYONU: ÖZOFAGEAL MELANOSİTOZİS

Sabahattin DESTEK[1], Vahit Onur GÜL[2], Serkan AHİOĞLU[2], Mustafa TÜKENMEZ[3], Nihat AKSAKAL[3], Yeşim ERBİL[3]
[1]Özel Tuzla Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Edremit Askeri Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, Balıkesir
[3]İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD, İstanbul

**Amaç:** Özofagial melanositozis (ÖM), özofagus mukozasında melanositik hücre proliferasyonu ve melanin birikimi ile karakterizedir. Etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. Genellikle benign olarak kabül edilir. Bazı yazarlar primer özofagial melanomaların öncü lezyonları olduğunu bildirmişlerdir. Nadir olup gastrointestinal endoskopilerin % 0.07 ile % 2'sinde saptanır. Bu sunumda ÖM'li olgularla özofageal melanomaların öncü lezyonu olabileceğinden ÖM olgularının endoskopik olarak takiplerinin yapılmasının önemi vurgulanmıştır.
OLGU I: Elli dört yaşında bayan hasta; aralıklı olarak yutkunmada zorlanma, göğüs arkasında yanma, dispeptik şikayetler ile başvurdu. Endoskopisinde özofagusta 20-30 cm'ler arasında lineer melanozis odakları, reflü özofajit, alkalen reflü pangastrit, duodenit saptandı.
OLGU II: Elli üç yaşında bayan hasta; ağıza acı su gelmesi, geğirme, göğüs arkasında yanma, dispeptik şikayetler ile hastanemize başvurdu. Endoskopisinde özofagusta 25-30 cm'ler arasında lineer multipl melanozis odakları, reflü özofajit, pangastrit, duodenit saptandı.
Her iki olguda da Helikobakter pilori üreaz testi (+) idi. Biyokimyasal ve radyolojik tetkikleri normaldi. Histopatolojik incelemede ÖM saptandı. Hastalara tedavi verildi. Takibe alınan hastaların bir yıl sonraki kontrol endoskopisinde ÖM'in değişmeden devam ettiği saptandı.
**Sonuç:** ÖM, özofagusun nadir görülen patolojik bir durumudur. Tanısı endoskopik ve patolojik inceleme ile konulur. Benign bir durum olarak kabül edilse de çeşitli yayınlarda primer özofagial melanomaların öncü bir lezyonu olduğu belirtilmiştir. Böyle bir patoloji ile karşılaşıldığında, malignite olasılığı nedeni ile hastaların düzenli olarak endoskopik kontrollerinin yapılması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Özofageal melanositozis, Özofagial melanoma,

## PB-161
## MULTİBLE DEV JEJUNAL DİVERTİKÜLÜ OLAN GASTRİK OUTLET SENDROMLU HASTADA LAPAROSKOPİK GASTROENTEROSTOMİ

Bülent DİNÇ[1], Bilge BAŞ[2], Hüseyin ÇİYİLTEPE[1], Hakan CEYLAN[1]
[1]Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Antalya
[2]Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Antalya

**Amaç:** İntestinal divertiküller silik bulgular ile seyreden nadir durumlardır. Meckel's divertikülü dışında pseudodivertiküllerdir

ve yaşlılarda sık görülür. Genelde insidental olarak tanı alırlar ve 10%-30% oranında komplike hale gelirler. Özellikle yaşlı hastalarda divertikülit, hemoraji, obstrüksiyon ve perforasyon gibi komplikasyonların gelişmesi mortalite ve morbiditeyi arttırır. Burada literatürde fazla rastlanmayan, multible dev jejunal divertikülü olan hastada yapılan laparoskopik gastroeterostomi vakası sunulmuştur.
**Olgu**: Peptik ülsere sekonder gelişen gastrik outlet sendromlu 72 yaşındaki kadın hastaya gastroenterik by-pass yapılması planlandı. Laparoskopik ekplorasyon esnasında, neredeyse tüm jejunal ansları tutan non-komplike, multible dev jejunal divertiküller tespit edildi. Treitz ligamanından 40 cm distalden, 60mm endostapler ile jejununal divertiküller üzerinden mide anastamoz yapıldı ve kalan açıklıklar 0 numara ipek sütürler ile tek tek kapatıldı. Hastaya postoperatif 4. gün oral beslenmeye başlandı ve postoperatif 5. gün taburcu edildi. Postoperatif 30 gün içinde mortalite ya da morbidite görülmedi.
**Sonuç:** Yaşlılarda daha fazla görülen intestinal divertiküller mortalite ve morbiditesi yüksek, tanı koyulması zor olan nadir hastalıklardır. Komplikasyon riskinin yüksek olması ve rekkürren olasılığın varlığından dolayı yapılacak radikal tedaviler sınırlı tutulmaktadır. Cerrahi tedavide etkilenen segmetin eksizyonu tercih edilmelidir. Özellikle asemptomatik vakarda divertikül dışı sebepler nedeni ile gastrointestinal cerrahi planlanıyorsa, etkilenen incebarsak segmentinin antemezenterik kısmı, anastamoz için güvenle kullanılabileceği düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** İntestinal Hastalık, Divertikülosiz, Laparoskopi, Gastroenterostomi

## PB-164
## LAPAROSKOPİK YÖNTEM: LE GASTRİK YERLEŞİMLİ BEZUAR ÇIKARILMASI: OLGU SUNUMU

Ayhan MESCİ, Muhittin YAPRAK
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya

**Giriş:** Bezuarlar en sık midede görülen, sindirimi mümkün olmayan materyallerin gastrointestinal sistemde birikimi ile oluşan yabancı cisimlerdir. Midede yerleşmiş olan bezuarlar genellikle endoskopik yöntemle mekanik olarak parçalanarak tedavi edilirler. Mekanik parçalamanın yapılamadığı durumlarda cerrahi yöntemlerle çıkarılması gerekir. Bu bildirimizde biz semptomatik gastrik bezuarı olup laparoskopik yöntemle tedavi edilen bir olguyu sizlerle paylaşmayı amaçladık.
**Olgu:** Karın ağrısı ve dispeptik yakınmaları nedeniyle üst GİS endoskopik inceleme yapılan 60 yaşında kadın hastanın midesinde, büyüğü 5*7 cm boyutlarında 2 adet bezuar tespit edildi. Endoskopi esnasında parçalanamayan bezuarlar nedeniyle hastaya ananas suyu ve gazlı içecekler önerilerek bir ay sonra kontrol endoskopiye çağrıldı. Kontrol endoskopide bezuar boyutunda ve yapısında değişiklik olmaması ve hastanın şikayetlerinin gerilememesi üzerine cerrahi tedavi kararı alındı.
**Ameliyat:** Genel anestezi sol supraumblikal bölgeden yerleştirilen 10mm'lik optik trokarla batına girildi. Optik trokarın heriki tarafından beşer cm lateraline 10mm'lik çalışma protları yerleştirildi. Karaciğer ekartörü için sağ subkostal bölgeye 5 mm'lik trokar aplike edildi. Mide büyük kurvaturu askı sütürleriyle askıya alındı. Yaklaşık 5 cm'lik gastrotomi yapılarak antrum tarafında yerleşik olan bezuarlar batın içerisinde torbaya alındı. Gastrotomi alanı 2 planda intrakorporal olarak stüre edildi. Metilen mavisi ile kaçak testi yapıldı. Herhangi bir kaçak olmadığı gözlenmesi üzerine üzerine optik trokar yeri 2 cm'e kadar genişletilerek endobag buradan dışarıya çıkardı. Takiplerinde herhangi bir sorunu olmayan hasta ameliyat sonrası 24. saatte taburcu edildi.
**Sonuç:** Midede yerleşmiş olan bezuarlar büyük oranda endoskopik olarak parçalanarak tedavi edilebilmektedir. Bununla birlikte bazen bu yöntemle başarı sağlanamayıp operasyonla çıkarılması gerekebilmektedir. Bu durumlarda minimal invaziv cerrahi girişimlerin uygulanmasının hasta konforu açısından faydalı olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Bezuar, cerrahi tedavi, laparoskopi

## PB-165
## MİDE YERLEŞİMLİ NÖROENDOKRİN TÜMÖRLERDE LAPAROSKOPİK SEGMENTER REZEKSİYON YETERLİ Mİ?

Kenan BÜYÜKAŞIK, Aziz ARI, Bünyamin GÜRBULAK, Feyzullah ERSÖZ, Hasan BEKTAŞ
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Nöroendokrin Tümörler (NET) vucüdun herhangi bir yerinde nöroendokrin sistemden köken alan tümörlerdir. NET ler lokalizasyonları ve salgıladıkları hormonlar nedeniyle farklı klinik tablolarla ortaya çıkarlar. Çoğunlukla bening olmakla beraber agresif seyirli de olabilirler. NET lerin 2/3 ü GİS te 1/4 ü Akciğerde 1/4 ü diğer endokrin dokularda görülür. Tedavi multidisipliner yaklaşımı gerektirir. NET ler GİS te; mide, duodenum, ince barsak, appendix, kolon ve rektum yerleşimli olarak sınıflandırılabilir. Gastric NET ler tüm NET lerin % 7 si kadardır. Tedavi lezyonun tipine, boyutuna, infiltrasyon derinliğine ve metastaz varlığına göre değişir. Lezyon <1 cm ise endoskopik rezeksiyon ve gözlem, >1 cm ise endoultrason takibi ile endoskopik mukozal rezeksiyon ( EMR ) yapılabilir. Tümör submukozayı aşmış veya EMR ile Ro rezeksiyona ulaşılmamıssa cerrahi ön plana çıkar. Bu yazıda 2013-2015 tarihleri arasında mide yerleşimli NET tanısı alan laboratuvar, endoskopi ve radyolojik görüntüleme yöntemleri sonucunda cerrahi girişim kararı verilen 6 olgu analiz edilmiştir. Olguların üçü kadın üçü erkektir. Ortalama yaş 43.1 ( en genç 23-en yaşlı 66 ) olarak tesbit edildi. Olgulara laparoskopik segmenter rezeksiyon uygulandı. Hiçbir hastada morbidite ya da mortalite izlenmedi. 3 er aylık periyotlarla endoskopi, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle ( en uzun 18 ay en erken 9 ay ) takip edilen hiç bir hastada nüks izlenmedi. Sonuç olarak midede zor yerleşimli ve endoskopik girişimlere uygun olmayan NET lere laparoskopik rezeksiyon uygulanabilir. Bu girişim kısa ameliyat süresi, erken işe dönme, iyileştirilmiş yaşam kalitesi gibi laparoskopinin tüm avantajlarını sağlar. Ayrıca literatürde az sayıda yapılmış çalışmalar incelendiğinde onkolojik olarakta genişletilmiş açık cerrahiye eşdeğer sonuçlar verir.

**Anahtar Kelimeler:** Nöroendokrin tümör,mide,laparoskopi,segmenter rezeksiyon

## PB-166
## MİDE CA HASTALARINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ VE LENF NODU DİSEKSİYONLARININ WHOQOL-OLD SKORLAMA SONUÇLARINA VE MORBİDİTELERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serdar YORMAZ[1], İlhan ECE[1], Hüseyin YILMAZ[1], Hüsnü ALPTEKİN[1], Fahrettin ACAR[1], Farise YILMAZ[2], Mustafa ŞAHİN[1]
[1]Selçuk üniversitesi Tıp Fakultesi Genel cerrahi kliniği,Konya,Turkıye
[2]Selçuk üniversitesi Tıp Fakultesi Nukleer Tıp kliniği,Konya,Turkıye

**Giriş:** Günümüzde oldukça kullanılır hale gelen laparoskopik kanser cerrahisi bir yönden hastaların postoperatif morbiditelerini azaltırken dolaylı olarak da ülke bütçesine katkıda bulunmaktadır. Kliniğimizde triple port trokar uygulamalı laparoskopik total gastrektomi yapılan olgularımızı sunmayı amaçladık.
**Hastalar ve yöntem:** Hastanemizde 2014 yılı boyunca olan laparoskopik total gastrektomi + D2 lenf nodu diseksiyonu uygulanan 18 hastamızın operasyon sonrasındaki morbidite,mortalite ve WHOQOL-OLD skorlama sistemiyle hayat kalitesini ölçmeyi amaçladık.
**Bulgular:** Opere ettiğimiz hastalarımızdan 12 si (%66) erkek,6 tanesi (%34) ise kadındı. Ortalama yaş profilleri ise 62 (skala 27den 84 e kadar) idi.Patolojik piyeslerin yerleşim yerleri ise 6 hastada (%34) antruma yakın sınırlarda,8 hastada (%44) kardiada,4 hastada (%22) ise korpusta idi.
Hastalarımızdan 10 tanesinde(%55) evre T2 iken, 6 hastada(%33) evre T3 ve2hastada (%12) da evre T4 mevcuttu. Antruma yerleşimli olan 8 tümör dokusuna (%34) laparoskopik subtotal gastrektomi (LSG) + D2 LN diseksiyonu yapıldı.Diğer 12 hastaya (%66) ise laparoskopik total gastrektomi (LTG) bu hastalardan 4 hastaya D2 LN diseksiyonunu yanında D3LN diseksiyonu da eklendi. Hastalardaki erken dönemde görülen morbiditelerde D3LN diseksiyonu yapılan profildeki hastalarda morbidite oranlarının dunya ortalamasına esdeger bir oranda olduğu görüldü.Hastalara uygulanan WHOQOL-OLD skorlama sistemindeki hayat kalitesini gösteren degerlerin, LSG+D2LN diseksiyonu yapılan hasta grubunda LTG+D2 ve D3 yapılan hastalara göre istatistiksel olarak daha yuksek olduğu ve hasta konforunun artmış olduğu tespit edildi.
**Sonuç:** laparoskopik gastrektomilerde daha düşük oranlarda morbidite ve yuksek hayat kalitesinin yanı sıra en az açık cerrahi kadar efektif ve negatif cerrahi sınırların tespit edilmesi,günümüzde ve gelecekte uygulanacak olan yeni minimal invaziv cerrahi uygulamalarına ışık tutacağını düşünmekteyiz

**Anahtar Kelimeler:** mide ca,laparoskopi,lenf nodu

## PB-167
## SEMPTOMATİK MİDE DİVERTİKÜLÜ VE LAPAROSKOPİK CERRAHİ TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Muhittin YAPRAK[1], Kutbettin ALTUN[2], Okan ERDOĞAN[1]
[1]Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya
[2]Özel Olimpos Hastanesi, Antalya

**Giriş:** Gastrointestinal sistem (GİS) divertikülleri arasında en nadir görüleni mide divertikülleridir. Genellikle konjenital ve asemptomatiktir. Semptomatik olanların mide, duodenum veya hepatobiliyer diğer patolojilerle ayırıcı tanısında zorluklar yaşanabilmektedir. Üst GİS endoskopisi tanı için yeterlidir.
Bu bildirimizde biz semptomatik mide divertikülü nedeniyle laparoskopik rezeksiyon uygulanarak tedavi edilen bir olguyu sizlerle paylaşmayı amaçladık.
**Olgu:** Yaklaşık bir yıldır olan ağız kokusu ve dispeptik yakınmaları nedeniyle üst GİS endoskopik inceleme yapılan 39 yaşında kadın hastanın midesinde, fundus ön duvarında yerleşik, 4-5 cm çapında divertiküler lezyon saptandı. Hasta laparoskopik cerrahi tedavi planlanarak yatırıldı. Genel anestezi altında supraumblikal bölgeden yerleştirilen 10mm'lik optik trokarla batına girildi. Sağ subkostal bölgeye bir (5 mm), sol subkostal bölgeye iki adet (biri 10, diğeri 5mm'lik) olmak üzere çalışma portları yerleştirildi. Karaciğer ekartörü için sağ subkostal bölgeye 5 mm'lik trokar aplike edildi. Büyük kurvatur diseksiyonunu takiben divertikülün olduğu bölgeye, 3 adet endoskopik stapler kullanılarak wedge rezeksiyon uygulandı. Rezeksiyon materyali endobag yardımı ile dışarıya çıkardı. Takiplerinde herhangi bir sorunu olmayan hasta ameliyat sonrası 2. gün taburcu edildi.
**Sonuç:** Mide divertikülleri genellikle asemptomatik olup tedavi gerektirmemekle birlikte, semptomatik olgularda cerrahi tedavi gerekebilmektedir. Nadir görülen bu patolojinin ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmasının tanı açısından, cerrahi tedavi planlanan hastalarda minimal invaziv cerrahi girişimlerin uygulanmasının ise hasta konforu açısından faydalı olacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Mide, divertikül, cerrahi tedavi, laparoskopi

## PB-168
## TANISAL LAPAROSKOPİK DENEYİMLERİMİZ

Zeynep Deniz KOZLUKLU[1], Yiğit DÜZKÖYLÜ[2], Mazlum YAVAŞ[1], Savaş BAYRAK[1], Hasan BEKTAŞ[1], Serkan SARI[1]
[1]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul
[2]İslahiye Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Gaziantep

**Amaç:** İstanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapılan tanısal laparoskopi deneyimlerimizi araştırmaktır.
**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2012-Ocak 2015 tarihleri arasında tanısal laparoskopi yapılan 42 olgu(19 K,23 E, ortalama yaş 43.2) retrospektif olarak tarandı.
**Bulgular:** 39 acil(%92.8), 3 elektif(%%7.2) olguya tanısal laparoskopi yapıldı.
Elektif olgularda pre op hiatal herni tanısı konan 2 olguda hiatal herni saptanmadı, tanısal laparoskopi yapılarak işlem sonlandırıldı. 1 olguda pre operatif dönemde operasbl olarak kabul edilen mide tümörlü hastaya tanısal laparoskopi yapıldı ve inoperabl bulunarak işlem sonlandırıldı.
Acil olguların 8 tanesi post operatif dönemdeydi(%19). Açıklanamayan akut karın bulguları nedeniyle yapılan tanısal laparoskopide 2 hastada safra fistülü, 3 hastada hemoraji, 1 hastada termik hasar nedeniyle ince bağırsak yaralanması, 1 hastada PEG kaçağı saptandı. 1 hastada ise yaygın reaksiyonel sıvı dışında özellik saptanmadı.
Primer acil olgulara bakıldığında ise en sık 10 hasta ile jinekolojik akut karın nedenleri görüldü(%23.8). Bunu 9 hastayla akut karın bulguları olan delici kesici alet yaralanmalı hastalar takip etti(%21.4). 5 olguda yaralanma saptanmadı, 2 olguda saptanan diyafram yaralanması sütüre edildi. Ateşli silah yaralanması olan 3 hastada yapılan tanısal laparoskopide yaralanma saptanmadı(%7.1). 2 hastada yaygın reaktif sıvı saptandı, ek patoloji saptanmadı(%4.7). 1

hastada batın içi Tbc tutulumları görüldü, biyopsi alındı(%2.3).
1 hastada ise açık yöntemle yapılan boğulmuş kasık fıtığı operasyonunda boğulmuş bağırsak ansının batın içine kaçması nedeniyle herni kesesinden laparoskopik bakı sağlandı(%2.3).
5 hastada çekum nekrozu, mezenter iskemi, ince bağırsak perforasyonu, kolon perforasyonu gibi cerrahi sebepler saptandı ancak teknik yetersizlik nedeniyle açığa geçildi(%11.9).
**Sonuç:** Gelişmiş görüntüleme yöntemlerine rağmen tanı güçlüğü çekilen hastalarda laparoskopi tanısal olarak cerrahlara yardımcı olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Tanısal laparoskopi, acil, jinekolojik, post operatif

## PB-170
## NADİR BİR AKUT APANDİSİT NEDENİ ENTEROBİAZİS: OLGU SUNUMU

Sezgin YILMAZ[1], Mustafa KALKAN[1], Ogün ERŞEN[1], Murat AKICI[1], Çağrı DEVRAN[2], Altınay BAYRAKTAROĞLU[3]
[1]Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar
[2]Afyon Kocatepe Üniversitesi, Patoloji AD, Afyonkarahisar
[3]Afyon Kocatepe Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi AD, Afyonkarahisar

**Giriş:** Nadir bir apendisit nedeni olan enterobiazis; günümüzde tanımlanmış olguların sayısı çok az olmakla birlikde hastalar apendisit kliniğinde olduğu gibi sağ alt kadranda ağrı şikayeti ile acil servise basvurur. Eneterobiazis akut inflamasyonuna yol açmadan apendiks lümenini tıkayarak akut apandisit kliniğini taklit edebilir (gatti,dahlstrom).
**Olgu:** Ondört yaşında bayan hasta, 2 gündür mevcut epigastrik bölgeden başlayan ve sağ alt kadrana yayılan şiddetli karın ağrısı,bulantı, iştahsızlık şikayeti nedeniyle acil servise başvurdu. Özgeçmişinde herhangi bir özelliğe rastlanmayan hastanın yapılan fizik muayenede, sağ alt kadranda ribaund saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde ise lökosit sayısı:14 500/µL (PNL:%74,8, Eosinofil: %1,3), hemoglobin:16,mg/dL. Görüntüleme yöntemlerinden karın ultrasonografisinde enbüyüğü 10x15 mm botunda mezenterik lenfadenopatiler saptandı. Appendiks inflame görünümdeydi. Periçekal bölge ve pelvis de minimal serbest sıvı görüldü.
Bu bulgular doğrultusunda akut apandisit ön tanısıyla laparoskopik apendektomi yapıldı.
Hastanın appendektomi materyalinin histopatolojik incelemesinde;makroskopik olarak appendikse yapılan yatay kesitten sonra, lümende çok sayıda, gri-beyaz renkli yaklaşık 0,4x0,1x0,1cm boyutlarında yuvarlak nematodlar izlendi (Şeki 1-2) Appendiks duvarı ve serozası olağan görünümdeydi. Parazitlerin sindirim sistemleri, overleri, yumurtaları ve lateral alae yapıları incelenerek hastaya Enterobiazis tanısı verildi (Şekil 3). Hastaya ve aile fertlerine enterobiyaza yönelik iki hafta arayla pirantel pamoat 1000 mg oral tedavi olarak verildi. Ameliyat sonrası 2. günde hasta taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde sağ ve sağlıklıdır.
**Sonuç:** Enterebius vermicularis' in akut apandisite yol açan nedenler arasında olduğu akılda tutulmalı ve tanının konulması aşamasında anamnezde parazit öyküsü ayrıntılı sorgulanmalıdır. Histopatolojik incelemelerde normal appendiks histopatolojisi saptanan hastalarda, paraziter etkene yönelik çalışmalar yapılmalı ve appendektomi sonrası mutlaka etkene yönelik antiparaziter tedavi uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Apandisit, Parazitoz, Laparoskopik

## PB-171
## İNTRAABDOMİNAL YABACI CİSİM MİGRASYONU: OLGU SUNUMU

Sezgin YILMAZ, Mustafa ÖZSOY, Mustafa KALKAN, Ogün ERŞEN, Murat AKICI, Mümtaz ERAKIN, Yüksel ARIKAN
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar

**Giriş:** Yabancı cisim aspirasyonunda yutulan cismin boyutu, cinsi, şekli, sayısı ve başvuruya kadar geçen süre tedavi şeklini belirlemedeki en önemli unsurlardır. Erken dönemde başvuran hastalarda midede olan cisimlerin çoğu endoskopik olarak çıkartılabilmektedir. Endoskopik olarak çıkarılamayan ya da gecikmiş olgular konservatif izleme alınmaktadır. Olguların yaklaşık %60-90'ı yutulan cisimlerin feçes ile kendiliğinden çıkmasıyla sonlanmaktadır. Üst gastrointestinal sistemdeki anatomik yapı nedeniyle yabancı cisimlere en sık özefagusta ve midede rastlanır. Yutulan yabancı cisimlerin %88'i radyoopaktır. Perforasyon, kanama ve mekanik bağırsak tıkanması gibi komplikasyonların varlığında cerrahi girişim kaçınılmazdır. Cerrahi girişim oranı çeşitli serilerde %3-32 olarak belirtilmektedir.
**Olgu:** Otuz iki yaşında bayan hasta 4-5 gündür devam eden karın ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğe başvurdu. Çekilen ayakta direk karın grafisinde (ADBG) sağ subhepatik bölgede 5 cm boyutunda yabancı cisim (iğne) tespit edildi(Resim 1). Batın içi serbest hava değeri ve seviyelenme yoktu. Hastaya çekilen abdominal tomografiside pankreas korpus proksimal süperioru ile karaciğer sol lob arası yağlı doku içerisinde, gastrointestinal sistem dışında yerleşik oblik yerleşimli 5 cm boyutunda iğneye ait hiperdans imaj görüldü(Şekil 2a,2b). İntraoperatif skopi altında iğne görüntülenerek yeri tespit edildi(Şekil 3) ve bu bölgeye yönelik dirilen trokarlar ile laparoskopik olarak yapılan eksplorasyonda karaciğer sol lop altı yağlı dokuda iğne görüldü(Şekil 4a,4b). Laparoskopik olarak iğne çıkarıldı.(Şekil 5)Komplikasyon olmadan işlem sonlandırıldı. Operasyon sonrasında sorunsuz olarak izlenen hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi.
**Sonuç:** Sivri uçlu ve delici yabancı cisimler erken dönemde transmural migrasyon sonucu farklı intraabdominal yerleşimler göstermekte ve bu komplikasyon açısından risk oluşturmaktadır. Yabancı cisimler lokalizasyonuna göre erken dönemde laparoskopik olarak kolaylıkla çıkarılabilmektedir

**Anahtar Kelimeler:** Aspirasyon, Yabancı Cisim, Migrasyon

## PB-175
## NADİR RASTLANAN BİR OLGU: GÜDÜK APANDİSİT

Abdulcabbar KARTAL, Hüseyin Onur AYDIN, Mehmet ODUNCU
Şanlıurfa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Siverek Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi

**Amaç:** İnkomplet appendektomi sonrası rezidüel olarak kalan appendiksin enflamasyonu sonrası ender görülen bir komplikasyonumuzu paylaşmak istedik.
**Olgu:** 29 yaşında erkek hasta acil servisimize 2 gün önce sağ alt kadrandan suprapubik alana doğru yayılan ağrı şikayeti ile başvurdu. Yapılan karın muayenesinde sağ alt kadranda bir insizyon skarı olduğu tespit edildi. Anamnezinde 6 ay önce tarafımızca akut apandisit nedeniyle opere edildiği öğrenilen hastanın ameliyat

notu incelendiğinde hastanın retroçekal perfore apandisit olduğu, görülebilen güdüğün bağlandığı ve dren konulup ameliyatın sonlandırıldığı anlaşıldı. FM'de sağ alt kadranda hassasiyeti olan hastanın ateşi 38.4ºC olarak tespit edildi. WBC 12200, TİT normal olarak geldi. Çekilen bilgisayarlı tomografi "2,5 cm uzunlugunda 10 mm kalınlığında enflame ans izlenmiştir (güdük apandisit?)." şeklinde yorumlandı. Hastaya durumu hakkında bilgi verildi ve acil ameliyata alındı. Eski insizyon yerinden batına girildi. Yaklaşık 100 cc reaksiyonel mayi olduğu görüldü. Told fasyası açılarak çekum ortaya konuldu. Çekum distalinde güdük şeklinde, yaklaşık 1,5-2 cm uzunluğunda enflame, üzeri yer yer fibrin ile kaplı appendiks güdüğü olduğu görüldü. Güdük appendiksin radiksi izole edildi. İzole edilen radiks 2/0 ipekle bağlandı ve kesildi. Güdük appendektomi yapıldıktan sonra loja bir adet hemovac dren konarak işlem sonlandırıldı. Postoperatif 1. gün dreni çekilen hasta gerekli önerilerle 3. gün taburcu edildi. Takibinin 5. ayında olan hastada başka bir problem yaşanmadı.
**Sonuç:** Rezidüel appendiksin enflamasyonu sonucu oluşan güdük apandisit nadir görülebilen ve tanısı zor olan bir komplikasyonudur. Özellikle perfore apandisitlerde güdüğün çekuma yakın bağlandığından emin olunmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** güdük apandisit, told fasyası, bilgisayarlı tomografi

## PB-177
## ATEŞLİ SİLAH YARALANMASINA BAĞLI REKTUM YARALANMASINA ENDOSKOPİK KLİP UYGULAMASI: OLGU SUNUMU

Candaş ERÇETİN[1], Murat ÇİKOT[2], İlkay HALICIOĞLU[2], Cemal SEYHUN[2], Mehmet Abdussamet BOZKURT[2], Cevher AKARSU[2], Kıvanç Derya PEKER[2], Halil ALIŞ[2]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Amaç:** Endoskopik klipler (EK); ön planda akut gastrointestinal sistem kanamalarında, bu kullanım alanı dışında küçük perforasyon ve fistüllerde de başarıyla kullanıldığı bildirilmektedir. Farklı bir kullanım alanı olarak, batın nafiz kurşunlanma nedeniyle getirilen hastada saptanan rektum perforasyonuna EK uygulamasını sunmayı amaçladık.
**Olgu:** Ateşli silah yaralanması nedeniyle getirilen 34 yaşında erkek hasta, fizik muayenesinde; vital parametreleri stabil, sağ gluteal bölgeden bir adet kurşun giriş/çıkış deliği, batın alt kadranlarda minimal hassasiyet ve istemli defans, rektal tuşede hassasiyet, ampullada kan bulaşmış gaita olduğu saptandı. Hemodinamik olarak stabil seyretmesi üzerine intravenöz ve rektal kontrastlı toraks-batın bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Görüntülemesinde; rektumda through and through yaralanma, batında minimal serbest mayii, retroperitoneal serbest hava saptandı. Acile başvuru sonrası 30. dakikada yapılan rektosigmoidoskopisinde; rektum proksimalinde sağ yan duvarda yaklaşık 1,5 cm.'lik, rektum distalinde sol yan duvarda 0,5 cm.'lik yaralanma alanı olduğu görüldü. Rektum proksimalindeki yaralanma alanına iki adet EK uygulaması yapıldı. Distal yerleşimli yaralanmaya teknik nedenlerden dolayı müdahale edilemedi. Takibinde hastaya diagnostik laparoskopi yapıldı. Ameliyat bulgusu; batın alt kadranlarda serbest hemorajik mayii saptandı, hemostaz sonrası douglasa bir adet aspiratif dren yerleştirildi, litotomi pozisyonunda transrektal olarak distal rektum yaralanması primer olarak tamir edildi. Kontrol batın BT'de; batın içi serbest sıvı ve lokülasyon saptanmadı, intra ve retroperitoneal serbest hava mevcuttu. Ameliyat sonrası gelişen subileus kliniği nedeniyle takibinin 6. gününde oral gıda başlandı, 8. gününde şifa ile taburcu edildi.
**Sonuç:** Endoskopik klip; gastrointestinal sistem kanamaları, iatrojenik yaralanmaları, cerrahi sonrası kaçak ve fistüllerde başarıyla uygulanmaktadır. Bu olgumuzda olduğu gibi, ateşli silah yaralanmasına bağlı gelişen rektum yaralanmasında da başarıyla ve güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ateşli silah yaralanması, rektum yaralanması, endoskopik klip

## PB-178
## LAPARASCOPİC APANDEKTOMİ SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON SÜPERİOR MEZENTERİK VENİN SEPTİK TROMBÜSÜ

Erdal UYSAL, Başar AKSOY, Ahmet Orhan GÜRER, Mehmet Fatih YÜZBAŞIOĞLU, Hasan BAKIR
Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Gaziantep

**Amaç:** Septik pylephlebitis ve süperior mezenterik ven trombüsü akut apandisitin hayatı tehdit eden çok nadir bir komplikasyonudur. Çalışmamızda oldukça nadir görülen laparascopic apandektomi sonrası gelişen süperior mezenterik vende septik trombüs saptanan hastanın tanı ve tedavisindeki tecrübelerimizi aktarmak ve bu nadir görülen tabloya dikkati çekmek amaçlanmıştır.
**Olgu Sunumu**: 28 yaşında erkek hasta bir hafta önce dış merkezde laparaskopik apandektomi sonrası acil servise ateş, üşüme, titreme ve şiddetli karın ağrısı ile başvurdu. Hastanın genel durumu orta idi. Ateş 39.5 santigrat derece ölçüldü. Fizik muayenede özellikle epigastrik bölgede olmak üzere karında yaygın hassasiyet tespit edildi. Hastada defans ve reubound bulgusu yoktu. Tansiyon arteriyel 120/80 mmHg, nabız 112/dk, solunum sayısı 25/dk idi. Laboratuar sonuçlarında WBC 10.7 103/mm3, hgb 12.8 g/dl, plt 364 103/mm3, AST 34 U/L, ALT 62 U/L, Amilaz 59, total bilirubin 1 mg/dl ve CRP 118 mg/dl idi. IV kontrastlı tüm abdomen tomografide süperior mezenterik ven lümeninde heterojenite, 8 cm mesafede kalibrasyon artışı ve trombüs tespit edildi . Hasta hospitalize edilerek sistemik paranteral antibiyotik ( 3. kuşak sefalosporin ve metranidazole) ve antikoagülan tedavi (subkutanöz yol ile düşük molekül ağırlıklı heparin 1mg/kg günde iki kez) uygulandı. Hasta aç bırakıldı. IV sıvı ve elektrolit replasmanı ve paranteral nutrisyon verildi. Yatışının 2. gününde hastanın klinik durumunda belirgin iyileşme ve laboratuvar bulgularında düzelme gözlendi. Barsak sesleri normoaktifti. Hastaya 3. günde oral gıda başlandı. Çekilen kontrol tomografisinde 7. günde süperior mezenter vende dilate görünen segmentte kalibrasyonda azalma, trombüsde kısmi gerileme saptandı.. Hastanın alınan kan kültürlerinde üreme olmadı. Tedavide düşük molekül ağırlıklı heparinden warfarine geçildi. Ek problemi olmayan hasta kontrole çağrılarak taburcu edildi. Hastanın 3. haftasında yapılan kontrolü sonrası klinik olarak problemi olmadan takibine devam edildi.
Septik pylephlebitis ve süperior mezenterik ven trombüsü akut apandisitin oldukça nadir görülen ve hayatı tehtid eden bir komplikasyonudur.Tedavide sistemik antibiyotik ve antikoagülan uygulanması gereklidir. İhtiyaç duyulan

hastalarda Interventional treatment ve cerrahi trombektomi uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler**: apandektomi, septik trombozis, süperor mesenterik ven.

## PB-180
## LAPAROSKOPİK APPANDEKTOMİDE KONVERSİYON RETROSPEKTİF ANALİZ

Doğan YILDIRIM[1], Gamze ÇITLAK[1], Adnan HUT[1], Ahmet KOCAKUŞAK[1], Adem DURU[1], Mehmet GÜLEN[1], Muzaffer AKINCI[1], Fatma SARAÇ[3], Mevhibe Nilgün BUYRUK[3], Sinan UZMAN[2], Turgay YILDIZ[1], Akın ÜNAL[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Uzmanı, İstanbul

**Amaç:** Akut batın operasyonların büyük çoğunluğunu oluşturan akut apandisit büyük oranda laparoskopik olarak yapılmaktadır. Kliniğimizde laparoskopik olarak yapılan apandisit olguların konversiyon nedenleri retospektif olarak incelendi.
**Materyal ve Metod:** 2010- 2014 tarihleri arasında opere olan hastaların demografik verileri, konverisyon nedenleri, hastanede yatış süreleri ve operasyon bulguları dokümante edildi.
**Bulgular:** Bu dönemde akut apandisit tanısı ile toplam 43 hasta laproskopik olarak opere edildi. Opere edilen hastaların 25'i erkek, 18'i kadındı. Yaş ortalaması 23 idi. Ortalama hastanede yatış süresi 1 gündü.33 hastada operasyon laparoskopik olarak tamamlandı, 5 hastada ileri derecede adhezyon nedeni ile, 2 hastada retroçekal yerleşim nedeni ile, 1 hastada kontrol edilemeyen hemorhaji nedeni ile, 2 hastada gangren nedeni ile konversiyon uygulandı.
**Sonuç:** Akut apandisit hastalarda laparoskopik yöntem altın standart yöntemdir. Konversiyonel cerrahiye geçiş sıklıkla adhezyon nedeni ile olduğu görüldü.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik appendektomide konversiyon

## PB-182
## KRONİK SENTETİK KANABİNOİD KULLANIMINA BAĞLI AKUT GASTRİK DİLATASYON VE HEPATİK PORTAL VENÖZ GAZ OLGUSU

Mert Mahsuni SEVİNÇ, Erdem KINACI, Savaş BAYRAK, Aytül Hande YARDIMCI, Ekrem ÇAKAR, Hasan BEKTAŞ
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Sentetik Kanabinoid (SK) bağımlılığı giderek büyüyen bit sosyal ve toplumsal sağlık problemidir. Kronik kullanımı gastrointestinal sistem üzerinde yan etkiler oluşturabilir.
Biz burada akut karın ile prezente olan kronik SK (Bonzai) kullanımına bağlı Akut Gastrik Dilatasyon (AGD) ve Hepatik Portal Venöz Gaz (HPVG) olgusunu sunmayı amaçladık. AGD ve HPVG varlığı BT ile tespit edildi. Gastroskopide yama tarzında mukozal iskemi alanları görüldü. AGD ve/veya HPVG tedavisi literatürde tartışmalıdır. Prognoz esas olarak primer patoloji ile ilişkilidir ve HPVG varlığının etkisi yoktur. Akut karın varlığına rağmen bu hastada nazogastik dekompresyon ile takip yapıldı. Antibiyoterapi ve sıkı endoskopik ve radyolojik takip yapıldı. Klinik ve radyolojik bulgular ilk gün dramatik olarak düzeldi. Endoskopik bulgular yedi gün içinde kademeleri olarak geriledi. Bu olgu kronik SK kullanımının AGD ve HPVG'a sebep olabileceği ve bu klinik durumun cerrahi olmayan yöntemlerden biridir.
Anahtar Kelimeler: Akut Karın, Akut Gsstrik Dilatasyon, Bonzai, Portal Venöz Gaz, Sentetik Kanabinoid

## PB-183
## TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK APPENDEKTOMİ: BİR İLÇE HASTANESİ DENEYİMİ

İsmail ZİHNİ[1], Oktay KARAKÖSE[1], Kadir ÖZER[2], Alpaslan Fedayi CALTA[2], Kazım Çağlar ÖZÇELİK[1], Hüseyin PÜLAT[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Cerrahi Onkoloji BD, Isparta
[2]Bozüyük Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Bilecik

**Amaç:** Akut apandisit en sık acil cerrahi girişim gerektiren patolojidir.Geçmişte açık cerrahi yaklaşım standart tedavi iken günümüzde laparoskopik uygulamaların artması ile birlikte laparoskopik apendektomi tercih edilen bir yaklamış olmuştur. Son zamanlarda başta kolesistektomi amaçlı SILS uygulamaları artmış ve akut apandisit cerrahisinde de uygulanmaya başlanmıştır. Bu bildiride kliniğimizde SILS apendektomi uygulanan hastalara ait veriler bildirilmiştir.
**Gereç ve Yöntem:** 2010 – 2014 tarihleri arasında Burdur Bozüyük Devlet Hastanesine akut appandisit nedeniyle SILS appendektomi yapılan 59 hasta değerlendirildi.
**Bulgular:** 59 hastaya SILS apendektomi uygulandı. Hastaların 40'i kadın, 19 u erkek idi. Operasyon süresi 30-70 (ort 45) dakika idi. Tüm hastalara 8 saat sonra oral gıda başlandı. Tüm hastalar operasyon sonrası 1. gün taburcu edildi. Hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Hastalar operasyon sonrası ağrı durumunu VAS ile 3,4 ve 7 olarak tanımladı. Hastalar operasyon sonrası 15. Günde kozmetik durumu VAS ile 9, 9 ve 10 olarak tanımladılar.
**Sonuç:** Sonuç olarak çoğu araştırmada, tek kesiden laparoskopik appendektominin farkedilir bir dezavantajının olmadığı gösterilmektedir. Tek kesiden laparoskopik appendektomi yeterli minimal invaziv cerrahi deneyimi olan cerrahlar için, uygulaması kolay, hastalar için postoperatif morbidite, kozmezis ve postoperatif ağrı gibi parametreler açısından avantajlı bir yöntem olarak durmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Appendektomi, Laparoskopik, Tek port,

## PB-184
## BİR İLÇE HASTANESİNDE LAPAROSKOPİK APPENDEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ: 338 OLGU

Oktay KARAKÖSE[1], Hüseyin PÜLAT[1], Alpaslan Fedayi CALTA[2], Kadir ÖZER[2], Mahmut EKEN[2], Kazım Çağlar ÖZÇELİK[1], İsmail ZİHNİ[1]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Onkoloji Kliniği, Isparta
[2]Bozüyük Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği,Bilecik

**Amaç:** Lapaoskopik apendektomi (LA) pek çok klinikte

başarı ile uygulanmaktadır. Laparoskopik apendektominin klasik insizyonlara göre avantajlarından biride tüm karın eksplorasyonunun yapılabilmesidir. Bu çalışmamızda laparoskopik apandektomi deneyimlerimizi sunmayı ve yöntemin güvenilirliğini göstermeyi amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** 2010 – 2014 tarihleri arasında Burdur Bozüyük Devlet Hastanesine akut appandisit nedeniyle LA appendektomi yapılan 338 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.
**Bulgular:** Çalışmaya 338 olgu dahil edildi. Yaş ortalaması 34 (18 – 76) idi. Hastalarının ortalama ameliyat süresi 50 dakika, ortalama postoperatif hastanede yatış süresi 2,4 gün. 32 hastada perforasyon saptandı ve sadece perfore olan hastalara dren uygulandı. 6 hastada açığa geçildi. Postopratif dönemde 5 hastada yara yeri enfeksiyonu, 4 hastada ileus gelişti. Bu hastalara medikal tedavi uygulandı. Hiçbir hastaya ikinci bir cerrahi girişim gerekmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik apendektomi enfeksiyon, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı ve özellikle bayanlarda tanısal faydaları açısından değerlendirildiğinde açık apendektomiye üstün olduğu tespit edilmiştir. Laparoskopik apendektomi batıneksplorasyonuna olanak sağlaması ve varsa ikinci bir patolojiye müdahale imkanı vermektedir. Dolayısıyla açık apendektomiye iyi bir alternatiftir.

**Anahtar Kelimeler:** Appendektomi, Laparaskopik appendektomi, Laparoskopi

## PB-185
## STANDART VE TEK PORT LAPARASKOPİK APENDEKTOMİ BİR İLÇE HASTANESİNDE GÜVENLE YAPILABİLİR Mİ?

Kazım Çağlar ÖZÇELİK[1], İsmail ZİHNİ[1], Alpaslan Fedayi ÇALTA[2], Kadir ÖZER[2], Hüseyin PÜLAT[1], Oktay KARAKÖSE[1], Mahmut EKEN[2]
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cerrahi Onkoloji BD, Isparta
[2]Bozüyük Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Bilecik

**Amaç:** Tek port laparoskopik cerrahi son yıllarda standart multiport laparoskopik cerrahiye alternatif olarak uygulanmaya başlamıştır. Çalışmamızda tek port ve standart laparoskopik apendektominin hastanemizdeki sonuçlarını sunmayı amaçladık.
**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamızda 2010-2015 yılları arasında Bozüyük Devlet Hastanesinde laparoskopik olarak yapılan apendektomi vakaları retrospektif olarak incelendi.
**Bulgular:** 338 hastaya standart laparoskopi 59 hastaya ise tek port apendektomi uygulandı. Ameliyat sonrası hastanede ortalama yatış süresi 2,4 gündü (median 2). Standart laparoskopik apendektomide ameliyat süresi 48 ± 17 (25-90) dakikayken, tek port vakalarında 62 ± 20 (32-101) dakikaydı.
**Sonuç:** Standart laparoskopinin yerini almaya aday olan tek port laparoskopik cerrahiye geçişte ilk planda yapılması önerilen prosedürlerden birisi apendektomidir. Tek port laparoskopik apendektomi gerekli teknik ekipman ve laparoskopik cerrahi deneyimi varlığında ikinci basamak hastanelerde de uygulanabilecek olan güvenli bir seçenektir.

**Anahtar Kelimeler:** Apendektomi, laparoskopi, tek port

## PB-186
## PEPTİK ÜLSER PERFORASYONUNDA LAPAROSKOPİK VE AÇIK TEDAVİ YÖNTEM: LERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Metin YEŞİLTAŞ, Seracettin EĞİN, Berk GÖKÇEK, Semih HOT, Sedat KAMALI, Servet Rüştü KARAHAN
Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde Ocak-2011, Aralık 2014 tarihleri arasında opere olan 149 peptik ülser perforasyonu (PUP) olgusu retrospektif olarak incelendi. Olgular demografik özellikleri, tanı yöntemleri, ameliyat prosedürleri, yatış süreleri, postoperatif mortalite ve morbidite yüzdelerine göre irdelendi. 29 olgu laparoskopik yaklaşımla, 120 olgu laparotomi yaklaşımı ile tedavi edildi. Açık yaklaşımla tedavi edilen olguların 5 tanesi apendisit ön tanısı ile ameliyata alınıp PUP saptanırken, laparoskopik olgulardan 1 tanesi apendisit ön tanısı ile girilip PUP saptandı. Açık yaklaşımlı 3 olgu ex olurken laparoskopik yaklaşımda olmadı. Açık olgularda 6,9 gün, laparoskopik olgularda 5,2 gün yatış ortalaması vardı. Laparoskopik olgularda perforasyon çapı 10 mm nin altında idi ve hepsi ASA 1,2 ve 3 tü. Laparoskopik başlanıp laparatomiye dönülen hasta sayısı 3 tü. Postop morbidite yüzdesi iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı değildi. Laparoskopik yöntemle opere edilen hastalar, laparoskopinin bilinen (postop daha az ağrı, daha az pulmoner komplikasyon, kısa yatış süresi, daha erken iş hayatına dönme, kozmezis vb) avantajlarının yanı sıra diğer organ patolojilerinide saptamada avantajlıdır. Sonuç olarak hemodinamisi stabil, ASA sı 1, 2, 3 ve çapı 10 mm nin altında olan PUP lu hastaların tedavisinde deneyimli merkezlerde laparoskopik yöntem tercih edilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Graham patch, laparoskopik duodenorafi, laparoskopik pilikasyon, peptik ülser perforasyonu, tanısal laparoskopi

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# SEÇİLMİŞ VİDEO BİLDİRİLER

## SVB-01
## LAPAROSKOPİK KOLOVEZİKAL FİSTÜL ONARIMI

İlter ÖZER, Murat ULAŞ, Volkan ÖTER, Özcem ÖFKELİ, Tahsin DALGIÇ, Erdal Birol BOSTANCI, Musa AKOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Kolovezikal fistül tanısı ile Laparoskopik kolovezikal fistül onarımı ameliyatı uyguladığımız hastada ameliyatı nasıl gerçekleştirdiğimizi video olarak sunmayı amaçladık.
İçeriğin Açıklanması: 60 yaşında erkek hasta bir yıldır sık idrar yolu enfeksiyonu, idrar ile birlikte üretradan hava gelmesi şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde benign prostat hipertrofisi nedeniyle TUR operasyonu mevcuttu. Ayrıca bu operasyon öncesinde de zaman zaman karın ağrıları olduğu öğrenildi. Hasta takip eden üroloji uzmanının önerisi ile kliniğimize başvurdu.
Hastanın fizik muayenesinde pozitif bir bulgu tespit edilmedi. Üriner USG normal sınırlarda idi. Pelvik MR'da mesane sol anterolateral duvarda 9 mm'ye ulaşan duvar kalınlaşması ve bu düzeyde sigmoid kolona uzanan ve hava içeren fistül traktı ile uyumlu görünüm izlendi. Mesane lümeninde hava vardı. Ek olarak sigmoid kolonda divertikülozis izlendi. Kolonoskopisinde sigmoid kolonda birkaç adet divertikül izlendi. Rektosigmoid bölge ve sigmoid kolonun verilen hava ile yeterince ekspanse olmadığı gözlendi. MR grafilerinin radyoloji bölümü ile incelenmesinde fistül traktı konfirme edildi ve fistülizasyonun mesane ile sigmoid kolon orta kesimi arasında olduğu görüldü. Bunun üzerine operasyonun laparoskopik olarak yapılabileceği düşünüldü.
Hasta operasyona alındı. Fistül traktı bozulduktan sonra kolon ve mesaneye primer onarım uygulandı. Postoperatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Hasta postoperatif 5. Günde taburcu edildi. Taburcu edildikten sonraki bir ay içinde 2 kez idrar tetkiki ve idrar kültürü tekrarlandı. İdrar tetkikleri normal idi. İdrar kültürlerinde ise üreme olmadı. Postoperatif birinci yılını dolduran hastanın bu süre içinde herhangi bir şikayeti olmamıştır. Hastanın takibine devam edilmektedir.
**Sonuç:** Kolovezikal fistül tanısı ile operasyon planlanan hastalarda laparoskopik cerrahide seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi, Laparoskopi, kolovezikal fistül

## SVB-02
## LAPAROSKOPİK SOL HEPATEKTOMİ VE SAFRA KAÇAĞI KONTROLÜ İÇİN LAPAROSKOPİK SİSTİKOSTOMİ: OLGU SUNUMU

Şükrü ARSLAN, Gürkan ÖZTÜRK, Erdem KARADENİZ, Bülent GÜVENDİ, Bülent AYDINLI
Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Erzurum

**Amaç:** Çapı büyük olan karaciğer hemanjiomları cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Bu olgu sunumunda karaciğerin sol lobunu tamamen dolduran hemanjioma uyguladığımız laparoskopik sol hepatektomi ve beraberinde safra kaçağı kontrolü için uyguladığımız laparoskopik sistikostomiyi video sunumu şeklinde sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 44 yaşında bayan hastaya çekilen tomografide karaciğer sol lobunu dolduran 110mm çaplı hemanjiom ve kolelithiazis hali rapor edilmişti. Hastaya hepatektomi kararı verildi. 4 port yardımıyla batına girildi. Karaciğer ekartörü ile karaciğer askıya alındı. Karaciğer hilusu disseke edilerek sol hepatik arter bulundu hemolog klip ile klipslendi ve kesildi. Sol portal ven bulundu klipslendi kesildi. Sol gastrik arterden çıkan aksesuar sol hepatik arter bulundu klipslendi kesildi. Karaciğerde demarkasyon hattı oluşturulduktan sonra midhepatik ven sağ lobda kalacak şekilde laparaoskopik cusa, ultrasicion ve bipolar koter eşliğinde demarkasyon hattı üzerinden parankim bölündü. Parankimde karşılaşılan büyük damarlar hemolog klipsle klipslendi. Sol hepatikven vasküler stapler yardımıyla kesildi. Sistik kanala lümene paralel bir kesi yapılarak, buradan feding kateter gönderilerek sistikostomi yapıldı. Bu kateterden basınçlı serum fizyolojik verildiğinde tespit edilen bir adet safra kaçağı primer tamir edildi. Kolelithiazis durumuda olan hastaya kolesistektomi yapıldı. Feeding çekilerek sistik kanal bağlandı. Trokar yerinden operasyon sahasına bir adet pezzer dren konuldu. Yaklaşık 5-6 cmlik phannelstiehl insizyon ile karaciğer sol lobu ve safra kesesi batın dışına alındı. Hastanın patolojisi kavernöz hemanjiom olarak rapor edildi. Takip süresince kanama veya safra kaçağı gibi komplikasyonlar gelişmedi. Hasta postoperatuar 5.gün şifa ile taburcu edildi.
**Sonuç:** Laparaskopik hepatektomi sırasında ciddi kanama, safra kaçağı gibi komplikasyonlar gelişebilir. Bu nedenle bunun gibi ileri düzey laparoskopik girişimler, deneyimli ekipler tarafından tam donanımlı merkezlerde yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemanjiom, laparoskopi, hepatektomi, sistikostomi

## SVB-03
## PANKREAS PSÖDOKİSTİNDE POSTERİOR YAKLAŞIMLA LAPAROSKOPİK KİSTOGASTROSTOMİ

Mehmet Akif TÜRKOĞLU, Veli VURAL, Mehmet İlker TURAN, Halil ERBİŞ
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya

**Giriş:** Pankreas psödokistlerinin tedavisi tartışmalı olmakla birlikte uygun vakalarda laparoskopik tedavi, definitif drenaj ve erken düzelme sağlamaktadır. Üstelik posterior gastrik duvara bitişik psödokistlerde en iyi drenaj tekniği psödokistogastrostomidir. Literatürde anterior yaklaşımla drenaja sık rastlanırken posterior yaklaşım yöntemi nadiren bildirilmektedir. Biz pankreas psödokist drenajında posterior yaklaşımın etkinliğini sunmayı amaçladık.
**Olgu:** Yetmişyedi yaşında bayan olgu, karın ağrısı ve şişkinlik nedeniyle tetkik edilirken pankreas gövdesinden kuyruğa uzanan 7,5x6 cm çapında psödokistle uyumlu kitle ve kolelitiyazis saptanması nedeniyle kliniğimize refere edildi. Altı ay önce akut pankreatit öyküsü olan vakaya ayırıcı tanı amaçlı Bilgisayarlı Tomografi eşliğinde kist sıvısından ince iğne aspirasyonu yapılarak sitoloji, tümör belirteçleri (CEA, CA 19-9) ve amilaz düzeyleri belirlendi. Tümör belirteçleri ve sitolojisi normal saptanan ancak aspirasyon sıvısında amilaz düzeyi 16.000 U/L ölçülen vaka, kalıcı semptomatik psödokist kabul edilerek opere edildi. Operasyonu yaklaşık 75 dakika süren olguya, laparoskopik posterior kistogastrostomi ve eş zamanlı

kolesistektomi gerçekleştirildi. Vaka postoperatif 5. gün sorunsuz taburcu edildi.
**Sonuç**: Ameliyat süresinin kısa olması, kan kaybının önemli oranda az olması, erken mobilizasyon, cerrahi sonrası hastanede kalma süresinin kısa olması ve nüks oranlarının literatürde diğer yöntemlere göre daha az olması laparoskopik tekniği avantajlı hale getirmektedir. Bunların yanı sıra bize göre de kistin direkt vizüalizasyonu ve lokalizasyonun belirlenmesi, yeterli drenaj sağlanması, ayrıca dokudan yeterli biyopsi elde etme olanağı açısından da posterior yaklaşımın deneyimli ellerde anterior yaklaşımdan daha güvenli ve etkin olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kistogastrostomi, Laparoskopi, Pankreatik Psödokist, Posterior Yaklaşım

## SVB-04
## HİBRİD: LAPAROSKOPİK + ENDOLUMİNAL GİRİŞİMLER

Engin HATİPOĞLU[1], Metin ERTEM[1], Mehmet VELİDEDEOĞLU[1], Yusuf ERZİN[2], Osman Baran TORTUM[1], Sabri ERGÜNEY[1]
[1]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD

Son yıllarda endoluminal ve laparoskopik girişimler birbirini tamamlayacak şekilde eşzamanlı (hibrid ) uygulanmaya başlamıştır.
Bu uygulamalar özellikle iki nedenle tercih edilmektedir. 1) lezyonun yerinin belirlenerek laparoskopik girişimlerde doğru hedefin çıkartılması. 2) endoluminal endoskopik girişimlerde laparoskopik gözlem altında güvenliğin sağlanmasıdır.
Kliniğimizde giderek daha sık uygulamaya başladığımız bu hibrid girişimlerden üç olguyu video olarak sunuyoruz.
Olgu 1: mide arka yüz küçük kurvaturada yerleşimli erken gastrik kanser. Endoultrasonografide lezyon T1aN0 olarak değerlendirildi.Peroperatif gastroskopi ile yeri gösterilip, laparoskopik klip ile işaretlenen lezyon, wedge rezeksiyon ile çıkarıldı.
Olgu 2: çekum yerleşimli geniş tabanlı polipoid lezyon. Önceden yapılan kolonoskopik biyopside adenomda high grade displazi tespit edilmiş. Çekum duvarı oldukça ince olması nedeniyle genel anestezi altındaki hastada laparoskopik gözlem altında lezyon kolonoskopik olarak güvenle eksize edildi. Bu yöntemin avantajı, güvenlik dışında, lezyonun kolon üzerindeki yerleşiminin görülmesi, endoskopik oryantasyon sağlaması yanında, dışarıdan yapılan yardımla mukozal kıvrımlar arasında kalan lezyonun görünür hale getirilmesidir.
Olgu 3: sol kolon yerleşimli T1 tümörde lezyonun kolonoskopi ile gösterilerek cerrahi sınırların belirlenmesi. Yöntemin avantajı,ameliyat öncesi boya ile işaretleme işlemi için gereksiz kolon temizliği ve kolonoskopiden kaçınılmış olmasıdır. Ameliyat için yapılmış olan kolon temizliği ile aynı seansta peroperatif kolonoskopi ile lezyonun belirlenerek laparoskopik cerrahi uygulaması güvenle yapılabilmektedir.
**Sonuç:** laparoskopik girişimlerin NOTES cerrahisine doğru yöneldiği son yıllarda endoluminal ve laparoskopik cerrahi girişimlerin birlikte uygulanır olması çeşitlenerek artmaktadır. Bu yöntemlerin tedavide kolaylık sağladığı düşüncesindeyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Hibrid teknik, Endoskopik laporoskopik girişim, Cerrahpaşa

## SVB-05
## LAPAROSKOPİK HİLER DİSEKSİYONLA KESE KORUYUCU KARACİĞER SAĞ POSTERİOR SEKTÖREKTOMİ: CERRAHİ TEKNİK

Mehmet Fatih CAN, Murat URKAN, Emin LAPSEKİLİ, Şahin KAYMAK, İsmail ÖZERHAN
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi AD, Ankara

**Amaç:** Laparoskopik karaciğer rezeksiyonları, son yıllarda artan sıklıkla uygulanan ameliyatlardandır. Cerrahi deneyimin kazanılması ile, giderek daha kompleks laparoskopik karaciğer rezeksiyonları uygulama alanı bulabilmektedir. Karaciğer sağ posterior sektörektomi, parankim transeksiyon hattının uzunluğu ve laparoskopik cerrahide kamera açısı dışında kalması nedeniyle sofistike ve yüksek zorluk derecesine sahip bir cerrahi teknik gerektirmektedir. Bu video sunumda, 12 cm. boyutlu semptomatik hemanjiyom nedeniyle uygulanan ve kolesistektomi yapılmaksızın hiler diseksiyonla gerçekleştirilen laparoskopik sağ posterior sektörektomi ameliyatıın cerrahi teknik detayları paylaşılmaktadır.
**İçeriğin açıklanması:** Hasta sol semilateral dekübit pozisyonda iken periumblikal bir ve sağ hipokondriyumdan 4 adet trokar girilerek operasyona başlandı. Gerektiğinde Pringle manverası uygulanmak üzere hepatoduodenal ligaman etrafına tape geçirildi. Sağ posterior hiler plate üzerinde diseksiyonla sırasıyla sağ hepatik arter, sağ portal ven, sağ anterior ve posterior portal ven dalları ve segment 6-7 hepatik arter dalları ortaya kondu. Caudate process portal venöz dalı bağlanarak sağ posterior portal ven serbestleştirildi, askıya alındı ve klipslendi. Segment 6 hepatik arter dalı klipslendi. Sağ posterior ve anterior sektörler arası demarkasyon hattı izlendi ve koterize edilerek işaretlendi. Takiben parankim transeksiyonuna geçildi. Harmonik scalpel ve laparoskopik bipolar forseps kullanılarak transeksiyon anteroventral yönde ilerletildi. Daha derin transeksiyonu kolaylaştırmak üzere transeksiyon hattı arkasından v.cavaya paralel hanging manevrası için tape geçilerek karaciğer askıya alındı. Bu şekilde ilerletilen transeksiyonla segment 7 Glissonian pedikül yapıları ve sağ hepatik ven dalları endostapler ve klipslerle bağlanarak transeksiyon tamamlandı. Spesimen mini-Phannenstiel insizyondan çıkarılarak ameliyat tamamlandı. Hasta postoperatif 4. gün sorunsuz taburcu edildi.
**Sonuç:** Laparoskopik sağ posterior sektörektomi, cerrahi tekniğin kompleksitesine rağmen safra kesesi korunarak hiler plate diseksiyonu ile güvenle gerçekleştirilebilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Karaciğer, laparoskopik, sağ posterior sektörektomi

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# VİDEO BİLDİRİLER

## VB-01
## TEK PORT KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATLARINDA YENİ BİR TEKNİK

Turgut DÖNMEZ[1], Sina FERAHMAN[2], Süleyman DEMİRYAS[2], Engin HATİPOĞLU[2], Sezgin ULUDAĞ[2]
[1]Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi
[2]İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi

Kolesistektomi ameliyatları genel cerrahi kliniklerinde sıklıkla yapılmaktadır. Laparoskopik tekniğin gold standart olarak kabul edildiği bu ameliyatlarda gün geçtikçe tek port ile yapılma sayısı artmaktadır. Multi port ile yapılanın aksine, tek port ile yapılan ameliyatlarda özellikle safra kesesini asmak ve yön vermek cerrahı zorlamaktadır. Bunu kolaylaştırmak için değişik cerrahlar, farklı teknikler kullanabilmektedir. Ek bir port ile grasper girmek, iğne ile batın içinde keseyi asmak bu tekniklerin en bilinenleri arasındadır. Rutin Uygulamada, laparoskopik ameliyatlarda batın içine girilirken internal fasia geçilmekte, operasyon sonrasında ise dikilmesi gerekmektedir. Bu sütürizasyon işleminin kolaylaştırılması için değişik medikal firmalar farklı enstürmanlar üretmişlerdir. Bunlardan bir tanesi olan "blue needle grasper", içinde grasper olan bir iğneden oluşmaktadır. Çapı 14 gauge'dır. Bu enstürman tek port kolesistektomi ameliyatlarında safra kesesini asmak ve yön vermek için kullanıldı. Ekstra bir port girmeye gerek olmadan, keseyi perfore etme riskini arttırmadan kese cerrahın istediği gibi manipüle edilebildi.

**Anahtar Kelimeler:** Blue Needle Grasper, SİLS Kolesistektomi, Port, Yeni Teknik

## VB-02
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI GÖRÜLEBİLEN SAFRA KAÇAKLARINDA ERKEN RE-LAPAROSKOPİ İLE KAÇAĞIN KONTROLÜ

Metin ERTEM[1], Hakan GÖK[2], Emel ÖZVERİ[2]
[1]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul
[2]Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra yolu yaralanma sıklığı % 0,3-0,6 olarak verilmektedir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra kaçağı % 0,2-2 oranında; biloma, fistül ve hayatı tehdit edebilecek boyutta peritonite neden olabilmektedir. Bu yelpaze içinde aksesuar kanal veya yatakta yüzeyel seyreden küçük safra kanalı (Luschka kanalları) yaralanmaları da yer almaktadır. Genellikle yaralanma, postopereratif dönem elektrokoter hasarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Safra kaçağı sınırlı (biloma) olabileceği gibi yaygın peritonit (erken dönemde kimyasal peritonit) şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir.
Postoperatif dönemde (4. gün sonrası) ortaya çıkan peritonit tablosu içerisinde re-laparoskopi yaptığımız iki olguyu sunuyoruz.
**Olgu:** İE ve GG, sırasıyla 35 ve 34 yaşında kadın hastalar. Her iki hastada laparoskopik kolesistektomi sonrası postop 4. gün ani başlayan karın ağrısı gelişmesi üzerine yapılan abdomen ultrasonografide karın içi yaygın sıvı saptanması üzerine, diagnostik laparoskopi yapılmış, safra kesesi yatağında yüzeyel seyreden safra yolundan sızıntı gözlenerek sütür ve klip ile kontrol altına alınmıştır. Her iki olguda safra kesesi yatağına fibrin yapıştırıcı uygulanmış ve Winslow'a dren konmuştur. Her iki olguda da re-laparoskopi öncesi yapılan diagnostik MRCP'de kaçak gözlenmemiştir.
Olgulara ameliyat sonrası 1. gün ERCP ve sfinkterotomi yapılmıştır. Olgular sırasıyla postop 4. ve 3. gün cerrahi şifa ile taburcu edilmişlerdir.
**Sonuç:** Hemen hemen günübirlik cerrahi noktasına gelen laparoskopik kolesistektomili hastalar genellikle postoperatif birinci gün taburcu edilmektedir. Bu hastaların erken dönemde kontrole çağrılmaları önem kazanmaktadır. Erken dönem karın ağrısı tarif eden hastaları kimyasal peritonit safhasında yakalanmaları daha ileri morbiditeleri önleyecektir. Yine karın içi yapışıklıkların henüz gelişmediği erken dönemde re-laparoskopi ile kaçağın kontrol altına alınması mümkün olabilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, kolesistektomi, kaçak, safra

## VB-03
## LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE D.SİSTİKUSDA KAPALI KALAN KLİP SORUNU

İsmail Emre GÖKÇE[1], Şahin KAHRAMANCA[2], Gülay ÖZGEHAN[1], Tevfik KÜÇÜKPINAR[1]
[1]Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,Ankara
[2]Kars Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,Kars

**Giriş**: Laparoskopik kolesistektomi esnasında kullanılan ekipmanlara bağlı organ yaralanmasına neden olabilecek sorunlar gelişebilir.Olgumuzda,kolelithiazis nedeni ile opere edilen d.sistikus klipslenmesi esnasında klipin kapalı kalması sorununu sunacağız.
**Olgu sunumu:** Sağ üst kadran ağrısı şikayeti ile başvuran 40 yaşındaki erkek hastanın yapılan abdominal ultrasonografisinde safra kesesi lümeni içinde büyüğü 10 mm taş tespit edildi. Hastaya laparoskopik kolesistektomi kararı verildi.Callot üçgeni diseke edildi.D.sistikus çift klipslendi ve safra kesesi tarafı kliplendi. Klipsleme işlemini takiben otomatik olarak açılması gereken klip aplikatörü açılmadı.Traksiyona ragmen d.sistikustan klipin ayrılmaması üzerine midklaviküler hattaki bir 5 mmlik trokardan başka bir otomatik klip aplikatörü ile safra kesesi yönü klipslendi. Takiben midkaviküler hattaki porttan makas yardımı ile kilitli kalan otomatik klip superior ve inferiorundan kesilerek otomatik klip dışarı alındı.D.sistikus yaralanması olmadan kolesistektomi başarı ile tamamlandı.
**Sonuç**: Literatürde kolesistektomi sonrası titanyum kliplere bağlı komplikasyonlar mevcuttur.İntraoperatif sorunlarda olgumuzda olduğu gibi; klip aplikatörünün arızalanmasına bağlı durumda d.sistikus aşırı traksiyonundan kaçınılarak laparoskopi işlemine devam edilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** kolesistektomi,klips,d. sistikus

## VB-04
## LAPAROSKOPİK ENÜKLEASYONDAN LAPAROSKOPİK PANKRETİKODUODENEKTOMİ VE REKONSTRUKSİYONA: HAYAL Mİ, GERÇEK Mİ? MÜMKÜN OLDUĞUNU GÖSTEREN ÜÇ VAKA

Mehmet KAPLAN[1], Hüseyin Cahit YALÇIN[2], Selçuk ARSLAN[3]
[1]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Bahçeşehir Universitesi, İstanbul
[2]Genel Cerrahi Departmanı, Anadolu Şifa Hastanesi, Gaziantep
[3]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep

**Amaç:** Her ne kadar önemli oranda ilerleme gösteren laparoskopik cerrahi teknik ve beceri ile birlikte patlama yapan

laparoskopik teknoloji, pankreas da dahil solid organların tanı ve tedavisinde kullanılmasının önünü açmışsa da, 20 yıl önce yayınlanan ilk ameliyatlardan bu yana laparoskopik pankreas cerrahisi hala emekleme dönemini geçememiştir. Bu video sunumunun amacı; değişik laparoskopik pankreas rezeksiyonlarının mümkün olduğunu göstererek ileride yaygınlaşması için umut verecek olan çalışmalara kendi deneyimlerimizle katkıda bulunmaktır.
**İçeriğin Açıklanması:** Sunum, laparoskopik pankreas cerrahisi ile ilgili 3 vakadan oluşmaktadır: 1) enükleasyon, 2) distal pakreatektomi ve 3) pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi ve rekonstrüksiyon. Birinci vaka; pankreas boynundan kaynaklanan 1.5 cm çapındaki küçük bir adacık hücre tümörü olan ve laparoskopik enükleasyon ile tedavi edilen bir vakaydı. İkincisi; pankreas kuyruğundan köken alan psödopapiller tümörü olan ve laparoskopik distal pankreatektomi yapılan bir vakaydı. Sonuncusu ise ampulla Vateri'nin küçük bir tümörü nedeniyle başarılı bir total pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi ile tedavi edilen bir hastaydı. Laparoskopik pankreatikoduodenektomi her ne kadar teknik olarak mümkünse de, rezeksiyon sonrası yapılan laparoskopik rekonstruksiyonlar henüz yaygın şekilde pratikleşmemiştir. Bu nedenle ameliyatın bu aşamasında üst kadrandan yapılan bir mini-laparotomi kesisinden bazı anastomozların yapılması mümkün ise de bizim tercihimiz tüm anastomozların intrakorporeal olarak gerçekleştirilmesi yönünde oldu.
**Sonuç:** Günümüzde gittikçe artan verilere paralel olarak takdim edilen bu vakalar da, laparoskopik pankreatik cerrahinin bir fantezi değil artık bir realite olduğunu, teknik olarak mümkün ve açık cerrahiye göre avantajları olabileceğini göstermektedir.

**Anahtar Kelimeler:** pankreatik rezeksiyon, laparoskopik pankreatikoduodenektomi, Whipple, enükleasyon, laparoskopik distal pankreatektomi

## VB-05
## ROBOTİK TEK PORT KOLESİSTEKTOMİ; 24 ARDIŞIK HASTADAKİ İLK DENEYİMLERİMİZ

Bülent SALMAN, Abdukadir BEDİRLİ, İlkin İSMAYİLOV
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

**Amaç:** Teknolojik gelişmelerle birlikte tek port uygulamaları robotik cerrahide de kabul görmeye başlamıştır. Bu video sunumunda robotik tek port kolesistektomi uyguladığımız bir hastanın görüntüleri eşliğinde klinik ilk deneyimlerimiz sunulmaya çalışılmıştır.
İçerik: Kronik taşlı kolestit tanısı olan 24 hastaya robotik tek port kolesistektomi uygulandı. Hastaların tümüne supine pozisyonunda, 15 derece ters Trendelenburg ve sağa hafif eğim yapılacak şekilde pozisyon verildi. Göbeğin hemen altından 2,5 cm uzunluğunda horizantal cilt kesisi ve aynı uzunlukta vertikal faysa kesisi ile karına girildi. Silikon yapıdaki port karın içine yerleştirilerek CO2insüflasyonu sağlandı. Port üzerindeki girişlerden 5 mm'lik iki adet robotik trokar, 30 derecelik kamera için 8.5 mm'lik bir adet robotik trokar ve 5 mm'lik asistan trokarı girildi. Hastaların sağ omuz hizasından 45 derecelik bir açı ile robot (da Vinci SI, Intuitive Surgical, Inc) yaklaştırılarak docking yapıldı. Robotik trokarlardan sol kol için "Maryland Dissector", sağ kol için "Permanent Cautery Hook" yerleştirildi. Asistan portundan "Endochlinc™, Covidien " ile girilerek safra kesesi fundustan askıya alındı. Calot disseksiyonu sonrası sistik kanal ve arter"Hem-o-lok™ Clip Applier" kullanılarak klipslendi ve sonrasında "Curved Scissors" ile kesildi. Safra kesesi hook koter ile karaciğer yatağından ayrıldı. Kolesistektomi sonrası enstrümanlar dışarı alınarak robotik sistemin docking'i bozuldu ve kese port ile birlikte dışarı alındı. Gereken hastalarda irrigasyon işlemi için "Suction Irrigator" kullanıldı.
**Sonuç:** Hastaların tümünde kolesistektomi, ekstra porta ihtiyaç duyulmadan ve açık operasyona geçilmeden robotik tek port yöntemiyle tamamlandı. Vakalarda ortalama operasyon süresi 55 dakika, ortalama docking süresi 15 dakika, ortalama kanama miktarı 10 cc olarak tespit edildi. Hastaların tümü operasyonunun ertesi günü sorunsuz taburcu edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Robotik Cerrahi, Kolesistektomi, Tek Port

## VB-06
## LAPAROSKOPİK WHIPPLE AMELİYATI

Muharrem BATTAL[1], Oğuzhan KARATEPE[2]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Medipol Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi ABD.

Tüm dünyada laparoskopik pankreatikoduodenektomi(whipple ameliyatı) artan sıklıkta uygulanmaya başlamıştır. Ülkemizde de bu ameliyatı gerçekleştiren ekipler olmasına rağmen, istenilen düzeyde değildir. Kliniğimizde uygulanabilen bu ameliyat hakkında tecrübelerimiz ve teknik detaylar video sunum şeklinde sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopi, whipple, pankreas,

## VB-07
## KARACİĞER HİDATİK KİSTTE TEK PORT LAPAROSKOPİK PARSİYEL KİSTEKTOMİ VE DRENAJ

Yunus TAŞÇI, Fatma Ümit MALYA, Mustafa HASBAHÇECİ,
Enver KUNDUZ, Süleyman BOZKURT
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

**Amaç:** Hidatik kist hastalığı ülkemizde Avrupa ve Kuzey Amerika'ya göre daha sık rastlanılan bir patolojidir. Biz çalışmamızda tek port laparoskopik yöntem ile parsiyel kistektomi ve drenaj uyguladığımız karaciğer hidatik kist olgumuzu sunmayı amaçladık.
**Olgu:** 65 bayan hasta; karın ağrısı ile polikliniğine başvurdu. Abdominal bilgisayarlı tomografide karaciğer segment 4'te, 9 cm boyutundaki, yüzeyel yerleşimli, safra kesesine komşu, evre II hidatik kist saptandı. Hastanın eccinococcus granulosus immun hemaglütinasyon testi pozitifti. Hastaya albendazol başlandı, 1 ay sonrasında cerrahi girişim planlandı. Umblikustan yerleştirilen tek port giriş sistemi (SILS Port, Covidien) ile peritoneal kavite ekplore edildi. Standart laparoskopik aletlere ek olarak rotikülasyonlu grasper da (SILS Grasper, Covidien) kullanıldı. 5 mm, 30 derece teleskop kullanılarak kist lokalizasyonu belirlendi, kist çevresine hipertonik serum fizyolojik emdirilmiş gazlı bezler yerleştirildi. Kistin ön yüzü koter yardımı ile açıldı. Motorlu, keskin bıçaklı, 10 mm aspiratör ile kist içine girilerek, kist içeriği kontrollü şekilde aspire edildi. Kist kavitesi olası safra kaçağı yönünden kontrol edildi, safra kaçağı görülmedi. Kist kavitesi hipertonik serum fizyolojik emdirilmiş gazlı bezler ile temizlendi, 1 lt hipertonik

serum fizyolojik ile irigasyon aspirasyon yapıldı. Takiben karaciğer parankiminden korunmuş, kist duvarına parsiyel kistektomi işlemi uygulandı. Piyes endoskopik spesimen torbasıyla karın dışına alındı. Sağ kadrandan trokar defekti oluşturulmadan girilen Jackson-Pratt dren kist içine yerleştirildi. Umblikal defekt kapatılarak operasyon sonlandırıldı.
**Sonuç:** Literatürde tek porttan yapılan hidatik kist operasyonları ile ilgili sınırlı sayıda veri mevcuttur. Biz olgumuzun operasyonunda herhangi bir teknik zorluk yaşamadık. Evre II ve III karaciğer hidatik kistte, kist yerleşimi uygun olgularda tek port laparoskopi gibi minimal invaziv cerrahi yöntemler güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Eccinococcus granulosus, Hidatik Kist, Parsiyel Kistektomi, Tek Port Laparoskopi

## VB-08
## ERCP İLE TEDAVİ EDİLMİŞ MALIGN KOLEDOK LEZYONLARINI TAKLİT EDEBİLEN NADİR BİR NEDEN; FASCIOLA HEPATICA

Murat AKICI, Ogün ERŞEN, Sezgin YILMAZ, Ziya Taner ÖZKEÇECİ, Mustafa ÖZSOY, Rüçhan Bahadır CELEP, Ahmet BAL, Yüksel ARIKAN
Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Afyonkarahisar

**Giriş:** Safra kanalının çeşitli etkenlerle obstruksiyonuna bağlı olarak gelişen ve serum bilirubin düzeylerinin artışına neden olan, hastada kaşıntı ve sarılık ile kendini gösteren tabloya tıkanma sarılığı adı verilir. Klinik tablonun en sık görülen nedeni safra kanallarında bulunan taşlar, ikinci en sık neden ise malignitelerdir. Fasciola hepatica çoğunlukla veterinerliği ilgilendiren ancak nadiren de insanı enfekte edebilen bir paraziter hastalıktır. Genellikle gelişmekte olan ülkeler ile tropikal bölgelerde görülmektedir. Bu yazıda kliniğimize kolestaz enzim yüksekliği ve tıkanma sarılığı başvuran,görüntülemelerinde hepatik bifurkasyon düzeyinde intraduktal düzeyde düzensiz sınırlı maligniteyi taklit eden lezyon saptanan ve ERCP ile sfinkterotomi sonrası fasciola hepatika ekstraksiyonu yapılan olgu sunulmuştur.
**Olgu:** Kütahya doğumlu 70 yaşında bayan hasta, sağ üst kadran ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan tetkiklerde AST,ALT,ALP ve GGT yüksekliği saptandı, bilirubin değerleri normaldi. USG›de safra kesesi normal görünümdeydi. MRCP görüntülemesinde hepatik bifurkasyon düzeyinde intraduktal yerleşimli düzensiz sınırlı malgnite düşündürebilecek lezyon saptandı. Hasta diagnostik olarak ERCP›ye alındı. Kolanjiografide proksimal koledok hepatik bifurkasyon düzeyinde lümeni daraltan düzensiz sınırlı lezyon izlendi. Koledoğa gönderilen kılavuz telin darlık bölgesinden rahatça intrahepatik kanallara geçtiği gözlendi. Sfinkterotomi sonrası koledoğun balonla temizlenmesi sonrası papilla vateriden duodenuma doğru hareketli fimbrialara sahip parazitin düştüğü gözlendi.Kontrol kolanjiografide koledoğun temiz ve safra akışının normal olarak izlendiği görüldü. Triclabendazol tedavisi başlanarak taburcu edildi.
**Sonuç:** Fasciola hepatika genelde tropikal ülkelerde görülmesine rağmen Afyon-Kütahya bölgesinde tıkanma sarılığına neden olan bu tür paraziter vakaların normalden daha fazla olduğu düşünülmektedir. İleri yaşlı hastalarda MRCP ve ERCP kolanjiografi görüntülemelerinde maligniteyi taklit edebilir. ERCP ile parazitin ekstraksiyonu gereksiz cerrahi müdahaleleri önleyebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Parazit, Koledok, Kolestaz

## VB-09
## SMA VE SMV ÜZERİNE YERLEŞMİŞ BÜYÜK DESMOİD TÜMÖRÜN LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU

Mehmet Fatih CAN, Sibel ÖZKARA, Emin LAPSEKİLİ
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi AD, Ankara

**Amaç:** İntraabdominal desmoid tümörler, metastaz yapma potansiyellerinin düşüklüğü nedeniyle benign, ancak lokal invazif davranışları ve yüksek nüks riski nedeniyle malign tümörler kategorisinde değerlendirilebilen neoplastik lezyonlardır. Bu tümörlerin tedavisinde negatif cerrahi sınırla tam rezeksiyon tek kür şansını sunmaktadır. Bu video sunumda, süperior mezenterik arter (SMA) ve ven (SMV) üzerine yerleşmiş, 11 cm. boyutlu bir desmoid tümörün temiz cerrahi sınırla rezeksiyonuna ait cerrahi teknik paylaşılmaktadır.
İçeriğin açıklanması: Hasta litotomi pozisyonunda olacak şekilde umblikustan kamera portu ve sağ ve sol üst kadranlardan çalışma portları girilerek gastrokolik ligaman açıldı. Eksplorasyonda kitlenin preoperatif görüntülemede saptandığı şekilde SMV ve SMA üzerine oturmuş, transvers mezokolonu tümüyle invaze etmiş olduğu gözlendi. Keskin diseksiyonla mezenter ön yüzü üzerinde ilerlenerek SMV'ye dökülen venöz dallara ulaşıldı. Bu vasküler yapıların rehberliğinde duodenum 3. Kıtası ve pankreas unisinat proçese dek ulaşıldı. Bu aşamada orta kolik arter sağ dalının kitle tarafından invaze edilmiş olduğu görüldü. Bu vasküler yapının bağlanıp kesilmesi ile transvers kolona ulaşıldı. Kraniale diseksiyona devam edilebilmesi için bu aşamada transvers kolon transeke edildi. Takiben kitle sola deviye edilerek askıya alındı ve SMV ve SMA üzeri diseksiyona başlandı. Komşu vasküler yapıların bağlanıp kesilmesi ile pankreas alt kenarına ulaşıldı. Künt ve keskin diseksiyonlarla kitle mezenterik pedikülden tümüyle ayrıldı. İskemik hale gelen transvers kolon rezeke edilerek spesimen Phannenstiel insizyondan dışarı alındı. Loja bir adet dren yerleştirildi. Hasta postopepratif 8.gün taburcu edildi.
**Sonuç:** Çalışmamız, minimal invaziv cerrahinin, üst/alt gastrointestinal sistem ve hepatopankratikobiliyer sistem hastalıkları yanında, kompleks abdominal kitlelerin tedavisinde de güvenle kullanılabileceğine örnek teşkil etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik cerrahi, desmoid tumor, abdominal kitle, SMA, SMV

## VB-11
## VAJİNAL ÇIKARIMLI LAPAROSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİ VİDEO SUNUMU

Özgür ÇAVDAROĞLU[1], Sinan HATİPOĞLU[1], Türker ERTÜRK[1], Ülkem ÇAKIR[1], Alihan GÜRKAN[2], İbrahim BERBER[1]
[1]Acıbadem Üniversitesi, Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul
[2]Özel Memorial Hastanesi, Antalya

Vajinal çıkarımlı laparoskopik donör nefrektomi bazı avantajları nedeniyle canlı vericili böbrek naklinde dünyada çok az merkez tarafından uygulanan bir cerrahi yöntemdir. Merkezimizde Kasım 2010 ve Ocak 2015 tarihleri arasında yapılan 76 vakalık vajinal çıkarımlı laparoskopik donör nefrektomi verilerini retrospektif olarak değerlendirdik. Hastalarımızın; ortalama donör yaşı 48,09±11,77, vucut kitle indeksi 29,36±4,48 ameliyat süresi 152,12±22,09 dakika, sıcak iskemi süresi

192,98±48,27 saniye, verici kanama miktarı 80,54±53,49 ml idi. Vakaların hiçbirinde açık operasyona geçilmemiş olup hiç bir vakada mortalite ve morbidite gözlenmedi. Merkezimide uyguladığımız vajinal çıkarımlı laparoskopik donör nefrektomi yöntemimizi bir vakanın video sunumu şeklinde paylaşmak istedik.

**Anahtar Kelimeler:** vajinal çıkarım, laparoskopik cerrahi, donör nefrektomi

## VB-14
## LAPAROSKOPİK ANTERİOR REKTOPEKSİ

Hüseyin EKEN[1], Orhan ÇİMEN[1], Yurdakul Deniz FIRAT[1], Sercan BÜYÜKAKINCAK[2]
[1]Mengücek Gazi Eğitim Araştırma Hastanesi Erzincan
[2]Haçkalıbaba Devlet Hastanesi Akçaabat Trabzon

Rektumun tüm katlarının anüsden dışarı çıkması komplete rektal prolapsus,sadece mukozanın dışarı çıkması mukozal prolapsus olarak adlandırılır.Rektal prolapsus tamiri için bir çok farklı yöntem belirlenmiştir.Tüm bu yöntemlerde farklı oranlarda nüks oranları belirtilmiştir.1990 larda laparoskopik yöntemlerin kolorektal cerrahide kullanılmaya başlanmasıyla bunlardan biri olan laparoskopik anterior rektopeksi rektal prolapsus tamirinde en sık kullanılan yöntemlerden biri olmuştur.
Bizde; 18 yaşında grade 4 komplete rektal prolapsusu bulunan genç bayan hastada laparoskopik anterior rektopeksinin hastanemizde güvenli bir şekilde uygulanabileceğini göstermeyi amaçladık.
Rektal prolapsus etyolojisi açık değildir ve çok sayıda cerrahi seçenek mevcutdur.Kolon ve rektum hastalıklarında laparoskopik cerrahi uygulaması azalmış posteperatif ağrı,azalmış yarayeri enfeksiyonu,ve kısalmış hastanede kalış süresiyle doğrudan ilişkilidir.Laporoskopik cerrahinin benzer şekilde konvansiyonel cerrahiye oranla birçok farklı faydası tanımlanmıştır.Ne yazıkki bir çok çalışma verileri küçük ve retrospektifdir. Laparoskopik ve konvensiyonel cerrahiyi karşılaştıran serilerde dyshezia, fekal inkontinans,konstipasyon,nüks, de eşit oranda ilerleme görülürken hastanede kalış süresi,postoperatif ağrı,morbiditede ve kozmetik sonuç laparoskopik gruplarda çok daha iyi olduğu tesbit edilmiştir.Ancak daha fazla klinik çalışmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** laparoskopik anterior rektopeksi

## VB-15
## MR İNCELEMEDE GÖRÜNTÜLENEBİLEN YAMALARIN KULLANIMI VE AVANTAJLARI

Metin ERTEM[1], Hakan GÖK[2], Emel ÖZVERİ[2]
[1]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul
[2]Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

**Giriş:** Son yıllarda fıtık cerrahisi alanındaki teknolojik gelişmeler ile radyolojik olarak MR incelemelerde görüntülenebilen yamalar üretilmeye başlanmıştır. Bu tür yamalar hasta takip edilmesinde kolaylıklar sağlamaktadır. Özellikle kasık cerrahisinde uygulanan yamalarda görülebilen büzüşme, yama göçü ve bir alana yamanın toparlanması (meşoma) gibi sorunların saptanmasında deneyimli ellerde yapılan ultrasonografi dışında inceleme yöntemleri yetersiz kalabilmektedir. Kliniğimizde MR görünür yama uyguladığımız olguları sunuyoruz.
**Olgu:** 27 hastada (26 erkek, 1 kadın) 39 onarım, MR görünür yama kullanılarak yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 42.4 (26-63), VKİ 24.8 (20-31) idi. 12 hastaya iki taraflı, 9'una sağ, 6'sına da sol kasık fıtığı laparoskopik onarım (TEP) yapıldı. Olgulardan ikisi nüks fıtık onarımıydı. 8 hastada 3D MR görünür yama kullanıldı. 3D yamalar dahil 16 hastada yamaya slit açılmadı. Tüm hastalarda tespit uygulandı. 2 hastanın tespitinde fibrin glue kullanıldı. Tüm hastalar postop 1. gün taburcu edildiler. 3 hastaya 3 ay sonra kontrol amaçlı pelvik MR çekildi. Yamanın sorunsuz olduğu görüldü. Hastaların ortalama takip süreleri 10 ay (1-20) olarak belirlendi. Bu dönemde nüks yada başka bir geç komplikasyon görülmedi.
**Sonuç:** Gelişen teknolojinin yardımı ile laparoskopik fıtık cerrahisinde değişik özellikte yamaların kullanımları artmaktadır. Bu yamalardan bir kısmı görüntülenmeye uygun hale getirilmiş olanlardır. Hastaların postoperatif değerlendirilmelerinde ve takiplerinde bu tür yeniliklerin gerekliliğine inanıyoruz. Son yıllarda kullanıma sunulan bu yeni yama, fıtık cerrahisi sonrası özellikle geç dönem komplikasyonları değerlendirmede değerli yardımları olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** fıtık, yama, mr, görüntüleme

## VB-17
## GEBEDE LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ

Taylan Özgür SEZER, Özgür FIRAT, İlhami SOLAK, Sinan ERSİN, Cüneyt HOŞCOŞKUN, Mahir AKYILDIZ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İzmir

**Amaç:** Akut apandisit gebelerde en sık görülen akut karın nedenidir. Pnömoperitonun anneye ve çocuğa zararlı etkileri ve operasyonun teknik zorlukları nedeni ile laparoskopinin uygulanıp uygulanamayacağı tartışma konusudur.
**Olgu:** 26 haftalık gebe bayan hasta 36 saatlik karın ağrısı, bulantı ve kusma nedeni ile başvurdu. Radyolojik ve klinik muayene ile akut apandisit tanısı konulan hastaya laparoskopik apendektomi uygulandı. Postoperatif komplikasyon olmadan taburcu edildi.
**Sonuç:** Gebelerde laparoskopik appendektomi tecrübeli ellerde güvenle yapılabileceğini düşünmekteyiz

**Anahtar Kelimeler:** Gebe, Apandisit, laparoskopi

## VB-18
## REKTAL TÜMÖRLERİN LAPAROSKOPİK ANTERİOR REZEKSİYONUNDA DOKUNUN TRANSANAL DOĞAL YOLDAN (NOTES) ÇIKARILMASI TEKNİĞİ. VİDEO SUNUMU

Erhun EYÜBOĞLU, Turgut İPEK, Hüseyin AKYOL, Erkal ZİYLAN, Mehmet Akif AYDIN
İstanbul Kemerburgaz Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

8 rektal tümörlü hastada laparoskopik anterior rezeksiyonu planlandı. Usulüne uygun olarak portlar girilerek sol kolon ve rektum serbestleştirildi. Damarlar klipslenerek kesildi. Rezeke

edilecek kolon segmenti belirlendi. Batın içine yollanan sütür ile tümörün distali bağlandı. Anal kanal ve distal rektum bol betadin solusyonu ile yıkanarak temizlendi. Harmonik alet ile distal kolon segmenti kesildi. Distal rektum ipek sütürler ile askıya alındı. Anal kanaldan steril kamera kılıfı CEEA 31 stapler kılavuzluğunda yerleştirildi. Anvilin alt ucuna dikişli prolen sütür yerleştirilerek stapler ile batın içine yollandı. Tümörün proksimalinden inen kolon sütür ile bağlanarak sütürün proksimalinden kolon harmonik ile yarıya kadar kesildi. Anvil inen kolonun yarı açık olan ağzından sokularak dikişli ip ile 5 cm kadar iç kısımdan kolon dışına çıkarıldı. Anvilin hemen distali endo GİA stapler ile kapatıldı. Anvilin etrafından sütür konarak anvil kökü sağlama alındı. Tümörlü kolon segmenti kamera kılıfı içersinden transanal yol ile dışarı alındı. Askıya alınmış olan distal rektum Endo GİA ile kapatıldı. Batın içine yollanan endobag ile bu rektum parçası batın dışına alındı. Anüsten yerleştirilen 31 no CEEA stapler anvil ile birleştirilerek ateşlendi ve anastomoz sağlandı. Anal bölgeden verilen betadin solüsyonu ile anastomoz kontrol edildi. Bir adet dren yerleştirildi. Hastaların post takibinde komplikasyon gelişmezken erken mobilizasyon, erken eve ve işe dönüş tesbit edildi.

**Anahtar Kelimeler:** Kolorektal Tümörler, Laparoskopik Rektum Rezeksiyonu, NOTES,

## VB-20
## DEV HİATAL FITIKLARDA UYGULADIĞIMIZ YAMALI ONARIM TEKNİĞİ

Engin HATİPOĞLU, Metin ERTEM, Sabri ERGÜNEY
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Dev hiatal hernilerin onarımında yama kullanılması kaçınılmazdır.
Yama boyutları önem kazanmaktadır. Çeşitli müellifler küçük, sadece krusları örten yama boyutlarını tercih ederlerken, biz geniş yama kullanımını öneriyoruz. Fıtık cerrahisi prensiplerine göre, bu tür fıtıklara insizyonel fıtık gibi davranılmalı ve yama boyutları defekt kenarından en az 1,5 cm taşacak şekilde olmalıdır.
Hiatusu dairesel şekilde yama ile kapatmayı tercih edenler bulunmakla beraber, biz, darlık oluşturacağı düşüncesi ile U şeklindeki ve defekt büyüklüğüne göre kendimizin keserek şekillendirdiğimiz yamaları kullanmayı tercih ediyoruz. Gerektiğinde yamayı abdomen içinde hastaya göre keserek şekillendiriyoruz. Sol triangüler ligamenti keserek,karaciğer sol lateral segmentini sağa doğru ekarte ediyoruz. Böylece yamanın sağ bacağının diafragmaya düzgün ve yeterli genişlikte yayılmasını sağlıyoruz. Yamanın tesbitinde spiral titanyum sabitleyicileri tercih ediyoruz. Kruslar üzerinde çogunlukla bu tespit materyelini kullanırken ince diafragması olduğunu düşündüğümüz hastalarda yama bacaklarını dikiş veya fibrin glue ile tespit ediyoruz. Yama materyali olarak hafif (light) polipropilen yamaları tercih ediyoruz. Yine yamanın özefagus ile direkt temasından kaçınıyoruz.
Alana yayılmış olan yama, oluşturduğumuz NISSEN fundoplikasyonla tamamen örtüldüğünden,mide fundusu dışında, bir intraabdominal organla teması söz konusu olmuyor.
**Sonuç:**Özellikle dev hiatal hernilerde, krusların yaklaştırılmasında sorun olacak büyüklükte fıtıklarda kesinlikle yama kullanılması gerekmektedir. Böylece krurorafilere binen yük dağılarak azalırken krurorafilerin seton etkisiyle kesilmesi ve hernilerin nüks etmesi engellenmiş olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Hiatal herni, cerrahpaşa, dev hiatal herni

## VB-21
## SAĞ KOLON KANSERİNDE LAPAROSKOPİK KOMPLET MEZOKOLİK EKSİZYON: MÜMKÜN MÜ?

Mehmet Fatih CAN, Doğukan AKÇAY, Rahman ŞENOCAK
Gülhane Askeri Tıp akademisi, Genel Cerahi AD, Ankara

**Amaç:** Sağ kolon kanserinde komplet mezokolik eksizyon tekniği, son yıllarda giderek artan sıklıkta uygulanan ve sağ kolon tümörlerinde rektum kanserindekine benzer embriyolojik planlardan diseksiyonla tüm havza lenfatik ağını çıkarmayı amaçlayan cerrahi yaklaşımdır. Başlangıçta bu tekniğin kompleksitesi nedeniyle ancak açık cerrahi ile uygulanabileceği ifade edilmiş se de, son zamanlarda tekniğin laparoskopik uygulanabilirliği çabaları artmıştır. Bu video sunumda, komplet mezokolik eksizyon diseksiyon tekniğini uygulamakta benimsediğimiz laparoskopik yaklaşım paylaşılmaktadır.
İçeriğin açıklanması: Hasta supin pozisyonda iken umblikus üzerinden kamera ve batın sağ alt, sol alt ve sol üst kadranlarından birer çalışma portu girilmesiyle ameliyat başlanır. Biz, bu tekniği uygularken de medyalden laterale yaklaşımını tercih etmekteyiz. Medyalden laterale komplet mezokolik diseksiyon için öncelikle ileokolik venin SMV'ye döküldüğü yerin bulunması önem arzetmektedir. Bu bölgedeki diseksiyonla SMV çıplaklaştırılarak, İleokolik ven ve arter kökünden bağlanır. Takiben diseksiyon distalde ileokolik ark, mezokolon altında gözeli embriyolojik plan, proksimalde ise duodenum ve pankreas başı üzerinden SMV çıplaklaştırılarak süperior pankreatikoduodenal vene doğru ilerletilir. Bu sırada çoğu kez sağ kolik arterle karşılaşılmaz, doğrudan orta kolik arter köküne ulaşılır. Orta kolik arter sağ dalı kökünden bağlanır. Bu sırada eşlik eden sağ orta kolik ven bağlanır. Orta kolik arter sol dalı, sağında kalan lenf nodları spesimende kalacak şekilde çıplaklaştırılır. Infrapilorik lenf nodları spesimene dahil edilecek ve sağ gastroepiploik ven çıplaklaşacak şekilde omental diseksiyon tamamlanır. Retroperitonda üreter mutlaka görülmeye çalışılmaz. Buradaki künt diseksiyon laterale kadar ulaştığında white line insize edilerek spesimen ekstraksiyon ve anastomoza hazır hale gelir.
**Sonuç:** Çalışmamız, sağ kolon kanserlerinde komplet mezokolik eksizyon tekniğinin Laparoskopik yaklaşımla da aslına oldukça yakın şekilde yapılabileceği kanaati oluşturmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** kolon kanseri, komplet mezokolik eksizyon, laparoskopik sağ hemikolektomi

## VB-22
## AKALAZYA'DA UYGULADIĞIMIZ STANDARDİZE TEKNİK

Engin HATİPOĞLU, Veysel UMMAN, Süleyman DEMİRYAS, Metin ERTEM, Sabri ERGÜNEY
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Ocak 2000- Aralık 2014 yılları arasında 112 olguda akalazya nedeniyle laparoskopik girişim gerçekleştirilmiştir. Hastaların 46'sı kadın, 66'sı erkektir. Ortalama yaş 43 ( 16-77 ) tür. Hastaların tümünde pasaj grafisi yapılırken, 87 hastada ilave endoskopi ve/veya manometrik inceleme yapılmıştır. Hastaların 42'sinde daha önce endoskopik dilatasyon uygulanmıştı.

Kliniğimizde uygulanan standard ameliyat, Heller-Zaiger miyotomi ve anterior (Dor) fundoplikasyondur. Miyotomi sırasında 32 hastada mukozal yaralanma oluşmuş,separe 3/0 poliglaktin sütürler ile tamir edilmiştir. Tüm hastalarda hiatusa uzanan dren konmuştur. Postoperatif 2gün nazogastrik tüp tutulmuş, üçüncü gün oral sıvı/yumuşak beslenmeye başlanmıştır.
Ortalama ameliyat süresi 146 (70-170) dakika, hastanede kalış süresi 5.2 ( 3-11) gündür.
Postoperatif dönemde, erken komplikasyon 12 hastada mide atonisi, 8'inde atelektazi, 6'sında plevral efüzyon gelişmiştir. Hastaların median takip süresi 6 yıl( 3ay-15yıl ) dır. Uzun dönemde 6 hastada disfaji şikayetleri tamamen ortadan kalkmamış, 13 hastada semptomatik gastroözofajeal reflü gelişmiştir.
Kliniğimizde uygulanan teknik standardize edilmiştir. Tüm olgularda laparoskopik Heller miyotomi ve Dor fundoplikasyon uygulanmıştır. Dor fundoplikasyonu parsiyel fundoplikasyon sağlamanın yanı sıra,serozal patch oluşturmaktadır. (video) Olgularımızda özefagusu diseke ederek askıya alıyoruz. Askıya uygulanan traksiyon ile miyotomi proksimale doğru kolaylıkla uzatılabilir. Miyotomiye özofagus ve mide birleşim noktasından başlanır,proksimale dogru yaklaşık 6-8 cm sürdürülür. Sonra askının distalinde kalan mide üzerinde miyotomi 2 cm kadar ilerletilir. Mukozal açılmayı her olguda nazogastrik tüpten verilen metilen mavisi ile kontrol edilyoruz. Miyotominin sol üst kenarından başlayarak fundusu anteriordan sürekli dikişler ile miyotomi yapılan kas kenarlarına dikiyoruz. Fundoplikasyonu tek bir dikiş ile sağ krusa tespit ediyoruz.
**Sonuç:** Laparoskopik cerrahide standardize edilmiş uygulamalar ve kazanılmış deneyim, karşılaşılabilecek sorunların saptanma ve çözümünde avantajlar sağlamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akalazya, teknik, cerrahpaşa, Heller miyotomi

## VB-23
## AKALAZYA TEDAVİSİNDE UYGULADIĞIMIZ LAPAROSKOPİK HELLER MYOTOMİ VE DOR FUNDOPLİKASYON TEKNİĞİMİZ

Erdal Birol BOSTANCI, Volkan ÖTER, Murat ULAŞ, Fatih SÜMER, İlter ÖZER, Musa AKOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Akalazya tanısı ile Laparoskopik Heller Myotomi(LHM) ve Dor Fundoplikasyon(DF) ameliyatı uyguladığımız hastalarda ameliyatı nasıl gerçekleştirdiğimizi sunmayı amaçladık.
İçeriğin Açıklanması: Ameliyat için ikisi 11mm'lik ve diğerleri 5 mm'lik olmak üzere toplam 5 port kullanıldı. Karın içinin incelenmesini takiben hepatogastrik ligaman açılıp sağ ve sol diafragmatik kruslar ortaya konularak özofagus askıya alındı. Sagital düzlemde özefagogastrik bileşkenin distalinde mide üzerinde 2 cm ve distal özofagusta darlığın 1 cm proksimaline gidilecek şekilde (genellikle 5-7 cm) grasperlar veya damar mühürleyici- kesici aletler yardımı ile myotomi tamamlandı. Ardından anterior fundoplikasyon (dor fundoplikasyon) uygulandı. Ameliyat esnasında 30mm'lik akalazya balon kateteri kullanıldı. Metilen mavisi ile mukozal perforasyon kontrolü yaptıktan sonra loja jackson pratt tipi dren yerleştirildi. Bu yöntem ile 26 hastamıza LHM+DF uyguladık. Üç hastada ameliyat esnasında mukozal perforasyon ve 1 hastada ameliyat sonrası karın içine kanama gözlendi. Ameliyat esnasında gözlenen mukozal perforasyonlar laparoskopik olarak sütüre edildi. Ameliyat sonrası mortalite gözlenmedi.
**Sonuç:** Laparoskopik Heller Myotomi ve Dor Fundoplikasyonu ileri laparoskopide deneyimli cerrahlar tarafından güvenle uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Akalazya, Heller myotomi, Cerrahi tedavi

## VB-26
## SLEEVE GASTREKTOMİ TEKNİĞİMİZ. STAPLER HATTININ ÜST KÖŞE GÖMÜLEREK 'TAM KAT' DİKİLMESİ

Ozan ŞEN, Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR, Fatma KAHRAMAN, Mehmet Ali YERDEL
İstanbul Bariatrics, İstanbul

Laparoskopik sleeve gastrektominin (LSG) en önemli komplikasyonları kanama ve kaçaktır. Kaçakların %90'ı ise stapler hattının en üst noktasında görülmektedir. Bu komplikasyonları önleyebilmek adına stapler hattına ne yapılması gerektiği konusunda cerrahlar arasında bir fikir birliği yoktur. Biz ekip olarak tüm olgularda 36 F'lik buji ile yapılan LSG sonrasında rutin olarak hem üst ucu bir "purse string" tekniği ile gömmekte ve hem de "tüm" stapler hattını 3.0 V-loc ile tam kat ve devamlı dikmekteyiz. Devamlı dikişin özellikle darlık yaratmamasına, tüm dikişlerin dikkatle ve "tam kat" yerleştirilip tek tek sıkı biçimde oturtulmasına özen gösterilmelidir. Bu dikiş ayrıca bazı olgularda geride bırakılan tüpte kısmen kontrollü küçültmeler yapılmasına da olanak tanımaktadır. Bu tekniği bire bir kullanmış olduğumuz 200'ü aşkın ardışık olguda hiçbir cerrahi kanama ya da kaçak ile karşılaşmamış olmamız tekniğimize olan güvenimizi sağlamlaştırmıştır. Dolayısı ile ileri laparoskopik dikiş tekniğine sahip olup stapler hattına dokunmayan ekiplerin sunumuzdaki tekniğe daha aşina olmaları amacı ile bu video sunusu hazırlanmıştır.
Biz, stapler hattının üst köşesinin gömülerek, tüm stapler hattını "tam kat" diktiğimiz 218 Laparaskopik Sleeve Gastrektomi vakamızda hiç kaçak olmadı. Bu video sunusuyla amacımız, tüm vakalarımızda rutin olarak uyguladığımız bu tekniği detaylarıyla paylaşmaktır

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve gastrektomi, teknik, kaçak, kanama

## VB-27
## LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE İNTRAOPERATİF SORUNLAR

Ozan ŞEN, Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR, Fatma KAHRAMAN, Mehmet Ali YERDEL
İstnabul Bariatrics, İstanbul

Bugün ülkemizde obezite cerrahisi alanında laparaskopik sleeve gastrektomi en sık yapılan ameliyat haline gelmiştir. Diğer yöntemlere kıyasla uygulama kolaylığı bunun en önemli nedenidir. Ancak uygulama sırasında, her cerrahi girişimde olabileceği gibi istenmeyen durumlarla karşılaşılabilir.
Ocak 2012 – Aralık 2014 arasında 218 vakaya LSG uyguladık. Bunlardan 7'si revizyonel cerrahiydi. Operasyon sonrası dönemde hiçbir hastamızda 'cerrahi' kanama ve kaçak olmadı. 16 olguda karaciğer laserasyonu ve bunların 2 'sinde CO2 embolisi oldu ve

sekelsiz düzeldi. 2 olguda aşırı büyük ve yağlı karaciğer nedeniyle operasyonun belli aşamalarında zorluklar yaşandı. 1 olguda nazogastrik tüpün stapler hattı içinde kalarak kesildiği farkedildi. Tüp çıkarıldı ve bu alan sonradan sütüre edilerek onarıldı. 8 hastada ilk stapler aşamasında serozal açıklık oluştu. Bu hat sütüre edilerek onarıldı. 3 olguda intraoperatif fazla fundus bırakıldığı farkedildi. Bu olgulara diseksiyon ve imbrikasyon uygulandı. 1 olguda ilk stapler aşamasında minimal pancreas travması oldu, problem olmadı.
Bu sunuyla amaçlanan 218 sleeve gastrektomi olgumuz ardından operasyon sırasında sık karşılaşılabilecek sorunları, istenmeyen durumları kısa video görselleriyle paylaşmak ve tartışmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sleeve gastrektomi, İntraoperatif sorunlar

## VB-28
## DEV GASTRİC STROMAL TÜMÖRLERİN LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU: İKİ VAKA İLE MÜMKÜN OLDUĞUNUN GÖSTERİLMESİ

Mehmet KAPLAN[1], Selçuk ARSLAN[2], Hüseyin Cahit YALÇIN[3], Muhammed Sait DAĞ[4], Mehmet KORUK[4]
[1]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Bahçeşehir Universitesi, İstanbul
[2]Genel Cerrahi Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep
[3]Genel Cerrahi Departmanı, Anadolu Şifa Hastanesi, Gaziantep
[4]Gastroenteroloji Departmanı, Medical Park Gaziantep Hastanesi, Gaziantep

**Amaç:** Gastrointestinal stromal tümörler (GIST) mezenşimal kaynaklı olan nadir tümörlerdendir. Eskiden beri GIST rezeksiyonları açık ameliyatla gerçekleştirilmektedir. Fakat son zamanda laparoskopik olarak da yapılabileceği çok net şekilde gösterilmiş ve 2 cm büyüklüğe kadar olan tümörlerde uygulanabileceği bildirilmiştir. Ancak laparoskopik GIST rezeksiyonu için büyüklük sınırının her geçen gün değişmesi, laparoskopik kama rezeksiyonunda tümör büyüklüğü dışında başka faktörlerin de önemli olduğunu göstermiştir. Büyük tümörlerin manüpilasyonu sırasında kapsülün yırtılarak peritona sıçramasına meydan vermeyecek tecrübeli bir cerrah ile laparoskopik rezeksiyonun güvenle yapılabileceği gösterilmiştir. Bu video sunumunun amacı büyük mide GIST'lerinde laparoskopik rezeksiyonun mümkün olduğunu destekleyen kendi tecrübemizi paylaşmaktır.
İçeriğin Açıklaması: Bu video sunumda, biri midenin ön yüzünden kaynaklanarak lümen içine doğru uzanan, diğeri ise mide arka yüzünden kaynaklanarak lümen dışına doğru uzanan dev boyutlarda iki farklı GIST tümörünün laparoskopik rezeksiyon tekniği gösterilmektedir. Bu sunumda tümörün ön veya arka duvar yerleşimli olması, intralüminal veya egzofitik uzanım göstermesi halinde cerrahi stratejinin nasıl değiştiği özellikle vurgulanmak istenmektedir. Özetle; posterior egzofitik lezyon, midenin serbestleştirilmesinden sonra kama zımbalama tekniği ile çıkarılmıştır. Anterior intralüminal lezyona ise tümörün tamamen çıkarılmasına yetecek uzunlukta yapılan anterior gastrotomi ile ulaşılıp eversiyon tekniği ile çıkarılmıştır.
**Sonuç:** Bu iki vakalık çalışma, iyi seçilmiş vakalarda 10 cm'ye kadar olan lezyonlarda dahi laparoskopik rezeksiyonun güvenli ve teknik olarak mümkün olduğunu savunan yayınları desteklemektedir.

**Anahtar Kelimeler:** GIST, stromal tümör, laparoskopik reseksiyon, submukozal tümör, midenin kama rezeksiyonu

## VB-29
## TORAKOSKOPİK ÖZOFAGUSTAN LEİOMYOM ENÜKLEASYONU

Erdal Birol BOSTANCI, Volkan ÖTER, Koray KOŞMAZ, İlter ÖZER, Murat ULAŞ, Musa AKOĞLU
Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara

**Amaç:** Özofagusta submukozal 4 cm' lik kitlesi olup leiomyom ön tanısı ile torakoskopik enükleasyon ameliyatı uyguladığımız hastanın ameliyat video görüntüsünü sunmayı amaçladık.
İçeriğin Açıklanması: Ameliyat prone pozisyonunda biri 10 mm' lik diğer ikisi 5mm' lik olmak üzere toplam üç port yardımı ile gerçekleştirildi. Sağ toraks içine trokarlar yerleştirildikten sonra özofagus orta kesiminde düzgün sınırlı kitle gözlendi. Keskin ve künt disseksiyon ile kitle üzerindeki özefagus kas lifleri ayrılarak leiomyom enükleasyonu uygulandı. Nazogastrik sondadan hava ve metilen mavisi ile perforasyon açısından test edildi. Perforasyon saptanmadı. Enükleasyon sonrası kas lifleri tek tek sütüre edildi. Ameliyat lojuna 1 adet toraks tüpü yerleştirildi. Ameliyat sırasında komplikasyon gözlenmedi. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 7. gün taburcu edildi. Ameliyat sonrası patolojik incelemede kitlenin histopatolojik olarak leiomyom ile uyumlu ve kapsülün intakt olduğu raporlandı.
**Sonuç:** Leiomyom düşünülen özefagus lezyonlarında enükleasyon torakoskopik olarak uygulanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi, Laparoskopik enükleasyon, Leiomyom

## VB-30
## MİNİMAL İNVAZİV IWOR-LEWİS ÖZOFAJEKTOMİ

Ömer GÜNAL[1], Tunç LAÇİN[2], Orhan BAT[1], Sina MOKHTARE[1], Salih DEMİRCİOĞLU[1]
[1]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ABD, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Cerrahisi ABD, İstanbul

**Amaç:** Minimal invaziv özofajektomi,laparoskopik kardia rezeksiyonu, mide tüpü hazırlanması ve torakoskopik özofagus rezeksiyonu ile intratorasik anastomozun gerçekleştirildiği cerrahi tekniktir.Bu videoda özofagus kanseri nedeniyle opere edilen hastada cerrahi tekniğin evreleri gösterilecektir.
**Teknik:** Özofagus 38 cm'de adenokanseri olan 56 yaşındaki erkek hasta çift lümenli endotrakeal tüp ile entübe edildi. Ameliyatın ilk aşaması olan laparoskopide beş trokar sırasıyla umbilikusun superioruna(10mm),subksifoid bölgeye(5mm),sağ ve sol midklaviküler hat üzerinde kostal arkların 2 cm altına(15-10mm) ve sol ön aksiller hat hizasında kostal arkın 2 cm altına(5mm) yerleştirildi. Sağ gastroepiploik ve sağ gastrik arterler korunarak büyük kurvatür boyunca mide elektrotermal damar mühürleyici ile serbestleştirildi. Sol gastrik arter endovasküler stapler ile ayrıldı.Sol gastrik arterin hemen altından başlanıp fundusa doğru ilerlenerek mide endostaplerler yardımıyla 3-4cm genişliğinde bir tüp haline getirildi.Toraksa çekmek için mide tüpü kardiyaya dikiş ile tespit edildi. Piloroplasti(3cm) uygulandı.Hasta sol lateral dekübit pozisyonda iken sol selektif ventilasyona geçildi. Torakoskopik trokarlar önaksiller hat 7.ve 4.interkostal

aralığa,arka aksiller hat 4.ve 6.interkostal aralığa yerleştirildi. Özofagus ve çevre lenf bezleri diyaframdan azigos vene kadar harmonik kesici kullanılarak serbestleştirildi. Azigos ven endovasküler stapler ile kesildi. Mide toraks içine çekildi. Proksimal özofagus endostapler ile kesildi. Spesimen endoskopik torba ile toraksdan çıkarıldı. Gastroözofageal anastomoz, ağız yoluyla özofagus proksimal stapler hattına yerleştirilen 25 no anvil ile sirküler stapler kullanılarak yapıldı. Sirküler staplerin mideye girişinde kullanılan açıklık endostapler ile kapatıldı. İki adet toraks dreni yerleştirilerek port insizyonları kapatıldı.Hasta servise alındı.
**Sonuç:** Laparo-torakoskopik yöntemle rahat ve güvenli intratorasik özofageal anastomoz yapılabilmektedir. Bu yöntem, az kan kaybı ve minimal cerrahi travma sayesinde postoperatif hasta konforunda artış sağlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Özofajektomi, laparoskopi, torakoskopi, intratorasik anastomoz

## VB-31
## DUODENUM YERLEŞİMLİ GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRLERDE ROBOTİK CERRAHİ REZEKSİYON; ANASTOMOZ İÇİN ENDOSKOPİ YARDIMLI YENİ BİR YÖNTEM

Abdulkadir BEDİRLİ[1], Mahir NASİROV[1], İbrahim DOĞAN[2], Bülent SALMAN[1]
[1]Gazi Üniversitesi,Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi,Tıp Fakültesi Gastroenteroloji BD, Ankara

**Amaç:** Gastrointestinal stromal tümörler (GİST)'in %20-30'u ince bağırsakta ve bununda yaklaşık beşte biri duodenumda yerleşim göstermektedir. Hastaların en sık başvuru nedenleri gastrointestinal kanama, karında kitle ve ağrıdır. Burada duodenal GİST nedeniyle robotik yöntemle segmenter duodenum rezeksiyonu ve duodeno-jejunostomi yapılan bir olguda yeni bir tekniği sunmayı amaçladık.
**İçerik:** Duodenum 4.segmentte yerleşim gösteren 3-cm boyutlarındaki stromal tümörün rezeksiyonu robotik yöntemle planlandı. Hasta ters Trendelenburg pozisyonunda olacak şekilde docking tamamlandı. Duodenum, Kocher manevrası ile mobilize edildi. Duodenum 4.kısımda yerleşim gösteren tümör ortaya çıkarıldı. Treitz ligamenti kesilerek proksimal jejunum serbestleştirildi. Mezo diseksiyonu sonrası jejunum'un Endo GIA ile transeksiyonu yapıldı. Ardından duodenum pankreas baş ve unsinat proses'ten robotik vessel sealer yardımıyla ayrıştırıldı. Tümörün yaklaşık 2 cm proksimalinden duodenum Endo GIA ile transekte edildi. Tümör endo-bag içerisine konularak dışarıya alındı. Rekonstrüksiyon Orvil yardımlı planlandı. Ancak Orvil'in duodenum 3.kısma ilerletilmesi mümkün olmadı. Ardından duodenum'a asendan rehber tel geçişi için orifis açıldı. Rehber tel duodenum içerisindeki endoskop yardımıyla forceps ile tutularak ağızdan dışarıya alındı. Dışarıda Orvil'in kateteri rehber tel'e sütüre edilerek, ağızdan yerleştirilen kateterinin karın dışına alınması sağlandı. Orvil'in anvil kısmının kontrollü bir şekilde duodenumdan dışarıya alınmasını takiben 25 no'lu uzun sirküler stapler yardımıyla uç-yan duodeno-jejunostomi yapıldı. Son olarak sirküler stapler'ın yerleştirildiği jejunum uç kısmı Endo GIA ile transekte edilerek işleme son verildi.
**Sonuç:** Duodenal 4.kısmında veya proksimal jejunumda yerleşim gösteren tümörlerde Orvil ile anastomoz için anvil yerleştirilmesi literatürde ilk kez tanımladığımız endoskopi yardımıyla sağlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Duodenum, gastrointestinal stromal tümörler, robotik cerrahi

## VB-32
## MİDE ADENOKARSİNOMLU OLGUDA ROBOTİK YARDIMLI DİSTAL GASTREKTOMİ

Mehmet Akif TÜRKOĞLU, Veli VURAL, Nurhan Haluk BELEN, Gülsüm Özlem ELPEK, Mehmet İlker TURAN, Ali AVANAZ, Ramazan ERYILMAZ
Akdeniz Üniversitesi, Genel Cerrahi AD, Antalya

Günümüzde gastrik kanser tedavisinde laparoskopik olarak distal gastrektomi ve bölgesel lenf nodu diseksiyonu seçenek olarak yeralmaktadır. Uzun dönem sonuçları henüz net olmasa da onkolojik olarak güvenli bir tekniktir. Ancak laparoskopik cerrahiye tremor, iki boyutlu görüntü, enstruman hareketlerinde sınırlanma, ergonomik rahatsızlık gibi bazı kısıtlamalar eşlik etmektedir. Robotik cerrahi teknolojisi ile bu dezavantajlar elimine olmuştur. Günümüzde yaygın olarak Da Vinci Cerrahi Sistem kullanılmaktadır.
**Olgu:** 44 yaşındaki kadın olguda, dispeptik şikayetler nedeniyle yapılan endoskopide prepilorik bölgede sert, frajil, mukozal düzensizlik ve kabalaşma saptanması üzerine biyopsi alındı. Biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlanan olguya, evreleme amaçlı yapılan pozitron emisyon tomografisinde (PET-BT), uzak ve bölgesel metastaz saptanmaması üzerine konversiyon olmadan başarıyla robotik yardımlı distal gastrektomi (RYDG) ve bölgesel lenf nodu diseksiyonu operasyonu gerçekleştirildi. Ameliyat süresi 370 dakika ve kan kaybı 150 mL olarak belirlendi. Rezeksiyon sınırı negatif belirlenip, proksimal cerrahi sınıra uzaklık 10cm, distal cerrahi sınıra uzaklık 3 cm olarak raporlandı. Mikst tipte (intestinal ve taşlı yüzük hücreli) adenokarsinom saptanan spesmenden 32 adet reaktif, 1 adet metastatik olmak üzere toplam 33 adet lenf nodu çıkarıldığı tespit edildi. Operasyon sonrası 3. günde yumuşak gıda başlanan ve tolere eden vakanın foramen winslow'a konan dreni 5. gün alındı. Vaka postoperatif 7. gün sorunsuz taburcu edildi.
**Sonuç:** İlk deneyimimiz olarak, RYDG ile hastada erken mobilizasyon, hızlı iyileşme, daha az kan kaybı ve evreleme için kabul edilebilir lenf nodu sayısının elde edildiğini, ayrıca operasyonun daha konforlu olduğunu gözlemledik. Uzun dönem sonuçları için randomize klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** Distal Gastrektomi, Gastrik Adenokarsinom, Robotik Cerrahi

## VB-33
## GASTRİK BANDA BAĞLI MİDE GİRİŞ OBSTRÜKSİYONU: 2 OLGU SUNUMU

Bülent GÜRBÜZ, Burçak Abbas KABAOĞLU, Yunus YAVUZ
VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Morbid obezitenin cerrahi tedavi seçeneklerinden biri olan gastrik bant( GB ) uygulaması yetersiz kilo verimi, geri

kilo alma, band kayması, bandın migrasyonu, mide giriş obstrüksiyonu gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu sunumda gastrik banda bağlı komplikasyon gelişen iki olgu sunulacaktır.

**Olgu 1:** 47 yaşında bayan hasta (BMI: 28.1 kg/m2), iki gündür devam eden karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil birimize başvurdu. 5 yıl önce uygulanan laparoskopik GB hastanın fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyet dışında başka özellik saptanmadı. Tüm laboratuvar parametreleri normal değerlerde idi. Çekilen özofagus pasaj grafisinde ve kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografisinde gastrik bandın distale doğru kaydığı saptandı. Laparoskopik olarak GB çıkarıldı. Komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 1. gününde taburcu edildi.

**Olgu 2**: 39 yaşında erkek hasta ( VKE: 64.9 kg/m2 ) bant ayarı sonrasında yutamama, bulantı ve kusma şikayeti ile başvurdu. 7 yıl önce GB takılan hastanın balonunun söndürülmesine rağmen pasaj grafisinde distal özofagustaki obstrüksiyon düzelmedi. Laboratuvar parametlerinde ve fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Laparoskopik eksplorasyonda bandın perfore olduğu ve sıvının kapsül içine gittiği görüldü. Band çıkarıldıktan sonra komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 2.gününde taburcu edildi.

**Sonuç:** Gastrik banda bağlı kaymalar ve tıkanıklıklar sık görülen komplikasyonlardır. Anamnezinde GB cerrahisi olan hastalarda, laboratuvar bulgularında herhangi bir özellik saptanmasa dahi görüntüleme yöntemleri ( batın bilgisayarlı tomografisi, pasaj grafisi ) ile pasajın açık olduğu mutlaka tespit edilmelidir. Obstrüksiyon ile uyumlu bulgular mevcut ise en uygun tedavi yöntemi cerrahidir.

**Anahtar Kelimeler:** gastrik band, komplikasyon, obezite

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# Karaciğer Kist Hidatik Hastalığının Laparoskopik Cerrahi Tedavisinde 'Perforator-Grinder-Aspirator Apparatus (PGAA)' Kullanımı ve Deneyimimiz

İsmail Cem Sormaz[1], Sercan Yüksel[1], Yiğit Soytaş[1], Nükhet Sivrikoz[2], Levent Avtan[1]

[1] İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

[2] İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Anabilim Dalı

**Özet**

Minimal invaziv cerrahi, kist hidatiğin radikal cerrahisine kıyasla kullanılabilir, etkili ve "viable" bir seçenek olmasına karşın; laparoskopik yaklaşım rekürrens riski, anafilaksi ve peritoneal kaviteye dökülme ile yayılım nedeniyle çok yaygın olarak kabul görmemektedir.

Bu zorlukların üstesinden gelmek için, birkaç teknik ve cihaz literatürde tanımlanmıştır. Bizim merkezimizde (İstanbul Sürekli Tıp Eğitim Merkezi-İSTEM) tasarladığımız, geliştirdiğimiz yeni nesil Delici –Öğütücü-Aspire edici aparat (PGAA: patent no TR 2004/02916) kistin içini boşaltırken daha kolay, güvenli ve etkili bir yöntem kullanır. Laparoskopik yaklaşım ile PGAA kullanılırken; gerekli olan pnömoperiton basıncı, karaciğer kist hidatik içeriğini güvenli ve etkin bir şekilde boşaltılır. Güvenliği ve etkinliği ex-vivo olarak hayvan karaciğerinde test edilmesiyle birlikte daha geniş endikasyonlarda ve daha zor lokalizasyonlarda kullanılabilir.

PGAA penetrasyon ve irrigasyon yapan iğne, perfore edici ve öğütücü boru, aspirasyon kanülü, elektrik motoru olmak üzere dört ana üniteden oluşur. PGAA'nın en önemli özelliklerden biri; ucunda germinal katman ve skoleks dahil olmak üzere kavitenin içini boşaltan ve öğüten otomatik, geri çekilebilir, rotasyon yapabilir özellikte bıçağının bulunmasıdır. Geri çekilebilir rotasyon yapan bıçağın operatöre sağladığı imkan dış katmanı perfore ettikten sonra kist içi parankimal hasarı engelleyebilmesidir. Perfore edici öğütücü bıçak çıkarıldıktan sonra; 10 mm'lik çapıyla aspirasyon kanülü, kistik kavitenin iç yüzeyinin laparoskopik olarak incelenmesini sağlar. Bu makalede, PGAA'nın teknik yönü ve özelliklerini, bazı değişik lokasyonlarda yerleşen kist hidatiklerde kullanımını, bu cihazın klasik aspiratörlere ve diğer cihazlara üstünlükleri açıklamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Perforator-Grinder-Aspirator Apparatus; PGAA; Laparoskopik karaciğer cerrahisi; Kist hidatik

**Yazışma Adresi:**
İsmail Cem Sormaz: icsormaz@gmail.com
Sercan Yüksel: yukselsercan@yahoo.com
Yiğit Soytaş: yigitsoytas@hotmail.com
Nükhet Sivrikoz: nsivrikoz@yahoo.com
Levent Avtan: leventavtan@gmail.com

**Abstract**

Despite that minimal access surgery is a feasible, effective and viable option for radical surgical treatment of cystic hydatidosis, the laparoscopic approach is not widely accepted because of the risk of recurrene and the risk of severe complications, such as anaphylaxis and/or contamination of the peritoneal cavity related with the spillage.

To overcome these difficulties, several techniques and devices are described in the literature. In our center (ISTEM), we have designed and developed a new generation ''Perforator-Grinder-Aspirator Apparatus (PGAA: patent no. TR-2004/02916)'' which evacuates cyst contents in a more secure, effective and easy way. By using PGAA, we are able to perform the laparascopic approach while keeping the necessary pneumoperitoneum pressure to evacuate the cyst contents of liver hydatidosis securely and effectively, with wider indications even in difficult locations, after testing its safety and efficacy in some ex-vivo animal liver with hydatid cyst.

PGAA is made up of four main units including peneture –irrigation needle, perforator –grinder pipe, aspiration cannula and, electric motor. One of the most important specialty of this PGAA is having the automatically retractable rotary blade on the distal edge to the grind and evacuate all the contents of the cavity including germinal layer and scolices. Having the retractable rotary blade allows the operator to avoid any intracystic paranchmyal damage after perforating the outer layer. After taken out the perforator-grinder-pipe, the aspiration cannula allows the laparoscopic visualization of the inner surface of the cystic cavity through its 10 mm internal diameter. In this article ,the author describes the technical aspect and specifications of PGAA, and its applications in some cases with awkwardly located liver hydatid cyst, underlying its superiority over the classical aspirators and other devices.

**Keywords:** Perforator-Grinder-Aspirator Apparatus; PGAA; Laparoscopic liver surgery; Hydatid cyst

## Giriş

Karaciğer kist hidatiği nadiren kendiliğinden gerileyebilse de genellikle girişim gerektirmektedir. Medikal tedavi ile konservatif takip ve perkütan kist aspirasyonu tanımlanmış olmasına rağmen, günümüzde seçilmiş hastalarda cerrahi girişim öncelikle kabul edilen tedavi yöntemidir1. Ancak hastalığın selim gidişine rağmen yüksek morbiditesinin bulunması bu hastalığı cerrahinin problemli noktalarından biri haline getirmektedir[2].

Katkhouda'nın 1992'de karaciğer kist hidatiğinin tedavisinde laparoskopik cerrahiyi ilk defa kullanışıyla birlikte, lezyonun yerleşimi, grade ve büyüklüğü ve cerrahın tecrübesi gibi durumlar göz önünde bulundurularak hastalığın laparoskopik tedavisi için çeşitli cerrahi teknikler ortaya konulmuştur3-8. Kistin yerleşim yeri çoğunluka total perikistektomi için uygun olmadığından, kist içeriğinin tamamen boşaltılması ve peşine kavite kontrolü için basit drenaj, omentoplasti, unroofing, parsiyel kistektomi veya tüm bu girişimlerin kombinasyonu sıklıkla uygulanmaktadır.

Tüm bu cerrahi tekniklerin laparoskopik girişimler açısından uygunluğu ve güvenilirliği ortaya konmuştur[1,6,9,10,11]. Ancak anafilaksi ve peritona dökülme gibi ağır komplikasyonların gelişmesi korkusu cerrahların laparoskopik olarak bu tekniklere adapte olması konusunda cesaretlerini kıran faktörlerdir[2]. Ayrıca, pnömoperituan kullanımı ve germinal membran ve skoleksler gibi yüksek derecede visköz kist içeriği ile kolayca tıkanabilen klasik aspiratörlerin kullanımı nedeniyle kist içeriğinin güvenli ve tam olarak boşaltılabilmesi açık ameliyata göre laparoskopik cerrahilerde

daha zordur. Tüm bu zorluklarin üstesinden gelebilmek icin literatürde birçok teknik ve alet tanımlanmıştır. Biz de araştırma merkezimizde (İSTEM) tasarlayıp geliştirdiğimiz, kist içeriğini daha güvenli, etkin ve emniyetli bir şekilde emen, "delici-öğütücü aspiratör aparatı"nı (Perforator-Grinder-Aspirator Apparatus- PGAA; patent no. TR-2004/02916) kullanarak zor yerleşimli karaciğer hidatik kistleri olan 20 hastada başarıyla uyguladık.

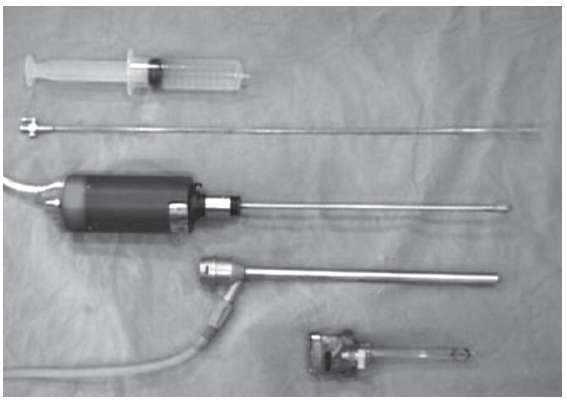
## Gereç ve Yöntem

Ocak 2005- Ocak 2015 arasında kist hidatik tanısıyla PGAA kullanılarak laparoskopik cerrahi uygulanan 20 hasta çalışmaya dahil edildi ve dosyaları retrospektif olarak incelendi. Ameliyat öncesi laparoskopik cerrahi adayı olarak hazırlanan hastalar içinde; ameliyat öncesi değerlendirmede kist lokalizasyonu laparoskopik erişim açısından zor olan (n=3), daha önce başka bir sebepten dolayı açık cerrahi girişim geçirmiş (n=2), daha önce başka bir merkezde kist hidatik nedeniyle ameliyat olmuş (n=2), daha önce ponksiyon-aspirasyon-enjeksiyon-reaspirasyon (PAIR–puncture-aspiration-injection-reaspiration) uygulanmış (n=2) 9 hasta laparoskopik girişim denenmeden doğrudan açık cerrahi girişim yapıldığı için çalışma dışı bırakıldı ve kalan 20 hastada laparoskopik cerrahi uygulandı.

Tüm hastalarda tanı ultrasonografi (USG) ile konuldu. Evreleme Gharbi ve ark. tanımladığı kriterlere göre yapıldı[11]. Tüm hastalara ameliyat öncesi cerrahi anatomiyi daha iyi ortaya koymak, kistin erişilebilirliğini görmek ve varsa diğer kistlerle ilişkisini belirleyebilmek için bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi.

Ameliyat öncesi 10 mg/kg/gün dozundan albendazol tedavisi en az 10 gün süreyle verildi ve ameliyattan 1 saat önce 1 gr ampisilin/sulbaktam ile proflaksi uygulandı.

Ameliyat sonunda mutlaka kavite icine bir adet dren konuldu ve albendazol tedavisine en az 3 ay devam edildi.



**Şekil 1.** PGAA'nın parçaları
a- aspirasyon kanülü
b- delici-öğütücü mil
c- uzun aspirasyon-irrigasyon iğnesi
d- elektrik motoru

## PGAA'nın Özellikleri

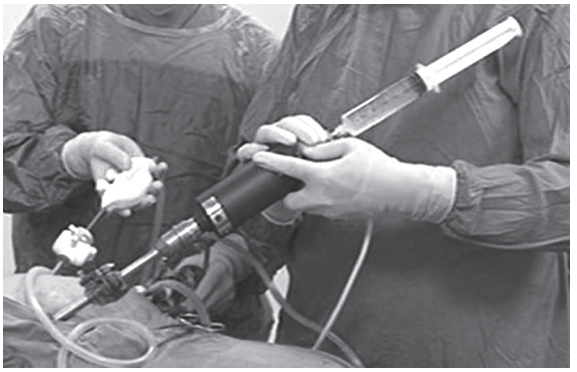
PGAA 4 ana bölümden oluşmakta; aspirasyon kanülü, delici-öğütücü mil, uzun aspirasyon - irrigasyon iğnesi ve elektrik motoru (Şekil 1).

1. Aspirasyon kanülü, 30 cm uzunluğunda, 11 mm dış ve 10 mm iç çapı olan paslanmaz çelik yapısındadır. Basit ve etkili bir kilitlenme mekanizması olan ve motora kolaylıkla bağlanıp ayrılabilen üst kısmı daha geniştir. Bu geniş kısmın dışında, plastik aspirasyon tüpüyle bağlanya uygun şekil ve çapta bir yan çıkış borusu bulunmaktadır. Geri çekilebilir mekanizması sayesinde, aspirasyon kanülünün hareket ettirilmesiyle, motora bağlı olan delici-öğütücü mil kanül içinde korunabilmektedir. Aspirasyon kanülü 11 mm'lik standart laparoskopi kanülün içinden geçebilmekte, ayrıca motor ve bağlı mil çıkarıldıktan sonra aspirasyon kanülünün içinden 10 mm'lik laparoskop geçebilmektedir.
2. Delici-öğütücü mil, motora bağlı değilken boyu 32 cm, çapı dışta 5 mm ve içte 3 mm lümeni olan sağlam bir çelik mil şeklindedir. Her iki ucunda 1 cm'lik civata dişi özelliği sayesinde proksimal uç motor eksenine vida-

lanıp ayrılabilir. Distal ucu vidalanan delici parça ise motor çalışırken hem kanül dışında iken perforatör, hem de kanül içine çekili halde iken öğütücü (grinder) olarak çalışmasını sağlar. Her biri farklı şekilde ve 2.5 cm uzunlukta, distal uca vidalanıp sökülebilen 3 değişik bıçağı mevcuttur.

3. İrrigasyon iğnesi 50 cm uzunluğunda ve dış çapı 2.5 mm dir; proksimalde motor merkezindeki mil boşluğundan ve öğütücü mil içinden geçerek distalde vidalı bıçak merkezindeki boşluktan çıkar. Bu uzun iğne ile kistin delinip içeriğinin aspire edilmesi ve hipertonik salin ile irrige edilmesi kolaylıkla sağlanabilmektedir.
4. Elektrikli motor ise yüksek devirli motordan avuç içine uyabilecek şekilde tasarlanmıştır ve doğru akım ile çalışmaktadır. Bu motor özel bir metal içine monte edilmiştir ve metal kılıf üzerinde parmakla kullanılabilen bir düğme ile çalışır. Dönen motorun merkezinde iç çapı 3 mm lik kanal içeren bir mil bulunması motorun esas özelliğidir. Bu kanalın distal ucuna delici-öğütücü mil bağlanmakta ve proksimal ucu ise bir musluk sistemiyle dışarıya açılmaktadır.

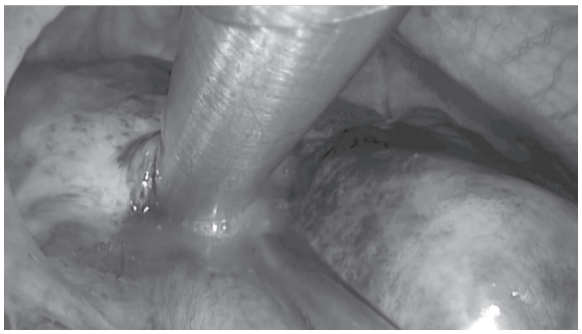
Bu aletin (PGAA) önemli avantajlarından birisi, motorun öğütücü mile bağlandığı bölgede yer alan özel bir yay mekanizması bulunması ve istenildiğinde elle sıkıştırılarak aspirasyon kanülü distal ucundan dışarı çıkarılabilen delici bıçağın, bırakıldığında otomatik olarak kanül içine retrakte olarak öğütme işlevine devam etmesidir. Kist duvarını perfore ederken, parmakla yay mekanizması sıkıştırıldığı zaman öğütücünün döner bıçaklı distal ucu 3-4 mm kadar dışarıya çıkar. Duvar delindikten sonra, serbest bırakıldığında döner bıçak yay mekanizması sayesinde aspirasyon kanülünün lümeni içine geri döner ve distal uc içinde öğütücü olarak işlev görür. Bu koruyucu mekanizma kistin iç duvarının ve dolayısıyla karaciğer parankiminin hasarlanmasını engeller. Bu özelliği tek kullanımlık trokarların güvenlik mekanizmasına benzer şekildedir.



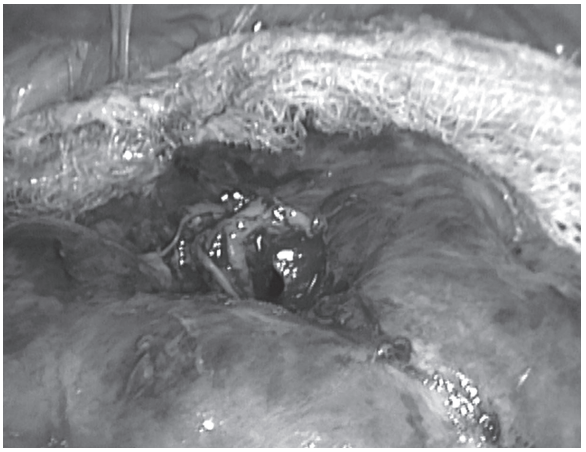
**Şekil 2.** PGAA'nın 11 mm'lik porttan yerleştirilmesi ve kullanımı

## Cerrahi Teknik

Hasta, sırt sağ bölgesine konulan bir yastık ile, sağ tarafı hafifçe yukarıda olacak şekilde supin pozisyonunda uzanır. Cerrah hastanın sol tarafında, asistan doktor ise karşı tarafta durur. Pnömoperituandan sonra, 30 derece açılı görüşe sahip laparoskop ile 10 mm'lik göbek kanülünden girilir ve abdominal kavite eksplore edilir. PGAA için 11 mm'lik ikinci kanül, çoğunlukla sağ subkostal veya epigastrik bölgeden olmak üzere hepatik kistin lokalizasyonuna göre yerleştirilir. Üçüncü kanül ise 5 mm'lik tutma aleti ya da klasik aspiratör kanülü için kullanılmak üzere ikinci kanülün lateral ya da medialine yerleştirilir. Laparoskopik eksplorasyon tamamlandığında, cerrah kiste en uygun giriş noktasını belirler. PGAA, ekipman masasında farklı parçaları teknik açıklamasında belirtildiği gibi bir araya getirilerek hazırlanır ve 11 mm'lik kanülden geçirilerek batına yetleştirilir (Şekil 2). PGAA'nın aspirasyon kanülü bağlı olduğu aspiratörün sağladığı emme gücünün sağladığı vakum etkisinin de yardımı ile, karaciğer yüzeyinde parankim dışında görülen kist duvarında uygun bir açıdaki giriş noktasına yerleştirilir. Uzun aspirasyon iğnesi, 50 cc'lik enjektöre bağlı şekilde PGAA'nın merkezindeki (motordan, öğütücü borudan ve döner bıçaktan geçen) kanaldan geçirilir. Ardından kist içine penetrasyonu, kist sıvısının şırınga ile aspirasyonu, aspirasyon iğnesinin etrafındaki kanülün vakumu sayesinde sızma olmadan gerçekleş-



**Şekil 3.** Dış duvar penetre edilirken aspiratör yardımıyla dışarı yayılmanın engellenmesi



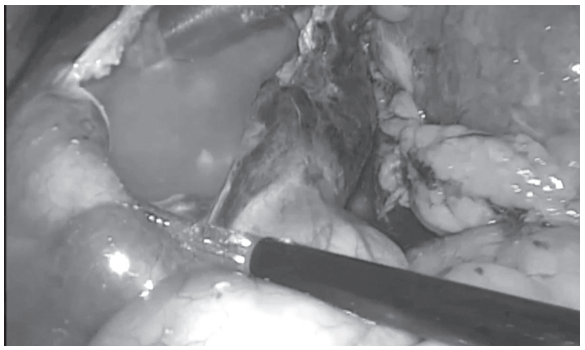
**Şekil 4.** Kist içeriği aspirasyonu sonrası kist duvarında kalan açıklık

tirilir. Kistin içine aspire edilen kistik sıvıdan az olacak şekilde hipertonik salin solüsyonu (%20) reenjekte edilir ve skoleksleri sterilize etmek için 10 dakika beklenir. Bu işlem sonrasında motor çalıştırılır ve yay mekanizmasına basılmasıyla döner bıçak kanülden eksternal pozisyona ilerler ve eş zamanlı aspire edilerek kisti penetre eder (Şekil 3). Penetrasyonun hemen ardından döner bıçak otomatik olarak kanülün içine geri dönmesi için serbest bırakılarak boşluğun iç yüzüne zarar verilmesinin önüne geçilirken bir yandan da aspirasyon kanülünün içinde yüksek vikozitedeki içeriği öğütmeye devam eder. Kist elementleri devamlı irigasyon altında emme ve öğütme ile dışarı alınır. Döner bıçağın kist duvarına sıkı bir delik açması sayesinde aspirasyon kanülü kistik kaviteyi sıkıca penetre eder, periton boşluğuna sızıntı olmaz ve pnömoperiton gazı da aspire olmaz. Aspirasyon içeriğinin takibi sırasında irigasyon sıvısı berraklaşıp kistik element içermediği görülünce motor ve aspiratör durdurulur. PGAA'nın aspirasyon kanülü kistik kavitede dururken içindeiki öğütücü mil bağlı olduğu motor ünitesi ile beraber kanülden çıkartılır. Detaylı aspirasyon-irrigasyon işleminden sonra rezidüel kistik içerik kalmadığından emin olmak için, aspirasyon kanülü içinden 10 mm'lik laparoskop geçirilerek kistik kavite görülerek kontrol edilir. Eğer tamamiyle boşsa, boşaltma işlemi bitirilir ve kavite safra ile kirlenme açısından gözlemlenir. Boşaltma sonrası, kistin şartlarına (yeri, boyutu ve kist sayısı gibi faktörler) ve cerrahın tercihine göre kaviteye müdahaleye devam edilir. Bizim vakalarımızda unroofing ve drenaj kavite tedavisinde tercih ettiğimiz yöntemler olarak kullanıldı (Şekil 4 ve 5).

## Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların kadın/erkek oranı 1.85 (13/7), ortalama yaş 36 (yaş aralığı; 18-68) olarak hesaplandı. On altı hastanın tek kisti, 4 hastanın ise iki kisti mevcuttu. Bu 24 kistin 14 tanesi evre III, 3 tanesi evre II ve 3 tanesi evre I idi.

On sekiz kiste drenaj ve unroofing, 6 kiste sadece drenaj uygulandı. Unroofing yapılan kist-



**Şekil 5.** Kist içeriği öğütülüp aspire edildikten sonra unroofing yapılması ve kalan içeriğin aspirasyonu

lerin 14'ünde yalnız drenaj uygulandı, diğer 4 kistte omentum kavite içine yetleştirilerek omentoplasti yapılması ve drenaj tercih edildi.

Drenaj ve unroofing yapılan 18 kistin 2'sinde ameliyat esnasında kist içeriği boşaltıldıktan sonra duvarda safra bulaşması olduğu görüldü. Prolen 4/0 ile primer sütür atıldı ve kavite içine omentum yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı. Sütür atılan hastalardan birinin dreninden yüksek debili safra gelmesi nedeniyle ameliyat sonrası 10. günde endoskopik retrograd kolanjiopankreotografi (ERKP) ile papillotomi yapıldı. İşlem sonrası birinci haftada safra drenajı tamamen kesildi ve 10. günde (ameliyat sonrası 20. gün) dren alındı ve hasta sorunsuz olarak taburcu edildi. Diğer hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sağ lobda yaklasik 7 cm'lik kisti olan, unroofing yapılan fakat omentoplasti yapılamayan bir hasta ameliyat sonrasi 4. gününde dreni alınarak evine gönderildi. Ameliyat sonrasi 11. günde karın ağrısı ve ateş ile başvuran hastaya çekilen BT'de kavite içerisinde heterojen abse ile uyumlu sıvı saptandı. Perkütan drenaj ve antibiyoterapi sonrası 10. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sağ lobda 6 cm'lik kisti olan ve unroofing-omentoplasti yapılan bir başka hasta da ameliyat sonrasi 3. günde sorunsuz olarak eve gönderildikten 4 gün sonra karın ağrısı ve ateş ile başvurdu. Yapılan USG'de kavite icinde yoğun içerikli sıvı saptandı. Hastaya perkütan abse drenajı uygulandı ve katater yerleştirildi. Antibiyoterapi için yatışı yapıldı. Drenaj sonrası ikinci günde abse ile karışık safra drenajı başladı ve 4. günde drenden sadece safra gelmeye başladı. Çekilen manyetik rezonans kolanjiopankreotografide (MRKP) kist kavitesi ile safra kanalının iştirakli olduğu görüldü. ERKP ve papillotomi sonrasi 3. günde safra drenajı kesildi. Hasta dreni ile taburcu edildi. ERKP sonrasi 15. günde dren alındı.

Bir hasta da yara yeri enfeksiyonu ve ardından port giriş yerinde fıtık gelişti.

Hiçbir hastada anaflaksi gelişmedi ve perioperatif dönemde mortalite saptanmadı.

Ortalama yatış süresi 5 gün (3-20 gün), ortalama dren kalış süresi 3 gün (1-20 gün) olarak hesaplandı.

## Tartışma

Cerrahi girişim hidatik kist tedavisinde başvurulan kemoterapi ve girişimsel radyoloji gibi tekniklere göre en sık kullanılan terapötik yöntemdir[12]. Deneysel çalışmalarla peritoneal hidatizosa karşı proflaktik etkisi olduğu gösterilen ve rekkürren hastalığın önlenmesinde etkili olduğu bilinen Albendazol perioperatif dönemde kullanılmalıdır[13]. Ayrıca USG veya BT eşliğinde PAIR minimal invaziv teknik olarak belirli hastalarda terapötik amaçla uygulanabilir. Fakat PAIR hakkında yayınlanan çalışmaların çoğu bu tekniği açık ameliyat ile kıyaslamakta ve cerrahi imkanların kolay bulunamadığı durumlarda PAIR tekniğini alternatif olarak önermektedir[14]. WHO klavuzlarında PAIR tekniği inoperable hastalar, ameliyat sonrası relapslar ve kemoterapiye yanıt vermeyen hastalar için önerilmektedir[15]. Bir başka minimal invaziv teknik olarak laparoskopik yaklaşım; cerrahi tedavinin kistin ulaşılabilir tüm elemanlarının çıkarılması ve rezidüel kaviteye müdahale gibi avantajlarının yanında kist kavitesine büyütme altında daha iyi görsel kontrol sağlaması ile ufak safra kanalı açıklıklarının görülmesi, kavite içinde kalabilen germinatif membran ve yavru veziküllerin saptanması gibi avantajları da sağlamaktadır16. 1992 yılından beri laparoskopik olarak tedavi edilebilen karaciğer kist hidatiklerininden kazanılan tecrübeler çeşitli cerrahi tekniklerin fizibilitesini ve etkililiğini göstermektedir[3,6,12]. Çıtgez ve arkadaşlarının ele aldığı bir derlemede laparoskopik kist hidatik cerrahisi uygulanan toplam 666 vaka içeren 22 literatür değerlendirilmiştir. Bu derlemenin sonucuna göre açık cerrahiye dönme oranı %4, rekürren hastalık oranı ise %1.6 olarak tesbit edilmiştir[17]. Cerrahinin halen bir numaralı tedavi yöntemi olduğu kist hidatikte laparoskopik cerrahinin bu denli düşük açığa dönüş ve rekürrens oranları olması, minimal invaziv girişimlerin değer kazandığı günümüzde önemli bir bul-

gudur. Çalışmanın bir diğer önemli noktası da hastanede yatış süresinin ortalama 4.7 gün gibi kısa oluşudur.

Laparoskopinin de kendine göre dezavantajları vardır. Bu dezavantajlar genel olarak laparoskopik manüpülasyonların zorluğuna, kistin bulunduğu lokalizasyonuna, sızma ve taşmanın kontrolünün güçlüğüne ve yoğun kist içeriğinin aspirasyonunun zor olmasına bağlıdır. Birkaç cerrahi ekip bu zorluklar için özelleşmiş araçlar veya teknikler geliştirmiştir[4,6,7,18-21]. İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalında kullanılan delici-öğütücü aspiratör aparatının etkin aspirasyon ve sızıntı-taşma önleyici üstünlüğü bulunmaktadır[6]. Bu aparatı kullanmaktaki deneyimlerimiz sonucu bu makalede tanımlanan yeni nesil PGAA geliştirilmiştir.

Kullandığımız PGAA'nın üstünlükleri arasında, transmotor irigasyonu ve aspirasyonu sağlayan el motorunun bulunması, ikincil veya ana teleskop ile destekleyici transkanüler görüntüleme imkanı sağlaması yer almaktadır. Bu kompakt aparat stabil ve güvenli bir pozisyonda peşpeşe olarak kisti perfore etmemize, aspire etmemize, skolasidal ajanla irrige etmemize, duvarında kanül genişliğinde (1 cm) sıkı delik açmamıza, öğütmemize ve irrigasyona olanak sağlamaktadır. PGAA kullanımı ile karaciğer kist hidatiklerinin tedavisinde laparoskopik cerrahi kullanımının artacağı ve daha iyi sonuçlar elde edilmesine katkıda bulunacağı kanaatindeyiz.

## Kaynaklar


1. Jani, Kalpesh. "Spillage-free laparoscopic management of hepatic hydatid disease using the hydatid trocar canula." Journal of minimal access surgery 10.3 (2014): 113.
2. Yaghan, Rami, et al. "Is fear of anaphylactic shock discouraging surgeons from more widely adopting percutaneous and laparoscopic techniques in the treatment of liver hydatid cyst?." The American journal of surgery 187.4 (2004): 533-537.
3. Katkhouda, N., et al. "Laser resection of a liver hydatid cyst under videolaparoscopy." British journal of surgery 79.6 (1992): 560-561.
4. Vromen, Arnos, et al. "The use of a disposable laparoscopic trocar for the injection and safe evacuation of echinococcus cysts of the liver." Surgery, gynecology & obstetrics 177.5 (1993): 517-518.
5. Bickel, A., and A. Eitan. "The use of a large, transparent cannula, with a beveled tip, for safe laparoscopic management of hydatid cysts of liver." Surgical endoscopy 9.12 (1995): 1304-1305.
6. Alper, Aydin, et al. "Laparoscopic surgery of hepatic hydatid disease: initial results and early follow-up of 16 patients." World journal of surgery 19.5 (1995): 725-728.
7. Saglam, Abdullah. "Laparoscopic treatment of liver hydatid cysts." Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques 6.1 (1996): 16-21.
8. Zengin, Kagan, et al. "A new instrument, the "Perfore-Aspirator" for laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver." Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques 13.2 (2003): 80-82.
9. Seven, Ridvan, et al. "Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts." Surgery 128.1 (2000): 36-40.
10. Ertem, Metin, et al. "Laparoscopically treated liver hydatid cysts." Archives of Surgery 137.10 (2002): 1170-1173.
11. Gharbi, Hassen A., et al. "Ultrasound examination of the hydatic liver." Radiology 139.2 (1981): 459-463.
12. Khoury, G., et al. "Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen." Surgical endoscopy 14.3 (2000): 243-245.
13. Cakmakci, M., and I. Sayek. "Prophylactic effect of albendazole in experimental peritoneal hydatidosis." Hepato-gastroenterology 39.5 (1992): 424-426.
14. Pelaez, V., et al. "PAIR as percutaneous treatment of hydatid liver cysts." Acta tropica 75.2 (2000): 197-202.
15. World Health Organization. PAIR: Puncture, Aspiration, Injection, Re- Aspiration. An option for the treatment of Cystic Echinococcosis. Geneva, Switzerland. Available from: http://www.who.int/emc-documents/zoonoses/whocdscsraph20016.html
16. Bickel, Amitai, et al. "The laparoscopic approach to abdominal hydatid cysts: a prospective nonselective study using the isolated hypobaric technique." Archives of Surgery 136.7 (2001): 789-795.
17. Citgez, Bulent, et al. "Feasibility and safety of laparoscopic hydatid surgery: a systematic review." Hepato-gastroenterology 60.124 (2013): 784-788.
18. Karavias, D. D., et al. "Improved techniques in the surgical treatment of hepatic hydatidosis." Surgery, gynecology & obstetrics 174.3 (1992): 176-180.
19. Alper A, Emre A, Acarli K, Bilge O, Ozden I, Ariogul O. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid disease. J Laparoendosc Surg 1996;6:29-33.
20. Bickel A, Eitan A. The use of a large, transparent cannula, with beveled tip, for safe laparoscopic management of hydatid cyst of the liver. Surg Endosc 1995;9:1304-5.
21. Kayaalp C. Evacuation of hydatid cysts using laparoscopic trocar. World J Surg. 2002;26:1324.

# Yazarlara Bilgi / *Instructions to the Authors*

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Endoskopik Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi, Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'nin yayın organı olup, laparoskopi, torakoskopi, endoluminal endoskopi, artroskopi ve girişimsel radyoloji gibi minimal invaziv girişimlerle ilgili deneysel ve klinik araştırmaları, olgu sunumlarını, teknolojik gelişmeleri, derlemeleri, okuyucu mektuplarını, çevirileri ve haberleri içeren hakem denetimli bilimsel bir dergidir. Üç ayda bir yayımlanır ve dört sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yazı dili Türkçedir, ancak yabancı dildeki orijinal yazılar çevirisi ile birlikte yayımlanır.

Yazıların dergide yer alabilmesi için, daha önce başka bir dergide veya kongre kitaplarında tam metin olarak yayınlanmamış olması (yazarlardan, kongre ve benzeri bilimsel toplantılarda sunulan bildirilerin ilgili toplantı kitabında yayınlanmak üzere verilmediğine ilişkin yazı alınır) ve yayın kurulu tarafından uygun görülmesi gereklidir. Bu şekilde uygun görülen yazılar klasik (en az iki) hakem denetimi sürecine girerler. Kabul edilen yazıların dergide yayınlanabilmesi için yazarlardan yayın hakkının ELCD'ye devrine olanak verecek imzalı belge istenir (form örneği için bkz. www.elcd.org).

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel araştırmaların bildirildiği yazıların yöntem bölümünde, bu araştırmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanan işlemlerin anlatıldıktan sonra kendilerinin onaylarının alındığını (informed cansent) gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazar(lar), bu tür araştırmalarda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara (1964 Helsinki Deklarasyon u ve bunun daha sonraki düzenlemeleri) ve TC Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen, 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmeliklerde belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komite Onayı'nın bir kopyasını göndermelidir.

Dergide yayımlanacak yazılar için baskı masrafı alınmaz, ancak ayrı baskı talepleri ve renkli resim baskıları ücret karşılığı yerine getirilir.

**Yazıların hazırlanması**

Yazıların hazırlanmasında, aşağıdaki genel kurallar geçerlidir. Bunların dışında, Uluslararası Tıbbi Dergi Editörleri Komitesi'nin önerdiği ortak kurallara uyulmalıdır (bkz. ICMJE. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Int Med 1997; 126: 36-47. Güncellenmiş içeriğe www.icmje.org adresinden ulaşılabilir.).

Yazılar 11 punto (A4) boyutlarındaki beyaz kağıdın bir yüzüne çift aralıklı olarak kaliteli bir bilgisayar yazıcısı ile yazılmalıdır. Metinlerin ayrıca elektronik ortamlara kaydedilmiş kopyalarının gönderilmesi hazırlık aşamalarını hızlandıracaktır (bkz. elektronik dökümantasyon). Sayfaların üst, alt ve her iki kenarında 2.5 cm'lik boşluk bırakılmalı ve başlık sayfası dışındaki sayfalar sırasıyla numaralandırılmalıdır.

Hazırlanacak metinler (başlık sayfası hariç) 15 sayfayı geçmemeli ve tüm yazarların onay imzalarının bulunduğu bir belge eklenerek, 3 kopya halinde gönderilmelidir.

Yazılarda bulunması gereken bölümler sırası ile şunlardır

1. Başlık sayfası, 2. Tanıtım yazısı, 3. Türkçe özet, 4. İngilizce başlık ve özet, 5.Giriş, 6. Gereç ve yöntem, 7. Bulgular, 8. Tartışma (gerektiğinde Sonuç ve/veya Teşekkür bölümü), 9. Kaynaklar, 10. Tablo, Resim ve şekiller için altyazılar.

**Başlık sayfası:** Bütün yazılarda birinci sayfaya yazının başlığı, bunun altına da yazar(lar)ın açık ad ve soyad(lar)ı, unvan(lar)ı ile birlikte yazılmalıdır. Bir satır altta, çalışmanın yapıldığı ya da yazar(lar)ın bağlı bulunduğu kurumun adı ve şehir bulunmalıdır. Bunun da altında, uzun başlıklı yazıların dergide yayınlanması halinde, devam sayfalarının üst tarafında görünmesi arzu edilen ve 80 karakteri geçmeyen kısaltılmış yazı başlığı belirtilmelidir. Başlık sayfasında ayrıca yazışmaların yapılabileceği yazarın adı ile birlikte iletişim adresi ve telefon, varsa faks numarası ile e-posta adresi belirtilmelidir. Bu sayfanın en altına varsa çalışmayı destekleyen fon ya da kuruluşun adı yazılmalı, çalışma daha önce bir kongre ya da benzeri bir bilimsel toplantıda sunulmuş ise (ilgili toplantı kitabında yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere verilmemiş olmak koşulu ile) bu durum aynı bölümde ayrı bir satır olarak belirtilmelidir. İsim ve kurum kimliği gibi bilgiler başlık sayfası dışında hiçbir sayfada belirtilmez.

**Tanıtım yazısı:** Okura ne gibi mesaj verilmek istendiğini belirten ve iki üç cümleyi geçmeyen Türkçe ve İngilizce tanıtım yazısı. Yazının bu kısa tanıtım bilgisi, derginin içindekiler bölümünde başlık ve yazar isimlerinden sonra yer alacaktır.

**Özet sayfası:** Türkçe ve İngilizce özetler başlığı takiben 100-250 sözcükten oluşacak şekilde yazılmalı; özetlerde, çalışmanın amacı, yöntemi, bulguları ve sonucu kısaca belirtilmelidir. İngilizce özet, ana dili İngilizce olanlarca yadırganmayacak şekilde kurallara uygun bir dille yazılmalı, İngilizce başlık unutulmamalıdır. Özet, çalışmanın amacını, yöntem ve gereci, analiz metodlarını ve varılan sonucu kısa ve açık olarak belirtecek şekilde yapılandırılmalı, Türkçe özette Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Sonuç ve İngilizce özette Objective, Materials and Methods, Results, Conclusian bölümleri yer almalıdır Özetleri takiben en az 3 anahtar sözcük eklenmelidir. Anahtar kelimelerin seçiminde Index medicus'un tıbbi konu başlıkları (MeSH) listesinde yer alan terimler tercih edilmelidir

**Metin bölümleri:** Gözlemsel ve deneysel araştırma tipindeki yazılar Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma; olgu bildirimleri ise Olgu veya Olguların Sunumu ve Tartışma bölümlerinden oluşturulmalıdır. Derlemeler, başyazılar ve çevirilerde yazının gerektirdiği düzen kullanılmalıdır.

**Bulgular:** Çalışmanın bulguları metin, tablolar ve resimlerdeki mantıksal sıra ile belirtilmelidir

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

**Kaynaklar:** Kaynak numaraları, metin içindeki geçiş sırasına göre parantez içinde verilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "et al" eklenerek sunulmalıdır. Yazarlardan gerektiğinde kaynak gösterilen makalenin ilk sayfasının fotokopisi talep edilebilir Dergi adları Index medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmaısıdır. Aşağıda temel kaynak sunma örnekleri verilmiştir:

**Makale örneği:** You CH, Lee KY, Chey RY, Mengury R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980; 79: 311-4.

Kitap bölümü örneği· Weinstein L, Swarts MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sademan WA Jr, Sademan WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia Saunders, 1974; 457-72.

**şekil, tablo ve resimler:** Metin içinde ayrı kategorilerde numaralandırılmalı, numaralandırmada Romen sayıları kullanılmamalıdır. Alt yazıları yazının sonuna ayrı bir sayfa olarak eklenmelidir. Resimler parlak kağıda basılı olmalı, ayrı bir zarf içinde gönderilmeli, kağıtlara yapıştırılmamalıdır. Arka yüzüne yapıştırılan bir etiket üzerine metindeki numarası ve yazar adı yazılmalı ve üst tarafı ok ile belirtilmelidir. Resim boyutlarının 10x15 cm'ye oranlı boyutlarda olmasına özen gösteril-

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

# Yazarlara Bilgi / *Instructions to the Authors*

melidir. Şekil ve tablolar ayrı kağıda, başlıkları üste gelecek şekilde, lazer yazıcı ile basılmış olmalıdır. İlgili şekil, tablo ya da resimlerde gerektiğinde standart dışı kısaltmalar kullanılabilir Bu durumda kullanılan kısaltma ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Daha önce yayınlanmış şekil, tablo ya da resimler, yalnız kesin gerektiği durumlarda karşılaştırma amacıyla, yazar ya da yayıncısından (telif hakkı sahibinden) izin alınarak, kaynak gösterilmek koşuluyla kullanılabilir.

**Elektronik dokümantasyon**

Dergi için hazırlanan yazıların basılı kopyaları ile birlikte elektronik ortamlarda (3.5 inç'lik disket, ZIP disket, CD-ROM) gönderilmesi baskıya hazırlık aşamalarını hızlandıracaktır. Bu amaçla aşağıda sunulan kurallara uymaya özen gösterilmelidir.

Dökümanların gönderilmesi için kullanılan disket ya da CD-ROM'un etiketlerinin yazar adı, başlık, iletişim adresi gibi bilgileri içermesi gerekmektedir. Ayrıca içerdiği dosyaların adları ve uzantıları açıkça belirtilmelidir.

Metin dosyaları yaygın kullanılan yazı programlarının güncel versiyonlarıyla hazırlanmalıdır. MS-Word yeğlenen yazılımdır. Diğer PC yazı programları ve ASCII formatı da kabul edilebilir. Macintosh formatlı dosyalar için disket ya da CD-ROM'a ayrıca ekran ve yazıcı fontları da yüklenmelidir. Mizanpaj uygulamalarından kaçınılmalıdır. Kalın, italik ya da alt/üst karakter uygulamaları yapılabilir. Noktalama işaretlerinden sonra mutlaka bir boşluk bırakılmalı, kesme (') işaretinden sonra boşluk bulunmamalıdır. Tablolar metin dosyası içinde, en son sırada yer almalıdır. Tablo, şekil ve resim alt yazıları da aynı dosyanın sonuna eklenmelidir.

Şekiller ayrı dosyalar halinde sunulmalı, metin içine yerleştirilmemelidir. Çizim ve grafikler TIF, EPS ya da WMF formatında kaydedilebilir. Renkli şekiller RGB (8 bits) olarak TIF formatında kaydedilmelidir. Resimler, taranmış doküman ya da kayıt edilmiş görüntü olarak gönderilecek ise hem orijinal taranmış hali hem de resim işleme programında işlenmiş hali ayrı ayrı hazırlanmalıdır. Taramalar, renkli doküman ise RGB (24 bits), siyah/beyaz döküman ise Grayscale (8 bits) olarak, 300 dpi çözünürlükte, TIF formatında, siyah/beyaz çizimler de Line modunda, 800 dpi çözünürlükte, EPS formatında kaydedilmiş olmalıdır.

**Kontrol listesi**

- Yazının uzunluğu (en fazla 15 sayfa); orijinaline ek olarak iki kopya
- Metin formatı (iki aralıklı satır ve 11 punto)
- Başlık sayfası (yazar ve kurum adları; kısa başlık; iletişim adresi)
- Tanıtım yazısı (Türkçe ve İngilizce; iki-üç cümle)
- Özetler (başlıklarıyla birlikte Türkçe ve İngilizce; 100-250 sözcük)
- Anahtar sözcükler (en az 3 adet)
- Kaynaklar (index medicus' a uygunluk)
- şekil, tablo ve resimler (numaralandırma; alt yazılar)
- İmzalı belge (tüm yazarlar)

**Yazıların gönderilme adresi**

Dr. Levent AVTAN

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Çapa 34390 istanbul

## Instructions to the authors

Revised March 2004

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery, the official journal of the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery is a peer reviewed scientific journal. The journal welcomes submission of papers on experimental and clinical researches, on minimal invasive procedures such as laparoscopy, thoracoscopy, endoluminal endoscopy, artroscopy and interventional radiology, case reports, technological improvements, reviews, letters to the Editor, translations and latest news. The official language of the journal is Turkish, however articles in other languages will be available in both languages (translation into Turkish will be handled by our side).

For a manuscript to be published in the journal, it should not be published previously in another journal or as full text in congress books and should be found relevant by the editorial board. Relevant manuscripts undergo conventinal peer review procedure (at least two reviewers). For the publication of accepted manuscripts, author(s) should transfer the copyright to the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery (for the Copyright Transfer Form please visit www.elcd.org).

In the materials section of the manuscripts where experimental studies on humans are presented, a statement that informed consent were taken from the volunteers or patients af ter the explanation of the procedures should be included This section also should contain a statement that the investigation conforms with the principles outlined in the appropriate version of 1964 Declaration of Helsinki. A copy of approval from appropriate ethics committee should be sent.

No publication cost is charged for the manuscripts but reprints and color printings are at authors' cost.

**Preparation of manuscripts**

During the preparation of the manuscripts, uniform requirements of the International Committee of Medical Journal Editors, a part of which is stated below, are valid (see ICMJE. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Int Med 1997; 126: 36-47 Updated content is available at www.icmje.org).

The manuscript should be typed with type size 11, double spaced on one side of a 21x 29.7 cm (A4) blank sheet of paper with a laser printer. Sending electronic manuscripts together with the hard copies will accelerate the preparation of the manuscripts for publication (see electronic manuscripts). At the top, bottom and right and left sides of the pages a space of 2.5 cm should be left and all the pages should be numbered except for the title page.

Manuscripts should not exceed 15 pages (except for the title page) and must be accompanied by a covering letter signed by all authors. They should be sent in 3 hard copies.

# Yazarlara Bilgi / *Instructions to the Authors*

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

The contents of the manuscript should include: 1 Title page, 2. Brief summary, 3. Turkish abstract (see below), 4. English abstract, 5. Introduction, 6. Materials and methods, 7. Results, 8. Discussion (Conclusion and/or Acknowledgement if necessary), 9. References, 10. Legends of tables, pictures and figures.

**Title page:** In all manuscripts the title of the manuscript should be written at the top and the full names and surnames and titles of the authors beneath These should be followed with the affiliation of the author. Manuscripts with long titles are better accompanied underneath by a short version (maximum 80 characters) to be published as running headings. In the title page the correspondence address and telephone, fax and e-mail should be written. At the bottom of this page the name of the supporter, if any, should be noted. It also should be indicated in a separate line if the study had been presented in a congress or likewise scientific meeting. Other information such as name and affiliation are not to be indicated in pages other than the title page.

**Brief summary:** Each paper should include a brief summary not exceeding 50 words, providing the main scope of the study to the reader. This summary will be used in the contents section of the journal following the title and name of the author(s).

**Abstract:** The Turkish and English abstracts should be written after the title in 100-250 words. For the manuscripts outside Turkey, Turkish translation will be provided by our side. The abstract should be structured in the following captions; objective, materials & methods, results and conclusion. Following the abstract at least 3 key words should be added which are in compliance with the medical subject headings (MeSH) of the Index medicus.

**Text:** Manuscripts of observational or experimental studies should cover sections of introduction, materials & methods, results and discussion while case reports should have the presentation of case(s) and discussion sections. Reviews, editorials and translations should embody the convenient format.

**Results:** The results should be presented in the order they have inside the text, tables and illustrations.

**Discussion:** The new and significant aspects of the study should be discussed as well as the obtained results, and the data or information in the introduction and/or conclusion should not be repeated.

**References:** Reference numbers should be given in parenthesis according to the order in the manuscript. If the number of authors is 6 or less than 6, all authors; if the number is more than 6 then only first 3 authors should be written and at the end *"et al."* should be added. If necessary, a copy of the first page of a referred article can be requested from the author(s). Journal names should be abbreviated as in Index medicus Examples of main reference types are shown below:

Regular papers: You CH, Lee KY, Chey RY, Mengury R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980; 79: 311-4 .

Chapter in book: Weinstein L, Swarts MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders, 1974; 457-72.

**Illustrations and tables:** They should be numbered in different categories in the manuscript and Roman numbers not to be used in numbering. Legends of the illustrations and tables should be added to the end of the manuscript as a separate page. Photographs are to be printed in glossy paper, sent in a separate envelope and not stuck on papers. To the backside of the photograph the number in the manuscript and first author should be written on a sticker and the top to be indicated with an arrow. Attention should be paid to the dimensions of the photographs to be proportional with 10x15 cm. Drawings and tables should be printed with a laser printer on a separate sheet of paper with the headings at the upper part. Some abbreviations out of standards can be used in related illustrations and tables. In this case, abbreviation used, should be explained in the related legend. Illustrations and tables published previously can only be used when necessary for a comparison and only by giving reference after taking permission from the author(s) or the publisher (copyright holder).

**Electronic manuscripts**

Sending electronic manuscripts (3.5 inch disk, ZIP cartridge, CD-ROM) together with the hard copies will accelerate the preparation of the manuscripts for publication by avoiding the possibility of introducing errors and resulting in reliable and fast delivery of proofs.

The disk should be labeled with the name of the author, the title of the manuscript, correspondence address. A complete list of the file names and extensions should also be included.

Manuscripts should be written with updated versions of frequently used programs. MS-Word is the preferred word-processing package. Some other PC programs or ASCII format can also be accepted. For the files with Machintosh format screen and printer fonts should also be installed in disks or CD-ROMs. No layout is necessary. Bold, italic or subscript/superscript characters can be used Aspace must be given after punctuation, no space is necessary after apostrophe (') Tables should be included at the end in a manuscript. Legends of tables and illustrations should also be added at the end of the manuscript.

Illustrations are to be presented as separate files and not be embedded in the manuscript. Drawings and graphics can be recorded as TIF, EPS or WMF format. Halftone illustrations should be stored as RGB (8 bits) in TIF format. If illustrations are to be sent as scanned or captured document both the original scanned format and the processed format should be separately prepared. Scanned documents should be recorded as RGB (24 bits) for color illustrations, as Grayscale (8 bits) for monotone illustrations in TIF format with a final resolution of 300 dpi. Scanned documents of black/white line drawings should be recorded in a scan mode of Line with a final resolution of 800 dpi in EPS format.

**Control list**

- Original manuscript (max. 15 pages) and two copies .
- Text format (double space; type size 11).
- Title page (author names and affiliations; running heading; cor respondence).
- Brief summary (max. 50 words) .
- Abstract (100-250 words).
- Key words (at least three).
- References (relevant to Index medicus.)
- Illustrations and tables (numbering; legends).
- Cover letter (all authors)

**Submission**

Dr. Levent AVTAN

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Çapa 34390 İstanbul, Turkey

**A**
Abdukadir BEDİRLİ 35
Abdulcabbar KARTAL 23, 38, 48, 100
Abdulkadir BEDİRLİ 34, 37, 41, 42, 117
Abdullah Kağan ZENGİN 62
Abdullah KISAOĞLU 62, 64, 68, 75, 85, 93
Abdullah ÖZGÖNÜL 24
Abdullah ŞİŞİK 83
Abuzer DİRİCAN 71
Adem AKÇAKAYA 31
Adem DURU 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Adem GÜLER 33, 52, 86
Adnan HUT 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Ahmet BAL 29, 63, 71, 112
Ahmet BÜLBÜL 22, 31
Ahmet Cem DURAL 44
Ahmet Deniz UÇA 49
Ahmet Deniz UÇAR 23, 48, 74
Ahmet DİNÇÇAĞ 33, 61
Ahmet ER 80, 81, 86, 88
Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR 21, 115, 116
Ahmet KOCAKUŞAK 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Ahmet Orhan GÜRER 19, 39, 101
Ahmet Rahmi HATİPOĞLU 79
Ahmet ŞEKER 24
Akif Enes ARIKAN 62
Akın ÜNAL 17, 77, 102
Ali AVANAZ 117
Ali Cihat YILDIRIM 38, 76, 91
Ali Fuat Kaan GÖK 72
Alihan GÜRKAN 53, 112
Ali KILIÇ 83
Ali KOCATAŞ 44
Ali SAKLAMAZ 32
Ali SOLMAZ 20, 66
Ali TARDU 44
Ali UZUNKÖY 24
Alpaslan Fedayi ÇALTA 70, 79, 89, 102, 103
Alpaslan TERZİ 24
Alpay AKTÜMEN 24
Alp BOZBORA 46
Alper AKCAN 34
Alper ÖZEL 18
Altınay BAYRAKTAROĞLU 100
Anar CAFAROV 41, 42
Arda IŞIK 28
Arif ARSLANER 68, 69
Asiman Balakişi oglu HASANOV 60
Asım CİNGİ 25, 27
Aslan ABDULLAYEV 63
Atahan ACAR 86
Atakan SAÇLI 23, 49, 83, 93
Atila ÖRSEL 22
Atilla ÇELİK 20, 66
Atilla ÖRSEL 80, 81, 88
Aybala SARIÇİÇEK 82
Aydın ALPER 89
Aydın DALGIÇ 35
Aydın YAVUZ 34, 41, 42
Ayhan GÜNEYİ 61
Ayhan MESCİ 58, 62, 64, 65, 98
Ayhan ÖZ 18, 26, 94
Aylin ACAR 17, 47, 83
Aytül Hande YARDIMCI 102
Ayvaz Ulaş URGANCI 23, 48, 49, 74
Azad Aydin Oglu KARİMLİ 27
Aziz ARI 98

**B**
Bahadır ÖZ 34
Barış SARICI 71
Başar AKSOY 19, 39, 101
Berk GÖKÇEK 103
Beslen GÖKSOY 33
Bilge BAŞ 73, 74, 93, 97
Bülent AYDINLI 62, 85, 106
Bülent DİNÇ 68, 69, 74, 93, 94, 97
Bülent GÜRBÜZ 65, 89, 118
Bülent GÜVENDİ 106
Bülent KAYA 66, 80
Bülent SALMAN 34, 35, 37, 41, 42, 117
Bünyamin GÜRBULAK 18, 26, 98
Bünyamin ÖZOĞUL 57, 62, 68, 75, 85, 93
Burak ÇELİK 34
Burak KARA 57
Burçak Abbas KABAOĞLU 118
Burhan MAYIR 74
Büşra BURCU 24
BÜYÜKAŞIK 98

**C-Ç**
Canan Tülay IŞIL 20, 52
Candaş ERÇETİN 20, 44, 101
Cansu KOLUKIRIK 31
Cavid ALLAHVERDİYEV 16, 42
Celil Alper USLUOĞULLARI 19, 33
Cemalettin ERTEKİN 84
Cemal KARA 27, 43, 56
Cemal KAYA 20, 26, 52
Cemal SEYHUN 101
Cemil Burak KULLE 46
Cengiz AYDIN 32
Cengiz MADENCİ 24
Cengiz TAVUSBAY 70, 75, 86
Cenk ERSAVAŞ 21, 40
Cevher AKARSU 78, 101
Coşkun ONAK 75
Cumhur ARICI 64, 65
Cüneyt ÇİFTDOĞAN 67
Cüneyt HOŞCOŞKUN 33, 52, 86, 113
Cüneyt KAYAALP 36, 37, 44, 45, 59, 63, 92, 95, 96
Cüneyt KIRKIL 56
Çağlar ERTEKİN 57
Çağrı Ahmet BÜYÜKKASAP 37, 41, 42
Çağrı DEVRAN 100

**D**
Deniz AKAN 18
Deniz FIRAT 28
Deniz UÇAR 83, 93
Doğan YILDIRIM 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Doğukan AKÇAY 114

**E**
Ekrem ÇAKAR 61, 83, 102
Elif YUMAÇ 48
Elvin ISAZADE 45
Emel ÖZVERİ 110, 113
Emin LAPSEKİLİ 112
Emir ÇAPKINOĞLU 60, 70
Emrah AKIN 39, 73
Emrah DADALI 47, 63
Emre BABACAN 62
Emre BOZDAĞ 26
Emre BOZKURT 20, 26, 52
Emre GÜNDOĞDU 52
Enes ŞAHİN 29
Engin HATİPOĞLU 110, 114, 115
Engin OK 34
Enver İLHAN 47, 63
Enver KUNDUZ 31, 46, 111
Enver ÖZKURT 61
Ercan KORKUT 62, 68, 93
Erçin Recep SÖNMEZ 91
Ercüment TOMBALAK 40
Erdal Birol BOSTANCI 16, 29, 31, 53, 106, 115, 116
Erdal UYSAL 19, 39, 101
Erdem KARADENİZ 57, 62, 64, 85, 93, 106
Erdem KINACI 61, 71, 83, 102
Erdinç KAMER 60, 81, 82, 84, 86, 88
Erdinç YENİDOĞAN 16
Erdoğan SÖZÜER 34
Eren TAŞKIN 62
Erhan AYGEN 56
Erhun EYÜBOĞLU 114
Erkal ZİYLAN 114
Erkan GÜLER 33, 86
Erkan OYMACI 23, 48, 49, 73, 74, 83, 93
Erkan ŞAHİN 32
Erkan YARDIMCI 31, 46
Erkan YAVUZ 20, 66
Ertan EMEK 34
Ertuğrul KAFALI 78
Esin KABUL GÜRBULAK 18, 26, 94
Esra DİŞÇİ 62, 68, 75, 85
Ethem ÜNAL 17
Evren BESLER 26
Evren DURAK 22, 81, 86
Evren KÖSE 71
Eyüp SEVİM 20
Ezgi TATLISU 26

**F**
Fahrettin ACAR 58, 70, 78, 87, 96, 99
Fahrettin KILIÇ 62
Farise YILMAZ 59, 70, 96, 99
Fatih BAŞAK 17, 47, 77, 83
Fatih ÇELEBİ 20, 66
Fatih ÇİFTÇİ 18, 23, 28, 39, 41, 72, 79, 89, 90, 92
Fatih KORKMAZ 71
Fatih KUL 17, 66
Fatih KULEN 17
Fatih Mehmet AVŞAR 91
Fatih SÜMER 29, 36, 37, 44, 59, 63, 92, 96, 115
Fatma KAHRAMAN 21, 115, 116
Fatma SARA 77
Fatma SARAÇ 49, 77, 87, 102
Fatma TATAR 22
Fatma Ümit MALYA 31, 46, 111
Fazilet ERÖZGEN 17, 26, 49, 77, 87, 95
Fevzi CELAYİR 26, 94
Fevzi CENGİZ 60, 80, 81, 82, 84, 88
Feyza AŞIKUZUNOĞLU 83
Feyza Yener ÖZTÜRK 20, 52
Feyzullah ERSÖZ 98
Firdevs TOPAL 75
Fulya Yılmaz DURAN 48, 49

**G**
Gamze ÇITLAK 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Girayhan ÇELİK 69, 87
Gizem ŞEN 21, 40
Gökhan ARTAŞ 56
Gökhan AVŞAR 69
Gökhan LAP 97
Gökhan Selçuk ÖZBALCI 97
Gökhan YAĞCİ 35
Gökhan ZAİM 17, 66
Göksel SEÇKİN 89
Gülay OYUR 82
Gülay ÖZGEHAN 83, 91, 110
Gülçin HEPGÜL 66
Gülsüm BİNDAL 87
Gülsüm Özlem ELPEK 117
Gürbey TURAN 24
Gürhan BAŞ 17, 47, 77, 83
Gürkan ÖZTÜRK 62, 85, 106

**H**
Hakan ÇAKIT 17, 47, 77
Hakan CEYLAN 68, 93, 97
Hakan GÖK 110, 113
Hakan SEYİT 44
Hakan YİĞİTBAŞ 20
Haldun KAR 22
Halil ALIŞ 44, 78, 101
Halil COŞKUN 31
Halil ERBİŞ 106
Halis BAĞ 22, 60, 86
Halis Müşfik TEMEL 68, 94

Haluk Recai ÜNALP 32, 44
Hasan BAKIR 19, 39, 101
Hasan BEKTAŞ 18, 26, 61, 79, 83, 98, 99, 102
Hasan ERDEM 38, 76
Hasan ÖKMEN 83
Hatice Dayılar AVCI 82
Hayyam BABAYEV 27
Hilmi BOZKURT 38, 76
Hilmi GÜNGÖR 63
Hilmi YAZICI 23, 83
Hızır AKYILDIZ 34
Hüseyin AKYOL 114
Hüseyin Ayhan KAYAOĞLU 16
Hüseyin Cahit YALÇIN 19, 33, 116
Hüseyin ÇAYÖREN 66
Hüseyin ÇİYİLTEPE 68, 69, 93, 97
Hüseyin DEMİRSOY 73
Hüseyin EKEN 28, 113
Hüseyin Onur AYDIN 23, 38, 48, 100
Hüseyin PÜLAT 70, 79, 89, 102, 103
Hüseyin YILMAZ 58, 59, 67, 70, 78, 87, 96, 99
Hüsnü ALPTEKİN 58, 59, 67, 70, 87, 96, 99

**İ**
İbrahim Ali ÖZEMİR 24
İbrahim BERBER 53, 76, 78, 112
İbrahim DOĞAN 117
İbrahim Ethem CAKCAK 23, 38
İbrahim Fethi AZAMAT 46
İbrahim KARAGÜLLE 69, 96
İbrahim KOKULU 70, 81
İbrahim Rafet KAPLAN 49, 95
İkbal OVALI 75
İlhami SOLAK 33, 52, 86, 113
İlhan ECE 58, 59, 67, 70, 78, 87, 96, 99
İlhan SARI 22, 31
İlkay AKBULUT 32
İlkay HALICIOĞLU 44, 78, 101
İlkin İSMAYİLOV 37, 41, 42
İlter ÖZER 16, 29, 31, 53, 106, 115, 116
İlyas KUDAŞ 47, 77, 83
İnanç Şamil SARICI 61
İsa SÖZEN 90
İsmail Cem SORMAZ 84, 91,119
İsmail DEMİRYILMAZ 28
İsmail Emre GÖKÇE 83, 110
İsmail ERTUĞRUL 36
İsmail Ethem AKGÜN 18, 26, 94
İsmail KABAK 17
İsmail OKAN 16
İsmail ÖZSAN 27
İsmail ZİHNİ 70, 79, 89, 102, 103
İsmayil YILMAZ 28

**K**
Kaan Ali Fuat GÖK 84, 91
Kadir ÖZER 70, 89, 102, 103
Kaya SARIBEYOĞLU 95
Kazım Çağlar ÖZÇELİK 70, 79, 89, 102, 103
Kemal ARSLAN 19
Kemal ATAHAN 86
Kenan BİNNETOĞLU 56
Kenan BÜYÜKAŞIK 26
Kenan ERZURUMLU 97
Kıvanç Derya PEKER 78, 101
Kıvılcım ULUSAN 62
Koray KOŞMAZ 116
Koray KUTLUTÜRK 36, 59, 95
Kürşat Rahmi SERİN 72, 82
Kürşat YEMEZ 80
Kutbettin ALTUN 60, 99

**L**
Levent AVTAN 91,119
Levent Fikret YILMAZ 68, 94
Levent GENÇ 83
Levent UĞURLU 32

**M**
Mahir AKYILDIZ 113
Mahir NASİROV 35, 41, 42, 117
Mahmut EKEN 70, 102, 103
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU 31, 46
Mahmut Sait DEĞERLİ 77
Mazlum YAVAŞ 99
Mehmet Abdussamet BOZKURT 78, 101
Mehmet Akif AYDIN 114
Mehmet Akif TÜRKOĞLU 106, 117
Mehmet Akif ÜSTÜNER 63
Mehmet Ali CAN 47, 61, 67
Mehmet Ali ERYILMAZ 19
Mehmet Ali GÖK 25, 40
Mehmet Ali YAĞCI 36, 37, 44, 45, 95
Mehmet Ali YERDEL 21, 115, 116
Mehmet AZİRET 38, 49, 76
Mehmet BABÜR 47, 61, 67
Mehmet BAYRAK 22, 31
Mehmet Ertuğrul KAFALI 59, 87, 96
Mehmet Fatih BENZİN 69
Mehmet Fatih CAN 112, 114
Mehmet Fatih YÜZBAŞIOĞLU 19, 39, 101
Mehmet GÜLEN 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Mehmet HACIYANLI 75, 81, 82, 84, 86, 88
Mehmet İLHAN 84
Mehmet İlhan YILDIRGAN 62, 68, 75, 85, 93
Mehmet İlker TURAN 106, 117
Mehmet KAPLAN 19, 33, 116
Mehmet KARAKUŞ 25
Mehmet KORUK 116
Mehmet Mahir ÖZMEN 16, 42, 52
Mehmet MİHMANLI 18, 20, 26, 52, 94
Mehmet ODUNCU 23, 38, 48, 100
Mehmet Tahir ORUÇ 69
Mehmet TOPTAŞ 17, 26, 49
Mehmet VELİDEDEOĞLU 62, 95
Mehmet Volkan YİĞİT 56
Mehmet Yiğit ÖZGÜN 66
Mehmet YILDIRIM 23, 48, 49, 74, 83, 93
Mehmet Zafer SABUNCUOĞLU 69, 87
Mehmet Zeki BULDANLI 40
Melek BEKLER 22
Melek GÖKOVA 86
Merih YILMAZ 21, 40
Mert Mahsuni SEVİNÇ 61, 83, 102
Merve Büşra CENGİZ 46
Merve TOKOÇİN 20
Metin ERTEM 110, 113, 114, 115
Metin KARADENİZ 32, 56
Metin KESKİN 91
Metin LEBLEBİCİ 24, 25
Metin ŞENOL 39, 73
Metin YEŞİLTAŞ 103
Mevhibe Nilgün BUYRUK 49, 102
M Hakan SÖZEN 35
Mirhan TOSUN 18, 39
Müfide Nuran AKÇAY 57, 64
Muhammed Sait DAĞ 19, 116
Muhammer ERGENÇ 57
Muhammet AKYÜZ 34
Muhammet Kadri ÇOLAKOĞLU 31
Muhammet Raşit YAZAR 68
Muharrem BATTAL 94, 111
Muhittin YAPRAK 58, 60, 64, 65, 98, 99
Mümin COŞKUN 30
Mümtaz ERAKIN 100
Münevver MORAN 90
Murat AKBABA 49
Murat AKICI 29, 63, 71, 92, 100, 112
Murat ÇİKOT 101
Murat Kemal ATAHAN 86
Murat ÖKSÜZ 22
Murat ULAŞ 16, 29, 31, 53, 106, 115, 116
Musa AKOĞLU 16, 29, 31, 53, 106, 115, 116
Mustafa ATEŞ 36, 45, 71
Mustafa HASBAHÇECİ 31, 46, 111
Mustafa KALKAN 71, 100
Mustafa ÖNCEL 21, 40
Mustafa ÖZSOY 29, 63, 100, 112
Mustafa PEŞKERSOY 80, 81, 84, 88
Mustafa ŞAHİN 16, 58, 59, 67, 70, 87, 96, 99
Mustafa TAŞKIN 62
Mustafa TÜKENMEZ 46, 61, 72, 97
Muşvig Gelal Oglu HASANOV 27, 60
Muzaffer AKINCI 17, 26, 77, 87, 95, 102

**N**
Nadir Azer ZEYNALOV 21
Naşit AKYEL 67
Nazif ERKAN 23, 48, 49, 74, 83, 93
Nazif Hikmet AKSOY 93
Necat CİN 22
Nergis AKSOY 19
Nezih AKKAPULU 17
Nihan ACAR 60, 70, 75, 81, 86, 88
Nihat AKSAKAL 34, 46, 61, 72, 97
Niyazi Ali Oglü ASGEROV 27
Nurettin KAHRAMANSOY 23, 48, 49, 74, 83, 93
Nurhak AKSUNGUR 64
Nurhan Haluk BELEN 117
Nuri Alper ŞAHBAZ 66, 80
Nuri Yusuf BAYRAMOV 21
Nurten TÜRKEL KÜÇÜKMETİN 76, 78
Nuru BAYRAMOV 38, 45
Nurullah BÜLBÜLLER 68, 69, 94
Nükhet SİVRİKOZ 119

**O-Ö**
Ogün ERŞEN 29, 63, 71, 92, 100, 112
Oğuzhan BÜYÜKGEBİZ 75
Oğuzhan KARATEPE 46, 111
Oğuzhan ÖZŞAY 80
Okan ERDOĞAN 60, 64, 99
Okay NAZLI 43
Oktay İRKÖRÜCÜ 38, 76
Oktay KARAKÖSE 70, 79, 89, 102, 103
Onur DÜLGEROĞLU 38
Onur GÜVEN 26
Onur KARAGÜLLE 20
Onur ÖZEN 35
Onur TOKOÇİN 20
Onur ZAMBAK 17
Orhan AĞCAOĞLU 33, 34, 46
Orhan ALİMOĞLU 17, 24, 25
Orhan AYGEN 56
Orhan BAT 30, 57, 66, 80, 116
Orhan ÇİMEN 28, 113
Orhan GÖZENELİ 24
Orhan ÜREYEN 47, 63
Orkun SUBAŞI 83
Oskay KAYA 91
Osman Bilgin GÜLÇİÇEK 20, 66
Osman DOĞRU 19
Osman KÖNEŞ 44
Osman ŞİMŞEK 95
Osman YÜKSEL 41, 42
Ozan ŞEN 21, 115, 116
Ömer ALABAZ 22, 31
Ömer ENGİN 69, 96
Ömer GÜNAL 25, 27, 30, 57, 116
Ömer KARAHAN 19
Ömer YOLDAŞ 27
Ömür BALLI 84, 88
Özcan ALPDOĞAN 47
Özcem ÖFKELİ 106
Özgün AKGÜL 67
Özgür BOSTANCI 20, 26, 52
Özgür ÇAVDAROĞLU 53, 76, 78, 112
Özgür Cem MÜSRİ 94
Özgür DANDİN 69, 87
Özgür EKİNCİ 40

Özgür FIRAT 33, 52, 86, 113
Özgür SEĞMEN 26
Özgür YILDIRIM 75, 81
Özhan ALBAYRAK 79
Özhan ÇETİNDAĞ 32
Özlem GÜR 70, 86

**P**
Pelin BASIM 21, 40
Pınar Çiğdem KOCAEL 95
Pınar SAYIN 20, 52

**R**
Rahman ŞENOCAK 114
Ramazan ERYILMAZ 117
Rasim GENÇOSMANOĞLU 27
Rıdvan SEVEN 33, 34, 46
Rıza Gürhan IŞIL 20, 26, 52
Rıza KUTANİŞ 20
Rüçhan Bahadır CELEP 29, 63, 92, 112

**S-Ş**
Sabahattin DESTEK 24, 72, 82, 97
Sabri ERGÜNEY 114, 115
Sabri Selçuk ATAMANALP 62, 68, 75, 85, 93
Şahin KAHRAMANCA 38, 49, 83, 91, 110
Şahnaz İSGANDAROVA 16, 42, 52
Şakir KARPUZ 25, 57
Salih Can ÇELİK 81, 86
Salih DEMİRCİOĞLU 30, 57, 116
Salih GÜNDOĞU 90
Salih PEKMEZCİ 95
Salih TOSUN 40
Samet YARDIMCI 27
Savaş BAYRAK 61, 79, 83, 99, 102
Savaş YAKAN 23, 48, 49, 74, 83, 93
Sedat KAMALI 103
Selçuk ARSLAN 19, 33, 116
Selçuk MERCAN 33, 34, 46
Selda GÜCEK HACIYANLI 81
Selda HACIYANLI 22
Selim DOĞAN 33, 34, 46
Selim KEÇEOĞLU 35, 37
Selim SÖZEN 76
Semih HOT 103
Sena CÖMERT 47, 77
Şenol CARILLI 65, 89
Seracettin EĞİN 103
Sercan BÜYÜKAKINCAK 113
Sercan YÜKSEL 84, 91, 119
Serdar AYDOĞAN 48, 74, 83, 93
Serdar GÜMÜŞ 47, 61, 67
Serdar KIRMIZI 96
Serdar TEZELMAN 65
Serdar YORMAZ 58, 59, 67, 70, 78, 87, 96, 99
Sergülen AYDIN 91
Serkan AHİOĞLU 24, 72, 82, 97
Serkan Fatih YEĞEN 40
Serkan KARAİSLİ 70, 88
Serkan SARI 79, 99
Server Sezgin ULUDAĞ 62, 95
Servet KARAGÜL 36
Servet Rüştü KARAHAN 103
Setaç Ata GÜLER 75
Sevinc Galib kızı GARAYEVA 60
Sezgin ULUDAĞ 110
Sezgin YILMAZ 29, 63, 71, 92, 100, 112
Sibel GELECEK 52
Sibel OBA 20, 52
Sibel ÖZKARA 112
Sina FERAHMAN 45, 62, 110
Sina MOKHTARE 116
Sinan ERSİN 33, 52, 86, 113
Sinan HATİPOĞLU 53, 76, 78, 112
Sinan ÖMEROĞLU 18, 26
Sinan TIRAŞ 22, 31
Sinan UZMAN 17, 26, 49, 77, 87, 95, 102
Songül ÇUĞLAN 71
Suat AKTAŞ 47, 77
Suat BENEK 72
Şahnaz İSGANDAROVA, 16
Şevki PEDÜK 17, 87
Şükrü ARSLAN 57, 62, 64, 85, 93, 106
Şükrü ÇOLAK 61, 83
Süleyman BADEMLER 84
Süleyman BOZKURT 31, 46, 111
Süleyman ÇETİNKÜNAR 38, 76
Süleyman DEMİRYAS 110, 115
Süleyman ORMAN 25, 40
Süreddin ZEYNALOV 38, 45

**T**
Tahsin DALGIÇ 16, 29, 53, 106
Talar VARTANOĞLU 20
Tamer KAVASOĞLU 68, 94
Taner AKGÜNER 81
Taryel Isgender ÖMEROV 21
Taylan Özgür SEZER 33, 52, 86, 113
Tevfik KÜÇÜKPINAR 83, 110
Tevfik Tolga ŞAHİN 16, 42, 52
Timuçin AYDOĞAN 24
Tolga CANBAK 17, 47, 77, 83
Tufan ÇİFTÇİ 48
Tuğçe Karaçay ERDOĞAN 49
Tuğrul ÇAKIR 69, 87, 94
Tuğrul ÖZDEMİR 24
Tunç EREN 24
Tunç LAÇİN 30, 116
Turan ACAR 60, 70, 75, 81, 84, 86, 88
Turgay YILDIZ 102
Turgut ANUK 91
Turgut DÖNMEZ 45, 110
Turgut İPEK 114
Turgut Tunç EREN 25
Türker ERTÜRK 53, 76, 78, 112
Türker KARABUĞA 27, 32, 43, 44

**U-Ü**
Ufuk Oğuz İDİZ 20, 26
Uğur GÖKÇELLİ 47, 63
Ulaş Ayvaz URGANCI 93
Ulaş URGANCI 83
Umut BARBAROS 33, 34, 46
Umut Rıza GÜNDÜZ 68, 69, 74, 94
Utku Tonguç YILMAZ 35
Uygar DEMİR 20, 26, 52
Ülkem ÇAKIR 53, 76, 78, 112

**V**
Vahit Onur GÜ 72
Vahit Onur GÜL 24, 72, 82, 97
Varlık EROL 32
Veli VURAL 106, 117
Veysel UMMAN 115
Volkan ÇAKIR 84, 88
Volkan ÖTER 16, 29, 53, 106, 115, 116
Volkan TÜMENTEMUR 97
Vural SOYER 71

**W**
Wafi ATTAALLAH 25, 27, 57

**Y**
Yaman TEKANT 91
Yaşar ÖZDENKAYA 21, 40
Yasin PEKER 22, 60
Yavuz DAŞDEMİR 49
Yeliz Emine ERSOY 31, 46
Yeşim ERBİL 34, 46, 72, 97
Yiğit DÜZKÖYLÜ 79, 99
Yiğit SOYTAŞ 84, 91, 119
Yüksel ALTINEL 66
Yüksel ALTUNTAŞ 20, 52
Yüksel ARIKAN 29, 63, 71, 92, 100, 112
Yunus TAŞÇI 31, 46, 111
Yunus YAVUZ 118
Yurdakul Deniz FIRAT 113
Yusif Rauf Oglu ELİYAROV 27
Yusuf ÖZOĞUL 16, 29, 53
Yusuf YAĞMUR 47, 61, 67
Yusuf YÜCEL 24

**Z**
Zehra Zeynep KEKİKKIRAN 26, 95
Zeki ÖZSOY 16
Zeynep Deniz KOZLUKLU 79, 99
Zeynep Gül ŞİMŞEK 26
Zeynep MUMCU 86
Zeynep ŞENER BAHÇE 67
Zeynep TATAR 24, 72, 82
Ziya Taner ÖZKEÇECİ 29, 63, 112
Z.T.ŞIRINOV 82

ELCD
ULUSAL
ENDOSKOPİK-LAPAROSKOPİK
CERRAHİ DERNEĞİ
1992
TURKISH
ASSOCIATION FOR
ENDOSCOPIC-LAPAROSCOPIC SURGERY

www.elcd2017.org

# 13. ULUSAL
# ENDOSKOPİK LAPAROSKOPİK CERRAHİ KONGRESİ

**19 - 23 NİSAN 2017, ANTALYA**

ELCD