



13. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi



19-22 Nisan 2017

Gloria Golf Resort Hotel
Belek / Antalya

BİLDİRİ KİTABI



BİLİMSSEL SEKRETERYA

Prof. Dr. Hakan YANAR

e-posta: htyanar@yahoo.com



KONGRE SEKRETERYASI

Serenas Uluslararası Turizm Kongre Organizasyon A.Ş.

Başöğretmen Cad. Mor Orkide Sok. NO:3 Küçükbakkalköy, Ataşehir / İSTANBUL

Tel: 0216 594 58 26 • Faks: 0216 594 57 99

Bilgilendirme için: info@elcd2017.com

ÖNSÖZ	V
KURULLAR	VI
KURS PROGRAMI	VII
■ <i>Laparoskopik Fıtık Cerrahisi Kursu</i>	<i>VII</i>
■ <i>Laparoskopik Kolorektal Cerrahisi Kursu</i>	<i>VII</i>
■ <i>Laparoskopik Bariatrik Cerrahi Kursu</i>	<i>VIII</i>
BİLİMSEL PROGRAM	X
■ <i>19 Nisan 2017, Çarşamba</i>	<i>IX</i>
■ <i>20 Nisan 2017, Perşembe</i>	<i>X</i>
■ <i>21 Nisan 2017, Cuma</i>	<i>XIII</i>
■ <i>22 Nisan 2017, Cumartesi</i>	<i>XVI</i>
SÖZLÜ BİLDİRİLER	1
SEÇİLMİŞ SÖZLÜ BİLDİRİLER	33
POSTER BİLDİRİLER	39
SEÇİLMİŞ VIDEO BİLDİRİLER	85
VIDEO BİLDİRİLER	89
YAZAR DİZİNİ	111

Değerli Meslektaşlarımız,

Kurulduğu 1992 yılından itibaren düzenlediği 100'ü aşkın kurs, bölgesel toplantı ve kongrelerle ülkemizde laparoskopik cerrahinin başlamasına, gelişmesine ve güncellenmesine hizmet eden derneğimizin gerçekleştireceği 13. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi 19 – 22 Nisan 2017 tarihleri arasında Antalya'da yapılacaktır. Laparoskopik cerrahiyle ilgili temel bilgilerin gözden geçirileceği, güvenli laparoskopik cerrahi prensiplerinin vurgulanacağı ve modern tekniklerin tartışılacağı bu kongrenin amacı; meslektaşlarımızın laparoskopik cerrahi alanındaki bilgilerini güncellemek, yeniliklerin uygulamadaki yerlerini tartışmak ve laparoskopik ameliyatların daha güvenli olarak yapılmasını sağlamaktır.

Kongremizin ilk gününde; laparoskopik kolorektal cerrahi, laparoskopik fıtık cerrahisi ve laparoskopik bariatrik cerrahi olmak üzere 3 ayrı alanda kurs gerçekleştirilecektir. Kongre süresince; katılımcıların ilgi göstereceğine inandığımız konular, ulusal ve uluslararası deneyimli konuşmacıların katkılarıyla, çeşitli sunum yöntemlerinden yararlanılarak (konferans, panel, kaydedilmiş ameliyat yayını, video-forum, yandaş-karşıt görüş, yuvarlak masa, olgular üzerinde tartışma) işlenecektir. Sözlü ve video bildiri oturumları ile poster sunularının, izleyicilerin soru ve yorumlarıyla interaktif bir tartışma ortamında geçeceğini umuyoruz. Laparoskopik cerrahiye ilgi duyan ve uygulayan meslektaşlarımızı ve asistanlarımızı kongremize katılmaya davet eder, dernek yönetim kurulu adına sevgi ve saygılarımızı sunarız.

Prof. Dr. Rasim Gençosmanoğlu*Kongre Başkanı***Prof. Dr. Hakan Yanar***Kongre Sekreteri*

KONGRE BAŞKANI

Rasim GENÇOSMANOĞLU

KONGRE SEKRETERİ

Hakan T. YANAR

**ELCD YÖNETİM KURULU ve
KONGRE DÜZENLEME KURULU**

Cavit AVCI

Aydın ALPER

Levent AVTAN

Metin ERTEM

Osman ABBASOĞLU

Umut BARBAROS

Koray KARABULUT

LAPAROSKOPIK FITİK CERRAHİSİ KURSU**Kurs Yöneticileri:** Melih Paksoy, Nuri Gönüllü

- 13:30 - 14:00 **Karın duvarı ve kasık anatomisi** - Sertaç Ata Güler
- 14:00 - 14:30 **TAPP tekniği ve önemli noktalar (Video)** - Tarık Zafer Nursal
- 14:30 - 15:00 **TEP tekniği ve önemli noktalar (Video)** - Can Küçük
- 15:00 - 15:30 **KAHVE ARASI**
- 15:30 - 16:00 **Nüks kasık fıtıklarına laparoskopik yaklaşım ve ipuçları (Video)** - Metin Ertem
- 16:00 - 16:30 **Laparoskopik ventral-insizyonel onarım tekniği ve önemli noktalar (Video)** - Sinan Ersin
- 16:30 - 17:00 **Laparoskopik ventral-insizyonel onarımda komplikasyonlardan nasıl sakınırsınız?**
Nasıl tedavi ederiz? - Şenol Carıllı
- 17:00 - 17:30 **Laparoskopik ventral ve kasık fıtığı onarımında kullanılan malzemelere güncel yaklaşım** - Hakan Gök
- 17:30 - 17:45 **Kurs sonu değerlendirmesi, sertifika dağıtımı ve kapanış**

LAPAROSKOPIK KLOREKTAL CERRAHİ KURSU**Kurs Yöneticileri:** Metin Ertem, Ömer Alabaz **Medtronic** 'in katkılarıyla

- 13:30 - 13:45 **Açılış - Ön Değerlendirme**
- 13:45 - 14:30 **Laparoskopik kolorektal cerrahide hazırlık ve temel prensipler**
- Kolorektal cerrahide anatomi ve onkolojik ilkeler - Mehmet Özdoğan
 - Hasta seçimi ve hazırlık - Ömer Alabaz
 - Kavramlar, temel aletler ve enerji cihazlarının önemi - İsmail Cem Eray
- 14:30 - 15:30 **Nasıl yapıyoruz, teknik**
- Laparoskopik sağ hemikolektomi - Hakan T. Yanar
 - Laparoskopik sol hemikolektomi/anterior rezeksiyon - Birol Bostancı
 - Total proktokolektomi ve ileoanal anastomoz (poş) - Metin Ertem
 - Laparoskopik rektal prolapsus onarımları - Levent Avtan
- 15:30 - 16:00 **KAHVE ARASI**
- 16:00 - 16:30 **Teknik zorluklar ve komplikasyonlarda çözüm yolları**
- İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve önlemler - Keşşaf Aşlar
 - İntrakorporeal ve ekstrakorporeal sütür ve anastomoz tekniklerinin seçimi Engin Hatipoğlu
- 16:30 - 16:45 **Rektum cerrahisinde laparoskopiye alternatif ve diğer yardımcı teknikler**
- Robotik kolorektal cerrahi - Roberto Bergamaschi
 - Endo-laparoskopik eş zamanlı girişimler - Emre Görgün
 - Laparoskopik kolorektal cerrahi sonuçları , literatürdeki son durum? Ahmet Rencüzoğulları
- 16:45 - 17:00 **Kurs sonu değerlendirmesi, sertifika dağıtımı ve kapanış**

LAPAROSKOPIK BARIATRİK CERRAHİ KURSU**Kurs Yöneticileri:** Asım Cingi, Umut Barbaros **Medtronic** 'in katkılarıyla

- 13:30 - 13:35 **Açılış** - Asım Cingi
- 13:35 - 13:50 **Obezite cerrahisi için hasta seçimi ve preoperatif hazırlık** - Samet Yardımcı
- 13:50 - 14:05 **Obezite cerrahisinde temel teknik prensipler ve cerrahi donanım** - Nihat Aksakal
- 14:05 - 14:45 ***Sleeve* gastrektominin temel tekniği, cerrahi zorluklar ve çözümleri**
(Video sunum üzerinde tartışma) - Süleyman Bozkurt, Asım Cingi, Koray Tekin
- 14:45 - 14:55 **KAHVE ARASI**
- 14:55 - 15:35 **Gastrik-bypass (Roux ve mini) temel tekniği, cerrahi zorluklar ve çözümleri**
(Video sunum üzerinde tartışma) - Umut Barbaros, Cüneyt Kayaalp, Ahmet Türkçapar
- 15:35 - 16:10 **Cerrahi komplikasyonlar ve çözümleri (vaka sunumu- videopanel)**
Koray Tekin, Aziz Sümer, Umut Barbaros
- 16:10 - 16:20 **KAHVE ARASI**
- 16:20 - 17:00 **Tekrar kilo alımında Redo cerrahi girişimler (vaka üzerinden video panel)**
Mehrdad Bohlooli, Ahmet Türkçapar, Erhun Eyüpoğlu
- 17:00 - 17:15 **Kurs sonu değerlendirilmesi, sertifika dağıtımı ve kapanış**

LAPAROSKOPIK CERRAHİDE; DOĞRU ENDİKASYON DOĞRU TEKNİK DOĞRU TAKİP

- 13:00 - 13:30 **EĞİTİM OTURUMU:** Akılcı ilaç kullanımı
Oturum Başkanı: Hakan T. Yanar
Konuşmacı: Koray Karabulut
- 13:30 - 17:30 **KURSLAR**
- I. Laparoskopik fıtık cerrahisi kursu**
Kurs Yöneticileri: Melih Paksoy, Nuri Gönüllü
- II. Laparoskopik kolorektal cerrahi kursu**
Kurs Yöneticileri: Metin Ertem, Ömer Alabaz
- III. Laparoskopik bariatrik cerrahi kursu**
Kurs Yöneticileri: Asım Cingi, Umut Barbaros
- 17:45 - 18:30 **AÇILIŞ KOKTEYLİ** - Müzik dinletisi
- 18:30 - 18:45 **AÇILIŞ TÖRENİ**
Kongre Sekreterinin konuşması: Hakan T. Yanar
Kongre Başkanının konuşması: Rasim Gençosmanoğlu
Dernek Başkanının konuşması: Aydın Alper
- 18:45 - 19:30 **AÇILIŞ KONFERANSI:** Cerrahi ve yelken dünyası
Oturum Başkanı: Cavit Avcı
Konuşmacı: Haluk Işındağ

08:00 - 08:30	UZMANLARLA KAHVALTI: Bariatrik cerrahide sormak istedikleriniz Uzmanlar: Asım Cingi, Mehrdad Bohlooli, Umut Barbaros
08:30 - 09:00	KONFERANS - 1 KONU: Laparoskopik sağ hemikolektomide total mezokolik eksizyon: Doğru teknik Oturum Başkanı: Rasim Gençosmanoğlu Konuşmacı: Roberto Bergamaschi
09:00 - 10:00	KAYDEDİLMİŞ AMELİYAT YAYINI - 1 KONU: Endoskopik laparoskopik morbid obezite ameliyatları Oturum Başkanı: Cavit Avcı Laparoskopik <i>sleeve</i> gastrektomi - Asım Cingi Laparoskopik <i>sleeve</i> gastrektomi – Levent Avtan Laparoskopik gastrik <i>bypass</i> – Bijan Ghavami Laparoskopik mini-gastrik <i>bypass</i> – Umut Barbaros
10:00 - 10:30	KAHVE ARASI - 3D Video - Konuk Evi
10:30 - 11:30	KONFERANS - 2 KONU: Laparoskopik pankreas cerrahisi: Whipple ameliyatı ve distal pankreatektomi Oturum Başkanları: Ahmet Balık, Mustafa Kerem Konuşmacı: Bijan Ghavami
11:30 - 12:00	KONFERANS - 3 KONU: Bariatrik cerrahinin geleceği Oturum Başkanı: Mustafa Taşkın Konuşmacı: Asım Cingi
12:00 - 12:12	12'de 12 dakika KONU: Güvenli kolesistektomi için doğru teknik Oturum Başkanı: İlgin Özden Konuşmacı: Osman Abbasoğlu
12:15 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ


BRAUN
 SHARING EXPERTISE


Eczacıbaşı

13:30 - 14:00 **KONFERANS - 4****KONU: Robotik cerrahi: Güncel fantezi mi, yoksa cerrahinin geleceği mi?**

Oturum Başkanı: Orhan Alimoğlu

Konuşmacı: Hoon Yub Kim

14:00 - 15:00 **PANEL - 1****KONU: Laparoskopik bariatrik cerrahi: Klinik sorunlara yaklaşım**

Oturum Başkanları: Mustafa Taşkın, Mustafa Şahin

Sleeve gastrektomide revizyonel cerrahi – Ahmet Türkçapar

Roux-Y gastrik *bypass*'ta komplikasyonlar – Cüneyt Kayaalp

Metabolik cerrahi: Klinik uygulamada yer alabilir mi? – Mehrdad Bohlooli

15:00 - 15:30 **KAHVE ARASI - 3D Video - Konuk Evi****B|BRAUN**
SHARING EXPERTISE**Eczacıbaşı**15:30 - 16:15 **YUVARLAK MASA - 1****KONU: Laparoskopik kolorektal cerrahide intraoperatif komplikasyonlar ve yönetimi**

Oturum Başkanı: Hakan T. Yanar

Tartışmacılar: Roberto Bergamaschi, Andrea Scala, Ömer Alabaz,

Emre Görgün

Tartışma Konuları:

1. İMA / ileokolik arter ligasyonu sonrası aktif kanama, presakral kanama
2. Üreter ve üretra yaralanması
3. Aşağı anterior rezeksiyon sonrası anastomozda gerginlik ve iskemi
4. Aşağı anterior rezeksiyon sonrası anastomozda kaçak (pozitif hava testi)
5. Pelvik sinirlerin korunması

16:15 - 17:45 **SEÇİLMİŞ BİLDİRİ OTURUMU - 1****SÖZLÜ BİLDİRİLER**

Oturum Başkanları: Çağatay Çifter, Can Atalay

Seçici Kurul: Osman Abbasoğlu, Mustafa Ali Korkut, Cemalettin Ertekin,

İlgin Özden, Cüneyt Kayaalp, Ekrem Kaya

17:45 - 18:00

KAHVE ARASI - 3D Video - Konuk Evi

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Eczacıbaşı

18:00 - 19:30

BİLDİRİ OTURUMLARI

Video bildiri oturumu – 1 (Ana Salon)

Oturum Başkanları: Gökhan Moray, Ahmet Atalay

Sözlü bildiri oturumu – 1 (Salon A)

Oturum Başkanları: Gürkan Öztürk, Ender Dulundu

Sözlü bildiri oturumu – 2 (Salon B)

Oturum Başkanları: Mustafa Ali Korkut, Hızır Akyıldız

Sözlü bildiri oturumu – 3 (Salon C)

Oturum Başkanları: Mehmet Mihmanlı, Samet Yardımcı

Sözlü bildiri oturumu – 4 (Salon D)

Oturum Başkanları: Nuri Gönüllü, Şenol Carıllı

Sözlü bildiri oturumu – 5 (Salon E)

Oturum Başkanları: Hakan Güven, Hasan Bektaş

- 08:00 - 08:30 **UZMANLARLA KAHVALTI:**
Kolorektal cerrahide sormak istedikleriniz
 Uzmanlar: Roberto Bergamaschi, Andrea Scala, Emre Görgün
- 08:30 - 09:30 **PANEL - 2**
KONU: Rektum kanserinde total mezorektal eksizyon (TME): Hangi teknik?
 Oturum Başkanları: Mustafa Ali Korkut, Ömer Alabaz
 Laparoskopik TME – Hakan T. Yanar
 Robotik TME – Emre Görgün
 Transanal TME – Roberto Bergamaschi
- 09:30 - 10:00 **KONFERANS - 5**
KONU: Laparoskopik total proktokolektomi ve ileal poş-anal anastomoz
 Oturum Başkanı: Metin Ertem
 Konuşmacı: Emre Görgün
- 10:00 - 10:30 **KAHVE ARASI - 3D Video - Konuk Evi**
- 10:30 - 11:30 **KAYDEDİLMİŞ AMELİYAT YAYINI - 2**
KONU: Laparoskopik kolorektal cerrahi: Teknik ipuçları
 Oturum Başkanı: Cavit Avcı
 İntersfinkterik rezeksiyon, önce abdomen – Emre Görgün
 İntersfinkterik rezeksiyon, önce perine – Bijan Ghavami
 Sağ hemikolektomi – Metin Ertem
 Sol hemikolektomi – Andrea Scala
- 11:30 - 12:00 **KONFERANS - 6**
KONU: Laparoskopik cerrahinin geleceği
 Oturum Başkanı: Aydın Alper
 Konuşmacı: Dominique Franco
- 12:00 - 12:12 **12'de 12 dakika**
KONU: Laparoskopik koledok eksplorasyonu: Vaka seçimi ve teknik
 Oturum Başkanı: Cumhur Yeğen
 Konuşmacı: Ahmet Tekin
- 12:15 - 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**



- 13:30 - 14:00 **TEKNİKLERİN KARŞILAŞTIRILMASI**
KONU: Özofagus kanseri cerrahisinde total özofajektomi ve gastrik pull-up
 Oturum Başkanı: Bülent Tırnaksız
 Torakoskopik + laparoskopik – Birol Bostancı
 Robotik + laparoskopik – Fatih Ağalar
- 14:00 - 14:30 **VİDEO PANEL**
KONU: Laparoskopik-robotik endokrin cerrahisi
 Oturum Başkanı: Can Atalay
 Laparoskopik adrenalektomi – Serdar Tezelman
 Robotik adrenalektomi – Özer Makay
- 14:30 - 15:00 **KONFERANS - 7**
KONU: Endokrin cerrahide yeni bir ufuk: Transoral robotik tiroidektomi
 Oturum Başkanı: Serdar Tezelman
 Konuşmacı: Hoon Yub Kim
- 15:00 - 15:30 **KAHVE ARASI - 3D Video - Konuk Evi**
- 15:30 - 16:00 **KONFERANS - 8**
KONU: Laparoskopik mide kanseri cerrahisinde neredeyiz?
 Oturum Başkanı: Mehmet Mihmanlı
 Konuşmacı: Bijan Ghavami
- 16:00 - 16:45 **SEÇİLMİŞ BİLDİRİ OTURUMU - 2**
VİDEO BİLDİRİLER
 Oturum Başkanları: Levent Avtan, Galip Garayev
Seçici Kurul: Birol Bostancı, Hakan Güven, Hızır Akyıldız, Mustafa Kerem, Mushvig Hasanov
- 16:45 - 17:45 **NASIL YAPIYORUM - 1**
KONU: Laparoskopik herni onarımları
 Oturum Başkanları: Metin Ertem, Zafer Malazgirt
 İnguinal herni onarımı: TAPP yöntemi – Bijan Ghavami
 İnguinal herni onarımı: TEP yöntemi – Metin Ertem
 Umbilikal ve ventral herni onarımı – Şenol Carıllı
 Sporcuda herni onarımı – Melih Paksoy



B. BRAUN
SHARING EXPERTISE



Eczacıbaşı

17:45 - 18:00

KAHVE ARASI - 3D Video - Konuk Evi

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

E Eczacıbaşı

18:00 - 19:30

BİLDİRİ OTURUMLARI

Video bildiri oturumu – 2 (Ana salon)

Oturum Başkanları: Fatih Ağalar, Ahmet Balık

Sözlü bildiri oturumu – 6 (Salon A)

Oturum Başkanları: Sedat Karademir, Cem İbiş

Sözlü bildiri oturumu – 7 (Salon B)

Oturum Başkanları: Ömer Alabaz, Gürhan Baş

Sözlü bildiri oturumu – 8 (Salon C)

Oturum Başkanları: Cüneyt Kayaalp, Mehrdad Bogloli

Video bildiri oturumu – 4 (Salon D)

Oturum Başkanları: Melih Paksoy, Abuzer Dirican

Sözlü bildiri oturumu – 9 (Salon E)

Oturum Başkanları: Ömer Karahan, Kemal Dolay

21:00

KONSER

- 08:00 - 08:30 **UZMANLARLA KAHVALTI:**
Hepatopankreatobiliyer cerrahide sormak istedikleriniz
 Uzmanlar: Dominique Franco, Bijan Ghavami, Aydın Alper
- 08:30 - 09:15 **VIDEO FORUM - 1**
KONU: Travma ve acil cerrahide laparoskopinin yeri
 Oturum Başkanları: Cemalettin Ertekin, Salih Pekmezci
 Tartışmacılar: Acar Aren, Mehmet Mihmanlı, Neşet Köksal, Orhan Alimoğlu, Fehmi Çelebi
 Olgu-1: Apandisit ayırıcı tanısı
 Olgu-2: Penetran karın travması sonrası içi boş organ yaralanması
 Olgu-3: Künt karın travmasında laparoskopinin yeri
- 09:15 - 10:00 **YUVARLAK MASA - 2**
KONU: Laparoskopik cerrahi komplikasyonlarının medikolegal boyutu
 Oturum Başkanı: Özdemir Aktan
 Tartışmacılar: Cemalettin Ertekin, Cumhur Yeğen, Mustafa Şahin, Oğuz Polat
 Olgu-1: Laparoskopik kolesistektomi
 Olgu-2: Laparoskopik kolektomi
 Olgu-3: Laparoskopik bariatrik cerrahi
- 10:00 - 10:30 **KAHVE ARASI**
- 10:30 - 11:30 **PANEL - 3**
KONU: Gastrointestinal endoskopi
 Oturum Başkanları: Ömer Karahan, Hasan Bektaş
 İntra-operatif endoskopi – Samet Yardımcı
 Gastrointestinal stent uygulamalarında yenilikler – Kemal Dolay
 ERCP’de yanlış endikasyonlar – Sezgin Yılmaz
 Endo-ultrasonografide (EUS) doğru endikasyonlar – Ender Dulundu
- 11:30 - 12:00 **KONFERANS - 9**
KONU: Kolorektal cerrahide ERAS protokolü
 Oturum Başkanı: Hakan T. Yanar
 Konuşmacı: Andrea Scala
- 12:00 - 12:12 **12’de 12 dakika**
KONU: Laparoskopik cerrahide indosiyanin yeşili kullanımı
 Oturum Başkanı: Osman Abbasoğlu
 Konuşmacı: Aydın Alper

- 12:15 - 13:30 **ÖĞLE YEMEĞİ**
- 13:30 - 14:15 **VIDEO FORUM - 2**
KONU: Laparoskopik hiatal cerrahide zor olgular
 Oturum Başkanı: Fatih Ağalar
Tartışmacılar: Hızır Akyıldız, Fatih Altıntoprak, Maher Hussein
 Olgu-1: Hiatusa yama uygulaması
 Olgu-2: Revizyon cerrahisi
 Olgu-3: Akalazya ve özofagus divertikülü
- 14:15 - 15:00 **PANEL - 4**
KONU: Acil cerrahide konservatif tedavi ve laparoskopik cerrahi
 Oturum Başkanı: Hakan Güven
 Duodenal ülser perforasyonunda non-operatif tedavi ve laparoskopik cerrahi – Gürhan Baş
 Komplike akut kolesistitte perkütan kolesistostomi ve laparoskopik cerrahi – Gökhan Moray
 Komplike apandisitte konservatif tedavi ve laparoskopik cerrahi – Ahmet Karamercan
- 15:00 - 15:30 **KAHVE ARASI**
- 15:30 - 16:30 **PANEL - 5**
KONU: Endoskopide ve laparoskopik cerrahide konuşulmayanlar
 Oturum Başkanları: Fatih Ağalar, Koray Karabulut
 Yeni görüntüleme teknolojileri – Levent Avtan
 Hemostazda yeni teknolojik ürünler – Tarkan Ünek
 Yeni stapler teknolojileri – Ahmet Karamercan
 Cerrahi dumanın zararları – Taylan Özgür Sezer
 Oturarak laparoskopik cerrahi – Maher Hussein
- 16:30 - 17:15 **NASIL YAPIYORUM - 2**
KONU: Akut gastrointestinal kanamalarda endoskopik tedavi
 Oturum Başkanları: Mehmet Mihmanlı, Kemal Dolay
 Özofagus varis kanaması – Hasan Bektaş
 Peptik ülser kanaması – Mehmet Emin Güneş
 Masif alt gastrointestinal kanama – Manuk Manukyan

- 17:15 - 18:00 **VIDEO FORUM - 3**
KONU: Laparoskopik kolesistektomi sonrası safra yolu yaralanması
Oturum Başkanları: Sedat Karademir, Cem İbiş
Tartışmacılar: Ahmet Balık, Gürkan Öztürk, Ekrem Kaya
Olgu-1: İntraoperatif tanınması
Olgu-2: Aynı seansta yönetim
Olgu-3: Elektif koşullarda yönetim
- 18:00 - 18:15 **KAHVE ARASI**
- 18:15 - 19:45 **BİLDİRİ OTURUMLARI**
Video bildiri oturumu – 3 (Ana Salon)
Oturum Başkanları: Ahmet Karamercan, Özer Makay
Video bildiri oturumu – 5 (Salon A)
Oturum Başkanları: Ahmet Tekin, Sezgin Yılmaz
Video bildiri oturumu – 6 (Salon B)
Oturum Başkanları: Birol Bostancı, Neşet Köksal
Video bildiri oturumu – 7 (Salon C)
Oturum Başkanları: Levent Avtan, Koray Karabulut
- 19:45 - 20:00 **ÖDÜLLERİN AÇIKLANMASI ve KAPANIŞ TÖRENİ**

Sözlü Bildiriler

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

SB-01

AKUT KOLESİTİT TEDAVİSİNDE YÜKSEK RİSKLİ HASTALARDA PERKÜTAN KOLESİSTOSTOMİ UYGULANMASI

Arif Aslaner¹, Tuğrul Çakır¹, Erdem Can Yardımcı², Onur Özener²¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Organ Nakli ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Akut kolesistit için standart tedavi erken laparoskopik kolestektomidir. Artmış operatif risk durumunda cerrahi ertelenebilir veya reddedilebilir, bunun yerine perkütan veya endoskopik drenaj gibi alternatif yöntemler denenebilir. Bu çalışmamızda perkütan kolesistostomi ile eksternak drenaj yaptığımız hastaların sonuçlarını geriye dönük olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda Mayıs 2013 ile Mart 2017 tarihleri arasında kliniğimize başvuran kolestat ve akut kolesistit tanısı ve tedavisi için perkütan kolesistostomi girişiminde bulunan tüm hastaların verileri geriye dönük olarak analiz edildi.

Bulgular: Toplam 12 hastanın 6'sı kadın ve 6'sı erkekti. Yaş ortalaması 65,83±10,65 yıl (61-89) idi. Akut kolesistitli 12 hastanın 10'unda perkütan kolesistostomi başarı ile sonuçlandı. 2 hasta ameliyat geçirdi. Hastanede kalış süresi ortalama 6,75 ± 3,20 (2-27) gündü.

Sonuç: Hastalarda kolestat ve akut kolesistit tedavisinde cerrahi açıdan yüksek riskli hastalarda perkütan kolesistostomi başarı ile yapılabilir. Daha büyük volümlü ve kapsamlı prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulabilir.

Anahtar kelimeler: perkütan kolesistostomi, akut kolesistit, yüksek risk

SB-02

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA SAFRA KESESİNİN UMBLİKAL VE EPİGASTRİK TROKAR YERİNDEN ÇIKARMANIN ERKEN VE GEÇ DÖNEM KOMPLİKASYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ

Faik Tatlı¹, Reşit Çiftçi¹, Yusuf Yücel¹, Orhan Gözeneli¹, Abdullah Özgönül¹, Hüseyin Cahit Yalçın¹, Ali Uzunköy¹, Mehmet Gümer¹, Fırat Erkmən¹, Muhammet Emin Güldür²¹Harran Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa²Harran Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Amaç: Laparoskopik kolestektomi uygulanan hastalarda safra kesesinin batından farklı trokar yerlerinden çıkarmanın erken ve geç dönem komplikasyonlar üzerine etkisini araştırmaktır.

Materyal ve metod: Kliniğimizde Ocak-Haziran 2016 tarihleri arasında safra kesesi hastalıkları nedeniyle laparoskopik kolestektomi ameliyatı uygulanan 40 hasta prospektif olarak incelendi. Hastalar safra kesesinin batından çıkarıldığı trokar yerine göre Epigastrik ve Umbilikal grup olarak ikiye ayrıldı. Hastaların; yaş, cinsiyet, işlem süresi, patoloji sonucu, yapılan ameliyat türü, 1. ve 10. gün yağ nekrozu gelişimi, 10. gün ve 6. ay herni gelişimi ve organ yaralanması olup olmadığı kaydedildi. Gruplar karşılaştırılırken pearson ki kare ve Fisher Exact testi uygulandı.

Sonuçlar: Çalışmaya dâhil edilen hastaların 15 (%37,5)'i erkek, 25 (%62,5)'i kadındı. Yaşlarının ortalama değeri 49,8 ± 14,1'dir. Umbilikal bölgeden girişim yapılan hastaların 10'u kadın, 10'u erkekti ve yaşlarının ortalama değeri 49,5 yıldır. Epigastrik bölgeden yapılan girişim için 5 erkek ve 15 kadın hasta değerlendirildi ve hastaların yaşlarının ortalama değeri 50,2 yıldır. Bu gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında herhangi bir istatistiksel farklılık bulunamamıştır (tablo1) (p>0,05). Umbilikal ve epigastrik gruplara göre operasyon sonrası 1. gün ve 10. gün yağ nekrozu gelişimi değerlendirildiğinde; birinci gün sonunda her iki grupta da sadece bir hasta da yağ nekrozu gözlenirken 19 hastada herhangi bir yağ nekrozu görülmemiştir. 10. gün sonunda ise umbilikal grubun yarısında yağ nekrozu gözlenmiştir. Epigastrik gruba dâhil edilen hastaların %65'inde yağ nekrozu gözlenmezken %35'inde ise yağ nekrozu gözlenmiştir. Her iki grubun karşılaştırılmasında pearson ki kare ve Fisher Exact testi uygu-

lanmış her iki analiz sonucunda da bir anlamlılık görülmemiştir. Her iki grupta da 10. gün ve 6. ay sonunda herhangi bir umbilikal herni gelişimi gözlenmemiştir. Umbilikal ve epigastrik grupların işlem süreleri kıyaslandığında umbilikal grupta işlem süresinin epigastrik gruba göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu gözlemlenmiştir (p<0,001)

Sonuç olarak; çalışmamızda safra kesesi materyalinin epigastrik veya umbilikal trokar yerinden çıkarılması ile oluşabilecek komplikasyonlar arasında herhangi bir fark bulunamamıştır. Çalışmamızda her iki grup karşılaştırıldığında safra kesesi materyalinin epigastrik trokar yerinden çıkarılması, umbilikal trokar yerinden çıkarılmasına kıyasla ameliyat süresini daha kısaltmıştır.

Anahtar kelimeler: laparoskopik kolestektomi, trokar, epigastrik, umbilikal

SB-03

ZOR KOLESİSTEKTOMİLER İÇİN TEKNİK ÇÖZÜMLER: FUNDUS-FİRSİTEKNOĞİ VE PARSİYEL KOLESİSTEKTOMİ

İsmail Cem Sormaz, Yiğit Soytaş, Şeyma Karakuş, Ayhan Abbasov, Levent Avtan

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı, retrograd diseksiyondan (RD) fundus-first tekniğine (FF) ya da laparoskopik parsiyel kolestektomiye (LPK) geçişin komplikasyonlar, ameliyat süresi ve hastanede kalış süresi üzerine etkisini değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2010-Aralık 2014 tarihleri arasında laparoskopik kolestektomi yapılan 210 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Tüm laparoskopik kolestektomilere retrograd diseksiyon (RD) yöntemiyle başlandı. Güvenlik penceresinin diseksiyonunda zorluk yaşanması durumunda operasyon ilk olarak FF tekniğine geçildi. FF tekniğinin de güvenli bir kolestektomi için yetersiz kaldığı durumlarda ise LPK tercih edildi.

Bulgular: LK ile başlanan 210 vakanın 197'si RD ile sonlandırıldı. On üç vakada diseksiyon sırasındaki zorluklar nedeniyle FF tekniği uygulandı. FF grubunda 7 vakada laparoskopik total kolestektomi başarıyla gerçekleştirildi, geri kalan 6 hastada LPK uygulandı. Postoperatif RD grubunda 3 komplikasyon, LPK grubunda 2 komplikasyon saptandı. Tüm vakalar değerlendirildiğinde major intraoperatif komplikasyon ve peroperatif mortalite görülmedi.

Sonuç: Elektif ve komplikasyonsuz vakalarda güvenli posterior pencere (güvenlik penceresi) prensibi uygulanmalıdır. Ancak anatomik belirsizliklerin ön planda olduğu komplike vakalarda RD tekniğinde ısrarcı olmamak ve FF ya da LPK tekniklerinden birini tercih etmek açık cerrahiye dönme oranlarını azaltır ve güvenli bir laparoskopik müdahale yapılmasını sağlar.

Anahtar kelimeler: Zor kolestektomi, laparoskopi, antegrad diseksiyon, retrograde diseksiyon, parsiyel kolestektomi, fundus first

SB-04

AKUT KOLESİTİT VAKALARINDA ERKEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ NİÇİN TERCİH EDİLMELİ?

Metin Pişkinpaşa¹, Metin Pişkinpaşa²¹İskenderun özel gelişim hastanesi²İstanbul özel remedy hospital

Amaç: akut kolesistitli hastalarda şiddetli ağrının sonlandırılması, sık geçirilen ataklar ile oluşabilecek ileri derecedeki yapışıklıkların önlenmesi, bozulmuş karaciğer fonksiyon testlerinin hızla düzelmesini sağlamak için erken laparoskopik kolestektominin önemi.

Gereç-Yöntem: Ocak 2013 ile Aralık 2016 tarihleri arasında opere edilen Akut Kolesistitli hastaların pre op ve post op kayıtları ve dosyaları incelendi.

Bulgular: Akut kolesistitli 66 hasta laparoskopik yöntem ile opere edildi. Ameliyat öncesi hastaların klinik muayeleri ile laboratuvar sonuçları, ameliyat sonrası ile karşılaştırıldı. Hastaların kolestektomi materyali

patolojilerinde 32 hastada akut kolesistit, 21 hastada flegmon, 10 hastada kangrenöz, 3 hastada perforatif kolesistit mevcuttu. Pre op hastaların tamamında 10 gün içinde geçirdikleri şiddetli ağrı nöbetleri ve bozulmuş laboratuvar sonuçları mevcuttu. Operasyonda tüm hastalara dren konuldu. Dren ortalama 3 gün bırakıldı. Yatış süreleri 2-3 gün. Post op sürede hastaların ağrıları ve laboratuvar bulgularında hızla düzelme görüldü. Hiçbir hastada açık cerrahiye dönülmedi ve tekrar operasyon gereksinimi olmadı. 4 hastada safra kaçağı saptandı. Hastaların 2 sinin safra kaçağı spontan kesildi. 2 sine ercp yapıldı. 3 hafta içinde safra fistülü kapandı.

Sonuç: Akut kolesistitlerde laparoskopik kolesistektominin zorluğu, hasta açısından gözardı edilerek tercih edilebilmeli kanaatindeyim.

Anahtar kelimeler: akut kolesistit, kolesistektomi, laparoskopi

SB-05

SAFRA KESESİ ÖRNEKLEMESİNİN KESEDE İZLENEN PREMALİGN VE MALİGN LEZYONLARIN SAPTANMASINA ETKİSİ

Tangul Bulut Pınarcı¹, Betül Çelik¹, Ayşe Merter Arduçoğlu², Selma Şengiz Erhan³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

³Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Giriş: Safra kesesi rezeksiyonları günlük cerrahi pratikte sık yapılan ameliyatlardan olmasına karşın gerek cerrahlar gerekse patologlar tarafından “sonucu ne çıkacak acaba” şeklinde merak uyandırmaz. Oysa ki, safra kesesi kansinonları gastrointestinal sistemin 5. en yaygın görülen kanseridir. En sık Güney Amerika (%3,5) ve ardından Güney Asya’da (%3,4) izlenmekte ve GLOBOCAN projesinde dünya çapında safra kesesi kanser insidansı %1,3, mortalite oranı %1,7 ve 5 yıllık yaygınlığı 0,6 olarak bildirilmektedir. Bu çalışmada retrospektif olarak hastanemizde izlenen safra kesesinin epitelyal lezyonlarını irdeleyip, prospektif olarak ta safra kesesinin patolojik örneklemeinde uyguladığımız farklı bir yaklaşımın bu epitelyal lezyonları saptamada fark yaratıp yaratmadığını değerlendirdik.

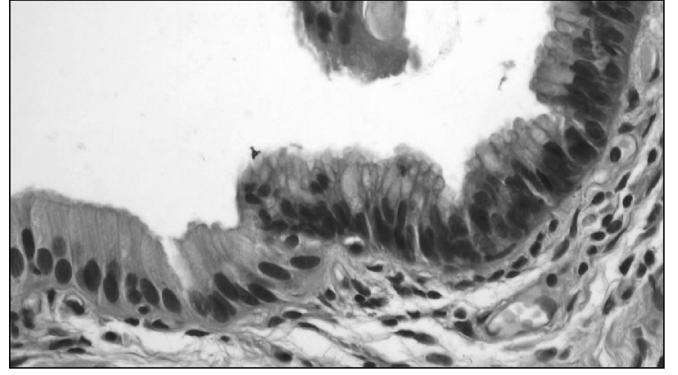
Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 2008-2016 yılları arasında opere edilen tüm safra kesesi rezeksiyonları hastane arşivlerinden çekildi ve patoloji raporları incelenerek mikroskopik tanıları (primer invaziv adenokarsinom), biliyer intraepitelyal düşük ve yüksek dereceli displazi, intrakolesistik adenom/polip, intestinal/pilorik metaplazi, reaktif atipi kaydedildi.

Çalışmaya başlandığında ise, incelediğimiz rezeksiyonlarda ilk makroskopik incelemede gözle görülür bir lezyon yoksa fundustan duktus sistikusa kadar bir tam bir dilim çıkarılıp spiral şeklinde sarılarak duktus sistikus cerrahi sınırla beraber tek kasette örneklendi. Mikroskopik inceleme sonrası intestinal metaplazi, fokal epitelyal atipi ve low grade displazi varlığında iki yeni kaset, yüksek dereceli displazi ve/veya şüphesi, hyalinize kolesistit durumunda 24 yeni parça 12 kasette örneklendi.

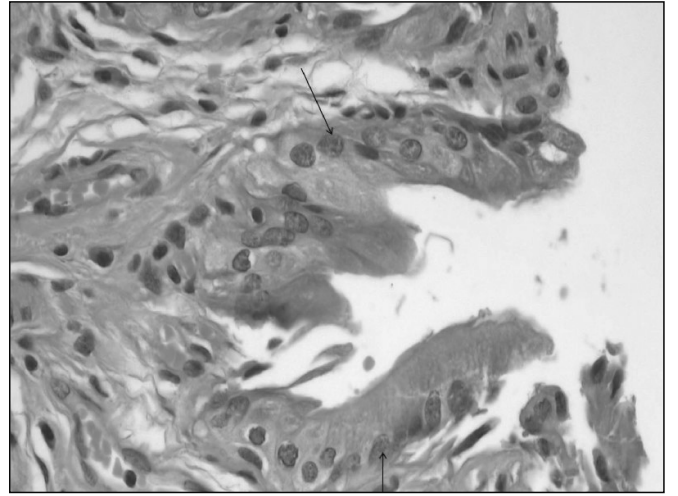
Bulgular: Geriye dönük olarak yaptığımız dökümden 7520 kolesistektomi raporu saptadık. Bu raporlar içinde primer invaziv adenokarsinom sayımız 42’dir (%0,56). Biliyer intraepitelyal düşük ve yüksek dereceli displazi sayımız sırasıyla 50 (%0,66) ve 10 (%0,13); intrakolesistik adenom/polip 7 (%0,09), müsinöz kistadenom 1 (%0,01), intestinal metaplazi 67 (%0,9), pilorik metaplazi 23 (%0,3), reaktif atipi 42 (%0,56) adet izlendi. İleriye dönük yaptığımız çalışmada 104 kolesistektomi değerlendirdik. Primer invaziv adenokarsinom, intrakolesistik adenom/polip ve müsinöz kistadenom vakası görülmedi ancak bir vakada intramukozal karsinom vardı (%0,1). Biliyer intraepitelyal düşük ve yüksek dereceli displazi sayımız da sırasıyla 6 (%6) ve 2 (%2), intestinal metaplazi 7 (%7), pilorik metaplazi 9 (%9), reaktif atipi 9 (%9) adet izlendi.

Sonuç: Safra kesesi örneklemeinde uyguladığımız yaklaşım, adenokarsinom vakalarının saptanmasında fark yaratmadı ancak düşük ve yüksek dereceli epitelyal displazi saptanmasında belirgin olarak fark yaratmıştır (sırasıyla %0,66 ve 0,13’e karşın %6 ve 2). Nihai tanıları düşük ve yüksek dereceli epitelyal displazi olan vakaların tümü, örneklemede uyguladığımız yaklaşım sonucu saptandı. Bu vakaların tümünde ilk incelemede epitelde reaktif atipi görülmüştü. Rutin çalışma temposunda, uyguladığımız protokolün safra kesesinde atipi saptanmasında izlenecek yolu tarif etmesi açısından patologlara örnek olabilecek nitelikte olduğunu düşünüyoruz.

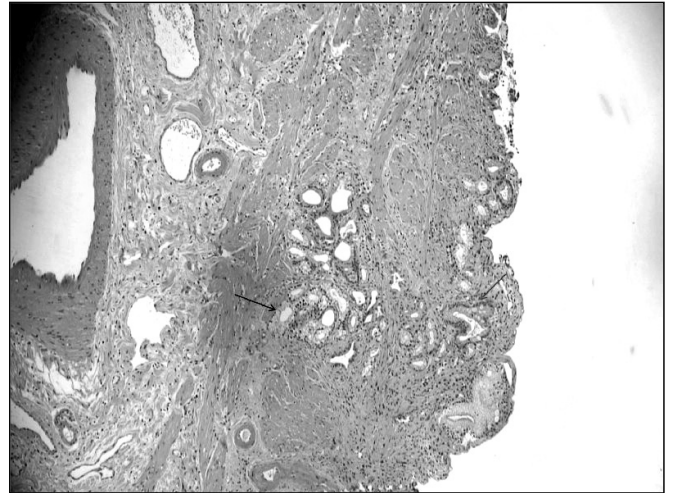
Anahtar kelimeler: Safra kesesi, Premalign lezyonlar, Patolojik örnekleme



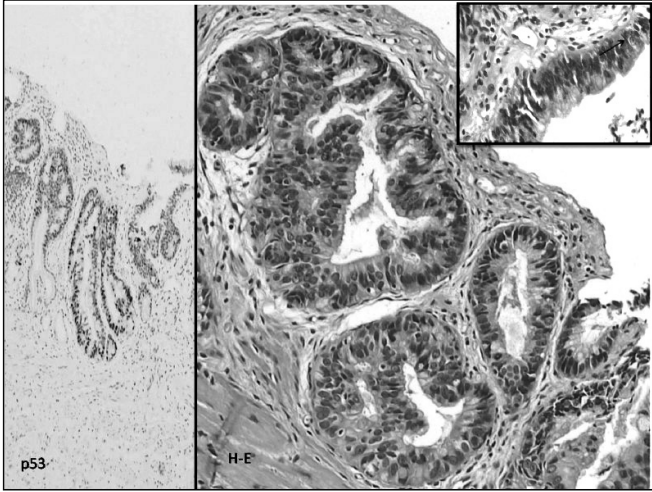
Resim-1. Düşük dereceli epitelyal displazi; normal epitelden displazik epitele ani geçiş. H-Ex40



Resim-2. Yüksek dereceli epitelyal displazi. Chery nukleolus izlenmektedir (siyah oklar). H-Ex40



Resim-3. Pilorik metaplazi (siyah ok), intestinal metaplazi (kırmızı ok) örneği. H-Ex10



Resim-4. k örneklemede düşük dereceli displazi alanında iki adet chery nukleolus izlenmesi üzerine (sağ taraf küçük resim), alınan yeni parçalarda yüksek dereceli epitelyal displazi alanı ve immünohistokimyasal p53 boyaması ile kuvvetli nükleer pozitif boyanma örneği (sol taraf).

SB-06

DENEYİM ARTTIKÇA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE AÇIĞA GEÇME ORANI AZALIRKEN KOMPLİKASYONLAR AZALIYORMU? 20 YILLIK TEK CERRAH DENEYİMİ

Fikret Aksoy

This study aims to investigate the role of the surgeon experience in decreasing the conversion from LC to open surgery (OS) and complication rates in gallbladder diseases by examining the single surgeon data in two different periods within 20 years.

To note, conversion to OS from LC is not a failure of LC procedure. It is a process where it is necessary to continue the surgical procedure that cannot be completed via LC without facing complications. The reason of conversion in 1/3 of the patients is the lack of proper assessment of gallbladder anatomy due to inadequate dissection, intense adhesion and inflammation. Findings indicate that there is no significant difference between two periods (daha iyi tanımlanacak) and the results are in line with the previous literature findings. It was shown that in group2 adhesion and difficulty in dissection was more prominent causes in male gender for conversion to OS ($p=0,02$ and $p=0,043$). No significant difference was noted for conversion as a result of acute inflammation in male gender for experienced surgeons. A significant difference was reported for the initial period for LC procedure ($p=0,019$).

In this study, the conversion rate was determined to be 38 (9,1 %) in Gr 1 and 20 (4,7 %) in Gr 2 respectively, which compares favorably with the rates reported in the literature. ncontrollable hemorrhage did not yield any significant difference between periods while gender did not had a significant effect.

Male gender was found to be the only significant cause of conversion among the possible causes investigated in this study. The proportion of male participants are significantly lower in GR1 compared to GR2 $p<0,001$. One reason for the lack of interest in LC among the inexperienced surgeons may be the increased need for transition to open surgery.

This study shows that increased surgeon experience is associated with lower conversion rate in transition to open surgery from LC procedure in a single surgeon data in gallbladder diseases. However, the complication rates were shown to be relatively stable in time, as it was not shown to be decreased. Finally, it can be noted that for older and male patients, the conversion and complication rates are lower with more experienced surgeons.

Anahtar kelimeler: Açığa geçme, Deneyim, komplikasyon, Laparoskopik kolesistektomi.

SB-07

PARSİYEL KOLESİSTEKTOMİLİ HASTALARDA TAMAMLAYICI CERRAHİ ÖNCESİ ERCP İŞLEMİ

Mümtaz Erakın, Sezgin Yılmaz, Murat Akıcı, Emre Ballı, Ogün Erşen, Serkan Ademoğlu, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon

Giriş: Safra kesesi operasyonları sırasında, safra kesesinin aşırı inflamasyonu, fibrozis ve omental yapışıklıklar nedeniyle safra yolları yaralanması ve etraf dokulardan kanama gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Parsiyel kolesistektomi bu komplikasyonların önüne geçmek için uygulanan bir yöntemdir. Parsiyel kolesistektomi uygulanan hastalarda belli bir dönem sonra özellikle mirizzi sendromu gibi safra kesesi ve safra yolları patolojileriyle tekrar başvurulabilmektedir.

Bu araştırmadaki amacımız daha öncesinde parsiyel kolesistektomi yapılan hastalarda gelişen safra yollarına yönelik patolojilerde yapılacak ikinci cerrahiden önce ercp işleminin gerekliliği ve güvenilirliğini irdelemektir.

Bulgular: Genel cerrahi kliniğimize 2015 kasım-2016 aralık tarihleri arasında 9 hasta (4 erkek, 5 kadın) daha önce yapılan parsiyel kolesistektomi sonrası ortaya çıkan biliyer problemler nedeniyle sevk edilmiştir. Bu hastalar dış merkezlerde akut kolesistit tanısıyla parsiyel kolesistektomi uygulanmış. Bu hastaların başvuru şikayetleri karın ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık idi.⁹ Hastanın 6 tanesinde direkt bilirubin ve kolestaz enzim yüksekliği mevcuttu. Diğer 3 hastada ise izole kolestaz enzim yüksekliği mevcuttu. Bu hastalara anestezi hazırlığı yapıldıktan sonra yapılan ercp işleminde bütün hastalarda sistik kanal ve parsiyel safra kesesi dolmaktaydı.⁵ Hastada parsiyel safra kesesi içinde taş benzeri dolma defekti saptandı.⁴ Hastada ise safra kesesine ek olarak koledokta da taş benzeri dolum defekti saptandı. Koledoktaki taşlar duodenuma düşürüldü.⁹ Hastanın 7 tanesine koledoka stent konuldu. Bu hastalar serviste takip edilip laboratuvar değerleri normale geldikten sonra yapılan operasyonda; bütün hastalara tamamlayıcı kolesistektomi, 7 hastaya da ek olarak koledoka t-tüp dren konularak işleme son verildi. Bütün hastalar ortalama 5 gün serviste takip edildikten sonra taburcu edildi. T-tüp dren konulan hastalar ise 4-6 hafta sonra kolanjiografi kontrolü sonrası t-tüp dren çekilerek taburcu edilmiştir.

Tartışma sonucu: Günümüzde sayısı gitgide artan laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında komplike kolesistitli olgularda komplikasyonların önüne geçmek için parsiyel kolesistektomi uygulanabilen bir yöntemdir. Fakat bu yöntem sonrasında rezidü safra kesesi veya safra yollarına yönelik patolojiler görülebilmektedir. Bu tip durumlarda hastaya aceleci olarak cerrahi karar vermektense ERCP işlemi uygulayıp safra yollarını temizleyip güvence altına almak için koledoka stent konularak kontrollü bir şekilde tamamlayıcı cerrahiye yapmak gerektiğini belirtmekteyiz. Bu sayede uzun dönem komplikasyonlarında önüne geçmiş oluruz.

Anahtar kelimeler: Parsiyel, Kolesistektomi, Ercp, Mirizzi

LAPAROSKOPİK ACİL CERRAHİ

SB-08

LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİDE POLİPROPİLEN KULLANILARAK YAPILAN MANUEL DÜĞÜMÜN YERİ

Özlem Zeliha Sert

Erciş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Van

Amaç: Bu çalışmada laparoskopik apendektomide apendiks güdüğünün polipropilen ile yapılan manuel düğüm kullanılarak kapatılmasının sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Çalışma için Ağustos 2016-Ekim 2016 tarihleri arasında Erciş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde laparoskopik apendektomi yapılan 25 hastanın dosyaları retrospektif olarak tarandı. Ameliyat esnasında apendiks güdüğü bütün hastalarda polipropilen kullanılarak ekstrakorporeal olarak bağlandı. Hastalar yaş, cinsiyet, ASA skoru, sigara kullanımı, operasyon süresi, ultrasonografi ve abdominopelvik bilgisayarlı tomografi'nin tanıdaki etkinliği, hastanede kalış süresi,

açık yöntemle dönüş oranları, postoperatif komplikasyonlar, takip süreleri gözden geçirildi.

Bulgular: Çalışmamızda 16 kadın, 9 erkek mevcuttu. Hastaların median yaşı 31 ± 2 idi. Operasyon süresi ortalama 35 dakika iken hastanede kalış süresi ortalama 1,4 gün idi. Sigara kullanım oranı %30 olup beklenenin altında idi. 2 hastada perforasyon mevcut idi. Perfore olmayan hastaların oranının %86 olması ilgi çekici idi. 2 hastada perforasyon olmasına rağmen hiçbir hastada açığa dönüş olmadı. Postoperatif komplikasyon olarak 1 hastada yara yeri enfeksiyonu ve 1 hastada da laparoskopinin ender rastlanan komplikasyonu olan subkütan amfizem ve sebat eden pnömoperitoneum gelişti. Hastalar cilt süturları alınana kadar takip edildi.

Sonuç: laparoskopik apendektomide apendiks güdüğünün daha önce yapılan araştırmalarda poliglaktin veya ipek sütür kullanılarak manuel olarak kapatılmasının güvenilirliği araştırılmıştır. Bizim çalışmamızda ise, polipropilen sütür kullanılarak yapılan laparoskopik apendektomide apendiks güdüğünün manuel kapatılmasının bazı sınırlamalar olmakla birlikte güvenilir olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: akut apandisit, laparoskopik apendektomi, manuel düğüm, polipropilen

SB-09

LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİDE GÜDÜK BAĞLAMA TEKNİKLERİNİN BATIN İÇİ ABSE GELİŞİMİNDEKİ ROLÜ APENDEKTOMİDE GÜDÜK BAĞLANMA TEKNİKLERİNİN BATIN İÇİ ABSE GELİŞİMİNDEKİ ROLÜ

Ömer Avlanmış¹, Rıza Gürhan Işıl¹, Nadir Adnan Hacim², Teoman Hakan Yanar³

¹Çamlıca Özel Erdem Hastanesi, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Laparoskopik apendektomide güdük bağlama tekniklerinin batın içi abse gelişiminde etili olup olmadığını araştırmak.

Materyal-Metod: Eylül 2009-Ocak 2015 tarihleri arasında acil cerrahi polikliniğimize başvurmuş olan tüm olguların verileri geriye dönük incelendi ve laparoskopik apendektomi ameliyatı geçiren tüm hastaların verileri toplandı. Epikrizlerdeki ameliyat notlarında apendiks güdüğünün nasıl bağlandığı incelendi ve kaydedildi. Ameliyat sonrası kontroller de incelendi ve abse gelişen olgular kaydedildi.

Bulgular: Toplam 301 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların 180'i erkek, 121'i kadın idi. Yaş ortalaması $26,71 \pm 9,73$ yıl idi. 167 olguya iki endo-loop üst üste konulup, 134 olguya ise iki endo-loop'un arasında ikiye milimetre mesafe bırakılarak bağlandığı görüldü. Endo-loop üst üste konulup ameliyat edilen 167 olgunun hiç birinde batın içi abse saptanmadı, endo-loop'ların arasında ikiye milimetre mesafe bırakılarak bağlanıp ameliyat edilen 134 olgunun 4'ünde batın içi abse saptandı. Bu dört olgudan üçünün tedavisi girişimsel radyoloji tarafından perkütan abse drenajı ile, birinin ise laparotomi ile yapıldığı saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Bu çalışmada, endo-loop üst üste konulup ameliyat edilen hastalarda hiç abse formasyonu gözlemlenmezken, literatürde altın standart olarak tarif edilen endo-loop'un arasında ikiye milimetre mesafe bırakılarak bağlanıp ameliyat edilen hastaların %2,98'inde batın içi abse geliştiği görüldü. İki loop'un arasında ölü mesafe bırakılarak ameliyat edilen hastalarda bu ölü mesafenin batın içi abse gelişimine katkıda bulunduğuna inanılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Akut apandisit, Laparoskopik apendektomi, Batın içi apse

SB-10

BİR YILLIK LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ: KLİP VERSUS SÜTÜR KULLANIMI

Batuhan Halit Demir, Göksever Akpınar, Mehmet Üstün, Bengi Balcı Çetindağ, Eyüp Kebapçı, Gökhan Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

Amaç: Akut apandisit dünyada en sık acil abdominal cerrahi nedendir. Günümüzde genel yaklaşım açık apendektomi şeklinde olsa da, laparoskopik apendektomi giderek artan sıklıkta yapılmaya başlanmıştır. Özellikle obezlerde, kadınlarda ve yaşlılarda tercih edilen yaklaşım haline gelmiştir.

Apendektomi ameliyatının en önemli kısımlarından biri apendiks kökünün kapatılma şekli olup laparoskopik apendektomide bu amaçla çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar arasında apendiks kökünün Hem-o-lok klipslerle, Ligasure gibi mühürleyici araçlarla, stapler ile, Endoloop sütürlerle veya primer sütürlerle kapatılması gibi yöntemler bulunmaktadır. Tercih edilen yöntemler; cerrahın deneyimi, hastanın alt yapı olanakları, maliyet gibi birçok etmenlerle belirlenmektedir. Günümüzde birçok çalışmada bu kullanılan yöntemlerin birbirine üstünlükleri araştırılmaktadır. Yaptığımız bu tek merkezli çalışmada laparoskopik apendektomi yapılan hastalarda son bir yıllık deneyimimiz sunulmaktadır.

Yöntem: 2015-2016 yılları arasında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Genel cerrahi servisine akut apandisit nedeniyle interne edilen hastalar retrospektif olarak araştırılmıştır. İçlerinden laparoskopik apendektomi yapılan 27 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların Alvarado skorları, preoperatif kullanılan radyolojik yöntemleri ve lökosit değerleri kayıt edilmiştir. Laparoskopik apendektomi sırasında apendiks kökünün ayrılmasında kullanılan yöntemler sütür ve klips olarak belirlenmiştir. Hastaların postoperatif hospitalizasyon süreleri, postoperatif komplikasyon oranları ve patoloji sonuçları kayıt edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 62 hasta olup, 44'ü kadın ve 18'i erkek, yaş aralığı 19 ve 55 arasında olup ortalama yaş grubu 35,9 bulunmuştur. Hastaların preoperatif lökosit değerleri 6500 ile 24,900 arasında saptanmış olup ortalaması 14,311 bulunmuştur. Alvarado skoru ortalama 6,7 olarak hesaplanmıştır.

Hastaların preoperatif radyolojik görüntülemelerinde 54 hastada apendiks inflamme olarak görülmüştür. 6 hastada apendiks vizualize edilemedi şeklinde ve 2 hastada apendiks normal olarak raporlanmıştır.

Laparoskopik apendektomi yapılan tüm hastaların %53'ünde (N=33) sütür ve %47'inde (N=29) klips kullanılmıştır. Toplam ameliyat süreleri ortalama 73,7 dakika olup, sütür kullanılan hastalarda 77,8 dakika ve klips kullanılan hastalarda 59 dakika olarak hesaplanmıştır.

Postoperatif hiçbir hastada komplikasyon gelişmemiştir ve hastaların ortalama hospitalizasyon süresi 1,6 gün olarak bulunmuştur. Hastaların patoloji sonuçları; akut apandisit (N=56) ve perfore apandisit (N=6) olarak raporlanmıştır.

Takipte hastaların hiçbirinde yara yeri enfeksiyonu ya da ek morbidite gelişmemiştir.

Sonuç: Akut apandisitte halen ilk tercih edilen yöntem açık apendektomi olsa da, laparoskopik apendektomi günümüzde artan sıklıkta kullanılmaya başlanan güvenilir bir yaklaşımdır. Sütür ve klip kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmasa da ameliyat süresinin kısalması ve daha kolay uygulanabilirlik açısından klip kullanımı avantajlı olabilir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik apendektomi, klip, sütür

SB-11

PERİTONİT GELİŞİMİŞ AKUT APANDİSİTLERDE LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ SONRASI BATIN YIKAMANIN ETKİNLİĞİ

Müşfik Hesenov¹, Niyazi Eskerov¹, Sevinç Garayeva¹, Asiman Hesenov¹, Aykhan Abbasov², Mirsalih Abdullayev¹

¹Azerbaycan Tıp Üniversitesi-Genel cerrahi Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan

²İstanbul Tıp Fakültesi-Genel cerrahi Anabilim Dalı, Türkiye

Peritonitler için uzun zamandır tedavi uygulanmasına rağmen, bu sorunun güncelliğini hala korumaktadır. Yapılan çok sayıda araştırma ve gün-

cel tedavi protokollerine rağmen, mortalite oranları hala yüksek rakamlarda %30-%60 seyretmektedir. Güncel tıbbi yayınlarda peritonit gelişmiş hastalarda laparoskopik girişimlerin etkinliği ve peritonitler sırasında laparoskopik batın yıkamasına ait çok sayıda makale yayınlanmaktadır.

Sunduğumuz bilimsel araştırmada amaç peritonit gelişmiş akut apandisit tablolarında laparoskopik müdahalelerin endikasyonları, farklı çeşit appendisitler sırasında, laparoskopik müdahalelerin tekniği, sonuçlar ve ameliyat sonrası komplikasyonların araştırılması olmuştur.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, peritonit, batın yıkaması

SB-12

TEK KESİLİ (SILS) LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ

Mehmet Ali Gök, Tolga Kafadar, Ahmet Çağlar Bozkurt, Zeynep Anadolu, İbrahim H. Hüdaverdi Keşkül, Aysegül Aktaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Cerrahideki minimal invaziv gelişmelerle birlikte günümüzde akut apandisitli olgular tek insizyondan laparoskopik yöntem ile tedavi edilebilmektedir. SILS port ve rotiküle aletlerin maliyetli olmasından dolayı bu yöntem kliniğimizde tercih edilmemektedir. Tek insizyondan laparoskopik cerrahi tekniğinin, separe port ve düz aletlerle akut apandisitli olgulardaki sonuçlarını değerlendirmek.

Gereç-Yöntem: Eylül 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında karın ağrısı ile acil cerrahi kliniğine başvuran klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgularla akut apandisit ve akut kolesistit tanısı konan 27 hastaya tek insizyondan laparoskopik apendektomi uygulandı. Subumbilikal Alana 2 cm uzunluğunda eliptik cilt insizyonu yapıldı. Açık teknikle batına girildi. Bir adet 10'luk, 2 adet 5'lik port aynı insizyondan batın içine yerleştirildi. Batın içi basıncı 14 mmHg olacak şekilde CO2 insüflasyonu ile pnömo-peritoneum oluşturuldu. Radioks Loop ile bağlandı. Apendektomi tamamlandıktan sonra cilt subkutan olarak kapatıldı.

Bulgular: Apendektomi olgularının 18'i (%67) erkek, 9'u (%33) kadındı. Yaş ortalaması 27 (40-18) idi. Olguların 4'ünde apandiks retroçekal yerleşimli idi. En kısa ameliyat süresi 13 dakika, en uzun ameliyat süresi ise 40 dakika olarak tespit edildi. Bütün hastalara postoperatif 6. saatte oral gıda başlandı. Hastanede yatış süresi ortalama 1 gündü. SILS port, rotiküle alet gibi cihazlar hiçbir olguda kullanılmadı. Hastaların hiçbirinde yara yeri enfeksiyonuna ve kanamaya rastlanmadı. Tüm hastalarda kozmetik yönden mükemmele yakın bir görünüm mevcuttu.

Sonuç: Tek insizyondan düz aletlerle yapılan laparoskopik güvenilir, etkin ve estetik açıdan mükemmel sonuç veren bir cerrahi seçenektir.

Anahtar kelimeler: SILS, Laparoskopi, Apendektomi

SB-13

PERFORE APANDİSİT HASTALARINDA LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİNİN AVANTAJLARI

Abdulcabbar Kartal¹, Ali İlker Filiz², Hüseyin Onur Aydın², Mehmet Oduncu³, Murat Ferhat Ferhatoğlu¹, Taner Kivılcım¹, Ahat Andican¹, Abut Kebudi¹

¹Okan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

³Özel Güneypark Hastanesi, Hatay

Amaç: Bu çalışma perfore apandisit olgularında laparoskopik apendektominin avantajlarını açık cerrahi ile karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: 1 Ocak 2014 ile 1 Ağustos 2017 arasında apandisit tanısı ile ameliyata alınan hastaların dosyaları ve poliklinik kayıtları retrospektif olarak tarandı. Çalışmaya perfore apandisit olduğu tespit edilen hastalar alındı. Hastaların demografik verileri, ameliyat yöntemleri, dren kullanımı ve hastanede yatış süreleri incelendi. İstatistik yöntemi olarak non-parametrik test olan Mann Whitney U Testi kullanıldı. p>0,05 değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Apendektomi uygulanan 679 (411 açık, 268 laparoskopik) hastanın 48'inin perfore apandisit olduğu ve bu hastaların 27'sinin açık yöntemle, 21'inin ise laparoskopik yöntemle ameliyat edilmiş olduğu

saptandı. Laparoskopik apendektomi uygulanan perfore apandisit olgularının ortalama ameliyat zamanı 51,67 ± 10,88 dakika, dren kullanım süresi 2,43 ± 0,87 gün, hastanede yatış süresi 3,19 ± 1,12 gün olduğu bulundu. Açık apendektomi uygulanan olgularda ise ortalama ameliyat zamanının 49,44 ± 9,13 dakika, dren kullanım süresinin 2,52 ± 1,12 gün, hastanede yatış süresinin 3,41 ± 1,47 gün olduğu bulundu. Her iki grup arasında dren kullanımı, ameliyat zamanı ve hastanede yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Sonuç: Perfore apandisit olgularında da laparoskopik cerrahinin hastaya sağladığı avantajlar göz ardı edilmemelidir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopi, perfore apandisit, dren

SB-14

GEBELİKTE KARŞILAŞILAN APANDİSİTİN MORTALİTE VE MORBİDİTE ÜZERİNE ETKİLERİ

Volkan Sayur, Taylan Özgür Sezer, Samet Cin, Erkan Güler

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde gebelik süresi içinde apandisit nedeni ile opere edilen hastaların gebelik süresi içinde apandisit tanı tedavi süresinin morbidite ile ilişkisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2010-Ocak 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda gebelik süresi içinde apandisit nedeni ile opere edilen ve etyolojik neden olarak perfore, non perfore apandisit veya apandiks verniformis tespit edilen 24 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Gebelik süresince apandisit nedeni ile opere edilen 24 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalarda tanın amaçlı USG, biyokimya-hemogram değerleri ve fizik muayene kullanıldı. Gebelikte karşılaşılan apandisit nedeni le opere edilen hastaların patoloji sonuçları 1 hastada (%4,16) nöroendokrin tm, 1 hastada apandiks vermiformis (%4,16), 22 hastada apandisit (%91,6) olarak raporlandı. Perop 4 hastada (%16,64) apandiks perfore olduğu görüldü. Postop takipte 1 hastada eviserasyon (4,16), 1 hastada insizyonel herni (4,16), 3 hastada yara yeri enfeksiyonu (12,48) gelişti. Taburculuk sonrası hastalar telefonla arandı ve 13 hastaya ulaşıldı. 1 hastada erken doğum ve yenidoğanda hidrosefali (%4,16), 1 hastada tokoliz (%4,16) uygulandığı öğrenildi.

Sonuç: Gebelik süresince apandisit nadir görülen, tanı ve operasyon kararının sıklıkla gecikmesine neden olan bir hastalıktır. Tanıda ve operasyon kararında gecikme özellikle yenidoğan açısından mortal veya morbid seyredebildiği gibi postoperatif takipte de annenin komplikasyonlara (yara yeri enfeksiyonu eviserasyon) açık olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar kelimeler: apendektomi, gebe, morbidite

SB-15

ŞEKERLİ DİYABET HASTALARINDA AKUT KOLESİTİTİN TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ UYGULAMASI

Sureddin Zeynalov, Nuru Bayramov, Könül Aslanova

Azerbaycan Tıp Üniversitesi I. cerrahi hastalıklar Anabilim Dalı

Şekerli diyabet hastalarında gastroenteroloji hastalıklar çok zaman akut kolesistitle ağırlaşır.

Amaç. Diyabetli ve diabeti olmayan hastaların laparoskopik kolesistektomi (LKE) sonuçlarını değerlendirmek ve karşılaştırmaktır.

Araç ve yöntemler. 1996-2015 tarihleri arasında LKE uygulanmış 1223 akut kolesistitli hastaların yaşları 18-86 arasında olmuştur. Hastalardan 265-de şekerli diyabet gözlemlenmiştir. Erkek sayı 68 (25,7 %), kadın 197 (74,3 %) olmuştur.

Hastalığın ilk günlerinde 146, 1-2 gününde-82, 3. gününden sonra 37 hasta kliniye yerleştirilmiştir.

265 diyabetli hastadan 148-de (55,8 %) LKE uygulanmış ve onlar grubun esasını oluşturmuşlar. 117 (44,2 %) hastada kolesistektomi ameliyatı açık yöntemle yapılmıştır. 1. ve 2. tip şekerli diyabet hastaları olmuştur.

Tartışma: Tüm hastalara endokrinoloji danışma yapılarak diyabetin tipi ve ameliyattan evvel ve sonra tedavi uygulaması planı tayin edilmiştir. Safra kesesinin taşı ve diyabeti olan hastaların çoğunda ek hastalıklar-kalp iskemisi, hipertansiyon, akciğerlerin kronik obstrüktif hastalığı ve b. gözlemlenmiştir.

Açık grupta 17, laparoskopik grupta 14 hastada aynı zamanda koledokolitiaz olmuştur. Bu hastalarda eşzamanlı ve iki evreli ameliyatlara (LKE (AKE) ve koledoskopik litotomi; AKE (LKE) ve koledolitotomi, T-drenaj ve ya yan yol ameliyatlara; AKE-den (LKE-den) sonra 2-7. günlerde ERCP ve PST ile taşların temizlenmesi) yapılmıştır.

Safra kesesinin taşı ve diyabetli 148 hasta arasında 4-de (%2,7) konversiyon yapılmıştır. Açık üsula geçtin sebebi tüm hallarda hepatoduodenal bağ bölgesinde infiltratif bitişikler olmuştur. Operatif müdahaleden asılı olmayarak hepatoduodenal bağ bölgesinde karaciğer dışı safra yollarının ve ya büyük damarların zedelenmesi gibi ağır intraoperasyon komplikasyonları rastlanmamıştır.

İkinci grupta 1 ağır ekstraabdominal komplikasyon-akut kalp krizi ile ritim bozukluğu ve akut kalp-damar yetmezliği kaydedilmiştir. Bu komplikasyonlar ve yaş faktörü letal sonuca neden olmuştur. Açık yöntemle ameliyat yapılmış hastalarda letal sonuç (0,9 %) olmuşsa da, laparoskopik kolesistektomi tatbik edilen hastalarda ölüm olayı rastlanmamıştır.

Laparoskopik ameliyat yapılmış hastalarda postoperasyon döneminde komplikasyonlar 5 (%3,4) tespit edilmiştir. Bunlardan 1 (%0,7) hastada karaciğeraltı abse ve 4-de (%2,7) yaranın irinlemesi gözlenmiştir. Ekstraabdominal postoperatif komplikasyonlar kaydedilmiştir. Açık ameliyat grubundaki hastalardan 14-de (%11,9) komplikasyon-peritonisi abseler 3 (%2,5), eventrasyon 1 (%0,8), operatif yaranın irinlemesi 10 (%8,5) hastada kaydedilmiştir.

Laparoskopik müdahale olgularının ortalama taburcu olma süresi 4,8±1,3 gün, laparotom yöntemli ameliyatı yapılanların ise 14,2±1,2 olmuştur.

Diyabetli, aynı zamanda safra kesesi taşı ve akut kolesistiti olan hastalarda laparoskopik kolesistektomi yönteminin tatbiki daha avantajlı olmuş, intraoperasyon kanama derecesini, cerrahi müdahale süresini kısaltmış, postoperasyon komplikasyon sayısını iki defa azaltmış ve tez zamanda aktifleşmiş, ameliyat sonrası rehabilitasyon daha çabuk geçmiştir.

Sonuç: Şekerli diyabeti olan safra kesesi taşı ve akut kolesistiti hastalarda laparoskopik kolesistektomi genel seçim ola bilir.

Anahtar kelimeler: diyabet, koledoskopi, kolesistit, laparoskopik

SB-16

SAĞ TORAKOABDOMİNAL PENETRAN YARALANMASI OLAN HANGİ OLGUYA TANISAL LAPAROSKOPI YAPILMALI?

Mehmet İlhan, Recep Erçin Sönmez, Ozgür Palaz Alı, Recep Güloğlu, Hakan Yanar, Mustafa Kayhan Günay, Cemalettin Ertekin

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Penetran sağ torakoabdominal yaralanma tanısı ile seçilmiş hasta gruplarında uygulanan laparoskopik cerrahinin sonuçlarının değerlendirilmek.

Gereç ve yöntem: Mart 2011 ve Şubat 2017 yılları arasında, İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi Birimi'ne penetran sağ torakoabdominal yaralanma tanısıyla yatırılan 75 olgunun kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hemodinamik olarak instabil ve peritonit bulgusu olan olgular çalışma dışı bırakıldı. Hastalara gelişinde eşlik eden organ yaralanmasını değerlendirmek için oral-IV kontrastlı toraks ve batin bilgisayarlı tomografi çekildi. Genel değerlendirme sonrası diyaframa yaralanması şüphesi olan ve karaciğerin olası diyaframa hernisine engel olamayacağı düşünülen olgulara 48. saatte tanisal laparoskopi yapıldı. Bu hastaların perioperatif sonuçları, hastanede yatış süreleri, demografik ve klinik verileri analiz edildi.

Bulgular: Olguların 17'in de (%22,6) ateşli silah ve 58'in de (%77,4) delici-kesici alet yaralanması saptandı. Yapılan değerlendirmeler sonrasında 14 hasta ameliyata alındı ve Diğer 61 olgu konservatif olarak takip edildi. En fazla yaralanan organ karaciğer ve akciğer idi. Ameliyat edilen olguların 9'una (%64,2) olası diyaframa yaralanmasını ekarte etmek için tanisal laparoskopi yapıldı (Karaciğerin koruyucu bariyer alanına girmeyen). Bunların 3'ünde (%33,3) diyaframa yaralanması saptanması üze-

rine laparoskopik diyaframa tamiri yapıldı. Hastaların hiçbirinde laparoskopik eksplorasyon esnasında açık cerrahiye geçiş gereksinimi duyulmadı. Hastanede ortalama yatış süresi 4,7 gün idi.

Sonuç: Penetran sağ torakoabdominal yaralanmalarda, karaciğer'in koruyucu bariyer görevinden dolayı diyaframa yaralanmaları az görülmekte, olası diyaframa yaralanmasını ekarte etmek için tanisal laparoskopik uygun ve güvenli bir yöntemdir. Bu sayede cerrahiye bağlı morbidite ve mortalite oranları aza indirgenebilir.

Anahtar kelimeler: Penetran sağ torakoabdominal yaralanma, Tanisal laparoskopi, diyaframa yaralanması

SB-17

KARACİĞER EKİNOKOKKOZUNUN TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK TEKNOLOJİ

Süreddin Zeynalov, Nuru Bayramov, Abbas Abbasov, Könül Aslanova, Adalat Rüstem

Azerbaycan Tıp Üniversitesi I. cerrahi hastalıklar Anabilim Dalı

İnsan ekinokokuza tıbbi-sosyal sorun olarak kalmaktadır.

Amaç: Karaciğerin hidatidozunun komplikasyonları bakımından hastalığın laparoskopik tedavisinin sonuçlarının öğrenilmesi

Araç ve yöntemler: Karaciğer ekinokokozuna göre muayene ve tedavi olunmuş 129 hastanın sonucu araştırılmıştır. Hastalar Azerbaycan Tıp Üniversitesi kliniklerinde 2004-2015 yıllarında ameliyat geçirmişler. Erkekler-48 (%37,2), kadınlar-81 (%62,8) olmuş, hastaların yaşı 16-76 aralığında oluşmuştur. Karaciğerin sağ-67 (%51, 9), sol-36 (%27,9), sağ ve sol lobunun hasar görmesi 26 (%20,2) hastada kaydedilmiştir. 69 (%53,5) hastada 1, 60-da (%46,5) 2 ve daha çok parazit kisti gözlemlenmiştir.

Tartışma: Tüm hastalara rutin muayenelerden ilave karın boşluğunun ultrason, 118-de karının ve peritonarkası sahenin BT ve ya MR yapılmıştır. 81 hastada (%62, 8) ameliyattan 2 hafta önce günde 2 kez albendazol 200 mg verilmiştir. 80 hastada ekinokoz kisti laparoskopik olarak hariç edilmiştir. İntraparenkimal yerleşen ve kalsifikali duvarlardan oluşan kistler laparoskopik ameliyat için istisna kriterisi olarak kabul edilmiştir. Kistin sıvısı sorulmuş ve boşluğa %20-li hipertonic çözelti ile işlenerek (Scolicidal agent) 2 defa sorulmuş, sonra kist duvarı çıkarılmıştır. Ameliyatın devam etme süresi 45-120 dakika sürmüştür. 3 hastada konversiyon yapılmış, ameliyat laparotom müdahale ile sonuçlanmıştır. Laparotomiye geçmenin sebebi 1 (%0,8) hastada-fibroz kalıntılarının rezeksiyonu zamanı karaciğerde devamlı hemostazın elde olunamaması, 1-de (%0,8) fibroz boşluğun dibinde büyük boyutta sistobiliar fistülün tespit edilmesi ve sonuncu hastada (%0,8) 2. kistin lokalizasyonunun laparoskopik müdahale için uygunsuzluğu olmuştur. Ameliyatın sonunda drene boru kist boşluğuna yerleştirilmiş, safra gözlemlendiği halde uzun süre saklanmıştır.

7 hastada kist koledoka açılmıştır. Bu hastalarda intraoperasyon olarak koledokotomi ve koledoskopi (açık-4, laparoskopik-3) yapılmış, koledikun temizlenmesinden sonra T-drenaj takılmıştır.

Tüm hastalara ameliyattan sonra albendazol 3 ay süresinde tayin edilmiştir. Kalıntı boşluğu ameliyattan sonra 2 hafta, 1, 3 ve 6 ay sonra ultrasonla kontrol edilmiştir. Şüpheli hallerde BT yapılmıştır.

1 hastada drenajdan safra gelmiş, safra fistülü intraoperasyon olarak 8 formunda dikisi alınmıştır. Kalıntı boşluğuna yerleştirilen drenajdan günlük safra ifrazı 15-20 ml olmuş, onun tam dayanmasına kadar (2 ay) çıkarılmamıştır. Letal sonuç olmamıştır.

Hastaların klinikde kalma süresi 3-9 gün (ortalama 3,7±1,1), laparotom ekinokokektomiden sonra ise 7-24 gün (ortalama 13,4±3,2) olmuştur.

Sonuç: Klinik tedavinin daha kısa süreli olması, aynı zamanda cerrahiye için avantajlardan sayılan erken rehabilitasyon ve mükemmel estetik etki karaciğerden ekinokokektomisinin yapımında laparoskopik seçeneği seçmeye esas veriyor.

Anahtar kelimeler: ekinokok, karaciğer, laparoskopik, sist

BARIATRİK VE METABOLİK CERRAHİ

SB-18

YOUTUBE'DA BULUNAN BARIATRİK CERRAHİ VİDEOLARININ İÇERİĞİ NE KADAR GERÇEKÇİ?

Hasan Erdem¹, Abdullah Şişik²¹Istanbul Obezite Cerrahisi, İstanbul²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Her alanda olduğu gibi bariyatrik cerrahi ile ilgili de YouTube platformunda paylaşılan video sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu videoların içerik ve kalite açısından herhangi bir denetimi bulunmamaktadır. "Hem hastaların hem de cerrahların izlediği bu videolar ne kadar faydalı?" sorusunun cevabını bulmak için bir çalışma planlandı

Yöntem: YouTube'da "obesity surgery", "bariatric surgery" ve "weight loss surgery" anahtar kelimeleri kullanılarak arama yapıldı. Her kelime için 100 video "faydalılık skoru" kullanılarak değerlendirildi. Videolar çok faydalı, faydalı ve faydalı olmayan olarak gruplandırıldı. Video içeriği, kaynak, uzunluk, görüntüleme sayısı, beğenme ve beğenmeme sayıları kaydedildi. Yükleme kaynakları, doktor veya hastane (PH), tıbbi web sitesi veya TV kanalı (MW), ticari web sitesi (CW) veya sivil (CI) olarak gruplandırıldı. Gruplar arasındaki farklar karşılaştırıldı. İngilizce olmayan ve ses içermeyen videolar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: 300 video izlendi ve 175'i araştırmaya dahil edildi. Yapılan değerlendirmede, videoların %53,7'si faydalıydı ve %24,6'sı çok faydalı grubundaydı. Beğenme, beğenmeme ve izlenme sayıları açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p = 0,480, 0,592$ ve $0,104$). Kaynak değerlendirmesinde, videoların çoğunlukla MW ve PH tarafından yüklendiği gözlemlendi. Benzer şekilde, beğenme, beğenmeme ve görüntülenme sayıları bakımından da kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ($p = 0,35, 0,14, 0,93$).

Sonuç: Bariyatrik cerrahinin popüleritesi her geçen gün artmaktadır. Bu nedenle, bu alana hem hastaların hem de cerrahların ilgisi artmaktadır. YouTube'daki bariyatrik cerrahi videolar cerrahinin diğer konuları ile ilgili yapılmış çalışmalarla kıyaslandığında içerikleri daha yeterli gibi görünse de, videoların tıbbi uzmanlar tarafından yüklenmesi ve belirli filtrasyonların YouTube'a yüklenen videolara uygulanmasının önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: youtube, bariyatrik cerrahi, video içerik yeterliliği

Tablo 1. Faydalılık skorlama tablosu

Skorlama Kriterleri:
Endikasyonlar
Cerrahi seçenekler
Cerrahinin faydaları
Postoperatif dönem
Komplikasyonlar
Puanlar: Bahsedilmemiş: 0; Kısaça bahsedilmiş: 1; Ayrıntılı olarak bahsedilmiş: 2. Toplam puan: Faydalı değil (1-2), Faydalı (3-7), Çok Faydalı (7-10).

Tablo 2. Faydalılık kategorisine göre video demografik özellikleri

Videoların demografik bilgileri	Çok faydalı	Faydalı	Faydalı değil	Toplam	p
Video n (%)	43 (24,6)	94 (53,7)	38 (21,7)	175 (100)	-
Median uzunluk (dk)	4:23 (0:54-12:41)	3:59 (0:42-87:13)	2:02 (0:30-66:03)	3:48 (0:30-124:41)	0,143
Median "beğenme" sayısı	1 (0-220)	1 (0-118)	1 (0-29)	1 (0-220)	0,480
Median "beğenmeme" sayısı	0 (0-28)	0 (0-23)	0 (0-11)	0 (0-28)	0,592
Median görüntülenme sayısı	646 (110-200,469)	340 (115-47,106)	389 (117-89,377)	405 (110-200,469)	0,104
Yüklemeden beri geçen süre	36 (3-72)	11 (1-60)	12 (1-72)	12 (1-72)	<0,001
Yükleme kaynağı					
Doktor	22 (51,2)	31 (33)	16 (42,1)	69 (39,4)	-
Medikal web stesi	19 (44,2)	50 (53,2)	10 (26,3)	79 (45,1)	-
Ticari unsur	-	2 (2,1)	3 (7,9)	5 (2,9)	-
Sivil	2 (4,7)	11 (11,7)	9 (23,7)	22 (12,6)	-

Tablo 3. Yükleme kaynağına göre video demografik özellikleri

	Doktor veya hastane	Medikal web sitesi veya TV kanalı	Ticari web sitesi	Sivil	Toplam	P
Videolar, n (%)	69 (39,4)	79 (45,1)	5 (2,9)	22 (12,6)	175 (100)	-
Mediyan uzunluk (min: s)	4:57 (0:30-87:13)	3:03 (0:30-124:41)	1:23 (0:31-26:33)	2:49 (0:30-15:36)	3:48 (0:30-124:41)	0,133
Mediyan "beğenme" (n)	2 (0-32)	1 (0-220)	0 (0-21)	2 (0-114)	1 (0-220)	0,354
Mediyan "beğenmeme" (n)	0 (0-16)	0 (0-28)	-	0 (0-23)	0 (0-28)	0,143
Mediyan görüntülenme sayısı (n)	424 (115-40,760)	402 (110-200,469)	607 (141-872)	372 (117-47,106)	405 (110-200,469)	0,931
Faydalılık bilgisi, n (%)						
Çok faydalı	22 (31,9)	19 (24,1)	-	2 (9,1)	43 (24,6)	-
Faydalı	31 (44,9)	50 (63,3)	2 (40)	11 (50)	94 (53,7)	-
Faydalı olmayan	16 (23,2)	10 (12,7)	3 (60)	9 (40,9)	38 (21,7)	-

SB-19

SUPER OBEZ HASTALARDA OBEZİTE CERRAHİSİ ÖNCESİ YÜKSEK PROTEİNLİ DİYET İLE MİDE BALONUNUN KARŞILAŞTIRILMASI; PROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMANIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Ali Durmuş¹, Metin Manisalı², Demet Özelgün³, Oğuzhan Karatepe⁴¹Nisantasi Üniversitesi, Genel Cerrahi²Avarasya Hastanesi³Medipol Üniversitesi, Beslenme Dietetik Bölümü⁴Memorial Şişli Hastanesi

Giriş Amaç: Yüksek proteinli (Ketojenik) diyet; karbonhidrat bakımından yoksun, yağ ve protein bakımından zengin olan bir diyet türüdür. Karbonhidrat bakımından fakir olan ketojenik diyet, aslında birçok hastalığında iyileşmesinde fayda sağlamaktadır. Bu çalışmada amaç VKİ 50 nin üzerinde olan hastalarda obezite cerrahisi öncesi Ketojenik diyet ile Mide balonunu karşılaştırmaktır.

Materyal ve metod: VKİ 50 nin üzerinde olan ve obezite cerrahisi planlanan 30 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastalar 2 gruba ayrıldı. Grup 1 (n=14) ketojenik diyet grubu, grup 2 n=16 mide balonu uygulanan grup, tüm hastalar 2 ay boyunca takip edildi. Ve 2 ay sonra obezite cerrahisi yapıldı. Bu süre içinde ortalama kilo kaybı miktarı, ultrason ile ölçülen karaciğer volümü, demografik verileri, işlem maliyeti açısından gruplar istatistik olarak karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Hastaların yaş cinsiyet ve VKİ açısından grup 1 ile grup 2 arasında anlamlı fark yoktu. 2. ay kontrolünde grup 1 in verdiği kilo ile grup 2 nin verdiği kilo arasında istatistik açısından anlamlı fark yoktu. Maliyet karşılaştırılması yapıldığında ketojenik diyetin gastrik balona göre anlamlı olarak daha düşük maliyetli olduğu tespit edildi.

Tartışma: Sleeve gastrektomi planlanan yüksek kilolu hastalarda köpürüleme amacıyla öncesinde yapılan gastrik balon uygulama ve ketojenik diyet fark olmadığı fakat diyet maliyetinin daha düşük olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: proteinli diyet, laparoskopik sleeve gastrektomi, mide balonu, morbid obezite

SB-20

BARIATRİK CERRAHİ SONRASI AZ GÖRÜLEN BİR KOMPLİKASYON: DÜŞÜK AYAK (PERONEAL TUZAK NÖROPATİ)

Ozan Şen, Ahmet Gökhan Türkçapar, Mehmet Ali Yerdal

İstanbul Bariatrics

Bariyatrik cerrahi geçiren hastalarda takipte %15 oranında periferik nörolojik komplikasyonlar görülebilmektedir. Bu durum nutrisyonel veya vitamin eksikliklerine bağlı görülebilir. Ayrıca ayakta uyuşma, güç kaybı ve ayak bileğinin dorsifleksiyon kısıtlılığı ile düşük ayağa neden olabi-

len peroneal tuzak nöropati nadir görülen önemli bir komplikasyondur. Peroneal tuzak nöropati ve hızlı kilo kaybı arasında iyi bilinen bir ilişki vardır. Hızlı kilo veren insanlarda fibula başındaki yağ dokusunun kaybı sinirin eksternal kompresyona duyarlılığının artırmaktadır. Primer neden ne olursa olsun hastaların çoğunda hızlı kilo kaybı öyküsü bulunmaktadır. Ayrıca bacak bacak üstüne atma, uzun süreli çömelerek oturma, uzun cerrahi operasyonlar, travma, kanser, diyabet de nedenler arasındadır. Hastalar konservatif tedaviyle düzelebilir ancak düşük ayak gelişen vakalarda çoğunlukla sinirin cerrahi dekompresyonu gerekmektedir.

Ocak 2012-Aralık 2016 arasında 514 hastaya bariatrik cerrahi uygulandı. Ortalama VKİ=44,6 (min: 32/max: 75), yaş=38 (min: 14/max: 63) olan 509 hastaya LSG, 4 hastaya DS ve 1 hastaya Roux-Y gastrik bypass (E/K: 223/291) uygulandı. 514 hastanın 5'inde peroneal tuzak nöropati gelişti (%1). Tüm hastalarda nutrisyonel ve vitamin değerleri açısından ciddi bir problem saptanmadı. Bu hastalardan ilki süper obez bir hastaydı (VKİ: 63). Sleeve gastrektomi uygulanan bu hastada akut stenoz nedeniyle kaçak gelişti ve erken dönemde tespit edilerek reopere edildi. Gastrik bypass operasyonu uygulanan hastada 5 saatlik operasyon sonunda ertesi gün akut peroneal tuzak nöropati geliştiği saptandı (uzun ameliyat süresi ve eksternal kompresyon). Tuzak nöropatiye yönelik rehabilitasyon tedavisiyle 2 aylık süreçte hasta sekelsiz iyileşti. Yaş ortalaması 43 olan diğer 4 hastada (2E/2K) peroneal nöropati operasyon sonrası 5.-7. ay aralığında görüldü. Bu hastalardan 3'ünde ani olarak düşük ayak semptomları gelişti. Emg ile peroneal sinirde ileti blokajı konfirme edilerek 3 hastaya da acil olarak cerrahi sinir dekompresyon tedavisi uygulandı. Diğer hastada ortaya çıkan semptomlar daha az şiddetliydi. Bu hastanın emg'sinde sol derin peroneal sinirin fibula başında hafif düzeyde tuzak nöropati tespit edildi. Bu hastaya konservatif tedavi uygulandı ve şikayetleri geriledi. Postoperatif erken dönemde görülen tuzak nöropati dışındaki 4 hastanın ortak özelliği, bulguların 5.-7. ay aralığında ortaya çıkması ve hastaların tümünün fazla kilolarının %90'ından fazlasını vermiş olmalarıdır.

Bariatrik cerrahi sonrası hızlı kilo kaybına bağlı görülebilen peroneal tuzak nöropati nadir ancak önemli bir komplikasyondur. Operasyon sonrası takip döneminde ayakta uyuşukluk, güç kaybı gibi semptomlar beslenme ve vitamin eksikliğine yorulmamalıdır. Postoperatif dönemde hastalara elektromiyografik inceleme rutin olarak uygulanmadığı için bazı suplinik vakalar atlanabilmektedir. Bu tür hastalar nutrisyonel ve vitamin eksikliği yönünden incelenmeli ancak peroneal tuzak nöropati mutlaka akıldaki tutulmalıdır. Peroneal nöropati düşüncüden hastalarda bunun elektromiyografi ile doğrulanması önemlidir. Takip sürecinde bu komplikasyona yönelik koruyucu önlemler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Bariatrik cerrahi, kilo kaybı, peroneal nöropati, düşük ayak

SB-21

GASTROÖZEFAGEAL REFLÜ BARIATRİK CERRAHİDE KİLO VERMEYE ETKİLİ MİDİR?

Yalçın Burak Kara, Ömer Günel, Aylin Erdim, Şakir Karpuz, Mümin Coşkun

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş/Amaç: Gastroözefageal reflü Laparoskopik Sleeve Gastrektomi operasyonu sonrası bazen postoperatif problemlere neden olmaktadır. Bu problemlere hangi mekanizmanın yol açacağı bozulmuş mide boşalım zamanı ile bağlantılı olabilir. Bu çalışma bariatrik cerrahide gastroözefageal reflü ve mide boşalım arasındaki ilişkiyi araştırmak amacı ile planlandı.

Gereç/Yöntem: Preoperatif ve postoperatif 4-6. hafta sıvı faz sintigrafik mide boşalım çalışması yapılan 60 hastanın medikal kayıtları retrospektif olarak toplandı. Mide boşalım çalışmalarından, midede aktivitenin yarılanma zamanı (t1/2), aktivitenin %100 boşalım zamanı (t100) ve 1. saat sonunda boşalım oranı (t1 h %) verileri elde edildi. Gastroözefageal reflü, çalışma sırasında radyoaktif maddenin özefagusa geri kaçması olarak kabul edildi. Hastaların fazla kiloları verme yüzdeleri (EWL %) ile gastroözefageal reflü arasında ilişki olup olmadığı araştırıldı. Analizlerde SPSS-23 paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilme kriterlerine göre 44 hasta çalışmaya alındı. Preoperatif mide boşalım yarılanma süresi ortalaması (t1/2) 41,9 ±29,6 dakika (16-151 dakika) ve postoperatif mide boşalım yarılanma süresi ortalaması (t1/2) 6,8±5,9 dakika (1-28 dakika) olarak hesaplandı. Postoperatif fazla kiloları verme yüzdesi (EWL %) 1. ay 23,7 ±7,72 %

(0-46 %), 3. ay 42,4 ±9,1 %(17,6-61,3 %) ve 6. ay 63,2 ±13,9 (35,2-97,7 %) olarak bulundu. 44 hastadan, 1 (2,3 %) hastada preoperatif, 15 (34,1 %) hastada postoperatif sintigrafik olarak gastroözefageal reflü tespit edildi. Literatür ile uyumlu olarak laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastalarda mide boşalım hızının arttığı ve postoperatif gastroözefageal reflünün arttığı izlenmiştir. Gastroözefageal reflü ile t1/2 ve EWL %değerleri arasında korelasyon bulunmadı.

Sonuçlar: Preoperatif ve postoperatif gastroözefageal reflünün laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası kilo verme üzerine etkisi yoktur. Mide boşalım zamanı ile gastroözefageal reflü arasında herhangi korelasyon bulunmamıştır.

Anahtar kelimeler: Gastroözefageal reflü, Mide boşalım, Sleeve gastrektomi

SB-22

TİP 2 DİYABET TEDAVİSİNDE İLEAL İNTERPOZİSYON AMELİYATININ ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI: PROSPEKTİF ÇALIŞMA 1 YILLIK SONUÇLAR

Tugrul Demirel¹, Osman Anıl Savaş², Gamze Çıtlak³

¹Istinye Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi

²Kemerburgaz Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi

³Haseki E. A. H. Genel Cerrahi Kliniği

Tip 2 Diyabet, obeziteyle yakından ilişkili bir hastalıktır. Obezitenin etkin tedavisi ile, Tip 2 Diyabette düzelmeye cerrahi olmadan da yüksek oranda elde edilebilmektedir. Ancak yaşam şekli değişimi, diyet ve egzersiz ile elde edilen başarı oranı ne yazık ki düşük ve geçici olmaktadır. Bu anlamda, ileri düzey obezite durumunda olan Tip 2 Diyabet hastalarında, obezite cerrahisinin üstünlüğü net olarak kanıtlanmış ve yaygın olarak kabul edilmiştir. Obezite Cerrahisinin BMI > 35 kg/m2 olan hasta grubunda ki bu başarısı, daha düşük kiloda ki hastalarda da bu etkinliğin farklı ameliyatlara ile araştırılmasının önünü açmıştır. Ancak kilo azaldıkça, sadece hacim kısıtlayıcı yöntemlerin etkinliği azalmakta, aynı zamanda malabsorptif yöntemlerin de distal uyarı etkinliğinden feragat edilmek zorunda kalmaktadır. Bu durum her iki grup için düşük BMI olan hastalarda, daha kısıtlı faydanın elde edilmesine neden olmaktadır. Bu açmaz son 10 yılda, masif intestinal bypass yapmadan, güçlü distal ileal uyarı yapacak yöntemlerin geliştirilmesine neden olmuştur. İleal İnterpozisyon ameliyatları bu distal uyarı etkinliği güçlü şekilde yaparak, ince barsaklarda anlamlı yada hiç bypass yapmadan malabsorbsiyon riskini minimuma indiren başarılı olduğu gösterilmiş bir yeni cerrahi tekniktir.

Bu bildiride Etik Kurul Onayı alındıktan sonra başlanan ve 3 yıllık planlanan: Tip 2 Diyabetli hastalarda İleal İnterpozisyon Ameliyatının etkinliğini araştırdığımız prospektif çalışmamızın 1 yıllık sonuçlarını paylaşmayı amaçladık

Aralık 2015 ile Aralık 2016 arasında toplam 42 hastaya (24 Erkek, 18 Kadın) Duodenileal İnterpozisyon uyguladık. Ortalama Yaş: 45,47 (23-69), Ortalama BMI: 34,5 kg/m2 (25-45,5), Ortalama Diyabet Süresi: 10,5 yıl (3-30), Ortalama Açlık Glukoz: 228 (148-388), Ortalama HbA1c: 9,6 (7,8-14,7), Ortalama Açlık C-Peptid: 2,7 (1,97-5,63) idi. 6 aylık takiplerde Ortalama BMI: 26 kg/m2 (22-33), Ortalama Açlık Glukoz: 123 (78-298), Ortalama HbA1c: 6,6 (4,8-10,5); 12 aylık takiplerde Ortalama BMI: 24 kg/m2 (21-28), Ortalama Açlık Glukoz: 109 (75-202), Ortalama HbA1c: 5,8 (4,9-9,3). Hastaların %85,8'inde (n: 36) tüm oral antidiyabetik tedavi ve insülin tedavisi kesildi. 6 hastada kısmi olarak insülin tedavisi devam ettirildi. Hastaların Diyabet Remisyon Skorları değerlendirildiğinde, bu 6 hastanın DRS puanlarının 12 ve 13 olduğu ve ciddi organ hasarları ve kısıtlanmış rezervleri bulundu saptandı. Duodenoileal İnterpozisyon ameliyatı hem obez hem de non obez hastalarda; hem Tip 2 Diyabet hem de obezitenin kontrolünde etkinliği yüksek olan ve major malabsorbsiyona yol açmayan yeni bir metabolik cerrahi yöntemdir. Bir yıllık takiplerini sunduğumuz küçük hasta grubumuzda tip 2 diyabette ciddi remisyon ve kilo kontrolü izlediğimiz bu yeni tekniğin, deneyimli merkezlerde ve daha uzun dönemli çalışmalar ile etkinliğinin kalıcılığının gösterilmesine ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: ileal interpozisyon, metabolik cerrahi, tip 2 diyabet

SB-23

MİDE BOŞALIMI BARIATRİK CERRAHİNİN BAŞARISININ HABERCİSİ OLABİLİR Mİ?

Yalçın Burak Kara, Ömer Günel, Aylin Erdim, Salih Demircioğlu

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş/Amaç: Laparoskopik Sleeve Gastrektomi sonrası hızlanmış mide boşalımı tokluk sinyallerini artırarak sindirim işlemine katkıda bulunur. Bununla birlikte sleeve gastrektomi sonrası, mide boşalım hızında artışa bağlı olarak kilo verme mekanizması artış ve glikoz metabolizmasında iyileşme görülmektedir. Bu çalışma ile sleeve gastrektomi sonrası fazla kiloları verme yüzdesi ile mide boşalımı arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

Gereç/Yöntem: Preoperatif ve postoperatif 4–6. hafta sıvı faz sintigrafik mide boşalım çalışması yapılan 60 hastanın medikal kayıtları retrospektif olarak toplandı. Sintigrafik sıvı faz mide boşalım çalışmalarından, midede aktivitenin yarılanma zamanı (t1/2) verileri elde edildi. Poliklinik kayıtlarından kaybedilen kilo verileri elde edilerek fazla kiloları verme yüzdesi (EWL %) hesaplandı. Fazla kiloyu verme yüzdesi ile preoperatif ve postoperatif mide boşalım hızı arasındaki ilişki araştırıldı. Analizler SPSS-23 paket program kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilme kriterlerine göre 44 hasta çalışmaya alındı. Preoperatif mide boşalım yarılanma süresi ortalaması (t1/2) 41,9 ± 29,6 dakika (16–151 dakika) ve postoperatif mide boşalım yarılanma süresi ortalaması (t1/2) 6,8 ± 5,9 dakika (1–28 dakika) olarak hesaplandı. Postoperatif fazla kiloları verme yüzdesi (EWL %) 1. ay 23,7 ± 7,72 % (0–46 %), 3. ay 42,4 ± 9,1 % (17,6–61,3 %) ve 6. ay 63,2 ± 13,9 % (35,2–97,7 %) olarak bulundu. Mide boşalım oranları (t1/2) ile fazla kiloların kayıpları (EWL %) arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuçlar: Mide boşalım hızının, fazla kiloları vermenin ve bariatrik cerrahinin başarısının habercisi olup olmadığı araştırıldı. Fakat, laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası fazla kiloların kaybı ile mide boşalımı arasında böyle bir ilişki saptanmadı.

Anahtar kelimeler: Kilo kaybı, Mide boşalımı, Sleeve gastrektomi

SB-24

DUODENAL SWITCH DENEYİMİMİZ

Tugrul Demirel¹, Osman Anıl Savaş², Gamze Çitlak³¹Istinye Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi²Kemerburgaz Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi³Haseki E. A. H. Genel Cerrahi Kliniği

Duodenal Switch Ameliyatı, tekniğin orijinali olan Scopinaro Ameliyatı ile birlikte obezite cerrahisinin en etkin iki ameliyatından biridir. Özellikle Süper Obezitenin uzun dönemli kontrolünde en etkili seçenek olarak kabul edilmektedir. Mayıs 2013'den bu yana Duodenal Switch (BPD-DS) uyguladığımız 58 hasta ve Single Anastomosis Duodenoileal Bypass (SADI-S) uyguladığımız 32 hastanın 6–46 aylık takip sonuçlarını bildiriyoruz.⁵⁴ Kadın (BPD: 32, SADI-S: 22) 36 Erkek (BPD-DS: 26, SADI-S: 10) hasta ameliyat edildi. Hastaların ortalama Yaş: 38 (24–61), ortalama BMI: 54,8 kg/m² (44–72) iken, Tip 2 Diyabet sıklığı BPD-DS uygulanan hastalarda %20,6 (12 hasta), SADI-S uygulananlarda %12,5 (4 hasta); Dislipidemi BPD-DS uygulanan hastalarda %13,7 (8 hasta), SADI-S uygulananlarda %18,7 (6 hasta) olarak mevcuttu. BMI değerleri BPD-DS grubunda 6 ayda ortalama BMI: 32 kg/m² (28–41) (n: 58), 12 ayda ortalama BMI: 26 kg/m² (20–31) (n: 42), 24. ayda ortalama BMI: 23 kg/m² (20–28) (n: 24), 36. ayda ortalama BMI: 22 kg/m² (20–26) (n: 18), 42. ayda 24 (21–28) (n: 6). SADI-S grubunda 6 ayda ortalama BMI: 33 kg/m² (26–45) (n: 32), 12 ayda ortalama BMI: 24 kg/m² (21–28) (n: 22), 24. ayda ortalama BMI: 24 kg/m² (20–27) (n: 18), 36. ayda ortalama BMI: 26 kg/m² (21–31) (n: 9), 42. ayda 26 (21–29) (n: 4). Bütün hasta gruplarında Tip 2 Diyabet ve Dislipidemi ilk 6 ayda tamamen regrese oldu. Takiplerde remisyon devam ediyor. SADI-S yapılan 61 yaşındaki bir hastaya yetersiz kilo kaybı nedeniyle 6 ay sonra revizyon cerrahisi uygulandı.⁴ BPD-DS hastasına ilk ameliyattan 12 ay ve daha uzun süreler sonra günde 10 defayı aşan ishal ve malnutrisyon nedeniyle İleal İnterpozisyona revizyon uygulandı. Hiçbir hastada açığa geçilmedi. Tüm revizyonlar tam laparoskopik uygulandı. Hiçbir hastaya kalori kısıtlayıcı

diyet verilmedi. Rutin kolesistektomi uygulanmadı. Tüm gruplarda sadece 2 hastaya 13. ve 19. aylarda kolesistektomi uygulandı. Duodenal Switch ameliyatı deneyimimizi, SADI-S ile birlikte değerlendirdiğimizde kilo kaybı ve metabolik kontrol açısından belirgin bir fark izlemedik. BPD-DS tekniğini daha çok ağır dislipidemisi olan ve ağır diyabetli hastalarda tercih ettik. Hem BPD-DS hem de SADI-S tamamen laparoskopik olarak güvenle uygulanabilecek etkili obezite cerrahisi metodlarıdır.

Anahtar kelimeler: Duodenal Switch, Obezite Cerrahisi, Revizyon Cerrahisi

SB-25

SLEEVE GASTREKTOMİDE ERKEN KAÇAK TEŞHİSİ İÇİN DREN AMİLAZ TAKİBİ

Rıza Gürhan Işıl¹, Seracettin Eğin¹, Mehmet İlhan³, Süleyman Bademler³, Berk Gökçek¹, Metin Yeşiltaş¹, Semih Hot¹, Okan Dikker², Recep Güloğlu³¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Biyokimya Kliniği, İstanbul³İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Sleeve Gastrektomi (SG) nadir ama korkunç komplikasyonları olan popüler bir bariatrik cerrahi prosedürdür. Özofagektomi ve pankreatikoduodenektomide dren amilaz seviyeleri anastomoz kaçığının güvenli bir erken bir öncüsü olmasına rağmen SG için dren amilaz seviyeleri henüz çalışılmamıştır. Amacımız SG' de stapler hattı kaçakların erken teşhisinde dren amilaz düzeyi takibinin yardımcı olabilirliğini sorgulamaktır.

Materyal ve metod:Yirmi adet erkek Wistar-Albino sıçanına 1 ay boyunca yüksek kalorili diyet (yağ ve glikoz) verildi. Sıçanlar her biri 8 sıçandan oluşan 3 gruba ayrıldı: Grup A sadece laparotomi ve abdominal dren; Grup B-laparotomi, SG ve dren; Group C-laparotomi, SG ile fistül ve dren. Her sıçandan postoperatif (PO) 0, 1, 2, 3 ve 4 günlerinde amilaz ölçümü için dren lavaj numuneleri toplandı.

Bulgular: Fareler sakrifiye edildikten sonra yapılan eksplorasyonda Grup B'deki 7 no'lu sıçanda fistül olduğu görüldü. Grup B sıçan 7 Grup C'ye eklendi. Tüm hesaplamalar bu yeni gruplar üzerinden yapıldı (Grup A: n = 8; Grup B: n = 7; Grup C: n = 9). Gruplar arasındaki farkı ortaya koyabilmek için ikişerli gruplar halinde karşılaştırma yapıldı. Preoperatif dönemde gruplardaki farelerin ağırlıkları açısından anlamlı fark yoktu. Ameliyat sonrasındaki PO 0, 1, 2, 3 ve 4. Günlerdeki dren amilaz düzeyi Grup A da Grup B ve Grup C'ye göre anlamlı olarak düşüktü. Ameliyat sonrasındaki PO 0, 1, 2, 3 ve 4. Günlerdeki dren amilaz düzeyi Grup C'de Grup B ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksekti. PO 1. Gündeki dren amilaz değerleri ile alıcı iletim karakteristiği (ROC) incelendi ve 0,889 duyarlılık, 1 özgüllük ve 0,938 doğruluk oranı ile 1514 IU nin üzerindeki dren amilaz değerleri istatistiksel olarak kaçak için anlamlı bulundu.

Sonuç: Fistül olan Sleeve gastrektomi grubunda dren amilaz seviyeleri anlamlı olarak yüksekti. Yüksek riskli hastalarda (Vücut kitle indeksi>50) dren amilaz takibi kaçak teşhisinde ucuz ve güvenli bir parametre olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Sleeve Gastrektomi, Anastomoz hattı kaçağı, Deneysel çalışma

SB-26

OBEZİTE TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA ALGILANAN HİZMET KALİTESİNİN ÖLÇÜLMESİ: KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ OBEZİTE TEDAVİ EKİBİ ÖN ÇALIŞMASI

Sertaç Ata Güler¹, Turgay Şimşek¹, Barış Oğuz², Ahmet Oktay Yirmibeşoğlu¹, İlkiz Sibel Cevizli¹, Nuh Zafer Cantürk¹¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Otelcilik Hizmetleri Müdürü, Sakarya

Sağlık hizmetleri, sürekliliği, boyutunun tam olarak kestirilememesi, kullanımının rastlantısal olması, yerine başka bir hizmetin/ürünün konamaması, ertelenememesi, çıktısının karşılığının paraya çevrilememesi, bedelinin pazarlık konusu olamaması, sonucunun toplumsal yarar olarak

alınması gibi temel saptamalarla diğer endüstri ve hizmet sektörlerinden belirgin farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar nedeniyle günümüzde sağlık hizmetlerinde giderek önem kazanan kalite kavramı ve hasta memnuniyeti hizmetin değerlendirilmesinde oldukça büyük bir yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerinin üretildiği anda tüketilen ve depolanamayan bir özellik gösteriyor olması, bu hizmetin kalitesinin ölçülmesini güçleştirmektedir. Hasta memnuniyeti "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetinde hasta memnuniyeti, hastanın beklediği düzey ile algıladığı hizmet düzeyi arasındaki fark olarak da tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde hasta beklentileri ile tatmini arasındaki ilişki önemli yer tutmaktadır.

Çalışmada Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Servisi'nde obezite sebebiyle cerrahi tedavi gören 16 hastanın Servqual Ölçeği ile algılanan hizmet kalite düzeyleri ölçüldü, daha sonra algılanan hizmet kalitesi düzeyi sosyo-ekonomik ve demografik değişkenler açısından değerlendirildi ve sunulan hizmet kalitesinin etkililiğinin ortaya konulması suretiyle hizmet kalitesinin geliştirilmesine katkıda bulunmak amaçlandı.

Çalışmada obezite sebebiyle laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatı yapılmış 10 hasta ile endoskopik mide balonu yerleştirilmiş 6 hasta değerlendirilmeye alındı. Bu 16 hastanın ortalama hastanede yatış süresi 4,5 gündü (1-8 gün). Dren yerinde kanama ve bulantı dışında majör komplikasyon olan hasta yoktu.

Kullanılan Servqual Ölçeği'nin hasta beklentileri ile ilgili kısmında, beş hizmet kalitesi boyutuna (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) ilişkin toplam 15 soru önermesinde en yüksek beklenti düzeyi, hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini söylemesi ve çalışanlarla ilişkilerde kendilerini güvende hissetme önermelerinde gözüktü. En düşük beklenti düzeyi ise çalışanların işverenlerinden yeterli desteği almalarıyla ilgili önermedeydi. Hastane hizmetlerine yönelik en yüksek algı düzeyi de yine hizmetin tam olarak ne zaman yerine getirileceğini söylemesi ve çalışanlarla ilişkilerde kendilerini güvende hissetme önermelerinde gözüktü. En düşük algı düzeyi ise yine çalışanların işverenlerinden yeterli desteği almalarıyla ilgili önermesindeydi.

Hizmet kalitesine yönelik algının en düşük olduğu boyutun çalışanların işverenlerinden yeterli desteği almalarıyla ilgili kısım olduğu görüldüğü için, obezite tedavisi verilen klinikte işverenlerin çalışanlara daha fazla destek vermesi gerektiği ön fikrine ulaşıldı. 16 hasta ile yapılan bu ön çalışmanın, çok daha büyük sayıda hastalara yapılarak obezite tedavisi verilen kliniğin hizmet kalitesinin geliştirilmesi sağlanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Obezite cerrahisi, hizmet kalitesi, algı, beklenti

SB-27

BARİYATRİK CERRAHİDE TROKAR GİRİŞ YERLERİNE LOKAL ANESTEZİK UYGULAMASI POSTOPERATİF AĞRI KONTROLÜNDE NE KADAR FAYDALI? PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Hasan Erdem¹, Abdullah Şişik², Yunus Topal¹, Hüseyin Uzun³

¹İstanbul Obezite Cerrahisi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³Dr. NB Kadıköy Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Cerrahi sonrası ağrı yönetimi oldukça önemlidir. Kesi yerlerine lokal anestezi uygulamasının postoperatif ağrı kontrolündeki yeri pek çok kez çalışılmış ve farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu uygulamaların obezitenin cerrahi tedavisinde önemli yer tutan laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) ameliyatlarında postoperatif ağrı kontrolünde ne derece etkisi olduğu konusunda farklı görüşler mevcuttur. Bu sebeple sleeve gastrektomi sonrası postoperatif ağrı kontrolünde trokar giriş yerlerine bupivakain uygulamasının etkisini değerlendiren randomize kontrollü prospektif bir çalışma planlandı.

Yöntem: Ocak 2017-Şubat 2017 tarihlerinde LSG yapılan 44 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışma başlarken yapılan randomizasyona göre çalışma grubuna trokar girişleri yapılmadan önce 40 ml 0,25 %bupivakain ve 1:200,000 epinefrin karışımı bütün trokar giriş yerlerine fasyanın altına kadar ulaşacak şekilde infiltrate edildi (Grup 1). Kontrol grubuna lo-

kal anestezi uygulaması yapılmadı (Grup 2). Standart LSG uygulandı. Ameliyat bitiminde tüm hastalara fentanil 150 mcg + parasetamol 100 mg + tramadol hidroklorid 100 mg ile İV analjezik uygulaması yapıldı. Postoperatif 4, 8, 12,24, 48 saatlerde visual analog skala (VAS) ile ağrı takibi yapıldı. Postoperatif analjezi rutin olarak intravenöz 3x100 mg parasetamol ve 2x 50 mg dexketoprofen trometamol ile sağlandı. Belirlenen saatlerdeki VAS değerleri 5'ten büyük olan hastalara narkotik analjezik (Petidin Hcl 50 mg İV) uygulandı. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, BMI gibi demografik özellikleri, ameliyat süreleri, VAS değerleri, postoperatif narkotik analjezik ihtiyacı, ilk gaz çıkış zamanları kayıt altına alınıp grular arasında karşılaştırma yapıldı.

Bulgular: Her iki grupta da 21 hasta olmak üzere toplam 42 hasta değerlendirildi. 2 hasta alerjik durum nedeniyle çalışma dışı bırakıldı. Gruplar arası demografik özellikler birbirine benzer saptandı. Gruplar arasında VAS değerleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p=1, 0,98, 0,59, 0,59, 0,35). Her iki grupta da postoperatif narkotik ihtiyacı benzer özellik gösterdi (Tablo 1). Belirlenen parametrelerin gaz çıkışı saati ile yapılan analizinde de 48. saat ağrı durumunun erken gaz çıkışı olan grupta daha az olduğu saptandı (Tablo 2).

Sonuç: LSG ameliyatlarında ağrının kaynağı çeşitlidir. Trokar giriş yerlerine yapılan lokal anestezi uygulaması sonrası VAS değerlerinde anlamlı farklılık olmaması bu ameliyatlardan sonraki ağrının kaynağının ağırlıklı olarak visceral komponent olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Bariyatrik cerrahi, bupivakain, postoperatif ağrı

Tablo 1. Gaz çıkış saatlerine göre VAS değerlerinin dağılımı

	İlk gaz çıkış saati 12. saatten önce	İlk gaz çıkış saati 12. saatten sonra	p
Yaş (Ort±SD)	31,6±7,9	31,6±7,9	0,12 (1)
Cinsiyet (E/K)	5/16	4/17	1,000 (2)
	Ortanca (Çeyreklik aralığı)	Ortanca (Çeyreklik aralığı)	p (3)
BMI	39,2 (3,5)	41,6 (9,4)	0,18
Height	163,0 (12,0)	162,0 (15,0)	0,511
Weight	105,1 (22,4)	109,7 (16,3)	0,581
Duration of surgery (minute)	48,0 (8)	55,0 (13)	0,053
VAS analizi			
VAS 4	4,0 (4)	4,0 (4)	0,957
VAS 8	3,0 (2)	3,0 (1)	0,735
VAS 12	2,0 (1)	3,0 (2)	0,083
VAS 24	3,0 (1)	3,0 (2)	0,696
VAS 48	2,0 (3)	2,0 (1)	0,036

1 T-test, 2 Fisher's exact test, 3 Mann-Whitney U

Tablo 2. Gruplar arası VAS değerleri, opioid kullanım farklılığı

	Grup 1	Grup 2	p
Yaş (Ort±SD)	31,9±8,3	35,57±7,8	0,15 (1)
Cinsiyet (E/K)	5/16	4/17	1,000 (2)
	Ortanca (Çeyreklik aralığı)	Ortanca (Çeyreklik aralığı)	p (3)
BMI	39,2 (8,9)	41,2 (6)	0,497
Height	162,0 (16,0)	163,0 (9,0)	0,591
Weight	111,1 (19,7)	109,4 (20,7)	0,841
Duration of surgery (minute)	52,0 (15)	52,0 (14)	0,983
VAS analizi			
VAS 4	4,0 (4)	4,0 (4)	1,000
VAS 8	3,0 (2)	3,0 (2)	0,983
VAS 12	3,0 (4)	2,0 (2)	0,591
VAS 24	3,0 (2)	3,0 (2)	0,591
VAS 48	2,0 (1)	2,0 (2)	0,358
Opioid + n, %	10 (47,6)	10 (47,6)	1,000
Used opioid dose (mg) n, %	28,5±33,8	38,1±47,2	0,658

1 T-test, 2 Fisher's exact test, 3 Mann-Whitney U

FİTİK CERRAHİSİ

SB-28

KARIN ÖN DUVARI FİTİKLARİ TAMİRİNDE LAPAROSKOPİK VE AÇIK TAMİR YÖNTEMLERİNİN SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

İsmail Cem Sormaz, Bahar Canbay, İbrahim Fethi Azamat, Şeyma Karakuş, Elnur Hüseyinov, Levent Avtan

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

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde son dört sene içerisinde kliniğimizde karın ön duvarı fıtığı nedeniyle laparoskopik ve açık yöntemlerle tamir yapılan hastaların sonuçları karşılaştırıldı.

Gereç-Yöntem: Ocak 2012 ve Ocak 2016 tarihleri arasında kliniğimizde karın ön duvarı fıtığı nedeniyle ameliyat edilen ve verileri kayıt edilen 76 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Karın ön duvarı fıtıkları (kesi yeri fıtığı ve ventral herniler) dışında diğer karın duvarı fıtık tipleri (kasık, femoral, Spiegel, ...) nedeniyle ameliyat edilen ve yama kullanılmadan primer tamir uygulanan hastalar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya dahil edilen 76 hastada, ameliyatı laparoskopik olarak bitirilen 43 hasta grup 1 (n: 43, %56,5), onlay teknik ile yama yerleştirilen hastalar ise grup 2 (n: 33, %43,5) olarak tanımlandı. Olgular, demografik veriler, vücut kitle indeksi (VKİ), onarım yöntemleri, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve ameliyat sonrası komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Ameliyata laparoskopik olarak başlanılan 44 hastadan 43'ünün ameliyatı laparoskopik olarak, 33 hastanın ameliyatı ise açık cerrahi teknik ile tamamlandı. İki grubun demografik verileri arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Laparoskopik grupta ameliyat süresi açık gruba oranla anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Buna karşılık hastanede kalış süresi anlamlı olarak daha düşük bulundu. Ameliyat esnasında ve sonrasında gelişen genel komplikasyon oranları karşılaştırıldığında Grup 2'de anlamlı şekilde daha fazla komplikasyon geliştiği saptandı. Nüksü etkileyen faktörler karşılaştırıldığında ise laparoskopik ve açık teknik arasında fark olmadığı, ancak geçirilmiş fıtık cerrahisinin nüks için önemli bir risk faktörü olduğu saptandı.

Sonuç: Çok büyük ventral herniler (≥ 15 cm) dışında laparoskopinin güvenli bir şekilde, yüksek hasta memnuniyeti ile birlikte güvenli bir şekilde uygulanabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Karın ön duvar fıtığı, ventral herni, insizyonel herni, kesi fıtığı, herniorafi, laparoskopik tamir

SB-29

TOTAL EKSTRAPERİTONEAL (TEP) YAKLAŞIM İLE İNGUİNAL FİTİK TAMİRİ

Mehmet Ali Gök, Tolga Kafadar, Metin Yalçın, Tacittin Semih Yılmaz, Ayşegül Aktaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Laparoskopik inguinal fıtık tamiri son yıllarda ön plana çıkan bir yöntem olarak gelişmiş ve günümüzde total ekstraperitoneal (TEP) mesh yerleştirilmesi aşamasına varmıştır. Anterior yaklaşımların nüksünde özellikle avantajları nedeniyle gün geçtikçe daha popüler bir yöntem olarak tüm inguinal fıtıklarda popüler olan bir yöntem olmuştur. Bizde batına girilmeden ekstraperitoneal posterior onarımı uyguladığımız hastaların retrospektif olarak değerlendirip tekniğin avantajlarını sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Şanlıurfa Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Eylül 2016 ve Ocak-2017 tarihleri arasında inguinal fıtık tanısıyla 32 hastaya TEP ameliyatı uygulandı. Hastalara genel anestezi altında, parmak ve kamera diseksiyonu uygulanarak, balon trokar kullanılmadan göbekaltına 10 mm'lik, ve orta hatta eşit aralıklarla iki adet 5 mm'lik trokar girilerek, polipropylene mesh bacak şeklinde kord etrafına, preperitoneal alana yayılarak defekti tamamen örtecek şekilde yerleştirildi.

Bulgular: Çalışmadaki hastaların 25'i erkek, 7'si kadın ve ortalama yaş 26 (22-67) idi. Hastaların 23'ünde indirekt, 6'sında direkt herniydi. 3 hasta anterior onarım nüksü idi. 3 Hastada bilateral herni mevcuttu.

Ameliyat süresi 32 dk (20-65) olarak bulundu. Postoperatif komplikasyon olarak kalan fıtık kesesinde 5 hastada uyuk ön yüzünde 2 hafta süreyle geçici parestezi (%15,6) gelişti. Trokar yerlerinde enfeksiyona rastlanmadı. 1 hastada postoperatif ağrı yakınması oldu. Hastanede kalış süresi ortalama 1,2 (1-2) gündü. Hastaların takiplerinde henüz nüks rastlanmadı.

Tartışma ve Sonuç: TEP yaklaşımıyla fıtık onarımı güvenilir bir yöntem olması yanında, diğer yöntemlere göre ameliyat süresinin kısa olması, yara yeri enfeksiyonu ve diğer komplikasyonların daha az ve periton boşluğuna girilmemesi gibi üstünlükleriyle, özellikle nükslerde ve diğer tüm inguinal tip fıtık cerrahisinde oldukça avantajlı ve ideal bir yöntem olduğu kanısındayız.

Anahtar kelimeler: inguinal fıtık, laparoskopi, total ekstraperitoneal yaklaşım,

SB-30

749 HASTADA LAPAROSKOPİK TEP SONUÇLARIMIZ

Enes Şahin, Fahrettin Acar, Bayram Çolak, Mustafa Şahin

Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Laparoskopik Total Ekstraperitoneal (TEP) kasık fıtığı onarımı; gerilimsiz bir yöntem olmasının yanında laparoskopik cerrahinin avantajları olan; ameliyat sonrası ağrının azlığı, iyileşme süresinin kısalığı ve kozmetik sonucun iyi olması gibi avantajlara da sahiptir. Bu sebeple laparoskopik TEP yöntemi günümüzde yaygın olarak uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Kliniğimizde TEP yöntemi ile tedavi ettiğimiz inguinal herni vakalarını ve sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve metod: 2009-2017 tarihleri arasında kliniğimizde TEP uygulanan inguinal hernili hastaların demografik verileri, herni tipleri, intraoperatif bulguları ve postoperatif sonuçlarımız retrospektif olarak doküman edildi.

Bulgular: Retrospektif olarak incelediğimiz bu süre zarfında toplam 749 hastaya laparoskopik TEP onarımı gerçekleştirildi. 538 hasta erkek, 211 hasta kadındı. En genç hasta 18 en yaşlı hasta ise 85 yaşında idi. Bu hastaların 613'ü tek taraflı, 136'sı çift taraflı kasık fıtığı nedeni ile opere edildi. 514 hastada indirekt, 163 hastada ise direkt, 72 hastada ise pantolon herni mevcuttu. Toplamda 65 hasta ise nüks inguinal herni idi. Ameliyat esnasında 18 hastada TAPP (transabdominal preperitoneal onarım) yöntemine geçildi. 7 hastada ise açık cerrahiye geçildi. Bu hastalarda TAPP veya açık cerrahiye geçilme nedeni 19 hastada daha önceki geçirilmiş cerrahilere bağlı ileri derecede yapışıklık mevcudiyeti, 6 hastada ise kontrol edilemeyen kanama idi. Ameliyat sonrası dönemde hastanede kalış süresi ortalama 1,32 gün olarak tespit edildi. Postoperatif dönemde 9 hastada hematoma, 21 hastada seroma, 12 hastada şiddetli ağrı meydana geldi. Uzun dönem takiplerimizde 12 hastamızda nüks gelişti. Mortalite gözlenmedi.

Sonuç: Laparoskopik TEP yöntemi morbiditesinin daha az olması, başarının yüksek olması ve laparoskopinin getirdiği avantajlarla beraber günümüzde inguinal herni hastalarında öncelikli olarak uygulanmalıdır. Özellikle bilateral inguinal hernisi olan ve nüks inguinal hernisi olan hastalarda altın standart cerrahi tedavi olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: TEP, Laparoskopik Herni Onarımı, İnguinal Herni

SB-31

EPİDURAL ANESTEZİ ALTINDA LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL KASIK FİTİĞİ ONARIMI

Turgut Donmez¹, Doğan Yıldırım², Adnan Hut², Vuslat Muslu Erdem³, Duygu Ayfer Erdem³, Muzaffer Akıncı², Engin Hatipoğlu⁴, Sina Ferahman⁴, Süleyman Demiryas⁴, İbrahim Halil Özata¹, Sinan Uzman⁵¹Lutfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği³Lutfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği, İstanbul⁴Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul⁵Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği

Amaç: Kasık fıtığı onarımında laparoskopik TEP yöntemi son yıllarda yaygınlaşan herni onarım tekniğidir. Bölgesel anestezi teknikleri cerrahi operasyonların çoğunda tercih edilmekte birlikte laparoskopik TEP operasyonları genellikle genel anestezi altında yapılır. Kliniğimizde epidural

anestezi altında TEP yöntemi ile tedavi ettiğimiz vakaların sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve metod: Temmuz 2016-Aralık 2016 tarihleri arasında kliniğimizde epidural anestezi altında TEP uygulanan inguinal herni vakalarının dosyaları retrospektif olarak incelendi. 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, işleme ait yan etkiler, hastanede kalış süreleri, ameliyat süreleri, postoperatif ağrı değerlendirilmesi, komplikasyonlar ve hasta memnuniyet açısından incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 30 hastadan 25 tanesine işlem başarıyla tamamlandı. 2 hastada işlemin 10. dakikasında kontrol edilemeyen abdominal solunuma bağlı alan yapıştığı için, 1 hastada periton açılmasına bağlı hastada tolere edilemeyen ağrı nedeniyle genel anesteziye geçildiğinden çalışma dışı bırakıldı. 2 hastada epidural anestezi yama tarzı analjezi sağladığı için genel anesteziye geçildi. 27 hasta erkek 3 hasta bayandı. Bilateral herni, femoral herni ve nüks herni çalışma dışı bırakıldı. 13 hasta indirekt herni 11 hasta direkt herni ve 8 hastada hem direkt hem indirekt herni mevcut idi. Hastaların yaş ortalaması $38 \pm 10,428$ olup vücut kitle indeksi $25,720 \pm 2,27$ idi. Total ameliyat süresi ortalaması $62,233 \pm 5,494$ ve cerrahi süre ortalaması $31,9 \pm 5,743$ olup hastalarımızda açığa dönüş olmadı. 1 hastaya sızıntı tarzı kanama nedeniyle dren kondu ve dren 1. gün çekildi. Ortalama hastanede kalış $27 \pm 2,828$ saat. VAS skoru postop 1. saat $0,233 \pm 0,430$, postop 4. saat $2,16 \pm 0,698$, postop 12. saat $1,4 \pm 0,498$, postop 24. saat $0,733 \pm 0,449$ idi. Hastaların hasta memnuniyeti (likert ölçeği) $4,233 \pm 0,773$ olup postop analjezik ihtiyacı $5,1 \pm 0,844$ saat idi. Periton açılan 2 (%6,259 hastada perop omuz ağrısı olmuş ve iv fentanyl ile şikayet geçirilmiştir. Aynı 2 (%6,25) hastada postop dönemde de omuz ağrısı olmuş ve 50 mg tramadol ile ağrı geçirilmiştir. Postop dönemde 1 (%4) hastada üriner retansiyon gelişmiş kateterizasyon ile boşaltılmıştır. Postop dönemde 1 (%4) hastada başağrısı gelişmiş sıvı replasmanı ile tedavi edilmiştir. Hastalarımız 3 aylık aralıklarla kontrollere çağrılmakta olup nüks açısından erken dönemde nüks saptanmamış olup değerlendirme için uzun süreye ihtiyaç vardır.

Sonuç: Epidural anestezi yönteminin laparoskopik TEP operasyonlarında hasta memnuniyeti ve ameliyat sonrası ağrı açısından efektif, güvenilir ve etkin bir yöntem olarak düşünülmektedir. Ancak randomize ve geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Epidural anestezi, Kasık fıtığı, TEP

Tablo 1. İntraoperatif yan etkiler

	Epidural Anestezi TEP
İdrar Retansiyonu	1 (%4)
Hipotansiyon	0
Omuz ağrısı	2 (%8)
Abdominal ağrı	2 (%8)

SB-32

DUAL MESHLİ VENTRAL İNSİZYONEL FİTİK ONARIMINDA AÇIK VE LAPAROSKOPİK TEKNİĞİN KARŞILAŞTIRILMASI

Tugrul Çakır¹, Arif Aslaner¹, Erdem Can Yardımcı², Mehmet Algül²

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Organ Nakli ve Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

²Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Amaç: Tekrar bir cerrahi tamir gerektirmesi ile insizyonel fıtıklar sıkça karşılaşılan bir komplikasyondur. Biz bu çalışmamızda, açık ve laparoskopik ventral insizyonel herni onarımını (LVHR) DualMesh ile yaptığımız hastaları retrospektif değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda Aralık 2008 ile Mart 2017 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve ventral insizyonel fıtık tanısı konulup açık ve ya laparoskopik olarak Dual Mesh ile tamir edilen hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, fıtığın lokalizasyonu ve boyutu, uygulanan cerrahi prosedür (açık/laparoskopik), eşlik eden diğer cerrahi patolojiler, hastanede kalış süresi, mortalite ve morbidite oranları elde edildi ve değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 42 hastanın 19'i kadın ve 23'ü erkekti. Yaş ortalaması $55,32 \pm 11,49$ yıl (38–80) idi. Ventral insizyonel herni tamiri için operasyona alınan hastaların 26'si laparoskopik olarak geriye kalan 16'si

açık olarak ameliyat edildi. Fıtık boyutu ortalama $14,2 \pm 2,8$ (5–38) cm idi. Hastanede kalış süresi ortalama $5,20 \pm 4,75$ (1–21) gündü. Açık grupta iki, laparoskopik grupta 4 hastada cerrahi alan enfeksiyonu ve açık grupta bir laparoskopik grupta 4 hastada insizyon altında seroma haricinde başka bir komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Açık cerrahiye kıyasla laparoskopik yaklaşım, ventral insizyonel herni tanılı hastalarda hastanede daha az kalış süresi ve daha az morbiditenin olması nedeniyle etkin ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar kelimeler: ventral herni, dual mesh, laparoskopik

SB-33

LAPAROSKOPİK TROKAR YERİ FİTİĞİ ONARIMI YAPILAN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hasan Ediz Sıkar¹, Selçuk Göktaş², Kenan Çetin¹, Fırat Mülküt¹, Mehmet Karahan¹, Levent Kaptanoğlu¹

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Giresun Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Giresun

Amaç: Trokar yeri fıtıkları laparoskopik ameliyatlarda günlük pratikte artışına bağlı olarak saptanmaya başlanan fıtıklardır. Laparoskopik ameliyatlarda gelişen trokar yeri fıtıklarının yine laparoskopik onarımının lokalizasyonlarına göre değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2013-Mayıs 2014 arasında laparoskopik onarım yapılan 22 trokar yeri fıtığı hastasının bulguları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların özellikleri, geçirilmiş karın operasyon sayısı, defekt boyutu, kullanılan yama boyutu, operasyon süresi, açığa dönüş oranı, komplikasyonlar, nüks ve takip süreleri değerlendirildi.

Bulgular: On sekiz kadın, 4 erkek hastaya trokar yeri fıtığı tanısıyla laparoskopik fıtık onarımı uygulandı. Yaş ortalaması 44,04 olarak saptandı. Geçirilmiş karın operasyon sayısı en az 1 en fazla 2 olarak saptandı, ortalama operasyon sayısı 1,27'di. Fıtık gelişen hastaların 14'üne laparoskopik kolesistektomi, 2'sine laparoskopik inguinal herni onarımı, 4'üne laparoskopik insizyonel herni onarımı, 1'ine laparoskopik Nissen fundoplikasyonu, 1'ine ise laparoskopik histerektomi uygulanmıştı. Ortalama defekt boyutu 8,7 cm², kullanılan mesh boyutu ortalaması ise 143,2 cm²'di. Ortalama ameliyat süresi 48,3 dakika olarak saptandı. Ameliyat sırasında açığa dönüş olmadı ve komplikasyon gelişmedi. Fıtık gelişen trokar lokalizasyonu; 13 hastada umblikusta, 4 hastada orta hattın lateralinde, 4 hastada epigastrik bölgede, 1 hastada ise suprapubik bölgedeydi. Suprapubik bölgede bulunan fıtık 5 mm'lik trokar girişiydi, diğer fıtık gelişen trokar girişleri ise 10–12 mm trokar kullanılarak kesildi. Suprapubik fıtık gelişen hastada ekstrapitoneal onarım mümkün oldu ve çift taraflı yama kullanılmadı, diğer hastalarda ise kompozit yama kullanıldı. Dört hastada ameliyat sonrasında komplikasyon gelişti, 2 hastada kronik ağrı, 2 hastada ise semptomatik seroma gelişimi gözlemlendi. Kronik ağrı gelişen hastalar lateral lokalizasyonda fıtığı bulunan hastalardı, bir hastada 6–12 hafta aralığında oral ağrı kesici kullanımı yeterli olurken birinde 12. haftaya kadar intramusküler analjezik kullanımı gerekti. Semptomatik seroma gelişen hastalardan biri epigastrik bölgedeydi ve 6. haftadan sonra 2'şer hafta arayla 3 defa aspire edildi, diğer hasta ise suprapubik lokalizasyondaydı ve 8. haftada tek aspirasyonu yeterli oldu, ilave girişim gerekmedi. Ortalama takip süresi 37,6 ay olurken bu süre dahilinde nüks saptanmadı.

Sonuç: Bütün trokar yerleri için geçerli olmakla beraber; lateral yerleşimli trokar yerlerinin onarım sonrası kronik ağrı komplikasyonu göz önünde bulundurularak, ameliyat esnasında dikkatli kapatılması ve fıtık oluşumunun önlenmesi önemlidir. Trokar yeri fıtığının laparoskopik onarımı, düşük komplikasyon ve nüks oranları nedeniyle, öncelikle tercih edilebilir bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: trokar, insizyonel herni, laparoskopik

SB-34

ZOR SUPRAPUBİK FITIKLARIN LAPAROSKOPİK ONARIMI**Hasan Ediz Sıkar¹, Selçuk Göktaş², Kenan Çetin¹, Mehmet Karahan¹, Abdülkadir Deniz¹, Levent Kaptanoğlu¹**¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul²Giresun Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Giresun

Amaç: Suprapubik fitikların laparoskopik onarımıyla ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır. Çalışmaların ortak özelliği bütün suprapubik fitikların kapsanmış olmasıdır. Çalışmamızda inferior sınırı itibarı ile suprapubik fitik olarak kabul edilen, superior sınırdaki linea arcuata üzerinde bulunması nedeniyle göreceli olarak daha zor onarım yapılan hastaların değerlendirilmesini amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2013-Mayıs 2014 arasında laparoskopik parsiyel ekstraparitoneal onarım yapılan 13 suprapubik fitik hastasının bulguları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların özellikleri, geçirilmiş karın operasyon sayısı, geçirilmiş insizyonel herni onarım sayısı, defekt boyutu, kullanılan yama boyutu, operasyon süresi, açığa dönüş oranı, komplikasyonlar, nüks ve takip süreleri değerlendirildi.

Bulgular: Onbir kadın, 2 erkek hastaya suprapubik fitik tanısıyla laparoskopik fitik onarımı uygulandı. Yaş ortalaması 57,6 olarak saptandı. Hastalar genellikle obezite sınırındaydı, VKİ ortalaması 35,1 olarak saptandı. Geçirilmiş karın operasyon sayısı en az 1 en fazla 9 olarak saptandı, ortalama operasyon sayısı 2,53'tü. Geçirilmiş insizyonel herni operasyon ortalaması ise 1,15 olarak saptandı. Ortalama defekt boyutu 85,3 cm² iken, kullanılan mesh boyutu ortalaması 484,6 cm²'ydi. Ortalama operasyon süresi 105,3 dakika olarak saptandı. Ameliyat sırasında açığa dönüş olmadı ve komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 1 hastada kronik ağrı, 1 hastada semptomatik seroma, 1 hastada ise uzamış ileus gelişti. Kronik ağrı gelişen hastada ameliyat sonrasında 12. haftaya kadar oral ağrı kesiciler kullanıldı, sonrasında semptomlarının gerilediği görüldü, semptomatik seroma gelişen hasta 1 defa aspire edildikten sonra takipte düzeldi, ileus gelişen hasta ise ameliyat sonrası 3. güne kadar takip edildikten sonra 4. gün taburcu edildi. Hastanede yatış süresi 2,38 gündü, ortalama takip süresi 38,07 ay olarak saptandı, takip süresi içerisinde nüks gözlenmedi.

Sonuç: Suprapubik fitiklar bulundukları bölge itibarı ile zayıf dokularla desteksiz onarım yapılması nedeniyle tekrarlama olasılığına sahiptir. Laparoskopik onarım bölgenin geniş bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağladığı ve destek dokulara ulaşımı kolaylaştırdığı için avantaja sahiptir. Üst sınırı linea arcuata üzerinde olduğu için göreceli olarak zor suprapubik fitik onarımlarında da laparoskopik onarım düşük nüks ve komplikasyon oranlarıyla öncelikli tercih edilebilecek bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: fitik, laparoskopik onarım, suprapubik

GİS ENDOSKOPİSİ

SB-35

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM STENTLERİNİN KLİNİK SONUÇLARI**Büyüamin Gürbulak, Hasan Bektaş, Zeynep Deniz Şahin, Özhan Albayrak, Şükrü Çolak, Ekrem Çakar, Savaş Bayrak**

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

Amaç: Benign veya malign üst gastrointestinal sistem obstrüksiyonu olan hastalarda son 3 yılda gerçekleştirdiğimiz üst gastrointestinal stentler-deki tecrübelerimizi ve sonuçlarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2013-Ocak 2016 tarihleri arasında, benign veya malign nedenlerle obstrüksiyona neden olan üst gastrointestinal sistem stent uygulamaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Stentlemeden önce ve sonra disfaji skoru hesaplandı. Teknik ve klinik başarı oranı, stent açık kalma süresi ve erken/geç komplikasyonlar değerlendirildi.

Bulgular: Üç yıl boyunca, 73 hastaya 171 endoskopik işlem yapıldı. 72 hastada 72 kendiliğinden genişleyebilen metalik stent (SEMS) kullanıldı ve 69'unda prosedür teknik açıdan etkili bulundu (%95,8). 80 hastaya dilatasyon uygulandı. 19 hastada çeşitli komplikasyonlar görüldü.

72 hastanın tamamına stentleme sonrası oral beslenme başlandı. İlk ayın sonunda tüm hastalarda stentlerin açık olduğu görüldü (%100). Stentlerin 3 ayın sonunda 2 hastada, 7 ayın sonunda 2 hastada, 10 ayın sonuna 2 hastada tıkanmış olduğu görüldü ve başarı oranı sırasıyla %97,2, %94,4 ve %91,6 olarak hesaplandı.

Sonuç: Benign veya malign üst gastrointestinal sistem obstrüksiyonlarında palyatif ve küratif amaçlı SEMS kullanımı, cerrahi prosedürlere kıyasla hastanede kalış süresini kısaltma, ağrıyı azaltma, düşük mortalite-morbidite oranları gibi avantajlarından dolayı etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir ve yüksek oranda klinik başarı göstermektedir.

Anahtar kelimeler: SEMS, stent, üst gastrointestinal sistem endoskopisi

SB-36

UYGULANAN YARDIMCI ENTERAL BESLENME YÖNTEMLERİNİN EVDE BAKIM HEMŞİRELERİ İLE TAKİBİ: KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ GENEL CERRAHİ SERVİSİ PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ DENEYİMLERİ**Sertaç Ata Güler, Turgay Şimşek, Saffet Çınar, Veysel Sarı, Gökhan Pösteği, Neşet Nuri Gönüllü, Nihat Zafer Utkan, Nuh Zafer Cantürk**

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

Günümüzde teknolojiyle birlikte beslenme yöntemleri arasında enteral tüple beslenme hastanın kendi ev ortamında ailesi ile birlikte yaşamını sürdürebilmesine olanak sağlayan bir yöntemdir. Hastalığın durumu ve patolojisi gereği her zaman oral yoldan enteral beslenme sağlanamamaktadır. Bu sebeple kısa süreli durumlarda ön planda parenteral beslenme kullanılmaktadır. Fakat daha uzun süreli beslenme gerektirecek durumlarda ise parenteral beslenmenin yerine tercih edilen yöntem olan enteral beslenmeye geçmek gerekmektedir. Bu amaçla çeşitli yardımcı enteral beslenme yöntemleri kullanılmaktadır. Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), açık cerrahiyle yapılan beslenme gastrostomisi ve jejunostomisi bu yardımcı enteral beslenme yöntemlerinden en sık kullanılanlardır. PEG özellikle bu yöntemler içinde hem en kolay yapılabildiği, hem de hasta için en az komplikasyonlara yol açan yardımcı enteral beslenme yöntemidir. Bu yardımcı beslenme yöntemleri kullanılan çoğu hasta yatağa bağımlı olarak yoğun bakımda veya ev ortamlarında yaşamlarını sürdürmekte ve işlemi uygulayan cerrahi ekip tarafından takip edilememektedir. Bu hastaların takip sıkıntıları sebebiyle oluşabilecek komplikasyonlar sap-tanamamakta ve çözüm üretilememektedir. Hastaların çoğu da bu komplikasyonlara bağlı olarak yaşamlarını yitirmekte veya ciddi morbiditelerle maruz kalmaktadırlar.

Bu durumun tespiti ve çözümlerinin üretilebilmesi için kliniğimizde yardımcı enteral beslenme yöntemi uyguladığımız 98 hastayı işlem sonrası takip ettik. Bu grup içinde nörolojik sebepler ve çeşitli malignitelere bağlı olarak 4 hastaya açık beslenme gastrostomisi, 26 hastaya açık cerrahiyle beslenme jejunostomisi uygulandı. 68 hastaya ise PEG yapıldı. Beslenme durumları, beslenme tüpüne ait komplikasyonlar, bası yaraları, enfektif komplikasyonlar, mortalite durumları olarak hastaların takipleri yapıldı. Bu takiplere hastalara evde hizmet veren beslenme mama firmalarının eğitimli elemanları ve takip hemşireleri katıldı.

Çalışmanın sonucunda, altta yatan hastalıkları sebebiyle ex olan hasta grubunun dışında evde takip hemşirelerinin desteği ile komplikasyon oranlarında azalma olduğu, beslenme tüpü ile ilgili problem yaşanan durumlarda uygulayan hekim ile işbirliği içinde olarak hastaya bilgi verildiği ve gerektiğinde tekrar müdahalelere alınarak çözümler üretildiği, beslenme ve kalori takiplerinin yapılarak hastaların kilo alımlarının sağlandığı, enfeksiyon oranlarının azaldığı görüldü. Uygulanan bu üç yöntem içinde hastalarda daha az komplikasyon oluşturan, uygulanması daha kolay olan ve daha az morbiditesi olan yöntemin PEG olduğu görüldü.

Hastalara mümkün olduğunca açık cerrahi ile uygulanan enteral beslenme yöntemleri yerine PEG yapılmasının, bu hastaların evde takip hemşireleri ile izlenerek oluşabilecek komplikasyonlarda erken müdahale edilmesinin, hastaların mortalite ve morbiditelerini azalttığı sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Yardımcı enteral beslenme yöntemleri, perkütan endoskopik gastrostomi, beslenme gastrostomisi, beslenme jejunostomisi

SB-37

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM (GIS) ENDOSKOPİSİ YAPILAN HASTALARIN ANTRUM BİYOPSİLERİNDE H. PYLORİ VE İNTESTİNAL METAPLAZİ BİRLİKTELİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ;

Oktay Yener, Mehmet Zeki Buldanlı, İbrahim Ali Özemer, Görkem Yıldız, Salih Tosun, Özgür Ekinci, Orhan Alimoğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Araştırma Hastanesi

Helicobakter pylori ilk kez 1983 yılında Warren ve Marshall peptik ülser ve kronik aktif gastrit olgularının antrum biyopsilerinde tanımlanmıştır. İntestinal metaplazi mide mukoza epitelinin kronik hasar sonucunda intestinal tip epitelle yer değiştirmesidir. İntestinal metaplazi mide kanserleri açısından prekanseröz lezyon olarak kabul edilir ve mide kanseri riskini 6 kat arttırmaktadır. İntestinal metaplazi sıklığı, Helicobacter pylori enfeksiyonu olan kişilerde, 1. derece yakınlarında mide kanseri saptananlarda, sigara içenlerde ve yaşla birlikte artış gösterdiği bildirilmiştir.

Amaç: Çalışmanın amacı Üst GIS endoskopisi yapılan hastaların mide antrum biyopsi patoloji raporları değerlendirmek, mide kanseri gelişiminin preneoplastik gastrik lezyon olan intestinal metaplazinin, H. pylori enfeksiyonu ile birlikteliğini araştırmaktır.

Metod: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı Endoskopi ünitesinde Ocak 2016/Aralık 2016 tarihleri arasında yapılan üst gastro-intestinal sistem (GIS) endoskopi raporları ve patoloji sonuçları retrospektif olarak analiz edildi. Patoloji raporlarında intestinal metaplazi ve H. Pylori enfeksiyonu varlığı değerlendirilmiştir.

Bulgular: Dispeptik şikayetler nedeniyle üst GIS endoskopisi yapılan 1044 hastanın demografik bulguları, endoskopi ve patoloji raporları retrospektif olarak taranmıştır. Yaş aralığı 18-89 olan, 621 bayan (59,4 %), 423 (40,5 %) erkek hasta çalışmaya dahil edildi.

Üst GIS endoskopisi yapılan 1044 hastanın 150 (14,3 %) sinde intestinal metaplazi, 480 hastada (45,9 %) H. pylori enfeksiyonu saptanmıştır.

Patoloji raporlarında intestinal metaplazi ile birlikte H. Pylori enfeksiyonu bulunması 118 (%11,3) hasta iken, intestinal metaplazi saptanıp H. Pylori enfeksiyonu negatif hasta sayısı 121 (%11,5) olarak saptanmıştır.

İki grup arasında intestinal metaplazi ve H. pylori enfeksiyonu birlikteliği istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. ($p>0,05$)

Sonuç: Çalışmamızda Üst GIS endoskopisi yapılan hastaların patoloji raporları değerlendirilmiş ve kronik H. Pylori enfeksiyonuna bağlı olarak gelişen intestinal metaplazilerin hastalarımızda anlamlı birlikteliği saptanamamıştır

Anahtar kelimeler: üst GIS endoskopisi, İntestinal metaplazi, H. pylori

SB-38

KENTSEL DEVLET HASTANESİNDE KOLONOSKOPİ SONUÇLARIMIZ. RETROSPEKTİF ANALİZ VE KANSER SIKLIĞININ TESPİTİ

Turgut Dönmez¹, Hüseyin İmam Avaroğlu¹, Ömer Karagöz¹, Vuslat Muslu Erdem², Duygu Ayfer Erdem², İbrahim Halil Özata¹

¹Lutfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

²Lutfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Anesteziyoloji Kliniği

Amaç: Kolon polipleri ve kolorektal kanserler toplumda sıklığı giderek artmaktadır. Bunların erken dönemde tespit edilmesinde ve tedavisinde kolonoskopi etkili bir tanı ve tedavi aracıdır. Hastanemizde endoskopi ünitemizde alt gastrointestinal sistem endoskopisi uygulanan hastaların makroskopik tanımlarını ve kolorektal kanser sıklığının tespit etmeyi amaçladık.

Materyal ve metod: Lutfiye Nuri Burat Devlet hastanesinde endoskopi ünitesinde 2015 Eylül-2016 Aralık tarihleri arasında kolonoskopi yapılan 1164 olgunun yaş, cinsiyet, endoskopi sonuçları ve patoloji sonuçları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Alt gastrointestinal sistem şikayetleri ile hastanemize başvuran 1164 hastaya kolonoskopi yapıldı. Hastaların 595 (%51,11) erkek, 569 (%48,89) u kadın idi. Hastaların yaş aralığı 22-81 (ort: 57,28) idi. Hastaların 893 (%76,71) inin endoskopisi normal idi. 44 (%3,78) hastada kolonun divertiküler hastalığı, 8 (%0,68) hastada ülseratif kolit, 1 (%0,085) hastada so-

liter rektal ülser, 208 hastada polip (28 (%2,4) hastada tübülovillöz adenom, 8 (%0,68) hastada villöz adenom, 64 (%5,49) hastada tubuler adenom, 106 (%9,1) hastada hiperplastik polip tespit edildi. 20 (%1,71) hastada kolorektal kanser (10 (%0,859) rektal kanser 6 (%0,51) sol kolon kanseri, 3 (%0,257) sağ kolon kanseri 1 (%0,085) transvers kolon kanseri tespit edildi.

Sonuç: Kolonoskopi deneyimli kişilerce yapıldığında kolon poliplerinin tedavisinde ve kolon kanserlerinin saptanmasında etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Kolorektal kanserlerin erken tanı ve tedavisinde kolonoskopinin rolü çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: kolonoskopi, polip, kolorektal kanser

SB-39

ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM CERRAHİSİ SONRASI ANASTOMOZ KAÇAKLARINDA KAPLI METALİK STENTLERİN UYGULANABİLİRLİĞİ

İsmail Ethem Akgün, Esin Kabul Gürbulak, Mustafa Fevzi Celayir, Uygur Demir, Hakan Köksal, Mehmet Mihmanlı

S. B. Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Kolorektal cerrahi sonrası anastomoz kaçakları, mortalite ve morbiditeleri yüksek durumlardır. Bu gibi durumlarda ikincil ameliyatlardan da mortalite ve morbiditeleri yüksektir. Bu hastalarda anastomoz kaçağı tedavisinde uygulanan, kendiliğinden genişleyen kaplı metalik stent uygulamaları hayat kurtarıcı olabilir.

Amaç: Çalışmamızın amacı, kolorektal cerrahi sonrası izlenen anastomoz kaçaklarında uygulanabilen kendiliğinden genişleyen kaplı metalik stentlerin güvenliği ve etkinliğini irdelemektir.

Materyal ve metod: S. B. Ü Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında, kolorektal cerrahi sonrası (Elektif ve acil) anastomoz kaçağı tesbit edilen ve kaplı metalik stent uygulanarak tedavisi tamamlanan 7 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Olguların 4'ü kadın, 3'ü erkek idi. Median yaş 62 olarak bulundu. Olguların 4'üne acil cerrahi, 3'üne ise elektif cerrahi uygulanmış idi. Hastaların 5 (%71)'ine tümör nedeniyle diğer 2 (%29)'sine ise anastomoz darlığı ve travma nedeniyle rezeksiyon anastomoz uygulanmış idi. Postoperatif ortalama 4,2 günde (3-8 gün) anastomoz kaçağı tesbit edilecek şekilde uygulandı. Stentleme sonrası ortalama yatış süresi 12 gün (5-22 gün) bulundu. Stent uygulamasına ait komplikasyon yaşanmadı. Tüm stentlerin en geç 6 hafta sonra endoskopik olarak çıkartıldığı tespit edildi.

Sonuç: Kolorektal cerrahi sonrası anastomoz kaçağının saptanması durumunda, kendiliğinden genişleyen kaplı metalik stentler, erken tespit edilmiş vakalarda, ek cerrahi girişim gereksinimini ve morbiditeyi (kolostomi) ortadan kaldırabilen hayat kurtarıcı tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Anastomoz, kolorektal, stent,

SB-40

2014-2016 YILLARI ARASINDA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ İSTANBUL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDE ENDOSKOPİK MUKOZAL REZEKSİYON (EMR) VE ENDOSKOPİK SUBMUKOZAL DİSEKSİYON (ESD) SONUÇLARI

Savaş Bayrak, Hasan Bektaş, Ekrem Çakar, Şükrü Çolak, Bünyamin Gürbulak, Erdem Kinacı, Özhan Albayrak

SBÜ. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Endoskopik rezeksiyonlar (ER) Endoskopik Mukozal Rezeksiyon (EMR) ve Endoskopik Submukozal Diseksiyon (ESD) şeklinde olur. Seçilmiş vakalarda mukozal-submukozal neoplastik lezyonların ve intramukozal kanserlerin tedavisinde her geçen gün artan sıklıkla kullanılmaktadır. EMR un-block rezeksiyon gerektiren 20 mm'den küçük lezyonlarda, ESD ise EMR ile çıkarılamayan veya intramukozal kanser, yüzeysel submukozal invaziv kanserin tedavisinde uygulanır (1). Hastanemizde

de bu gelişime paralel olarak EMR ve ESD işlemleri yapılmaya başlanmış olup sunumda ilk tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: 2014-2016 yılları arasında hastanemiz cerrahi endoskopi ünitesinde EMR veya ESD yapılan hastaların demografik özellikleri, yapılan işlemlerin ayrıntıları, elde edilen histopatolojik sonuçlar, komplikasyon ve tedavileri sunulmuştur.

Bulgular: Bu süre aralığında 18 hastaya 19 işlem yapılmıştır. Hastaların 10'i (%55,55) kadın, 8'si (%45,45) erkek olup, yaş ortalaması 60,31'dir. On dokuz işlemin 15'i (%78,94) EMR, 4'ü (%21,05) ESD'dir. Hastaların 10'u (%55,55) dış merkezlerden gönderilen hastalardır. On beş EMR işleminin 2'si (%13,33) özofagus, 8'i (%53,33) mide, 5'i (%33,3) kolonda yapılırken, ESD işlemlerinin 3'ü (%75) özofagus, 1'i (%25) kolonda yapılmıştır. İşlemler ortalama 45 dakika sürmüştür. Tüm işlemlerde submukozal enjeksiyon solüsyonu olarak karbon blek, adrenal ve serum fizyolojik üçlüsü kullanılmıştır. On dokuz işlem sonrasında 1 defa müdahale gerektirecek düzeyde kanama, 1 defa da perforasyon meydana gelmiştir. Her iki komplikasyon endoskopik olarak tedavi edilmiştir. Histopatolojik incelemelerinin sonucunda özofagus lezyonları arasında 3 (%60) leiomyom, 1 (%20) granüler hücreli tümör, 1 (%20) de pankreatik asiner metaplazi vardır. Mide lezyonlarının ise 4'ü (%50) hiperplastik polip, 2 (%25) si NET, 1'i (%12,5) GİST, 1'i (%12,5) ise foveolar adenom iken kolon lezyonları ise 2'si (%33,33) invaziv adenokarsinom, 1'i (%16,66) insitu karsinom ve 3'ü (%50) tubulovillöz adenom olarak tespit edilmiştir. İnvaziv adenokarsinom çıkan hastalar daha sonra onkolojik prensiplere uygun şekilde opere edilmişlerdir.

Sonuç: ER teknikleri GİS'in benign, premalign ve erken evre malign lezyonların tedavisinde artan sıklıkla kullanılmaktadır. Bu işlemlerin merkezlerde yapılabilmesi için endoskopistlerin tecrübeli olmaları, merkezlerin de tam donanımlı olmaları gerekmektedir. Tecrübe artıka lezyonların değerlendirilmesi ve doğru endikasyon koyma oranı artacak, cerrahi sınır pozitif rezeksiyonlar, komplikasyonlar azalacaktır. Ayrıca konuyla ilgili eğitim programları düzenlenip, endoskopistlerin belirli bir standartta yetiştirmeleri sağlanmalıdır.

Kaynak

1. Endoskopik Mukozal Rezeksiyon ve Endoskopik Submukozal Diseksiyon Uygulamaları. Hasan Bektaş, Savaş Bayrak. Türk Cerrahi Derneği Gastrointestinal Sistem Endoskopisi 683-697, 2016.

Anahtar kelimeler: Endoskopik rezeksiyon, Endoskopik Mukozal Rezeksiyon, Endoskopik Submukozal Diseksiyon

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

	Hasta sayısı (n)	Yaş ortalaması (yıl)	K/E
EMR	15	60,31	8/6
ESD	4	60,72	2/2

EMR: Endoskopik mukozal rezeksiyon ESD: Endoskopik submukozal diseksiyon

Tablo 2. EMR ve ESD uygulamalarının yapıldığı yere göre dağılımı

	EMR hasta sayısı (n=15)	ESD hasta sayısı (n=4)
Özofagus	2 (%13,33)	3 (%75)
Mide	8 (%53,33)	-
Kolon	5 (%33,33)	1 (%25)

EMR: Endoskopik mukozal rezeksiyon ESD: Endoskopik submukozal diseksiyon

Tablo 3. Piyeslerin histopatolojik sonuçları

	Piyeslerin histopatolojik sonuçları
Özofagus	Leiomyom 3 (%60), Granüler hücreli tümör 1 (%20), Pankreatik asiner metaplazi 1 (%20)
Mide	Hiperplastik polip 4 (%50), NET 2 (%25), GİST 1 (%12,5), Foveolar adenom 1 (%12,5)
Kolon	İnvaziv adenokarsinom 2 (%33,33), İnsitu karsinom 1 (%16,66) Tubulovillöz adenom 3'ü (%50)

NET: Nöroendokrin tümör GİST: Gastrointestinal tümör

ENDOSKOPİK VE LAPAROSKOPİK CERRAHİDE YENİLİKLER

SB-41

ENDOSKOPİK SUBMUKOZAL DİSEKSİYON SONUÇLARIMIZ: 26 OLGU

Tahsin Dalgıç, Erdal Birol Bostancı, Musa Akoğlu

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) uzak metastaz ve lenf nodu tutulumu olmayan, erken evre gastrointestinal kanserlerin tedavisinde etkin ve güvenilir tedavi yöntemlerinden biridir. ESD tümöral dokunun en-blok olarak çıkarılabilmesini sağlayarak, gastrointestinal lezyonların tedavisinde yüksek düzeyde tam rezeksiyon ve düşük nüks oranı sağlamaktadır.

Gereç-Yöntem: Mart 2015-ve Mart 2017 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde ESD uygulanan 26 hastanın demografik ve klinik özellikleri ve lezyonların histopatolojik sonuçları incelendi.

Bulgular: Yirmi altı hastaya ESD işlemi uygulandı. Hastaların 18'i erkek (69,2) ve 8'i kadın (%30,8) idi. Ortalama yaş 63,4 ± 1,2 idi. En sık başvuru nedeni daha önce yapılan endoskopi işlemi sonrası lezyon saptanan hastaların rezeksiyon için kliniğimiz endoskopi ünitesine sevk edilmesiydi. ESD yapılan 26 hastanın 18'ine (%69,2) kolorektal ESD ve 8'ine (%30,8) gastrik ESD yapıldı. Kolorektal ESD yapılan 18 olgunun 15'i (%57,7) rektumda, 2'si sigmoid kolonda (%7,7) ve biri inen kolonda (%3,8) idi, gastrik ESD yapılan 8 olgunun tamamında lezyon antrumda idi. İşlem öncesi endoskopik ultrasonografi ve abdominal tomografi yapılan hastalarda lenf nodu negatifliği teyit edildi. Histopatolojik olarak 5 hastada (%19,2) fokal intramukozal karsinom tespit edilirken bu hastalarda ek tedaviye gerek duyulmadı ve takibe alındı. İki olguda (%7,7) adenokarsinom, submukozal invazyon ve lenfovasküler tutulum nedeni ile tamamlayıcı radikal cerrahi uygulandı. Radikal cerrahi uygulanan iki hastanın postoperatif spesmenleri incelendiğinde rezidü tümör olmadığı ve ilk ESD işlemi sırasında enblok olarak tamamının çıkarılmış olduğu görüldü ve iki hastada da çıkarılmış olan tüm lenf nodları negatif olarak rapor edildi. Bir hastada rektumda grade 1 nöroendokrin tümör tespit edildi. Bir hastada işlem sırasında distal rektumda yaklaşık 3 mm'lik perforasyon meydana geldi ve endoskopik klip uygulaması ile açıklık kapatıldı. Hiçbir hastada gecikmiş kanama ya da perforasyona rastlanmadı. Hastaların izlem amaçlı kontrol endoskopilerinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Sonuç: Endoskopik submukozal diseksiyon tekniği erken evre gastrointestinal lezyonların tedavisinde yüksek komplet rezeksiyon ve düşük rekürrens oranıyla etkin ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Endoskopik Submukozal Diseksiyon, Gastrik ESD, Kolorektal ESD

GİS ENDOSKOPİSİ

SB-42

KOLOREKTAL POLİPLERDE ENDOSKOPİK MUKOZAL REZEKSİYON DENEYİMİMİZ: 259 OLGU

Tahsin Dalgıç, Erdal Birol Bostancı, İlter Özer, Musa Akoğlu

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Kanser tarama programları dahilinde yapılan kolonoskopi ve saptanan adenomların çıkarılması kolorektal kanserin önlenmesinde en önemli faktörlerdendir. Polibin komplet ya da inkomplet rezeksiyonu işlemin başansını doğrudan etkilemektedir. Endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) endikasyonu doğrulanmış kolorektal adenomlarda standart tedavi yöntemidir. Özellikle 2 cm altındaki lezyonlarda komplet rezeksiyon mümkündür.

Gereç-Yöntem: Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği Endoskopi Ünitesi'nde Ocak 2014-Şubat 2017 tarihleri arasında kolorektal adenom için endoskopik mukozal rezeksiyon yapılan 259 hasta çalışmaya alınmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 158'i erkek (%61) ve 101'i kadın (%39) idi. Ortalama yaş $62,7 \pm 46$ idi. En sık başvuru nedeni daha önce polipektomi hikayesi mevcut olup kontrol kolonoskopiye gelen hastalar (%29) ve başka bir merkezde yapılan kolonoskopide polip tespit edilmiş olup rezeksiyon için yönlendirilmiş hastalar idi (%20). Diğer başvuru nedenleri kanser taraması (%14), kolorektal kanser cerrahisi sonrası kontrol (%13) ve rektal kanama (%8) idi. Diğerleri anemi etiyolojisi, karın ağrısı şikayetleri, ishal ve konstipasyon oluştuyordu. Hastalarda sedasyon amacı ile propofol ve/veya midazolam kullanıldı. EMR işleminde detaylı kolonoskopik inceleme, lezyonun Paris Klasifikasyonu ile değerlendirilmesi ve boyut tespiti sonrası lezyon tabanı normal saline +adrenalin+metilen mavisi solusyonu ile submukozal enjeksiyon yapılarak eleve edildikten sonra snare ile rezeke edildi. Materyal formaldehit solusyonuna konuldu. EMR işlemi sonrası gerekli vakalarda argon plazma kuagülasyon ve klip uygulaması yapıldı. Adenomlarda ortalama boyut $1,5 \pm 0,6$ cm idi. Poliplerin 167 tanesi sesil (%64,5) ve 92 tanesi saplı (%35,5) idi. Poliplerin 93'ü sigmoid kolonda (%35,9), 51'i inen kolonda (%19,7), 45'i transvers kolonda (%17,4), 43'ü rektumda (%16,6), 20'i çıkan kolon (%7,7) ve 7'si çekumda (%2,7) idi. Patolojik olarak %49 polip adenomatoz polip tanısı alırken, tubulovilloz adenom %8, hiperplastik polip %4, Haggit 1 adenokanser %2,3 oranında tespit edildi. Sesil serrated adenom %1,2 ve adenokanser %0,8 oranında ve grade 1 NET %0,4 oranında bulundu. Diğerleri farklı benign patolojiler olarak raporlandı. Taban cerrahi sınır %97,7 hastada negatif olarak rapor edilirken; %2,3 hastada pozitif olarak saptandı. Hastalarda işlem sırasında komplikasyon olmadı.

Sonuç: Endoskopik mukozal rezeksiyon endikasyonu doğru tanımlanmış kolorektal adenom ve erken mukozal lezyonlarda standart tedavi yöntemidir. Terapotik endoskopide deneyimli merkezlerce güvenle uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: Endoskopik mukozal rezeksiyon, Kolorektal adenom, EMR

tomi operasyon deneyimi ve erken dönem sonuçlarımızın sunulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2013-Haziran 2015 tarihleri arasında T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde pankreas gövde ve kuyruk yerleşimli tümörler lezyon nedeniyle laparoskopik distal pankreatektomi (LDP) yapılan 15 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, body mass index (BMI), comorbidite, tümör çapı, postoperatif morbidite ve mortalite, postoperatif patolojik tanı ve takip süreleri kaydedildi.

Bulgular: Laparoskopik distal pankreatektomi yapılan olguların 7'si erkek (%46,6), 8'i kadın (%53,3) idi. Olguların yaş ortalaması $60,4 \pm 9,82$ idi. Tümör çapı median 40,4 (30-70) mm saptandı. Pankreas gövde ve kuyruk yerleşimli tümörler lezyonu olan 9 (%60) hastaya laparoskopik, 6 (%40) hastaya ise konversiyon distal pankreatektomi yapıldı. Operasyonlarımız ortalama 144,3 dakika (110-210) sürdü. Postoperatif dönemde 2 (%13,3) hastada Grade A pankreas fistülü gelişti ve takip süresince spontan kapandı. Postoperatif patolojik tanı olarak 5 (%33,3) duktal adenokarsinom, 4 (%26,6) müsinöz kistadenom, 6 (%40) seröz kistadenom saptandı. Ortalama çıkarılan lenf nodu 6 (2-12) saptandı. Ortalama takip süresi 22 aydı (12-36 ay). Takip döneminde duktal adenokarsinomu olan 1 (%9,09) hasta 14. ayda uzak metastaz nedeniyle eks oldu.

Sonuç: Pankreas gövde ve kuyruk yerleşimli benign ve malign lezyonu olan hastalarda laparoskopik distal pankreatektomi klasik cerrahi girişimlere alternatif olabilir.

Anahtar kelimeler: Pankreas tümörü, laparoskopi, distal pankreatektomi

Tablo 1. Demografik ve tümör özellikler

Cinsiyet (F/M)	8 (%53,3)/7 (%46,6)
Yaş (yıl)	60,4 $\pm$ 9,82
Comorbidite (-)/(+)	7 (%46,6)/8 (%53,3)
Tümör çapı (mm)	40,4 (30-70)
Tümör lokalizasyonu	
Gövde	9 (%60)
Kuyruk	6 (%40)
Operasyon Tekniği	
Laparoskopi	9 (%60)
Konversiyon	4 (%40)
Operasyon Süresi (dakika)	144,3 dakika (110-210)
Morbidite	3 (%20)
Pankreatik Fistül	2 (%13,3)
Mortalite	-
Hastanede Kalış Süresi (gün)	6,8 (4-15)
Patolojik Tanı	
Duktal Adenokarsinom	5 (%33,3)
Müsinöz Kistadenom	4 (%26,6)
Seröz Kistadenom	6 (%40)
Takip Süresi (ay)	22,45 $\pm$ 9,4

SB-44

DİSTAL PANKREAS TÜMÖRLERİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZ

Fatma Ümit Malya, Hüseyin Kazım Bektaşoğlu, Enver Kunduz, Sebahattin Destek, Elnur Piraliyev, Adnan Aslan, Kemal Dolay

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Laparoskopik distalpankreatektomi, korpus ve distal pankreas kitlelerinde son yıllarda popüler olan bir yaklaşımdır. Bu çalışmada, merkezimizde benign veya malign nedenlerle laparoskopik/açık distal pankreatektomi yapılan vakalar kitle karakteristikleri ve perioperatif sonuçları açısından karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Ocak 2013-Ocak 2017 tarihleri arasında Genel Cerrahi Anabilim Dalında benign veya malign nedenlerle yapılan toplam 33 distal pankreatektomi olgusuna ait bilgiler kliniğimizde prospektif tutulan veri formu taranarak retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, operasyon şekli (laparoskopik veya açık, splenektomi veya

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

SB-43

LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ OPERASYON SONUÇLARI: 3. BASAMAK MERKEZ DENEYİMLERİMİZ

Hacı Murat Çaycı, Umud Eren Erdoğan, Evren Dilektaşlı, Hasan Çantay, Muhammed Dogangün, Hüseyin Ayhan Kayaoğlu

T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye

Amaç: Minimal invaziv cerrahi pankreas benign ve malign tümörlerinde giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır. Çalışmamızda pankreas distal yerleşimli lezyonlarda uygulanan laparoskopik distal pankreatek-

dalak koruyucu), açığa konversiyon oranları, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, cerrahi alan enfeksiyonu (yüzeysel/derin yara enfeksiyonu, intraabdominal apse), pankreatik fistül gelişimi ve histopatolojik inceleme sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ve cinsiyetleri ile BMI'leri (p: 0,42) her iki grupta benzerdir. Yaş ortalaması açık grupta 57,7 (177–74) kapalı grupta 50,7 (19–86) idi. Açık grupta kadın erkek oranı 14/2 kapalı grupta 9/5 idi. Tümör çapı her iki grupta benzer (0,18)'dir. 33 hastanın 17'si laparoskopik 16'sı açık olarak başlanmıştı. 3 hastada açık cerrahiye dönüş yapıldı (%17,8). Açık cerrahi grubunda ortalama ameliyat süresi 227,5 dakika kapalı grupta 221,5 dakika idi. Ameliyat esnasında ortalama kanama miktarı her iki grupta benzerdi ve açık grupta 125 cc iken kapalı grupta 128 cc idi; transfüzyon her iki grupta uygulanmamıştı. Pankreatik fistül her iki grupta 1 hastada gelişmiştir. Ortalama hastanede kalış süresi her iki grupta benzer olup açık cerrahi grubunda 7,1 gün kapalı cerrahi grubunda 5,6 gündü. . Toplam morbidite değerlendirildiğinde laparoskopik cerrahi uygulanan grupta morbiditenin belirgin daha az olduğu görüldü (P: 0,08). Açık cerrahi grubunda 7 hastada (%43,75), kapalı grupta 2 hastada (%14,2) morbidite gözlemlendi. Her iki grupta mortalite izlenmedi. Açık cerrahi grubunda 10 hastada benign 6 hastada malign patoloji mevcutken kapalı cerrahi grubunda 10 hastada benign 4 hastada malign patoloji kaydedildi.

Sonuç: Laparoskopik distal pankreatektomi, deneyimli merkezlerde ve seçilmiş vakalarda, özellikle benign patolojiye sahip olgularda perioperatif komplikasyonları artırmadan minimal invaziv bir prosedür olarak güvenle uygulanabilir. Malign vakalarda onkolojik sonuçlar kabul edilebilir görülmele beraber daha güvenilir olarak değerlendirmek için prospektif kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik, distal pankreas, cerrahi

SB-45

LAPAROSKOPİK PANKREATİKODUODENECTOMİ: V-LOC DİKİŞ İLE PANREATİKOJEJUNOSTOMİ, UMUT VERİCİ YENİ BİR TEKNİK

Oğuzhan Karatepe¹, Muharrem Battal², Pınar Yazıcı²

¹Memorial Sisli Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sisli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş: Pankreas fistül oranı, pankreatikoduodenektomi sonrası morbiditenin en önemli tartışma konusudur. Daha önce, fistül oranı konusunda umut verici sonuçları olan, V-Loc dikiş kullanılarak pankreatikojunostomi tekniğini konvansiyonel pankreatikojunostomide tarif ettik. Bu çalışmanın amacı, bu yeni tekniğin, laparoskopik pankreatikoduodenektomi sırasında da uygulanabilir ve güvenli olup olmayacağını gözlemektir.

Material-metod: Ocak 2012-Eylül 2016 tarihleri arasında, total laparoskopik pankreatikoduodenektomi (TLPD) uygulanan ardışık 39 hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalarda aynı cerrahi ekip V-Loc dikiş ile lateral pankreatikojunostomi (LPJ) anastomoz yaptı. Postoperatif pankreas fistülü (POPF), anastomoz süresi, hastanede kalış süresi, postoperatif morbidite ve mortalite kaydedildi. POPF, pankreas fistülü uluslararası çalışma grubuna göre sınıflandırılmıştır.

Sonuçlar: Ortalama yaşları 56 ± 6 (38–75) olan 22 erkek, 17 kadın çalışmaya dahil edildi. Toplam cerrahi işlemin ve LPJ'nin ortalama süresi sırasıyla 340 ± 36 dakika 250–385 dakika ve 36 ± 5 dakika (30–46 dakika) idi. POPF hastalarının sayısı (%12) aşağıdaki gibiydi; Grade A: 3, Grade B: 1, Grade C: 1. Genel morbidite oranı %15,3 (postoperatif hemoraji (n = 1) ve hepatikojunostomi striktürü (n = 1), cerrahi alan enfeksiyonu (n = 1), POPF (N = 1). 30 d sonrası postoperatif mortalite tespit edilmedi.

Tartışma: LPJ anastomozunu V-Loc kullanarak yapmak, ameliyat süresini veya POPF oranını olumsuz olarak etkilemeksizin güvenli ve uygulanabilir bir yaklaşım gibi görünmektedir.

Anahtar kelimeler: laparoskopik pankreatikoduodenektomi, pankreatikojunostomi, cerrahi teknik; V-Loc dikiş; pankreatik fistül

SB-46

LAPAROSKOPİK PANKREATİKODUODENECTOMİ SONUÇLARIMIZ

Serkan Zenger¹, Çağrı Bilgiç², Bülent Gürbüz¹, Uğur Can¹, Elifnur Biçer², Orhan Bilge¹

¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Periapüller bölge tümörlerinde tek etkin tedavi yöntemi pankreatikoduodenektomidir (PD). Ancak pankreasın anatomik yerleşimi ve önemli yapılara komşuluğu nedeniyle PD'ler, teknik olarak zor, morbidite ve mortalite oranları yüksek girişimlerdir. Teknolojideki ilerlemeler doğrultusunda, morbidite oranlarını azaltmak amacıyla pankreas cerrahisinde de minimal invaziv girişimlerin sayısı giderek artmaktadır. Bu sunumda, kliniğimizde laparoskopik pankreatikoduodenektomi (LPD) uyguladığımız hastaların sonuçlarını paylaşmak istedik.

Materyel ve metod: Ocak 2014-Aralık 2016 yılları arasında periapüller bölge tümörü nedeniyle kliniğimizde laparoskopik pankreatikoduodenektomi uygulanan 21 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Ortalama yaşı 63,2 olan hastaların 14'ü erkek, 6'sı kadın idi. 10 olgu pankreas başı tümörü, 8 olgu ampulla vateri tümörü, 2 olgu distal koledok tümörü ve 1 olgu da duodenum tümörü idi.

17 olguda rezeksiyon laparoskopik tamamlanırken, 4 olguda ise laparoskopik başlandıktan sonra yeterli eksplorasyon sağlanamaması üzerine açığa geçildi. Hastaların tümüne pilor koruyucu rezeksiyon yapıldı.

3 olguda superior mezenterik ven tutulumu olması üzerine ven rezeksiyonu da uygulandı. Bu hastaların 2'sine uçuca anastomoz uygulanırken diğer hastaya damar grefti kullanılarak anastomoz yapıldı.

Ortalama ameliyat süresi 347 dakika ve ortalama yatış süresi 8,2 gündü. 3 hastada yara yeri enfeksiyonu gelişirken 1 hastada kontrollü fistül oluştu ve sorunsuz tedavi edildi. 11 hastaya yatışı esnasında antibiyotik başlanırken 10 hasta antibiyotik kullanmadan takip edildi.

Sonuç: LPD, lokal komplikasyonları ve morbiditeyi azaltması, hastanede kalış süresini kısaltması gibi minimal invaziv girişimlerin sağladığı avantajlar nedeniyle uygulanabilir bir yöntemdir. Ancak uygun hasta seçimi ve bu konuda tecrübeli ekipler tarafından uygulanması gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik, Pankreatikoduodenektomi, Periapüller tümör

SB-47

PİLOR KORUYUCU PANKREATİKODUODENECTOMİ SONRASI GASTROSKOPİ BULGULARI: PİLORU KORUMAK PİLOR FONKSİYONLARINI KORUR MU? (ERKEN SONUÇLAR)

Erdem Kınacı, Savaş Bayrak, Mert Mahsuni Sevinç, Hasan Bektaş, Serkan Sarı

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Pankreatikoduodenektomi hem anatomik, hem endokrin, hem de ekzokrin fonksiyonları değiştirerek üst gastrointestinal sistemin düzenini büyük ölçüde bozan bir cerrahi girişimdir. Bu kötü etkileri azaltmak amacı ile günümüzde pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi ameliyatı pankreas başı, periapüller ve duodenal patolojilerin cerrahi tedavisinde ilk seçenek olarak uygulanmaktadır. Bu çalışmada pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi ameliyatı sonrası gastrik mukozadaki, gastrik sıvıdaki ve bazı kan parametrelerindeki değişimleri sayısal olarak ortaya koymayı amaçladık. Bu özetle ilk bulgular paylaşılmış olup çalışma aktif olarak devam etmektedir.

Materyel ve metod: Kasım 2014-Aralık 2016 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Hepatopankreatobilier Cerrahi Bölümünde, pankreatikoduodenektomi ameliyatı uygulanmış hastalardan hayatta olan ve endoskopi işlemini tolere edebilecek sağlık düzeyinde olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Ölüm bilgi sistemi üzerinden hayatta olmayan hastalar belirlendi, kalan hastalara telefon yoluyla ulaşılarak endoskopi ve kan tetkikleri için çağrıldı. Çalışma prospektif olarak yürütülmektedir. Gastroskopi ile kardias, büyük kurvatur, incisura angularis ve antrum olmak üzere dört bölge biyopsisi yapılmaktadır. Histopatolojik incelemeye ek olarak Helikobakter

Pilori kolonizasyonu değerlendirilmektedir. Mide aspiratı alınarak biyokimyasal inceleme ile PH, bilirubin, amilaz bakılmaktadır. Ayrıca temel kan biyokimyası incelenmektedir.

Sonuçlar: Çalışmaya dahil edilen süre içinde kliniğimizde 46 whipple ameliyatı uygulandı. Bunlardan pilor koruyucu pankreatikoduodenektomi uygulanan ve hayatta olan 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu 22 hastanın 17 tanesine şu an itibarı ile ulaşılmış durumdadır. Bu 17 olgunun 7 tanesi endoskopi randevusunu beklemektedir. Kalan 10 olgunun beş tanesine işlem yapılmış ancak patolojik ve biyokimyasal sonuçları henüz elde edilmemiştir. Diğer beş olgunun tetkikleri tamamlanmış ve sonuçları alınmıştır. Burada bu ilk 5 olgunun sonuçları paylaşılmıştır. Sonuçlanan 5 olguda mide aspiratı PH değerleri 5,1, 6,9, 5,2, 6,0, 5,1, amilaz değerleri 470, 13370, 2340, 11530, 2,70, bilirubin değerleri 0,54, 8,56, 8,22, 4,26, 4,86, 0,10 dir. Patolojik incelemesi tamamlanan bir olguda H. Piloni kolonizasyonu görülmezken iki tanesinde kolonizasyon saptandı. Her üçünde de kronik inflammasiyon bulguları görülmesine rağmen hiçbirinde intestinal metaplaziye rastlanmadı.

Tartışma: Çalışmamızın ilk sonuçlarına göre mide aspiratında ortam PH değerinin 5-7 arasında olduğu görülmektedir. Mide aspiratı amilaz değerleri ve bilirubin değerindeki yükseklik dikkati çekmektedir. Çalışma tamamlandığında piloru korumanın, pilor fonksiyonlarının korunduğu anlamına gelmeyeceği yönünde bir sonuç vereceği kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Alkalen Reflü, Gastroskopi, Piloni, Pankreatikoduodenektomi,

Diğer

SB-48

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAN AKUT KOLESİSTİTLİ HASTALARDA PUDRASIZ ELDİVENİN PORT YERİ ENFEKSİYONUNA VE AMELİYAT SÜRESİNE OLAN ETKİSİ

Osman Toktaş¹, Necatı Almalı¹, Özkan Yılmaz¹, Nurettin Yüzkat², Öztekin Çıkman¹, Mehmet Çetin Kotan¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi Anesteziyoloji ve reanimasyon Anabilim Dalı, Van

Giriş: Laparoskopik kolesistektomi, safra kesesi ameliyatlarında altın standart olarak tanımlanmaktadır. Laparoskopik kolesistektomide kozmetik avantaj, erken işe dönüş, daha az ağrı ve karın içi organların daha az manipülasyonu temel avantajlardır. Laparoskopik kolesistektomide safra kesesinin abdomenden çıkarılması esnasında endobag veya pudrasız eldiven kullanılması port yeri enfeksiyonuna ve operasyon süresine etkisinin olduğuna dair literatürde bilgiler bulunmaktadır. Literatürde endo-bağın yüksek maliyeti nedeniyle alternatif olarak pudrasız eldivenlerin de kullanılabildiği ve yara enfeksiyonunu önlemede etkili olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda akut kolesistitli hastalarda laparoskopik kolesistektomi yapılırken enflamasyon safra kesesinin abdomen dışına çıkarılması esnasında pudrasız eldiven kullanımının port yeri enfeksiyonu ve ameliyat süresi üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Laparoskopik kolesistektomi uygulanan akut kolesistitli hastalarımızın dosyaları ve poliklinik takipleri retrospektif olarak incelendi. Pankreatit, akut kolesistit atağı geçirmekte olan ve preoperatif safra kesesi perforasyonu olmayan akut laparoskopik kolesistektomi yapılan ve pudrasız eldiven (endo-bage alternatif) kullanılan 30 olgu ile endobag veya pudrasız eldiven kullanılmayan akut kolesistitli 30 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların demografik verileri, postoperatif dönemde port yerinde yara enfeksiyonu gelişip gelişmediği ve ortalama ameliyat süreleri kaydedildi.

Bulgular: Safra kesesinin abdomen dışına çıkarılması esnasında pudrasız eldiven kullanılan Laparoskopik kolesistektomili 30 olgunun 23'ü kadın ve 7'si erkekti; yaş ortalaması ise 49,4 idi. Endobag veya pudrasız eldiven kullanılmayan 30 olgunun ise 24'ü kadın, 6'sı erkek ve yaş ortalaması 46,7 idi. Olguların preoperatif ultrasonografilerinde 1 cm'den büyük olmayan ve genellikle multiple olan; bazı olgularda da multiple milimetrik kalkül ve nadiren de sludge saptandı. Hastaların teşhisi fizik muayene ve ultrasonografide safra kesesinde taş, safra kesesi duvar kalınlığı, safra kesesi hidropsu, ultrasonografik Murphy pozitifliği, perikolesistik sıvı varlığına göre kondu. Pudrasız eldiven kullanılan grupta yara yeri enfeksiyonu

görülmezken, kullanılmayan grupta 2 adet yara yeri enfeksiyonu tespit edildi. Her iki yara yeri enfeksiyonu da lokal yara yeri bakımı ve sistemik antibiyoterapi ile tedavi edildi. Ancak endobage alternatif pudrasız eldiven kullanılmayan grupta 3 olguda safra kesesi batın dışına alınırken hasarlandı ve batına düşen kalküller pudrasız eldiven kullanılarak ekstrakte edilebildi. Bu olgularda ameliyat süresi 5-15 dk kadar uzadı.

Tartışma-Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi yapılan akut kolesistitli olguların safra kesesinin abdomenden dışarı çıkarılması sırasında endo-bage alternatif olarak kullanılan pudrasız eldiven, port yeri enfeksiyonu ve ameliyat maliyetini pek fazla etkilememekle birlikte, safra kesesinin hasarlanmasından dolayı oluşacak zaman kaybını engelleyeceğini düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Enfeksiyon, Ameliyat süresi, Laparoskopik Kolesistektomi, Pudrasız eldiven.

SB-49

SIK GÖRÜLMİYEN SAFRA KESESİ PATOLOJİSİ: KSANTOGRANÜLAMTÖZ KOLESİSTİT

Hakan Mustafa Köksal¹, Müveddet Banu Yılmaz Özgüven², Tuba Oğuzsoy², Mustafa Fevzi Celayir¹

¹S. B. Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

²S. B. Ü. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği

Amaç: Ksantogranülatöz kolesistit, kronik kolesistitin sık görülen bir tipidir. Gerek ameliyat öncesi klinik ve radyolojik değerlendirmelerde gerekse ameliyat esnasında safra kesesi karsinomuna benzer bulgular gösterebilir. Beraberinde %2-15 oranında adenokarsinom eşlik edebilmektedir. Akut ve kronik kolesistitten ayırmak zor olmaktadır. Çalışmamızda ksantogranülatöz kolesistit (KGK) olduklarının sonuçları sunulmaktadır ve az görülen patolojiye dikkat çekilmek istenmektedir.

Yöntem: Haziran 2014 ve aralık 2016 tarihleri arasında patoloji kliniği kayıtları geriye dönük olarak tarandı. Kolesistektomi olgularının patoloji kayıtları değerlendirildi. Ksantogranülatöz kolesistit tanısı alanlar çalışmaya dahil edildi. Bu olgular ameliyat öncesi klinik, radyolojik, ameliyat ve sonrası bulguları ile değerlendirildi.

Bulgular: Belirlenen tarihlerde 1806 hastanın verilerine ulaşıldı. 46 (%0,25) hastada ksantogranülatöz kolesistit tanısı alındığı tespit edildi. Ortalama yaş 53 idi, 46 hastanın 23'ü kadın (23/1259), 23'ü erkek (23/547) hasta idi. Erkek hastalarda (ort.49,48), kadın hastalarda (ort.56,56) göre daha genç yaşlarda tanı alındığı görüldü. Bir Hastada adenomyomatosis beraberinde, 12 hastada safra kesesinde taş olmadığı tespit edilmiş. KGK tanılı hastaların preoperatif klinik, biyokimyasal ve radyolojik değerlendirmelerinde diğer kolesistit bulgularından farklı sonuçlar yoktu. Ameliyat raporları incelendiğinde ameliyatların patolojiye özel farklılığı olmadığı tespit edildi. Postoperatif dönem sıkıntısız geçiş beklendiği gibi taburcu edilebilmişlerdir.

Sonuç: Ksantogranülatöz kolesistit safra kesesinin az rastlanan (%1,3-8,8) bir tipidir. Serimizde oran çok daha az (%0,25) ve her iki cinsite eşit dağılımda görülmeyle birlikte oransal olarak erkek hastalarda daha sık olarak rapor edilmiştir. Safra kesesi tümörünün taklit edilebilmesi ve predispozan bir patoloji olması önem arz etmektedir. Bu sebeple radikal bir cerrahiye başlamadan önce gerek ameliyat öncesi örnekleme gerekse ameliyat esnasında frozen-section çalışması yapılması uygundur.

Anahtar kelimeler: Ksantogranülatöz kolesistit, safra kesesi kanseri, akut kolesistit, kronik kolesistit

ROBOTİK CERRAHİ

SB-50

ROBOTİK ABDOMİNAL CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

Bülent Çalık, Gökhan Akbulut, Cengiz Aydın, Levent Uğurlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş-Amaç: Konvansiyonel laparoskopik cerrahinin teknik ve ergonomik dezavantajlarının giderilmesi amacıyla geliştirilen "da Vinci" robotik sisteminin sonuçları iyi olup, etkili ve güvenlidir. Bu çalışmada "da

Vinci" robotik sistem ile ameliyat ettiğimiz hastalardaki ilk deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Hastalar ve yöntemler: 2015–2017 yılları arasında robotik abdominal cerrahi uygulanan olguların tıbbi verileri gözden geçirildi. Hastaların demografik verileri, ameliyat endikasyonları, yapılan ameliyatlara, teknik ayrıntılar, morbidite ve mortalite oranları ve yatış süreleri kaydedildi.

Bulgular: Robotik cerrahi uygulanan toplam 23 hastanın verilerine ulaşıldı. Tüm ameliyatlara "da Vinci" robotik sistemi ile gerçekleştirilmişti. Altı hasta rektum tümörü, 3 hasta inen kolon tümörü, 2 hasta sigmoid kolon tümörü, 3 hasta sürrenal adenom, 2 hasta özefagus divertikülü, 1 hasta pilor stenozu, 1 hasta gastroözefageal reflü, 1 hasta mide stromal tümör, 1 hasta otoimmün hemolitik anemi, 1 hasta nöks kasık fıtığı ve 2 hasta taşlı kolesistit nedeniyle opere edildi. Hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon görülmedi. İki (%8,7) hastada konversiyon gerçekleşti. İki hastada pnömoni, bir hastada trokar yerinden incebarsak etrangülasyonuna bağlı ileus, bir hastada seroma olmak üzere 4 hastada (%17,4) morbidite gelişti. Mortalite görülmedi.

Sonuç: Robotik cerrahi, abdominal operasyonlarda komplikasyonları artırmadan, güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Robotik cerrahi, minimal invaziv cerrahi, abdominal cerrahi

Tablo 1. Robotik cerrahi uygulanan olguların verileri

Yaş	Cinsiyet	Tanı	Yapılan ameliyat	Açığa yada laparaskopiye dönüş (nedeni)	Intraoperatif komplikasyon	Postoperatif komplikasyon	Intraoperatif kanama miktarı (ml)	Docking süresi (dk)	Robotik ameliyat süresi (dk)	Yatış süresi (gün)
62	E	Torakal özefagus divertikülü	Divertiküektomi	Yok	Yok	Yok	0	3	170	3
30	K	İnen kolon tümörü	Sol hemikolektomi	Yok	Yok	Yok	0	2,6	105	6
57	K	Sol sürrenal adenom	Sürrenektomi	Yok	Yok	Yok	0	5	210	4
42	E	Pilor stenozu	Bilateral trunkal vagotomi + jobulay piloroplasti	Var (teknik zorluk)	Yok	Yok	200	3,5	110	7
47	K	Rektum tümörü	Ultra low anterior rezeksiyon	Yok	Yok	Yok	100	4,25	150	7
52	E	Nüks sağ kasık fıtığı	Posterior onarım	Var (teknik zorluk)	Yok	Seroma	0	3	120	2
50	K	Otoimmün hemolitik anemi	Splenektomi	Yok	Yok	Yok	0	2,5	40	2
76	E	Rektum tümörü	Low anterior rezeksiyon	Yok	Yok	Yok	100	4,5	250	6
52	K	Sol sürrenal adenom	Sürrenektomi	Yok	Yok	Yok	0	3,5	200	3
70	E	Sigmoid kolon tümörü	Sigmoidektomi	Yok	Yok	Yok	0	9,5	260	6
67	K	Sağ sürrenal adenom	Sürrenektomi	Yok	Yok	Yok	0	5,5	240	6
65	E	Sigmoid kolon tümörü	Sigmoidektomi	Yok	Yok	Yok	0	1,5	250	5
64	E	Rektum tümörü	Low anterior rezeksiyon	Yok	Yok	Trokar yerinde incebarsak etrangülasyonuna bağlı ileus	0	5	250	20
56	E	Rektum tümörü	Ultra low anterior rezeksiyon	Yok	Yok	Yok	100	4,5	460	4
42	E	İnen kolon tümörü	Sol hemikolektomi	Yok	Yok	Yok	0	5,5	200	6
26	E	Gastroözefageal reflü	Nissen fundoplikasyon	Yok	Yok	Yok	0	6	270	5
75	E	Torakal özefagus divertikülü	Divertiküektomi	Yok	Yok	Pnömoni	0	4	300	17
60	E	Mide stromal tümör	Gastrik Wedge rezeksiyon	Yok	Yok	Yok	0	4,5	270	8
69	E	İnen kolon tümörü	Sol hemikolektomi	Yok	Yok	Pnömoni	0	9,5	110	11
76	E	Rektum tümörü	Low anterior rezeksiyon	Yok	Yok	Yok	100	10	180	5
61	K	Rektum tümörü	Low anterior rezeksiyon	Yok	Yok	Yok	0	10	240	7
30	K	Taşlı kolesistit	Kolesistektomi	Yok	Yok	Yok	0	10	90	1
41	K	Taşlı kolesistit	Kolesistektomi	Yok	Yok	Yok	0	10	100	1

DİĞER

SB-51

SİTOREDÜKTİF CERRAHİ İÇİN UYGUN OLMAYAN MALİGN ASİTTİ OLAN HASTALARDA LAPAROSKOPİK HİPERTERMİK İNTRAPERİTONEAL KEMOTERAPİ (HIPEC) ETKİNLİĞİ

Mehmet İlhan, Recep Erçin Sönmez, Ali Fuat Kaan Gök, Emir Nekay, Hakan Yanar, Mustafa Kayihan Günay, Recep Güloğlu, Cemalettin Ertekin

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Sitoredüktif cerrahi için uygun olmayan hastalarda refrakter malign asitin palyasyonunda laparoskopik hipertermik intraperitoneal kemoterapinin (HIPEC) etkinliğini incelemektir.

Gereç-Yöntem: Şubat 2013-Aralık 2016 tarihleri arasında hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) yapılan 21 olgudan sitoredüktif cerrahiye uygun olmayan 2'ine malign asit tedavisi için laparoskopik HIPEC yapıldı. Olguların yaş, cinsiyet, peritoneal karsinomatoz indeksi (PCI), hastanede kalış süreleri, hastalısız sağkalım ve genel sağkalım, morbidite ve mortalite oranları retrospektif olarak değerlendirildi. Malign asitli olan hastalarda ameliyat ve tekrar parasetez arasındaki süre ve tekrarlayan parasetez gereksimi analiz edildi.

Bulgular: Olguların 11'i (%52,3) erkek ve 10'u (%47,7) kadın idi. Ortalama yaş 52,3 (27–80 yaş) idi. Ortalama ameliyat süresi 350 (250–570) dakikaydı. Erkek/kadın için PCI ortalaması 15, 40 ± 6,620/15, 27 ± 6, 45 idi. Hastaların mortalitesi %33,3 (7/21) olarak hesaplandı. Malign asitli olan iki olgunun ameliyat öncesi yapılan parasetez ihtiyacına ameliyat sonrası gerek kalmadı. Genel ortalama sağkalım 47,2 ay ve takip aralığı 47–3 ay idi. Hastanede ortalama kalış süresi 29, 3 (8 ila 82) gündü.

Sonuç: Laparoskopik HIPEC, dirençli malign asitlin tedavisinde ve palyasyonunda yararlı bir tedavidir. Tam bir rezolüsyon gözlenen hastalarda mükemmel klinik ve radyolojik sonuçlar verir.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik HIPEC, malign asit, peritoneal karsinomatoz

HİATAL BÖLGE CERRAHİSİ

SB-52

LAPAROSCOPIC REPAIR OF LARGE HIATUS HERNIA WITH ON LAY PROLENE MESH APPLICATION AND NİSSEN FUNDOPPLICATION

Maher Hussein

American University Of Beirut Medical Center

Aims: Laparoscopic repair of large hiatus hernia with on lay prolene mesh application and Nissen fundoplication to prevent recurrence.

Methods: I report my experience at the American University of Beirut Medical Center for the treatment of 11 cases of Huge Hiatus Hernia associated with severe reflux and element of obstruction by Lap primary repair and on lay prolene mesh application U shaped. The video will show the steps used to do the procedure

Results: All did well with no complication.

Conclusion: Lap repair of large Hiatus Hernia with on lay Mesh is to prevent the high incidence of recurrence.

Anahtar Kelimeler: Hiatus Hernia, Laparoscopic Repair, Nissen Fundoplication

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

SB-53

TORAKOSKOPİK ÖZEFAJEKTOMİDE SONUÇLARIMIZ

Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Ogün Erşen, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakin, Emre Ballı, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Amaç: Torakoskopi özefagus cerrahisinde mortalite ve morbiditeyi önemli derecede azaltan bir tekniktir. Torakotomi yapılan hastalarda postoperatif ağrının, akciğer komplikasyonlarının ve hastanede yatış sürelerinin daha fazla olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur.

Yöntem: 2013–2016 yılları arasında Afyon Kocatepe Genel Cerrahi Kliniğinde yapılan torakoskopik özefajektomi vakaları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 9 hasta tespit edildi. Hastaların 4'ü kadın, 5'i erkekti. Vakaların tamamı sağ lateral dekübit pozisyonunda sol anteriordan yaklaşılarak yapıldı. Vizyon trokari dahil toplamda 4 port girişi kullanıldı. Batına göbek üstü median laparotomi ile girildi ve farinks anastomozu sternokleidomastoid kasın önünden ortalama 10 cm'lik kesiden girilerek gambee tekniği kullanılarak tek kat üzerinden elle yapıldı. ile 8 vakada mide interpozisyonu 1 vakada ise kolon interpozisyonu ile rekonstrüksiyon yapıldı. 1 vakada arkus aorta kaynaklı kanama nedeniyle torakotomiye geçilmek zorunda kalındı. 8 vakada total özefajektomi 1 vakada ise Barrett özefagus zemininde gelişen adenokarsinom nedeniyle subtotal özefajektomi yapıldı. Bu hasta anastomoz kaçığı nedeni mediastinit sonucu kaybedildi. 1 hasta postoperatif ekstübe edilemedi ve solunum yetmezliği nedeni kaybedildi. Ortalama yoğunbakımda yatış süresi 4 gün, toplam yatış süresi 12 gün olarak belirlendi.

Sonuç: Torakoskopik yaklaşım özefagus cerrahisinde hasta konforunu ileri derecede arttıran kullanışlı bir tekniktir.

Anahtar kelimeler: özefagus, torakoskopi, özefajektomi

HİATAL BÖLGE CERRAHİSİ

SB-54

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA TAM SARGI LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONUNUN BAŞARISI

Metin Pişkinpaşa¹, Metin Pişkinpaşa²¹İskenderun Özel Gelişim Hastanesi²İstanbul Özel Remedy Hospital

Amaç: gastroözofageal reflü tanısı konulmuş hastalara uygulanan tam sargı laparoskopik nissen fundoplikasyon ameliyatının başarıları değerlendirildi

Gereç-Yöntem: 2008 ile 2017 şubat yılları arasında 96 hastaya laparoskopik nissen fundoplikasyonu uygulandı. Hastaların tamamında klinik olarak ileri derecede reflü, uzun yıllar ilaca bağımlılık, endoskopilerinde özofajit ve gastroözofageal reflü mevcuttu.

Bulgular: Hastaların 67 si kadın, 29 u erkek, yaş ortalaması 47 idi. 1 vakada ileri derecede yapışıklıklar nedeniyle açık cerrahiye geçildi. Hastalarda ciddi komplikasyon gelişmedi. post op 16 vakada 6–8 haftada kaybolan hafif derecede yutma güçlüğü görüldü. Hiçbir hastada nüks görülmüdü. Klinik şikayetleri ve ilaç bağımlılıkları kalmadı. Yaşam konforları oluştu.

Sonuç: Gastroözofageal reflü hastalarında doğru konulmuş cerrahi endikasyon ile tam sargı nissen fundoplikasyon tekniği uygulamalarında tam klinik ve anatomik başarı elde edilmektedir.

Anahtar kelimeler: nissen fundoplikasyon, gastroözofageal reflü, laparoskopik

SB-55

HİATAL HERNİLERDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Mehmet Ali Gök, Metin Yalçın, Tolga Kafadar, Tacittin Semih Yılmaz, Ayşegül Aktaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

Giriş-Amaç: Hiatus hernisi, diafragmanın özofageal hiatusundaki anatomik zayıflık ya da defekt nedeniyle intraabdominal organların toraks boşluğuna çıkması sonucu oluşan bir hernidir. Hiatal herninin tedavisi cerrahidir. Özellikle gastroözofageal reflünün eşlik ettiği hastalarda semptomlar daha şiddetli olup yanma ve ağrı şikayetleri daha fazladır. Bu çalışmadaki amacımız hiatus hernisinde laparoskopik olarak herni tamiri ve antireflu işleminin hastanede kalış süresi ve hasta konforu açısından değerlendirmektir.

Gereç-Yöntem: Şanlıurfa Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi ve Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniklerinde Ocak 2016-Ocak 2017 yılları arasında hiatus hernisi nedeniyle laparoskopik cerrahi uyguladığımız 10 hastayı retrospektif olarak kalış sürelerini değerlendirdik. Hastalarımıza genel anestezi altında 6 tanesine laparoskopik crurafı, 4 tanesine ise laparoskopik crurafı+mesh ile herni onarımı uygulandı. Hastaların 7 tanesine Nissen fundoplikasyonu ve 3 tanesine de anterior (Dor) fundoplikasyon yapıldı. Hastalarımızın hastanede kalış süreleri 3–5 gün olup hastalarımızın birinde anatomi ortaya konmadığı için laparotomiye geçildi ve komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 3. gün çekilen pasaj grafilerinde Nissen fundoplikasyonu ve crurafı uygulanan 1 hastamızda darlık saptandı. Bu hastamızda özefageal 2 seans dilatasyon uygulandı.

Bulgular: Hastalarımızın 7'si erkek 3'ü kadın idi. En genci 28 en yaşlısı 50 yaşında idi. Disfaji regurgitasyon ve ağrı en önemli semptomlarıydı. Hastalarımızın hepsine Üst GIS endoskopisi, toraks ve batin tomografisi çekildi, Ph monitorizasyon uygulandı. Hastalarımızın 8'inde Tip I, 1'inde Tip II, 1 tanesinde Tip III hiatus hernisi saptandı. Yapılan endoskopileri sonrası hastaların tamamında reflü özefajit saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Hiatus hernisinde laparoskopik cerrahi ile yapılan crurafı veya mesh uygulamaları cerrahi tedavide hastanın hastanede kalış süresi ve postoperatif morbidite ve mortalitesinde açık cerrahi müdahalelere göre daha konforlu bir cerrahi işlemdir.

Anahtar kelimeler: Reflü Özefajit, Hiatal Herni, Laparoskopik Nissen

SB-56

DEV HİATAL HERNİSİ OLAN HASTALARDA LAPAROSKOPİK MESH İLE ONARIM TECRÜBELERİMİZ

Enes Şahin, Fahrettin Acar, İlhan Ece

Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Hiatal herni hastalarında laparoskopik NISSEN fundoplikasyon ameliyatı altın standart olarak uygulanmaktadır. Hiatus'da yer alan defektin büyüklüğüne göre posterior krurafı işlemi de genellikle eklenmektedir. Ancak hiatal defektin çok büyük olduğu olgularda ek bir onarım şekline ihtiyaç duyulmaktadır. Biz bu çalışmada dev hiatal hernisi olan ve mesh ile onarım yaptığımız olgularımızı sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2013–2017 yılları arasında Laparoskopik NISSEN Fundoplikasyon yapılan hastalar retrospektif olarak incelendi. Dev hiatal hernisi olan ve mesh ile onarım yaptığımız 18 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: 18 hastada toplam 8 (%44,4) erkek ve 10 (%55,6) kadın hasta mevcuttu. Hastaların ortalama yaşı 44,7 olarak hesaplandı. Hastaların ameliyat öncesi endoskopilerinde ciddi alt özefagus sfinkter gevşekliliği ve midenin sliding şeklinde herniye olduğu izlendi. Tüm hastalarda laparoskopik NISSEN fundoplikasyonu ve posterior krurafı operasyonu standart şekilde yapıldı. Vakalarda fundoplikasyon aşamasında darlık gelişmemesi için 42 fr 'lik özefagus buji dilatatörü kullanıldı. Hiatus defektinin genişliği sebebiyle 18 hastamıza krurafı üzerine tacker ile mesh tatbiki yapıldı. Darlık oluşmaması için meshler ameliyat masasında defektin büyüklüğüne göre kesilerek U şeklinde ayarlandı. Mesh defektin 1,5 cm dışına taşacak şekilde yerleştirildi. Mesh materyali olarak geniş porlu polipropilen yamalar tercih edildi. Yamanın özefagus ile direkt temasın-

dan kaçınıldı. Ortalama operasyon süresi 50 dk idi. Mesh ile onarım yaptığımız hastalarda postoperatif 1 ve 2 yıllık takiplerinde bir komplikasyon veya nüks gelişimi olmadı.

Sonuç: Dev hiatal herni saptanan hastalarda laparoskopik NISSEN fundoplikasyon ve posterior krurafi ile beraber mesh ile onarım yaptığımız hastalarda kısa ve uzun dönem takiplerinde başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Birçok çalışmada dev hiatal hernilere yapılan sıkı krurafilerde postoperatif dönemde kas nekrozu görülmesi nedeniyle açılma meydana geldiği ortaya konulmuştur. Mesh tatbiki sayesinde uzun dönemde krurafi sütürlerine binen yük azaltılmakta ve böylece nüks ihtimali de azalmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dev Hiatal Herni, laparoskopik NISSEN Fundoplikasyon, Mesh ile Onarım

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

SB-57

MİDE TÜMÖRLERİNDE REZEKSİYON: LAPAROSKOPİK YAKLAŞIMLA KONVANSİYONEL YAKLAŞIMIN POSTOPERATİF ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Kamil Erözkan, Erkan Güler, Taylan Özgür Sezer, Özgür Fırat, İlhami Solak, Sinan Ersin, Cüneyt Hoşoçkun

Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Konvansiyonel cerrahi ile karşılaştırıldığında, laparoskopik tekniklerin ve ekipmanların gelişmesiyle, laparoskopik cerrahi mide tümörleri için başarıyla uygulanabilir ve yaygınca kabul edilmektedir. Her iki cerrahi prosedürde de gastrektomi sonrası erken dönem morbidite ve mortalitenin en önemli nedeni postoperatif erken dönem komplikasyonlar olarak kabul edilmektedir. Bu çalışma da, her iki cerrahi prosedürün erken dönem sonuçlarını değerlendirmek üzere yürütülmüştür.

Gereç-Yöntem: Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında kliniğimizde mide tümörü nedeniyle opere edilen 25 laparoskopik gastrektomi olgusu ve 61 konvansiyonel gastrektomi uygulanan olgu retrospektif olarak incelenip çalışmaya dahil edildi. Hasta özellikleri, operasyon türü, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, histopatolojik incelemeler ile erken dönem komplikasyonlar ve mortalite kaydedildi. Toplanan veriler SPSS v24,0 programına girilerek istatistiksel olarak değerlendirildi.

Veriler: Çalışmaya katılan 86 hastanın ortalama yaşı 61,6 (37-87) iken, cinsiyet dağılımı ise 53 erkek, 33 kadın şeklindeydi. Laparoskopik gastrektomiler, dört olgu hariç tüm hastalarda başarıyla gerçekleştirildi. Konvansiyonel yöntemde, laparoskopik grubuna göre operasyon süresi anlamlı ölçüde daha kısa bulundu ($p < 0,05$). Postoperatif mortalite oranı laparoskopik gastrektomi grubunda anlamlı olarak daha azdı ($p < 0,05$). Hastanede kalış süresine ve malign nedenlerle opere olan hastalarda, çıkarılan lenf nodu sayısına bakıldığında gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Laparoskopik grubunda ortalama 20,3 lenf nodu operasyon başına diseke edilirken, konvansiyonel grupta bu ortalama 23,2'ydı. Erken dönem komplikasyon gözlemlenen hasta sayısı laparoskopik gastrektomi grubunda daha fazla tespit edilse de istatistiksel olarak anlam yoktu. Operasyonlar sırasında hiç ölüm gözlenmedi.

Sonuç: Her iki cerrahi yöntemle de, mide tümörü bulunan hastalar için rezeksiyon güvenli olup, teknik olarak mümkündür. Laparoskopik yöntem mortalite üzerine daha etkin iken, postoperatif komplikasyonlar üzerine cerrahi prosedürün etkisi saptanmamıştır.

Anahtar kelimeler: laparoskopik gastrektomi, konvansiyonel gastrektomi, erken dönem mortalite

SB-58

LAPAROSKOPİK MİDE WEDGE REZEKSİYON SONUÇLARIMIZ

Bülent Gürbüz¹, Serkan Zenger¹, Tunç Yaltrı², Emre Balık², Dursun Buğra²

¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Teknoloji ve deneyim ile gelişen laparoskopi ile hastalar için minimal cerrahi girişimler giderek daha fazla yapılmaya başlanmıştır. Hastaların morbiditeleri azaltmak, ameliyat sonrası dönemde daha az hastanede yatış süresi, daha az ağrı, daha erken işe dönüş, günümüz cerrahisinde önem taşımaktadır. Aynı zamanda yapılacak cerrahi girişimlerde onkolojik prensiplere uygun olarak minimal doku ve organ kaybı sağlamak hastanın ameliyat sonrası dönemi ve yaşam siklusu için önem arz etmektedir. Mide cerrahisi de bu girişimlere bir örnektir. Bazı mide tümörlerinde total organ rezeksiyonu yerine yapılacak kısmi rezeksiyonlar ve bu işlemin laparoskopik olarak yapılması, hastanın cerrahi sonrası yaşam kalitesini çok olumlu yönde etkilemektedir.

Yöntem: Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2012-2016 yılları arasında yapılmış olan 24 laparoskopik mide wedge rezeksiyon vakası değerlendirildi. Hastalar yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, yatış gün sayısı, tümör lokasyonu ve patoloji sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Değerlendirmeye alınan 24 hastanın 13'ü erkek, 11'i ise kadındı. Ortalama yaş 51,9 idi. Ortalama ameliyat süresi 97,8 dakika, yatış süresi 3,8 gün idi. Tümör lokasyonları 10 vakada antrum, 6 vakada fundus, 2 vakada kardial ve 6 vakada ise korpus yerleşimli idi. Patoloji sonuçları değerlendirmesinde 16 vakada gastrointestinal stromal tümör (GİST), 3 vakada schwannom, 1'er vakada ise nöroendokrin tümör (NET), liposarkom, inflamatuvar fibroid polip, kavernoöz hemanjom ve heterotropik pankreas dokusu saptandı. Patoloji sonuçları tümör konseyinde değerlendirildi. GİST olan vakalar mitotik indeks, KI-67 oranlarına göre takip veya İmatinib ile tedavi açısından değerlendirildi. Liposarkom ve NET tanısı konulan vakalara ise kemoterapi protokolü uygulandı. Diğer vakalar ise takip sürecine alındı. Kemoterapi uygulanan NET hastası takibinin 2. yılında gelişen nüks nedeni onkoloji konseyinde görüşüldü ve total gastrektomi ameliyatı yapıldı.

Sonuç: Seçilmiş mide tümörü vakalarında wedge rezeksiyon, en uygun cerrahi yöntemdir ve bu hastalarda total organ rezeksiyonundan kaçınmak gerekir. Aynı zamanda günümüz şartlarında bu cerrahinin laparoskopik yöntemi ile minimal invaziv olarak yapılması hastanın konforunu artırmakta ve açık cerrahiye oranla ameliyat sonrası problemleri azaltmaktadır.

Anahtar kelimeler: laparoskopi, wedge, mide,

SB-59

MİDE KANSERİ TEDAVİSİNDE AÇIK VE LAPAROSKOPİK DİSTAL SUBTOTAL GASTREKTOMİNİN KISA DÖNEM ONKOLOJİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

İlhan Ece, Enes Şahin, Fahrettin Acar, Hüseyin Yılmaz, Bayram Çolak, Serdar Yormaz, Mustafa Şahin

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Bu çalışmada lokal ileri evre mide kanseri için uygulanan laparoskopik ve açık distal subtotal gastrektomi olgularında kısa dönem onkolojik sonuçların karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç-Yöntem: Lokal ileri evre mide kanseri tanısı ile Eylül 2014-Eylül 2015 tarihleri arasında distal subtotal gastrektomi uygulanan toplam 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalarda bilgisayarlı tomografi ile uzak metastaz taraması yapıldı ve ameliyat öncesi dönemde patolojik olarak mide kanseri tanısı doğrulandı. Açık teknikte distal subtotal gastrektomi (DSG) ve D2 lenfadenektomi yapılan hastalar Laparoskopik distal subtotal gastrektomi (LDSG) ve D2 lenfadenektomi yapılan hastalar ile yaş, cinsiyet, tümör boyutu, çıkarılan lenf nodu sayısı ve cerrahinin erken dönem sonuçları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 53,8±10,2 yıl, vücut kitle indeksi 26,1±3,9 kg/m² idi. Her iki grupta hasta özellikleri açısından fark yoktu. Ameliyat süresi LDSG grubunda anlamlı oranda yüksek olmasına rağmen kanama miktarı daha azdı. Patolojik olarak çıkarılan tümörlerin boyutları

ve diseke edilen lenf nodu sayısında fark yoktu. Ayrıca erken postoperatif komplikasyon oranı her iki grupta benzerdi.

Sonuç: LDSG açık teknik ile benzer komplikasyon oranına sahip, eşit sayıda lenf nodu diseksiyonu sağlayan güvenli bir yöntemdir. Ayrıca LDSG daha az kanamaya neden olarak onkolojik sonuçlarda iyileşme sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Mide kanseri, laparoskopik cerrahi, gastrektomi, lenfadenektomi

BARIATRİK VE METABOLİK CERRAHİ

SB-60

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ KAÇAKLARINA YAKLAŞIMIMIZ

Rumeysa Kevser Liman, Sertaç Usta, İbrahim Halil Bahçecioglu, Hakan Artaç, Yavuz Selim İlhan, Koray Karabulut

Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Giriş: Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) son yıllarda en sık yapılan bariatrik prosedürdür ve kaçak bu ameliyatın en korkulan komplikasyonlarından biridir. Bu çalışmada LSG sonrası stapler hattı kaçaklarına yaklaşımdaki deneyimlerimizi bildirmeyi amaçladık.

Materyal ve metodlar: Ağustos 2012 ile Aralık 2016 arasında merkezimizde, aynı ekip tarafından LSG yapıldıktan sonra kontrastlı tomografide kaçak tespit edilen ve dış merkezde ameliyat edildikten sonra kaçak tespit edilerek tedavi için kliniğimize gönderilen hastalara ait veriler geriye dönük olarak incelendi. Kliniğimizde ameliyat edildiği halde, dış merkezde kaçak saptanarak tedavisi yapılan hastalar değerlendirmeye alınmadı.

Bulgular: Bu tarihler arasında toplam LSG sonrası kaçak hastası takip ve tedavi edildi. Bu hastaların 11'i kadın, 9'u erkekti. Ortanca yaş 34 (20–50) idi. Ortanca vücut kitle indeksi 44,9 (40,2–52,1) idi. Sadece bir hastaya, LSG sonrası revizyon amaçlı tekrar LSG uygulanmışken, diğer hastaların tamamı ilk LSG ameliyatı yapılan hastalardı. Bu hastaların tamamında, kaçak tespit edildikten sonra ağızdan gıda alımı sonlandırılarak intravenöz antibiyoterapi ve sıvı replasmanına başlandı. Yedi hastaya herhangi bir girişimsel işlem yapılmadı. Bu hastalardan 5'inin ameliyat sırasında konulan ve işlev gören drenleri mevcuttu. Bir hastada ameliyatta konan dren debisinin azalmaması üzerine endoskopik stent takıldı. 12 hastaya görüntüleme eşliğinde perkütan drenaj yapıldı. Toplam 6 hastaya endoskopik yolla kaplı stent takıldı. Bu hastaların tamamında takip eden dönemde stent disfonksiyonu nedeniyle endoskopik yolla stent revizyonu yapıldı. Stent ve perkütan drenaja rağmen septik tablosu düzelmeyen bir hastaya laparotomi ile total gastrektomi, özofago jejunostomi ameliyatı yapıldı. Genel durumu düzelmeyen hasta ameliyat sonrası 50. gün kaybedildi. Perkütan drenaj kateteri ile drene edilemeyen enfekte hematoma eşlik ettiği kaçağı olan bir hastaya laparoskopik hematoma drenajı işlemi yapıldı. Ameliyat sonrası 3. gün çekilen tomografide karında yaygın serbest sıvı bulunarak multipl kateterle perkütan drenaj yapılan bir hasta ameliyat sonrası 4. gün kaybedildi. Kaçak tanısıyla takip ve tedavi edilen hastaların ortanca hastanede yatış süresi 26 gün (8–65) idi. Konservatif olarak takip edilen hastaların ortanca yatış süresi 17 gündü (8–30 gün). Perkütan drenaj yapılan hastaların ortanca yatış süresi 26 gündü (8–50 gün). Perkütan drenaj ve endoskopik stent yerleştirilmesi işlemi yapılan hastaların ortanca yatış süresi 32 gündü (15–65 gün).

Tartışma: LSG sonrası kaçak gelişmesi morbiditeyi ve mortaliteyi artıran ciddi bir komplikasyondur. Kaçak takibinde, ağızdan gıda alımının kesilmesi, intravenöz sıvı ve antibiyotik tedavisine ek olarak karın içi enfekte sıvıların drenajı tedavinin esasını oluşturmaktadır. Etkili drenaj için görüntüleme eşliğinde perkütan drenaj öncelikli tercih olmalıdır. Perkütan drenaja uygun olmayan hastalarda laparoskopik drenaj yapılır. Ancak konservatif takiple dren debisi yüksek seyreden kısıtlı hasta grubunda endoskopik stent, tedavide düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: laparoskopik sleeve gastrektomi, kaçak, drenaj, stent

SB-61

SLEEVE QASTREKTOMİYA AMELİYATININ AŞIRI OBEZ HASTALARDA TETBİQİNİN SONUCLARI

Taryel Ömerov¹, Aygun İbrahimova¹, Mehriban Hüseynova²

¹Azərbaycan Tıp Universiteti, I Cerrahi hastalıklar Bölümü, Bakı, Azərbaycan

²Modern Hospital. Bakı. Azərbaycan.

Məqsəd: Tədqiqatı məqsədi sleeve qastrektomiyanın aşırı piylənmə olanlarda tətbiqinin nəticələrini tədqim etməkdir.

Giriş: Aşırı obezite günümüzdə ən sık görülen həstəhəklərdən biridir. Bununla mücadiləyə uzun zamanlardır bir sıra deneyimlər olsada ən başlıq tədavi yöntemi kibi Bariatrik cərrahi son çare olaraq bulunmaqdadır. Bir çox cərrahi metodları özündə birləşdirən bu tədavi yöntemi hər zaman ən iyi sonuc verən və həstənin durumuna görə karar verilərək seçilən yöntemlərin tətbiq olunması (yani uyğun həstəad on auyğun cərrahi yöntəmin seçilməsi) ilə daha çox başlıq ola bimişdir. Sleeve qastrektomiyaya bu yöntemlərin içəri-sində ən gənc və ən çox tətbiq olunan bir yöntemdir.

Material və metodlar: 2012–2016 CÜ İLLƏR ərzində Azərbaycan Tibb Universitetinin I cərrahi xəstəliklər bölümünə və Modern Hospital klinikasına aşırı piylənmə şikayətləri ilə müraciət etmiş 27 xəstədə Sleeve qastrektomiyaya (mədə kiçiltmə) əməliyyatların nəticələrinə baxılmışdır. Bunlardan 8-i kişi, 19-i qadın olmuşdur. Xəstələrin orta bədən çəkili 110–220 kq, BKİ 45–80,5 kq/m² olmuşdur. Bunlardan 15 xəstədə Tip II diabet, 17 xəstədə hipertoniya xəstəliyi, yağlı qaraciyər sindromundan və hiperlipidemiya əziyyəti çəkən 19 xəstə qeyd olunmuş, 12 xəstədə yuxu apnoesi və ən əsası 12 qadın xəstədə polikistik yumurtalıq sindromuna bağlı hormonal disfunktsiya, eyni zamanda 5 kişi xəstəmizdə isə cinsi fəaliyyətin yetersiz olması aşkarlanmışdır. Bütün əməliyyat öncəsi standart tədbirlər həyata keçirildikdən sonra aşırı piylənmə olan 27 xəstədə əməliyyatlar 32 Fr kalibrasiya borusu və pilorik sfinkterdən 2–3 sm proksimaldan rezeksiya başlanılaraq həyata keçirilmiş və fundal hissədən başlayaraq omentopeksiya tətbiq olunmuşdur. Əməliyyatlardan 2-i açıq digərləri isə Laparoskopik yolla həyata keçirilmişdir. Əməliyyatlardan sonrakı xəstəxanada qalma müddəti 1–3 gün təşkil etmişdir.

Nəticələr: Bütün bu xəstələrimizdə əldə etdiyimiz nəticələr 36 aya kimi davamlı müşahidələrə əsaslanır. İlk 6 ay ərzində tərəfimizdən tətbiq etdiyimiz daha kiçik mədə formalaşdırdığımız xəstələrimizdə çəki itirmə 31–57 kq olmuşdur. 1 illik çəki itirmə göstəricisi bütün əməliyyatlar üzrə 44–78 kq. təşkil edir. Hipertoniya, yanaşı olaraq yağlı qaraciyər sindromundan və hiperlipidemiya əziyyəti çəkən 19 xəstədən 17-sində bu problemlər sonrakı ilk 3 ay ərzində aradan qalxmışdır. 2 xəstəmizdə yanaşı olaraq simptomatik mütaliə aparılmış və 5 kişi xəstəmizdə müşahidə olunan cinsi fəaliyyət yetersizliyi 6 ay ərzində xəstələrin klinikasına uyğun olaraq tam aradan qalxmışdır (sərbəst testesteron və cinsi hormon bağlayıcı qlobulin səviyyəsinə görə). Tip II diabetdən əziyyət çəkən 15 xəstəmizdən 14-ü 1 ay sonra heç bir antidiabetik dərman qəbul etmədən normallaşmış, 1 xəstədə isə qəbul edilən dərmanın dozasının ciddi şəkildə azalmasına gətirib çıxarmışdır.

Yekun: Tərəfimizdən tətbiq olunan sleeve qastrektomiyanın yeni modifikasiyasından sonra arıqlama və metabolik göstəricilərdə effektiv düzəlmə baş verir və ilk 6 aydakı arıqlama daha sürətlə gedir.

Anahtar kelimələr: Aşırı Piylənmə, Sleeve qastrektomiyaya, metabolik sindrom, 32 FR, omentopeksiya.

SB-62

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE STAPLER HATTININ GÜÇLENDİRİLMESİ; GERÇEKTEN GEREKLİ Mİ?

İsmail Cem Sormaz, Yiğit Soytaş, Şeyma Karakuş, Ayhan Abbasov, Levent Avtan

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

Giriş: Bu çalışmamızda morbid obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan ve rezeksiyon hattına güçlendirme süturu konulmayan hastaların sonuçları değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2014 ve Aralık 2015 tarihleri arasında morbid obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan ve rezeksiyon hattına güçlendirme süturu konulmayan 16 ardışık hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, vücut kitle indeksi (VKİ), ameliyat süreleri, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası 3. gün-

deki hemoglobin (Hb) değerlerindeki değişim ve ameliyat sonrası gelişen komplikasyonları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların ortalama yaşı 44,12±7,21, K/E oranı 12/4 idi. Hastaların ortalama VKİ 49±9,20 kg/m² olarak hesaplandı. Ortalama ameliyat süresi 87,9±16,13 dakika olarak hesaplandı. Ameliyat öncesi ortalama Hb değerleri 14,41±0,77 gr/dL, ameliyatın 3. gününde ortalama Hb değerleri 13,91±0,82 gr/dL olarak hesaplandı. Ameliyat sonrası hiçbir hastada major komplikasyon, stapler hattında kaçak veya kanama görülmedi. Tüm ameliyatlar açık cerrahiye geçilmeden laparoskopik olarak sonlandırıldı.

Sonuç: Kliniğimizde yeni nesil stapler ile rezeksiyon yaptıktan sonra hiçbir güçlendirici yöntem kullanmadık ve herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadık. Az sayıda vakamızla yayınladığımız bu çalışma bir ön sonuç olarak görülebilir.

Anahtar kelimeler: Morbid obezite, laparoskopik sleeve gastrektomi, güçlendirme süturu

SB-63

SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI DARLIK: TEŞHİŞ VE TEDAVİ

Ozan Şen, Ahmet Gökhan Türkçapar, Mehmet Ali Yerdal

Istanbul Bariatrics

Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) bugün dünya çapında en sık uygulanan bariatrik cerrahi yöntemlerden biridir. LSG sonrası gastrik stenoz görülme sıklığı net olarak bilinmemektedir ve bu komplikasyona yönelik belirlenmiş standart bir tedavi protokolü de yoktur. Bu çalışmanın amacı vaka serimizde LSG uyguladığımız hastalarda gastrik stenoz saptanma oranını ve uygulanan tedavi yöntemlerini ortaya koymaktır.

Ocak 2012-Aralık 2016 arasında 514 hastaya bariatrik cerrahi uygulandı. Tüm ameliyatlar aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirildi. Bütün LSG olguları operasyon sonrası 1. gün noniyonik radyopak maddeyle üst gastrointestinal sistem pasaj grafisiyle değerlendirildi. Hasta verileri ve komplikasyonlar prospektif veri tabanına girildi ve retrospektif olarak analiz edildi. Ortalama VKİ=44,6 (min: 32/max: 75), yaş=38 (min: 14/max: 63) olan 509 hastaya LSG, 4 hastaya DS ve 1 hastaya Roux-Y gastrik bypass (E/K: 223/291) uygulandı. LSG sonrası gastrik stenoz görülme insidansı, stenozun yerleşim yeri (proksimal veya incisura angularis) ve uygulanan tedavi yönünden hastalar değerlendirildi LSG uygulanan 509 hastanın 20'sinde operasyon sonrası farklı zaman dilimlerinde gastrik stenoz semptomları görüldü.

(%3,92). Operasyon sonrası 8 hastada erken dönemde stenoz saptandı. 2 hastada saptanan stenoz proksimal yerleşimliydi. 1 hasta konservatif tedaviyle tamamen düzeldi, diğer hasta, yakın dönemde opere edilen bir hastaydı ve konservatif tedaviyle tama yakın düzelme sağlandı. 6 hastada görülen stenoz incisura angularis bölgesindeydi. 5 hasta konservatif tedaviyle (iv hidrasyon, steroid) tamamen düzeldi. 1 hastada tam darlığa bağlı 8. gün kaçak oluştu, erken dönemde hasta reopere edilerek gastrik bypass uygulandı ve sekelsiz iyileşti.

Operasyon sonrası geç dönemde 8 hastada 7. ay-12. ay arasında katı intoleransı, kusma atakları, aşırı kilo kaybı gibi semptomlarla gastrik stenoz tespit edildi. 5 hastaya çeşitli zaman dilimlerinde endoskopik balon dilatasyon (rigiflex 2,5 cm-3 cm akalazy balonu) uygulandı. 1 hastaya uygulanan 2 seans dilatasyon dışında diğer 4 hastada tek seans dilatasyonla büyük oranda düzelme sağlandı. 3 hasta tekrar kilo alma korkusu ve başka nedenlerle balon dilatasyonu kabul etmedi. Ayrıca takip süresince daha hafif semptomlarla seyreden 4 hastada incisura bölgesinde ılımlı darlık düşünüldü. Bu hastalara girişimde bulunulmadı. Serimizde gerçek anlamda gastrik stenoz nedeniyle müdahale gerektiren 8 hasta oldu (%1,6) ve hiç birinde tekrar cerrahi müdahale gerekmedi.

Sleeve gastrektomi sonrası gastrik stenoz beraberinde nutrisyonel problemleri de getiren önemli bir komplikasyondur. Bu hastaların çoğu endoskopik balon dilatasyonla başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Sleeve gastrektomi, stenoz, balon dilatasyon

SB-64

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE FUNDUS YAĞ DOKUSUNDA GHRELİN EKSPRESYONU; PROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

Ali Durmuş¹, Ilgım Durmuş², Melis Abahuni², Oğuzhan Karatepe³

¹Nisantasi Üniversitesi, Genel Cerrahi

²Bilim Üniversitesi, Moleküler biyoloji ve genetik

³Memorial Şişli Hastanesi, Genel Cerrahi

Giri: Son yıllarda obezite dolayısıyla yapılan ameliyatlar artmaktadır. Bu ameliyatların en sık yapılanı laparoskopik sleeve gastrektomidir. Bu çalışmadaki amacımız sleeve gastrektomi sırasında midenin değişik kısımlarındaki grelin hormonun genetik ekspresyonun karşılaştırmaktır.

Materyal ve metod: Sleeve gastrektomi uygulanan 19 hasta çalışmamıza dahil edildi. Çalışmamızda Midenin iki değişik bölgesi fundus ve fundus üzerindeki yağ dokusundan ayrı ayrı grelin hormone elisa yöntemi ile çalışıldı. Mide fundusu ve fundus yağ dokusunda ki grelin ekspresyonu istatistik olarak karşılaştırıldı.

Sonuçlar: çalışmaya aldığımız 19 hastanın tümünde fundus taki grelin düzeyi ortalama 30 un üzerindedeydi. Fundus üstü yağ bezinde ise grelin düzeyi 4 hastada ortalama 30 üzerinde ve geri kalanlarda ortalama 5 civarında idi. Fundus ve fundus yağ dokusu grelin düzeyi karşılaştırılmasında istatistik olarak fundus lehine anlamlı sonuç vardı.

Tartışma: Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrasa teknik olarak fundus yağ dokusu nun ameliyatla alınması rutin olarak yapılmamaktadır. Fakat bu dokudaki grelin hormone yüksekliği cerrahi teknik olarak ameliyata fundus dokusunu dahil etmemizi gerektirebilir. Sleeve gastrektomi sonrası geri kilo alımından fundus

Anahtar kelimeler: laparoskopik sleeve gastrektomi, fundus grelin ekspresyonu, yağ dokusu

SB-65

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI KAÇAK YÖNETİMİ

Ali Durmuş¹, Gökmen Öztürk¹, Ertan Bülbüloğlu², Oğuzhan Karatepe³

¹Nisantasi Üniversitesi, Genel Cerrahi

²Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi

³Memorial Şişli Hastanesi genel Cerrahi

Giriş-Amaç: Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası en korkulan komplikasyon mide güdüğünde kaçak olmasıdır. Bu çalışmada amaç korkulan bu komplikasyonun yönetimini ve dikkat edilmesi gereken noktaları sunmaktır.

Materyal Metod: 2007–2016 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve sleeve gastrektomi sonrası mide güdüğünden kaçak tanısı alan 29 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların demografik verileri, hastanede kalış süreleri, tedavi metodları ve tedavi sonrası süreç prospektif olarak kaydedildi.

Sonuçlar: hastaların ortalama yaşları 34,5 (20–55). Ortalama hastanede kalış süresi 34,5 (20–100) gün, Tüm hastalara endoskopik tüp mide stenti uygulandı, 22 hastaya stente ilave olarak peruktan drenaj yapıldı, 3 hastaya laparoskopik eksplorasyon uygulandı. 1 hasta post op 20 gün sepsis nedeniyle kaybedildi.

Tartışma: Sleeve gastrektomi sonrası kaçak en önemli hayatı tehdit eden komplikasyonlardan biridir. Kaçağın yönetimi ve endoskopik tedavisi, zamanında müdahale ile mortalite ve morbidite önenebilir.

Anahtar kelimeler: laparoskopik sleeve gastrektomi, morbid obezite, kaçak, endoskopik stent

SB-66

SLEEVE GASTREKTOMİ'DE ÇIKARILAN MİDEDE PATLAMA BASINCI ÖLÇÜMÜ KALAN MİDEDEKİ POTANSİYEL KAÇAĞI ÖNGÖREBİLİR Mİ?

Abdullah Şişik¹, Hasan Erdem²

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Obezite Cerrahisi, İstanbul

Giriş: Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) ameliyatlarından sonra görülen kaçaklar bu cerrahinin spesifik ve önemli bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkmakta ve cerrahi sonrası mortalite ve morbiditenin en önemli sebebi olmaktadır. Ameliyatta hastada kalan midedeki stapler zımbaları ile çıkarılan kesitteki zımbalar sayı ve yerleşim açısından birbirinin aynısıdır. Bu çalışma, eksize edilmiş bölümdeki stapler patlama basıncının ölçülmesinin, kalan midedeki staplerlerin dayanıklılığını ve basınç değerlerini öngörebileceği hipotezi üzerine tasarlanmıştır.

Gereç-Yöntem: LSG uygulanan hastaların çıkarılan mide kesitlerine hava vermek ve basınç ölçmek için iki kanül yerleştirildi. Su içerisinde şişirildi ve patlama basınçları ölçüldü. Olguların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ) değerleri, kullanılan stapler kartuşlarının medyan sayısı 5 (4-7), açılan kartuşların medyan sayısı 3 (1-5) olarak saptandı.

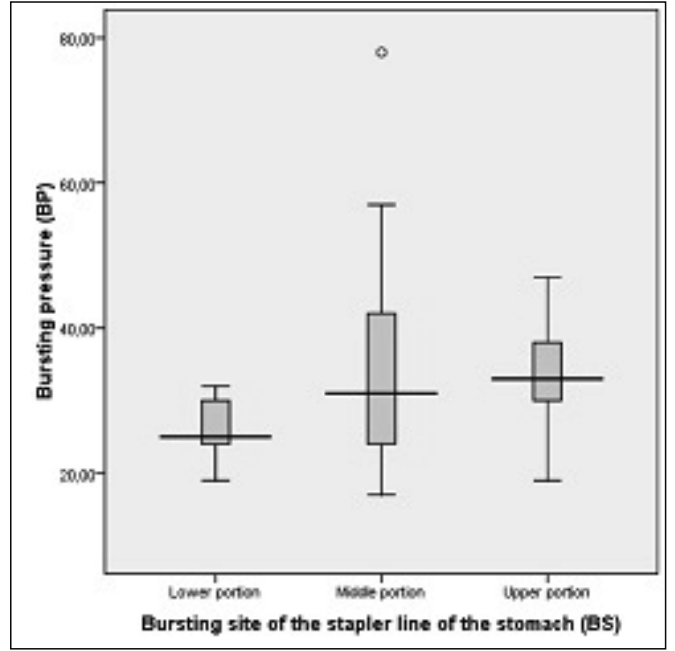
Bulgular: Kırk yedi olgu (31 erkek, 16 kadın) değerlendirildi. Ortalama VKİ değeri $46,3 \pm 5,5$ saptandı. Ortalama stapler patlama basıncı 30 (17-78) mmHg, kullanılan stapler kartuşlarının medyan sayısı 5 (4-7), açılan kartuşların medyan sayısı 3 (1-5) olarak saptandı.

Sonuç: Stapler hattının direncini değerlendirmek için çıkarılan midede bir basınç ölçümü yapmak da kalan mide hakkında önemli bilgiler verebilir. Nitekim, sleeve gastrektomi hattında kullanılan kartuş ve bu kartuşlardaki zımbaların sayısı, çıkarılan bölümlerle eşittir. Çıkarılan midede peroperatif basınç ölçümü yapıp kalan midedeki stapler hattındaki zayıf alanları tespit etmek oldukça kolay ve invaziv olmayan bir testtir. Testin ardından, herhangi bir problem olması durumunda, çıkarılan midede güçsüzlük tespit edilen yerin kalan midedeki karşılığına tekabül eden kısmı tekrar değerlendirilip gerek görülürse bu alanın sütürlü, güçlendirilmesi mümkün olacaktır.

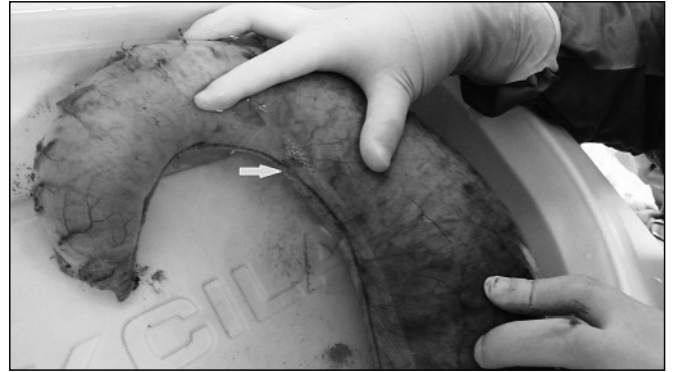
Anahtar kelimeler: sleeve gastrektomi, stapler-hattı, kaçak, patlama basıncı



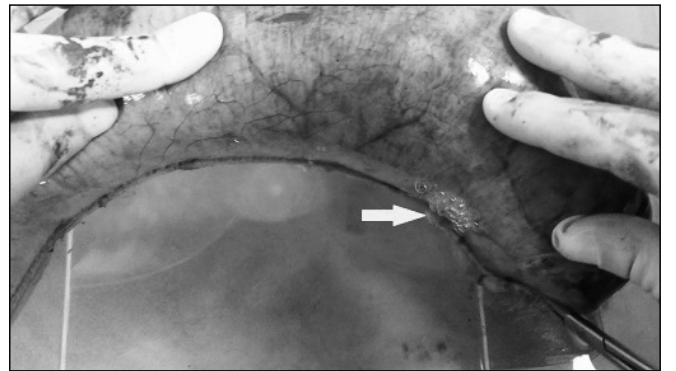
Resim 1. Çıkarılan midede patlama basıncı ölçümü



Resim 2. Patlama basıncı ve patlama yeri değerleri



Resim 3. Çıkarılan mide piyesinde sızıntı alanı



Resim 4. Çıkarılan mide piyesinde sızıntı alanı

Tablo 1. Hastaların cinsiyet, yaş ve VKİ gruplarına göre kullanılmış kartuşlar (UC), açılmış kartuşlar (OC), patlama alanı (BS), patlama basıncı (BP) ve atış sayıları (NoF)

	Cinsiyet			Yaş aralıkları				VKİ aralıkları				
	Erkek (n=16)	Kadın (n=31)	p	20-29	30-39	40-49	>50	p	40-49	50-59	>60	p
UC	5,3±0,8	4,9±0,8	0,095	4,6±0,7	5,2±0,8	5,7±0,6	5	0,008	5±0,8	5,3±0,7	6	0,302
OS												
1. stapler	2 (12,5)	3 (9,7)		1 (5,3)	3 (17,6)	1 (10)	-		4 (10,5)	1 (12,5)	-	
2. stapler	2 (12,5)	9 (29)		7 (36,8)	2 (11,8)	2 (20)	-		10 (26,3)	1 (12,5)	-	
3. stapler	4 (25)	4 (12,9)		2 (10,5)	3 (17,6)	2 (20)	1 (100)		7 (18,4)	1 (12,5)	-	
4. stapler	5 (31,2)	9 (29)		8 (42,1)	4 (23,5)	2 (20)	-		10 (26,3)	4 (50)	-	
5. stapler	3 (18,8)	6 (19,4)		1 (5,3)	5 (29,4)	3 (30)	-		7 (18,4)	1 (12,5)	1 (100)	
BS												
Orta kısım	8 (50)	16 (51,6)	0,917	5 (26,3)	12 (70,6)	6 (60)	1 (100)	0,030	21 (55,3)	3 (37,5)	-	
Birleşim yeri	8 (50)	15 (48,4)		14 (73,7)	5 (29,4)	4 (40)	-		17 (44,7)	5 (62,5)	1 (100)	0,351
BP												
28	33			28	32	29,5	24	0,537	30	30	54	
(20-57)	(17-78)	0,425	(17-56)	(19-78)	(22-57)				(17-78)	(20-56)		0,360
NoF	9 (3-15)	7 (3-19)	0,179	7 (4-19)	9 (3-15)	9 (3-15)	3	0,342	7 (3-19)	8 (4-14)	10	0,773

Tablo 2. Açılmış kartuşların (OC), Patlama Alanı (BS) ve Patlama Basıncı (BP) ve kullanılan kartuş sayısı (UC) ile ilişkisi

	Kullanılan kartuş sayıları				
	4 kartuş (n=14)	5 kartuş (n=16)	6 kartuş (n=16)	7 kartuş (n=1)	p
OC					
1. kartuş	2 (14,3)	1 (6,2)	2 (12,5)	-	
2. kartuş	4 (28,6)	4 (25)	3 (18,8)	-	
3. kartuş	2 (14,3)	5 (31,2)	1 (6,2)	-	
4. kartuş	6 (42,9)	3 (18,8)	4 (25)	1 (100)	
5. kartuş	-	3 (18,8)	6 (37,5)	-	
BS					
Stipler ortası	7 (50)	8 (50)	8 (50)	1 (100)	0,806
Birleşim yeri	7 (50)	8 (50)	8 (50)	-	
BP	32,5 (17-41)	27,5 (19-56)	30,5 (20-78)	57	0,322

Tablo 3. Stapler hattında meydana gelen açılmada bir stapler tabancasıyla gerçekleştirilen işlem sayısı ile açılan kartuşlar (OC), patlama yeri (BS) ve patlama basıncı (BP) ilişkisi

	Stapler tabancasıyla yapılan ateşleme sayısı				
	1-5 ateşleme (n=12)	6-10 ateşleme (n=23)	11-15 ateşleme (n=11)	>16 ateşleme (n=1)	p
OC					
1. kartuş	-	3 (13)	2 (18,2)	-	
2. kartuş	-	9 (39,1)	2 (18,2)	-	
3. kartuş	3 (25)	2 (8,7)	3 (27,3)	-	
4. kartuş	7 (58,3)	5 (21,7)	1 (9,1)	1 (100)	
5. kartuş	2 (16,7)	4 (17,4)	3 (27)	-	
BS					
stipler ortası	6 (50)	12 (52,2)	6 (54,5)	-	0,774
birleşim yeri	6 (5)	11 (47)	5 (45)	1 (100)	
BP	34,5 (20-57)	30 (17-78)	28 (22-52)	40	0,718

SB-67

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ DENEYİMİMİZ, İLK 500 HASTA**Mehmet Fatih Korkmaz, Sertaç Usta, Ertuğrul Şahin, Yavuz Selim İlhan, Koray Karabulut**

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Yöntem: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde tek ekip tarafından Ağustos 2011 ile Ocak 2017 arasında laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) yapılan 500 hasta, hastane kayıtlarından geriye dönük olarak incelendi. Klinik, demografik parametreler ve perioperatif bulgular değerlendirildi.

Bulgular: Belirtilen tarihler arasında LSG yapılan 500 hastanın 335'i kadın (%67), 165'i erkek (%33) idi. Ortanca yaş 35 olup 16 ile 66 arasında değişmekteydi. Ameliyat öncesi ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 44 kg/m² (35-72) idi. Ortanca ameliyat süresi 85 dk (30-210) idi. İlk dönemde ameliyat edilen 49 hastada (%10) stapler hattının güçlendirilmesi amacıyla 3/0 PDS ile devamlı dikiş atıldı. Daha sonra ameliyat edilen 127 (%25) hastada stapler hattına fibrin yapıştırıcı püskürtüldü, sonraki 354 (%65) hastada dikiş hattını güçlendirmek amacıyla herhangi bir işlem yapılmadı. Çıkarılan mide piyeslerinin ortalama ağırlığı 171 gr (92-382) idi. Ortanca hastanede kalış süresi 5 gün (3-51) idi. Bulantı, kusma şikayeti veya kaçak şüphesi bulunan hastalar dışındaki tüm hastalara ameliyat sonrası 6-8. saatlerde ağızdan sıvı gıda başlandı. Hastaların tamamına yakınında, ameliyat sonrası 2-3. gün, suda eriyen kontrast ile pasaj grafisi çekildi. Onbir (%2,2) hastada, kontrastlı tomografi ile de doğrulanan kaçak tespit edildi. Altı (%1,2) hastada ise kontrast ekstraluminasyonunun eşlik etmediği, karın içi sıvı koleksiyonu saptandı. Kaçak tespit edilen hastaların %35'i herhangi girişimsel işlem yapılmadan konservatif takip edilirken, hastaların %60'ına perkütan drenaj, %3'una endoskopi yardımıyla stent takılması işlemleri yapıldı. Stent ve perkütan drenaja rağmen septik tablosu düzelmeyen bir hastaya laparotomi ile total gastrektomi, özofagojejunostomi ameliyatı yapıldı. Birisi intravenöz analjezik sonrası gelişen anafaksi, ikisi kaçak ile ilişkili komplikasyonlara bağlı olmak üzere toplam üç hasta (%0,6) kaybedildi.

Sonuç: Laparoskopik sleeve gastrektomi, morbid obezitenin cerrahi tedavisinde kliniğimizde de öncelikli olarak tercih edilen ve yaygın kullanılan bir minimal invaziv yöntemdir. Mortalite ve morbidite oranlarımız literatürde bildirilen sınırlar içerisinde ve kabul edilebilir oranlardadır. Perioperatif dönemde karşılaşılabilecek sorunların çözümü için multidisipliner yaklaşım son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: laparoskopik sleeve gastrektomi, obezite, bariatrik cerrahi

SB-68

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ UYGULANAN MORBİD OBEZ HASTALARIMIZIN RETROSPEKTİF İNCELEMESİ**Önder Altın, Ayhan Çevik, Selçuk Kaya, Yunus Emre Altuntaş, Fırat Mülküt, Nejdett Bildik**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Obezite ülkemiz ve tüm dünyada artış göstermektedir. Bu durum hastalarda ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Günümüzde cerrahi tedavi olarak Laparoskopik Sleeve Gastrektomi (LSG) tüm dünyada ve ülkemizde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmamızda hastanemizde son bir yıldır LSG uygulanan hastalarımızı değerlendirmek istedik.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 31 hasta dahil edildi. Hastalarımızın 27'si kadın 4'ü erkek ve ortalama yaşları (21-53) 37,4 olarak hesaplandı. Pre-operatif vücut kitle indeksi ortalama (38,6-61,7) 47,06 kg/m² olarak hesaplandı. 3 hastaya eş zamanlı preoperatuvar kolelitiasis tanısı olduğu için kolesistektomi yapıldı. 2 Hastaya 4 yıl önce başka bir merkezde mide plikasyonu uygulanmış olup, kliniğimizde redo cerrahisi olarak sleeve gastrektomi yapılmıştır, bir hastamızda preoperatuvar üst gastrointestinal endoskopisinde Hiatal gevşekliliği olması üzerine eş zamanlı hiatal krurorafide yapılmıştır. Ortalama hastanede kalış süresi (3-90) 8 gün olarak hesaplandı. Fistül gelişen 2 hasta dahil edilmezse ortalama hastanede kalış süresi 4,6 gün olarak hesaplandı. Ortalama operasyon süresi

(45–120 dk) 77,5 dakika olarak hesaplandı. 8 hastada HT ve DM birlikte (%26), 1 hastada sadece HT (%3,3), 5 hastada sadece DM (%16,6), 2 hastamızda Uyku Apne Sendromu (%15,5) vardı ve bunlardan bir tanesi CİPAP cihazı kullanılmaktaydı. 16 hastada DM ve HT tespit edilmedi (%53,3). Çıkarılan mide hacmi (600–2200) ortalama 1149,1 cc olarak ölçüldü. Toplamda 1 hastada erken (Postoperatuvar 2. gün), redo cerrahisi yapılan 1 hastada geç kaçak (Postoperatuvar 7. gün) tespit edildi ve bu hasta ARDS'ye bağlı olarak Postoperatuvar 20. gün ex oldu. Mortalite %3,3 olarak hesaplandı. 1 ayda ortalama kilo kaybı 12,9 kg, 3 ayda ortalama kilo kaybı 24,3 kg olarak hesaplandı.

Sonuç: Sonuç olarak LSG deneyimli merkezlerde obezitenin tedavisi olarak uygulanabilecek, yeterli kilo kaybı sağlayan önemli bir cerrahi yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Morbid Obezite, Laparoskopik, Sleeve Gastrektomi,

SB-69

SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI GELİŞEN KOMPLİKASYONLARDA LAPAROSKOPİK REVİZYON AMELİYATLARIMIZ

Enes Şahin, Fahrettin Acar, İlhan Ece, Mustafa Şahin

Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG); uygulaması daha basit ve güvenli bir restriktif uygulama olması, GİS traktının devamlılığı sağlayarak etkin bir kilo kaybı sağlaması gibi avantajları nedeniyle, son 15 yılda birincil bir bariatrik prosedür olarak giderek popüler hale gelmiştir. Ancak sleeve gastrektomi sonrası bir takım komplikasyonlar gelişebilmektedir. Yetersiz kilo kaybı veya kilo geri alımı en sık görülen komplikasyonlardan birisidir. Postoperatif dönemde marjinal ülser veya fistül gelişimi, alkalen reflü gastrit ve semptomları, kalıcı tekrarlayan kusmalar, kum saati mide gelişimi, ağır reflü hastalığı karşılaşılan komplikasyonlardır. Bu komplikasyonların tedavisinde revizyon cerrahisine ihtiyaç duyulabilmektedir. Biz kliniğimizde opere ettiğimiz ve dış merkezlerde opere edilmiş LSG sonrası gelişen komplikasyonlarda laparoskopik revizyon cerrahisi uyguladığımız hastaları sunmayı amaçladık.

Gereç-Yöntem: 2009–2017 yılları arasında kliniğimizde 478 hastaya LSG ameliyatı yapılmış olduğu retrospektif olarak tespit edildi. Kliniğimizde opere olan 19'una ve dış merkezde opere edilmiş ve tarafımıza refere edilen 7 hastaya çeşitli komplikasyonlar sonucunda laparoskopik revizyon ameliyatları uygulandı.

Bulgular: Retrospektif olarak incelediğimiz bu süre zarfında 26 hastamıza laparoskopik revizyon cerrahisi uygulandı. LSG sonrasında kontrollerde 5 hastamızın yetersiz kilo kaybı olduğu veya kilo aldığı tespit edildi. Bu hastalara yapılan endoskopi neticesinde mide boşunda genişleme saptandı. Bunun üzerine bu hastalara laparoskopik re-sleeve operasyonu uygulandı. Takiplerinde ciddi tekrarlayan kusmaları gelişen ve kum saati mide görünümü oluşan 12 hastamıza laparoskopik mini gastrik bypass (MGB) revizyonu uygulandı. Kontrollerde ciddi alkalen reflüsü olan ve semptomları gerilemeyen 9 hastamıza ise laparoskopik Roux N-Y Gastrik bypass revizyon ameliyatı uygulandı.

Sonuç: LSG sonrası kısa ve uzun dönem takiplerinde hastalarda bir takım komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar karşısında bazı hastalara revizyon cerrahisi uygulamak gerekmektedir. Başarılı sonuçlar elde edebilmek için bu aşamada hangi hastaya hangi revizyon cerrahisinin uygulanacağı önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Morbid Obezite, Laparoskopik Bariyatrik Cerrahi, Re-do surgery, Revizyon

GİS ENDOSKOPİSİ

SB-70

KOLONOSKOPİDE LAMAZZE METODU KULLANIMI İLE SEDASYON VERİLMİYEN HASTALARIN İŞLEM KONFORU AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Gökmen Kara, Ferhat Kala, Burçin Solgun

kadirli devlet hastanesi

Amaç: Lamaze metodunun kolonoskopi esnasında uygulanabilirliğini araştırmak.

Metod: 200 hasta randomize seçilerek lamaze metodu ve kontrol grubu olarak ayrıldı. 100 hastaya lamaze metodu tekniği uygulandı. Lamaze nefes teknikleri 1950'lerden beri dünyada öğretilen doğum yöntemlerinin bir parçasıdır. Lamaze dersleri anneyi ve eşini doğuma hazırlamak için nefes tekniklerini öğretmeyi ve doğum eğitimini kapsar. 100 hastaya herhangi bir sedasyon-anestezi işlemi uygulanmadan kolonoskopi işlemi gerçekleştirildi. çekuma ulaşma zamanı, ağrı skalası, yaşam kalite formu, komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.

Sonuç: Çekuma ulaşma, ileal entübasyon süresi arasında, komplikasyonlar arasında anlamlı fark bulunamadı. ($p>0,01$). yaşam kalite, ağrı skalası açısından anlamlı fark bulunamadı. ($p>0,01$)

Anahtar kelimeler: lamaze metod, kolonoskopi, ağrı

Entübasyon zamanı

lamaze grup	10,22± 2,13
kontrol grup	8,26± 3,12
F =	29,696, P < 0,001

KOLOREKTAL CERRAHİ

SB-71

YOĞUN ENDOSKOPİ, YORGUN ENDOSKOPİST, BAŞARISIZ KOLONOSKOPİ

Savaş Bayrak, Erdem Kınacı, Mert Mahsuni Sevinç, Hasan Bektaş, Serkan Sarı

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Genel cerrahlar tarafından uygulanan kolonoskopi işleminde en önemli amaçlardan biri malign veya premalign özellik taşıyan poliplerin saptanması ve erken safhada polipektomi uygulanmasıdır. Bu çalışmada genel cerrahlar tarafından yürütülen ve yoğun çalışan bir endoskopi biriminde endoskopistin yoğunluğu ile kolonoskopik adenom tespiti arasında olması öngörülen ilişkiyi ortaya koymayı amaçladık.

Materyal ve metod: Bu çalışma Eylül 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endoskopi Ünitesinde prospektif olarak yürütülmektedir. Bilinen malignitesi olan, bilinen kolorektal polip hikayesi olan, herhangi bir sebeple kolon rezeksiyonu olan, aktif kanama nedeniyle kolonoskopi yapılan veya kolon temizliği ileri derecede yetersiz olan hastalar çalışmaya alınmadı. Bilinen bir kolorektal hastalığı olmadığı halde genel cerrahi veya dahiliye polikliniklerinde demir eksikliği anemisi, bağırsak alışkanlıklarında değişme, kronik ve/veya intermittan rektal kanama gibi sebeplerle kolonoskopi istenen hastalar çalışmaya dahil edildi. Adenomatöz polip tespiti, demografik özellikleri, vücut kitle indeksleri, ASA skorları, yapılan işlemin o endoskopist için kaçınıcı işlem olduğu, işlemin öğleden önce veya sonra yapılması, toplam işlem süresi ve geri çıkış süreleri kaydedildi. Adenom saptanmayan hastalar 1. Grup, saptananlar 2. Grup şeklinde ayrıldı ve bahsedilen parametreler karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Toplam 297 hasta çalışmaya dahil edildi. Polip tespit edilen grupta beklendiği gibi yaş ortalaması daha yüksekti ($53,6\pm 12,5/58,2\pm 12,5$ yıl, $p=0,017$). Erkeklerde polip tespiti anlamlı şekilde fazlaydı ($p=0,026$). Polip tespit edilen grupta polipektomi süresi hariç geri dönüş süresi anlamlı şekilde fazlaydı ($5,7\pm 1,8/7,2\pm 2,0$ dk, $p=0,001$). İşlemin sabah veya öğleden sonra yapılması arasında fark saptanmazken ($p=0,991$), polip tespit edilme oranının işlem sayısı arttıkça anlamlı şekilde azaldığı görüldü ($p=0,037$).

Tartışma: Polip tespit edilme oranları kolonoskopinin başarısını gösteren kriterlerdendir. Bu çalışmada artan yaş ve erkek cinsiyet polip varlığı için risk faktörü olarak görünmektedir. Endoskopistin yaptığı işlem sayısı arttıkça kolonoskopide polip yakalama başarısı azalmaktadır.

Anahtar kelimeler: Kolon, Kolonoskopi, Polip

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

SB-72

ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİ DENEYİMLERİMİZ, İLK 28 OLGU

İlkin İsmayilov¹, Müslüm Nursoy², İlyas Hasanov³, Anar Cafarov¹, Çağrı Büyükkasap⁴

¹Gence International Hospital Genel Cerrahi Bölümü

²Gence International Hospital Gastroenteroloji Bölümü

³Gence International Hospital Girişimsel Radyoloji Bölümü

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amaç: Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) hepatobiliyer sistem hastalıklarının tanı ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada, yeni açılmış olan kliniğimizde 8 aylık bir sürede 28 hastada uygulanan sonuçlarımızı sunmaktayız.

Yöntem-gereç: Haziran 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında 28 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: ERCP yapılan 28 hastanın 18'i kadın (%64,3), 10'u (%35,7) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 53,2 idi (31-86). En sık endikasyon tıkanma sarılığı ve/veya yüksek serum bilirübin düzeyi varlığıydı (25 hasta, %89,3). 3 hastada ise malign darlık mevcuttu (%10,7). Ortalama ERCP süresi 17,5 dakikaydı (12-41). Hastalardan 3'üne sfinkterotomi sonrası kanülasyon yapılamadığı için radyoloji ekibi tarafından perkütan drenaj yapılarak stent yerleştirildi (%10,7). Komplikasyon olarak 1 hastada işlem sırasında perforasyon (%3,6), 1 hastada akut pankreatit gelişti (%3,6). 25 hastaya kanülasyon yapıldı. Tüm hastalarda koledok balonla sıvazlandı. 2 hastada koledok taşının düşürülemediği sebebiyle plastik stent yerleştirildi (%7,2).

Sonuç: ERCP'nin başarısı tecrübeye bağlı olarak %80-90'dır. Periapüller divertikül ya da ampüller tümör veya darlık başarısızlığın sebepleri arasında sayılabilir. Morbidite ve mortalitesine rağmen ERCP, hepatobiliyer sistem hastalıklarının tanı ve tedavisinde güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: ERCP, Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi, Hepatobiliyer Sistem

Diğer

SB-73

ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATİKOĞRAFİ UYGULANMIŞ PANKREATİKOBİLİYER HASTALIKTA RADYOLOJİK BULGULARIN KLİNİK BULGULARLA KORELASYONU

Talar Vartanoğlu, Candaş Erçetin, Hakan Yiğitbaş, Eyüp Sevim, Ali Solmaz, Aydın Zilan, Nihat Buğdaycı, Atilla Çelik, Fatih Çelebi

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Tıkaçıcı sarılık veya kolanjite neden olan biliyer sistem problemlerinin eşlik ettiği pankreatikobiliyer hastalıklar oldukça yaygın olarak görülmektedir. İlk olarak tıkanma yeri ve pankreatikobiliyer hastalığın nedenini bulmak hedeflenmektedir. Bu retrospektif çalışmamızın amacı; tanı aşamasında kullanılan radyolojik tetkiklerin klinik bulgularla korelasyonunu değerlendirmektir.

Metod: 2015 kasım ve 2016 ekim tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, acil cerrahi birimine başvuran, bilinen veya tıkaçıcı hastalık şüphesiyle; ultrasonografi (USG), manyetik rezonans kolanjiopankreatikografi (MRCP) ve endoskopik ret-

rograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) yapılmış olan 89 olgunun dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 44 kadın ve 45 erkek olgunun ortanca yaşı 63 (17-88) idi. 10 olgu kolelistektomize idi. USG, MRCP ve ERCP bulguları, sırasıyla değerlendirildiğinde; koledok dilatasyonu %51,7-83,1-92,1; intrahepatik safra kanalı dilatasyonu %33,7-69,7-43,8; tümör kitle %0-7,9-6,7; ortak safra kanalı taşı %27-61,8-60,7; koledok distal uçta kör sonlanma %0-22,5-15,7; duodenumda divertiküler lezyon %0-1,1-23,6 olarak saptanmıştır. Ortanca koledok çapı; USG'de 7 mm. (5-18), MRCP'de 9 mm. (5-19), ERCP'de ise 11 mm. (5-22) idi. USG ve MRCP teşhis amacıyla kullanıldığında; ortak safra kanalındaki taşı saptamada duyarlılık USG'de %31,4 iken MRCP'de %74; özgüllük USG'de %80 iken MRCP'de %57,1; negatif tahmini değer USG'de 43 iken MRCP'de %58,8; doğruluk oranı USG'de 50,5 iken MRCP'de 67,4; yanlış negatiflik USG'de %68,5 iken MRCP'de 25,9; yanlış pozitiflik USG'de %20 iken MRCP'de %42,8'dir; koledok dilatasyonunu saptamada duyarlılık USG için %54,8, MRCP için %82,9; özgüllük USG için %85,7, MRCP için %14,2, doğruluk oranı USG için %57,3, MRCP için %77,5, yanlış negatiflik USG için %45,1 MRCP için %17, yanlış pozitiflik USG için %14,2, MRCP için %85,7 olarak saptandı.

Sonuç: Pankreatikobiliyer hastalıkların teşhisinde USG halen ilk tercihtir. MRCP ile kombinasyonu çeşitli pankreatikobiliyer tıkanıklıkların teşhisinde ve malign/benign nedenlerin ayırımında etkili bir methodur. ERCP pankreatikobiliyer hastalıkların teşhis ve tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu üç modelitenin birlikte kullanımı olguların tedavi şansını artırmaktadır. Gelecekteki tanısal yöntemler için öneriler; USG, MRCP ve ERCP'deki gelişmeler ile erişilebilirlik ve maliyet gibi faktörlere bağlı olarak değişebilir.

Anahtar kelimeler: Ultrasonografi, manyetik rezonans kolanjiopankreatografi, endoskopik retrograde kolanjiopankreatografi, pankreatikobiliyer hastalık

GİS ENDOSKOPİSİ

SB-74

ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİDE GÜVENLİK ADIMLARININ KOMPLİKASYON VE BAŞARI ORANLARINA ETKİSİ

Barış Sevinç, Ömer Karahan

Uşak Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Uşak

Amaç: ERCP (Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi) biliyer hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. ERCP ye bağlı komplikasyon azaltıcı ve başarıyı artırmaya yönelik çok sayıda çalışma yapılmıştır. Bu çalışmanın amacı uyguladığımız güvenlik adımlarının komplikasyon ve başarı oranına etkisini ortaya koymaktır.

Yöntem: bu kohortta hastalar güvenlik adımlarının uygulanmasından önceki ve sonraki olmak üzere iki grupta değerlendirildi. Güvenil adımları öncesindeki hastalar grup 1 'de sonsındaki hastalar ise grup 2'de değerlendirilmiştir. Başarılı kanülasyon oranları, zor kanülasyonlar ve komplikasyonlar kaydedildi.

Bulgular: Grup 1'de başarısız kanülasyon oranı %8,2 iken Grup 2'de bu oran %4'e geriledi. İşlem sonrası komplikasyonlar değerlendirildiğinde ise ikinci grupta komplikasyon oranının %10,7'den %4,3'e düştüğü tespit edildi. Ayrıca ERCP sonrası pankreatit oranı da %9,1'den %4'e geriledi.

Sonuç: Güvenlik adımlarının düzenli uygulanması ile birlikte hem başarılı kanülasyon oranları hem de işleme bağlı komplikasyon ve pankreatit oranları belirgin derecede azalmaktadır.

Anahtar kelimeler: ERCP, güvenlik, safra taşı, pankreatit

SB-75

BÜYÜK VE ÇOKLU KOLEDOK TAŞLARININ YÖNETİMİNDE ÇOKLU BİLİYER STENT UYGULAMALARI-TEK MERKEZ DENEYİMİ

Bünyamin Gürbulak, Hasan Bektaş, Zeynep Deniz Şahin, Özhan Albayrak, Özgür Seğmen, Şükrü Çolak, Ekrem Çakar, Savaş Bayrak

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

Amaç: Büyük ve veya çok sayıda koledok taşlarının yönetiminde çoklu biliyer stent uygulamasının tedavideki etkinliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Komplike koledok taşı (15 mm'den büyük ve veya 3'ten fazla) koledok taşı olan veya ERCP sonrası yeterince koledok temizliği yapılamayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar tek stent ve çoklu stent olmak üzere 2 ana gruba ayrıldı. Ortalama 21 (10–28) gün sonra hastalara 2. ERCP girişimi yapılarak taş çıkarılmaya çalışıldı. Başarısızlık halinde koledok tekrar stentlenerek bir sonraki girişime kadar takip edildi. Tekrar stentleme gereken hastalar daha yakından izlenerek hastalara 2 veya 3 haftalık aralıklarla işlem tekrarı yapıldı. Koledok yeniden stentlenerek taşların tam taş temizliği yapılacak seansa kadar takip edildi. İlk ERCP öncesi taş boyutu, sonraki ERCP ve stentleme sonrası taş boyutu ve sayısındaki küçülmeler, çoklu stentlemeye bağlı komplet taş çıkarma oranı ve stentlemeye bağlı komplikasyonlar ve başarısızlık oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Her 2 grupta biliyer drenaj başarıyla sağlandı. Her 2 ana grupta da stentleme sonrası taşların longitudinal veya transvers boyutundaki küçülme çoklu stent grubunda istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,001$). Ayrıca standart ERCP işlemleri çıkarılamayacak kadar büyük ve çok sayıda taşı olan hastalarda tam taş temizliği yapılacak zamana kadar çoklu stentleme, köprüleme görevi görerek başarılı olarak tam taş temizliği sağlanarak hastalar safra yolu ameliyatı morbiditesinden kurtulmuştur.

Sonuç: Komplike koledok taşlarının tedavisinde endoskopik çoklu biliyer stent uygulamaları, komorbiditesi yüksek olan hastalarda öncelikle uygulanması gereken cerrahiye alternatif etkili tedavi yöntemidir.

Anahtar kelimeler: biliyer stentleme, ERCP, koledokolitiazis

ENDOSKOPİK VE LAPAROSKOPİK CERRAHİDE YENİLİKLER

SB-76

İNDOSİYANIN YEŞİLİ İLE TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ TECRÜBEMİZ

Bülent Gürbüz¹, Serkan Zenger¹, Mustafa Arısoy¹, Şenol Carilli¹, Aydın Alper²

¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi (LC), dünya çapında en sık uygulanan cerrahi prosedürlerden birisi olup en ciddi komplikasyonu %0,5–1 sıklığında görülebilen safra yolu yaralanmasıdır. Gelişen teknoloji ve laparoskopi ile cerrahların bu korkulu rüyası için çeşitli önlemler bulunmaya çalışılmıştır. İndosiyanın yeşili (İSY) ile yapılan kolesistektomi ameliyatları da bunlardan bir tanesidir. İSY ile laparoskopik kolesistektomide, safra yolları ayrıntılı bir şekilde visualize edilebildiği için oluşabilecek hasarların önüne geçebilmektedir. Biz bu yazımızda Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde 2013–2016 arasında yapılan 145 İSY ile tek kesiden kolesistektomi (TLKL) ameliyatı tecrübemizi sunmayı hedefledik.

Yöntem: İSY ile aynı cerrahi ekip tarafından yapılan 145 TLKL ameliyatı değerlendirildi. İSY ile görüntüleme sağlanamayan 1 hasta çalışmaya dahil edilmedi. Olgular yaş, cinsiyet, ameliyat süresi ve hastanede yatış süreleri açısından değerlendirildi. Hastaların tümüne preop 30 dakika önce derlenme odasında 2,5 mg İSY intravenöz olarak uygulandı. Ameliyatların 139 tanesi PLNPOINT endoskopik floresans görüntüleme sistemi (Novadaq) ile, 6 vaka ise STORZ laparoskopik görüntüleme sistemi ile yapıldı. Tüm hastalara göbekten yaklaşık 2 cm'lik tek kesi yapıldı, 1 adet 10 mm'lik, 2 adet 5 mm'lik trokar ile karına aynı kesiden girildi. İSY yardımı ile karaciğer, safra kesesi, sistik kanal, koledok ve ana hepatic kanal görüntülenmeye çalışıldı. Kolesistektomiler, posterior diseksiyon

yöntemine uygun olarak, güvenli kolesistektomi ilkeleri doğrultusunda tamamlandı.

Bulgular: Değerlendirilen 145 hastanın 63'ü (%43,44) erkek, 82'si (%56,56) kadın cinsiyette idi. Yaş ortalaması 49,11 idi. Erkek hastaların ortalama yaşı 49,11, kadın hastaların yaş ortalaması 48,46 idi. Ameliyat süresi ortalama 72,68 dakika idi. Hastanede yatış süresi ortalama 1 gün olarak saptandı. Hiçbir hastada erken veya geç postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi (LK), genel cerrahların günlük pratiğinde en fazla yaptığı ameliyatlardan biri olup, safra yolu yaralanmaları en korkulan, benign bir hastalık için ciddi mortalite ve morbiditeye yol açabilecek bir komplikasyondur. Yeni geliştirilen yöntemlerle bu komplikasyonlardan cerrahları korumaya yönelik çalışmalar devam etmektedir. İSY ile yapılan LK ameliyatlarda özellikle zor ve seçilmiş vakalarda safra yollarını visualize ederek, hasta ve cerrahın güvenliğini sağlayabilmektedir.

Anahtar kelimeler: indosiyanın yeşili, kolesistektomi, laparoskopi

SB-77

LAPAROSCOPIC SURGERY AND THE SURGEON IS IN SITTING POSITION IS BETTER THAN ROBOTIC AND STANDARD LAPAROSCOPIC SURGERY

Maher Hussein

American University Of Beirut Medical Center

Background: The advantages of Robotic surgery in comparison to standard laparoscopic surgery is the ability to do surgery in sitting position and 3D view and the ergonomic of movement and third hand assistance, disadvantages is one field surgery, extra expenses, the elongated time and absence of tactile sensation and the disadvantages of standard laparoscopic surgery is increased musculoskeletal complaint.

Aim: Laparoscopic surgery is feasible in the sitting position and can maintain all the advantages of standard laparoscopies and avoid the disadvantages of Robotic surgery.

Project Description: I report my experience in the field of Laparoscopic surgery at the American University of Beirut Medical Center and affiliated hospitals where I shifted all laparoscopic procedures including Bariatric procedures to sitting position with 100 %completion of the procedures more than 2000 cases.

Preliminary results: Laparoscopic sitting position will allow you to do long list surgery with decreased muscle fatigue, back and knee pain.

Anahtar kelimeler: robotic surgery, standard surgery, laparoscopic surgery

FİTİK CERRAHİSİ

SB-78

TEK TARAFLI İNGUİNAL HERNİLERDE LAPAROSKOPİK HERNİOPLASTİ DENEYİMİZ

Zeki Özsoy, İsmail Okan, Servet Tali, Emin Daldal, Mehmet Fatih Daşiran, Mustafa Şahin

Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Tokat

Amaç: Tek taraflı inguinal herni tanısıyla laparoskopik total ekstrapéritoneal (TEP) ve Transabdominal Preperitoneal (TAPP) onarım yapılan hastaların ameliyat sonrası iyileşme ve komplikasyonları açısından incelenmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntem: Ekim 2011 ile Ocak 2015 tarihleri arasında kliniğimizde tek taraflı inguinal herni tanısıyla TEP ve TAPP hernioplasti yapılan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat esnasındaki tanıları, ameliyata ait teknik detaylar, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve postop komplikasyonlar retrospektif olarak kayıtlardan bulunarak incelendi.

Bulgular: Tek taraflı inguinal herni nedeniyle TEP ve TAPP hernioplasti yapılan toplam 104 hasta (97 erkek, 7 kadın) çalışmaya alındı. Yaş ortalaması 49,6±17,5 olarak bulundu. 90 (%86,5) hastaya TEP, 14 (%13,5) hastaya TAPP hernioplasti yapıldı. Bunlardan 10 tanesinde tanı

nüks fıtık idi. Ortalama ameliyat süresi $61,7 \pm 30,9$ dakika olarak bulundu. Hastaların 84 tanesinde (%80,7) indirek, 10 tanesinde (%9,6) direk, 8 tanesinde (%7,6) pantolon, 1 tanesinde (%0,9) femoral ve 1 tanesinde (%0,9) indirek+femoral herni mevcuttu. Hastalarımızın 4 tanesinde açığa dönüldü. 1 tanesine Lichstenstein herniorafi, diğerlerine posterior preperitoneal mesh ile herniorafi yapıldı. Mesh 24 hastada laparoskopik sabitleyici ile, 17 hastada sütür ile sabitlendi. 59 hastada ise mesh sabitleyici kullanılmadı. 32 hastada (%30,7) dren kullanıldı. Ortalama hastanede kalış süresi $1,18 \pm 0,6$ gündü. Takip süresi ortalama 18 ay idi. 8 olguda (%7,6) komplikasyon (1 hastada nüks, 7 hastada seroma) gelişti. Nüks eden olguya Lichstenstein herniorafi yapıldı. Seroma ise baskılı pansuman ile tedavi edildi. Hastalarda kronik ağrıya ait bulgu izlenmedi.

Sonuç: Laparoskopik hernioplasti inguinal fıtıkların tedavisinde güvenli bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: İnguinal Herni, Total Ekstraperitoneal Hernioplasti, Transabdominal Preperitoneal Hernioplasti

Tablo1. Hastalara ait demografik ve klinik özellikler

Hasta sayısı (n)	104
Cinsiyet (n/ %)	7/6,7
Kadın	97/93,2
Erkek	
Yaş (ortalama $\pm$ SS)	$49,6 \pm 17,5$
Ameliyat süresi (dakika)	$61,7 \pm 30,9$
Açığa dönüş (n/ %)	4/3,8
Hastanede kalış süresi (gün)	$1,18 \pm 0,6$
Ortalama takip süresi (ay)	18
Nüks (n/ %)	1/0,9
Morbidite (n/ %)	8/7,6
Mortalite (n/ %)	0

Tablo 2. Ameliyat ve sonrasına ait özellikler

		n	%
Cerrahi teknik	TEP	90	86,5
	TAPP	14	13,4
Fıtık tipi	Direk	10	9,6
	İndirek	84	80,7
	Femoral	1	0,9
	Pantolon	8	7,6
	İndirek+Femoral	1	0,9
Komplikasyonlar	Nüks	1	0,9
	Seoma	7	6,7

Seçilmiş Sözlü Bildiriler

FİTİK CERRAHİSİ

SSB-01

KASIK FİTİĞİ TAMİRİNDE LİCHTENSTEİN, LAPAROSKOPİK TRANSABDOMİNAL PREPERİTONEAL VE LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL YÖNTEMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI VE 104 HASTALIK DENEYİMİMİZİsmail Cem Sormaz, Ömer Cenk Cüçük, Elnur Hüseyinov, Seyma Karakuş, Yiğit Soytaş, Levent Avtan

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

Amaç: Bu çalışmamızda kasık fıtığı tanısı ile Lichtenstein açık onarım (LAO), transabdominal preperitoneal (TAPP) ve total ekstraperitoneal (TEP) laparoskopik onarım uygulanan hastaların sonuçlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve yöntemler: Ocak 2011 ve Aralık 2015 tarihleri arasında kasık fıtığı nedeniyle ameliyat edilen 104 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. LAO uygulanan 29 hasta grup 1, TAPP uygulanan 42 hasta grup 2 ve TEP uygulanan 33 hasta grup 3 olarak tanımlandı. Grupların demografik özellikleri, vücut kitle endeksleri (VKİ), ameliyat süreleri, ameliyat sonrası komplikasyonları karşılaştırıldı.

Bulgular: Grup 1'de 1 hastada, grup 2'de 10 hastada ve grup 3'de 7 hastada bilateral kasık fıtığı mevcuttu. Grup 2'de 4 hasta, grup 3'de ise 2 hasta daha önce LAO uygulaması sonrası nüks kasık fıtığı nedeniyle ameliyat edildi. Grup 1'de ortalama ameliyat süresi 50,13±14,28 dakika, grup 2'de ortalama ameliyat süresi 69,61±22,19 dakika ve grup 3'de 63,87±18,09 dakika olarak hesaplandı. Ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi grup 1'de 1.4 gün, grup 2'de 1.2 gün, grup 3'de ise 1.1 gün olarak bulundu. Ameliyat sonrası erken dönemde her 3 grupta da major bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Fıtık cerrahisinde özellikle bilateral ve nüks olgularda laparoskopik teknikler tercihen uygulanmaktadır. Primer ve tek taraflı olgularda ise Lichtenstein tekniği ve laparoskopik tekniklerle benzer sonuçlar elde edilmektedir. Laparoskopik yöntem seçiminde en önemli faktör cerrahın laparoskopik deneyimidir.

Anahtar Kelimeler: Lichtenstein, Transabdominal preperitoneal, TAPP, total ekstraperitoneal, TEP, laparoskopik

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

SSB-02

MİDE TÜMÖRLERİNİN LAPAROSKOPİK CERRAHİSİ

Fatih Sümer, Cüneyt Kayaalp, Ersin Gündoğan

İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Minimal invaziv cerrahi son dekatta hızlı ilerlemeler kaydetmiştir. Son yıllarda uzak doğudan gelen yayınlar mide kanserinde laparoskopik cerrahiye daha popüler hale getirmiştir. Distal mide cerrahisi ile başlayan süreç, teknolojiye gelişmeler ve tecrübelerin artmasıyla tüm mide kanser cerrahilerini kapsayacak şekilde ilerlemiştir. Kliniğimizde laparoskopik olarak ameliyat edilen mide tümörlü hastalara yapılan rezeksiyon işlemlerinin sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında laparoskopik mide rezeksiyonu uygulanan mide tümörleri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar demografik özellikleri, patolojik karakterleri, morbidite, mortalite ve everlerine göre değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 30'u erkek, 17'si kadın, yaş ortalamaları 58,5±12,6 (32-80) idi. Vücut kitle indeksleri 26,7±4,2 (18-44) kg/m2 idi. Hastaların 43'ü adenokarsinom, 2'si gastrointestinal stromal tümör ve 2'si nöroendokrin tümördü. Beş hastada (%10,7) açık cerrahiye geçildi. Üç hastada proksimal yerleşimli tümörde negatif cerrahi sınıra ulaşamayacağı düşünüldüğü için, bir hastada distal yerleşimli tümörün pankreasa invaze olması nedeniyle, bir hastada ise karna girilen ilk trokara bağlı

ince barsak mezosundan kanama olması nedeni ile açık cerrahiye geçildi. Kalan 42 hastanın 27'sine distal subtotal, 13'üne total, iki hastaya santral gastrektomi uygulanmıştır. Laparoskopik rezeksiyon yapılan hastalarda tüm anastomozlar intrakorporeal yapılmıştır. Specimenler 30 hastada (%72) karın duvarında ayrı bir kesi ile (genellikle suprapubik) veya 12 hastada (%28) doğal deliklerden çıkartılmıştır. Mide kanseri nedeni ile ameliyat edilen 17 kadın olgunun 11 (%65)'inde specimen transvaginal olarak çıkarılmıştır. Operasyon süreleri ortalama 253,4±79.0 (155-520) dk ve kan kaybı 91,2 ± 95,7 (10-400) ml olarak saptandı. Hastalar 2,25 (median; 2) günde oral başlanıp, 7,9 (median; 5) günde taburcu edilmiştir. Laparoskopik gastrik rezeksiyon yapılan adenokanserli 38 olgunun 29'una lenf nodu diseksiyonu yapılmış olup 36,25 ± 13,5 (2-62) lenf nodu çıkarıldı. Evre 0; 2, Evre 1; 7, Evre 2; 7, Evre 3; 16 ve Evre 4; 6 hasta vardı. Postoperatif komplikasyon görülen 19 hastanın 5'inde cerrahi müdahale gerekmiştir. İki hastane mortalitesi, 2 geç dönemde kemoterapi sürecinde septik komplikasyonlara bağlı mortalite ve bir hastada kronik kolonik fistül sonrası mortalite görülmüştür. Hastane mortalitesi görülen olgulardan ilkinde çölyak arter trobozuna bağlı pankreas iskemisi gelişti. Yapılan relaparatomiler sonrası hasta kaybedildi. İkinci hastane mortalitesi olan hastada ise sebebi açıklanamayan ileum ve total kolon iskemisi gelişti. Yapılan relaparatomiler sonrası multiorgan yetmeliği ile kaybedildi.

Sonuç: Laparoskopik mide cerrahisi son dekatta gittikçe yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Erken evre kanserlerde öncelikle tercih edilen bir yöntem olmasının yanında, cerrahi alanda artan deneyim ileri evre hastalıklarda da kullanılır hale getirmiştir. Laparoskopinin; hızlı iyileşme süresi ve daha iyi yaşam kalitesi sağlaması gibi avantajlarını da düşünerek benign veya malign mide ameliyatların da kullanılabilir olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Mide Kanseri, NOSE

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

SSB-03

KİST HİDATİK CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZHüseyin Kazım Bektaşoğlu¹, Mustafa Hasbahçeci², Yunus Taşçı¹, İbrahim Aydoğdu², Fatma Ümit Malya¹, Enver Kunduz¹, Elnur Piraliev¹, Kemal Dolay¹¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı³Medikal Park Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Hidatitöz Echinococcus granulosus tarafından oluşturulan ve endemik bölgelerde önemli sağlık problemlerine neden olan zoonotik bir enfeksiyondur. Karaciğer en sık etkilenen organdır. Komplikasyonlardan kaçınmak amacıyla tedavi gereklidir. Tedavide cerrahi altın standarttır. Laparoskopik veya açık cerrahi uygulanabilmektedir. Ancak literatürde karşılaştırmalı çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada karaciğer hydatidozu-na uygulanan açık ve laparoskopik cerrahi sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem-gereçler: Ocak 2012- Eylül 2016 arasında ameliyat edilen 77 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Rekurren vakalar ve daha önceden geçirilmiş karaciğer cerrahisi olan vakalar çalışma dışı bırakıldı. Laparoskopik olarak ameliyat edilen ve açık cerrahiye geçilen 23 vakadan 3'ü çalışma dışı bırakıldı. Klasik açık yöntemle ameliyat edilen 48 hasta mevcuttu. Demografik ve radyolojik özellikler, komplikasyonlar, hastanede kalış süresi, rekurrens ile mortalite değerlendirildi.

Bulgular: Grup 1'de 20 hasta grup 2'de 48 hasta mevcuttu ve yaş ortalamaları sırasıyla 40,4 ve 41 idi. Ortalama hastanede kalış süresi grup 1'de 3,4 iken grup 2'de 4,7 olarak hesaplandı (p:0,005). Ortalama takip süresi grup 1'de 16,2 ay grup 2'de 21,7 idi (p:0,650). Grup 1'de 4 hastada (%20) grup 2'de 13 hastada (%27) komplikasyon izlendi (p:0,540). Grup 1'de mortalite izlenmezken grup 2'de bir mortalite kaydedildi. Grup 1'de 4 hastada (%20), yine grup 2'de 4 (%8,7) hastada rekurrens görüldü (p: 0,170) SONUÇ: Karaciğer kist hidatitinde laparoskopik cerrahi güvenle ve etkili bir şekilde uygulanabilmektedir. Rekurrensin önlenmesi için ameliyat esnasında cerrahi alan görüşünde problem olmayacak uygun hastaların seçilmesi uygun olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, karaciğer, laparoskopik cerrahi

SSB-04

DİSTAL PANKREAS TÜMÖRLERİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Serkan Zenger¹, Bülent Gürbüz¹, Uğur Can¹, Çağrı Bilgiç², Berk Göktepe², Orhan Bilge¹

¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Pankreasa yönelik cerrahi girişimler, yüksek morbidite ve mortalite ile seyreden zor girişimlerdir. Teknolojideki gelişmeler sayesinde, minimal invaziv girişimlerin avantajlarını kullanmak amacıyla laparoskopik pankreas cerrahisi oranları giderek artmaktadır. Pankreasın gövde veya kuyruk yerleşimli kitlesel lezyonlarına yaklaşımımızı göstermek amacıyla laparoskopik veya açık cerrahi uyguladığımız hastalarımızın sonuçlarını paylaşmayı hedefledik.

Materyel ve metod: Ocak 2014 - Aralık 2016 yılları arasında pankreasın gövde veya kuyruk kısmından köken alan tümör nedeniyle kliniğimizde ameliyat edilen 46 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Ortalama yaşı 56,6 olan hastaların 23'ü erkek, 23'ü kadın idi. 29 hastaya laparoskopik, 6 hastaya açık cerrahi girişim uygulandı. 11 hastada ise laparoskopik başlanıp açığa geçildi. 3'ü laparoskopik, 2'si açık ve 3'ü de açığa geçilen 8 hastada dalak koruyucu distal pankreatektomi uygulandı. Hastaların 25'i duktal adenokarsinom, 14'ü nöroendokrin tümör, 3'ü müsinöz kistadenom, 2'si solid psödopapiller karsinom, 2'si kronik pankreatit idi. Laparoskopik cerrahi uygulananlarda ameliyat süresi ortalama 267 dakika iken açık cerrahi uygulananlarda ortalama 286 dakikaydı. Laparoskopik cerrahi uygulananlarda yatış süresi ortalama 7,2 gün, açık cerrahi uygulananlarda ortalama 8,7 gündü. 22 hasta fistül şüphesi ile dreniyle taburcu edilirken, laparoskopik cerrahi yapılan gruptaki 4, açık cerrahi uygulanan gruptaki 5 hastaya girişimsel radyoloji tarafından drenaj uygulandı.

Sonuç: Distal pankreas tümörlerinde laparoskopik cerrahi girişimin, yatış süresini ve ameliyat süresini kısalttığı görüldü. Komplikasyon açısından fark saptanmadı. Laparoskopik cerrahi girişimin, pankreasın distal yerleşimli tümöral lezyonlarında güvenle uygulanabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Distal Pankreas, Laparoskopi, Minimal İnvaziv Cerrahi

ROBOTİK CERRAHİ

SSB-05

ADRENAL KİTLELERİN TEDAVİSİNDE TEK İNSİZYONDAN LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ İLE ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİNİN KARŞILAŞTIRMALI SONUÇLARI

Özer Makay¹, Orhan Ağcaoğlu², Şenol Canlı³, Onur Bayram², Derya Salim Uymaz², Çağrı Bilgiç², Bülent Gürbüz², Serdar Tezelman³, Serkan Zenger³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

³VKV Amerikan Hastanesi

Giriş: Adrenal bez cerrahisinde, laparoskopik tek insizyonun ve robotik tekniklerin de olduğu minimal invaziv cerrahi yöntemler, daha fazla dikkat çekmeye başlamıştır. Bu çalışmada, robotik çok portlu adrenaletomi (RMA) ile tek insizyondan laparoskopik adrenaletominin (SILA) sonuçlarının karşılaştırılması amaçladık.

Gereç-yöntem: Mayıs 2012 - Haziran 2016 arasında, iki tecrübeli endokrin cerrah tarafından transabdominal RMA ve SILA prosedürleri uygulanmış 70 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar, cerrahi tekniklere göre iki ayrı çalışma grubuna dağıtıldı. Operasyon süresi, tümör büyüklükleri, kan kaybı, açık cerrahiye dönüş ve hastanede yatış süresi gibi cerrahi sonuçlar geriye dönük olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 48'i RMA grubunda, 22'si ise SILA grubunda yer aldı. Vücut kitle indeksi, cinsiyet ve yaş gibi demografik veriler her iki grupta da benzerdi. Tümör büyüklüğü gruplar arasında farklılık göstermedi (srasıyla 4.3 ± 2.7 ve 3.2 ± 1.4 cm, p=0.98). Açık cerrahiye dönüş oranları benzer (RMA için %6.2 ve SILA için %4.5, p=0.47) olmakla

birlikte, RMA grubunda ameliyat süresi daha kısa idi (82.0 ± 35.4 ve 104.0 ± 38.3 dakika, p=0.02). Hastanede kalış süresi, robotik cerrahi uygulanan grupta daha kısa bulundu (srasıyla 2.5 ± 0.8 ve 4.0 ± 2.9 gün, p=0.01). Bununla birlikte, yüksek komorbiditesi olan iki hastanın gruptan çıkarılması sonrasında hastanede kalış sürelerinin de her iki grupta da benzer olduğu görüldü. İlk 30 günde her iki grupta da hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Bu çalışma, her iki cerrahi tekniğin de deneyimli ellerde güvenle uygulanabilir olduğunu göstermiştir. Adrenaletominin robot yardımıyla yapılmasının, tek insizyonlu cerrahi ile karşılaştırıldığında, ameliyat süresini kısalttığı gözlemlendi. Bununla birlikte, SILA grubunun kozmetik sonuçlarının daha iyi olduğu düşüncesindeyiz. Robotik cerrahinin yüksek maliyeti, her iki grup arasında doğruluğu yüksek karşılaştırmalar içeren çalışmaların yapılmasının önündeki en büyük zorluğu oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: adrenaletomi, laparoskopik, robotik, tek-insizyon

Diğer

SSB-06

LAPAROSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİDE DONÖR VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN İNTRAOPERATİF ETKİLERİ

Türker Ertürk, Abdulhak Hamit Karayağız, Ülkem Çakır, İbrahim Berber

Acıbadem Üniversitesi İnternational Hastanesi, Organ Nakli Merkezi, İstanbul

Amaç: Standart Laparoskopik Donör Nefrektomi (SLDN) canlıdan böbrek nakli için uygulanan minimal invaziv tekniktir. Böbrek nakli için donör olan ve vücut kitle indeksinin (VKİ) yüksek olduğu (VKİ≥30) obez kişilerde ameliyat süresinin görece yüksek olabileceği ve sıcak iske mi süresinin benzerlik gösterdiği belirtilmiştir. Obezite, ameliyatlarda sırasında ve sonrasında potansiyel morbidite risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda SLDN'de cerrahi ameliyat sürelerinin, sıcak iske mi sürelerinin ve intraoperatif kanama miktarlarının, VKİ farklı olanlarda değişiklik gösterip göstermediğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Acıbadem İnternational Hastanesi'nde 01/10/2010 ile 31/12/2016 tarihleri arasında böbrek nakli için SLDN olmuş 685 canlı böbrek vericisinden, eksik veri nedeniyle 11'i ve multipl renal damarları bulunan 164'ü çalışmaya dahil edilmemiştir. Donör böbrekte tek renal arter ve tek renal ven'i bulunan 510 vericinin tamamı retrospektif olarak, yaş, cinsiyet ve nefrektomi tarafı yönünden tanımlanmış, VKİ ≥30kg/m2 ve VKİ<30kg/m2 olanlar, ameliyat süresi, sıcak iske mi süresi, intraoperatif kanama miktarı yönünden karşılaştırılarak, istatistiksel olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: 510 donörün 272'si (%53.3) kadın (Ort.yaş: 50), 238'i (%46.7) erkek (Ort.yaş: 48.6). VKİ ≥30 olan 186 (%36.5) donör'ün (142'si kadın (%76.3), 44'ü erkek (%23.7)), 54 vericiye Sağ SLDN, 132 vericiye Sol SLDN yapıldı. Ortalama VKİ: 33.8±3

VKİ <30 olan 324 (%63.5) donör'ün (130'u kadın (%40.1), 194'ü erkek (%60.9)), 98 vericiye Sağ SLDN, 226 vericiye Sol SLDN yapıldı. Ortalama VKİ: 25.7 ± 2.6 VKİ ≥30 olanlarda ortalama cerrahi ameliyat süresi (OCAS) 146 ± 30.6 dk., (erkeklerde 152.4 dk., kadınlarda 143.9 dk.). Sağ SLDN OCAS 148.4 dk., Sol SLDN OCAS 145 dk.

VKİ <30 olanlarda OCAS 140.3±26.7 dk. (erkeklerde 143.1 dk., kadınlarda 136 dk.). Sağ SLDN OCAS 138.7 dk., Sol SLDN OCAS 141.1 dk.

VKİ ≥30 olanlarda ortalama sıcak iske mi süresi 167.5±43.8 sn. (erkeklerde 175.1 sn., kadınlarda 165.2 sn.). Sağ SLDN'de 178.5 sn., Sol SLDN'de 163.1 sn.'dir. VKİ <30 olanlarda ortalama sıcak iske mi süresi 161.1±46.4 sn. (erkeklerde 164.9 sn., kadınlarda 155.4 sn.). Sağ SLDN'de 175.2 sn., Sol SLDN'de 155 sn.'dir.

VKİ ≥30 olanlarda ameliyat esnasına ortalama kanama miktarı 68.4±69.8 ml. Sağ SLDN'de 78 ml., Sol SLDN'de 62.2 ml. VKİ <30 olanlarda ameliyat esnasına ortalama kanama miktarı 67.8±79.2 ml. Sağ SLDN'de 69.5 ml., Sol SLDN'de 64.3 ml.

Sonuç: SLDN'nin avantajları; donör için cerrahi morbiditenin azalması, postoperatif ağrının nispeten azlığı, hospitalizasyon süresinin azalması, iyi kozmetik sonuçlar, iş gücü kaybının azalması sayılabilir. Hatta maliyet yönünden de avantajlı olmaya başlamıştır. VKİ≥30 SLDN uygulanan canlı böbrek donörlerinde; özellikle ameliyat sürelerinde artış olduğundan bahsedilmektedir. Araştırmamızda da VKİ değerleriyle ameliyat süresi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. SLDN olan

Obez donörlerde ameliyat süresi obez olmayanlara göre daha uzundur. Ancak, kanama miktarı ve sıcak iskemi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Daha kısa ameliyat sürelerinin, olgu sayılarının artması sonucu daha çok deneyim kazanan ameliyathane ve cerrahi ekiple ve teknik ekipmanların gelişmesiyle olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Böbrek Nakli, Laparoskopik Donör Nefrektomi, Vücut Kitle İndeksi, Ameliyat Süresi, Sıcak Iskemi Süresi, Kanama Miktarı

Tablo 1. Vücut kitle indeksi'ne göre standart laparoskopik donör nefrektomide intraoperatif sonuçlar

Vücut Kitle İndeksi	Ortalama Cerrahi Ameliyat Süresi (dk.)	Ortalama Sıcak Iskemi Süresi (sn.)	Ortalama İntraoperatif Kanama Miktarı (ml.)	Toplam Donör Sayısı
VKI≥30	146±30.6	167.5±43.8	68.4±69.8	186
VKI<30	140.3±26.7	161.1±46.4	67.8±79.2	324
	t=2.119 (P<0.05)	t=1.554 (P>0.05)	t=0.088 (P>0.05)	510

İstatistiksel analizde; İki Ortalama Arası Farkın Önemlilik Testi kullanılmıştır.

Poster Bildiriler

BARIATRİK VE METABOLİK CERRAHİ

PB-01

BARIATRİK CERRAHİ YAPILAN TİP 2 DİABETES MELLİTUSLU HASTALARDA SLEEVE GASTREKTOMİNİN DİABET ÜZERİNE ETKİNLİĞİ

Ahmet Mücteba Öztürk¹, Erkan Oymacı², Savaş Yakan¹, Ozan Barış Namdaroğlu¹, Mehmet Yıldırım¹¹Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği İzmir²Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi Kliniği

Giriş: obezite son yıllarda giderek artan çağımızın en büyük tıbbi sorunlarından biri olup buna bağlı olarak yandaş hastalıklar artmaktadır. Nüfusumuzun neredeyse ¼ ü obezdir ve tip 2 diabetes mellituslu hasta sayısı 6 milyonu geçmektedir. Bunlara bağlı olarak bariatrik cerrahi ve metabolik cerrahi yapılan hasta sayısı ülkemizde artış göstermektedir. Bu çalışmamızda kliniğimizde obezite nedeni ile sleeve gastrektomi yapılan tip 2 diabetes mellituslu hastalarda sleeve gastrektomi nin diabetes mellitus üzerine olan etkinliğini araştırdık.

Materyal-metod: Kliniğimizde temmuz 2014 ve şubat 2017 yılları arasında sleeve gastrektomi yapılan 153 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşı 18–62 (40), vücut kitle indeksi 40–67 (53,5), 124 kadın (%81), 29 (%19) erkek idi. Hastaların 48 (%31) inde tip 2 diabetes mellitus mevcuttu. Hastaların kan şekeri 80–380 mg/dl (230) arasında idi. Tüm diabetes mellituslu hastaların postoperatif dönemde standart kontrolleri incelenerek açık kan şekeri kontrol edildi. Hastaların yapılan takiplerinde hepsinin diabeteslerinin regüle olduğu antidiabetik ilaçlarını ve insülinlerini kullanmadığı görüldü.

Sonuç: Ülkemizde obezite ve tip 2 diabetes yaygın olup obezite nedeni ile yapılan sleeve gastrektominin son bir kaç yılda çok büyük bir sayıya ulaştığı bilinmektedir. Opere edilen morbid obezlerin çoğunda yandaş hastalıklar olup bunların oldukça fazla bir bölümünde tip 2 diabetes mellitus bulunmaktadır. Çalışmamızda tip 2 diabetes mellituslu morbid obezite hastalarında sleeve gastrektomi sonrasında kan şekeri regülasyonunun etkinliği görülmektedir. Buna rağmen uzun dönem sonuçlarının tam olarak bilinmediğinden incelemelere devam edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: tip 2 diabetes mellitus, morbid obezite, sleeve gastrektomi

PB-02

OBEZİTE TEDAVİSİNDE İNTRAGASTRİK BALON TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ: RETROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

Ali Solmaz, Osman Bilgin Gülççek, Mehmet Alim Turgut, Candaş Erçetin, Hakan Yiğitbaş, Erkan Yavuz, Eyüp Sevim, Onur Olgaç Karagülle, Atilla Çelik, Fatih Çelebi

Genel Cerrahi Kliniği, Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Giriş ve Amaç: İntragastrik balon uygulaması morbid obezite tedavisinde cerrahi yöntemlere göre daha az invaziv, daha güvenli bir yöntemdir. Uzun dönem sonuçları tartışılabilir kısa ve orta vadede birçok hastada umut verici sonuçlara sahiptir. Bu bildirideki amacımız hastanemiz genel cerrahi endoskopi ünitesinde uyguladığımız intragastrik balon vakalarımızın hastaların vücut kitle indeksi, fazla kilolarının kayıp oranı (excessive weight loss-EWL), kan kolesterol düzeyleri üzerindeki etkilerini ve oluşan komplikasyonlarımızın erken sonuçlarını meslektaşlarımızla paylaşmaktır. Hasta takipleri devam ettiği için ilk 15 hastanın sonucu paylaşılacaktır.

Gereç ve Yöntem: Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesi'nde Mart 2015 ile Ocak 2017 tarihleri arasında intragastrik balon takılan ve takibi tamamlanmış 15 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Hastaların başlangıç, 3. ay ve 6. ayda intragastrik balon çıkarıldığında kiloları ölçülüp vücut kitle indeksleri (VKİ) ve fazla kilolarının kayıp oranı (excessive weight loss-EWL) hesaplandı, kan kolesterol ve karaciğer enzimleri de ölçüldü.

Bulgular: Yaş ortalaması 41 (22–53) olan 15 hastanın VKİ'leri 6 aylık intragastrik balon tedavisi sonrası anlamlı düzeyde azalmıştır (p=0,001). Hastaların yapılan kan tahlillerinde açlık kan şekeri (p=0,009), total kolesterol düzeyleri (p=0,015), düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) (p=0,002), trigliserid (p=0,006) düzeyleri anlamlı düzeyde gerilemiştir.

Diğer parametrelerdeki değişimler anlamlı bulunmamıştır. Hastalarımızda herhangi bir mortalite ve komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç: Obezite tedavisinde intragastrik balon yerleştirilmesi cerrahi yöntemlere göre morbidite ve mortalitesi daha az olan, hastanede yatmayı gerektirmeyen güvenli bir yöntemdir. Uzun dönem sonuçları tartışılabilir olsa bu çalışmanın da gösterdiği gibi hastalarda etkili düzeyde kilo verme ve kan kolesterol düzeylerini anlamlı derecede düşürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, vücut kitle indeksi, intragastrik balon, kolesterol, komplikasyon

PB-03

LAPAROSKOPİK GASTRİK PLİKASYON SONRASINDA KİLO ALIMINDA REVİZYON (RE-DO) CERRAHİSİ: LAPAROSKOPİK RE-PLİKASYON MU? LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ Mİ?

Ali Solmaz, Osman Bilgin Gülççek, Hakan Yiğitbaş, Erkan Yavuz, Candaş Erçetin, Hüseyin Çayören, Nihat Buğdaycı, Fikret Çaliköğlu, Fatih Çelebi, Rıza Kutaniş

Genel Cerrahi Kliniği, Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Giriş ve Amaç: Obezitenin cerrahi tedavi yöntemlerinden hacim kısıtlayıcı yöntemlerden olan laparoskopik gastrik plikasyon (LGP) ilk olarak İranlı cerrah Talebpour ve ark. tarafından uygulanmış ve geliştirilmiştir. Pratikte uygulanan her obezite cerrahi yöntem için yeterli kilo verilemediğinde veya aşırı kilo kaybında revizyonel yöntemler tanımlanmıştır. Kliniğimizde LGP ameliyatı sonrasında kilo vermenin durması veya kilo alımı durumunda re-plikasyon veya sleeve gastrektomi uygulanmaktadır. Bu bildiride amacımız kliniğimizde uyguladığımız LGP sonrası laparoskopik sleeve gastrektomi ve laparoskopik gastrik replikasyon vakalarımızın sonuçlarını meslektaşlarımızla paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Mart 2014 ile Nisan 2016 arasında (daha önce LGP yapılmış) revizyon ameliyatı yapılan ve tamamı laparoskopik yapılmış olan olgular geriye dönük olarak dosyaları tarandı. Hastaların ilk ameliyat öncesi vücut kitle indeksleri (VKİ), sonrasında verdikleri kilo miktarı, kilo almaya başladıkları süre ve aldıkları kilo miktarları, revizyon cerrahisinde ne yapıldığı ve bu ameliyat sonrası verdikleri kilo miktarları ve fazla kilolarının kayıp oranı (excessive weight loss-EWL) hesaplandı.

Bulgular: Yaşları 19 ile 50 arasında değişen 3 tanesi erkek, 7 tanesi kadın, daha önce laparoskopik gastrik plikasyon yapıp yeterli kilo verememe veya tekrar kilo alma sebebiyle revizyon cerrahisi uygulanan 10 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. Hastaların ortalama 14,5 (±10,08) ay sonra kilo almaya başladığı saptandı. Hastaların 6'sına laparoskopik sleeve gastrektomi, 4'üne laparoskopik replikasyon yapıldı. Ortalama 10 aylık takip sonucunda hastaların VKİ değişimi ve EWL değerleri arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Hastalarda revizyon ameliyatları laparoskopik tamamlanmış olup ameliyat sonrası dönemde herhangi bir morbidite veya mortalite görülmemiştir.

Sonuç: LGP sonrası yeterli kilo verememe veya tekrar kilo almada re-plikasyon veya sleeve gastrektomi yapılmaktadır. Her ne kadar henüz takip süremiz yeteri kadar uzun olmasa da erken sonuçlar bize revizyon cerrahisinde bu iki yöntemin benzer sonuçlara sahip olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, laparoskopik gastrik plikasyon, laparoskopik sleeve gastrektomi, revizyon

PB-04

FİBRİN YAPIŞTIRICININ, BARIATRİK CERRAHİDE AMELİYAT SONRASI KANAMAYA ETKİSİ: TEK MERKEZLİ PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Hüseyin Kazım Bektaş, Hüseyin Akbulut, Süleyman Bozkurt, Erkan Yardımcı, Hüseyin Kadioğlu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Fibrin yapıştırıcılar cerrahide yapıştırıcı, kanama durdurucu olarak kullanılmaktadır. Ameliyat sonrası kanama, sıklıkla stapler hattı

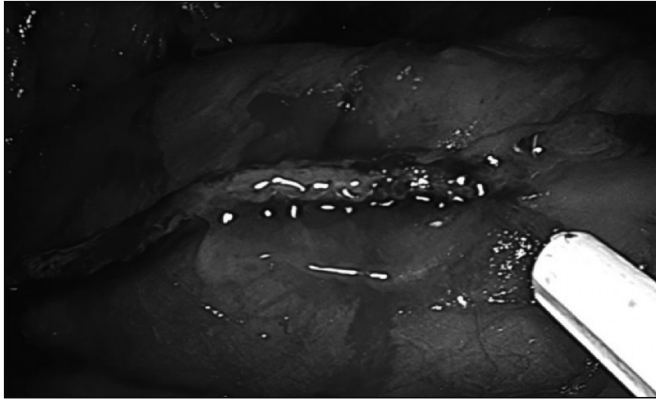
kaynaklı ve bariatrik cerrahinin en önemli komplikasyonları arasındadır. Çalışmamızda stapler hattına uygulanan fibrin yapıştırıcının hemostatik etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-metod: Ekim 2015, nisan 2016 arasında laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan 51 vaka çalışmaya dahil edildi. Vakalar stapler hattına fibrin yapıştırıcı kullanımına göre iki gruba ayrıldı. Yaş, cinsiyet, vücut kütle indeksi (kg/m^2), ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası birinci gün hemoglobin değerleri, ameliyat sonrası birinci gün drenaj miktarları, kan transfüzyon ihtiyacı ve hastanede kalış süreleri değerlendirildi.

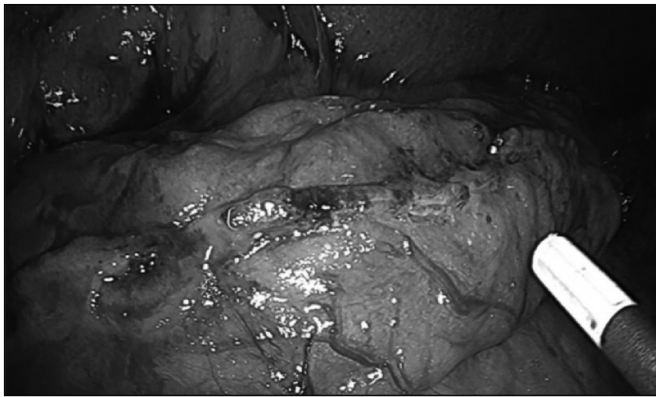
Bulgular: Birinci grup fibrin yapıştırıcı kullanılan 29 hastayı, ikinci grup kullanılmayan 22 hastayı içermektedir. Ortalama yaş birinci ve ikinci gruplar için sırası ile $33,8 \pm 10,7$ ve $37,6 \pm 12,7$ idi. Birinci grupta 6 erkek 23 kadın hasta, ikinci grupta 4 erkek 18 kadın hasta bulunmaktaydı. Ortalama vücut kütle indeksi sırası ile $45 \pm 5,3$ kg/m^2 ve $45,2 \pm 6,1$ kg/m^2 idi. Yaş, cinsiyet ve vücut kütle indeksi açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamaktaydı ($p > 0,05$). Birinci grup için ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası birinci gün ortalama hemoglobin değerleri sırası ile $13,6 \pm 1,5$ ve $12,7 \pm 1,5$ iken ikinci grup için bu değerler sırası ile $13,2 \pm 1,4$ ve $12 \pm 1,9$ idi. Hemoglobin değişimleri arasında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,005$). Birinci grupta kan transfüzyonu ihtiyacı olan hasta olmazken ikinci grupta 3 hastaya kan transfüzyonu yapıldı ($p = 0,07$). İki grupta da anastomoz kaçağı yada reoperasyon ihtiyacı olmadı. Ortalama yatış süresi birinci grup için $2 \pm 0,25$, ikinci grup için $2,8 \pm 1,89$ idi.

Sonuç: Kanama ve anastomoz kaçağı bariatrik cerrahinin en sık komplikasyonları arasındadır. Komplikasyon oranlarını azaltmak adına fibrin yapıştırıcı kullanımına yaygın olarak başvurulmaktadır. Gastrik bypass cerrahisinde fibrin yapıştırıcının kaçak açısından sonuçları iyileştirdiğine dair yayınlar mevcuttur. Ek olarak kanama kontrolü fibrin yapıştırıcının önemli etkilerinden biridir ve çalışmamızda bariatrik cerrahide uygulanabilir olduğu ve ameliyat sonrası kanama ve kan transfüzyon ihtiyacını azaltabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: obezite, bariatrik cerrahi, kanama, fibrin yapıştırıcı



Resim 1. Kanama sırasında fibrin yapıştırıcı uygulama



Resim 2. Fibrin yapıştırıcı uygulama sonrası

PB-05

DİABETİK HASTALARDA SLEEVE GASTREKTOMİLİ, TEK ANASTOMOZLU DUODENO-İLEAL BYPASS (SADI-S) AMELİYATININ ETKİNLİĞİ

Talar Vartanoğlu, Candaş Erçetin, Hakan Yiğitbaş, Osman Bilgin
Gülççek, Ali Solmaz, Erkan Yavuz, Fatih Çelebi, Rıza Kutaniş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Erişkinlerin üçte birinden fazlasını etkileyen obezitenin prevalansı özellikle Batı dünyasında gün geçtikçe artmaktadır. Diyabetik hastalarda; sleeve gastrektomili, tek anastomozlu duodeno-ileal bypass (SADI-S) ameliyatının etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal-metod: Kliniğimizde; kasım 2015 ve temmuz 2016 yılları arasında laparoskopi yardımıyla SADI-S ameliyatı uygulanan 28 hastanın, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası altıncı ayında; glikoz, insülin, C-peptid, hemoglobin, HbA1 c, ferritin, demir, trigliserid, kolesterol değerleri, vücut kitle indeksleri (VKİ), fazla kilo kaybı yüzdeleri (%FKK) ve kullanmakta oldukları anti-diyabetik ilaçları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 18 kadın ve 10 erkekte oluşan grubun ortalama yaşı 51 ($34-62$). Ortanca VKİ 34 kg/m^2 ($23,2-52,7$). Operasyondan altı ay sonra ortalama %FKK 61,8 ($5,5-296,3$). Ameliyat öncesinde hastaların hepsi ilaca bağımlı tip II diyabetes mellitus olgusudur. SADI-S sonrasında olguların 21'inde (%75) diyabet semptom ve bulguları kaybolurken, olguların 7'sinde (%25) mevcut insülin tedavisi kesilerek oral anti-diyabetik tedavisine geçilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde; glikoz, insülin, C-peptid, hemoglobin, HbA1 c, kolesterol ve trigliserid düzeyleri üzerine olumlu etki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Uzun süreli kontrolsüz kan şekeri olan ve tedavide yüksek dozda insülin kullanımına ihtiyacı olan diyabetik hastalarda, diyabetin çözümü ve kilo kaybı için SADI-S ameliyatı etkili bir yöntemdir. Bu çalışma sonucunda; SADI-S ameliyatının, özellikle komplice ve uzun süreli tip II diyabetes mellitus olgularında etkili bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Bariyatrik cerrahi, SADI-S, Duodeno-ileal bypass, Tip II diyabetes mellitus

PB-06

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ İLE BİRLİKTE EŞ ZAMANLI KOLESİSTEKTOMİ

Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Coşkun Onak, Emine Özlem Gür, Yasin Peker, Evren Durak, Gülden Ballı, Atahan Acar, Osman Nuri Dilek

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç: Morbid obez kişilerde safra taşıması prevalansı %19-45'tir. Morbid obezite cerrahisinde laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) en çok kullanılanlardan prosedürlerden biridir. LSG sırasında safra taşlarının yönetimi halen tartışma konusudur. Biz çalışmamızda LSG ile kolesistektominin eş zamanlı yapılmasının güvenilir olup olmadığını sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında 102 hasta LSG uygulamak amacıyla yatırıldı. LSG endikasyonu VKİ $>40 \text{ kg/m}^2$ ya da en az bir komorbiditenin eşik ettiği $>35 \text{ kg/m}^2$ olan hastalardı. Hastaların yaş, cinsiyet, VKİ leri, safra kesesinin preoperatif ultrasonları (USG), uygulanan cerrahi, cerrahi süreleri, komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri kaydedildi. LSG ile eş zamanlı kolesistektomi uygulanan hastalara ek trokar girişi uygulanmadı. Kolesistektomi lojuna bir dren fazla konuldu.

Bulgular: Çalışmaya alınan 102 hastanın 75'i kadın 27'si erkek, yaş ortalaması $42,6 \pm 1,02$ idi. Hastalarımızın 14'ü (%13,7) laparoskopik kolesistektomili idi. Sekiz hastamıza preoperatif dönemde USG yapılmadığı saptandı. 14 hastada taş mevcuttu. 66 hastada taş saptanmadı. Kolesistektomi saptanan 14 (%17,5) hastanın 2'si erkek, 12'si kadın idi. LSG ile birlikte kolesistektomi uygulanan hastaların hepsi ($n=5$) kadındı. Kolesistektomi saptanan hastalarımızın tamamı asemptomatik olup insidental olarak taş saptandı. LSG uygulanan bir hastamızda 7 ay sonra kolesistektomi saptandı ve laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Hastalarımızı

demografik özellikleri, VKİ'leri, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve mortalite-morbidite oranları Tablo'da sunuldu.

Sonuçlar: Morbid obezite ile kolelithiazis birlikteliği %19-45 oranında görülürken bariyatrik cerrahi öncesi bu hastaların %25'inden fazlasına kolesistektomi uygulanmaktadır. Tucker ve ark çalışmasında bariyatrik cerrahiye kolesistektominin eklemesi ameliyat süresini 18 dk (aralık 15-23 dk) uzattığı bildirildi. Tarantino ve ark. RYGBP ile eş zamanlı kolesistektomi uygulamasının hastanede kalış süresi ve operasyon süresini uzattığını ancak komplikasyon riskini arttırmadığını bildirdiler. Warschlow R ve ark çalışmasında hastaların %14,7'sinde eş zamanlı kolesistektomi uygulamışlar ve bariyatrik hastalardaki asemptomatik safra taşlarının obez olmayan popülasyonda olduğu gibi güvenilir şekilde idare edilebileceği sonucuna varmışlardır. Bariyatrik cerrahi öncesi kolelithiazis asemptomatik olup eş zamanlı kolesistektomi uygulanmayan hastaların %2,7-28,9 oranında BC sonrası kolelithiazis semptomatik hale gelmesi üzerine kolesistektomi uygulandığı görüldü.

Bariyatrik cerrahi ile eş zamanlı kolesistektomi yapılmasının semptomatik hastalarda önerildiği bilirse de halen bu konu tartışmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Kolelithiazis, Laparoskopi, Morbid, Obezite

PB-07

LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ; SON 10 YILDA ÖĞRENDİKLERİMİZ

Ali Durmuş¹, Gökmen Öztürk¹, Oğuzhan Karatepe²

¹Nişantaşı Üniversitesi

²Memorial Şişli Hastanesi

Giriş Amaç: Bu çalışmadaki amacımız son 10 yıldaki laparoskopik sleeve gastrektomi uyguladığımız hastaların verilerini sunmaktır.

Materyal-metod: 2007-2017 tarihleri arasında laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan 1167 hastanın prospektif olarak toplanan verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar 2 gruba ayrıldı. İlk 5 yıl ve sonraki 5 yılda yapılan hastalar. Gruplar arasında demografik verileri, hastanede yatış, komplikasyon oranları, ortalama kilo verme miktarı karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Grup 1 (n= 683) İlk 5 yıl Yapılan hastalar, 2 (n= 484) ikinci 5 yılda yapılanlar, Hastaların ortalama yaş. Ortalama hastanede yatış süreleri ve BMI düzeyleri karşılaştırıldığında istatistik olarak anlamlı fark yoktu. Grup 1 de 11 (%1,6) adet kaçak grup 2 de ise 1 adet (%0,2) kaçak görüldü. Son 10 yılda kaçak dolayısıyla mortalite saptanmadı.

Tartışma: cerrahi tecrübe arttıkça komplikasyon oranı azalmaktadır

Anahtar Kelimeler: laparoskopik sleeve gastrektomi, vaka serisi, mide güdüğü kaçağı

PB-08

OBEZİTE CERRAHİSİNİN KARACİĞER BOYUTLARINA ETKİSİ: OLGU SERİSİ

Fatih Başak¹, Abdullah Şişik¹, Yahya Özel¹, İlyas Kudaş¹, Fatma Kulalı², Neşet Köksal¹

¹Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği

Amaç: Günümüzde morbid obezite tedavisinde, cerrahi en etkili tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Obezite cerrahisinin amacı hastanın fazla kilolarını vermesini sağlamak ve buna bağlı komorbid durumları azaltmaktır. Obez hastalarda karaciğer boyutları, obez olmayan kişilere göre değişiklik göstermektedir. Literatürde obezite cerrahisi sonrası karaciğere ait yapısal değişiklikler net değildir. Bu çalışmanın amacı, obezite ameliyatı sonrası kilo kaybı ve karaciğerdeki boyutsal değişikliklerin ilişkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Retrospektif gözlemsel çalışma planlı. Obezite nedeniyle 2015-2016 yılları arasında sleeve gastrektomi yapılan hastalar değerlendirildi. Başka nedenler ile ameliyat öncesi ve sonrası dönemde manyetik rezonans görüntüleme (MR) tetkiki olan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, ameliyat öncesi ve sonrası vücut kitle indeksi (VKİ) kayıt edildi. Ameliyat öncesi değerlendirme periyodu, ameliyat öncesi 3 ay olarak alındı. Ameliyat sonrası periyod

için de ameliyat sonrası 3-6 aylık dönem içindeki yapılan değerlendirmeler alındı. MR görüntüleri incelendi ve karaciğer boyutları kaydedildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanıldı.

Bulgular: Çalışma kapsamında 13 hasta değerlendirildi. Yaş ortalaması 43,3±12,7 olup, tüm hastalar kadındı. Ortalama VKİ değerinin, ameliyat öncesinde 48,2±6,4 ve sonrasında 40,9±5,9 olduğu görüldü. Karaciğer boyutu ameliyat öncesinde 191,1±27,2 mm ve sonrasında 175,9±26,4 olarak tespit edildi. Ameliyat sonrası 3-6 aylık dönemdeki VKİ farkı 7,3±3,5 ve karaciğer boyutu farkı 15,2±17,2 mm idi.

Sonuç: Karaciğer boyutlarındaki değişiklikler hastanın verdiği kilo ile ilişkili görülmektedir, ancak fonksiyonel değişikliklerle ilgili daha ayrıntılı ve geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Karaciğer, Morbidite

PB-09

LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİDE KAÇAK OLGULARINA YAKLAŞIM

Cemal Kara, Türker Karabuğa, Ali Doğan Bozdağ

Kordon Cerrahi Merkezi, Genel Cerrahi, İzmir

Amaç: Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası karşılaşılabilen ve mortalitesi yüksek olan kaçak durumlarının tespiti ve tedavi yaklaşımı konusunda 17 hastadaki deneyimimizi aktarmaktır.

Yöntem: 2010-2016 yılları arasında laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan 2100 vaka içinde gelişen 5 kaçak olgusu ve dış merkezde opere edilen ve kaçak gelişmesi üzerine merkezimize sevk edilen 12 kaçak olgusuna stent ve drenaj yöntemi uygulanmıştır. Olgular cinsiyet, yaş, bki (beden kitle indeksi), ek hastalık, geçirilmiş operasyon öyküsü, kaçak süresi, uygulanan stent ve takip süreci açısından retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 13'ü erkek 4'ü kadın ve yaş ortalaması 40,5 (24-56) idi. Ortalama bki: 43,9 (36,7-54,2) idi. Hastaların %64,7 (11)'ünde Tip2 diyabet, %58,8 (10)' inde Hipertansiyon, %70,5 (12)'inde hiperlipidemi mevcuttu. 3 hastada apendektomi, 5 hastada laparoskopik kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Semptomların ortalama başlama süresi 5,4 (3-15) gün idi. İlk hastada semptomlar 15. gün, geri kalan hastalarda 3-6 gün arasında başladı. En sık görülen semptomlar huzursuzluk (%94,1), ateş (%88,2), karın ağrısı (%82,4), taşikardi (%76,4), solunum sıkıntısı (%47) olarak görüldü. Laboratuvar tetkiklerinde CRP değeri ortalama 98 (82-186), lökosit sayısı ortalama 11600 (8600-24000) olarak bulundu. Tüm hastalara oral-IV kontrastlı tüm batin BT çekildi. BT sonucunda 15 hastada dalak komşuluğunda subdiyafragmatik alanda apse poşu izlendi. 2 hastada batin içi yoğun içerikli serbest sıvı izlendi. Hastaların dördüne laparoskopik, ikisine laparotomi ile 11 hastaya da perkütan drenaj uygulandı. Endoskopik olarak kaçak alanı 12 hastada net olarak izlendi. Diğer hastalara bu alan ödemli olarak izlendi. 2 hastada kaçak alanı stapler hattının tam ortasında idi. 15 hastada ise kaçak alanı kardioözofageal bileşke idi. Hastaların altısına eş zamanlı endoskopik 24 cm lik tam silikon kaplı nitinol bariatric stent ve 11 hastaya eş zamanlı 17 cm tam silikon kaplı nitinol stent uygulandı. Stent uygulamasını takiben ortalama 2,6 (2-5) gün sonra oral beslenmeye geçildi. 17 cm lik stent uygulanan hastalarda stent kaymasına bağlı olarak stent ortalama 1,8 (1-3) kez endoskopik yolla geri çekildi. Klinik olarak düzelme görülen hastalara belli aralıklarla hemogram, CRP takibi yapıldı ve kontrol oral-IV kontrastlı BT çekildi. 6,4 hafta (6-8) sonrasında stentler endoskopik olarak çıkarıldı. Hastaların dreni kontrollü olarak tedricen geri çekilerek çıkartıldı ve hastalarda hedeflenen kaçak iyileşmesi sağlandı.

Sonuç: Bu vakalardaki deneyimimiz ve temel vurgumuz yapılacak müdahalenin zaman kaybetmeden olması, minimal invaziv olması ve mümkün olduğunca erken enteral beslenmeye geçilmesidir.

Anahtar Kelimeler: gastrektomi, sleeve, kaçak, stent

PB-10

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI KAÇAĞA BAĞLI STENT UYGULANAN HASTALARDA DREN MİGRASYONU: ÜÇ OLGU

Türker Karabuğa, Cemal Kara, Ali Doğan Bozdağ

Kordon Cerrahi Merkezi, Genel Cerrahi, İzmir

Amaç: Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası kaçak gelişen ve stent uygulanan hastalarda görülen mideye dren migrasyonu olan üç olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kaçak sonrası endoskopik gastrik stent uygulanan ve mideye dren migrasyonu gelişen 3 olgu yaş, bki (beden kitle indeksi), ek hastalık, kaçak süresi, uygulanan stent ve takip süreci retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olgu 1:32 yaşında erkek hasta, beden kitle indeksi (bki) 36,7 11 yıldır malign hipertansiyon nedeniyle 4 farklı antihipertansif kullanıyor. Ameliyat sonrası hemoraji gelişen hastaya toplam 6 Ü eritroist transfüzyonu verilerek medikal tedavi sonrası postoperatif 7. gün eksterne edildi. Postoperatif 15. gün hastada gelişen ateş, karın ağrısı ve taşikardi yakınmaları üzerine çekilen IV+ Oral kontrastlı batin tomografisinde dalak ile mide arasında 10 cm lik enfekte hematoma izlendi. Oral alımı takip eden 2 gün sonra yediklerinin drenden gelmesi üzerine hastaya endoskopik 17 cm tam silikon kaplı nitinol stent uygulandı. Stent sonrası hastanede yatış süresi 8 gündü. 6 hafta sonra stent çıkarıldı ve 2 gün sonra oral başlandı takibinde drenden getiren olması üzerine hastaya 24 cm lik tam kaplı bariatric stent uygulandı. 6 hafta sonra stent çıkarıldı drenin mide içerisine migrate olduğu görüldü. Dren geri çekilerek hasta takip edildi ve 3. gün oral başlandı. 7 gün takip sonrası taburcu edildi.

Olgu 2:38 yaşında kadın hasta, bki: 39,9 idi. Postoperatif 3. gün şiddetli karın ağrısı ve taşikardi yakınması oldu. Çekilen IV+Oral kontrastlı batin tomografisinde kardial düzeyinde kaçak izlendi. Hasta laparoskopik başlanıp laparotomiye geçildi ve dreaj uygulandı. Postoperatif 1. gün tam kaplı 17 cm lik nitinol stent takıldı. Stent uygulaması sonrası hastanede yatış süresi 7 gündü. 6 hafta sonra çıkarılırken drenin mideye migrate olduğu izlendi. Stent çekildi ve hasta takip edildi ve kliniği düzelen hasta 4. gün taburcu edildi.

Olgu 3:37 yaşında kadın hasta, bki: 42,3 idi. Postoperatif hemoraji nedeniyle 3Ü eritroist süspansiyonu verildi. Hastanede yatış süresi 6 gün idi. Postoperatif 15. gün bulantı, kusma ve ateş yakınması oldu. Çekilen IV+Oral kontrastlı batin tomografisinde mide ile dalak arasında 8 cm lik apse tespit edildi. Perkütan denaj uygulanarak aynı gün 17 cm lik tam kaplı nitinol stent uygulandı. Stent 3 kez kayması üzerine geri çekildi. Stent sonrası hastanede yatış süresi 20 gün idi.

Üç hastada da CPR düzeyi yüksekti (82-95-180) ve lökosit sayısı 13200-17,000 ve 8900 idi.

Sonuç: Stent uygulanan vakalarda drenin mutlaka belli aralıklarla geri çekilmesi uygun olacaktır. Stent çıkarıldıktan sonra dren migrasyonu varsa dren geri çekilerek, ek işlem gerekmeden fistül traktı kapanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: gastrektomi, sleeve, kaçak, stent, dren, migrasyon

PB-11

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI MİDE DUODENUM GRAFİSİNİN YERİ

Erdinç Kamer, Fevzi Cengiz, Coşkun Onak, Emine Özlem Gür, Yasin Peker, Evren Durak, Gülden Balı, Osman Nuri Dilek

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç: Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) bariatrik cerrahide geniş kabul görmüş bir prosedürdür. Gastrointestinal anastomoz gerektirmediği için daha hızlı, daha basit ve daha az invaziv olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte LSG komplikasyonları kanama, hematoma, mide stapler hattı kaçığı ve stenoza. Bu komplikasyonların hızlı bir şekilde yönetilmesi hastanede kalış süresinin kısalmasına ve buna bağlı mortalitenin önlenmesinde önemlidir.

LSG den sonra postoperatif komplikasyonların erken tanısında görüntüleme yöntemlerinin rolü halen tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda LSG sonrası kaçakların ya da stenozların gösterilmesinde rutin üst gastrointestinal

kontrast çalışmalarını önerirken, bazı çalışmada ise sadece kuşku du- rumlarda uygulanması gerektiği bildirilmektedir. Bu çalışmada LSG son- rası postoperatif komplikasyonların erken tanısında rutin mide-özefagus grafisinin (MÖG) kullanılmasının değeri tartışıldı.

Gereç ve Yöntem: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında 102 hasta LSG uygulamak amacıyla yatırıldı. LSG endikasyonu VKİ >40 kg/m2 ya da en az bir komorbiditenin eşik ettiği >35 kg/m2 olan hastalardı. Hastaların yaş, cinsiyet, VKİ leri, postoperatif MÖG, komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 102 hastanın 75'i kadın 27'si erkek, yaş ortalaması 42,6±1,02 idi. 102 hastanın 22'sine (%21,6) MÖG çekildi. Bu hastaların birinde antral stenoz görüldü. Hastalarımızı demografik özellik- leri, VKİ'leri, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri ve mortalite-mor- bidite oranları Tablo'da sunuldu.

Sonuçlar: LSG sonrası komplikasyon oranı %0-24 iken mortalite oranı %0,39 dur. LSG sonrası kaçak oranı ise %1,4-5,3 arasında de- ğişmektedir. Postoperatif komplikasyonları belirleme yöntemlerinin rutin ya da selektif kullanımı tartışmalıdır. Postoperatif yutma testleri ve rutin dren kullanımı bazı yazarlar savunurken, bazıları fazla testin gereksiz olduğunu klinik takibin iyi sonuç verdiğini savunmaktadırlar. Pek çok klinikte LSG sonrası postoperatif 1. ya da 2. gün de stenoz ya da kaçığın tanısında üst gastrointestinal sistem kontrast grafileri kullanılmaktadır. Ancak üst gast- rointestinal sistem kontrast grafilerinin kaçığın tespitinde sensitivitesi çok düşüktür. LSG uygulayan bariatrik cerrahların pratiğinde mide stapler hattı kaçığı ya da kanamayı düşündüren hastanın klinik semptomları (ta- şikardi, ağrı, ateş gibi) sıklıkla kabul edilen uyarı durumlarıdır.

Anahtar Kelimeler: Morbid obezite, laparoskopik, özefagus-mide grafisi

PB-12

ANTRUM REZEKSİYON SINIRININ KALAN MİDE VOLÜMÜ VE POSTOPERATİF KİLO KAYBI ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Mihmanlı, Sinan Ömeroğlu, Emre Bozkurt, Uygur Demir, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Pınar Yazıcı

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Obezite nedeni ile laparoskopik sleeve gastrektomi yapılan hastaların antrum rezeksiyon sınırının kalan mide volümü üzerine etkisi ve bunun kilo kaybı üzerine etkisinin araştırılması.

Yöntem: Ocak 2014 ile ekim 2015 arasında hastanemizde sleeve gastrektomi ameliyatı uygulanan hastaların demografik özellikleri, ope- rasyon bilgileri, postoperatif morbidite, mortaliteleri ve postoperatif 3., 6. Ve 12. Aylarda fazla kilolarından kayıp yüzdeleri (ewl) analiz edildi. Hastalar antrum rezeksiyonunun pilora uzaklığına göre üçe ayrıldı. Grup 1 (n= 80) pilora uzaklık 3 cm, grup 11 (n=35) pilora uzaklık 3-6 cm, grup 3 (n: 30) pilora uzaklık >6 cm. Pilora uzaklıklar önceden işaretli bir endograsper yardımı ile ölçüldü. Kalan mide volümü ameliyat sırasında yer- leştirilen bujinin özofagogastrik bileşke sınırına kadar geri çekilip, metilen mavisini verilerek midede gerginlik oluşturan metilen mavisini miktarı olarak kayıt edildi. Çıkan mide volumu ise rezeksiyondan sonra piyes serum fiz- yolojik ile doldurularak ölçüldü ve kayıt edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 38±5,8 ay olan 145 hasta (42 erkek, 103 kadın) çalışmaya dahil edildi. Hastaların ameliyat öncesi ortalama vücut kitle indeksi 48,2±7 kg/m2 idi. İki grup arasında demografik özellikler açısından fark saptanmadı. Operasyonda kullanılan ortalama stapler sayı- sı grup 1'de anlamlı yüksekti (grup 1: 6,5 grup 11: 5,7 grup 111: 5,1 adet, p<0,01). Kalan mide volumleri ortalama grup 1 de 29,3 cc, grup 11 de 32,1 cc, grup 111 de 36,6 cc olarak ölçüldü. Çıkan mide volumu ise grup 1 de ortalama 1440± 14 cc, grup 2 de 1412±20cc, grup 111 de ise 1374 ± 17 cc olarak ölçüldü. Grup 1'deki hastaların sırası ile 3., 6. Ve 12. Aylardaki ewl'leri 43,2±6 %, 65±6 %ve 81,2±6 % idi. Grup 11'de ki hastaların ise 42,8±7 %, 64,3±5 %ve 79,2±5 % idi. Grup 111'de ise sırasıyla 40,4±5 %, 61,4±6 %, 75,7±5 % olarak saptandı. Tüm takip periyotlarında grup 1 ve grup 11'de ki ewl oranları grup 111 den anlamlı ola- rak yüksekti (p<0,05). Her üç grupta da hastalarda müdahale gerektiren komplikasyon saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamızda, laparoskopik sleeve gastrektomide antrum re- zeeksiyon sınırının artmasının ameliyat maliyetlerini önemli ölçüde azalt-

makta olduğunu ancak fazla kilolardan kayıp yüzdesi üzerine özellikle grup 3 de negatif etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: obezite, rezeksiyon, sleeve gastrektomi

PB-13

METABOLİK SENDROM NEDENİYLE LAPAROSKOPİK TRANSİT BİPARTİSYON UYGULADIĞIMIZ HASTALARIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Türker Karabuğa¹, Cemal Kara¹, Ömer Yoldaş², Ali Doğan Bozdağ¹

¹Kordon Cerrahi Merkezi, Genel Cerrahi, İzmir

²Özel Sada Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir

Amaç: Kontrolsüz tip-2 diyabet nedeniyle laparoskopik transit bipartisyona uyguladığımız hastalarımızın erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2016-Kasım 2016 tarihleri arasında metabolik sendrom nedeniyle laparoskopik transit bipartisyona uyguladığımız 12 hasta, yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (bki), ek hastalık, geçirilmiş operasyon, diyabet süresi, insülin kullanma süresi, laboratuvar sonuçları, endoskopi bulguları, uygulanan cerrahi yöntem, operasyon süresi, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve hastanede yatış süresi, postoperatif bulantı-kusma ve gastrointestinal semptomlar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların 9 (%75) 'u kadın, 3 (%25) 'ü erkek, yaş ortalaması 52,6 (46-61) idi. Ortalama bki: 38,2 (31,1-45,4) kg/m² idi. Hastaların tamamında hipertansiyon ve hiperlipidemi mevcuttu. Dört hastada reflü hastalığı, üç hastada koroner arter hastalığı ve koroner stent mevcuttu. Üç hastanın laparoskopik kolesistektomi, iki hastada apendektomi, bir hastada dört kez umbilikal herni onarımı, bir hastada laparoskopik gastrik plikasyon operasyonu öyküsü vardı. Ortalama 18,4 (10-25) yıldır diyabet tanısı ve 8,6 (1-15) yıl insülin kullanma öyküsü mevcuttu. Ortalama C-peptit seviyesi 2,1 ng/ml (1,8-2,8) olarak bulundu. Ortalama HbA1c seviyesi %9,7 (7,8-11,7) idi. Yapılan endoskopide 4 (%33,3) hastada antral gastrit, 3 (%25) hastada 2 cm lik hiatal herni mevcuttu. Ortalama ameliyat süresi 210 dk (180-240) idi. Peroperatif komplikasyona rastlanmadı. Postoperatif birinci gün yedi hastada bulantı-kusma yakınması, üç hastada ikinci güne kadar devam etti. 3. ay fazla kilo kaybı %29,7 olarak bulundu. Hastaların postoperatif 3. ay kontrolünde HbA1c değeri ortalama 1,1 (0,8-1,6) birim geriledi. Ortalama dört aylık takip süresince hiçbir hastada ishal, dispeptik şikayet gibi gastrointestinal şikayet oluşmadı. Yine bu süreçte hiçbir hastada vitamin, mineral ve elektrolit bozukluğu gözlenmedi. Hastaların yedisinde ilk beş günde insülin kullanımı kesildi. Kalan üç hastada ilk üç haftada, diğer iki hastada ise dördüncü haftanın sonunda insülin kullanımı tamamen kesildi. Kan şekeri düzeyleri ortalama insülin kullanmadan 130 mg/dl altında seyretti. Hastaların tamamı ameliyat sonrası üçüncü haftadan itibaren hiçbir semptom ve şikayetlerinin olmadığını belirttiler.

Sonuç: Metabolik sendromun tedavisi için son dönemlerde popüler olmaya başlayan transisit bipartisyona tekniği öğrenme eğrisi oldukça düşük bir yöntemdir. Erken dönem sonuçlarına bakıldığında diyabetin kontrolünde son derece etkin olduğu gözlenmektedir. Tüm bu veriler ışığında metabolik sendrom için uygulanan cerrahi yöntemler içinde transit bipartisyona avantajları nedeniyle bir adım öne çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: Diyabet, transit bipartisyona, metabolik sendrom

PB-14

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE STAPLER HATTINDA SEROZA AÇILMASINA LOKAL SÜTÜR ATILMASI

Cemal Kara¹, Türker Karabuğa¹, Ömer Yoldaş², Ali Doğan Bozdağ¹

¹Kordon Cerrahi Merkezi, Genel Cerrahi, İzmir

²Özel Sada Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir

Amaç: Günümüzde en popüler bariatrik prosedürlerden biri laparoskopik sleeve gastrektomide endostapler kullanılmaktadır ve mide doku-sunun çok kalın olmasına bağlı olarak serozada açılma meydana gelebilir.

mektedir. Sadece seroza açılması olan stapler hattının sütüre edilmesi ile ilgili verileri sunmayı amaçladık.

Materyal-metod: Ocak 2008 ve şubat 2016 tarihleri arasında sleeve gastrektomi uygulanan 2100 olgu arasından doku kalınlığına bağlı stapler kesisi nedeniyle seroza açılması görülen 32 olguda olgulara ait yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), ek hastalık, endoskopi bulguları, uygulanan cerrahi yöntem, operasyon süresi, postoperatif komplikasyonlar ve hastanede yatış süresi, postoperatif bulantı-kusma ve gastrointestinal semptomlar retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 32 olgunun 19 (%59,3)' i erkek, 13 (%40,7) kadın ve yaş ortalaması 32,4 (20-53) idi. Ortalama vücut kitle indeksi 48,7 (41,2-64,7) idi. Hastaların 15 (%46,8) inde tip 2 diyabet, 14 (%43,7) ünde hipertansiyon, 9 (%28,1) 'unda reflü hastalığı, 5 (%15,6)'inde koroner arter hastalığı mevcuttu. Preoperatif yapılan endoskopilerde 3 hastada antral gastrit, 1 hastada prepilörik ülser, 2 hastada hiatal herni mevcuttu. Tüm hastalara 13 mmHg basınç altında Fransız pozisyonunda 36 F buji kullanılarak laparoskopik sleeve gastrektomi uygulandı. Standart olarak ilk stapler olarak zımba bacak 4,1 mm (yeşil), ikinci stapler olarak zımba bacak boyu 3,8 mm (sarı) olan stapler kullanıldı. 28 (%87,5) hastada ilk staplerde, 4 (%12,5) hastada ikinci staplerde stapler hattının ortasından 0,5 ile 1 cm arasında serozada açılma oluştu. Tüm hastalarda bir sonraki staplerden başlayarak 3/0 V-lock ile antruma kadar sütüre edildi. Tüm hastalara rutin olarak peroperatif metilen mavisi ile kaçak testi yapıldı. Tüm hastalara silikon dren yerleştirildi. Ortalama operasyon süresi 41 (28-48) dakika idi. Postoperatif hiçbir hastada komplikasyon görülmedi. Tüm hastalara postoperatif ikinci gün metilen mavisi ile kaçak testi işlemi uygulandı ve oral beslenmeye başlandı. Hastaların hastanede ortalama yatış süresi 3,1 (3-4) gündü.

Sonuç: Morbid obezitenin tedavisinde en çok uygulanan cerrahi yöntem olan sleeve gastrektomide endostapler kullanımı esnasında oluşabilecek seroza yaralanmalarında, yaralanma alanının sütür ile desteklenmesi stapler hattının güvenliğini artırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Morbid obezite, sleeve gastrektomi, stapler, sütür

PB-15

LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİDE KORKULAN DURUM: KOMPLİKASYONLAR

Erdiç Kamer, Fevzi Cengiz, Coşkun Onak, Emine Özlem Gür, Yasin Peker, Evren Durak, Gülden Ballı, Atahan Acar, Osman Nuri Dilek

¹İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç: Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) son yıllarda morbid obezitenin cerrahi tedavisinde giderek artan oranda uygulanana bariatrik ameliyatlardan biridir. LSG diğer bariatrik cerrahi yöntemlere kıyasla laparoskopik uygulamaya kolaylığı, vücut fizyolojisinde çok fazla değişikliğe yol açmaması, kısa ve orta dönem takiplerdeki başarılı sonuçlar bu artışın en önemli faktörleridir. Stapler hattı kaçağı, kanama ve abse gelişimi LSG'nin erken komplikasyonlar iken strüktür, nutrisyonel yetersizlik ve gastroözefageal reflü geç komplikasyonlarını oluşturur. LSG'nin genel komplikasyon oranı %0-24, stapler hatlarındaki kaçak oranı %0-5,3 ve mortalite oranı %0,39 olarak bildirilmektedir. Biz bu çalışmamızda kliniğimizdeki LSG sonrası gördüğümüz komplikasyonlarımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında 102 hasta LSG uygulamak amacıyla yatırıldı. LSG endikasyonu VKİ >40 kg/m² ya da en az bir komorbiditenin eşik ettiği >35 kg/m² olan hastalardı. Hastaların yaş, cinsiyet, VKİ leri, uygulanan cerrahi, komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 102 hastanın 75'i kadın 27'si erkek, yaş ortalaması 42,6±1,02 idi. Hastalarımızın ikisinde (%2) stenoz, ikisinde (%2) kanama, birinde (%1) gastrik kaçak, birinde (%1) subdiafragmatik abse, birinde (%1) stapler hattı açılması ve birinde (%1) gastrik twest görüldü. Kanama bir hastamızda intraluminal, bir hastamızda ise batin içine idi. Intraluminal kanama spontan dururken, batin içine kanama gelişen hastamıza laparotomi yapıldı. Perioperatif dönemde staplae hattı açılması olan hastamızda açığa geçildi ve açılan bölge primer onarıldı. Kaçak olan ve gastrik twest gelişen hastalarımıza gastrik stent yerleştirildi. Subdiafragmatik abse gelişen hastamıza girişimsel radyoloji tarafından

perkutan drenaj sağlandı. Toplam morbidite oranımız %7,8 idi. Hiçbir hastamızı kaybetmedik, mortalite oranımız %0 idi.

Sonuç: Postoperatif kanama %1-6 oranında bildirilmiştir. Bu kanama intra ya da extraluminal olabilmektedir. Bizim çalışmamızda kanama oranımız %2 idi. Gastrik kaçak LSG'nin en sık karşılaşılan komplikasyonlarından biridir (> %5). Üst gastrointestinal sistem kontrastlı çalışmalarında gastrik kaçak 2 gruba ayrılır. Tip I ya da subklinik kaçak ve Tip II ya da klinik kaçak. Bizim çalışmamızda gastrik kaçak oranımız %1 idi. İntraabdominal abse LSG'nin nadir görülen komplikasyonlarından (%0,7). bizim çalışmamızda da bu oran %1 idi. İntraabdominal abse perkutan drenaj ve antibiyotik tedavisi ile kontrol altına alınabilir.

LSG morbid obezitenin cerrahi tedavisinde sık kullanılan bir yöntemdir. Ülkemizde de dünya da olduğu gibi sıklığı giderek artmaktadır. Bu nedenle genel komplikasyonların ve tedavi seçeneklerinin bilinmesinin, bu konuda kılavuzlar oluşturulmasının önemli olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyonlar, Laparoskopi, Sleeve gastrektomi

PB-16

İNTESTİNAL MALROTASYONLU HASTADA MİNİ GASTRİK BY-PASS

Mustafa Atabey, Mehmet İlker Özel, Muratcan Mollaoğlu, Meriç Emre Bostancı, Eren Cemal Mutlu, Ömer Topçu

Cumhuriyet Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

İntestinal malrotasyon embriyolojik dönemde orta barsak (midgut) bölümünün anormal rotasyon ve fiksasyonu sonucu görülen nadir bir konjenital anomalidir. İntestinal malrotasyon, Treitz ligamanından itibaren transvers kolonun ortasına kadar olan orta barsak (midgut) bölümünün embriyolojik dönemde arteria mesenterica superior etrafında saatin aksi istikametinde yapması gereken 270 derecelik rotasyonu tamamlamaması ile ortaya çıkar. Genellikle yaşamın ilk yıllarında görülür. Yetişkin hasta grubunda semptom vermemesi nedeniyle oldukça nadir tanı alan bir durum olup genellikle insidental olarak yada otopsi sırasında farkedilmektedir.

Morbid obezite prevelansı tüm dünyada gün geçtikçe artmaktadır. Medikal tedavi seçenekleri özellikle ileri düzeyde obez hasta gruplarında başarısız olmakla birlikte bariatrik cerrahi seçenekleri bu hasta popülasyonunda en önemli tedavi seçeneğidir. Günümüzde obezite ve obeziteyle ilişkili komorbid hastalıklar, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri etkileyen önemli sağlık problemlerinden biri olup, tedavide laparoskopik bariatrik ve metabolik cerrahi ameliyatları uygulanmaktadır. Laparoskopik mini gastrik by-pass görece yeni bir ameliyat tekniği olup özellikle fazla kilo kaybının ve Tip2 Diyabet remisyonunun sağlanmasında oldukça etkilidir.

Olgu: Vücut kitle indeksi 41 olan, insülin direnci dışında bilinen ek hastalığı olmayan kadın hasta obezite cerrahisi olmak üzere kliniğimize başvurdu. Gerekli kan tahlilleri, akciğer grafisi ve EKG si çekilip kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve anestezi bölümlerine pre operatif değerlendirilmesi amacıyla konsülte edildi. Hastaya ayrıca pre operatif dönemde endoskopi ve hepatobiliyer USG yapıldı, herhangi bir anormali yada patolojiye rastlanmadı. Ameliyat sırasında 36 French'lik gastrik tüp kullanılarak gastrik tüp oluşturuldu. Sonrasında sol üst kadranda Treitz ligamanı bulunmaya çalışılır iken Treitz ligamanının ve duodenojejunal bileşkenin sağ hipokondriyumda safra kesesi komşuluğunda olduğu görüldü. Çekum ve apendix'in sağ tarafta olduğu, tüm ince barsağın ise transvers kolonun üzerinden batın sağ alt kadrana uzanım gösterdiği farkedildi. Batın orta kadrarlarda incebarsak anslarının olmadığı görüldü. İnce barsaklar hem Treitz ligamanı'ndan hem de ileoçekal valden itibaren sayılarak Treitz ligamanı'nın 200 cm distaline anostomoz yapıldı.

Tartışma: İntestinal malrotasyonlu hastalarda yapılan gastrik by-pass konusunda sınırlı sayıda vaka sunumları dışında literatür bilgisi bulunmamaktadır. Rotasyon anomallileri, ultrasonografi, üst gastrointestinal çalışmalar veya BT taramaları ile erişkinlerde tanı alabilir ancak bu araştırmalar bariatrik cerrahi öncesi rutin olarak yapılmaz. Obez hastalarda mezenterik damarların ultrason ile değerlendirilmesi son derece zordur, bu nedenle preoperatif olası safra kesesi taşıni araştırmak adına yapılan USG'de de bulgu saptanmamıştır. Treitz ligamanı'nın doğru bir şekilde tanımlanması, bağırsak malrotasyonlu bir hastada istenmeyen antiperistaltik anastomoz riski açısından önemlidir. Bu nedenle bu tür hastalarda intestinal malrotasyon teşhisinin pre operatif dönemde konulması oldukça

önemlidir. Bu bağlamda hastalara baryumlu grafi yada bilgisayarlı tomografi çekilmesi gibi seçenekler kliniğimizde gündeme gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik, İntestinal malrotasyon, mini gastrik by-pass

PB-17

SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI KAÇAK NEDENİYLE STENT UYGULANAN HASTADA STENT SONRASI YALANCI PİLOR OLUŞUMU: OLGU SUNUMU

Türker Karabuğa¹, Cemal Kara¹, Ömer Yoldaş², Ali Doğan Bozdağ¹

¹Kordon Cerrahi Merkezi, Genel Cerrahi, İzmir

²Özel Sada Hastanesi, Genel Cerrahi, İzmir

Amaç: Süper obezite nedeniyle laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan ve gelişen kaçak nedeniyle bariatrik stent uygulanan ve stent sonrası midede pilor benzeri halka gelişen hastayı sunmayı amaçladık.

Yöntem: 10 ay önce laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan hasta yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), ek hastalık, laboratuvar sonuçları, endoskopi bulguları, uygulanan cerrahi yöntem, kaçak süresi, sık görülen semptomlar, stent uygulama işlemi, hastanede yatış süresi, stent sonrası takip ve gelişen problemler açısından incelendi.

Bulgular: 54 yaşında kadın hastanın beden kitle indeksi 54,2 kg/m2 idi. Hastanın hipertansiyon ve tip 2 diyabeti mevcuttu. Laparoskopik kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Preoperatif laboratuvar değerlerinde HgA1c değeri %6,8 ve glukoz seviyesi 124 mg/dl idi. Endoskopik inceleme normal idi. Fransız pozisyonunda 13 mmHg basınç altında laparoskopik sleeve gastrektomi uygulandı. Antrumdan itibaren ilk 4,8 mm bacak boyunda, sonraki 3,8 bacak boyunda ve son üçüde 3,5 bacak boyunda stapler kullanıldı. Kknama görülen alanlara klipsler kondu. Ameliyat 37 dakika sürdü. Preoperatif ve postoperatif metilen mavisi ile kaçak testi yapıldı ve problem görülmedi ve postoperatif üçüncü gün taburcu edildi. Postoperatif 6. gün karın ağrısı, ateş kusma ve çarıntı yakınmaları olması üzerine hastaneye yatırıldı. CRP seviyesi 96 mg/dl, lökosit sayısı 13600/dl idi. Çekilen batın tomografisinde perigastrik kolleksiyon ve enfeksiyon lehine kolleksiyon içinde hava saptandı, kontrast maddenin mide dışına extravazasyonu görüldü. Hastaya endoskopik bariatrik stent takıldı ve perkütan drenaj uygulandı. 6 hafta sonra stent çıkarıldı. Stent sonrası 2. ay bulantı kusma yakınmaları olan hastaya yapılan endoskopi mide 1/3 üst kısmında pilor halkası şeklinde oluşum görüldü (Resim 1). Hastanın beslenmesi düzenlendi. Kontrollerinde ara ara bulantı kusma yakınmaları devam eden hastanın laboratuvar değerleri normal seyretti ve 10. ay kontrolünde %EWL 71,1 olarak bulundu.

Sonuç: Sleeve gastrektomi sonrası gelişen kaçak olgularında endoskopik bariatrik stent uygulaması kaçığın kontrolünde en etkili yöntemlerden biridir. Stent sonrası gelişebilecek geç komplikasyonlar konusunda hasta takibi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sleeve gastrektomi, kaçak, stent, pilor

PB-18

350 KİLOGRAM VE 136 KG/M2 VÜCUT KİTLE İNDEKSİNE SAHİP HASTANIN PERİOPERATİF YÖNETİMİ

Ömer Avlanmış¹, Nadir Adnan Hacım¹, Rıza Gürhan Işıl²

¹Çamlıca Özel Erdem Hastanesi, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Süper obez hastaların perioperatif yönetimi obez ve morbid obez hastalardan farklı olmalıdır. Çalışmamızdaki amaç 21 yaşında süper morbid obez hastamızın perioperatif yönetimine değinmek ve detayları ele almaktır.

Olgu: Hastamız 21 yaşında 136 kg/m2 Vücut Kitle İndeksine (160 cm, 350 kg) sahip mülteci bayan hasta ülkemizde bulunduğu süre zarfında ağır psikolojik depresyon sebebi ile yeme bozukluğu gelişmiş ve hızla kilo almaya başlamış. Hasta son iki yıldır yürüyemiyor ve kendi kişisel ihtiyaçlarını yatakta karşılayabiliyordu. Aşırı kilodan ötürü düz yatamıyor ve yatakta yarımsız bile dönemiyordu. Özel obez ambulansı ile hastanemi-

ze başvuran hastanın yapılan ilk tetkiklerinde E-coli ye bağlı idrar yolu enfeksiyonu tespit edilerek tedavisi yapıldı.

Hastanın preoperatif hazırlıkları toplam 32 gün sürdü. Psikiyatri ile konsülte edilerek hem depresyonu hem tıknırcasına yeme bozukluğu (günde 10-12 kez) için psikoterapi başlandı. Endokrin patolojiler ekarte edildi (Bazal kortizol, kortizol yükleme testi, Leptin, Ghrelin). Hem psikiyatri hem diyet poliklinikleri eşliğinde hastanın operasyon sonrası diyet kısıtlılığına uyum sağlayacağına kanaat getirilene kadar beklendi. Bu süreçte hastanın göğüs hastalıkları, kardiyooloji ve anestezi konsültasyonları tamamlandı. Preoperatif dönemde hastanın kan şekeri ve tansiyon ölçümlerinde patoloji gözlenmedi Hastanın obstrüktif akciğer hastalığı haricinde ek ko-morbiditesi saptanmadı. Hastanemiz endoskopi ünitesinde hastaya gastroskopi yapıldı.

Hastaneye ilk başvuruda 350 kg olan hasta pre operatif dönemde yapılan protein ağırlıklı diyet ile 10 kg zayıflatıldı. Karaciğerdeki glikojen depolarının boşalması sağlandı.

Tartışma: Hastaya Laparoskopik Sleeve Gastrektomi operasyonu uygulandı. Postoperatif hasta ekstübe olarak yoğun bakım ünitesine alındı. Hastaya po 4. Saatte solunum fizyoterapisi ve po8. saatte profilaktik dozda düşük molekül ağırlıklı heparin başlandı. Hastaya po 2. Gün berak sulu gıdalar ve po 5. gün yüksek proteinli ve düşük kalorili beslenme solüsyonları başlandı. Hasta taburcu olana kadar CVP, aldığı ve çıkardığı takibi, günlük hemogram, crp, üre, kreatinin, alkalen fosfataz, kreatinin kinaz ve elektrolit takibi yapıldı. 3 günde bir albümin değerlerine bakıldı. Hasta postoperatif 15. günde taburcu edildi. Taburcu edilirken walker ile 5 mt yürüyebiliyordu, postoperatif 45. Günde hasta walker ile 50 mt yürüyebiliyor ve ağırlığı 290 kg idi. . Hastaya PO3. Günde düşük kalori ve yüksek protein içeriğine sahip bir oral beslenme solüsyonu başlandı.

Postoperatif dönemde süper morbid obez hastaların en sık ölüm sebebi olan kas yıkımına bağlı akut böbrek yetmezliğine girmemesi için yakın takip edildi.

Sonuç: Bu tür süperobez hastalarda diğer morbid obez hastalardan farklı olarak postoperatif dönemde böbrek yetmezliğine sebep olabilen akut kas yıkımının önüne geçilebilmesi bu hastaların postoperatif erken dönem ve uzun dönem sonuçlarını daha iyi hale getirebilir

Anahtar Kelimeler: Süper morbid obezite, Laparoskopik Sleeve Gastrektomi,

Anestezi indüksiyonu



Fadia postop 1

2 ameliyat masası



Ülkemizde 350 kg'lık hasta için uygun masa bulunmadığı için 2 adet masa birleştirildi.



Preop



PB-19

SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI SUBKLİNİK SEYREDEN GEÇ GASTRİK KAÇAK-OLGU SUNUMU

Gül Bora, Bilgehan Çağdaş Sonbahar, Necdet Özalp

Medical Park Ankara Hastanesi-Ankara

Amaç: Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası kaçak çok korkulan komplikasyonlardır. Bu oran yaklaşık %0,7-5,3 arasında değişmektedir. Literatürde 10. günden sonra olan kaçaklar geç kaçak olarak nitelendirilmektedir. Bu sunumda kaçığın sepsis bugularına yol açabildiği gibi subklinik seyredebileceğinin de göstermek istedik.

Olgu: 35 yaşında, BMI: 40 olan bayan hasta kliniğimize obezite cerrahisi olmak için başvurdu. Preoperatif, endoskopik inceleme, tüm karın ultrasonografisi, rutin biyokimya ve endokrinolojik tetkikleri yapıldı ve hastaya Mayıs 2015'te laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatı yapıldı. Ameliyatta mide büyük kurvaturu tamamen serbestlendi. 32F fleksible buji kullanılarak pilordan 2 cm proksimalden başlanarak 2 adet siyah-kalın doku, 3 adet mor orta-kalın doku için stapler kullanılarak tüp mide oluşturuldu. İntraoperatif metilen mavisi ile kaçak testi yapıldı, kaçak olmadığı görüldü. Sleeve hattına 1 adet Jackson Pratt dren yerleştirildi ve tüm katlar anatomik planda kapatıldı. Postoperatif 3. gün taburcu edildi ve postoperatif 7. günde tekrar metilen mavisi içirildikten sonra dren çekildi, hasta rutin takibe alındı. Hasta ameliyat sonrası 1., 3. ve 6. aylarında kontrole geldi, rutin tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu. Kilo verme hızı olağandı. Hasta ameliyatın 12. ayında epigastrik karın ağrısı ve subfebril ateş ile başvurdu. Fizik muayenede epigastriumda hassasiyet ve hafif bir dolgunluk hissi mevcuttu. Başvuru hemogramında wbc: 12800 mm³, ultrasonografi de prehepatik mesafede, falsiform ligaman anterior komşuluğunda kistik-solid ayrımı yapılamayan, yaklaşık 4x3x3,3 cm boyutlarında ölçülen, düzensiz konturlu hipoekoik lezyon alanı izlendi. Tanıyı kesinleştirmek amacıyla MRG (Manyetik Rezonans Görüntüleme) çekildi. MRG'da periferik tarzda kontrast tutulumu gösteren apseyle uyumlu lezyon izlendi. Perkütan apse drenajı için kateter yerleştirildi. siprofloksasin 500 mg tb 2x1, metranidazol 500 mg tb 3x1 başlandı. 2. gün kontrol usg

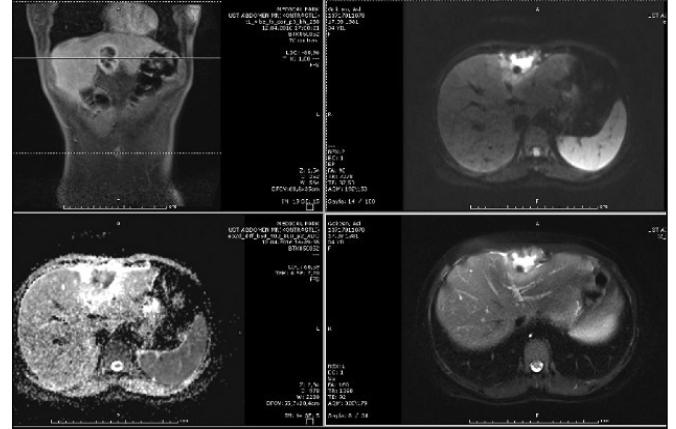
de koleksiyonun gerilediği görüldü, 4. gün kateter çekildi. 15 gün antibiyoterapi sonrası koleksiyonun tamamen kaybolduğu izlendi.

Sonuç: Laparoskopik sleeve gastrektomi sonrası kaçak oranı yaklaşık %0,7-5,3 arasında değişmektedir. Kaçaklar ortaya çıkma dönemine göre erken, orta ve geç dönem kaçaklar olarak 3'e ayrılır. 10. günden sonraki kaçaklar geç kaçak olarak kabul edilir. Kaçaklar sıklıkla fundustan olmaktadır. Kaçak, sepsis bugularına yol açabileceği gibi subklinikte seyredebilir. Kaçak tanısını koymak radyolojik olarak her zaman kolay olmayabilir ancak kaçak varlığından şüphe etmek hayat kurtarıcı olabilir. Bu hastada ortaya çıkan apsenin sleeve sonrası görülen geç mikro kaçığa bağlı olduğunu düşünmekteyiz. Geç mikro kaçık olması ve yapışıklıkların olayı sınırlaması hastada kliniği maskeleyen ve enfeksiyonu sınırlamış olabilir. Bizim olgumuzda da tomografi ve mrg de kaçık görülmedi. Ancak o bölgede apse izlendi. Erken dönem kaçakta mekanik sebepler geç dönemde ise kronik iskemi suçlanmakta. Bizim olgumuzda ise sebep belirlenemedi.

Kaçık yönetimi için tam bir görüş birliği hala yok. Hastada sepsis bulgularının olmaması ve enfeksiyonun sınırlı olması sebebiyle perkütan drenaj uygulayıp antibiyoterapi ile takip etmeyi tercih ettik. Bazen aşırı girişimler hasta için morbiditeyi artırabilir. Bu sebeple hastanın kliniğine göre karar vermek gerekir.

Anahtar Kelimeler: sleeve gastrektomi, geç kaçık, komplikasyon

MRG'de geç kaçığa bağlı apse odağı



MRG'de geç kaçığa bağlı apse odağı

ENDOKRİN CERRAHİ

PB-20

ADRENAL KİTLELERE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM: TEK MERKEZ, 3 YILLIK DENEYİM

Ali Demir, Muhammet Kadri Çolakoğlu, Süleyman Kalcan, Ali Özdemir, Ahmet Pergel

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Rize

Amaç: Adrenal kitlelere batın içi diğer organlara göre daha nadir rastlanmaktadır. Günümüzde tıpkı diğer organların cerrahi tedavilerinde laparoskopik ve robotik cerrahinin öneminin artması gibi adrenal kitlelerde de laparoskopik cerrahi altın standart haline gelmiştir. Laparoskopik adrenalektomi merkezimizde de giderek artan sıklıkla yapılmaktadır. Bu çalışmada merkezimizin üç yıllık laparoskopik adrenalektomi deneyimi sunulmaya çalışılmıştır.

Yöntem: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Temmuz 2013-Ekim 2016 tarihleri arasında, Endokrinoloji bölümüne tarafımıza refere edilen ve ardışık olarak operasyona alınan 20 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, tümör çapı, operasyon süresi ve kanama miktarı, komplikasyon ve patolojik tanıları retrospektif olarak hasta dosyaları ve operasyon notlarından değerlendirildi ve kliniğin deneyimleri sunuldu.

Bulgular: Toplam 20 hasta çalışmaya alındı. Hastaların 3'ü erkek, 17'si kadındı. Hastaların yaş ortalaması 49.2 ± 13,5 yıl (18-73) ola-

rak hesaplandı. Adrenal kitlelerin 9'u sol, 11'i sağ adrenalde saptandı. Ortalama tümör boyutu $30,6 \pm 10,5$ mm (14–52 mm) olarak belirlendi. Ortalama ameliyat süresi 138 dakikaydı. Ortalama kan kaybı 40 ± 25 cc (10–100 cc) idi. İki hastada (%10) postoperatif komplikasyon (1 yara yeri enfeksiyonu, 1 hematoma) görüldü. Ortalama yatış günü $4,4 \pm 1,6$ gündü (2–8 gün). Mortalite izlenmedi. Patolojik sonuçlar değerlendirildiğinde, 15 hastada kortikal adenom, 2 hastada feokromositoma, 2 hastada makronodüler hiperplazi ve 1 hastada diffüz hiperplazi görüldü.

Sonuç: Laparoskopik Adrenalectomi 1992'den beri popülerliğini artırarak artık adrenal kitlelerde altın standart haline gelmiştir. Serimizde laparoskopik adrenalectominin düşük morbidite ve kısa hastanede yatış süresi ile güvenli şekilde yapılabileceği doğrulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: adrenal, adrenalectomi, laparoskopik

ENDOSKOPİK VE LAPAROSKOPİK CERRAHİDE YENİLİKLER

PB-21

PANKREAS PSÖDOKİSTİ TEDAVİSİNDE METAL STENT KULLANILAN ENDOSKOPİK KİSTOGASTROSTOMİ: OLGU SUNUMU

Ali Solmaz, Osman Bilgin Gülççek, Candaş Erçetin, Hakan Yiğitbaş, Erkan Yavuz, Nuri Okkabaz, Merve Tokoçin, Rümeysa Tartar, Fatih Çelebi, Atilla Çelik

Genel Cerrahi Kliniği, Başcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş-Amaç: Pankreas psödokistleri akut pankreatit sonrası %2–10, kronik pankreatit sonrası %40–70 oranında ortaya çıkabilen, yalancı bir kist duvarı ile çevrili olan nekrotik, hemorajik materyal ve/veya pankreatik enzimlerden zengin sıvı içeren yapıdır. Büyüklüğüne ve lokalizasyonuna bağlı olarak hastalarda dolgunluk hissi, erken doyma ve karın ağrısı şikâyetlerine sebep olabilir. Tedavinin temelini drenaj oluşturmaktadır. Drenaj yöntemleri perkütan, endoskopik veya cerrahi olarak yapılabilir. Endoskopik yöntemlerin gelişmesinden sonra psödokistlerde cerrahi girişim azalmıştır. Endoskopik kistogastrostomide önceleri plastik stentler kullanılmaktaydı. Ancak bu stentlerin tıkanması ve kistlerin tekrar oluşumu ve yeterli drenajı yapamaması gibi sebeplerle daha sonraları metal stentlerin kullanımı gündeme gelmiştir. Metal stentlerin içinden gastroskopiye geçilip biyopsi alma ve nekrozektomi yapılabildiği için daha avantajlı kullanıma sahiptirler. Bu bildirideki amacımız kliniğimize pankreatit sonrası semptomatik psödokist ile başvuran hastaya uyguladığımız endoskopik Axios stent uygulamasını görselleri ile meslektaşlarımızla paylaşmaktır.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta kliniğimize karın ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde 6 ay öncesinde bilier pankreatit sebebiyle hastanede yatarak tedavi edildiği öğrenildi. Çekilen batin tomografisinde pankreas korpus lokalizasyonunda, çevre organlara bası yapan yaklaşık 15 cm lik psödokist saptandı. Hastaya endoskopik kistogastrostomi yapılmasına karar verildi.

Hastanemiz Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde sedasyon altında duodenoskopiye psödokistin mideye dıştan basısı görüldü. Öncelikle iğne uçlu sfinkterotomi ile mide ve kist duvarı perfore edildi. Kist içine gönderilen kılavuz tel üzerinden makara şeklinde Axios stent başarılı bir şekilde takıldı. Stent içinden psödokist sıvısının mideye drene olduğu görüldü. İşlem sonrası hasta 1 gün hastanede yatırıldı. Ağrı şikâyeti gerileyen hasta taburcu edildi. 4 hafta sonra hastaya çekilen tomografide psödokistin gerilediği görüldü. Hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Stent takılmasından 6 hafta sonra hastaya kontrol gastroskopisi yapıldı. Gastroskopiye stent içinden girilip kist kavitesinin küçüldüğü görüldü. Kist içinden biyopsi alındı ve patolojiye gönderildi. Patoloji sonucunda malignite saptanmayan hastanın stenti 1 hafta sonrasında endoskopik olarak alındı. Hastaya 6 ay sonrasında çekilen kontrol batin tomografisinde kistin tamamen gerilediği görüldü. Tüm bu aşamaları görselleri ile beraber meslektaşlarımızla paylaşmak isteriz.

Sonuç: Pankreas psödokistleri günümüzde endoskopik yöntemlerin gelişmesi ile birlikte endoskopik drenaj yöntemleri ile güvenli bir şekilde minimal invaziv olarak tedavi edilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pankreas psödokisti, pankreatit, endoskopik kistogastrostomi, metal stent

PB-22

ULTRASONOGRAFİ REHBERLİĞİNDE PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ TAKILMASI

Ali Solmaz¹, Osman Bilgin Gülççek¹, Mehmet Salih Akkurt², Hakan Yiğitbaş¹, Erkan Yavuz¹, Candaş Erçetin¹, Aytaç Biricik¹, Sinan Arıcı¹, Atilla Çelik¹, Fatih Çelebi¹

¹Genel Cerrahi Kliniği, Başcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Radyoloji Kliniği, Başcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), ilk kez 1980 yılında tarifi yapılmış, çeşitli sebeplerle ağız yoluyla beslenemeyen ancak gastrointestinal bozukluğu olmayan hastalarda uzun süreli beslenme amacıyla kullanılan bir enteral beslenme yoludur. Uygulama sırasında transverse kolon, karaciğer ve ince barsak yaralanması karşımıza çıkabilecek bazı komplikasyonlardır. Bu bildirideki amacımız PEG uygulamasının teknik olarak zor olduğu hastalarda ultrasonografi yardımıyla işlemi rahat ve güvenli şekilde yapmanın tekniğini görselleriyle beraber paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntem: PEG uygulaması işleminde bilindiği gibi endoskopun translüminasyon ışığı rehberliğinde set içinden çıkan iğnenin karın duvarından mideye gönderilerek yapılmaktadır. Ancak bazı hastalarda çeşitli sebeplerle (obezite, geçirilmiş batin ameliyatı veya anatomik bozukluk) bu işi görmek mümkün olmamaktadır. Bu durumda karın duvarından mideye iğneyi göndermek güvenli olmamaktadır.

Hastanemiz Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde PEG uygulaması sırasında endoskopun translüminasyon ışığının görülemediği hastalarda işlemi daha güvenli yapmak için ultrasonografiden faydalanılmaktadır.

PEG uygulanacak hastada endoskopun translüminasyon ışığı görülemediğinde ve işlemin güvenli olmayacağı kanaatine varıldığında ultrasonografinin rehberliğine başvurulmaktadır. İşlem sırasında gastroskopi mide su ile doldurulur. Ardından radyolog batin sol üst kadranda ultrason rehberliğinde PEG setinin iğnesini karın duvarından mideye gönderir. İğne içinden gönderilen kılavuz tel yardımıyla PEG tüpü mideye yerleştirilir.

Sonuç: Kliniğimizde güvenli PEG uygulamasında faydasını gördüğümüz bu yöntemi işlem aşamalarını görselleriyle beraber meslektaşlarımızla paylaşmak ve bu konudaki farkındalığı artırmak isteriz.

Anahtar Kelimeler: Perkütan endoskopik gastrostomi, ultrason, komplikasyon, beslenme

PB-23

TROKAR GİRİŞ YERİNE LOKAL ANESTEZİ GERÇEKTEN GEREKLİ Mİ?

Kazım Duman, Abdullah Böyük

Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Elazığ

Amaç: Safra taşları, safra kesesinin en sık görülen patolojilerinden biridir. Laparoskopik kolesistektomi bu patolojide en sık ve gold standart olarak uygulanan cerrahi işlemdir. Port giriş işlemi öncesinde bazı cerrahlarca ciltaltı lokal anestezi verilmekte ve ağrı azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu işlem gerek operasyon zamanını uzatmakta gerekse ek maliyet getirmektedir. Çalışmamızda uygulanan bu lokal anestezi işleminin etkinliğini araştırmayı planladık.

Gereç-yöntem: Ocak 2012-Aralık 2013 tarihleri arasında kolelithiazis tanısı konmuş 53 hasta, randomize 2 gruba ayrılmıştır. Grup1 hastalara (n: 28) lokal anestezi ile laparoskopik kolesistektomi, Grup2 hastalara (n: 28) ise, lokal anestezi yapılmadan laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. İki grup hasta, operasyon zamanı, yara iyileşmesi, işe dönüş zamanı, hastanede kalış süresi, ağrı kesici kullanım endikasyonu, postoperatif 1., 2. ve 4. saatlerdeki Visual Analogue Skorlarına (VAS) göre kıyaslama yapıldı.

Bulgular: Demografik özellikler, erken ve geç komplikasyonlar, işe dönüş zamanı, ağrı kesici kullanım endikasyonu, hastanede kalış süresi yönüyle iki grup arasında fark görülmedi. Ortalama operasyon zamanı, grup 2 hastalarda anlamlı derecede daha kısa tespit edilmiştir ($42,6 \pm 0,5$ vs. $52,2 \pm 1,7$ min. $P < 0,001$).

Tartışma ve Sonuç: Trokar giriş yerlerine ciltaltı lokal anestezi injeksiyonu yapılmadan gerçekleştirilen laparoskopik kolesistektomi işlemi, güvenli ve post operatif konforlu-az ağrılı şekilde gerçekleştirilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik kolesistektomi, ciltaltı lokal anestezi, VAS.

FİTİK CERRAHİSİ

PB-24

KLİNİĞİMİZDE İNGUİNAL HERNİDE 3 TEKNİĞİN KARŞILAŞTIRILMASI

Metin Yalçın¹, Mehmet Ali Gök¹, Tolga Faruk Çekiç¹, Bilal Kabalak¹, Volkan Öter², Ayşegül Aktaş¹¹S. B. Ü. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Şanliurfa²S. B. Ü. Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenterolojik Cerrahi Şanliurfa

Amaç: Bu çalışmada amaç Cerrahi pratiğinde en sık yapılan ameliyatlardan biri olan kasık fıtığı tamirinde 3 farklı tekniğin (açık, tepp, tap) post op karşılaştırılması değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem: Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi genel cerrahi kliniğinde 2016–2017 yılları arasında inguinal herni nedeniyle ameliyat edilen 518 hasta retrospektif olarak tarandı. Yaş, cinsiyet, ameliyat tekniği, post operatif dönem karşılaştırıldı.

Bulgular: İnguinal herni tanısı ile toplam 518 hasta opere edildi. Hastaların 484 ü erkek, 34 ü bayan idi. 71 hasta biletal, 312 hasta sağ, 135 hasta sol taraf yerleşimli idi. Yaş ortalaması 47 idi. 411 hasta Lihtenstein tekniği ile tek taraflı, 64 hasta Lihtenstein tekniği ile bilateral herni op. Yapıldı. 7 hastaya bilateral Tepp yöntemi uygulandı. 25 hastaya tek taraflı Tepp uygulandı. 11 hastaya tek taraflı Tap uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 1 saat idi. Taburcu süresi 2 gün idi.

Sonuç: İnguinal herni de ameliyat tekniğinin seçimi hastanın durumuna ve cerrahın tecrübesine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Tepp yada Tap uygulanan hastalarda hastanede yatış süresinin ve normal aktivitelere dönüş zamanının konvansiyonel inguinal herniye göre daha kısa olduğu görülmektedir. Tepp yada Tap yeterli tecrübeye sahip bir ekip ve gerekli ekipmanın olduğu bir hastanede güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: inguinal herni, tepp, tap

PB-25

STRANGÜLE OBTURATUAR HERNİYE BAĞLI İLEUSTA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Ogün Erşen, Serkan Ademoğlu, Emre Ballı, Mümtaz Erakin, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş: Obturatar herniler nadir görülen bir herni çeşidi olması sebebiyle tanı koymak güçtür ve tanı konulduğunda hemen hemen her zaman inkarsere durumdadır. Biz bu sunumumuzda obturatar hernide laparoskopinin yerini bir vaka nedeniyle vurgulamak istedik.

Olgu: Seksen yaşında bayan hasta karın ağrısı, bulantı-kusma ve bir haftadır gaz gayta çıkaramama şikayetleri ile acil servise başvurdu. Başvuru anında vital bulguları stabildi. Batın muayenesinde tüm kadrantlarda hassasiyet mevcuttu. Rebound ve defans yoktu. Rektal tuşesinde özellik yoktu. Laboratuar incelemeleri lökositoz (25,800/mm3) saptandı. Bilgisayarlı tomografik incelemede ince barsak anslarının bir kısmının dilate olduğu görüldü ve obturatar foramende strangüle olduğu düşünülen ince barsak anısı izlendi. Acil operasyona alınan olguda laparoskopik bakıda obturatar foramende nekroze ve perfore olmuş ince barsak anısı görüldü. Ans batına redükte edildikten sonra İleoçekal valvden proksimal doğru 90 ve 110. cm'ler arası olan bu segment rezekte edilerek ucuca laparoskopik lineer stapler yardımı ile anostomoz yapıldı. Ameliyat sonrası takiplerinde sorun olmayan hasta 6. gün salimen taburcu edildi.

Sonuç: Acil servise ileus ile başvuran olgularda inkarsere obturatar herni akıldaki tutulması gereken nadir ileus nedenlerindendir. Görüntüleme ile tanı konulabilirse laparoskopik bakı ön planda tutulan tedavi modalitesi arasında olmalıdır. Obturatar bölgeye laparoskopik olarak erişimin kolaylığı ve gerekli olduğunda segmenter rezeksiyonun basitçe uygulanabilir oluşu laparoskopiyi bu hastalarda değerli hale getirmektedir. Seçilmiş hastalarda hem tanıyı teyid etmek, hemde tedavisini tamamlamak amaçlı laparoskopik yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: obturatar herni, inkarsere, ileus

PB-26

LAPAROSKOPİK İNSİZYONEL HERNİ CERRAHİSİNDE BALONLU GREFT KULLANIMI

Batuhan Halit Demir, Mehmet Üstün, Göksever Akpınar, Özhan Çetindağ, Eyüp Kebapçı, Gökhan Akbulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi

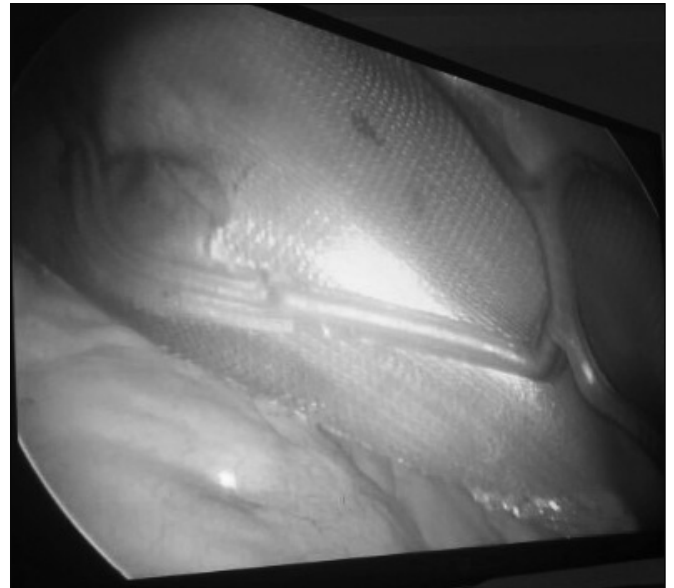
Amaç: Gösterilen tüm özene rağmen abdominal cerrahi girişimlerden sonra %10–12 oranında insizyonel fıtık olduğu bildirilmiştir. Günümüzde çok sayıda sentetik ve sentetik olmayan protez materyal cerrahların kullanımına sunulmuştur. Her birinin avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Bu nedenle halen kabul edilmiş ideal bir protez materyal belirlenememiştir. Laparoskopik insizyonel herni tamirinde Balonlu greft olarak da söylenen kendiliğinden pozisyonlanabilen greftin uygulanabilirliği ve cerrahi sonuçları irdelemeyi amaçladık

Yöntem: 2015–2016 yılları arasında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Genel cerrahi servisinde insizyonel herni nedeniyle laparoskopik onarım uygulanan 14 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastaların demografik verileri, ortalama ameliyat süreleri, yatış süreleri ve postoperatif dönemleri değerlendirilmiştir.

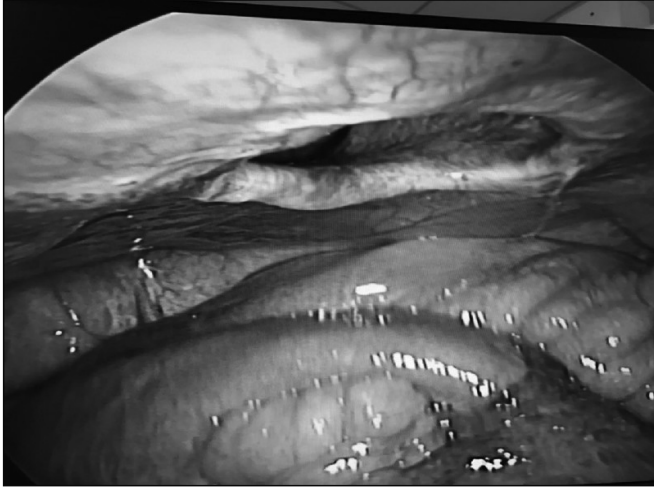
Bulgular: Çalışmamıza 14 hasta dahil edildi. Tüm hastalar laparoskopik olarak tamamlandı. 10 hasta kadın 4 hasta erkek cinsiyetti. Ortalama fıtık defekti 9,8 (5–15) cm olarak saptandı. 1 hasta inkarsere olarak başvurdu, diğer 13 hasta elektif olarak opere edildi. 7 hasta pfannenstiel, 3 hasta lombotomi, 4 hasta median insizyonel hernisine bağlı opere edildi. Ortalama operasyon süresi 55 (45–70) dk olarak saptandı. Ortalama yatış süresi 2 gün olarak saptandı. Postoperatif 2 hastada seroma oluşumu nedeniyle pekütan boşaltma gerekti. Yara yeri enfeksiyonu ya da ek morbidite gelişmedi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahinin günümüzde ilerlemesinde insizyonel herni onarımında da olumlu anlamda gelişmeler olmaktadır. Postoperatif ağrı azlığı, daha kısa yatış süreleri, kesinin tekrar açılmaması gibi olumlu yanların yanında operasyon sürelerinin kısalması açısından da laparoskopik insizyonel herni cerrahisinin olumlu sonuçları vardır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik, insizyonel herni, balonlu greft



Resim 1. Greftin Duruşu



Resim 2. Laparoskopik olarak defektin görünümü

PB-27

FEMORAL HERNİ TAPP YÖNTEMİ İLE ONARIM

Mehmet Ali Gök¹, Serkan Fatih Yeğen², Metin Yalçın¹, Tolga Kafadar¹, İbrahim H. Hüdaverdi Keşküş¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa

²Bursa Onkoloji Hastanesi, Bursa

Amaç: Laparoskopik inguinal fıtık tamiri son yıllarda ön plana çıkan bir yöntem olarak gelişmiş ve günümüzde zorlu vakalarda bile açık yöntemle göre çok daha kolay bir yöntem olarak uygulanmıştır. Bu vakada laparoskopik femoral herni onarımı ile ilgili deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Şanlıurfa Akif İnan Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine başvuran Kırk Beş yaşında kadın hasta, sağ kasığında meydana gelen şişlikle getirildi. Muayenede femoral herni olduğu tespit edildi. Bu hastanın hernisi Genel anestezi altında 3 trokar ile (iki 3 mm, bir 5 mm) laparoskopik olarak TAPP (Trans abdominal preperitoneal) femoral herni onarımı yapıldı. Periton balık sırtı geri kaymayan suture (stratafix) ile kapatıldı. Postop komplikasyon görülmedi. Üç aylık takip süresince herni tekrarı görülmedi.

Sonuç: Bizim düşüncemize göre, femoral kanal iç ağzının rotundum ligamentine ve duktus deferense daha uzak olması nedeniyle, femoral hernide laparoskopik onarım, indirekt inguinal herniye göre daha kolay ve güvenle uygulanabilecek etkili bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: femoral Herni, Laparoskopi, TAPP

PB-29

HER LAPAROSKOPİK VENTRAL HERNİ TAMİRİNDE YAMA KULLANIMI GEREKLİ Mİ?

İsmail Cem Sormaz, Yiğit Soytaş, Şeyma Karakuş, Levent Avtan

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

Amaç: Üç cm altındaki ventral hernilerin tamiri, yaygın olarak uygulanan küçük cerrahi girişimlerdenir. En sık kullanılan teknikler primer tamir ve/veya mesh ile onarımdır. Sık uygulanmasına rağmen, literatürde üç cm altındaki ventral hernilerin uygun tamir yöntemi ile ilgili fikir birliği yoktur. Bu çalışmamızda, 3 cm'den küçük ventral herni nedeniyle laparoskopik primer tamir uygulanan olguların erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve yöntemler: Aralık 2012 ve Ocak 2017 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik olarak yama konulmadan primer tamiri yapılan, 3 cm altındaki ventral hernisi olan 24 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 44,9 iken kadın erkek oranı 15/9 olarak bulundu. Ortalama ameliyat süresi 34 dakikaydı. Ortalama takip süresi 14, 1 (±3,2) ay idi. Erken dönem takiplerde olguların hiçbirinde yara yeri enfeksiyonu ve rekürrens izlenmedi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahi, herni tamirinde güvenilir ve son dönemlerde cerrahi prosedürler içindeki yerini arttıran bir yöntemdir. Seçilmiş vakalarda laparoskopik transkutanöz primer tamir uygulanabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Ventral herni, transkutanöz primer tamir, laparoskopi

PB-30

MESH İLE TAMİR EDİLEN KASIK FITIĞI OPERASYONLARINDA ANESTEZİ VE AMELİYAT TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Turgut Dönmez¹, Oğuzhan Sunamak², İbrahim Halil Özata¹, Ömer Karagöz¹, Doğan Yıldırım³, Ekrem Yadigaroglu¹, Adnan Hut³, Engin Hatipoğlu⁴, Süleyman Demiryas⁴, Sina Ferahman⁴

¹Lütfiye Nuri Burat Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Mesh ile tamir kasık fıtığı onarımında ana standarttır. Laparoskopik tamir son yıllarda popülerlik kazanmaktadır. Açık tamir genel (GA), spinal (SA) veya lokal anestezi altında yapılmış olmakla birlikte, laparoskopik tamir ancak GA'da yapılmıştır. Bugün, spinal, epidural veya kombine anestezi, laparoskopik onarım için vaat ediyor. GA ve SA kapsamındaki açık ve laparoskopik TEP onarımlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntemler: 2014 Ocak-2016 Ocak tarihleri arasında opere edilen dört yüz kırk adet kasık fıtığı hastası fıtığı analiz edildi. Gruplar 1: TEP altında GA (n: 111), grup 2: SA altında açık örgü onarımı (n: 116), grup 3: GA (n: 117) altında açık ağ onarımı, grup 4: TEP (n: 96) Dren kullanımı, hipotansiyon, kusma, dönüşüm, rekürrens, seroma oluşumu, skrotal ödem, yara enfeksiyonu, ameliyat sonrası ağrı, üriner retansiyon ve postoperatif ağrı, baş ağrısı ve likert skorları karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş, vücut kitle indeksi, ASA skorları için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

TEP grupları için operasyon süresi daha uzundu; ancak hastanede kalış TEP grubunda daha kısaydı; Spinal TEP'de en kısa idi.

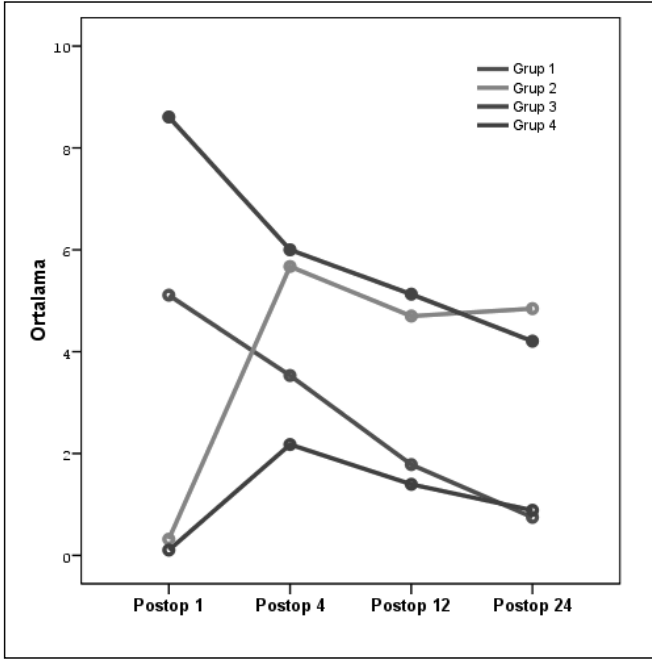
Her iki açık onarım grubunda nüks oranları daha yüksekti.

Ağrı skorları (VAS) tüm aylardaki açık cerrahi gruplarında anlamlı derecede yüksekti ve açık gruplar arasında da anlamlı farklılık gösteriyordu. VAS, TEP grupları arasında anlamlı fark göstermedi.

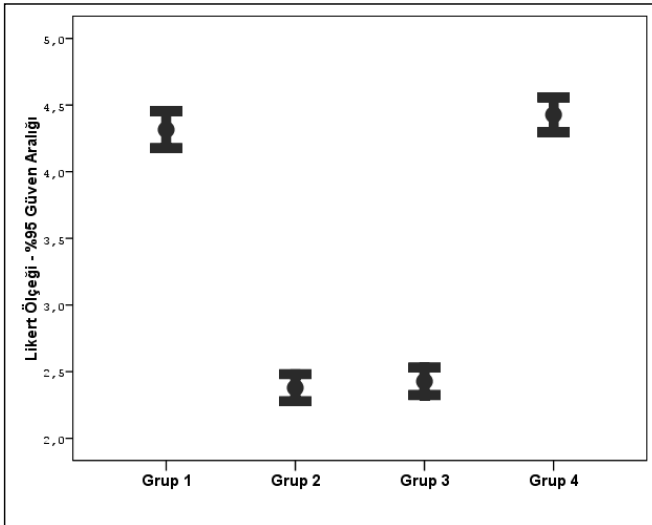
Üriner retansiyon ve baş ağrısı spinal gruplarında daha yüksekti; Spinal açık grupta spinal TEP grubuna göre daha yüksekti.

Sonuç: TEP kasık fıtığı tamirinde cerrah ve hasta tarafından tercih edilmektedir. SA altında laparoskopik TEP hastanede kalış ve ağrı hissi bakımından açık onarıma ve GA altında TEP'e üstündür. İdrar retansiyonu ve baş ağrısı SA'nın temel sorunlarından biridir.

Anahtar Kelimeler: kasık fıtığı, spinal anestezi, genel anestezi, TEP



Resim 1. Ameliyat sonrası ağrı değerlendirilmesi (Visuale analog scale)



Resim 2. Hasta memnuniyeti değerlendirilmesi

Tablo 1. Hastaların özellikleri ve operasyon verileri

	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	p value
Yaş	39,9±16,2	38,1±16,8	39,1±16,5	31,8±10,9	0,005
Cinsiyet (e/k)	98/13	105/11	102/15	90/6	0,416
Fıtık tipi (direkt/indirekt)	31/80	34/82	45/72	35/61	0,250
VKI (vücut kitle indeksi)	25,7±3,1	24,9±3,2	24,3±3,2	23,8±3,2	0,001
Operasyon süresi (dk)	50,4±7,3	38,1±5,9	38,7±5,9	55,0±8,3	0,001
Hastanede kalış süresi (saat)	26,6±7,5	28,9±4,3	29,9±5,1	27,5±3,5	0,001

GİS ENDOSKOPİSİ

PB-31

ENDOSKOPİK RETROGRAT KOLANJİOPANKREATOGRAFİ (ERKP): 17 YILDA 5985 OLGU

Sabri Selçuk Atamanalp, Mehmet İlhan Yıldırman, Gürkan Öztürk, Esra Dişçi, Ercan Korkut, Erdem Karadeniz, Nurhak Aksungur, Furkan Ali Uygur, Mesud Fakirullahoğlu, Bilal Aydın

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Erzurum

Amaç: ERKP'nin, hepatopankreatobilier hastalıkların tanı ve tedavisindeki rolünü araştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2000 ile Ocak 2017 arasındaki 17 yıllık sürede 5985 hastaya yapılan 6755 ERKP, retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 54,7 (3-95 arası) olup, 3346 hasta (%55,9) kadındı. ERKP endikasyonu hastaların 4019'unda (%67,2) tıkanma sarılığı ve/veya bilirubin yüksekliği, 2848'inde (%47,6) koledok taşı, 1846'sında (%30,8) tıkanma sarılığı olmaksızın kolestatik enzim yüksekliliği, 434'ünde (%7,3) geniş koledok, 408'inde (%6,8) karaciğer kisti, 269'unda (%4,5) kolanjit, 243'ünde (%4,1) pankreatit, 107'sinde (%1,8) safra yolu darlığı, 88'inde (%1,5) pankreas tümörü, 79'unda (%1,3) ampulla tümörü, 64'ünde (%1,1) safra fistülü, 61'inde (%1,0) safra yolu tümörü, 34'ünde (%0,6) karaciğer tümörü, 32'sinde (%0,5) pankreas fistülü, 15'inde (%0,3) karaciğer apsesi, 12'sinde (%0,2) koledok kisti, 4'ünde (%0,1) pankreas kisti, 3'ünde (%0,1) de safra yolu paraziti idi. Hastaların 5492'sinde (%91,8) işlem başarılıydı, 5275 hastada (%88,1) tek kanülasyon yapıldı. Ek olarak hastaların 4313'ünde (%72,1) endoskopik sfinkterotomi, 2917'sinde (%48,7) taş çıkarılması, 493'ünde (%8,2) litotriptör uygulaması, 459'unda (%7,7) stent yerleştirilmesi veya çıkarılması, 77'sinde (%1,3) da dilatasyon uygulandı. Hastalardan 1251'inde (%20,9) görülen serum amilaz yüksekliği bir kenara bırakılırsa, 240 hastada (%4,0) komplikasyon (19'u cerrahi tedavi gerektiren 121 pankreatit, 8'i transfüzyon gerektiren 36 kanama, 32 ciddi premedikasyon sorunları, 4'ü cerrahi tedavi gerektiren 26 kolanjit, 13'ü cerrahi tedavi gerektiren 25 perforasyon) görüldü. Yedi hasta (%0,1) kaybedildi (4 perforasyon, 3 premedikasyon sorunları).

Sonuç: ERKP, invaziv bir işlem olmasına rağmen, hepatopankreatobilier hastalıkların tanı ve tedavisinde başarılı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi

PB-32

PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ TECRÜBEMİZ: 129 OLGUNUN İNCELENMESİ

Ülfit Abdullahayev, Hasan Bektaş, Mahmut Summak, Ekrem Çakar, Şükrü Çolak, Savaş Bayrak, Bünyamin Gürbulak

Istanbul Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: PEG, ağız yoluyla beslenemeyen hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla, karın duvarından mideye tüp yerleştirilmesidir. Başka bir deyişle PEG enteral beslenme için gastrokutaneal fistül oluşturulması işlemidir. Bu yöntem özellikle uzun süre yoğun bakım servislerinde yatan, herhangi bir sebepten dolayı yutma refleksi kaybolmuş olan hastaların beslenmesi için gereklidir.

Burada servismizde PEG uygulaması yapılan hastalarımızdaki sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Ocak2016-Şubat2017 tarihleri arasında, PEG uygulaması yapılan 129 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların takiplerine ait veriler hastane otomasyon sisteminden ulaşıldı. Hastalara ait demografik veriler, primer hastalıkları, işlemin başarısız olduğu hastalarda nedenler, ek hastalıklar, gelişen komplikasyonlar incelendi. Bulgular: Toplam 129 hastanın 54'ü kadın, 75'i erkekti.

PEG endikasyonları; SVO (n=61), Hipofarink Ca (n=23), Özofagus Kanseri (n=12), Uzun süreli translareneal entübasyon (n=5), ALZHEIMER (n=7), MIASTENIA GRAVIS (n=13), SPİNAL ASTROSİTOM (n=1), ALS (n=2), SEREBRAL PALSI (n=5).

Komplikasyonlarımız; stoma enfeksiyonu (n=33), peristomal kaçak (n=15), kanama (n=13), bronşiyal aspirasyon (n=4), tüp tıkanması veya fonksiyon kaybı (n=19), kazara tüpün çıkması (n=17) idi. Serimizde stoma enfeksiyonu en sık komplikasyondur. Stoma enfeksiyonları oral antibiyotik ve lokal yara yeri bakımı ile iyileştirildi. Tüp tıkanması ya da tüp fonksiyon kaybı gelişen hastalarda tüpün endoskopik olarak değiştirilmesi tercih edildi. 2 hastada larinx tümörü tanısıyla gastroskopi yapılamaması nedeniyle PEG işlemi gerçekleştirilemedi. Bronşiyal aspirasyon gelişen bir hastamızda PEG, Perkütan Endoskopik Jejunostomi ile değiştirildi.

Tartışma ve sonuç: Uzun süreli enteral beslenme için en iyi metod gastrostomi'dir. Hangi şekilde olursa olsun enteral beslenmenin yapılamaması durumlarında PEG, beslenme için en uygun seçeneklerden birisidir. PEG ile enteral beslenme yapıldığında gastrointestinal sistemin yapısal ve fonksiyonel özellikleri korunur. Endikasyon havuzu giderek artan Peg uygulaması, düşük komplikasyon riski, yüksek etkinlik nedeniyle uzun dönemli enteral beslenmede tercih edilecek yöntemdir. Oral beslenemeyen ve uzun süreli oral beslenmeyeceği düşünülen hastalarda malnütrisyon gelişmeden Peg uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi, Endoskopik gastrostomi, Peg

PB-33

TIKAYICI GASTROİNTESTİNAL SİSTEM TÜMÖRLERİNDE STENT UYGULAMASININ YERİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ali Solmaz, Osman Bilgin Gülççek, Erkan Yavuz, Candaş Erçetin, Hakan Yiğitbaş, Eyüp Sevim, Shahbaddin Valiyev, Talar Vartanoğlu, Atilla Çelik, Fatih Çelebi

Genel Cerrahi Kliniği, Bağırsak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Giriş ve Amaç: Gastrointestinal sistem tümörlerinin en önemli komplikasyonlarından biri tümöre bağlı obstrüksiyondur. Özellikle özefagus, mide distali ve kolonda bu komplikasyon daha sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok merkezde kolon tümörlerine bağlı tıkanıklıklarda halen acil ameliyat ön planda tutulmasına karşın, girişimsel endoskopik işlemlerin yapılabildiği bazı merkezlerde gastrointestinal pasajı sağlamak için stent uygulaması yapılmaktadır.

Bu bildirideki amacımız son 2 yılda endoskopi ünitemizde tıkaçıcı gastrointestinal sistem tümörü sebebiyle endoskopik stentleme işlemlerimizi paylaşmaktır.

Gereç ve Yöntem: Bağırsak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Endoskopi ünitesinde 2014 Ocak-2017 Şubat arasında endoskopik stentleme işlemi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların demografik verileri, obstrüksiyonun lokalizasyonu, stent takılma endikasyonları, başarı oranları ve stentlerin kullanım süreleri incelendi.

Bulgular: Son 2 yıl içinde endoskopi ünitemize yaş ortalaması 64 (24-90) olan 16 hasta stentleme için başvurdu. Hastalarımızın 6 tanesi erkek, 10 tanesi kadındı. Olguları tümör lokalizasyonlarına göre ayıracak olursak; 9 hastada tıkaçıcı özefagus tümörü, 4 hastada tıkaçıcı sigmoid tümörü ve 3 hastada da tıkaçıcı rektum tümörü mevcuttu. Toplam 16 olgudan 14'üne başarılı bir şekilde endoskopik stent uygulandı (%87,5). Başarılı bir şekilde stent takılan hastaların 2 tanesinde stent migrasyonu oluştu, bu hastalara yine endoskopik müdahale yapıldı. Stentleme işlemlerine bağlı mortalite görülmedi. Ortalama stent kullanım süresi 8 haftaydı (1-32).

Sonuç: Kendiliğinden genişleyebilen metalik intestinal stentlerin kullanımı, gastrointestinal malign darlıkların tedavisinde güvenli ve etkin bir alternatif tedavi metodu olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Stent, gastrointestinal tümör, tıkanıklık

PB-34

PLUMMER-VINSON SENDROMUNDA YUTMA GÜÇLÜĞÜNÜN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Ali Solmaz, Osman Bilgin Gülççek, Erkan Yavuz, Hakan Yiğitbaş, Candaş Erçetin, Serhat Meriç, Elif Binboğa, Gülçin Ercan, Atilla Çelik, Fatih Çelebi

Genel Cerrahi Kliniği, Bağırsak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş ve Amaç: Plummer-Vinson sendromu (PVS), (Peterson - Brown - Kelly sendromu veya sideropenik disfaji olarak da bilinir) oldukça nadir görülen bir sendrom olup demir eksikliği anemisi, özefagusta web oluşumu ve buna bağlı yutma güçlüğü ile karakterizedir. Tedavi edilmediği takdirde yutma güçlüğü giderek artar ve bu hastalar uzun vadede özefagus ve farenksin skuamöz hücreli kanserinin riski altındadırlar. Tedavi demir replasmanı ve özefagustaki webin endoskopik veya cerrahi olarak açılmasından ibarettir. Biz bu bildirimizde kliniğimize yutma güçlüğü ile başvuran ve endoskopik balon dilatasyonu ile başarılı bir şekilde komplikasyonsuz olarak yutma güçlüğü tedavi edilen 17 yaşındaki olgumuzu radyolojik ve endoskopik görselleriyle beraber sunmak istedik.

Olgusu: 17 yaşında bayan hasta kliniğimize yutma güçlüğü sebebiyle refere edildi. Yapılan kan tahlillerinde demir eksikliği anemisi de saptanan hastaya çekilen özefagogramda özefagus web bulgusu saptandı. Yapılan gastroskopiye üst özefagus sfinkterine yakın lokalizasyonda web saptandı. Plummer-Vinson sendromu tanısı konan hastaya demir tedavisi başlandı.

Hastaya yapılan başarılı endoskopik balon dilatasyonu sonrası yutma güçlüğü tamamen geriledi. Hasta işlem sonrası 5. ayında sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Sonuç: Belirgin yutma güçlüğü olan Plummer-Vinson vakaları endoskopik balon dilatasyonu ile tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Plummer-Vinson sendromu, özofajeal web, yutma güçlüğü, demir eksikliği anemisi

PB-35

ATROFİK GASTRİT VE İNTESTİNAL METAPLAZİ LEZYONLARININ HELICOBACTER PYLORI İLE BİRLİKTELİĞİ

Erdem Sarı¹, Bayram Türkes¹, Şirin Akın Sarı², Gülay Turan³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

³Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği

Amaç: Üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopilerinde saptanan atrofik gastrit (AG) ve intestinal metaplazi (IM) pre-neoplastik lezyonlar olarak kabul edilmektedir. Bu lezyonların mide kanserine ilerleyişinde Helicobacter pylori (HP)'nin destekleyici rolü olduğu kabul edilmektedir. Biz bu çalışmamızda cerrahi endoskopi ünitemizde üst GİS endoskopilerinde saptadığımız AG ve IM lezyonlarını ve bunların HP ile birliktelikleliğini araştırdık.

Yöntem: Bigadiç Devlet Hastanesi cerrahi endoskopi ünitesinde Ocak 2016-Ocak 2017 arasında üst GİS endoskopisi yapılan 246'sı (%67,2) kadın toplam 366 hasta çalışmaya alındı. Hastaların tamamından endoskopik biyopsi alınıp histolojik değerlendirilme yapıldı. Endoskopi raporları ve histolojik değerlendirme sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 246'sı (%67,2) kadın idi. Yaş ortalaması 51,56 olarak hesaplandı. Hastaların 45'inde (%12,3) AG, 65'inde (%17,7) IM, 179'unda (%48,9) HP saptandı (Tablo: 1). AG saptanan hastaların 31'inde (%68,9), IM saptanan hastaların 35'inde (%53,8) HP pozitif saptandı (Tablo: 2).

Sonuç: Bazı çalışmalar batı toplumunda mide kanserine ilerlemede yıllık insidansın IM için %0,25, AG için %0,1 olduğunu bildirmektedir. Helicobacter pylori (HP)'nin bu ilerleyişinde desteklediği bilinmektedir. Özellikle AG ve IM gibi pre-neoplastik lezyonları olan hastalarda HP eradikasyonunun önemli olduğunu vurgulamak isteriz.

Anahtar Kelimeler: intestinal, metaplazi, atrofik, gastrit, helicobacter, pilori

Tablo 1. Pre-neoplastik lezyonlar ve HP

	SAYI	%
AG	45	12,3
IM	65	17,7
HP	179	48,9

Tablo 2. IM ve AG olan olgularda HP varlığı

	HP (+)	HP (-)
AG (+)	31 (%68,9)	14 (%31,1)
IM (+)	35 (%53,8)	30 (%46,2)

PB-36

HASTANEMİZ PLYATİF BİRİMİ HASTALARI İÇİN ÖNEMLİ BİR GEREKLİLİK-PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ TECRÜBEMİZ

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Gülseren Büyükşerbetçi², Şirin Akın Sarı³, Bedi Yoğurtçuoğlu³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Bigadiç Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği

³Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

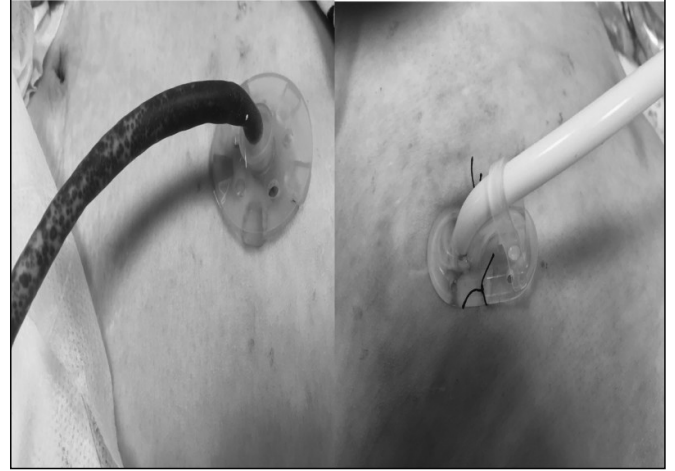
Amaç: Özellikle nörolojik hastalıklar nedeniyle gastrointestinal sistem (GİS) bütünlüğü tam olduğu halde oral alımı kısıtlı olan hastalarda perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) işlemi oldukça faydalı bir yöntemdir. Amacımız PEG işleminin mutlaka 3. Basamak hastanelerde yapılan bir işlem olmadığını hatırlatmak ve bu işlemin palyatif birimlerde yatan hastalar için ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktır.

Yöntem: Ocak 2016-Ocak 2017 arasında Bigadiç Devlet Hastanesi cerrahi endoskopi ünitemizde PEG işlemi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

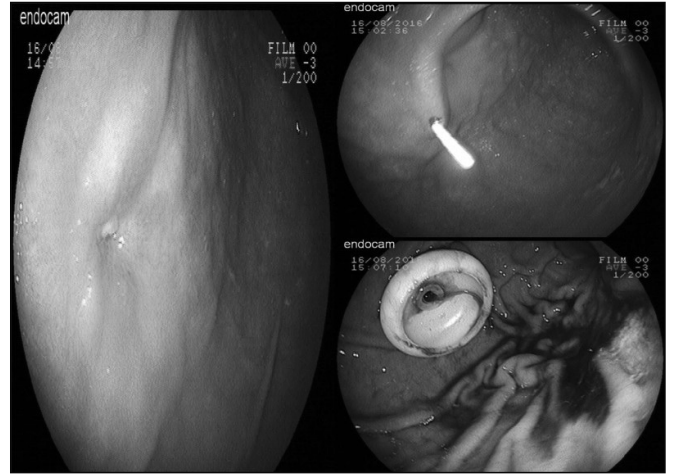
Bulgular: Toplam 14 hastaya katater değişimleriyle beraber 17 PEG işlemi yapıldı. Hastaların 9'u kadın, 5'i erkekti. Yaş ortalaması 63,6 olarak hesaplandı. Bu hastalar palyatif birimimizde yatan oral beslenme bozukluğu olan nöroloji hastalarıydı. Hastaların 5'inde (%35,7) serebrovasküler hadise, 7'sinde (%50) alzheimer, 1'inde (%7,1) motor nöron hastalığı, 1'inde (%7,1) amiotrofik lateral skleroz mevcuttu. Komplikasyon olarak 2 (%14,3) hastada periostomal enfeksiyon gelişti. Bu hastalarda enfeksiyon geçinceye kadar tüp çekilip sonra tekrar PEG işlemi yapıldı. Bir hastamıza taburculuğu sonrası evde yakını tarafından yüksek ısıda sıvı gıda (çorba) verilmesi sonucu deforme olan katateri yenisi ile değiştirildi (Resim: 1). Başka bir merkezde PEG işlemi uygulanan bir hasta tüpünü çekmesi sonrası kliniğimize getirildi ve aynı trakttan PEG işlemi yapıldı. Yine başka bir merkezde iki yıl önce PEG işlemi yapılan ve gastrostomi tüpünün butonu mukoza içine migrasyon yapmış (buried bumper) bir hastaya farklı bir trakttan PEG işlemi uygulandı (Resim: 2).

Sonuç: Palyatif birimleri olan hastanelerde PEG işlemi yapılan bir cerrahi endoskopi ünitesinin varlığı oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: peg, endoskopi, gastrostomi



Resim 1. Deforme PEG değişimi



Resim 2. Buried bumper komplikasyonu gelişen hastaya yeni PEG işlemi

PB-37

HASTA PEG KATATERİNİ TATİLDE ÇEKERSE???

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Gülseren Büyükşerbetçi², Şirin Akın Sarı³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Bigadiç Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği

³Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) işlemi, gastrointestinal sistemi (GİS) intact olduğu halde yutma fonksiyonu bozuk veya olmayan hastalarda oldukça faydalı bir yöntemdir. PEG işlemi yapılmış hastalarda kataterin hasta tarafından çekilmesi nadir de olsa karşılaşılabilecek bir hadisedir. PEG katateri çekildikten sonra 24 saat içinde traktın kapanması söz konusu olacağı için bu durum endoskopik aciller içinde sayılabilir. Ancak endoskopi ünitesi çeşitli sebeplerle hazır değil ise ne yapılacağı konusunda karşılaştığımız bir vaka tecrübemizi paylaşmak istedik.

Olgu: Alzheimer tanısı olan ve dış merkezde takılmış olan PEG kataterini bir konversiyon krizi esnasında çekmiş olan 73 yaşında erkek hasta acil servisimize getirildi. Hastanın kanaması yoktu. Nabız 90/dakika ve kan basıncı 130/80 mm Hg idi. Batın muayenesi olağandı, rijidite saptanmadı. Trakttan safralı mide içeriği geldiği görüldü. Trakt kapanmadan re-kataterizasyon yapılması uygun görüldü. Hadise tatil gününde meydana gelmişti. Endoskopi ekibinin toplanmasının mümkün olmaması nedeniyle lokal anestezi uygulanması ardından eski katater traktından mide lümenine 18F suction katater ilerletildi ve tespit edildi. Katater güvenliği sağlanan hastaya 24 saat boyunca intravenöz hidrasyon verildi. Ertesi gün suction katateri lümeninden kılavuz ip geçirilerek "pull" yöntemi ile

PEG işlemi uygulandı (Resim: 1). Bir gün sonra enteral beslenmesi tekrar başlanan hasta 48 saat sonra taburcu edildi.

Sonuç: Koopere olamayan ve kendine zarar verme potansiyali olan nörolojik ve/veya psikiyatrik patolojileri olan hastalarda kataterlerin güvenliği önemli bir sorundur. PEG kataterleri bir şekilde çıkmış hastalarda trakt güvenliğinin sağlanması, re-kataterizasyonun daha az invaziv ve daha az riskli bir yöntemle yapılmasına olanak verecektir. Olgumuzda olduğu gibi PEG işleminin aynı gün yapılamayacağı durumlarda traktın güvenliği geçici kataterler ile sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: peg, katater, gastrostomi



Resim 1. Suction katater kılavuzluğunda PEG re-kataterizasyonu

PB-38

İKİNCİ BASAMAK BİR İLÇE HASTANESİNE YENİ KURULAN CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİNİN 1 YILLIK ÇALIŞMA ANALİZİ

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Şirin Akın Sarı², Gülseren Büyükşerbetçi³, Bedi Yoğurtçuoğlu²

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

³Bigadiç Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği

Amaç: Gastroskopi ve kolonoskopi gastrointestinal sistem (GİS) hastalıklarının tanı ve tedavisinde altın standart yöntemlerdir. Amacımız Bigadiç Devlet Hastanesi genel cerrahi endoskopi ünitemizdeki bir yıllık çalışmalarımızı analiz etmektir.

Yöntem: Ocak 2016-Ocak 2017 arasında Bigadiç Devlet Hastanesi cerrahi endoskopi ünitemizde endoskopik işlem yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı.

Bulgular: Toplam 744 hastanın 511'ine (%68,7) üst GİS endoskopisi, 233'üne (%31,3) alt GİS endoskopisi yapıldı. Hastaların 483'ü (%64,9) kadındı. Hastalarında 3'ünde mide adenokarsinomu, 5'inde kolon adenokarsinomu saptandı. Toplam 107 polipektomi işlemi gerçekleştirildi. Üst GİS endoskopilerinin 17'si perkütan endoskopik gastrostomi (PEG) işlemleriydi. Bu hastalar palyatif birimimizde yatan oral alımı kısıtlı nöroloji hastalarıydı.

Komplikasyon olarak bir hastada sigmoid kolon perforasyonu meydana geldi. Bu hasta acil operasyona alındı ve primer kolon tamiri yapıldı.

Sonuç: Cerrahi endoskopi üniteleri bulundukları bölgede GİS hastalıklarının tanı ve tedavisinde oldukça faydalı birimlerdir. Ayrıca palyatif birimi olan hastaneler için de PEG işlemlerinin yapılabildiği endoskopi üniteleri bir gerekliliktir.

Anahtar Kelimeler: endoskopi, kolonoskopi, peg

PB-39

PERİPANKREATİK ABSENİN ENDOSKOPİK PRECUT KESİSİ İLE İNTERNAL DRENAJ

Sezgin Yılmaz, Murat Akıcı, Ogün Erşen, Emre Ballı, Serkan Ademoğlu, Mümtaz Erakın, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş: Pankreatit sonrası gelişen abse ve psödokistlerin tedavisinde endoskopik ve cerrahi yaklaşımlar ile çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Ancak peripankreatik abselerde belirlenmiş altın standart bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Bu sunumumuzda bulbusa protrüde olan peripankreatik absenin endoskopik yaklaşımla interanal drenajını aktarmayı amaçladık.

Olgu: 86 yaşında erkek hasta daha önce biliyer pankreatit sebebiyle kliniğimize yatırılmış yapılan tetkikler sonucunda biliyer obstrüksiyon nedeniyle ercp yapılması kararlaştırılmıştır. Ercpde başarılı bir sfinkterotomiyi takiben taş ekstraksiyonu yapılmış ve plastik biliyer stent ile stentleme yapılmıştır. Hasta 3 ay sonra koledoktaki stenti çekilmek için ercp işlemine alındığında stent çekilmesini takiben yapılan kontrollerde koledokun normal olduğu görüldü. Cihaz geri çıkarılırken bulbusta kabarıklık, eritemli, mukozayı kısmen destrüktüre etmiş ve içerisinden püyü akan lezyon görüldü. Hasta işlem sonrası tomografiye alındı ve pankreas başı düzeyinde 5 cm'lik kalın cidarlı absenin duodenuma basısının mevcut olduğu görüldü. Hastaya tekrar endoskopi işlemi yapılması kararı alındı. Endoskopik bakıda kabarıklık lezyonunun ucundaki orifisten kısmen drene olan pürülan materyal görüldü. Sfinkterotomi ile mukozanın açılmasını takiben bol miktarda püyü geldiği görüldü buradan verilen opak maddenin abse poşuna doluşu izlendi. Absenin bulbusa fistülizasyonu sağlandı ve işlem sonrası klinik süreçte absenin gerilediği ve tamamen drene olduğu görüldü. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Peripankreatik abselerin endoskopik olarak intertinal drenajında precut iğnesi ile mukozektomi kullanılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: endoskopi, pankreatik abse, drenaj



Resim 1. Bulbusta abse orifisi

PB-40

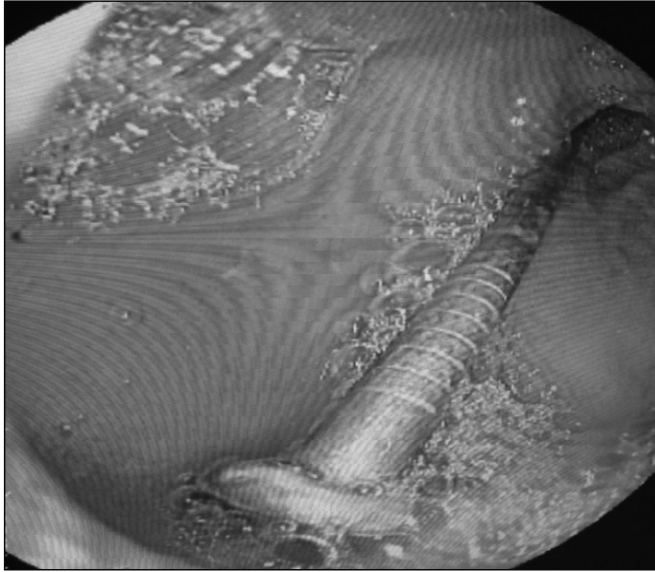
PİKA SENDROMLU ŞİZOFREN HASTADA ENDOSKOPİK OLARAK BULBUSTAN ÇİVİ VE İĞNE ÇIKARILMASI**Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Ogün Erşen, Serkan Ademoğlu, Emre Ballı, Mümtaz Erakin, Yüksel Arıkan***Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar*

Giriş: Mide ve bulbusta takılmış yabancı cisimlerin endoskopik yaklaşım ile çıkartılması günümüzde altın standarttır. Hasta konforunun artması ve taburculuk süresinin cerrahi yaklaşıma göre anlamlı ölçüde kılmasının yanında bazı vakalarda ise endoskopik çıkartım teknik nedenlerle mümkün olmamaktadır. Hastalarda yabancı cisimler genellikle özefagus darlıklarında takılmakla birlikte hastamızda 5 cm'lik çivi ve iğne piloru dahi geçerek bulbusta takılmıştır. Biz sunumumuzda çivi ve iğne yutan bir hastada bulbusta kadar ilerlemiş yabancı cisimlerin endoskopik olarak başarıyla çıkarılmasını vurgulamayı amaçladık.

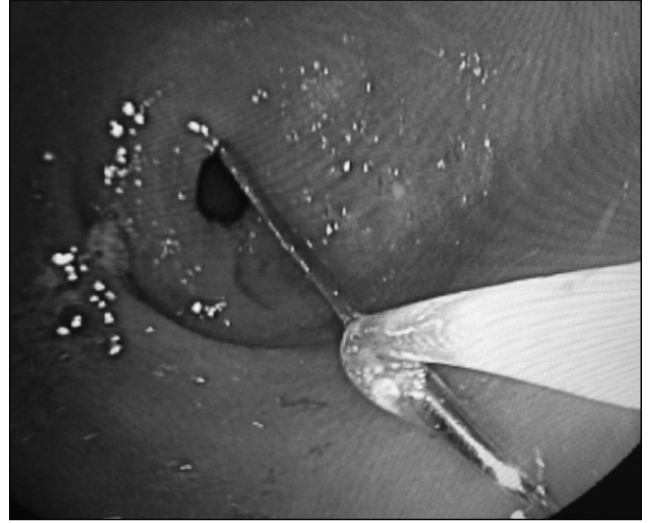
Olgu: 35 yaşındaki tedavisiz şizoaffektif kişilik bozukluğu ve bunun temelinde pika sendromu mevcut olan ve daha önce de mükerrer defalar yabancı cisim yutma öyküsü bulunan bayan hasta acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurmuştur. Çekilen direkt grafilerde hastanın karında 2 adet yabancı cisim olduğu görüldü ve lokalizasyonu için hastaya bilgisayarlı tomografi çekildi. Tetkikler neticesinde hastanın bulbusunda 1 adet çuvaldız ve 1 adet çivi saptanmıştır. Hasta genel cerrahi kliniğine yatırılarak takibe alındı. Genel durumu iyi bilinci açık periton irritasyon bulguları olmayan hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılması kararı alındı. Yapılan işlemde bulbustaki yabancı cisimler snear yardımı ile künt uçlarından yakalanarak endoskopik olarak çıkartıldı. İşlem toplamda 18 dakika sürdü ve komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı. Hasta işlem sonrası aynı gün içerisinde taburcu edildi.

Sonuç: Peritonit bulguları olmayan kesici veya delici yabancı cisim yutulması olgularında endoskopik müdahale ilk ve acil tedavi olarak güvenle denenebilir.

Anahtar Kelimeler: endoskopi, yabancı cisim, bulbus



Resim 1. Korpus ve bulbusta yabancı cisim



Resim 2. Korpus ve bulbusta yabancı cisim

PB-41

KOLONOSKOPİK BALON DİLATASYONU SIRASINDA OLUŞAN PERFORASYONDA VERES İĞNESİ İLE SEMPTOMATİK TEDAVİ**Murat Akıcı, Ogün Erşen, Sezgin Yılmaz, Serkan Ademoğlu, Yüksel Arıkan***Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar*

Giriş: Kolonoskopik balon dilatasyonu benign anastomotik darlıklarda sıkça uygulanan bir yöntem olmakla birlikte işlem sırasında perforasyon ve kanama gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir. Özellikle tekrarlayan dilatasyonlarda incelen anastomoz hattından perforasyonlar oluşabilmektedir.

Olgu: 71 yaşındaki erkek hastaya rektum kanseri nedeni ile laparoskopik low anterior rezeksiyon yapıldı. 32 numara tek kullanımlık sirküler stapler ile 6. cm'e anastomoz yapılan ve tam saptırıcı ileostomi açılan (distal kese ağzı şeklinde sütüre edildi) hasta sıhhatle taburcu edildi. 3 ay sonra ileostomi kapatılması için çağırılan hastaya yapılan kontrol kolonoskopide anastomozun daraldığı görüldü. Anastomoz hattından biyopsiler alındı, biyopsi sonuçlarının benign olarak raporlanması ile hastaya kolonoskopik dilatasyon planlandı. Akalazya dilatasyon balonu ile 1 hafta arayla 2 seans dilatasyon yapıldı. 2. seans sırasında hastada dilatasyon esnasında şiddetli ağrı meydana geldi. Kolonoskopik bakıda belirgin perforasyon alanı görülmedi ancak hastanın batnında hassasiyet ve distansiyon olması nedeniyle ayakta direk batın grafisi ve tomografi çekildi. Batnın belirgin derecede insufliyeye olduğu görüldü. Hastada saptırıcı ileostominin var olması nedeniyle cerrahi girişim düşünülmedi ve batın distansiyonu nedeni ile oluşan ağrı için palyasyon amaçlı gazın boşaltılması planlandı. Hasta ters trendelenburg pozisyonunda yatırılarak sol üst kadrandan veres iğnesi ile girildi ve batın içindeki basınç laparoskopik insuflator cihazı ile ölçüldü. Basınç 11 mmhg olarak ölçüldü. Veres iğnesi serbest bırakılarak ve batın sağ alt kadrana bası yapılarak gaz dışarı çıkartıldı. Son olarak aspiratör ile çekilmek suretiyle gaz tama yakın dışarı alındı. Hastanın kliniğinde dramatik bir şekilde iyileşme görüldü. Ağrısı tamamen kaybolan hasta 1 gün takibin ardından taburcu edildi. İleostomi kapatılması 3 ay daha ertelenerek ilk ameliyatından toplam 6 ay sonra ileostomi sorunsuz olarak kapatıldı ve hasta taburcu edildi. Hasta poliklinik kontrollerinde sağ ve sağlıklıdır.

Sonuç: Kolonoskopik dilatasyon sırasında meydana gelen nispeten küçük perforasyonlarda zaten çoğunlukla var olan ileostominin saptırıcı özelliği kullanılarak hastanın takip ile tedavi edilmesi mümkündür. Ancak perforasyon sonrasında işleme devam edildiğinde kolonoskopun verdiği basınçlı hava perforasyon alanından batına kaçmakta ve hastada çok şiddetli bir ağrı kliniği oluşturmaktadır. Bu ağrı kliniğinin rahatlatılması palyasyon ile tedavinin olmazsa olmazıdır. Bu hastalar veres iğnesi kullanılarak klinik tamamen sessiz hale getirilmek suretiyle takip edilebilirler.

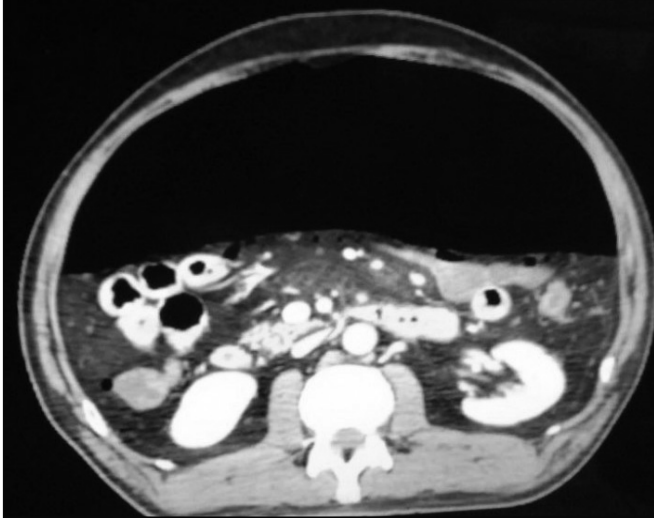
Anahtar Kelimeler: perforasyon, balon dilatasyon, kolonskopi

Batin Bt kesiti



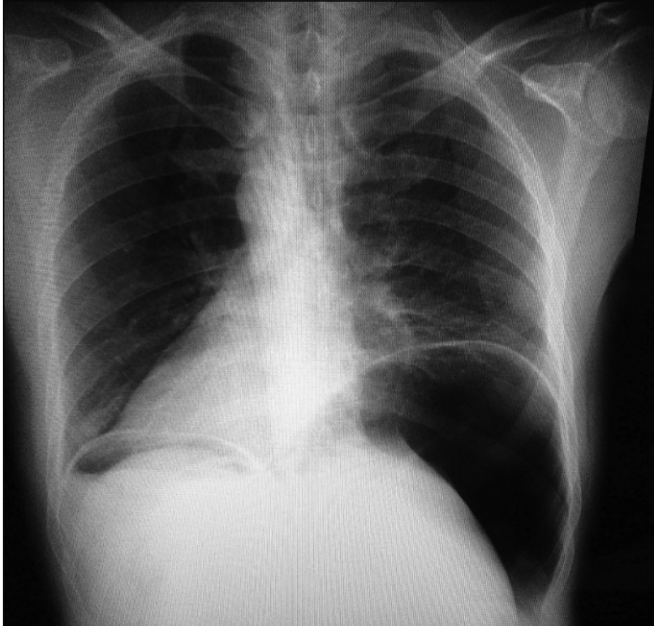
Resim 1. Batin tomografisinde insuflie olmuş batin

Batin Bt kesiti



Resim 2. Batin tomografisinde insuflie olmuş batin

Karın grafisi



Resim 3. Ayakta direk karın grafisinde diyafram altı serbest hava

PB-42

PEPTİK ÜLSER PERFORASYONU CERRAHİSİ SONRASI KONTROL ENDOSKOPİSİNİN KLİNİK YÖNETİME ETKİSİ

Hüseyin Akbulut, Hüseyin Kazım Bektaşoğlu, Elnur Piraliev, Süleyman Bozkurt

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Helikobakter pilori, peptik ülser hastalığının en sık nedenidir ve tedavisiz hastalarda perforasyon riski %10'a kadar çıkmaktadır. Peptik ülser perforasyonu gelişen ve cerrahi uygulanan hastalarda postoperatif dönemde amoksisilin, klaritromisin ve lansoprozol üçlü eradikasyon tedavisi önerilmektedir; ameliyat sonrası dönemde de kontrol gastroskopi ve hızlı üreaz testi yapılmaktadır. Çalışmamızda eradikasyon tedavisi alan hastalarda gastroskopi yaklaşımının kliniğe olan katkısını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Materyal-metod: Ocak 2015-Ocak 2017 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve peptik ülser perforasyon tanısı alarak açık yada laparoskopik graham usulü rafi uygulanan hastaların yaş, cinsiyet, perforasyonun yerleşim yeri, yapılan operasyon şekli kaydedildi. Hastalar, lansoprozol 30 mg 1x1, klaritromisin 500 mg 2x1, amoksisilin 1000 miligram 2x1 şeklinde oral üçlü eradikasyon tedavisi ile taburcu edildikten 1 ay sonra kontrol üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı ve sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Ocak 2015 ve Ocak 2017 tarih aralığında kliniğimizde peptik ülser perforasyonu nedeniyle graham usulü rafi uygulanan 72 hasta çalışmaya dahil edildi. Postoperatif dönemde hastaların tümü amoksisilin, klaritromisin, lansoprozol tedavisi ile taburcu edildi ve bir ay sonra kontrol endoskopi için randevu verildi. Hastalardan 10'u takibe katılmadığı için çalışma dışı bırakıldı. Vakaların 14'ü kadın, 48'i erkekti. Ortalama yaş 48 idi (18-86), 8 vakada perforasyon prepilorik yerleşimli idi, bunların tümünden biopsi alındı, patolojik değerlendirmelerinde maligniteye rastlanmadı.

Endoskopi yapılan 62 hastanın sonuçları değerlendirildi. Vakaların üçünde endoskopun geçişine izin veren darlık mevcuttu. Prepilorik perforasyona neden olan lezyona sahip vakaların beşinde ülsere lezyon görüldü, bunlardan üçü indetermine olarak tariflenmişti ancak alınan biopsilerde maligniteye rastlanmadığından takibe alındı. Endoskopik incelemede ülser bulgusunun izlenmediği 21 vaka mevcuttu, geri kalan 36 vakada iyileşmiş skar görünümü mevcuttu. Kontrol endoskopi sırasında hızlı üreaz testinde helicobakter pilori vakaların 14'ünde (%22,5) pozitif sonuçlandı.

Sonuç: Helikobakter pilori enfeksiyonu önemli bir halk sağlığı sorunudur. Komplike, non-komplike peptik ülser tanısı alan hastalarda, Birleşik Devletler Ulusal Sağlık Enstitüsü ve Avrupa helicobakter pilori çalışma grubu gibi otoriteler tarafından da eradikasyon tedavisi önerilmektedir. Peptik ülser perforasyon cerrahisi sonrası eradikasyon tedavisi alan ve birinci ayda yapılan kontrol üst gastrointestinal sistem endoskopisi; tıkanma semptomlarının eşlik ettiği yada prepilorik yerleşimli lezyonların klinik yönetimine katkısı bulunmuştur. Postpilorik yerleşimli olup asemptomatik seyreden hastalarda ise klinik yönetimde bir etkisi olmamıştır. Bu grup hastalarda eradikasyon başarısını değerlendirmek amacıyla daha az invaziv testler ile değerlendirme yapılabilir. Ancak bu konuda daha geniş hasta popülasyonunu içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: helicobakter pilori, üst gastrointestinal sistem endoskopisi, peptik ülser perforasyonu

PB-43

GASTROSKOPİK POLİPEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Esra Dişçi, Mehmet İlhan Yıldırğan, Sabri Selçuk Atamanalp, Erdem Karadeniz, Nurhak Aksungur, Salih Kara

Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş-Amaç: Gastrik polipler genellikle asemptomatikdir ve endoskopik girişimler sırasında yaklaşık %2-6 oranında rastlanmaktadır. Midede en sık fundik gland polipleri ile hiperplastik polipler görülmektedir. 50 yaş ve üzerinde olma, Helicobacter pylori enfeksiyonu, Ailesel adenomatöz polip varlığı ve uzun süreli proton pompa inhibitörleri kullanımı mide poliplerinin risk faktörleridir.

Yöntem: Atatürk Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Endoskopi Ünitesinde 2016 yılında gastroskopik polipektomi işlemi yapılan has-

talar retrospektif olarak incelendi. İşlemler Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde sedasyon altındaki hastalara farklı cerrahlar tarafından snear veya veya biopsi forceps kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Endoskopi ünitemizde 12 hastaya gastroskopik polipektomi işlemi yapıldı. Bu hastaların 4'ü erkek (%33) ve 8'i kadın (%67) idi. Hastaların yaş ortalaması 58,8 (33–79)'di. Poliplerin çapı 3 mm ile 1 cm arasında değişmekteydi. Patoloji sonuçları 5 hastada hiperplastik polip, 2 hastada fundik gland polibi, 4 hastada kronik atrofik gastrit ve 1 hastada gastrointestinal nöroendokrin tümör olarak raporlandı. Hastalara ek cerrahi işlem uygulanmadı. Polipektomi işlemi sonrası hastalarda hiç bir komplikasyon görülmüdü. Tüm hastalar işlem sonrası taburcu edildi.

Sonuç: Mide poliplerinde endoskopik polipektomi yöntemi tanı ve tedavide kullanılan başarılı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Gastroskopi, Polipektomi, Nöroendokrin Tümör

PB-44

PERKUTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ (PEG) UYGULAMALARIMIZ

Özgür Cem Musri¹, Bülent Dinc¹, Bilge Baş², Haydar Adanır², Umut Rıza Gündüz³

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

²Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü

³Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

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. Perkutan endoskopik gastrostomi (PEG) gastro intestinal sistem bütünlüğü olan oral alımı kısıtlı hastalarda beslenme amacıyla mideden batin duvarına endoskop yardımıyla plastik tüp yerleştirilmesidir. Bu çalışmada cerrahi endoskopi ünitesinde uyguladığımız PEG işlemi ilgili deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında endoskopi ünitemizde PEG uygulanan hastaların; demografik verileri, mevcut hastalıkları, işlem başarıları ve komplikasyonlar retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm işlemler anestezi uzmanı gözetimi altında sedasyon ve lokal anestezi altında uygulandı.

Bulgular: Bu dönem içinde 54 hastaya PEG uygulandı. Hastaların 21'i (%39) erkek, 33'ü (%61) kadındı. Hastalar 18 ile 90 yaşları arasında olup ortalama yaş 65' idi. En sık serebrovasküler hastalıklar (%81) nedeni ile PEG uygulandı. İşlem esnasında hiç bir hastamız exitus olmadı, işlemden 24 saat sonra 2 hastamızda işlemden bağımsız nedenlerle exitus gelişti. Erken dönemde minör komplikasyon olarak; 3 hastada katater çevresinde enfeksiyon, 1 hastada sızıntı ve 1 hastada katatere bağlı ülser görüldü. Major komplikasyon olarak 2 hastada Buried-bumper sendromu görüldü. 6 hastada ilk 1 yıl içinde tüp tıkanıklığı-tüp deformitesi-tüp çıkarılması (hasta tarafından) nedeniyle yeniden PEG işlemi uygulandı.

Sonuç: PEG, çeşitli nedenlerle oral yoldan beslenemeyen olgularda uzun süreli ve en uygun beslenme desteği sağlayan güvenli bir yöntemdir. PEG uygulanabilen hastalarda beslenme, parenteral yonteme göre daha ekonomik, kullanım kolaylığı ve doğal olması nedeni ile daha sık tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: PEG, Komplikasyon, Endoskopi

PB-45

ERCP İLİŞKİLİ İNTRAPERİTONEAL PERFORASYONUN AMELİYATSIZ YÖNETİMİ: OLGU SUNUMU

Büyümin Gürbulak, Hasan Bektaş, Özhan Albayrak, Zeynep Deniz Şahin, Ekrem Çakar, Şükrü Çolak, Savaş Bayrak

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, İstanbul

Amaç: ERCP sonrası intraperitoneal perforasyon görülen ve ameliyatsız izlenerek tedavi edilen hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta, birkaç aydır süren karın ağrısı nedeniyle tetkik edilmiş ve evre II kist hidatik tanısı konmuş. Merkezimizde girişimsel radyoloji tarafından PAIR uygulanan ancak daha sonra safra fistülü gelişen hastaya terapötik amaçlı ERCP planlandı. ERCP esnasında

kist lojuna kontrast dolduğu görüldü ve sfinkterotomi planlandı. Bu esnada floroskopide lümen dışı serbest hava görülmesi üzerine irrigasyon ve kaplı kendiliğinden genişleyebilen metalik stent (SEMS) uygulandı. Hastanın görüntülemelerinde intraperitoneal ve ekstrapitoneal serbest hava görüldü. Oral kontrast kaçağı görülmeyen, klinik muayenlerinde ve laboratuvar değerlendirmelerinde kritik özellik saptanmayan hasta için ameliyatsız izlem kararı alındı. Sistemik antibiyoterapisi devam eden hasta serviste izleme alındı. 5 hafta sonunda ERCP tekrarı yapılarak stenti çıkarılan, işlem sonrası komplikasyon görülmeyen hasta tedavi önerileriyle taburcu edildi.

Sonuç: ERCP sonrası perforasyonlarda intraperitoneal perforasyon şüphesi, büyük oranda operasyon kararına yönlendirici olmaktadır. Ancak yakın takip ve uygun hasta seçimi ile bu hastalar da ameliyatsız takip edilebilir.

Anahtar Kelimeler: ERCP, kist hidatik, perforasyon

PB-46

SKOPLARIN CERRAHİ ENDOSKOPİ ÜNİTESİNDE KULLANIMI!

Fevzi Cengiz, Turan Acar, Kemal Erdinç Kamer, Melek Gökova, Nihan Acar, Mehmet Hacıyanlı, Osman Nuri Dilek

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

Giriş: Gastrointestinal sistem hastalıklarının tanısı ve tedavisinde zaman içinde skopların (gastroskop ve kolonoskop) teknolojik olarak gelişimi önemli bir yer tutar. Teknolojik gelişmeler ardından gastrointestinal sistem yakınması olan hastaların erken tanı ve tedavisinde endoskopi-nin önemi giderek artmaktadır. Ülkemizde ve kliniğimizde kurulan cerrahi endoskopi üniteleri ile bu gelişmeler toplum geneline yayılmaktadır. Yazımızda endoskopik işlemlerin ünitemizde ki çeşitliliğini sunmayı amaçladık.

Metod: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında ünitemizde Narrow Band Imaging, water-jet ve karbondioksit insüflator özellikleri mevcut bir cihaz ile yapışmış 997 endoskopik işlem retrospektif olarak irdelendi.

Bulgu: Yapılan endoskopik işlemlerin %68,5 (683) kolonoskopi, %31,5 (314) gastroskopi idi. Olguların %54,5'i kadın (K/E=543/454) olup ortalama yaş 54,2 idi. Endoskopi sırasında 167 adet girişim yapılmıştır. Bu girişimler intestinal sistemde tespit edilen poliplerin eksizyonu, laparoskopik cerrahi öncesi ve/veya ameliyat sırasında lezyon yerinin işaretlenmesi, beslenme amaçlı tüp takılması, tıkaçıcı kitlelerin stentlenmesi, kanayan lezyonların durdurulması (skleroterapi, klip uygulaması veya bant ligasyon), lümenal yabancı cisimlerin endoskopik çıkarılması, vol-vulusların endoskopik detorsiyonu ve ameliyat sonrası kaçakların tespiti, tedavisi, anastomoz darlıklarının dilatasyonu veya endoskopik kesiler ile darlıkların açılması uygulamalarıdır.

Sonuç: Gelişen endoskopik teknoloji ve kurulan cerrahi endoskopi üniteleri bu cihazların daha fazla ve invaziv olarak kullanılmalarna olanak sağlamıştır. Bu doğal sonuç cerrahi servisleri ve polikliniklerinde görülen hastaların tedavilerinin terapatik endoskopik işlem gereksinimindedir. Geçmişten günümüze tanısal başlayan ve günümüzde terapatik amaçlı kullanılan skoplar, teknolojik gelişmeler ile doğal yollardan cerrahiye müdahalelere imkan sağlamaktadır. Ülkemizde mevcut cerrahi endoskopi ünitelerinin gelişerek girişim sayılarını artıracakını, gelişen teknoloji ve endoskopik cerrahlar ile gelişecek endoskopik cerrahiye öncülük edecekleri kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi endoskopi, endoskopi ünitesi, endoskopik tedavi

PB-47

YAŞLI HASTALARDA ÜLSERLİ GASTRODUODENAL KANAMALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Sureddin Zeynalov, Natevan Kızırova, Teyyub Eliyev

Azerbaycan Tıp Üniversitesi I. cerrahi hastalıklar Anabilim Dalı

Amaç: Yaşlı hastalarda mide-bağırsak kanamalarının erken tanısı ve klinik özelliklerini öğrenmek.

Araç: Yaşı 60-dan yukarı olan 325 (onlardan 217-i erkektir) hastanın hastalık raporu retrospektif olarak araştırılmıştır. Bu hastalar 2001-2016 yıllarda tedavi almışlar. Alınan sonuçları karşılaştırmak için yaşı 40-60 aralığında olan, ülserli ve gastroduodenal kanamalı 337 hasta kontrol grubu olarak seçilmiştir. Lokal hemostazın durumu, kanamanın ağırlık derecesi J. A. Forrest (1974) sınıflandırması üzere değerlendirilmiştir. Kanamanın mümkün rekürrens oranı ve tahminler için T. A. Rockall skoru kullanılmıştır.

Bulgular: Esas grupta ülser yarası 117 (%36,0) hastada midenin gövdesinde, 53 (%16,3) hastanın midesinin subkardial ve kardial bölümünde yerleşmiştir. 155 (%47,7) hastada onikiparmak barsak ülseri gözlemlenmiştir. Kontrol grubunda onikiparmak bağırsak ülseri 168 (%49,9), mide gövdesinin ülseri 123 (%36,5), subkardial ve kardial bölümün ülseri 46 (%13,6) hastada kaydedilmiştir. Esas grubdan olan hastalarda diğer organların hastalıkları-kronik kalp hastalığı, hipertansiyon, diabetes mellitus daha çok rastlanmıştır.

Esas grupta 53 (%16,3), kontrol grubunda 25 (%7,4) hastada ilkin hemostaz yetersiz olmuştur. Onların hepsi acil ameliyata götürülmüştür. Esas grupta 16 (%4,9), kontrol grubunda-7 (%2,1) hasta hayatını kaybetmiştir. İlk endoskopik müayeneden sonra lokal hemostazın devamsızlığı esas grupta 27 (%8,3), kontrol grubunda-16 (%4,7) hastada kaydedilmiştir. Bu hastalarda yakın 6 saat sürecinde tekrar endoskopik müayene yapılmıştır. Lokal hemostazın stabilleşmesi esas grupta 17 ve kontrol grubunda 11 hastada gözlemlenmiştir. Tekrar endoskopik tedaviden sonra hemostaz esas grupta 12 ve kontrol grubunda 8 hastada stabilleşmiştir. Geriye kalan esas gruptan 6 ve kontrol grubundan olan 2 hastayı acil ameliyat etmişler. Esas grubdan 83 (%25,5) ve kontrol grubundan 56 (%16,6) hastada endoskopik hemostazın kombine olunmuş yöntemleri tatbik edilmiştir. Kanama residivine esas grupta 45 (%13,8) ve kontrol grubunda 28 (%8,3) hastada rastlanmıştır.

Yaşlılarda gastroduodenal kanamanın olması ülser yaralarının mide lokalizasyonunda daha çok rastlanmıştır. Daha genç hastalarla karşılaştırmada yaşlı insanlarda kullanılan endoskopik hemostaz yöntemleri az yararlıdır. Kombine olunmuş endoskopik yöntemlerin tatbiki tekrar kanamalarda önemini çok kaybetmiş oluyor.

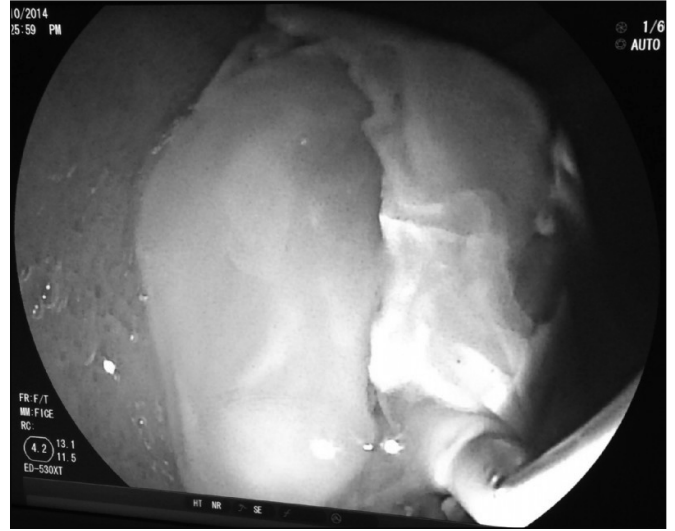
Sonuç: Ülser kökenli gastroduodenal kanamalar zamanı yaşlı hastalarda ölüm göstergesi (%4,9) daha genç yaşlı hastalarla oranda (%2,1) iki kat artmış olur ve onlarda kanamanın residivi daha çok gözlemlenir.

Anahtar Kelimeler: endoskopik, kanama, mide, ülser, yaşlı

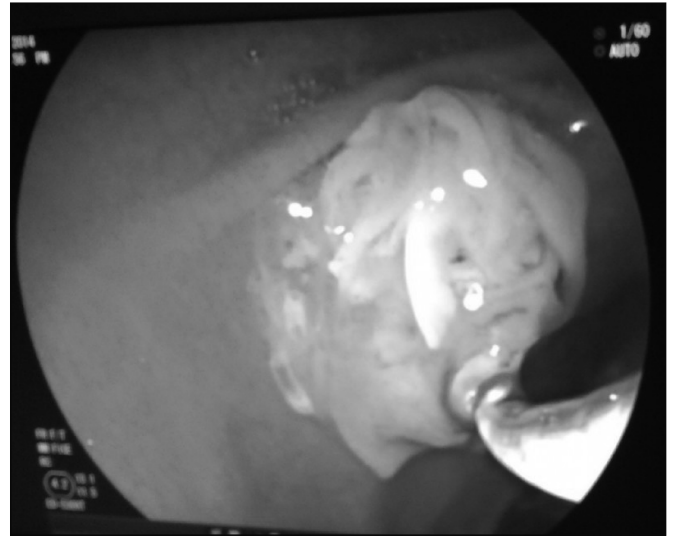
enfektif kist hidatik materyallerinin geldiği tespit edildi. Balon ile yıkama yapılarak koledok içerisinden germinatif membranlar çıkartıldı. ERCP işlemi koledoktan safra akışı izlenmesi üzerine tamamlandı. Hastaların takiplerinde kolanjit ve tıkanma iktleri klinikleri geriledi. Hastalar karaciğer kist hidatikleri açısından elektif olarak cerrahi planlamasına alındı.

Sonuç: ERCP günümüzde safra yoluna açılan kist hidatik hastalarında minimal invaziv bir tanı ve tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Başarılı bir ERCP işlemi ile hastalar ciddi bir patolojiden ve büyük bir cerrahi işlemden kurtarılmaktadırlar. Bununla birlikte halihazırda kist ile safra yolları iştiraki bulunan bu hastalarda ERCP prosedürü sırasında yapılan geniş endoskopik sfinkterotomi işlemi kist hidatik cerrahisi sonrasında oluşabilecek safra fistüllerinin de önünde geçmekte faydalı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik, Safra Yollarına Açılmış Kist Hidatik, Ruptüre Kist Hidatik, Kolanjit, Tıkanma İkteri, ERCP



Resim 1. Koledoktan kist hidatik membran ekstraksiyonu



Resim 2. Koledoktan kist hidatik membran ekstraksiyonu

PB-48

SAFRA YOLUNA AÇILMIŞ KİST HİDATİK OLGULARINDA ERCP İLE TEDAVİ

Enes Şahin, Fahrettin Acar, Serdar Yormaz, Mustafa Şahin

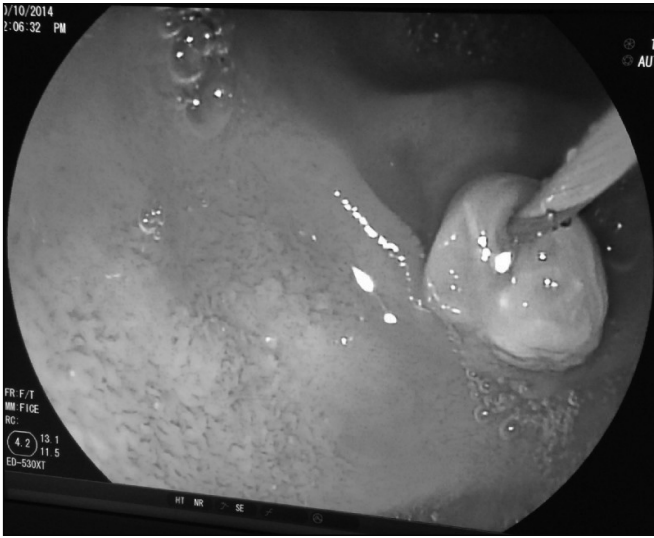
Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Karaciğer kist hidatik hastalarının çoğu komplike olmayan bir klinik seyir gösterirler. Kist komplike hale gelirse tanı ve tedavisi daha zor olmaktadır. Karaciğer kist hidatik hastalığının en sık görülen ve önemli komplikasyonlarından biri safra yollarına rüptürdür. Bu durum hastalarda ciddi mortalite ve morbiditeye neden olabilir. Geçmişte kist hidatiğin safra yolları rüptürüne bağlı gelişen komplikasyonlarının tanı ve tedavisinde cerrahi ilk seçenektir. Günümüzde daha az invaziv bir yöntem olan endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) bu hastalarda etkin bir tedavi yöntemi olmaktadır. Biz safra yollarına rüptüre olmuş kist hidatik hastalarında ERCP'nin tedavideki yerini vurgulamayı amaçladık.

Olgu: Tıkanma ikteri ve kolanjit klinikleri ile hastanemize başvuran 2 hastamızda yapılan tetkikler sonucunda karaciğer kist hidatik hastalığı olduğu tespit edildi. Hastaların ikisine de yatışlarının ikinci gününde terapötik amaçlı ERCP planlandı. Sfinkterotomi yapıldıktan sonra koledoktan



Resim 3. Koledoktan kist hidatik membran ekstraksiyonu



Resim 4. Koledoktan kist hidatik membran ekstraksiyonu

PB-49

GASTRİK DİVERTİKÜL: OLGU SUNUMU**Ali Tardu¹, Mert Mahsuni Sevinç²**¹Edirne Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahisi, Edirne²Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

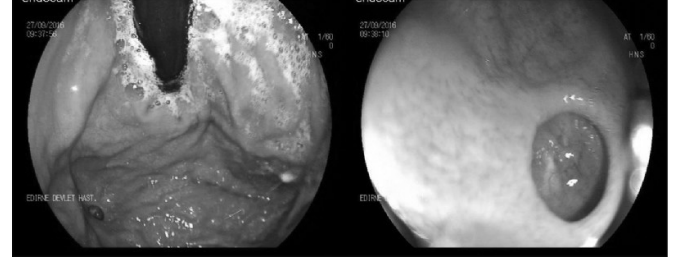
Amaç: Gastrik divertikül sindirim sisteminin oldukça nadir karşılaşılan patolojilerindendir. Genellikle asemptomatik olup, endoskopi sırasında rastlantısal olarak görülürler. Aşağıda nonspesifik şikayetlerle başvuran ve endoskopide gastrik divertikül saptanan iki olgu sunulmuştur.

Olgu-1: Epigastrik ağrı ve göğüste yanma şikayetleriyle başvuran 28 yaşındaki erkek hastanın yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde gastrik fundusta yaklaşık 5 mm çaplı ve yaklaşık 4–5 mm derinliğinde, tabanı gastrik mukoza ile örtülü divertiküler lezyon izlendi. Hastada antral gastrit mevcuttu. Retrofleksiyonda endoskop kardiyayı tam olarak sanyordu. Hastaya proton pompası inhibitörü ve antiasit reçetesi verildi. Şikayetleri gerileyen hastanın kontrolleri devam etmektedir.

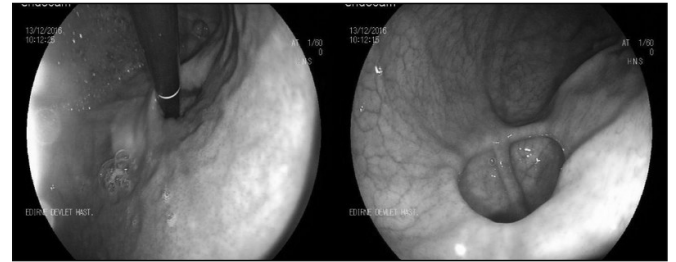
Olgu-2: Karın ağrısı, epigastrik yanma ve ekşime şikayetleriyle polikliniğe başvuran 51 yaşındaki kadın hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi planlandı. Endoskopide antral gastrit saptandı. Mide fundusunda yaklaşık 5 mm çaplı, yaklaşık 2–3 mm derinliği olan, normal mukoza ile kaplı divertiküler oluşum izlendi. Başka herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Hastaya antral gastrit için medikal tedavi başlandı. Şikayetleri gerileyen hasta işlem sonrası sorunsuz olup izleme devam edilmektedir.

Sonuç: Gastrik divertiküller ender görülen ve asemptomatik oldukları için genellikle insidental olarak karşılaşılan, konjenital ya da akkiz olabilen lezyonlardır. Daha çok mide fundusunda yerleşirler. Gastrik mukozaya sahip oldukları için nadir olmakla birlikte ülser, kanama veya perforasyon gibi durumlarla karşılaşılabılır. Büyük boyutlu divertiküller başka patolojiler ile karıştırılabilir. Bu nedenlerle sunulmaya değer olgular olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Divertikül, endoskopi, mide



Olgu-1



Olgu-2

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

PB-50

RETROPERİTONEAL MALİGN SARKOM'U TAKLİT EDEN KİSTİK LEZYON; LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA KAYBOLAN SAFRA TAŞI KOMPLİKASYONU**Hüseyin Onur Aydın, Ebru Hatice Ayyazoglu Soy, Tevfik Avcı, Sedat Yıldırım**

Başkent Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde laparoskopik kolesistektomi (LK) altın standart tedavi yöntemidir. Safra yolları yaralanması ve kayıp safra taşıları en önemli komplikasyonlardır. Son iki dekad içerisinde cerrahların LK tecrübesinin artmasıyla safra yolu yaralanması riski azalmasına rağmen kayıp safra taşıları halen önemli bir sorundur. Literatürde kayıp ya da fark edilmemiş safra taşlarına bağlı komplikasyonlardan sıklıkla bahsedilmektedir. Bu komplikasyonların tanı ve tedavisi halen LK sonrası önemli bir sorun teşkil etmektedir. Özellikle bizim vakamızda olduğu gibi intraabdominal malign bir kitle ön tanısıyla karşılaşılan vakalar hem hasta hem de cerrah açısından çok ciddi kayıp kaynağıdır.

Olgu: 60 yaşında erkek hasta, kliniğimize karın ağrısı nedeniyle çekilen abdomen BT'de hepatorenal reseste 88x64x40 mm boyutunda, çevre yağ dokuya infiltrasyon gösteren, malign natürde kitle tespit edilmesi üzerine başvuruyor (Resim 1–2). Hastanın özgeçmişinde yaklaşık 10 ay önce kliniğimizde semptomatik kolelitiazis nedeniyle LK yapıldığı öğrenildi. Hastaya yapılan tru-cut biyopsi sonucu retroperitoneal sarkom şüphesi olduğu öğrenildi. Bu nedenle retroperitoneal kitle ön tanısıyla eksplorasyon planlandı. Ameliyat esnasında yapılan değerlendirmede hepatorenal reses içerisinde karaciğere sert adezyonlarla bağlı yaklaşık 10 cm'lik kitle palpe edildi (Resim 3). Kitlenin çevre dokulardan yapılan disseksiyonu sırasında ortasından pürülan içeriğin drene olduğu görüldü. Kitle merkezinde sert natürde palpe edilen lezyonun safra taşlarına ait olduğu görüldü (Resim 4). İntraoperatif olarak gönderilen frozen kesitlerinde kronik inflamasyon ve yaygın nekroz görüldü. Malignite tespit

edilmediği bildirildi. Safra taşlarına bağlı olarak oluştuğu anlaşılan kitle retroperitondan tek parça halinde çıkarıldı. Gönderilen patoloji sonucu safra göllenmeleri içerisinde granülatöz inflamatuvar reaksiyon ve fokal nekroz görüldü. Hasta ameliyat sonrası 3 gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. **TARTIŞMA:** Semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisinde LK'nin altın standart haline gelmesiyle beraber kolesistektomi sonrası görülen komplikasyonların çeşitliliği de artmıştır. İntraabdominal kavitede fark edilmeyen taşlar %0,1–0,3 oranında komplikasyona yol açmaktadır. Erkek cinsiyet, ileri yaş, pigment taşları, 15'den fazla taş, 1,5 cm'den büyük taş ve perihepatik yerleşimli taş olması risk faktörleridir. Özellikle çevre dokularda yol açtığı adezyonlara bağlı olarak apse ya da retroperitoneal kitle olarak karşımıza çıkabilmektedir. Retroperitoneal kitlelerin radyolojik olarak malign karakterde görünmesi agresif tedavi gerektiren bir durumdur. Hastaların özgeçmişlerinde LK hikayesi olsa dahi bu kitlelerin sebebinin unutulmuş safra taşlarına bağlanamak oldukça iyimser bir yaklaşım olabilir. Hastamızda olduğu gibi radyolojik malign kitle tespit edilmesi durumunda agresif tedavi seçenekleri ön planda tutulmalıdır. Ameliyat esnasında fark edilen peritoneal kaviteye dökülen taşların tamamının çıkarıldığından emin olunmalıdır. Hastamızda olduğu gibi fark edilmeyen taşların ilerleyen dönemlerde intraabdominal kitle olarak karşımıza çıkabileceği akılda tutulmalıdır.

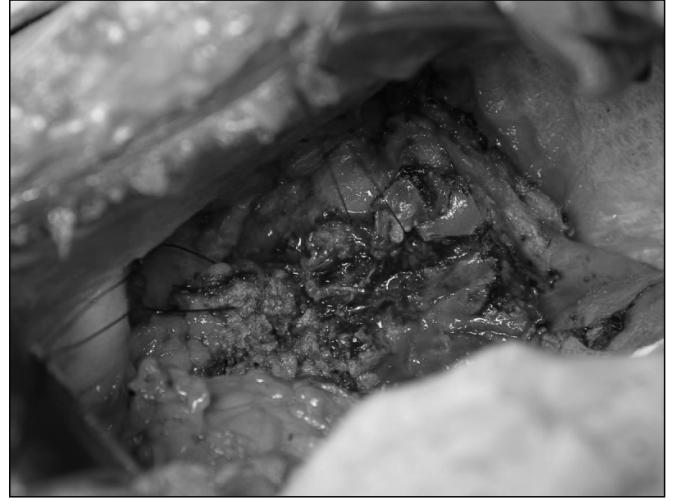
Anahtar Kelimeler: laparoskopik kolesistektomi, komplikasyon, safra taşı



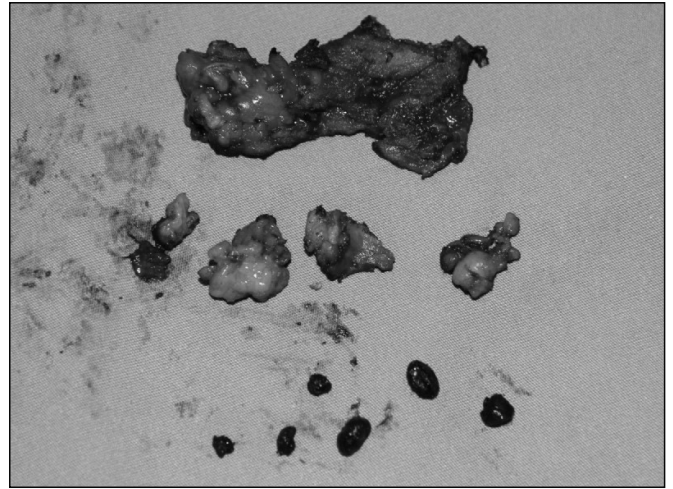
Resim 1. Retroperitoneal kitle



Resim 2. Retroperitoneal kitle



Resim 3. İntraoperatif görüntü



Resim 4. Safra taşları ve kitle

PB-51

NADİR GÖRÜLEN AKUT KOLESİTİT KOMPLİKASYONU: KOLESİSTODUODENAL FİSTÜL

Esin Kaplan, Özhan Albayrak, Feyzullah Ersöz, Serkan Sarı, Acar Aren

İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel cerrahi, Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kolesistoduodenal fistül kolelitiazisin geç dönemde oluşan, nadir bir komplikasyondur. 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, bir kaç kez akut kolesistit atağıyla acil servise başvurmuş. Polikliniğe sırt ve sağ üst kadranda ağrısı ile başvuran hastanın US'ünde kesede 1 adet 2 cm'lik taş mevcut olup başka bir özellik mevcut değil idi. Hastanın en son acil başvurusunun üzerinden 2 hafta geçmiş olması üzerine 1 ay sonrasına ameliyat planı yapıldı. Hastanın operasyon öncesi herhangi bir şikayeti yok idi. Klasik 4 trokar yöntemiyle laparoskopik olarak batına girildi. Batında kesenin etrafının omentum ile çevrili omentumun ödemli ve enflamatuvar olduğu görüldü. Omentum diseksiyonu yapıldı ve kesenin ductusa yakın duadenuma yapışık olduğu görüldü. Künt diseksiyon ile ayrılmasında fistülizasyon düşünüldü ve açığa geçildi. Açık olarak retrograd kolesistektomi yapıldı. Fistülizasyon ayrıldı. Primer olarak onarılıp loja bir adet dren yerleştirilip operasyon sonlandırıldı. Hastada postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve şifayla taburcu edildi.

Sonuç: Sık akut kolesistit atakları geçiren ve şikayetleri gerilemeyen hastalarda kolesistoduodenal fistül akıldan tutulması gereken bir patolojidir. Mümkünse hem kolesistektomi hem de fistül tamiri laparoskopik yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut Kolesistit, Kolesistoduodenal Fistül, Laparoskopi

PB-52

PARAUMBİLİCAL TROKAR YERLEŞTİRİLMESİNE BAĞLI BATIN İÇİ HEMATOM OLGUSU

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Tuğba Türkeş², Şirin Akın Sarı³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Bigadiç Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği

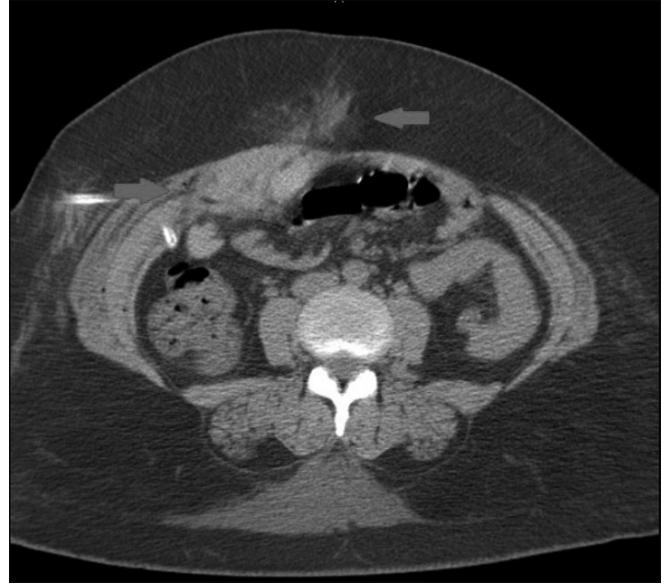
³Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

Amaç: Trokar yerleştirilmesine bağlı paraumbilical damarların yaralanması cilt altı hematoma sebepleri olabilmektedir. Fasianın kapatılmadığı olgularda kan batın içerisinde toplanabilmektedir. Biz de sunumumuzda bu komplikasyonu paylaşmak istedik.

Olgu: Hastanemiz genel cerrahi polikliniğine karın ağrısı şikayeti ile başvuran 36 yaşında kadın hastaya kronik kolesistit tanısıyla kolesistektomi operasyonu planlandı. Umbilicus altından yapılan mini transvers insizyondan yerleştirilen veres iğnesi ile intraperitoneal alana 12 litre/dakika hız ve 144 mm Hg basınçla karbondioksit (CO₂) insüfle edildi ve 4 trokar yöntemi ile batına girildi. Kolesistektomi sorunsuz tamamlandı. Subhepatik alana bir adet dren yerleştirildi ve hemostaz kontrolü ardından intraperitoneal gaz dışarıya alındı. Vücut kitle indeksi (VKİ) 35,4 olan hastanın paraumbilical 10 mm trokarın neden olduğu fascia açıklığı zorlukla suture edilebildi. Cilt suture edilmesini takiben operasyona son verildi. Postoperatif 1. gün hastanın paraumbilical trokar yerinde yaklaşık 3*3 cm çapında cilt altı hematoma saptandı. Baskılı pansuman ile takip edilen hastada hematoma büyüme gözlenmedi. Hastanın mobilize olması ile beraber drenden kısa sürede yaklaşık 300 cc hemorajik drenaj olduğu görüldü. Taşikardisi (110/dakika) gelişen ve kan basıncı 85/50 mm Hg olarak ölçülen hastanın hemoglobin (Hb) ve hematokrit (HTC) değerlerinde preoperatif değerine göre (Hb: 13,1 g/L, Htc: 41) düşme gözlemlendi (Hb: 9,8 g/L, Htc: 30,3). Trombosit sayısı normal sınırlar arasındaydı (244 x 10⁹/L). Hastaya bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT’de subhepatik alanda yaklaşık 16 cm uzunluğunda en geniş yerinde 6*3 cm boyutlarında hematoma izlendi. Ayrıca sağ rektus kasi içerisinde ve cilt altı dokularda hematoma varlığı görüldü (resim: 1). Takipte cilt altı hematoma büyüme gözlenmedi. İntravenöz hidrasyon ile taşikardi düzeldi, kan basıncı normale döndü. Hemoglobin ve hematokrit değerlerinde düşme gözlenmedi. Postoperatif 3. gün batın dreni çekildi ve hasta taburcu edildi. Aralıklı yapılan ultrasonografilerde hematoma regresyon gözlemlendi. Ek patoloji ile karşılaşılmadı. Hastanın 1 ay sonra Hb değeri 10,5 g/L ölçüldü. Kontrol BT de subhepatik ve rektus adalesi düzeyindeki hematomunun tamamen gerilemiş olduğu gözlemlendi (resim: 2).

Tartışma: Literatürde paraumbilical 10 mm trokar girişine bağlı fascia defektlerinin kapatılmasının gereksiz olduğunu bildiren pek çok yayın mevcuttur. Ancak biz trokar yeri hernilerinden kaçınmak amacıyla bu açıklığı sütüre etmeyi tercih ediyoruz. Ancak olgumuzda olduğu gibi VKİ yüksek hastalarda rektus arka kılıfın kapatılamaması söz konusu olabiliyor. Paraumbilical damarların yaralanmasını takiben bu bölgede oluşabilecek postoperatif kanamalar batın içerisinde hemtomlara neden olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, trokar, hematoma



Resim 1. Postoperatif 1. gün çekilen BT



Resim 2. Post operatif 1. ay BT

PB-53

KOLESİSTEKTOMİ SPESMENLERİNDE SAPTANAN İNTESTİNAL METAPLAZİ

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Şirin Akın Sarı², Gülay Turan³, Tuğba Türkeş⁴

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

³Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği

⁴Bigadiç Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği

Amaç: Safra kesesi spesmenlerinde saptanan intestinal metaplazi (IM), safra kesesi kanseri için öncü lezyon olarak kabul edilir. Etiyolojide safra kesesi taşlarının meydana getirdiği kronik inflamasyona bağlı epitelyal değişiklikler suçlanmaktadır. Literatürde özellikle 40 yaş altı hastalarda saptanan IM’nin ileri yaşlarda safra kesesi kanseri riskine neden olduğu bildirilmektedir. Biz de Bigadiç bölgesindeki IM oranı ve yaşlara dağılımını araştırmak istedik.

Yöntem: Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği’nde Ocak 2016-Ocak2017 arasında akut/kronik kolesistit, bilier pankreatit veya saf-

ra kesesi polibi nedeniyle kolesistektomi yapılmış olan hastalar çalışmaya alındı. Hasta dosyaları ve spesmenlerin histopatolojik bulguları incelendi.

Bulgular: Ocak 2016-Ocak2017 arasında çeşitli sebeplerle kolesistektomi yapılan 72 hastanın 58'i (%80,6) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 49,2 olarak hesaplandı. Spesmenlerin 13'ünde (%18,1) IM saptandı. IM saptanan hastaların 11'i (%84,6) kadın idi (Tablo: 1). Yaş dağılımına bakıldığında 30-40 yaş arasında 3 (%23,1), 40-50 yaş arasında 2 (%15,4), 50-60 yaş arasında 2 (%15,4), 60 yaş üzerinde ise 6 (%46,2) hastada IM saptandı (Tablo: 2).

Sonuç: Literatürde safra kesesi spesmenlerinde saptanan IM'nin oranı %9,8-%30,6 arasında değişmektedir. Bölgemizdeki oran %18,1 olarak bulunmuştur ve literatür ile uyumludur. Yaş dağılımına baktığımızda artan yaş ile beraber uzamış inflamasyonun IM oranını arttırdığı anlaşılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kolesistektomi, intestinal, metaplazi

Tablo 1. IM'nin cinsiyetlere göre dağılımı

Cinsiyet	IM (+)	IM (-)
Kadın	11 (%84,6)	47 (%79,7)
Erkek	2 (%15,4)	12 (%20,3)

Tablo 2. IM'nin yaşlara göre dağılımı

Yaş	IM (+)
30-40	3 (%23,1)
40-50	2 (%15,4)
50-60	2 (%15,4)
60<	6 (%46,2)

PB-54

BÖLGEMİZDEKİ KOLESİSTEKTOMİ SPESMENLERİNİN HİSTOPATOLOJİK BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Gülay Turan², Şirin Akın Sarı³, Tuğba Türkeş⁴

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Balıkesir Atatürk Devlet Hastanesi Patoloji Kliniği

³Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

⁴Bigadiç Devlet Hastanesi Radyoloji Kliniği

Amaç: Çeşitli sebeplerle kolesistektomi yapılan hastaların spesmenlerinin histopatolojik incelemesinde saptanan bulguların o bölgenin özellikle bilier hastalıklara yakınlığını belirlemeye ve önlenmesine yardımcı olacağına inanıyoruz.

Yöntem: Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2016-Ocak2017 arasında akut/kronik kolesistit, bilier pankreatit veya safra kesesi polibi nedeniyle kolesistektomi yapılmış olan hastalar çalışmaya alındı. Hasta dosyaları ve spesmenlerin histopatolojik bulguları incelendi.

Bulgular: Ocak 2016-Ocak2017 arasında çeşitli sebeplerle kolesistektomi yapılan 72 hastanın 58'i (%80,6) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 49,2 olarak hesaplandı. Kolesistektomilerin 63'ü (%87,5) kronik kolesistit, 6'sı (%8,3) akut kolesistit, 2'si (%2,8) bilier pankreatit, 1'i (%1,4) safra kesesi polibi nedeniyle yapıldı (Tablo: 1). Spesmenlerin 20'sinde (%27,8) kolesterolozis, 13'ünde (%18,1) intestinal metaplazi (IM), 4'ünde (%5,6) gastrik metaplazi (GM), 5'inde (%6,9) adenomyomatöz hiperplazi, 3'ünde (%4,2) ülsere kolesistit, 1'inde (%1,4) foliküler kolesistit, 1'inde (%1,4) kolesterol polibi saptandı (Tablo: 2).

Sonuç: Bulgulardan en çok göze çarpanı literatürde yaklaşık %13 olarak bildirilen safra kesesi kolesterolozisin çalışmamızda %27,8 olarak bulunmasıdır. Kolesterolozis, safra kesesi lamina propriasında kolesterol yüklü makrofaj birikimidir. Bu olguya özellikle hiperkolesterolemili hastalarda rastlandığı bildirilmektedir. Bigadiç bölgesi özellikle et tüketiminin yoğun olduğu bir bölgedir. Literatürde safra kesesi taşlarının oluşumunda kolesterolozisin önemini vurgulayan pek çok çalışma mevcuttur. Hiperkolesteroleminin önlenmesinin safra kesesi hastalıklarının oranını azaltacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: kolesistektomi, spesmen, histopatoloji, kolesterolozis

Tablo 1. Kolesistektomi endikasyonları

Endikasyon	Sayı (%)
Kronik kolesistit	63 (%87,5)
Akut kolesistit	6 (%8,3)
Bilier pankreatit	2 (%2,8)
Safra kesesi polibi	1 (%1,4)

Tablo 2. Histopatolojik Bulgular

Histopatolojik Bulgular	Sayı (%)
Kolesterolozis	20 (%27,8)
İntestinal metaplazi	13 (%18,1)
Adenomyomatöz hiperplazi	5 (%6,9)
Gastrik metaplazi	4 (%5,6)
Ülsere kolesistit	3 (%4,2)
Foliküler kolesistit	1 (%1,4)
Kolesterol polibi	1 (%1,4)

PB-55

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAN GENÇ HASTA SAYISI SON ON YILDA ARTIYOR MU?

Yasin Peker, Halis Bağ, Haldun Kar, Necat Cin, Evren Durak, Selda Hacıyanlı, Fevzi Cengiz, Melek Bekler Gökova, Hüdaî Genç

¹Zmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Günlük pratiğimizde kolelitiasis saptadığımız ve laparoskopik kolesistektomi yaptığımız genç yaştaki hasta sayısı artmaktadır. Otuz ve altı yaşlarda laparoskopik kolesistektomi yaptığımız hastaların oranını incelemeyi amaçladık.

Ocak 2007-Aralık 2016 tarihleri arasında hastanemiz Genel Cerrahi Kliniğinde 5897 olguya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bu hastaların 336 (%5,69) 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; 2009 da 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 619-37-%5,97; 2015 de 823-65-%7,89; 2016 da ise 906-50-%5,51 olgu ≤30 yaş grubundaydı. Olguların dağılımı incelendiğinde 2007-2013 yılları arasında genç hastaların oranı düzensizli artarak %1,64 den %11,46 ya ulaştığı saptandı. 2014-2016 yılında ise %5,51-7,84 oranında genç hasta opere edildi.

Genç yaşlarda kolelitiasisin görülme oranındaki artışın olası nedenlerini (beslenme alışkanlıklarındaki değişiklik, obezite, hareket etmede azalma, doğal yaşamdan uzaklaşarak şehir içinde yaşama gibi) araştıran çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kolelitiasis, laparoskopik kolesistektomi, 30 yaş altı

PB-56

SİTUS İNVERSUS TOTALİSTE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Özgür Cem Musri¹, Bülent Dinç¹, Hakan Ceylan¹, Levent Fikret Yılmaz¹, Muhammed Raşit Yazar¹, Umut Rıza Gündüz²

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

²Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

Amaç: Situs İnversus Totalis (SİT) 1/10000 oranında nadir görülen bir durumdur. Bu çalışmada SİT'li 2 olguda laparoskopik kolesistektomi cerrahi prosedürü sunulmuştur.

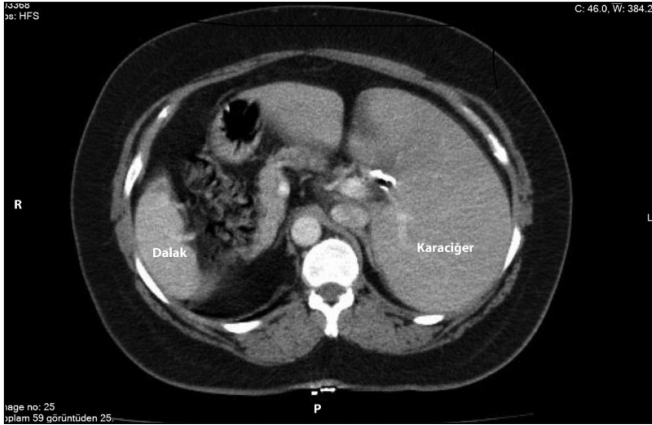
Olgu 1: 46 yaş kadın hasta; hazımsızlık ve dispeptik şikayetler ile müracat etti. Yapılan ultrasonografisinde SİT ve kolelitiasis saptandı. Bilgisayarlı tomografi ile ek patolojiler dışlandı (Resim 1). Hastaya kolesistektomi planlandı. Ameliyathanede teknik cihazlar, monitör, bağlantılar ve cerrahi ekip ayna görüntüsü olarak yerleştirildi. 4 (dört) adet trokar

Amerikan tekniğine uygun sol subkostal alana yerleştirildi. Callot diseksiyonu, Hartman ekartasyonu ve klipsleme sol elle yapıldı. İşlem sorunsuz standart kolesistektomi şeklinde gerçekleştirildi. Hasta postoperatif 1. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi.

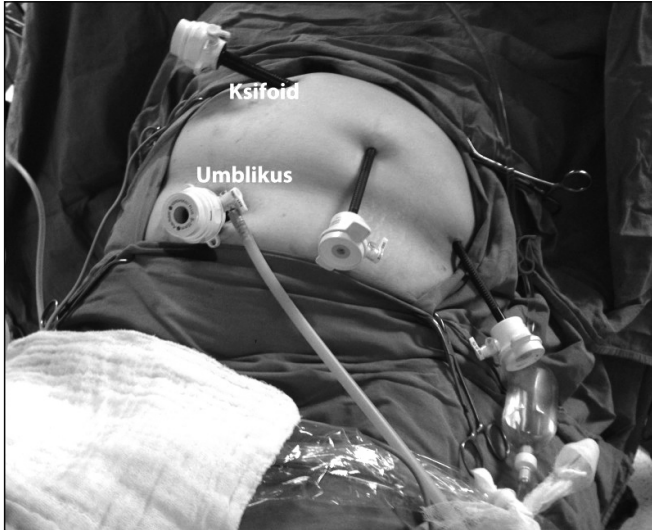
Olgu 2: 53 yaş kadın hasta; uzun zamandır olan yemek sonrası karın ağrısı ve şişkinlik şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan ultrasonografi-sinde SİT, hipropik safra kesesi ve akalkülöz kolesistit saptandı. Diğer hastayla benzer şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulandı (Resim 2,3). Hasta postoperatif 2. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Situs Inversus Totalis gibi anatomik varyasyonları olan olgulara, cerrahi ekibin ve cihazları uygun pozisyonları ile güvenli laparoskopik cerrahi işlemleri gerçekleştirilebilir. Bu gibi vakalardaki en büyük sorun tüm işlemlerin ayna hayali olarak ters yapılmasıdır. Gerekli laparoskopik cerrahi deneyimi ile bu sorunun üstesinden kolaylıkla gelinebilir.

Anahtar Kelimeler: Situs inversus totalis, Laparoskopi, Kolesistektomi



Resim 1. Situs inversus totalisli hastada CT görüntüsü



Resim 2. Situs inversus totalisli hastada port yerleri



Resim 3. Situs inversus totalisli hastanın operatif görüntüsü

PB-57

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA SAPTANAN SAFRA KESESİ ÜZERİNDE EKTOPİK KARACİĞER OLGULARI

Sezgin Yılmaz, Murat Akıcı, Ogün Erşen, Emre Ballı, Serkan Ademoğlu, Yüksel Arkan

Afyonkocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş: Ektopik karaciğer dokusu batin içerisinde ve hatta toraksta birçok lokalizasyonda olabilmekte birlikte sıklığı otopsi serilerinde %0,05 olarak belirtilmiştir. Torsiyone ve nekroze olmadıkça bulgu vermemekle birlikte malignite potansiyeli ile ilgili yayınlar mevcuttur. Biz bu bildiride 3 olguda laparoskopik kolesistektomi sırasında tespit edilen safra kesesi üzerindeki ektopik karaciğer dokularını raporlamayı hedefledik.

Olgu 1: 51 yaşında bayan hasta kolesistokolekolektolizisi olan tıkanma ikteri kliniğiyle başvurdu. Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi ile taş ekstraksiyonunu takiben kolelitiazis nedenli laparoskopik kolesistektomi yapılan hastanın laparoskopisi sırasında safra kesesi korpus ön yüzünde medial kesimde 1,5 cm'lik ektopik karaciğer dokusu tespit edildi (Resim 1). Doku patolojik bakı ile de teyit edildi. Patolojik bakıda karaciğer lobülü ile uyumlu görünüm mevcut idi (Resim 2).

Olgu 2: 48 yaşında bayan hasta. Biliyer kolik ağrısına neden olan milimetrik safra kesesi taşları nedeniyle opere olan hastanın laparoskopisi sırasında safra kesesi korpusu anteromedialinde yerleşimli 2 cm'lik ektopik karaciğer dokusu tespit edildi (Resim 3). Patolojik olarak teyit edildi.

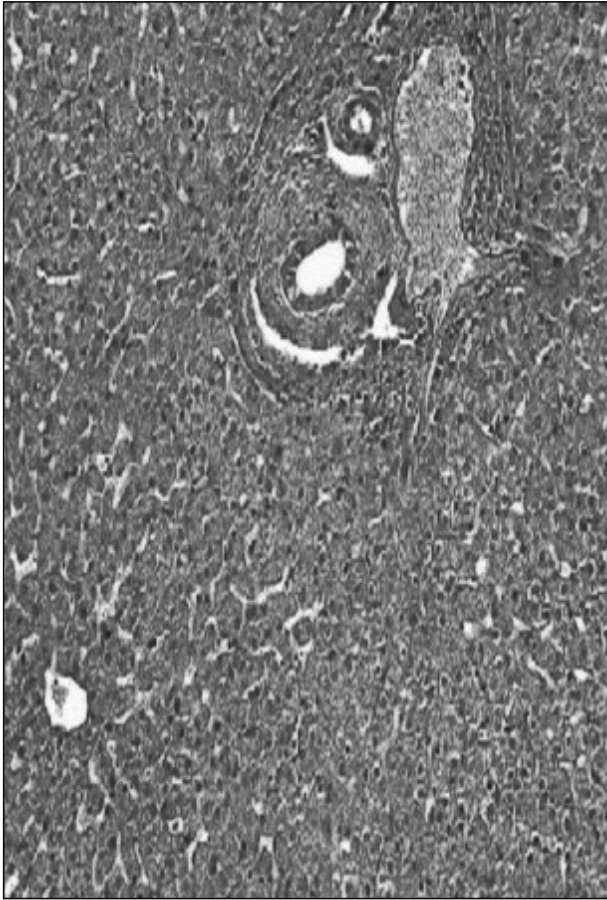
Olgu 3: 63 yaşında erkek hasta akut kolesistit nedenli operasyona alındı ve laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Makroskopik olarak ektopik karaciğer dokusu tanımlanamazken patoloji raporunda 0,5 cm'lik ektopik karaciğer dokusu raporlandı. Callot üçgeni bölgesinde olarak raporlanan karaciğer dokusunun vaka içerisinde muhtemel lenf nodu olarak değerlendirildiği düşünüldü.

Sonuç: Literatürde cinsiyet ayrımı gözetilmemekle birlikte 3 hastamızın 2'si bayandı. Ektopik karaciğer dokusunun 2 hastada aynı lokalizasyonda olduğu (safra kesesi korpus anteromedial yüzü) ve medialde safra kesesinin karaciğer yatağından arter ve ven pedikülü ile vaskularize olduğu görüldü. Safra kesesi üzerinde ektopik karaciğer mevcudiyeti genellikle cerrahi öncesinde farkına varılamayan nekroz, torsiyon ve normal karaciğer dokusundan fazla malignite potansiyeli taşıyan atipik bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Ektopik karaciğer, laparoskopi, kolesistektomi



Resim 1. Anteromedial yüzde ektopik karaciğer dokusu



Resim 2. Patolojik bakıda karaciğer dokusu (x40 H&E)



Resim 3. Laparoskopik bakıda anteromedial yüzde ektopik karaciğer dokusu

PB-58

TEK KESİDEN LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ VE VİSÜEL ANALOG SKALA DEĞERLENDİRMESİ

Bülent Gürbüz¹, Serkan Zenger¹, Mustafa Arısoy¹, Şenol Carıllı¹, Aydın Alper²

¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, 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: 2011-2016 yılları arasında yapılan 309 TKLK ameliyatı hastaların cins, yaş, ameliyat süresi, yatış süresi parametreleri açısından değerlendirildi. Kolesistektomi ile eş zamanlı başka cerrahi uygulanan 31 hasta değerlendirme dışı tutuldu. Bütün ameliyatlar göbekten yapılan 2 cm'lik cilt kesisi ve daha sonrasında karın fasyasından birbirinden farklı 3 ayrı giriş noktasından karın boşluğuna giren 2 adet 5 mm'lik ve 1 adet 10 mm'lik toplam 3 adet trokar yardımı ile gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası 24. saatte hastalara VAS değerlendirme sistemi anlatıldı ve istirahat/öksürük esnasındaki ağrıların 0'dan 10'a kadar numaralandırılmaları istendi ve değerler kaydedildi.

Bulgular: Değerlendirilen 309 hastanın, 116'sı (%37,55) erkek, 193'ü (%62,45) kadın, ortalama yaş 46,50 (18-87), erkeklerin yaş ortalaması 45,54 (23-72), kadınların yaş ortalaması 47,06 (18-87) idi. Toplam ameliyat süresi ortalama 77 dakika saptandı. Ortalama yatış süresi 1 gün idi. Hastalara ameliyat sonrası metamizol 1 gr İV 4 x1 olarak rutin analjezik tedavisi düzenlendi. Ameliyat sonrası 4. saatte oral gıda başlandı. Ameliyat sonrası 24. saatte hastalar visüel analog skalamaya (VAS) sistemine göre değerlendirildi. İstirahat (VASist) ve öksürük (VASöks) halindeki hastaların ağrıları skorlandı. Toplamda VASist: 1,46, VASöks: 3,30 idi. Erkeklerde VASis: 1,48, VASök: 3,28, kadınlarda VASis: 1,45, VASök: 3,30 olarak tespit edildi. Hastaların yara pansumanları 24. saatte açıldı, yara yeri açık bırakılarak banyo yapmalarına izin verildi. Hiçbir hastada intraoperatif ve erken postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastaların 1. ve 4. hafta kontrolleri yapılan hastalarda herhangi bir özellik saptanmadı.

Sonuç: Tek kesiden laparoskopik cerrahi işlemler giderek yaygınlaşmakta ve tecrübeli ekipler tarafından standart yöntem haline gelmektedir. Safra kesesi ameliyatlarının da tek kesiden olması, hastaların kozmetik sonuçlarını ve ameliyat sonrası ağrılı dönemi olumlu yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: kolesistektomi, tek kesi, ağrı

PB-59

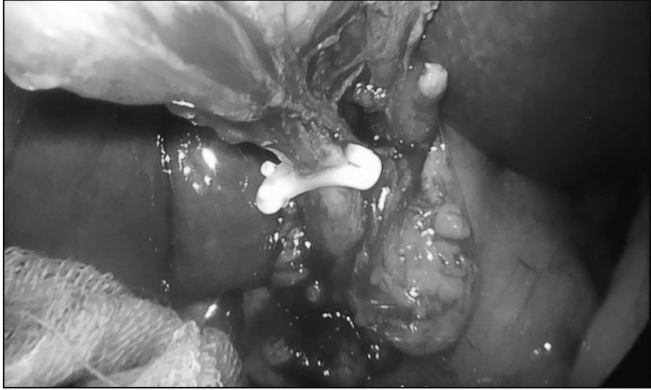
PSÖDOTROMBOSİTOPENİLİ HASTADA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ**Bülent Dinç¹, Özgür Cem Müsri¹, Hakan Ceylan¹, Muhammed Raşit Yazar¹, Umut Rıza Gündüz²**¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü²Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

Amaç: Öykü ve fizik muayenede kanama bulgusu olmayan ve periferik yaymada yeterli sayıda trombositlerin görüldüğü halde tam kan sayımında trombosit sayısı düşük olması durum psödotrombositopeni olarak tanımlanmaktadır. Etilendiamin tetraasetik asite (EDTA) bağlı in-vitro trombosit aglütinasyonu, kan alınması sırasında trombosit aktivasyonuna bağlı tüpte pıhtı oluşması, iri trombositlerin cihazda sayılmasına gibi durumlarda psödotrombositopeni gelişebilmektedir. Bu olgu sunumunda EDTA'ya bağlı psödotrombositopenisi olan kolelithiazis vakası sunulmuştur.

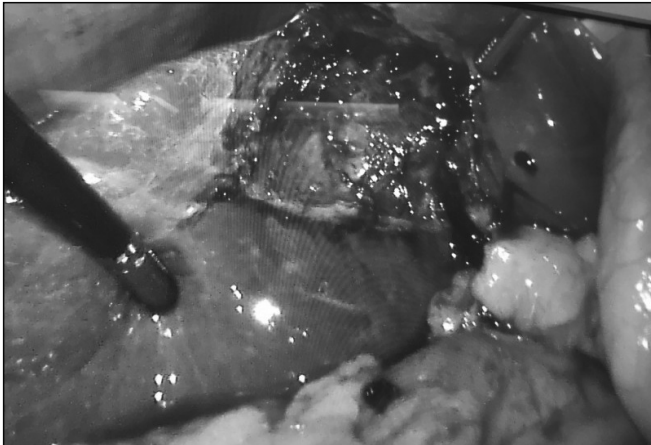
Olgu: 57 yaşında kadın hasta sağ üst kadranda ağrısı ve postprandial hazımsızlık şikayeti ile başvurdu. Yapılan hepatobiliyer ultrasonografide safra kesesi içinde multiple sayıda milimetrik taş tespit edildi. Semptomatik kolelithiazis nedeni ile operasyon planlanan hastanın tetkikleri sırasında trombosit sayısı 29,000 cells/uL rapor edildi. Periferik yayması ve kanama zamanı normal olarak değerlendirildi. Eş zamanlı sitratlı tüp ile gönderilen tam kan sayımında trombosit sayısı 191,000 cells/uL olduğu görüldü. Hastaya standart olarak laparoskopik kolesistektomi uygulandı (Resim 1-2). Per-postoperatif dönemde operasyona bağlı kanama saptanmadı ve hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: EDTA'ya bağlı psödotrombositopeninin görülme sıklığının %0,1 olduğu tahmin edilmektedir. Preoperatif hazırlık döneminde; sitratlı tüpe alınana eş zamanlı kan örneği, kanama zamanı ve periferik yayma gibi doğrulama testleri ile tanı konulması halinde, trombosit replasmanı yapılmaksızın güvenle cerrahi yapılabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Psödotrombositopeni, Laparoskopi, Kolesistektomi



Resim 1. Kolesistektomi hilus diseksiyonu



Resim 2. Kolesistektomi sonrası karaciğer yatağı

PB-60

SAĞ HEPATİK ARTERİN TİRTİL HÖRGÜCÜ VARYASYONU: OLGU SUNUMU**Kamil Erözkan, Tufan Gümüş, Taylan Özgür Sezer, Özgür Fırat, Sinan Ersin**

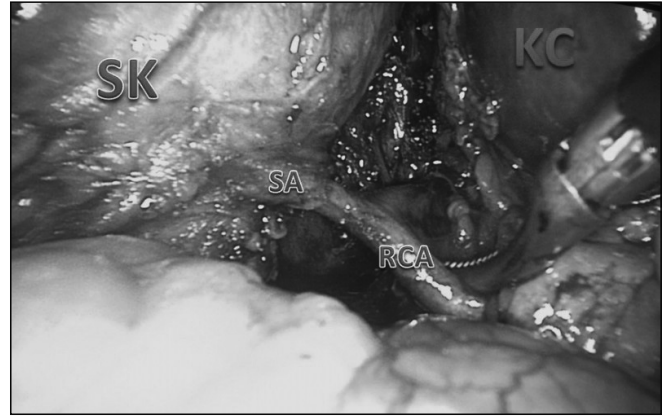
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Sağ hepatik arter, karaciğerin sağ lobunu besleyen, trunkus çölyakustan köken alan ve hepatobiliyer cerrahi için önemli bir vasküler yapıdır. Sağ hepatik arterin varyasyonları sebebiyle, özellikle hepatobiliyer cerrahide çok sık komplikasyonlar yaşanabilmektedir. Bu nedenle bu vasküler yapının nadir görülen varyasyonları iyi tanınmalı ve cerrahi sırasında bu varyasyonlar akılda tutulmalıdır. Biz de bu sebeple kliniğimizde karşılaştığımız sağ hepatik arterin tırtıl hörgücü (caterpillar hump) varyasyonunu sunmayı amaçladık.

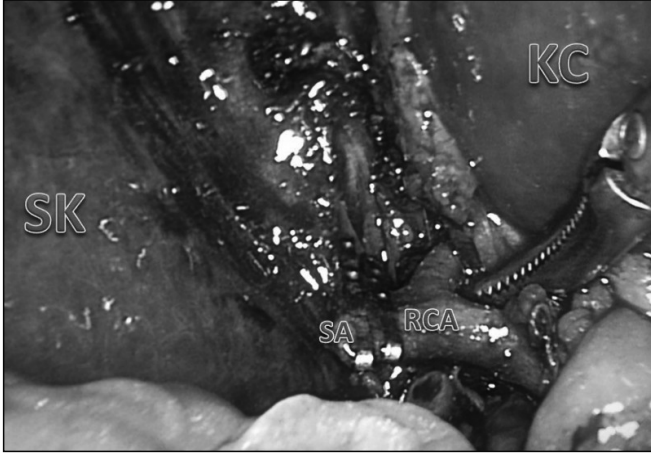
Olgu: 65 yaşındaki erkek hastaya semptomatik kolelithiazis nedeniyle operasyon önerildi. Operasyon esnasında, rutin diseksiyon sırasında sistik kanalın kısa olduğu ve koledok kanalını çadırlandırdığı izlendi. Bunun üzerine arkada görünen vasküler yapının da varyatif olabileceği şüphesiyle hepatobiliyer üçgende diseksiyona devam edildi. Burada sistik arterin, kıvrımlı bir sağ hepatik arterden dallandığı ve sistik arterin de sistik kanal gibi oldukça kısa olduğu izlendi. Sağ hepatik arterin kıvrımı nedeniyle başlangıçta hepatobiliyer üçgene girdiği, daha sonra ise üçgeni terkettiği gözlemlendi. Sağ hepatik arterin sistik arteri vermeden önceki proksimaldeki katlantının adeta sistik arterin devamı gibi algılanabileceği düşünüldü (Resim 1). Diseksiyon tamamlanmasının ardından sistik arter hemokleple kapatılarak kesildi (Resim 2). Post operatif birinci günde karaciğer fonksiyon testleri normal olan hasta, komplikasyonsuz olarak eksterne edildi. Hastamızın post operatif takiplerine sorunsuz devam edilmektedir.

Sonuç: Bu gibi anomalilerin tanınması hepatobiliyer cerrahide büyük önem arz etmektedir. Bu farkındalık sayesinde morbiditenin azalacağını ve kanama, iatrojenik vasküler yaralanma gibi bir takım cerrahi komplikasyonların önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: caterpillar hump, sistik arter varyasyonu, tırtıl hörgücü sağ hepatik arter



Resim 1. RCA: Sağ Hepatik Arter SA: Sistik Arter KC: Karaciğer SK: Safra Kesesi



Resim 2. RCA: Sağ Hepatik Arter SA: Sistik Arter KC: Karaciğer SK: Safra Kesesi

PB-61

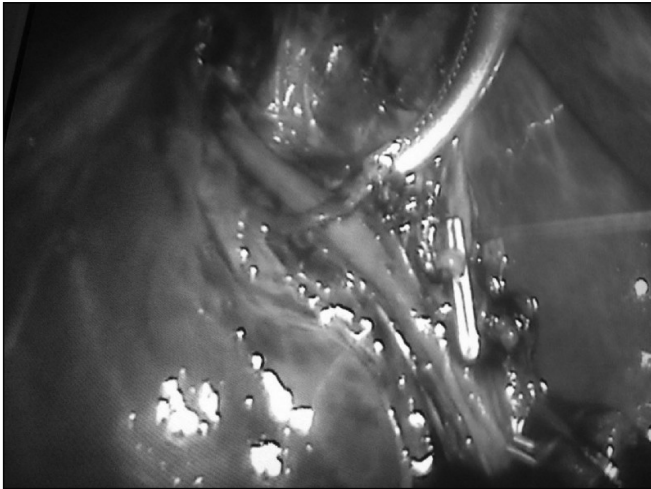
LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE RASTLANAN SAĞ HEPATİK ARTER VARYASYONU

Ethem Bilgiç, Hilmi Güngör

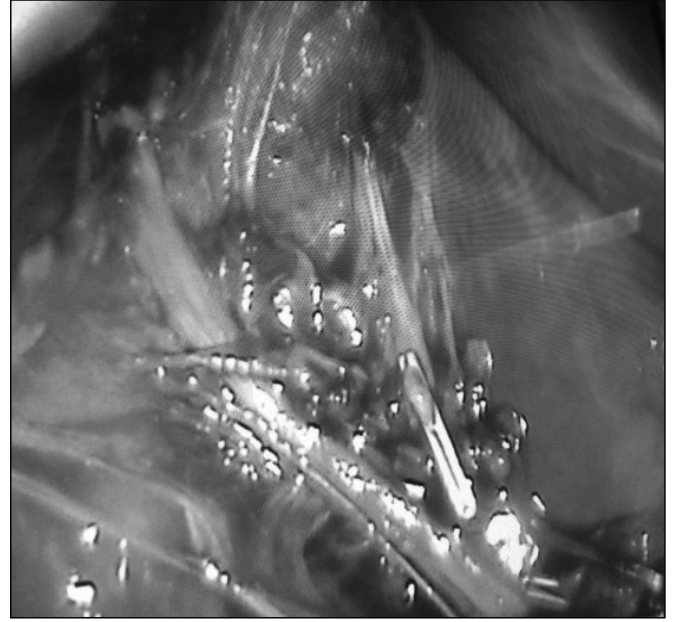
Buca Seyfidemirsoy Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Laparoskopik kolesistektomi, günümüzde kolelithiazis tedavisi için altın standart olarak kabul edilmekle birlikte her cerrahi vakada karşılaşılabilecek komplikasyonlar bu girişimde de mevcuttur. Komplikasyon riskinde anatomik varyasyonlarda önemli rol oynamaktadır. Sık yapılan bir ameliyat olması ve deneyimin artmasıyla komplikasyon oranlarını düşürmüş ancak karşılaşılan anatomik varyasyonlar risk oluşturmaktadır. Bu sunumumuzda sağ hepatic arter varyasyonlarına kısaca göz attık.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik kolesistektomi, sağ hepatic arter, varyasyonlar



Resim 1. Ameliyatta diseksiyonu yapılan sağ hepatic arter



Resim 2. sağ hepatic arterin kese yatağının orta kısmından karaciğere girdiği gözlemlendi

PB-62

KOLEDOK KİSTLERİNDE LAPAROSKOPI; 5 OLGU SUNUMU

Fatih Sümer, Cüneyt Kayaalp, Ersin Gündoğan

İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Giriş: Minimal invaziv cerrahi son dekatta hızlı ilerlemeler kaydetmiştir. Son yıllarda teknolojiye gelişmeler ve cerrahların laparoskopik tecrübelerinde artış hepatobiliyer cerrahide laparoskopik cerrahiye daha popüler hale getirmiştir. Laparoskopik kolesistektomi ile başlayan süreç distal mide cerrahisi ile başlayan süreç laparoskopik donör hepatektomiye kadar ilerlemiştir. Kliniğimizde laparoskopik olarak ameliyat edilen Tip 1 koledok kisti olan 5 hastalara yapılan rezeksiyon işlemlerinin sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2014-2016 yılları arasında laparoskopik koledok kist eksizyonu ve hepatojejunostomi uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar demografik özellikleri, patolojik karakterleri, morbidite ve mortalitelerine göre değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 1'i erkek, 4'ü kadın, yaş ortalamaları $34,6 \pm 11,2$ (22-45) idi. Hastaların 4'ü Tip 1 koledok kisti, 1'i Tip 1 koledok kisti ve safra kesesi tümörü idi. Bütün hastalara laparoskopik koledok eksizyonu ve kolesistektomi yapıldı. Ancak bir hastada hepatojejunostomi anastomozundan kaçak olması nedeni ile açık cerrahiye geçildi (%20). Laparoskopik rezeksiyon yapılan hastalarda tüm anastomozlar intrakorporal yapıldı. Specimenler 2 hastada (%40) transjejunal, 2 hastada (%40) trokar yerinden 1 hastada (%20) ise insizyondan çıkarıldı. Operasyon süreleri ortalama $356,0 \pm 85,0$ (240-480) dk ve kan kaybı $80,0 \pm 27,3$ (50-100) ml olarak saptandı. Postoperatif reelparotomi yapılmadı. Erken dönemde bir hastada pnömoni görüldü. medikal tedavi ile düzeldi. Peroperatif hepatojejunostomi anastomozunun posteriorundan safra kaçağı görülmesi nedeni ile açık cerrahiye geçilen hastanın patoloji sonucunda safra kesesinde T2 adenokarsinom saptandı. Patoloji sonucunda 12 reaktif lenf nodu saptandı. Karaciğer de tümöral dokuya rastlanmadı. Bir hastada safra kaçağı gözlemlendi. Herhangi bir müdahale yapılmadan 3. gününde spontan kesildi. Hastalar ortalama $5,6 \pm 1,5$ (4-7) günde taburcu edildi. Hastaların ortalama takip süreleri $21,4 \pm 18,5$ (1-49) ay olup postoperatif erken veya geç dönem mortalite görülmedi.

Sonuç: Laparoskopik hepatobiliyer cerrahi son dekatta yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Laparoskopinin; hızlı iyileşme süresi ve daha iyi yaşam kalitesi sağlaması gibi avantajlarını da düşünerek erişkinlerde koledok kistlerinde kullanılabilir olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Koledok kisti, Erişkin, Laparoskopi

PB-63

AKUT KOLESİSTİT HASTALARININ TEDAVİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**Salih Tosun, Aman Gapbarov, Oktay Yener, Medeni Şermet, Fatih Büyüker, Özgür Ekinci, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu***İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul*

Amaç: Akut kolesistit hastalarının cerrahi tedavi zamanlaması konusunda tartışmalar devam etmektedir. Bazı merkezler süre kısıtlaması yapmadan cerrahi uygular iken, bazı merkezler medikal tedavi sonrası interval kolesistektomi uygulamayı tercih etmektedirler. Bu çalışmanın amacı, akut kolesistit tanısıyla yatırılarak tedavi edilen hastaların sonuçlarının irdelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2014-Ocak 2017 tarihleri arasında akut kolesistit tanısıyla yatırılarak tedavi edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Akut biliyer pankreatit ve/veya malignitenin eşlik ettiği hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yatışını takiben kolesistektomi uygulanan hastalar Grup 1 ve interval kolesistektomi yapılanlar ise Grup 2 olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Hastaların 33' üne perkütan kolesistostomi uygulandı. Grup 1, 51 hastadan oluşuyordu. Demografik incelemede hastaların 18' i erkek, 33' ü kadın olup, yaş ortalaması 44 idi. Bu grupta ortalama yatış süresi 4 gün (1-16 gün arası) idi. Konversiyon 4 (%7,8) hastada görüldü. Grup 2' de 137 hasta mevcuttu. Hastaların 60' ı erkek, 77' si kadın hasta olup, yaş ortalaması 48 olarak tespit edildi. Ortalama yatış süresi 3 gün (1-17 gün arası) olarak tespit edildi. Bu grupta konversiyon 17 (%12,4) hastada görüldü. İki grup arasında konversiyon oranları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Sonuç: Akut kolesistit hastalarında interval kolesistektomi uygulanan hastalarda açık cerrahiye geçme oranları, ilk yatışta kolesistektomi uygulanan hastalara göre oransal olarak daha yüksek olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Akut kolesistit, Kolesistektomi, Konversiyon

PB-64

KARACİĞER KİST HİDATİĞİNE LAPAROSKOPİK CERRAHİ YAKLAŞIM**Mehmet Ali Gök, Metin Yalçın, Tolga Kafadar, Tacittin Semih Yürekli, Tolga Çekiç, Ayşegül Aktaş***Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Şanlıurfa*

Giriş-amaç: Karaciğer kist hidatiğinin tedavisinde laparoskopik yaklaşım, giderek önem kazanmakla birlikte, uzun dönem sonuçları alınmadığından halen tartışılmaktadır.

Gereç-yöntem: S. B. Üniversitesi Akif İnan Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde Eylül 2016-Ocak 2017 yılları arasında laparoskopik cerrahi uyguladığımız 17 karaciğer kist hidatik olgusunu retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık. Bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi ile tanı konulan 9 kadın (%53), 8 erkek (%47) hastaya karaciğer kist hidatiği nedeniyle laparoskopik cerrahi girişim yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 42 (22-60 yaş) olarak tespit edildi. Vakalara uygulanan laparoskopik cerrahi, morbidite, hastanede yatış süresi ve postoperatif dönemdeki takip sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Göbek altından yapılan eliptik kesiden kapalı yöntemle batına girilerek yapılan insuflasyon sonrası trokar ve kamera yerleştirildi. ardından 2 adet 5 mm lik 1 adet 10 mm lik trokar yerleştirildi. Kist içine yerleştirilen trokar yolu ile tüm kist içeriği, germinatif membran, kız veziküller batın dışına alındı. Hastalara postoperatif dönemde 400 mg/gün Albendazol verildi. Postoperatif ortalama 12. saatte (6-24 saat) oral beslenmeye başlandı. Kist poşuna yerleştirilen drenler ortalama üçüncü günde (2-5 gün) çekildi. Ortalama postoperatif hastanede kalış süresi 3 gün (1-5) idi. Bir hastada operasyonda enfekte kist hidatik saptandı. Bu hastanın takibinde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Çalışmaya alınan hastaların hiçbirinde yara yeri enfeksiyonu oluşmadı.

Sonuç: Karaciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisinde laparoskopik drenaj ve marsupiyalizasyon güvenli ve etkin olmakla birlikte kliniğimizde rutin olarak uygulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, Kist Hidatik, Laparoskopik

PB-65

DEV KARACİĞER KİST HİDATİĞİNDE ŞAHİN ASPIRATÖR YARDIMI İLE LAPAROSKOPİK KİSTOJEJUNOSTOMİ; OLGU SUNUMU**Enes Şahin, Fahrettin Acar, Serdar Yormaz, Mustafa Şahin***Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya*

Giriş: Echinococcus granulosus enfestasyonunun ülkemizde bazı bölgelerde endemik olarak görülmesi nedeniyle kist hidatikte uygulanan cerrahi teknik önem arz etmektedir. Kist hidatik cerrahisinde kontaminasyon ve safra fistülü gelişmesi önemli komplikasyonlar arasında yer almaktadır. Özellikle büyük ve santral yerleşimli kistlerde operasyon sonrası kist içeriğindeki basıncın da azalması ile birlikte safra fistülü gelişme riski artmaktadır. Biz dev bir kist hidatik olgusunda Şahin Aspiratör yardımı ile kontaminasyonu sıfıra indirerek uyguladığımız laparoskopik kistojejunostomi prosedürünü anlatmak istedik.

Olgu: Otuzaltı yaşında kadın hasta polikliniğimize karın ağrısı ile başvurdu. Yapılan araştırmalar sonucunda karaciğer sağ lob anterior segmentte 136x112 mm boyutunda, sol loba doğru uzanan 84x64 mm'lik bir komponenti bulunan Gharbi tip 3 kist hidatik ile uyumlu lezyon tespit edildi. Hastanın kist hidatik İHA titresi $>1/640$ ile pozitif olarak geldi. Hastaya laparoskopik yaklaşımla drenaj ameliyatı planlandı. Hastanın kisti laparoskopik olarak Şahin Aspiratör yardımı ile öğütülerek aspire edildi. Ardından içerisine 100 cc %20 NaCl verilerek 15 dk beklendi ve aspire edildi. Bu aşamalar sırasında aspiratörün öğütme fonksiyonu sayesinde kist içerisinden hiç çıkarılmadan işlemi tamamlaması nedeniyle aspiratör kenarından hiçbir şekilde kontaminasyon olmadı. Ardından laparoskopik kamera yardımı ile kist içine girildi ve eksplorasyonda bakiye kist materyali kalmadığı izlendi. Kistin safra kanalları ile iştirakli olduğu tespit edildi. Kistojejunostomi yapılmasına karar verildi. Kist içerisine 25 numara anvil yerleştirilerek jejunum 40. cm'ye kistojejunostomi uygulandı. Jejunum 60. cm'ye Y bacağı yapılarak işleme son verildi. Hasta ameliyat sonrası 7. gününde komplikasyon oluşmadan taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde sağ ve sağlıklıdır.

Sonuç: Kist hidatik vakalarında kontaminasyon ciddi bir problem olup, cerrahlar ameliyat esnasında bu durumla alakalı çeşitli çözümler üretmeye çalışmaktadır. Biz hem açık hem laparoskopik kist hidatik vakalarımızda Şahin Aspiratör kullanarak bu kontaminasyon riskini minimum seviyeye indirmekteyiz. Bizim olgumuzdaki gibi büyük ve santral yerleşimli kist hidatik vakalarında safra fistülü diğer bir ciddi problemdir. Sütür atma, doku yapıştırıcıları uygulanması gibi işlemler safra yollarındaki basınç arttıktan sonra yetersiz hale gelebilmekte ve operasyon sırasında gözle görülmeyen safra kanallarından da safra kaçıışı olabilmektedir. Safra kaçağı nedeniyle birçok hastaya ek işlem ihtiyacı gerekebilmektedir. Bu sebeple safra fistülünün kaçınılmaz olduğu vakalarda kistojejunostomi yapılarak kesin çözüm elde edilmiş olup ek bir işleme gerek kalmamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, Laparoskopik kistojejunostomi, Şahin Aspiratör

PB-66

SAĞ ÜST KADRAN AĞRISINA NEDEN OLAN İZOLE FALCİFORM LİGAMENT NEKROZU**Yavuz Savas Koca¹, İhsan Yıldız¹, Nazan Okur², İbrahim Barut³**¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta²Isparta Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Isparta³Süleyman Demirel Üniversitesi, HPB Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta

Amaç: Genellikle batın içi bir enfeksiyona sekonder görülen falciform ligaman nekrozunun izole şekilde olması çok nadir bir durumdur. Akut batın tablosuna neden olabilen bu nadir durumun tanı ve tedavisini literatür eşliğinde sunmayı amaçladık

Olgu: 38 yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden sağ üst kadranda ağrısı şikayeti ile acil serviste görüldü. Hastanın ek hastalık, travma, geçirilmiş cerrahi, ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyet ve murphy bulgusu mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Yapılan ultrason tetkikinde karaciğere bası yapan doplerde kan akımı bozulmuş yağ doku ile uyumlu görünüm ve bu alanda minimal sıvı tespit edildi. Safra kesesi ve diğer solit organlar normal olarak tespit edildi. Yapılan bilgisayarlı tomografi tetkikinde falciform

form ligamanda yağ dokuda kirlenme ve hemen komşuluğunda karaciğer dokusuna bası ve karaciğer çevresinde minimal mayi izlendi. Laboratuvar değerlerinde CRP: 78 BK: 13500 olarak tespit edildi. Hasta acil operasyona alındı. Batın içi eksplorasyonda falciform ligaman ödemli ve omentum yapışık göstermekteydi. Karaciğer etrafında minimal serbest mayi mevcuttu, diğer batın içi organlar normal görünümde idi.

Önce omentum diseke edilerek falciform ligamandan ayrıldı sonrasında enflame ligaman dokuları geniş rezeksiyonla çıkartıldı. Kanama kontrolünü takiben 1 adet soft dren konularak operasyon sonlandırıldı. Postop 2. gününde takipleri stabil olan hasta taburcu edildi. Patoloji sonuncu nekrotik ve enflame yağ dokusu olarak rapor edildi.

Tartışma ve Sonuç: Falciform ligaman iki periton tabakası tarafından oluşturulur ve umbilikal ven ve ligamentum teres kalıntılarının yanı sıra değişken miktarda ekstraparitoneal yağ içerir. Vasküler yapıdadır ve arteri sol inferior frenik arterden ve karaciğerin orta segmental arterinden alır. Sol inferior frenik vene venöz drenaj verdiği için torsiyon gibi vasküler hasara duyarlıdır.

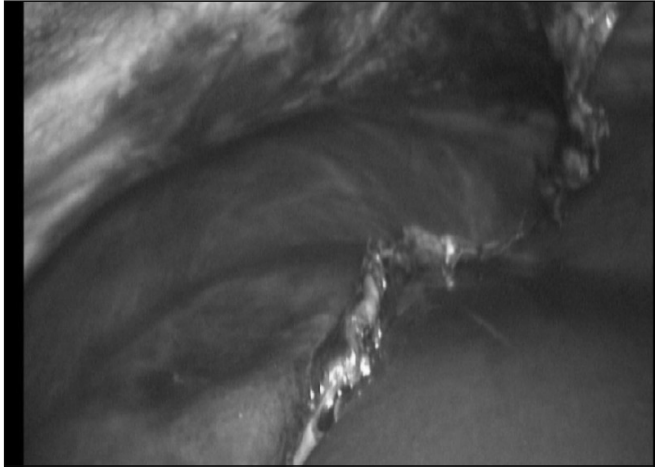
Falciform ligamentin torsiyonu çok nadir görülen akut karın ağrısı nedeni olup, daha önce bildirilen vaka sayısı onun altındadır. Semptomları sağ üst kadranda ağrısı, bulantı, ateş gibi peritonit bulgularıdır. Muayenede sağ üst kadranda hassasiyet ön ve bizim olgumuzdada olduğu gibi yalnızca Murphy pozitifliği görülebilir.

Tanıda ultrason sırasında sağ üst kadranda hassasiyet olması ve çevresinde hipoeoik halosu bulunan hiperekoik oval komprese olmayan kitle görüntüsü tanı koydurucudur. Ancak tanı genellikle tomografi ile konulur. Tomografi bu transvers kolon apendicitisi, pankreatit ve akut kolesistit gibi bu kliniğe sebep olabilecek patolojilerin ayırt edilmesinde altın standarttır.

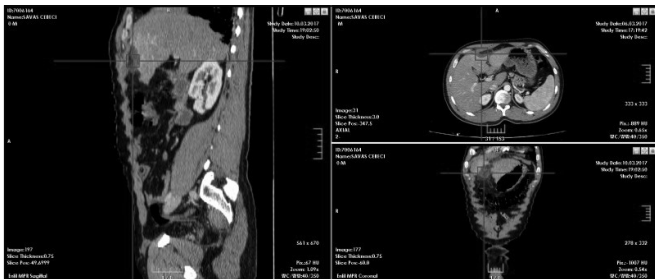
Tedavi konservatiftir ve ultrason ile takip gerektirir. Cerrahi tedavi ise ayırıcı tanı yapılmadığında ve hastanın kliniğinin giderek kötüleştiği ve konservatif tedaviye cevap vermediği durumlarda endikedir. Bizim olgumuzda yaklaşık 4 gün başka hastanede tedavi almış ve kliniğinde düzelme olmamıştı.

Bu klinik tablo sağ üst kadranda ağrısıyla başvuran hastalarda akıldatılması gereken ender bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Falciform Ligament, Laparoskopi, Nekroz, Torsiyon,



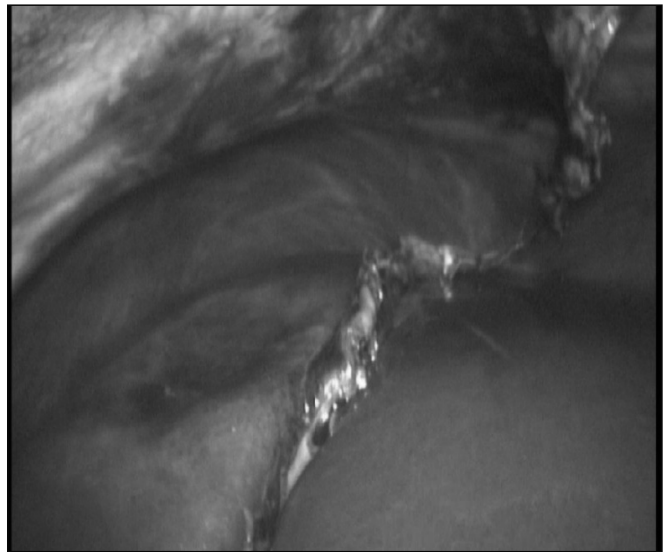
Resim 1. BT görüntüsü



Resim 2. BT görüntüsü



Resim 3. Torsiyone falciform operasyon görüntüsü



Resim 4. Torsiyone falciform ligamentin karaciğerde oluşturduğu bası görüntüsü

HİATAL BÖLGE CERRAHİSİ

PB-67

HİATAL HERNİLERİN İLERİ YAŞTA LAPAROSKOPIK CERRAHİ TEDAVİSİ

Yasin Peker, Evren Durak, Haldun Kar, Halis Bağ, Necat Cin, Hüda Genç, Fatma Tatar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Cerrahi tedavi endikasyonu konan 70 yaş ve üzeri hiatal herni hastalarının tedavisinde laparoskopik krurafı ve fundoplikasyon uygulanmaktadır. Kliniğimiz C Biriminde Mayıs 2013-Aralık 2016 tarihleri arasında opere ettiğimiz olguların demografik özellikleri, semptomları, yapılan operasyon yöntemi, komplikasyon ve hastanede kalış süresi açısından incelendi. Toplam 15 hastanın yaş ortalaması 74,2 (70-83) olup %80'i kadındı. Regürjitasyon, retrosternal yanma, yemek sonrası sancı, karında şişkinlik, ilaçlara cevapsızlık en yaygın yakınmalardı. Batın ve toraks tomografisi ve gastroskopi tüm hastalara uygulandı. Hastalarımızda değişik boyutlarda sliding hiatal herni ve iki hastamızda ek olarak kolesistitis saptandı. Laparoskopik olarak 6 tanesine Nissen fundoplikasyon, 6 tanesine Watson fundoplikasyon, 2 tanesine Toupet fundoplikasyon, 1 tanesine nüks nedeni ile meçli krus onarımı uygulandı. Daha önce pnömonek-

tomi olmuş bir hastamızda torakal yapışıklıklar nedeni ile konvesiyon uygulandı. İki olgumuza ek olarak kolesistektomi uygulandı. Peroperatif komplikasyon gelişmedi. İki hastamızda gelişen disfaji iki hafta sonra kendiliğinden iyileşti. Operatif mortalite gelişmedi. Postoperatif yatış süresi 4,4 (3–7) gündü. İleri yaştaki uygun ve seçilmiş olgularda da laparoskopik fundoplikasyon güvenlidir.

Anahtar Kelimeler: Hiatus hernisi, cerrahi, laparoskopik

PB-68

LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYONUNDA GENİŞ DEFEKTLERDE MESH KULLANILMALI MI?

Ali Durmuş¹, Fazıl Sağlam², Ali Alemdar²

¹Niğantaş Üniversitesi

²Ölkemeydanı eğitim ve araştırma hastanesi

Giriş Amaç: Laparoskopik nişsen fundoplikasyonu reflü cerrahisinin sık uygulanan bir tekniktir. Bu çalışmadaki amacımız hiatus çapının geniş olduğu vakalarda mesh kullanılmadan yapılan onarımın etkinliğini araştırmaktır.

Metod: 2002–2007 tarihleri arasında gastroözofagial reflü tanısıyla ameliyat edilen 203 hastanın prospektif olarak toplanan verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastalar içinden 24 adetinde hiatus çapı 5 cm üzerinde idi. Çalışmamızda bu hastalar dahil edildi. Tüm hastalar periyodik aralıklarla endoskopik ve klinik olarak ortalama 2 sene takip edildi. Hastaların demografik verileri, yaş cinsiyet, hastanede kalış süresi, reflü semptomlarının devamı, nüks gibi verileri kaydedildi.

Sonuçlar: 15 (%62,5) hasta kadın 9 (%37,5) hasta erkekti. Ortalama operasyon süresi 56,5 (40–128) dakika idi. Ortalama hastanede kalış süresi 2,4 (1–5) gün idi. Endoskopik kontroller sırasında 24 hastadan 4 (%16,6) ünde hiatus açıklığının genişlediği tespit edildi. Bu 4 hastadan 3 ünde reflü semptomları devam etmekte idi.

Tartışma: Nissen fundoplikasyonu sırasında geniş defektli hiatusu olan hastalarda mesh kullanılmadığı zaman nüks olasılığı yüksektir.

Anahtar Kelimeler: nissen fundoplikasyonu, geniş defekt, mesh kullanımı

KOLOREKTAL CERRAHİ

PB-69

LAPAROSKOPIK UÇ KOLOSTOMİ TECRÜBEMİZ

Necat Cin, Haldun Kar, Halis Bağ, Yasin Peker, Evren Durak, Fatma Tatar, Hüdaî Genç

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç: Fekal diversiyon amaçlı kolostomiler birçok farklı endikasyon ile uygulanmaktadır. Konvansiyonel yöntemlerle (laparotomi, trefin yöntemi) de yapılabilen bu prosedürün, laparoskopik olarak yapıldığında hızlı yara iyileşmesi ve post-op hasta konforu açısından avantajlarının vurgulanması amaçlandı.

Yöntem: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi C grubu Genel Cerrahi Kliniğinde Haziran 2011–Şubat 2017 tarihleri arasında 8 hastaya laparoskopik uç kolostomi açılması ameliyatı uygulandı.

Bulgular: Üç hastada Fournier gangreni, 2 hastada rektovajinal fistül, paraplejik olan 2 hasta ve ortopedik sorun nedeniyle immobil olan 1 hastada da geniş, iyileşmeyen dekübit ülserleri mevcuttu. Tüm olgulara laparoskopik sigmoid uç kolostomi açıldı. 30 dereceli kamera ve ayrıca biri ostomi planlanan alandan olmak üzere 2 çalışma portu kullanıldı. Endo GIA kullanılarak sigmoid kolon transekte edilip, proksimal uç planlanan alandan (sol alt kadrant rektus adalesi içinden) dışarı alınarak ostomi işlemi gerçekleştirildi. Postoperatif dönemleri sorunsuz seyreden hastaların perine ve sakral alandaki yara bakımları süratle gerçekleştirilebildi.

Sonuç: Sigmoid kolon distalinde fistülü olan, sfinkter fonksiyonu olmayan ya da değişik nedenlerle immobil olan hastalarda, fistül traktının kapanabilmesi, perine ya da sakral alandaki geniş doku nekrozlarının tedavisine olanak sağlama amacıyla uygulanan sigmoid end kolostominin

düşük maliyet ve maksimum hasta konforu ile öncelikle tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: konfor, laparoskopik, uç kolostomi,

LAPAROSKOPIK ACİL CERRAHİ

PB-70

GEBE HASTADA SILS APENDEKTOMİ

Volkan Sayur, Taylan Özgür Sezer, Erkan Güler

Ege Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı İzmir

28 yaşında 26 haftalık gebe hasta. 3 günlük öyküsü olan apandisit tanısı olan genç hastada SILS tekniğiyle apendektomi uygulandı. Bu bilirdi-ride SILS tekniğiyle operasyonun gebe hastalarda teknik açıdan laparoskopik ve açık tekniğe göre daha iyi olabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Apendektomi, SILS

PB-71

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ESNASINDA GELİŞEN "MASİF CİLT ALTI AMFİZEM" OLGUSU

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Nilgün Göral², Şirin Akın Sarı³

¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

²Bigadiç Devlet Hastanesi Anestezi Kliniği

³Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği

Amaç: Laparoskopik cerrahinin operasyon süresinin kısaltılması, morbidite ve hastane yatış süresinin azaltılması gibi birçok faydası mevcuttur. Gelişen teknoloji ile beraber neredeyse bütün batin operasyonlarına uyarlanmıştır. Laparoskopik cerrahide sıklıkla kullanılan gaz karbondioksit (CO₂). CO₂ ucuz, kolay temin edilebilen, kolay çözünen, görüşü bozmayan ve yanıcı olmayan bir gaz olması nedeniyle tercih edilmektedir. Ancak intraperitoneal alanın CO₂ ile şişirilmesi vücut için birçok fizyolojik ve biyokimyasal olumsuzluklar oluşturabildiği bilinmektedir. Cilt altı amfizem bu olumsuzluklardan birisidir. Biz bu sunumda hastanemizde karşılaştığımız laparoskopik cerrahi esnasında gelişen cilt altı amfizem olgumuzu paylaşmak istedik.

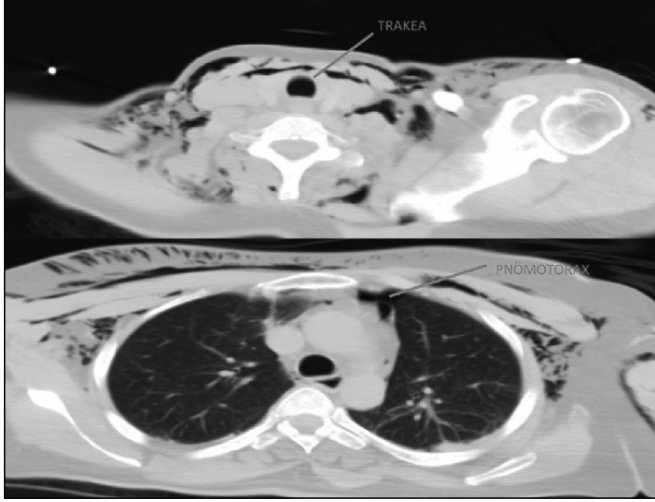
Olgu: Acil servisimize karın ağrısı şikayeti ile başvuran 57 yaşında kadının hastada fizik muayenede batin sağ üst kadranda hassasiyet ve rijidite saptandı. Tam kan sayımında beyaz küre sayısı 13,000/μL, bilirubin değerleri normal seviyede idi. Batin ultrasonografisinde safra kesesinin hidropik ve çok sayıda milimetrik boyutta taş ile dolu olduğu saptandı. Hastaya acil kolesistektomi planlandı. Umbilicus üzerinden yapılan mini transvers insizyondan yerleştirilen veres iğnesi ile 12 litre/dakika hız ve 14 mm Hg basınçla CO₂ insuffle edildi. Ardından 4 trokar yöntemi ile batına girildi. Eksplozasyonda safra kesesinin duodenum, transvers kolon ve omentum ile ileri dereceye yapışık olduğu görüldü. Dikkatli diseksiyonlarla yapışıklıklar giderildi. İnşüflasyonun yaklaşık bir saat sonrasında operasyonun bitmesine dakikalar kala hastanın göğüs duvarı, boyun ve yüzünde ani gelişen masif cilt altı amfizem meydana geldi. Hastanın oksijen saturasyonu (SpO₂) değeri %85'e geriledi. Bunun üzerine derhal CO₂ insüflasyonu kesildi ve intraperitoneal CO₂ dışarıya atıldı. Birkaç dakika sonra hastanın SpO₂ değeri %99'a yükseldi. Yüz ve boyundaki şişlikler geriledi. Ardından batin içerisine 8 litre/dakika hız ve 10 mm Hg basınçla CO₂ insuffle edildi. Yaklaşık 10 dakika sonra kolesistektomi tamamlandı ve hemostaz kontrolü ardından intraperitoneal boşluk dekomprese edildikten sonra operasyona son verildi.

Hastanın postoperatif 2. saat bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. Solda %5 altında pnömotoraks, göğüs ve boyun cilt altı dokularında masif amfizem izlendi (resim: 1). Hemodinamisi ve SpO₂ değerleri normal seyreden hasta takibe alındı. Postoperatif 6. saat oral alımı başladı. Postoperatif 4. gün çekilen BT'de masif cilt altı amfizemin tamamen gerilemiş olduğu, pnömotoraxın yok olduğu görüldü (resim: 2). Hasta sorunsuz taburcu edildi.

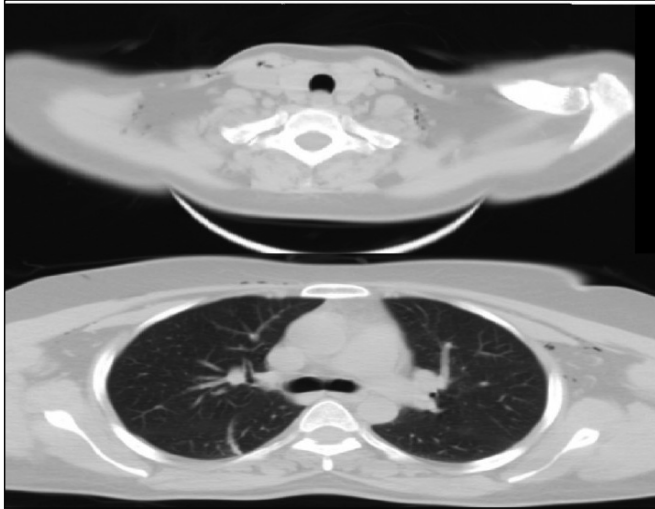
Sonuç: Laparoskopik batin cerrahisinde masif cilt altı amfizem meydana gelme oranı %0,43 ile %2,34 arasında değişmektedir. Operasyon süresinin uzaması ve port yerlerinin zorlayıcı diseksiyonlar esnasında hır-

palanması bizim olgumuzda olduğu gibi cilt altı amfizem riskini arttırmaktadır. Ayrıca yüksek insuflasyon basıncı (15 mmHg<) ve ekstraparitoneal diseksiyonlar da riski arttırmaktadır. Farkedildiği anda insuflasyonun kesilmesi ve intraperitoneal gazın dışarıya alınması çoğunlukla yeterlidir.

Anahtar Kelimeler: masif, ciltaltı, amfizem, karbondioksit, laparoskopi



Resim 1. Postoperatif 2. saat BT



Resim 2. Postoperatif 4. gün BT

PB-72

BATIN İÇİNDE TANIDIK BİR YABANCI CİSİM: VENTRİKÜLOPERİTONEAL ŞANT

Ogün Erşen, Sezgin Yılmaz, Murat Akıcı, Serkan Ademoğlu, Emre Ballı, Mümtaz Erakin, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş: Karın içi yabancı cisimler genellikle operasyonlardan sonra unutulması şeklinde olmak üzere en sık yabancı cisimler gazlı bez, batın kompres ve cerrahi aletleridir.

Olgu: 2 yıl önce ventriküloperitoneal (VP) şant cerrahisi geçirmiş 45 yaşında erkek hasta non-spesifik kusma, bulantı ve karın ağrısı semptomları ile tarafımıza başvurdu. Hasta sorgulandığında VP şant cerrahisi geçirdiği ancak 1 yıl önce şantın çekildiğini ifade etmekteydi. Yapılan fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Çekilen batın tomografisinde şantın ventriküllere uzanan kısmının olmadığı ancak batın içi komponentinin devamlılık gösterdiği görüldü. Laparoskopik olarak çıkartılması kararı alındı. Eksplorasyonda şantın bir ucunun peritonda, diğer ucunun ise intestinlerin arasında yerleşim gösterdiği görüldü. Şantın peritona girdi-

ği yerde iltihabi reaksiyonlar ve adhezyonlar mevcuttu. Laparoskopi ile yaklaşık 70 cm uzunluktaki şant yerinden çıkarılarak batın dışına alındı. Operasyon sonrası 1. günde hasta taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde sağ ve sağlıklıdır.

Sonuç: Karın ağrısı, bulantı-kusma gibi müphem semptomları mevcut olan hastalarda geçirilmiş cerrahi öyküsü mutlaka sorgulanmalı ve batın içi yabancı cisimlerin mevcut olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yabancı cisim, Laparoskopi, Ventriküloperitoneal şant

PB-73

PROMONTORİK AKUT APENDİSİT: OLGU SUNUMU

Savaş Aslan¹, Bülent Dinç², Muhammed Raşit Yazar², Ali Erhan Nokay¹, Selcan Enver Dinç³

¹Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Acil Tıp Bölümü

²Antalya Atatürk Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

³Antalya Kepez Devlet Hastanesi, Acil Tıp Bölümü

Amaç: Apendisit tüm dünyada en yaygın acil cerrahi patolojidir. Anatomik pozisyonundaki varyasyonlar klinik prezentasyonu değiştirir. Bu olgu sunumunda promontorik akut apandisit olgusunun laparoskopik tedavisi sunulmuştur.

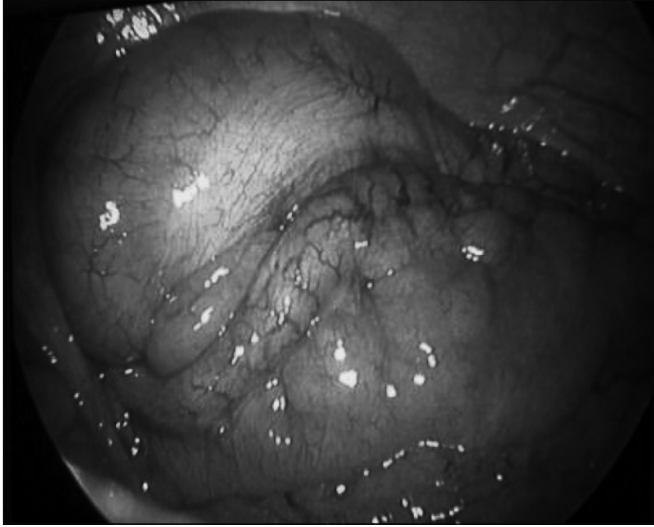
Olgu: 36 yaşında, kadın hasta, umblikus üzerine ve pelvise yayılan epigastrik karın ağrısı ile başvurdu. Sürekli vasıfta ağrısına, bulantı ve kusma eşlik etmiş. Fizik muayenede epigastrik bölgede ve sağ alt kadranda minimal hassiyet, umblikus üzerinde istemli defans ve rebound hassasiyeti mevcuttu. Rektal tuşede hassasiyet tespit edildi. Subfebril ateş görüldü. Laboratuvar olarak beyaz küre düzeyi: 10,5 cells/uL CRP: 0,4 mg/dl tespit edildi. Ayakta direkt karın grafisi ve abdominal ultrason ile tanıya gidilemediği için kontrastlı batın tomografisi yapıldı. Tomografide; suprapubik düzeyde, batın orta hattı boyunca uzanım gösteren apandisit rapor edildi (Resim 1). Hastaya diagnostik laparoskopi planlandı. Explorasyonda promontorik yerleşimli akut apandisit olduğu görüldü (Resim 2). Laparoskopik olarak appendektomi yapıldı. Hasta postop 2. günde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Apendiksin lokalizasyonu farklılık gösterebilir. Promontorik apendiks lokalizasyonu tüm yerleşim yerleri arasında %1'lik görülme sıklığına sahiptir. Bulunduğu yerin farklılığından dolayı, göstermiş olduğu klinik prezentasyonda farklılık göstermektedir. Sunulan bu olguda çok rahatlıkla pelvik yada ovarian patolojiler ile karışabilecek, atipik yerleşimli apandisit olgusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Promontorik, Apendisit, Laparoskopi



Resim 1. Promontorik Apendisit CT Görüntüsü



Resim 2. Promontorik Apendisit Ameliyat Görüntüsü

PB-74

LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ

Ahmet Aslan, Ertuğrul Şahin, Ömer Faruk Aydoğan, Sertaç Usta, Koray Karabulut

Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Appendektomi en sık yapılan acil cerrahi işlemlerden biridir. Cerrahisinde laparoskopi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu bildiride kliniğimizde 2008–2016 yılları arasında yapılan laparoskopik appendektomi işlemlerinin sunulması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Cinsiyet, Süre, Yaş**Tablo 1.** 2008–2016 yılları arasında yapılan laparoskopik appendektomiler

Laparoskopik Appendektomi			
240 laparoskopik appendektomi	127 Erkek (%53) 113 Kadın (%47)	Ortanca yaş: 28 (16–82 yaş aralığı)	Ortalama Ameliyat Süresi: 70 dk. (20–120 dk)

PB-75

LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİLERDE KALIN APENDİKS İÇİN KLİBE YARDIMCI ÇAP KÜÇÜLTÜCÜ DÜĞÜM UYGULAMASI

Volkan Doğru

Palandöken Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Erzurum

Amaç: Laparoskopik apendektomi, akut apandisit için oldukça sık tercih edilen ve çoğu sağlık tesisi için fiziksel imkanların yeterli geldiği bir cerrahi uygulamadır. Cerraha tanısal laparoskopi fırsatını da verdiği için hastanın eşlik eden intraabdominal patolojilerini ortaya çıkarabilir. Ancak güdüğün kliplenmesi sırasında yaşanabilecek bir aksaklık, güdük kaçağı ile başlayan ve hastayı septik şoka kadar sürükleyebilen tehlikeli bir kaskada zemin hazırlayacaktır. Bu nedenle apendiks güdüğüne uygun klipin seçilmesi son derece önem taşımaktadır. Güdüğe, kliplene öncesi çap küçültücü konstrüktör düğüm atılması, klip-güdük eşleşmesine katkı sağlayacak bir uygulama olabilir.

Yöntem: 1 Ağustos 2016 ile 20 Şubat 2017 tarihleri arasında polikliniğimize kabul edilen 69 akut apandisit hastasının kayıtları retrospektif olarak incelendi. Komplike olmayan apandisitlerde apendektomi cerrahi aletlerin uygunluğuna göre hasta tercihi de aynı yönde öncelikli olarak umblikus 10 mm, sol alt kadrın 10 mm ve suprapubik 5 mm portlar-

dan laparoskopik yöntemle gerçekleştirildi. Cerrahi alet eksikliği ve hasta tercihi durumlarında ise klasik McBurney insizyonu ile açık ameliyat uygulandı. Laparoskopide güdüğün net olarak ortaya konulamaması durumlarında açığa geçildi. Semptom süresi 5 günden fazla olan, jeneralize peritonitli, septik hastalarda ve kapalıdan açığa geçilen hastalarda göbek altı median insizyon uygulandı. Jeneralize peritonit ve septik görünümü olmayan, radyolojik görüntülemelerde flegmon tespit edilen durumlarda takip ve elektif operasyon tercih edildi.

Bulgular: Hastanemize başvuran 69 akut apandisit hastasından 35'ine laparoskopi planlanmış 3'ünde apendiks güdüğünün net olarak ortaya konulamaması nedeniyle açığa geçilmiştir. 32 hastadan 7'sinde güdük net olarak ortaya konulsa da eldeki en büyük hem-o-lok klipin güdüğe küçük geldiği fark edilmiştir. Klipin kilit mekanizmasının bulunduğu yuvarlak ucunun, güdüğün arkasından 30 derece kamera yardımıyla rağmen görüntülenememesi, klip-apendiks uyumsuzluğu kararında etkili olmuştur. Cerrah için güven vermeyen bu durumda klip kilitlenmeye çalışılmamış ancak klipten vazgeçilmeyerek apendiks kalınlığını azaltmak için güdüğe laparoskopik konstrüktör tek düğüm atılmıştır. Ardından klip güdüğe yeniden yerleştirilmiş ve yuvarlak ucun 5 hastada arkadan görüldüğü anlaşılmıştır. Kilitleme bu hastaların tümünde başarılı olmuştur. Kalan 2 hastada yuvarlak ucun konstrüktör düğüme rağmen güdük arkasından görüntülenemediği anlaşılmıştır. Bu hastalarda kilitleme işlemi güvenli bulunmayarak klipten vazgeçilmiş ve 1–5 mm aralıklı iki planda laparoskopik düğümler atılmıştır. Hiçbir hastada güdük kaçağı, enterokutan fistül veya intraabdominal apse gelişmemiştir. Açık cerrahi yapılan 3 hastada cilt altında lokalize abse gelişmiş, drenaj ve 4 gün süren açık yara pansumanı sonrası cilt tekrardan primer suture edilerek tedavi edilmiştir.

Sonuç: Apendiks güdüğüne atılan konstrüktör düğüm klip-apendiks çap uyumsuzluğunda cerraha hareket imkânı sunar. Bu teknik, güdük kaçağı, enterokutan fistül, apse ve sepsis gibi olası komplikasyonları azaltma potansiyeli taşımaktadır. Gelecekte karşılaştırmalı prospektif çalışmalar ile desteklenirse rutin uygulamaya girebilir.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, Laparoskopik apendektomi, konstrüktör düğüm

PB-76

LAPAROSKOPIK VE AÇIK APENDEKTOMİ SONUÇLARI

Salih Tosun, Özgür Ekinci, İhsan Metin Leblebici, Furkan Kılıç, Oktay Yener, Medeni Şermet, Gürhan Baş, Orhan Alimoğlu

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Akut apandisit olgularında cerrahi yöntem kararı, hastaya ve cerraha göre değişim göstermektedir. Bu çalışmada, akut apandisit tanısıyla tedavi edilen hastalarda laparoskopik ve açık cerrahi sonuçları incelendi.

Materyal-metod: Ocak 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında akut apandisit tanısıyla ameliyat edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastalar laparoskopik ameliyat grubu (Grup I) ve açık ameliyat grubu (Grup II) olarak ikiye ayrıldı. Hasta dosyalarından ve hastane bilgi sisteminde hastaların demografik özellikleri, hastane kalış süreleri ve komplikasyonlar araştırıldı.

Bulgular: Bir yıllık süre içinde 387 hasta akut apandisit tanısıyla ameliyat edildi. Grup I, 123 (%31) hastadan oluşmaktaydı ve yaş ortalaması 34'ü (18–81). Hastaların 66'sı kadın (%53,6), 57'si erkekti (%46,4). Ortalama yatış süresi 1,7 (1–5) gündü. Hastaların 4 (%3,2)'ünde yara yeri enfeksiyonu gelişti. Grup II, 264 (%69) hastadan oluşmaktaydı ve yaş ortalaması 35'di (18–86). Hastaların 106'sı kadın (%40), 158'i erkekti. (%60). Ortalama yatış süresi 2 (1–15) gündü. Üç hastada yara yeri hematomu, 9 hastada yara yeri enfeksiyonu olmak üzere; 12 hastada (%4,5) komplikasyon gelişti. Grup I ve II arasında hastalarda gelişen komplikasyonlar değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (P: 0,02).

Sonuç: Bu araştırmadan laparoskopik ve açık apendektomi arasında komplikasyonlar açısından anlamlı fark tespit edilirken, hastaneden yatış süresi açısından fark tespit edilmedi.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik, açık, apendektomi

PB-77

TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ TECRÜBEMİZ

Mustafa Arısoy, Bülent Gürbüz, Şenol İbrahim Carıllı, Aydın Alper

Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, İstanbul

Amaç: Konvansiyonel 3 trokar ile apendektomi, apendektomide standart cerrahi yaklaşım haline geldi. Ancak umblikustan tek trokardan ya da umblikustan 3 trokar ile yapılan girişimler de son zamanlarda tercih edilmektedir. Tek kesiden yapılan laparoskopik cerrahi ile, klasik laparoskopik cerrahi ve açık cerrahiye göre daha iyi kozmetik sonuçlar sağlanmaktadır. Çalışmamızda Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi'nde 2009 yılından bu yana yapılan tek kesili laparoskopik apendektomi sonuçlarımızı gözden geçirdik.

Gereç ve yöntem: 2009–2016 yılları arasında aynı cerrahi ekip tarafından yapılan 63 tek kesili apendektomi ameliyatları hastaların cins, yaş, ameliyat süresi, yatış süresi parametreleri 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: 32 (%50,7) hasta erkek, 31 (%49,3) hasta kadın, ortalama yaş 35 (13–72) olarak bulundu. Erkek hastaların yaş ortalaması 35,11 (13–58), kadınların yaş ortalaması 34,9 (15–72) idi. Toplam ameliyat süresi ortalama 45,33 dakika saptandı. Ameliyat süreleri 2009–2013 yılında yapılan 36 ameliyatta 48,16 dakika, 2013–2017 yılında yapılan 27 ameliyatta 41,55 dakika olarak saptandı. Ortalama yatış süresi 1 gün idi. Hiçbir hastada intraoperatif ve erken postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif ağrı VAS (Visual analogue scale) ile değerlendirildi. Ameliyat sonrası istirahat VAS ortalaması 1,6 olarak hesaplandı. Öksürme ile hesaplanan VAS ortalaması 3,5 olarak geldi. Histopatolojik değerlendirmede 48 hastada flegmenöz apandisit, 13 hastada perforasyonlu apandisit, 1 hastada mukosel, 1 hastada nöroendokrin tümör saptandı. Hastaların 1. ve 4. hafta kontrollerinde özellik saptanmadı.

Tartışma ve sonuç: Tek kesiden laparoskopik cerrahi işlemler gide-rek yaygınlaşmakta ve tecrübeli ekipler tarafından standart yöntem haline gelmektedir. Ameliyatta umblikustan tek kesi yapılması, ameliyat sonrası dönemde ağrı ve kozmetik açıdan daha fazla hasta memnuniyeti sağlamaktadır. Ekiplerin tecrübesi arttıkça ameliyat süreleri kısalmaktadır. Ayrıca yöntemin komplike apandisitlerde de güvenle uygulanabilir olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: apandisit, laparoskopi, tek kesi

karışabilir. Kesin tanı akut apandisit düşünülerek ameliyata alınan hastalarda giriş sırasında konabilir. BT'de ise rektus abdominus ve kolon arasında, omentum merkezli, tipik olarak sağ üst veya alt kadranda, bazen komşu bağırsak duvarında da kalınlaşma izlenebilen, yoğunluğu yağ dokusuna göre yüksek, heterojen ovoid alan izlenmektedir. Kitle çevresinde kalınlaşmış viseral peritonun oluşturduğu hiperdens halka (ring sign) görünümü tipidir.

Olgu: 28 yaşında erkek hasta yaklaşık 48 saat önce sağ alt kadranda şiddetli karın ağrısı bulantı kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan FM de sağ alt kadranda rebound pozitif ve defans pozitif saptandı. Laboratuvar parametrelerinde özellik yok. Ateş yok. USG: öz yok kontrastlı BT: Appendix 5 mm retroçekal uzanımlı ve içerisinde hava dansiteleri mevcut. Sağ alt kadranda omental yağlı dokuda 4*3 cm lik alanda dansite artışı izlenmiştir (omental infarkt?). Hastaya acil cerrahi önerildi. Hasta laparoskopik olarak opere edildi. Nekroze olmuş omental doku total eksize edilerek batın dışına alındı. Hastada post op. herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Postoperatif hasta 4. gün taburcu edildi.

Sonuç: Sonuç olarak, omental infarkt iyi huylu, genellikle kendi kendini sınırlayan ve nadir görülen bir akut karın nedeni olarak ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Olguların bir kısmı konservatif olarak tedavi edilebildiği gibi yaygın olarak kullanılan diagnostik laparoskopi ile birlikte omental infarkta birlikte senkron akut karın nedenleri (apandisit kolesistit. perforasyon vs) minimal invaziv olarak laparoskopik cerrahi ile tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Acil Cerrahi, Laparoskopik, Omental Infarkt



Resim 1. Bilgisayarlı Tomografi



Resim 2. İntraop görüntü

PB-78

NADİR AKUT KARIN NEDENİ OMENTAL İNFARKT OLGUSUNDA DİAGNOSTİK VE TERAPÖTİK LAPAROSKOPİK CERRAHİ

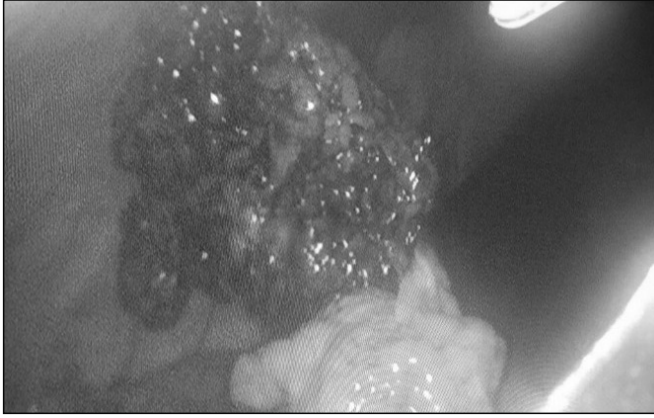
Rıdvan Yavuz, İlhan Taş, Mehmet Babür, Serdar Gümüş, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Acıkgöz, Zeynep Şener Bahçe, Edip Erdal Yılmaz, Yusuf Yagmur

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Omental infarkt, yaklaşık yüz yıl önce tanımlanmış, nadir görülen bir patolojidir. Primer omentum infarktı akut karın ağrısının nadir görülen bir nedeni olup diğer akut karın nedenlerini sıklıkla taklit etmektedir. BT nin yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte, karın içindeki epiploik apendiks yağ infarktı veya segmental omentum infarktına giderek oranda tanı konulmaktadır. Primer torsiyonda iskemik omentumun eksizyonu ideal tedavi şeklidir.

Omental infarkt erkeklerde kadınlara göre 3,5 kat daha fazla görülmektedir. Daha çok dördüncü ve beşinci dekatlarda

genellikle obez hastalarda görülür. Ayrıca klinik bulgular da nonspesifiktir. Hastaların sıklıkla başvuru nedeni sağ tarafta, anibaşlangıçlı, lokalize, şiddetli gittikçe artan karın ağrısıdır. FM bulguları değişikdir ancak sağ üst veya alt kadranda hassasiyet ve rebound sıklıkla izlenebilir. Hafif ateş ve lökositoz görülebilir. Bizim Olguda ateşli ve lökositoz saptanmadı. Ayrıca tanıda akut apandisit, akut kolesistit, divertikülit ve renal kolikle



Resim 3. İntraop görüntü

PB-79

LAPAROSKOPİK VE AÇIK APENDEKTOMİ: TEDAVİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Süreddin Zeynalov, Sevinc Salahova, Anar Namazov

Azerbaycan Tıp Üniversitesi I. cerrahi hastalıklar Anabilim Dalı

Amaç: Akut apandisit zamanı laparoskopik ve açık apendektominin sonuçlarını karşılaştırarak değerlendirmektir.

Araç ve yöntemler: Hastanelerde ameliyatı yapılmış 524 hastanın olguları incelenmiştir. Hastalar (16–88 yaş arası) akut apandisit tanısı ile 2001–2016 yıllarda ameliyat gecirmişler. Onlar iki gruba ayrılmışlar. I grubda 192 hasta laparoskopik apendektomi (erkek-75 (%39,0), kadın-117 (%61,0)), II-kontrol grubda 244 hasta (erkek-82 (%33,6), kadın-162 (%66,4)) açık apendektomi ameliyatı geçirmişler. Tüm hastalara rutin muayenelerden ilave abdominal ultrason, 98 hastaya karnın ve peritonar kaskı boşluğun BT ve ya MR yapılmıştır. Ameliyatların ekseri destrüktif apandisit göre yapılmıştır. I grubda olan hastaların 17 (%8,8)-de kataral, 162 (%84,4)-de flegmanöz 13 (%6,8)-de ise morfoloji olarak gangrenöz appendiks çıkarılmıştır. 68 (%35,4) hastada infiltratif ve 13 (%6,8)-de perforatif-gangrenöz apandisit apse ile gözlemlenmiştir. Teknik zorluklara göre konversiyon 2 (%1,0) hastada yapılmıştır. I grupta 79 (%41,1), II grupta 64 (%26,2) apandikulyar peritonit kaydedilmiştir.

Laparoskopik apendektomi zamanı 131 (%68,2) hastada appendiks esaslı ligatura ile bağlanmış, 40 (%20,8) hastaya klips koyulmuş, 21 (%11,0), hastada GIA-30 stepleri kullanılmıştır.

5 (1,7 %) hastada laparoskopik ameliyat zamanı ameliyatiçi komplikasyonlar tespit edilmiştir. Ameliyat zamanı apandikulyar arteriden kanama 3 (1,0 %) hastada kaydedilmiştir. Troakarın yerinden kanama 2 (0,68 %) hastada tespit edilmiş ve ameliyat zamanı durdurulmuştur. Letal sonuç olmamıştır. Laparoskopik ve açık ameliyat sonuçlarının karşılaştırması tablo-1. de kaydedilmiştir.

Alınan sonuçlara göre laparoskopik apendektomini akut apandisitde, hatta onun atipik lokalizasyonunda bile kullanmak olar. Yalnız apandikulyar apse ve peritonit zamanı karnın boşluğunun total sanasiyasının mümkünsüzlük sebebinden avantajlı olmaya bilir. Bu ise cerrahın tecrübe ve profesyonelliğine bağlıdır. LA operatif müdahale süresini kısaltır, ameliyattan sonraki komplikasyonlarını ve hastanın yatış süresini azaltır.

Sonuç: Laparoskopik ameliyat apendektomi zamanı altın standart sayıla bilir.

Anahtar Kelimeler: akut, açık, apandiks, apendektomi, laparoskopi

Tablo 1. Laparoskopik ve açık ameliyat sonuçlarının karşılaştırması.

Değişkenler	LA	AA	P değeri
Ameliyatın süresi. dak.	46,2±1,5	58,4±2,1	0,0001
İntrabdominal apse	0	4	0,6248
İleus	0	5	0,8611
Yaranın irinlemesi	2	12	0,5192
Hastanede kalış süresi. gün	5,6±0,8	10,4±0,6	0,0219
Takip süresi. gün	16,4±3,1	28,3±3,2	0,0890

PB-80

YAŞLI, MORBİD OBEZ, PERİAPENDİKÜLER VE SUBFRENİK APSELİ OLGUDA LAPAROSKOPİK TEDAVİ

Hüseyin Cahit Yalçın¹, Faik Tatlı¹, Yusuf Yücel¹, Orhan Gözeneli¹, Abdullah Özgönül¹, Mehmet Kaplan², Ali Uzunköy¹¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı., Şanlıurfa²Bahçeşehir Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı., İstanbul

Amaç: Akut apandisit (AA) olgularının sadece %5–10 'u 60 yaş üzerindedir. Komplike AA, yaşlılarda daha sıktır, yandaş hastalıkları nedeniyle morbidite ve mortalite daha yüksektir. 64 yaşında morbid obez, diyabetli (DM), periapendiküler sağ parakolik ve subfrenik apsesi olan, laparoskopik drenaj + peritoneal lavaj uygulanan hastamızın sonuçları değerlendirildi.

Yöntem: Olgumuzun klinik semptom ve bulguları, uygulanan laparoskopik cerrahi sonrası klinik izlem ve medikal tedavisi, postoperatif erken ve geç dönemde yapılan kontrol muayene ve tetkik sonuçları gözden geçirildi. Bulgular ve sonuçlar literatürle karşılaştırıldı.

Bulgular: 64 yaşındaki M. Ç. , morbid obez (vücut kitle indeksi VKİ 45,7 kg/m²), DM (AKŞ 299 mg/dl), akut batın, subileus tablosuyla 10.05.2016'da hastanemiz acil polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayene, biokimya, hemogram, batın USG, kontrastlı abdomen BT ve diğer tetkikler sonucunda, perfore apandisit, sağ parakolik ve subfrenik apse ön tanısıyla kliniğe yatırıldı. Yapılan tetkiklerde WBC: 17,6 103/uL, NEU: 15,4 103/uL, Hb: 13,7 g/dL, glukoz: 299 mg/dL, HbA1C: %10,3, CRP: 19,4 mg/dL, albümin: 2,1 g/dL, Alvarado Skoru: 10, RIPASA Skoru: 14 idi. Düşük basınçlı, 3 portla laparoskopide: sağ parakolik alanda enfekte kapalı perfore akut apandisit gatosu, periapendiküler ve subfrenik apse poşları belirlendi. Apseler poşları açıldı, aspire edildi, loj ve pelvis irrigasyonu ile lavaj yapıldı. Sağ parakolik, subfrenik ve rektovezikal alana 1'er adet foley sonda kondu. Postoperatif dönemde, komplikasyon gelişmeyen hastamız, 20.05.2016'da, batın drenajları alınarak, cerrahi şifa ile çıkarıldı. 1 ay sonraki kontrol USG ve BT'de nüks apse gelişimi izlenmedi, 7'nci ayda yapılan USG ve BT normaldi. Hastanın kontrol ve izleminde abdominal şikayeti yoktu, elektif apandektomi önerisini hasta ve yakınları kabul etmedi.

Sonuç: Yaşlılarda AA insidensi düşüktür, ancak morbidite ve mortalite yüksektir. Yaşlı ve morbid obezlerde, AA tanısı, çoğunlukla daha geç konmakta, yandaş hastalıklar nedeniyle morbidite ve mortalite artmaktadır. AA'nın başlıca komplikasyonları: perforasyon, lokal veya genel peritonit, tiflitis, plastron-periapendiküler apse, abdominal ve genel sepsis, plevrelebit, piyojenik karaciğer apseleri ve ileus'tur. Hastamız yaşlı, morbid obez, diyabetli, komorbid ve ASA III-IV idi, tanıda USG ve BT yararlıydı. Laparoskopiyile, doğru tanıyla birlikte, geniş intra-abdominal alanın drenajı ve irrigasyonu sağlandı. Postop. yara sorunu olmadı, ağrısı azdı, erken mobilizasyonla rutin aktivitesine kısa sürede kavuştu ve düzeldi. Morbid obez olduğu için, USG veya BT eşliğinde, perkütan yolla apse drenajı efektif olmazdı. AA tedavisinde laparoskopik apandektomi giderek yaygınlaşmaktadır. Minimal invaziv prosedür olarak, intraoperatif ve postoperatif avantajları nedeniyle, morbid obezlerde de laparoskopi önerilmektedir. Sonuç olarak, gecikmiş durumda, periapendiküler-parakolik ve subfrenik apse tablosuyla başvuran, ciddi komorbiditesi olan yaşlılarda ve morbid obezlerde, AA tedavisinde laparoskopik yöntemin, güvenli uygulanabilecek bir prosedür olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Apandisit, apse, laparoskopi, obezite, yaşlı

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

PB-81

GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRLERDE LAPAROSKOPİK MİDE WEDGE REZEKSİYONU: 2016 DENEYİMLERİMİZ

Esra Dişçi, Mehmet İlhan Yıldırğan, Sabri Selçuk Atamanalp, Erdem Karadeniz, Nurhak Aksungur, Ufuk Memiş

Atatürk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum

Giriş: Gastrointestinal stromal tümör (GIST) 'ler gastrointestinal sistemin en sık görülen, intersitisyel kaja hücrelerden köken alan mesenkimial tümörleridir. En sık olarak midede gözlenmekle birlikte; sırasıyla ince barsaklar, kolon-rektum, omentum ve özefagusta da görülür. CD117 ekspresyonu bu tip tümörlerin tamamına yakın kısmında görülür. Lenfatik invazyon nadir olarak yaptığı için kapsül bütünlüğünün olması şartı ile negatif cerrahi sınırla yapılan rezeksiyon genelde yeterli olmaktadır. Bu şartlar laparoskopik olarak da sağlanabildiği için son zamanlarda GIST'lerin tedavisinde laparoskopik yaklaşım artmaktadır.

Materyal-metod: 2016 yılında kliniğimizde laparoskopik mide wedge rezeksiyonu yapılan hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 5 (%71,4)'i kadın, 2 (%28,6)'si erkekti. Hastaların yaş ortalaması 53 (43-60) idi. Operasyonlar farklı cerrahlar tarafından yapıldı. Tüm operasyonlar laparoskopik olarak tamamlandı. Hastalara laparoskopik stapler kullanılarak usulünce mide wedge rezeksiyon yapıldı. Tümör ekimini önlemek amaçlı laparoskopik bağ kullanılarak rezeksiyon materyalleri batin dışına alındı. Ortalama operasyon süresi 65 (45-90) dakika idi. Hastaların patoloji sonuçları GIST olarak raporlandı. Örneklerde tümör çapı 3 ile 5 cm arasında değişmekteydi. Tüm örneklerde CD117 ekspresyonu mevcuttu. Fletcher risk sınıflandırmasına göre 5'i düşük riskli, 2'si orta riskli idi. Tüm rezeksiyonlarda cerrahi sınır negatifti. Hastanede ortalama yatış süreleri 6 (5-8) gündü. Hastalarda postoperatif morbidite ve mortalite gözlenmedi.

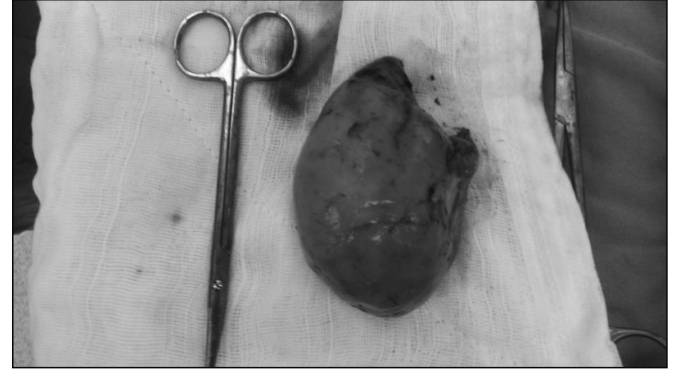
Sonuç: Laparoskopik wedge rezeksiyon özellikle GIST'lerin tedavisi için yeterli ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: GIST, laparoskopi, wedge rezeksiyon

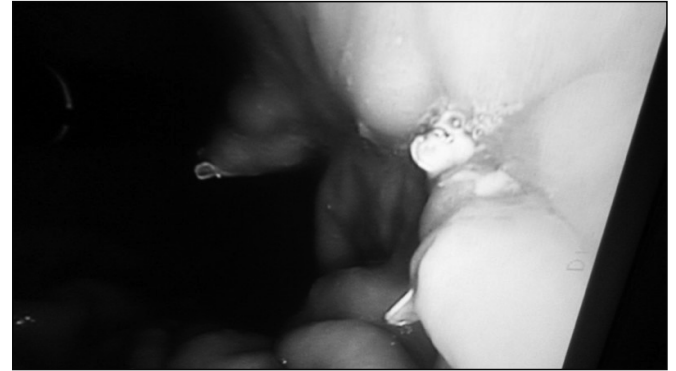
yönlendirilen hastaya onkolojik tedavi başlandı. Hasta halen kemoterapisine devam etmektedir.

Sonuç: Gastrointestinal stromal tümörlerde laparoskopik cerrahi güvenli ve etkin bir tedavi seçeneğidir. Onkolojik sonuçları açık cerrahi ile benzer olmakla birlikte hospitalizasyon süresinin daha kısa, postoperatif ağrının daha az olması ve hastaların daha erken mobilize olabilmeleri laparoskopik cerrahinin avantajlarıdır.

Anahtar Kelimeler: GIST, laparoskopi, postoperatif ağrı



GIST 1



GIST 2

PB-82

MİDEDE GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Özhan Albayrak, Hasan Ökmen, Zeynep Deniz Şahin, Oğuzhan Tekin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Gastrointestinal stromal tümörler (GIST) gastrointestinal sistemin (GİS) peristaltizmini düzenleyen interstisyel Cajal hücrelerinden köken alan malignitelerdir ve GİS'in en sık görülen mezenchimal tümörleridir. GİS'te her yerde bulunabilmekle birlikte en sık midede (%50) görülürler. Laparoskopik ve açık cerrahinin onkolojik sonuçları benzerdir. Ancak laparoskopik operasyonlar sonrası hastanın hospitalizasyon süresi daha kısa, mobilizasyonu daha erken, post op ağrısı daha az ve adhezyonları daha seyrek olmaktadır. Bu çalışmamızda midede GIST tespit edilen ve laparoskopik olarak opere edilen bir olgunun sunulması amaçlanmaktadır.

Olgu: Karın ağrısı şikayeti olan 40 yaşında kadın hastanın yapılan gastroskopiinde mide büyük kurvaturda submukozal 5x5 cm boyutunda kitle görüldü. Hastanın batin tomografisi çekildi. Mide korpus posteriorunda lümen içine protrüde olduğu düşünülen, aksiyel planda 60x36 mm boyutlu, solid, heterojen kontrastlanan nodüler lezyon görüldü. Hastaya endoskopik ultrasonografi (EUS) planlandı. Mide büyük kurvatur tarafında submukozal yerleşimli, yaklaşık 48x40 mm boyutlarında, solid, izoekoik, kitlesel lezyon izlendi (GIST?). EUS biyopsi iğnesi kullanılarak biyopsi alınmak istendi ancak kitlenin çok sert ve mobil olmasından dolayı biyopsi alınamadı. Hastaya operasyon planlandı. Kitle laparoskopik wedge rezeksiyon yapılarak bütün olarak çıkarıldı. Hastanın takiplerinde postoperatif 3. gün orali su ile açıldı ve kademeli olarak artırıldı. Postoperatif 5. gün hastanın dreni alındı. Hasta postoperatif 6. gün taburcu edildi. Kitlenin patolojisi GIST olarak rapor edildi. Medikal onkoloji bölümüne

PB-83

ÖZOFAGUSTA DEV FİBROVASKÜLER POLİP

Özgür Seğmen, Hasan Bektaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Özofagusun fibrovasküler polipleri tüm gastrointestinal sistem neoplazilerinin %1'den azını oluşturan nadir lezyonlardır. Daima benign olmakla birlikte yutma güçlüğü ve boğazda kitle hissi gibi semptomlar verebilmekte, asfiksiye dahi sebep olabilmektedir. Tedavisi kitlenin cerrahi ya da endoskopik olarak eksizyonudur. Bu çalışmada özofagusta fibrovasküler poliple başvuran bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 55 yaşında erkek hasta, yutkunma sırasında takılma hissi ve ağza gelen kitle şikayetleriyle başvurdu. Yapılan endoskopide özofagus lümeni boyunca uzanan, üzeri mukoza ile kaplı, pedinküllü kitle saptandı. Endoskopik ultrasonografide (EUS) hipoekojen, submukozal lezyon izlendi. Bilgisayarlı tomografide (BT) kitlenin yağ dansitesinde olduğu ve çevre dokulara invazyon yapmadığı görüldü. Özofagus lipomu olarak değerlendirilen kitle için cerrahi eksizyona karar verildi.

Genel anestezi altında sol servikal insizyonla özofagotomi yapılmasını takiben 12 cm uzunluğundaki kitle uç kısmından tutularak dışarı alındı. Pedinkülü bağlanarak kesildi. Özofagus duvarı primer onarıldı ve bir adet hemovak dren yerleştirildi.

Postoperatif üçüncü gün ağızdan su başlanan, beşinci günden itibaren yumuşak kıvamlı gıda verilen hasta postop yedinci günde dreni çekilerek komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Patolojik inceleme sonucu stroması yağ dokusundan zengin, belirgin vasküler komponentin eşlik ettiği dev fibrovasküler polip olarak raporlandı. Eksizyon materyalinde malignite bulgusuna rastlanmadı.

Tartışma: Özofagusun fibrovasküler polipleri son derece nadir görülür. Genellikle üst özofageal sfinkter düzeyinden köken alan, yağ ve fibröz dokudan zengin submukozal kitlelerdir. En sık başvuru semptomları disfaji ve kitle regürjitasyonu olup literatürde özofagus poliplerine bağlı fatal asfiksi olguları da bildirilmiştir. Gerek hasta konforunun sağlanması, gerek ciddi komplikasyonların önlenmesi için 5 cm'den büyük kitlelerin eksizyonu önerilmektedir. Kitlenin yerleşim yerine ve boyutlarına bağlı olarak endoskopik, servikal veya torakal yaklaşım tercih edilebilir. Fibrovasküler polipler daima benign olduğundan özofagus rezeksiyonuna gerek yoktur. Eksizyon sonrası sonuçlar yüz güldürücüdür. Komplikasyon oranları oldukça düşük olup hastanın semptomları işlem sonrası hemen ve tamamen kaybolur.

Anahtar Kelimeler: endoskopi, fibrovasküler polip, lipom, özofagotomi, özofagus



Eksize edilmiş polip



Endoskopik görünüm

PB-84

LAPAROSCOPIC RESECTION OF ESOPHAGEAL DIVERTICULUM FOLLOWED BY LAP CARDIOMYOTOMY AND LAP TOUPET

Maher Hussein

American University Of Beirut Medical Center

Aims: Esophageal diverticulum is a rare clinical presentation due to Motility dysfunction and high pressure at the distal esophagus.

Methods: 55-year-old lady presented to the American University of Beirut Medical Center with severe dysphagia and chronic cough. Investigational studies revealed large distal esophageal diverticulum measuring 7x5 cm. Patient underwent Lap resection of esophageal diverticulum followed by Lap cardiomyotomy and anti reflux Toupet.

Results: Patient had smooth postoperative course and discharged from hospital 7 days later.

Conclusion: The video will demonstrate clearly the steps used to complete the procedure.

Anahtar Kelimeler: diverticulum, lap cardiomyotomy, lap toupet, diverticulum

PB-85

PEPTİK ÜLSERE BAĞLI MİDE ÇIKIŞ YOLU OBSTRÜKSİYONLARINDA LAPAROSKOPİK GASTROENTEROSTOMİ VE BİLATERAL TRUNKAL VAGOTOMİ

Bahtiyar Muhammedoğlu, Sezgin Topuz, Mehmet Eyyüp Pircanoğlu, Onur Peker

kahramanmaraş necip fazıl şehir hastanesi

Amaç: Peptik ülser (PÜ) bağlı mide çıkış yolu obstrüksiyonu bulgularıyla başvuran hastalarda gerekli preoperatif ön hazırlık sonrası Laparoskopik Gastroenterostomi (GE) ve Bilateral Trunkal Vagotomi (BTV) uygulamasının sonuçları değerlendirildi.

Metod: Bu çalışmada Necip Fazıl Şehir Hastanesinde, Genel Cerrahi Kliniğinde, 2015-2016 yılları arasında yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde PÜ'e bağlı mide çıkış yolu obstrüksiyonu tespit edilen ve medikal tedavi ile klinik bulguları gerilemeyip laparoskopik GE ve BTV uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Olgular 34 ile 77 yaş arasında olup 5'i erkek 1'i kadındı. Tüm hastaların temel tetkikleri (karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, hemogram) değerlendirildi. Çalışma dahilindeki bütün hastalar abdominal ultrasonografi, Bilgisayarlı tomografi, pasaj grafisi ve üst gastrointestinal sistem endoskopisi ile incelendi. Mide çıkışı tam tıkalı veya medikal tedaviye rağmen obstrüksiyon bulguları devam eden hastalara cerrahi tedavi uygulandı. Oral alımı kapatılarak 4-6 gün nazogastrik sonda ile mide dekompresyonu ve total parenteral nütrisyon destek (TPN) sonrası cerrahi tedavi uygulandı. Hastaların hastanede kalış süresi, komplikasyonları, görüntüleme yöntemlerinin kullanma sıklığı ve erken sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Peptik ülserle bağlı mide çıkışı obstrükte hastaların oral alımı kapatılarak yüksek dozda Proton pompa inhibitörleri (PPI) verilmesi ve TPN desteğini takiben 4-6 gün sonrası uygulanan laparoskopik GE sırasında mide duvarının atonik ve ödemli olmadığı tespit edildi. Mevcut bulguların postoperatif dönemde mide boşalma gücünü ve gastroenterostomi anastomoz kaçacağını önlediği kanaatindeyiz. Tedavi uygulanan hastalarda mortalite saptanmadı. Hastaların 5'inde (%83,3) cerrahi tedavi laparoskopik tamamlandı 1'inde proksimal jejunumda çok sayıda stromal tümöre uyumlu lezyonların tespit edilmesiyle açık ameliyata geçildi. Postoperatif dönemde mide boşalma gücünün, anastomoz kaçığı ve yara yeri enfeksiyonu gelişmedi. Ayrıca tüm hastalarda laparoskopik cerrahinin avantajları gözlemlendi. Hastaların ortalama hastanede yatış süreleri 5,7 (6-12) gün olarak hesaplandı.

Sonuç: PU bağlı mide çıkışı obstrüksiyonlarında 4-6 gün oral alımı kapatılarak TPN desteği sonrası laparoskopik GE ve BTV uygulanan hastaların takibinde komplikasyon gelişmemiştir. Laparoskopik cerrahinin tüm avantajları mevcut olup mide boşalma gücünün ve anastomoz kaçığı saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Peptik ülser, Laparoskopik, Gastroenterostomi, Vagotomi, Stenoz

PB-86

LAPAROSKOPIK SUBTOTAL GASTREKTOMİ**Aydın Hakan Küpeli, Bahtiyar Muhammedoğlu, Sezgin Topuz, Süleyman Kökdaş, Erkan Uysal***Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kahramanmaraş*

58 yaşında erkek hasta karın ağrısı, kilo kaybı yakınması ile başvurdu. Yapılan Batın USG, Batın BT ve Endoskopi sonucunda Mide Ca tanısı ile yatırıldı. Hastaya onkoloji konsültasyonu yapılarak operasyon kararı alındı. Hastaya laparoskopik subtotal gastrektomi operasyonu uygulandı. Hasta PO10. gün şifa ile taburcu edildi. Laparoskopik cerrahi, üst gis patolojilerinde güvenle kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: gastrointestinal, laparoskopik, mide**SOLİD ORGAN CERRAHİSİ**

PB-87

NADİR GÖRÜLEN BENİNG BİR TÜMÖR-SPLENİK DAMAR HAMARTOMU**Turan Acar, Nihan Acar, Osman Nuri Dilek***İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir*

Amaç: Başlıca benign dalak tümörleri kist, hemenajiom ve hamartomlardır. Bunlardan hamartomlar asemptomatik olup, nadir görülürler. Kırmızı pulpayı içeren bir tümördür. Farklı boyutlarda olabilirler. Genellikle yaşlı popülasyonda görülmekle birlikte, her yaş grubunda rastlanabilir. Farklı morfolojik varyasyonlar olabileceğinden, tanı koymak zordur. Bizde Brucella tedavisi esnasında insidental dalakta kitleye rastlanan hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu: Elli sekiz yaşında erkek hasta, dalakta kitle nedeniyle dış merkezden hastanemize sevk edilmiş. Dış merkezde Brucella nedeniyle tedavi başlanmış. Bilinen ek hastalığı ve geçirilmiş operasyonu yok. Fizik batin muayenesi rahat, defans, rebound yok. Yapılan batin ultrasonografisinde; dalak parakiminde 6x7 cm lik, solid vasıfta, kitlesi mevcut. Çekilen batin manyetik rezonansda da bu yönde bulgular mevcut. Tümör markerları normal. Bunun üzerine hasta operasyona alındı. Laparoskopik splenektomi yapıldı. Ektopik tiroid dokusu eksize edildi ve sol lobektomi yapıldı. Histopatolojik ve immunohistokimyasal tanısı "Splenik Hamartom" ile uyumlu olarak raporlandı.

Sonuç: Dalak hamartomlarını radyolojik olarak malign kitlelerden ayırt etmek zordur. Bu nedenle, şüphe halinde, histolojik tanıyı doğrulamak adına, güvenli bir laparoskopik splenektomi endikedir.

Anahtar Kelimeler: Dalak, hamartom, laparoskopik, splenektomi.

PB-88

LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ DENEYİMİMİZ**Yasin Peker, Haldun Kar, Halis Bağ, Necat Cin, Evren Durak, Hüdaı Genç, Fatma Tatar***İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği*

Dalak hastalıklarının tedavisinde cerrahi tedavi sık uygulanır. Laparoskopik cerrahideki deneyimin artması ve teknolojiye gelişmeler laparoskopik splenektomiye (LS) olanak sağlamıştır. Birimimizde uygulanan elektif laparoskopik splenektomi ameliyatlarını sunmayı amaçladık.

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği C Biriminde Eylül 2002-Aralık 2016 tarihleri arasında opere edilen 24 olguda; demografik özellikleri, preoperatif tanı, yapılan operasyon, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri değerlendirildi.

Yaş ortalaması 38,5 (17-66) olan hastaların 14 (%58,3)'ü kadın, 10 (%41,7)'u ise erkekti. İdiyopatik trombositopenik purpura 11, dalakta kitle 6, herediter sfreositoz 2, hemolitik anemi 3, antifosfolipid sendromu 1, lenfoma 1 hastamızda mevcuttu. Olgularımıza laparoskopik splenektomi planladık. Kontrol edilemeyen kanama, diseksiyon zorluğu ve teknik ne-

denlerden dolayı 7 (%29,1) olguda konversiyon uygulandı. Bir hastamızda diseksiyon sırasında incebağırsak perforasyonu gelişti. Laparotomi ile primer onarıldı. Herediter sfreositozlu iki hastamıza ise eş zamanlı laparoskopik kolesistektomi ve birine ek olarak aksesuar dalak extirpasyonu da yapıldı. Postoperatif dönemde bir hastamızda batin içi kanama nedeni ile laparotomi yapıldı. Kanama odağı bulunarak hemostaz sağlandı. Operatif mortalite gelişmedi. Postoperatif yatış süresi 3,9 (2-7) gündü.

Elektif splenektomi çok sık yapılan bir ameliyat olmamasına rağmen laparoskopik cerrahi, elektif dalak ameliyatlarında da rahatlıkla uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Splenektomi, laparoskopik, cerrahi

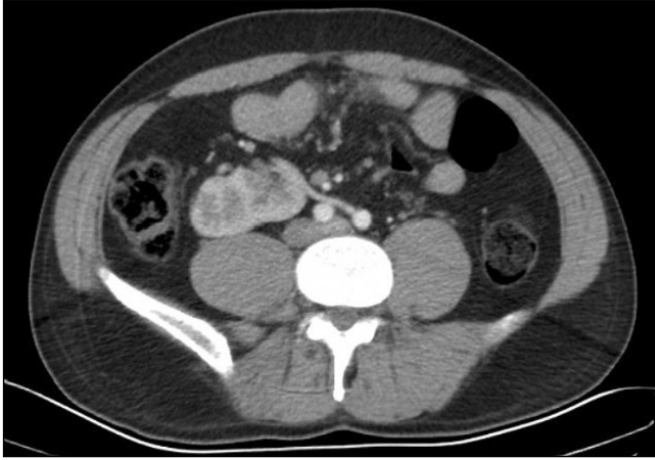
PB-89

FEOKROMOSİTOMA 'DA LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ: PELVİK YERLEŞİMLİ BÖBREK LAPAROSKOPİDE SORUN OLUŞTURUR MU?**Bekir Sarder Aksoy, Akgün Çelik, Ahmet Muzaffer Er, Doğan Gönüllü, Ferda Nihat Köksoy, Samed Sayar***Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Taşikardi ve hipertansiyon atakları ile başvuran ve sağ sürrenalde 4-5 cm'lik adenom ön tanısı alan feokromositoma olgusunun takdimidir. Bu hastalar için, laparoskopik adrenaletomi modern bir tedavi seçeneğidir. Bu vakada, sağ böbreğin pelvik yerleşimli olduğu preoperatif olarak saptandı. (Şekil 1-BT bulguları). Transabdominal yaklaşımla laparoskopik sağ adrenaletomi yapıldı. En önemli anatomik belirleyicilerden biri olan böbreğin, pelvik yerleşimli olması, peroperatif adrenal bezin lokalize edilmesinde problem oluşturabilmektedir. Bu durumlarda, adrenal bezi ve adenomu lokalize etmek amacıyla peroperatif ultrason kullanılabilir. Bu vakada, adenomun 4-5 cm'lik boyutu nedeniyle sorun yaşamadan sürrenalde ulaşılarak ameliyat tamamlanmıştır. Hasta post operatif dönemde tansiyon değerleri normal sınırlarda ölçülerek 2. gün eksterne edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: feokromositoma, pelvik/ektopik böbrek, adrenal adenom, laparoskopik adrenaletomi.

Şekil 1-BT görüntüsü
Sağ sürrenal adenom



Şekil 2-BT görüntüsü
Pelvik yerleşimli sağ böbrek

TANISAL LAPAROSKOPİ

PB-90

PENETRAN SOL TORAKOABDOMİNAL YARALANMALARDA TANISAL LAPAROSKOPİ DENEYİMİMİZ: 5 YILLIK RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Hasan Ökmen, Fatih Dal, Önder Akkuş, Meltem Küçükyılmaz, Güngör Üzümlü, Turgay Erginel, Serkan Sarı

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Penetran diyafragma yaralanmaları erken dönemde teşhisi güç yaralanmalardır. Bu yaralanmalarda tanisal laparoskopinin önemini belirlemek üzere kliniğimizin son deneyimlerini gözden geçirdik

Gereç-yöntem: Hastanemizde Mayıs 2012 ile Ekim 2016 yılları arasında penetran sol torakoabdominal yaralanma nedeniyle tanisal laparoskopi yapılan 19 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastaların yaşı, cinsiyeti, yaralanmanın mekanizması, operasyon öncesi radyolojik incelemeleri, ameliyat zamanlamaları, diyafragma yaralanma oranı, ameliyat süreleri, eşlik eden organ yaralanmaları, hastanede kalış süreleri, mortalite ve morbidite oranları ve nedenleri değerlendirildi

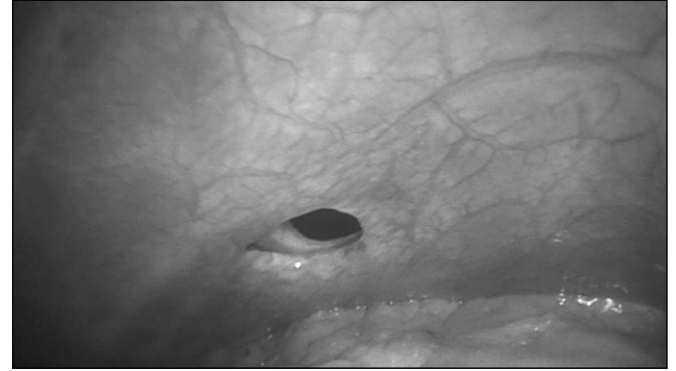
Bulgular: Tanisal laparoskopi yapılan hastaların tamamı hemodinamik açıdan stabildi. Hastaların 19'u da erkekti. Yaş ortalamaları 29,7 (17-46) idi. Hepsisi delici kesici alet yaralanması (dkay) idi. 19 hastaya da ameliyat öncesi akciğer grafisi ve bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmişti ve sadece 1 (%5,2)'inin tomografi incelemesinde diyafragma yaralanması saptanmıştı. 12 (%63,2) hastada hemopnöromediastinum mevcuttu ve tüp torakostomi uygulandı, 7 (%36,8)'sinde yoktu. 8 (%42,1) hastaya ilk 12 saat içerisinde, 11 (%57,8) hastaya ise başvurudan 24 saat sonra tanisal laparoskopi yapılmıştı. 11 (%57,8) hastada diyafragma yaralanması saptandı ve bunların 3'ünde eşlik eden organ (2 hastada dalak 1 hastada perikard) yaralanması mevcuttu, diyafragma rüptürleri 2/0 emilemeyen sütürler ile onarılmıştı. 8 (%42,2) hastada diyafragma yaralanması yoktu fakat bunların 3'ünde batin içi organ yaralanması (Kolon, ince bağırsak, dalak) saptandı. Ortalama ameliyat süresi 70,2 dakika olarak hesaplandı. Hastanede kalma süresi ortalama 5,2 gündü. Hastaların hiçbirinde cerrahiye bağlı erken dönem komplikasyon, morbidite ve mortalite gelişmemişti.

Tartışma: Murray ve ark. çalışmalarında penetran sol torakoabdominal yaralanma nedeniyle tanisal laparoskopi yapılan 110 hastanın %24'ünde diyafragma yaralanması tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise diyafragma yaralanma oranı daha yüksek saptandı (19 hastanın 11'inde). İlhan M ve arkadaşlarının yaptığı çalışma diyafragma yaralanmalarının saptanması için BT'nin %80'lik bir duyarlılığa sahip olduğunu ortaya koymuştur. Bizim çalışmamızda ise diyafragma yaralanması olan 11 hastanın sadece 1 (%10)'ünde erken dönemde BT ile diyafragma yaralanması saptanabilmiştir. Bunu da hastaların konvansiyonel BT (0,5 cm'lik kesit) ile değerlendirilmesiyle açıklayabiliriz. Bu tür hastaların daha

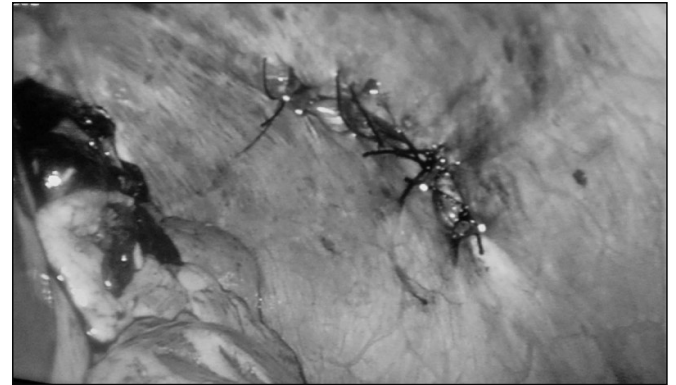
ince kesitli BT (0,1 cm'lik kesit) ile değerlendirilmesinin daha uygun olacağı düşüncesindeyiz.

Sonuç: Penetran sol torakoabdominal yaralanmalar diyafragmada küçük çaplı rüptürlere neden olduğundan radyolojik görüntülemeler ile erken dönemde saptanması güçtür. Bu nedenle tanisal laparoskopi düşük mortalite ve morbidite oranı ile diyafragma yaralanmasının tespitinde ve onarılmasında, batin içi organ yaralanmasının saptanmasında, gereksiz laparotominin engellenmesinde büyük öneme sahiptir.

Anahtar Kelimeler: Diyafragma Rüptürü, Sol Torakoabdominal Yaralanma, Tanisal Laparoskopi



Resim 1. Diyafragma rüptürü laparoskopik görünümü



Resim 2. Onarılmış diyafragma rüptürü laparoskopik görünümü

PB-91

SUBİLEUSTA DİAGNOSTİK LAPAROSKOPİNİN YERİ: TIKAYICI PRİMER İNCE BARSAK LENFOMASI OLGU SUNUMU

Murat Akıcı, Sezgin Yılmaz, Ogün Erşen, Emre Ballı, Mümtaz Erakin, Serkan Ademoğlu, Yüksel Arıkan

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Giriş: İnce barsağın primer maligniteleri tüm gastrointestinal sistem maligniteleri arasında %1 oranda yer almaktadır. Bunların %35-50'si adenokarsinom, %20'si karsinoid tümör, %10-15'i stromal tümör, %10'u ise lenfomalardır. Gastrointestinal sistem primer lenfomaları en sık midede lokalize olmaları ile birlikte nadiren İnce barsak lenfomaları da görülmektedir. İnce barsakta lenfoid dokunun en çok yer aldığı ileumda yerleşme eğilimindedirler ve en sık olarak kısmi barsak tıkanıklığı ile bulgu verirler. Vakamızda atipik olarak jejunal tutulum gözlenmekteydi ve literatür ile uyumlu olarak hasta 1 aydır mevcut subileus tablosu tariflemekte idi. Tüm gis maligniteleri arasında %0,1 oranla görülen primer ince barsak lenfoması mevcut olan ve subileus kliniğindeki bir hastaya laparoskopik yaklaşımı aktarmak istiyoruz.

Olgu: 55 yaşındaki bayan hasta 2 haftadır üçüncü kez acil servise başvurusunda kliniğimize danışıldı. Son 1 aydır mevcut distansiyon ya-

kınmaları olan hasta 2 haftadır bulantı kusma ve iştahsızlık tarifliyordu. Geçirilmiş operasyonu veya yandaş hastalık öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde distansiyon dışında ek bulgu yoktu ve laboratuvar değerleri 13000 lökositöz dışında normal sınırlardaydı. Hastaya nazogastrik dekompresyon uygulandı ve intestinal içerik geldiği görüldü. Ayakta batin grafisinde ince barsağa ait hava sıvı seviyeleri olan hastaya kontrastlı batin tomografisi çekildi ve jejunum düzeyinde geçiş zone olan mekanik intestinal obstrüksiyon bulguları izlendi.

Hastanın subileus tablosunda oluşu ve tomografik bakıda tıkanıklığın proksimal jejunal anslarda olması nedeniyle hastaya laparoskopik bakı planlandı. Göbek üzerinden 2 cm'lik kesiden girilen 10 mm'lik trokar aracılığı ile yapılan laparoskopide treitzden itibaren 140. cm'deki striktürel lezyona sekonder ileus gözlendi ve lümeni tama yakın olarak tıkamaktaydı. Lezyonun olduğu ince barsak mezenterinde kabalaşma gözlendi. Malignite ihtimaline karşın mezosu ile birlikte segmenter ince bağırsak rezeksiyonu yapıldı ve lineer stapler kullanılarak yan-yan anastomoz ile işleme son verildi. Hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi ve 4. günde oral açılarak 6. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu lenfoma olarak gelen hastada metastatik lenf nodu mevcut değildi. Tüm vücut taramalarında ek odak tespit edilmedi. Hasta onkolojide takiplerini sürdürmekte postoperatif sağ ve sağlıklıdır.

Sonuç: Bu atipik ileus olgusu laparotomiye ihtiyaç duymadan ince barsak lenfomalarında lokalize tutulum mevcudiyetinde mezenter ile birlikte segmenter rezeksiyon tedavi için küratif olabilmektedir. Bu rezeksiyon özellikle proksimal jejunal tutulumlarda distansiyon şiddetli olmadığı için laparoskopik olarak basit bir şekilde yapılabilir. Yaygın tutulumlarda ise cerrahi planlamadan önce kemoterapi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: İleus, lenfoma, ince barsak

Rezeksiyon materyali



Daralmış lümen

Rezeksiyon materyali



Rezeksiyon materyalinde jejunumdaki lezyon

PB-92

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA NADİR RASTLANAN GÖRÜNTÜ: ABDOMİNAL TÜBERKÜLOZ

Serkan Karasıllı, Halis Bağ, Yasin Peker, Necat Cin, Fatma Tatar

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç: Tüberküloz, Mycobacterium tuberculosis'in damlacık yoluyla alınması ile en sık akciğerlerde ortaya çıkar. Sosyokültürel düzeyi düşük ülkelerde insidansı hala yüksektir. Gelişmiş ülkelerde ise HIV'e sekonder immün yetmezlik ve göçmenler nedeniyle insidansında son yıllarda artış görülmektedir. Biz bu yazımızda, pulmoner tüberküloz (PT) öyküsü olan ve laparoskopik kolesistektomi sırasında alınan biyopsi ile abdominal tüberküloz (AT) tanısı konan hastayı sunmayı amaçladık.

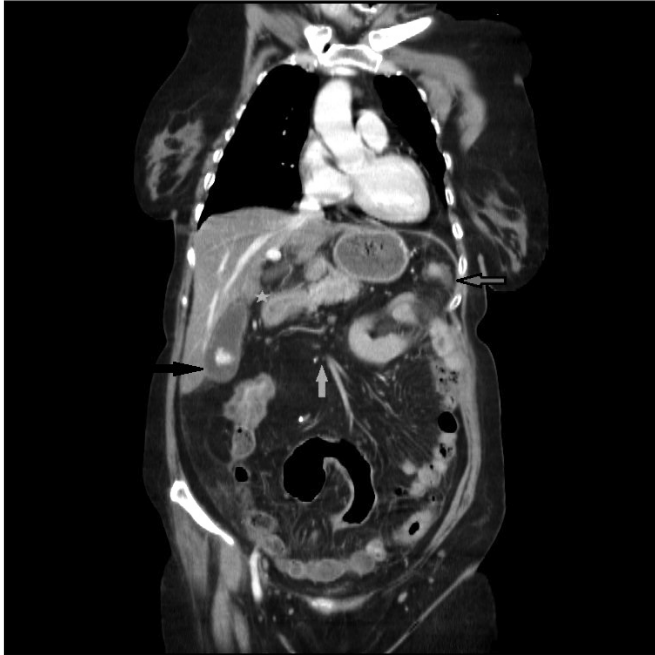
Olgu: 66 yaşında kadın hasta, karın ağrısı ve kabızlık nedeniyle genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Öyküsünde 28 yıl önce PT nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Herhangi bir immün yetmezlik öyküsü veya predispozan faktörü yoktu. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. CA-125 yüksekliği dışında laboratuvar parametreleri olağandı. Dış merkez batin ultrasonografisi (USG) safra kesesi taşı ve hepatik köşede kolonik duvar kalınlaşması ile uyumluydu. Yapılan kontrastlı batin tomografisinin (BT) 'Hepatik fleksura düzeyinde kolon duvarı kalınlaşması, omentum içerisinde milimetrik nodüller ve batin içi minimal serbest mayı (Resim-1)' şeklinde yorumlanması üzerine kolon malignitesi + peritonitis karsinomatoza şüphesi ile kolonoskopi planlandı. Kolonoskopide hepatik fleksurada darlık ve ülserasyon görüldü. Patoloji sonucu granulamatöz kolit olarak geldi. Gastroskopi olağandı. PT taraması negatifti. Hastaya laparoskopik kolesistektomi+implant biyopsisi planlandı. Eksplozasyonda batin içinde tüm serozal yüzeylerde yaygın implantlar görüldü (Resim-2,3). Hastanın detaylı öyküsü, malignite taramaları bildirildiği ve implantların safra kesesi üzerinde de bulunması nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Hasta ameliyat sonrası 2. gün şifa ile

taburcu edildi. Hasta taburculuk sonrası göğüs hastalıkları polikliniğine yönlendirildi. Patoloji sonucu kronik taşlı kolesistit+granülatöz peritonit olarak raporlandı. Alınan doku örneğinde Ziehl-Neelsen boyama pozitif saptandı. Hastanın altı aylık takibinde cerrahi komplikasyon izlenmedi, AT tedavisinin ise devam etmekte olduğu öğrenildi.

Tartışma-sonuç: Tüberkülozda akciğer dışında en sık altıncı tutulan yer abdomendir. Tüm tüberküloz vakalarının %4,9'udur. AT, %5–36 arasında PT ile birlikte görülür. En sık yakınma ve bulgular; karın ağrısı, asid ve kilo kaybıdır. AT izole olarak bulunduğu tanıyı oldukça güçtür. Belirgin bulgu vermeyebilir ya da diğer abdominal patolojileri taklit edebilir. Chron, kolorektal kanser, sarkom ve periappendiküler apse kliniğini taklit edebilir. Özellikle Chron hastalığını taklit etmesi tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Sunulan olguda da AT, kolonoskopik olarak Chron, laparoskopik olarak malign tümörün peritoneal metastazına benzer görünümüne sahipti. Abdominal USG ve kontrastlı BT'nin tanıda yüksek duyarlılığı olduğu literatürde raporlanmıştır. Tanının kesinleşmesi için doku biyopsisi önerilmektedir. Ancak klinik, radyolojik ve histolojik olarak AT şüpheli olgularda, uzun süren kültür süreci beklenmeden tedaviye başlanması önerilmektedir.

Tüberküloz ya da immun yetmezlik öyküsü olan; klinik ve radyolojik olarak AT şüphesi olan olgularda tanısal amaçlı biyopsi ve kültür alınmalıdır. Kültür sonucu beklenmeden tüberküloz tedavisine başlanmalıdır. Özellikle riskli gruplarda yapılacak taramalar ve aşılama programlarının denetlenmesinin tüberküloz kontrolünün sağlanmasında etkili olacağı kanaatindeyiz.

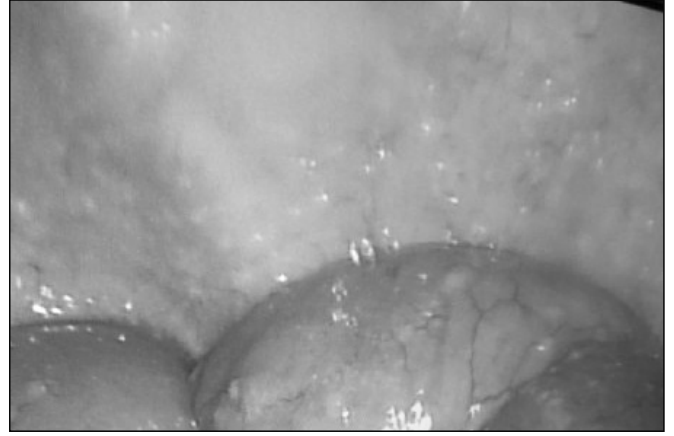
Anahtar Kelimeler: granülatöz, laparoskopik, tüberküloz



Resim 1. Siyah ok: safra kesesi taşı, kırmızı ok: perisplenik serbest mayı, mavi ok: multipl nodüller, yıldız: hepatik köşeye uyan alanda kalınlaşmış kolon duvarı



Resim 2. Karaciğer sağ lobu ve subdiyafragmatik alandaki multipl tüberküloz nodülleri



Resim 3. İnce bağırsak ve mezenteri üzerinde peritonitis karsinamatozadine benzer tüberküloz implantları

PB-93

ABDOMİNAL VEREME ŞÜBHE OLAN XESTELERDE DİAGNOSTİK LAPAROSKOPIYANIN EHEMİYETİ

Ruslan Aydinoglu Mammadov, Elvin Mahiroglu Isazade, Nuru Yusifoglu Bayramov, Saday Agalaroglu Aliyev

Azerbaijan Medical University, department of surgical diseases# 1, Baku

Son illerin epidemioloji ve statistik tedqiqatları inkişaf etmiş ölkelerde verem xesteliyinin ve diger oppotunistik infeksiyaların (HIV-Human İmmun deficiency virus, CMV, EBV ve s.) geniş yayılmasını gösterir. Bu veziyete tesir eden esas amillerden biri bütün dünyada baş veren demoqrafik prosesler ve ehalinin aşağı sosial-iqtisadi statusudur. Ümumdünya Sehiyye Teşkilatının (ÜDST) 2011-ci ile olan melumatına göre veremle xestelenme dünya ehalisinin 1/3-ni teşkil edir ve infeksiyon xesteliklerden ölümün sebepleri arasında 2-ci yeri tutur.

Tedqiqatın meqsedi: Abdominal verem zamanı optimal diaqnostika alqoritmının seçilmesi.

Son 5 il erzinde (2013–2017) ATU-nun Tedris Cerrahiyye klinikasında Transplantologiya şöbesinde 5 xestede abdominal verem aşkar edilmişdir.

İlkin klinik-laborator müayinelerle sebebi bilinmeyen assitli xestelerde ikipilleli diaqnostik yanaşma tetbiq edilmişdir. Birinci pilledə kardioloji, renal ve qaraciyer menşeli assit arasında, ikinci pilledə ise şiş ve verem arasında differensiasiya müayineleri yerine yetirilmişdir.

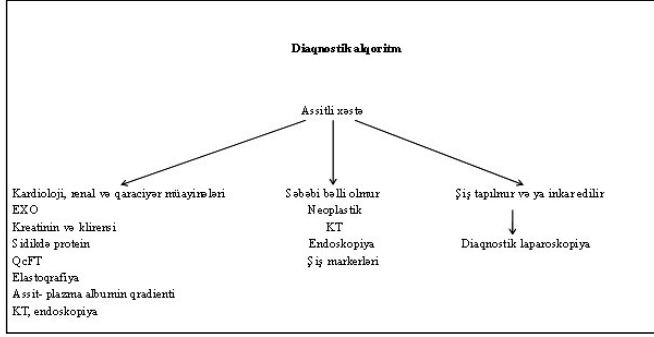
Ürek böyrek ve qaraciyer menşeli assitler inkar olunduqdan sonra neoplastik ve verem prosesleri arasında differensiasiya pillisine başlanılmışdır. Bu meqsedle ilk növbədə KT, endoskopiya ve şiş markerleri (CEA, CA-19-9, CA-125) yoxlanılmışdır. KT-de piylik ve peritonda töremeleri olan, lakin gastro-kolonoskopiya da töreme tapılmayan xestelerde markerler de neqativ olduqda vereme yüksek şübhe yaranmışdır. Bele halda son diaqnostik vasitə kimi diaqnostik laparoskopiya edilərək periton ve piylikdən biopsiya alınmışdır.

Patohistoloji müayineler neticesində bütün xestelerde abdominal verem tesdiq olunmuş, biopiatda qıqant histiositar çoxnüveli Langhans hüceyreleri aşkar edilmişdir. Xesteye spesifik müalicə aparılmışdır. Müşahide altında olan xestelerde abdominal veremin cerrahi ağırlaşmaları qeyd olunmamışdır.

Klinik tecrübəmizə esasən diaqnozun qoyulmasında rutin müayinə kompleksində döş qefesinin ve qarın boşluğunun KT, şübhelı hallarda ise diaqnostik laparoskopiyanın istifadə olunmasının ve bu zaman alınmış biopsiya materiallarının patohistoloji tedqiqinin vacibliyi tövsiyyə olunur. Diaqnozun deqiqləşdirildiyi teqdirdə bütün xestelere verem elehine spesifik müalicə aparılmalı ve xesteliyin cerrahi ağırlaşmalarının profilaktikası meqsədilə xesteler dinamik nəzarət altına alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: diaqnostik laparoskopı, verem, assit

Diaqnostik alqoritm



Hasta tablosu

Qst?	Abdomen KT	Toraks KT	Qan analizləri
Q. İ.	Bağırsağ ilg?kP?ri?trafindav? çanaq boşluğunda?h?miyy?tli miqdarda s?rb?st maye diqq?t ç?kir. Yoğun bağırsağın qaraciy?r ?yriyinin divarları qalınlaşb. Abdominal piy toxumasının strukturu d?n?varidir. Periton s?hf?P?ri qeyri-b?rab?r qalınlaşmışdır.Müsariq? kökü qalınlaşmışdır, şişkin v? ödemlidir. Omentum düyünlü, şişkin v? ödemlidir, qalınlaşmışdır, infiltrasiyalıdır. Bununla birg? çekum ?trafi sah?l?rd? peritonda fokal qalınlaşmalar müşahid? olunur. Periton s?hf?l?rind? n?z?r? çarpan d?r?c?d?, qalınlaşma omentumda, periton s?thl?rind? v? mesenterik piy toxuması daxilind? 1sm-d?n kiçik çoxsaylı düyünl?r(Tbc?). Qarın v? çanaq boşluğunda cıb?şmış maye yığıntısı.	Solağciy?rin yuxarı payının linguar segmentind? v? aşağı payının superior segmentind? disk?killi atelektaz.	Hemoqram WBC-11.13 HGB-13.3 PLT-457 INR-1.07 Onkomarkerlər CEA-1.2 CA-19-9-6.7 İnfeksiyalar Hepatit B-0 Hepatit C-0.18
E.		Ağciy?r ş?kli kök?trafi sah?l?rd? v? aşağı paylarda güd?nib, ağciy?r kökl?ri s?rtPşib.	Hemoqram WBC-7 HGB-12.9 PLT-405 CRP-80.5 INR-1.22 İnfeksiyalar Hepatit B-0 Hepatit C-0.15
L.C.	M?d?nin antral hiss?sind? v? ç?nb?r bağırsağın qaraciy?r ?yriyind? patoloji divar qalınlaşması. Assit. Omentumda, periton s?thl?rind? v? mesenterik piy toxuması daxilind? 10mm-d?n kiçik çoxsaylı düyünl?r(Tbc?). Qarın kötüyü ?trafinda v? paraortik nahiy?d? böyüyü 12 mm ölçüsünd? böyümüş limfa düyünl?ri.	Divaralığında aortapulmonar p?nc?r?d?, subkarinal v? sağ hilar nahiy?d? böyüyü 10 mm ölçüsünd? limfa düyünl?ri. Sol hemitoraksda minimal pleval maye.	Hemoqram WBC-8.9 HGB-14.6 PLT-259 Onkomarkerlər CEA-1.06 CA19-9-11.7 İnfeksiyalar Hepatit B-0 Hepatit C-pozitiv
. F.	Assit. Periton s?thl?rind? n?z?r? çarpan d?r?c?d?, qalınlaşma v? omentumda 1sm-d?n kiçik çoxsaylı düyünl?r(daha çox Tbc düşünülür).	Sol ağciy?rin posterior-bazal segmentind? parenximal infiltrasiyalar v? asinar düyünl?r(Tbc düşünülür). Sol hemitoraksda minimal pleval maye.	Hemoqram WBC-6.2 HGB-14.7 PLT-238 Onkomarkerlər CA-19-9-2.8 CEA-1.66 İnfeksiyalar Hepatit B-0 Hepatit C-0.24

DİĞER

PB-94

KRONİK SAĞ ALT KADRAN KARIN AĞRISIYLA GELEN OLGUDA ELEKTİF LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ

Burak Güney, Deniz Tazeoğlu, Cüneyt Akyüz, Hasan Tok

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Sağ alt batin kadrainda meydana gelen kronik ağrı, nadir görülmeyen bir durumdur ve birçok ayırıcı tanıya sahiptir. Tarafımıza başvuran bir olgu ile kronik apandisit terminolojisini klinik seyir üzerinden ele almak istedik.

Olgu: Yaklaşık 2 aydır süren hafif karın ağrısı şikayeti olan 24 yaşındaki erkek hasta bu sürede birkaç kez acile gitmiş, semptomatik tedaviler

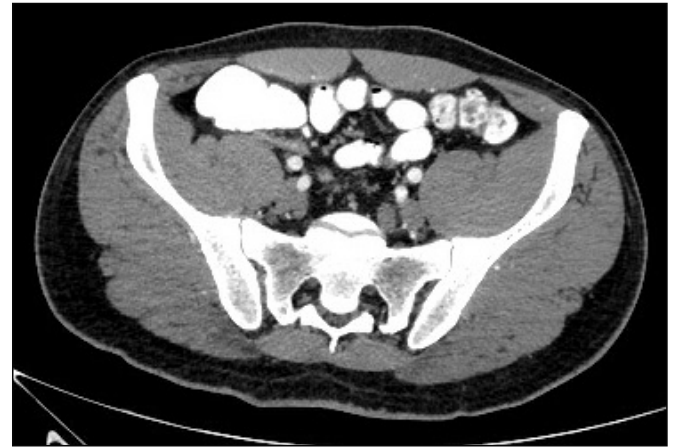
önerilmiş. Başladığından bu yana daha çok sağ alt kadrana lokalize olmaya başlayan ağrısının daha da artmasıyla tarafımıza başvuran hasta kan beyaz küre değeri $7,24 \cdot 10^3/uL$ ve CRP: 1,05 mg/dL ölçülmüş. Batın ultrasonografisinde (USG) sağ alt kadranda 5,7 mm kalınlığında, semikompresabl yapıda, kör sonlanma gösteren, peristaltizmi olmayan, subakut apandisitisi düşündüren ödemli alan tanımlandı. Ayakta direkt batın grafisinde seviye izlenmeyen hasta ağrı ve bulantı haricinde şikayet tariflemiyor. Fizik muayenede peritoneal iritasyon bulgusu vermeyen hasta izlem önerisiyle ayaktan takibe alınması sonrası, karın ağrısı nedeni tarafımıza ikinci başvurusunda USG'de 7,5 mm apendiks antero-posterior (AP) çapı tariflerken laboratuvar değerlerinde ve fizik muayenede patolojik özellik yine izlenmemekte. Çekilen kontrastlı batın tomografisinde apendiks AP çapı 7,5 mm tariflendi. Kontrol amaçlı geldiği 3. başvurusunda laboratuvar değerlerdeki normallik sürmekte ve USG'de 7 mm apendiks AP çapı mevcut. Karındaki minimal hassasiyeti de göz önünde bulundurularak hastaya tanısal amaçlı laparoskopi önerildi. Operasyonda batın içi serbest sıvı izlenmeyen ve hiperemik, duvarı kalınlaşmış gözlenen apendiks batın dışına alındı. Postoperatif dönemde sorun izlenmeyen hastanın patoloji raporunda, kesitlerinde fekaloid izlenen apandisit raporlandı.

Hasta ameliyat sonrası takibinde artık aynı ağrıyı duymadığını belirtmekte.

Tartışma: Kronik sağ alt kadrın karın ağrısı yaygın bir klinik durum olmasına rağmen tanı ve tedavisi halen tartışılmaktadır. Literatür bulgularına karşın kronik apandisitinden geçekten olup olmadığı ve kronik sağ alt kadrın karın ağrısını açıklayıp açıklayamayacağı tartışılmaya devam edilmektedir. Literatürde kronik apandisit varlığını bildiren çalışmaların çoğu küçük örneklem büyüklüğü ile sınırlıdır. Kronik sağ alt kadrın ağrısı ve histopatoloji arasında korelasyon bulunmadığını bildiren bir çalışmada 3 aydan fazla ağrısı olan 30 hastanın 26'sında laparoskopik apendektomi sonrası ağrı kaybolmuştur. Tanı konulmamış kronik sağ alt kadrın karın ağrısının apandisitten kaynaklanıp kaynaklanmadığını ve elektif laparoskopik apandektomi sonrasında rahatlayıp rahatlamayacağını araştıran bir çalışmada laparoskopik apandektomi uygulanan toplam 200 hastanın %88,8'inde kronik apandisit bulguları görülmüş ve patolojisi apandisit gelmeyen 20 olgu dahil toplamda 175 hastada ağrının geçtiği tariflenmiştir. Kronik apandisit, intraoperatif ve histopatolojik kanıtlara dayanan bir dışlama tanısıdır. Kronik sağ alt kadrın karın ağrısı ve sağ iliak fossa hassasiyeti olan, bununla birlikte USG'de normal bulguları saptanabilen hastalar, vermiform apandiksini kronik veya tekrarlayan inflamasyona sahiptir ve laparoskopik apandektomi böyle hastalarda tanısal ve terapötik anlamda iyi sonuçlar verebilen makul seçenektir.

Anahtar Kelimeler: ağrı, apandisit, apandektomi, kronik, laparoskopi

BT kesiti



Resim 1. Radyolojik verilerinin klinik açıdan desteklenmesi gerektiğini bildiren, apendiks için 6 mm AP çap belirten rapora sahip BT'den kesit

PB-95

SİTUS İNVERSUS TOTALİS OLGUSUNDA ERCP UYGULAMASI**Hakan Erpek, Pars Tunçyürek**

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Aydın

Amaç: Situs inversus totalis (SİT) karın ve göğüs boşluğu içindeki organların ayna görüntüsü gibi yer değiştiği nadir bir konjenital durumdur. Safra kanalına taş düşen bir SİT hastasında ERCP yöntemi ile koledokun temizlenmesi ilk seçenektir. Normal olgulara kıyasla teknik zorluğu daha fazla olan SİT olgusunda ERCP işlemindeki farklılıklar ve zorluklar bir hastalık olgu ile sunulacaktır

Hasta: 27 yaşında önceden SİT olduğu bilinen bir bayan hasta 2. basamak bir hastanede safra kesesi ve koledokta taş saptanarak ve tıkanma sarılığı ve bulguları ile başvurdu. Total/Direkt bilirubin düzeyi 3,6/2,7 mg/dl olan olgunun US ve MRCP bulguları safra kesesi ve koledokta taş olduğunu rapor etmesi üzerine ERCP kararı alındı.

Yöntem: İşlem sırasında Pentax ED3490TK model duodenoskop kullanıldı. Standart pozisyonda olduğu gibi sol semi pron pozisyonda hasta masaya sabitlendi. Monitör hastanın baş tarafında ve endoskopist işlem masasının sağ yanına hastayı soluna alacak şekilde yerleşti. Duodenoskop ile mideye girildikten sonra 180 derece endoskopist sola dönüş yaparak monitörü arkasına ve hastayı sağ yanına aldığı anda pilor görülüp geçilebildi (Resim 1). Papillayı uygun pozisyonda karşısına alıp kanülasyon yapabilmek için de 90 derece öne eğilmesi gerekti (Resim 2).

Bulgular: ERCP işlemi sırasında çekilen kolanjiografide koledok hafif geniş ve distalde opasiteler saptandı. Endoskopik sfinkterotomi sırasında 2 adet taş gelişti. Taş çıkarma balonu ile başka gelen olmadı.

Sonuç: Ertesi gün işleme bağlı olarak asemptomatik hiperamylazemi ve bilirubin seviyelerinde düşme görülmesi üzerine 10 gün sonra kolesistektomi için hasta çağrılacak şekilde taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: ERCP, Situs inversus totalis, koledok taşı

Mide içinde 180 derece rotasyon pozisyonu

Mide içinde piloru bulmak için gerekli pozisyon değişimi

Papilla kanülasyon pozisyonu

Papillanın uygun pozisyona alarak kanülasyonu sırasındaki pozisyon

PB-96

LAPAROSKOPİK CERRAHİ SİMÜLASYONLARINDA ÖĞRENME DÜZEYİNİN ELEKTROENSEFALOGRAFI SİNYAL ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**Fuat Ücrak¹, Alpay Özcan², Mehmet Emin Aksoy³, Buğrahan Bayram², Buhrettin Atas⁴, Burcu Erkmen¹**¹Yıldız Teknik Üniversitesi, Elektronik Anabilim Dalı, İstanbul²Acibadem Üniversitesi, Tıp Mühendisliği Anabilim Dalı, İstanbul³Acibadem Üniversitesi, Biyomedikal Cihaz Teknolojileri Programı, İstanbul⁴Acibadem Üniversitesi, Klinik Simülasyon Merkezi, İstanbul

Amaç: Laparoskopik cerrahi işlemler açık cerrahi yöntemlerinden ayrı ve üstün bir psikomotor beceri gerektirmektedirler

[1] Beceri düzeyinin niceliksel belirlenmesi zor olmakla birlikte, yeni beceri öğrenimin ölçülmesinde elektroensefalografi (EEG) kullanımı

[2] laparoskopik cerrahi simülasyon (LCS)

[3, 4] kullanıcılarının kalıcı performansının belirlenmesi için yansız bir ölçüt oluşturma potansiyeline sahiptir. Bu amaç doğrultusunda, bu ön çalışmada LCS eğitimi sırasında toplanan EEG verilerinin değerlendirilmesi yapılmıştır.

Yöntem: Etik kurulu onaylı protokol çerçevesinde daha önce LCS deneyimsiz 4 erkek (baskın sağ el, 20-25 yaş) üniversite öğrencisi yazılı onamla deneye katılmışlardır. Deneyler CAE LAP-VR® firmasının LCS ortamında bir haftalık 2 zaman noktasının her birinde 4 adet pegi 2 kez yuvalarına yerleştirme olarak gerçekleştirilmiştir. Veriler Galileo EBNeuro-Basis-BE® 40 kanallı EEG cihazıyla 1KHz örnekleme sıklığıyla toplanmıştır. Tüm deneyler düşük ışıklı, sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Verilerin NPXLab Suite 2016-2,5,0,600

[5] yazılımıyla her peg yerleştirme dönemi için Fourier çevrimleri üzerinden 21 elektrotlu EEG kep bölgelerinde alfa (8-12Hz), beta (12-30Hz), teta (4-8Hz), gama (30-70Hz), delta (1-4Hz) ritimlerinde göreceli güçleri (GG) hesaplanmıştır.

Bulgular: GG'lerin iki zaman noktasındaki değişimine anatomik yerleşmelerde bakıldığında alfa, beta bantlarında parietal ve santral lobda 2 kişide artış, bunlara paralel olarak deltada azalma gözlenmiş, gama bandında denekler arası tutarlı bir ilişkiye rastlanmamış, teta bandında ise 3 denekte temporal bölgelerde artış gözlemlenmiştir.

Sonuç: Bulgular var olan sonuçlarla

[2-4] uyumludur. Bu çalışmada kurulan ölçümlerin tüm bant ve anatomik bölgelerde incelenmesi gelecekte yapay zeka uygulamalarıyla daha etkin niceliksel ölçütlerin saptanabilmesi için özgün ve ilk adımdır.

1. Munz, Y. , et al. , Laparoscopic virtual reality and box trainers: is one superior to the other? Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques, 2004. 18 (3): p. 485-494.

2. Gutiérrez, D. and M. A. Ramírez-Moreno, Assessing a learning process with functional ANOVA estimators of EEG power spectral densities. Cognitive Neurodynamics, 2016. 10 (2): p. 175-183.

3. Maddox, M. M. , et al. , Electroencephalographic Monitoring of Brain Wave Activity During Laparoscopic Surgical Simulation to Measure Surgeon Concentration and Stress: Can the Student Become the Master? Journal of Endourology, 2015. 29 (12): p. 1329-1333.

4. Borghini, G. , et al. , Quantitative Assessment of the Training Improvement in a Motor-Cognitive Task by Using EEG, ECG and EOG Signals. Brain Topography, 2016. 29 (1): p. 149-161.

5. Bianchi, L. , et al. Introducing NPXLab 2010: A tool for the analysis and optimization of P300 based brain-computer interfaces. in 2009 2nd International Symposium on Applied Sciences in Biomedical and Communication Technologies. 2009.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik cerrahi simülasyon, elektroensefalografi, sinyal analizi,



Deney Düzenegi

Seçilmiş Video Bildiriler

BARIATRİK VE METABOLİK CERRAHİ

SVB-01

DUODENAL DİSSEKSİYON'DA KOMPLİKASYONLAR VE TEKNİK

Tugrul Demirel¹, Osman Anıl Savaş², Gamze Çitlak³¹Istinye Üniversitesi S.M.Y.O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi²Kemerburgaz Üniversitesi S.M.Y.O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Duodenum Transeksiyonu obezite ve metabolik cerrahide birçok ameliyatta gerekli olan bir adım olarak yer almaktadır. Kendi pratiğimizde, obezite ve süper obezite için uyguladığımız Duodenal Switch, Duodenojejunal Bypass, Single Anastomosis Duodenoileal Bypass gibi ameliyatlara yanısıra; metabolik cerrahi olarak morbid obezite altında ki Tip 2 Diyabet hastaları için uyguladığımız Duodenoileal İnterpozisyon ameliyatlarının tamamında duodenal transeksiyonu uygulamaktayız. Duodenumun transeksiyon için hazırlanmasında ve transeksiyonunda farklı yaklaşımlar olduğu gibi, duodenoenterostomilerde de farklı teknikler uygulanabilmektedir. Biz rutinde büyük kurvatur üzerinden yapılan disseksiyon ile posterior yaklaşımı uyguluyoruz. Sağ gastrik arteri ayrılarak mide mobilizasyonunu artırıyoruz. Transeksiyon sonrası anastomozda stapler kullanmayıp, el ile çift kat üzerinden anastomozu tamamlıyoruz. Bu işlemi olup duodenal nekroz gelişen iki vakamızla birlikte standart tekniğimizi video olarak paylaşıyoruz.

Anahtar Kelimeler: duodenum, duodenal transeksiyon, duodenal nekroz, duodenal switch, duodenoileal interpozisyon

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

SVB-02

LAPAROSKOPİK TRANŞİATAL ÖZOFAJEKTOMİ

Serkan Zenger¹, Burçak Abbas Kabaoğlu¹, Bülent Gürbüz¹, Tunç Yaltır²¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Rezeksiyonu mümkün olan özofagus kanserlerinde özofajektomi, standart tedavi olma özelliğini korumaktadır. Bu cerrahi prosedürün yüksek morbidite ve mortalite oranlarından dolayı minimal invaziv cerrahi girişimler bir alternatif olarak gündeme gelmiştir. Bu sunumda laparoskopik transhiatal özofajektomi uyguladığımız bir olgumuzu paylaşmak istedik.

Olgu: 79 yaşında kadın hasta 1 aydır yutma güçlüğü ve midede yanma şikayetleri ile hastaneye başvurdu. Özgeçmişinde kolesistektomi, KOAH ve kardiyak pacemakeri olan hastaya yapılan üst GİS endoskopisinde; özofagus 33. ve 38. cm.'ler arasında frajil, spontan kanayan ülserovejetan kitle tespit edildi ve alınan biyopsi sonucunda adenokarsinom saptandı. Toraks ve tüm abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) ile PET/CT görüntülemesinde SUVmax'ı 24 olan özofageal kitlenin dışında patolojik görünüm saptanmadı. Hastanın primer tümör bölgesine 5 Gy/fraksiyon/gün ile toplam 25 Gy neoadjuvan radyoterapi uygulandı.

Neoadjuvan tedavi sonrasında laparoskopik yöntemle transhiatal olarak özofagus serbestleştirildi. Servikal insizyonla servikal özofagus ayırıldı. Göbeküstü mini median insizyonla piloroplasti uygulandı. Rezeksiyon tamamlandıktan sonra, anastomoz için kalan mide kısmı hazırlandı ve servikal bölgeye çekilerek servikal özofagogastrotomi yapıldı.

Ameliyat sonrası dönemde cerrahi açından sorun yaşanmadı ancak postop 5. gün ani göğüs ağrısı başlayan hastaya myokard enfarktüsü tanısı kondu ve koroner anjiyografi yapıldı. Koroner yoğun bakım ünitesinde kardiyologlar tarafından takibe alındı. Postoperatif 6. gün toraks BT ile değerlendirildi ve sorun olmadığı görüldü. Hasta herhangi bir ek komplikasyon olmadan postoperatif 10. gün taburcu edildi.

Patoloji sonucu; 20 lenf nodunda tutulumun olmadığı, orta derecede differansiye, T2N0 adenokarsinom olarak raporlandı.

Sonuç: Özofagus tümörünün tedavisinde çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Minimal invaziv girişimler hastanede yatış süresini kısaltan, morbidite ve mortalite oranları azaltan girişimlerdir. Laparoskopik transhiatal özofajektomide gerekli disseksiyon uygulandığında, yeterli sa-

yıda lenf eksizyonu da yapılabilmektedir. Seçilmiş hastalarda özofagus tümörünün tedavisinde laparoskopik transhiatal özofajektomi seçeneği de akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, Özofajektomi, Transhiatal

SVB-03

MİDE KANSERİNDE ROBOTİK D2 DİSSEKSİYON

Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Yasin Alper Yıldız², Enis Dikicier², Fehmi Çelebi¹¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya²Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Robotik cerrahi, mide kanseri nedeniyle yapılan rezeksiyonlarda gün geçtikçe daha çok uygulanmaktadır. Lenf nodu disseksiyonu hastalığın patolojik evrelemesinin yapılmasında ve sağkalım süresinde çok önemlidir. Bu video sunumda mide antrum kanseri nedeniyle operasyona alınış olguda robotik D2 disseksiyon sunulacaktır.

Olgu Sunumu: Elli bir yaşında kadın olguda, dispeptik şikayetler nedeniyle yapılan endoskopide mide antrumda sert, frajil, mukozal düzensizlik ve kabalaşma saptanması üzerine biyopsi alındı. Biyopsi sonucu adenokarsinom olarak raporlanan olguya, evreleme tetkikleri sonrası uzak ve bölgesel metastaz saptanmaması üzerine operasyon planlandı. Umbilikus altı 11mm kamera portu, 3 adet 8 mm robotik arm port, 1 adet 10 mm asistan portu girilerek operasyona başlandı. Subtotal gastrektomi sonrası 7,8,9,10,11,12. lenfatik istasyonların robotik disseksiyonu tamamlandı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 3.gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede 2 adet metastatik olmak üzere toplam 33 adet lenf nodu çıkarıldığı tespit edildi.

Sonuç: Robotik cerrahinin sağladığı 3D görüntü, üstün hareket yeteneği, minimal invaziv cerrahinin sağladığı daha az ağrı, daha kısa yatış süresi, daha az kan kaybı gibi avantajlarıyla birlikte geleceğin cerrahi tekniği olacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: disseksiyon, mide kanseri, robotik cerrahi

LAPAROSKOPİK ACİL CERRAHİ

SVB-04

LAPAROSKOPİK ZOR APPANDEKTOMİLER, NE ZAMAN KONVERSİYON?

Hüseyin Onur Aydın, Tefik Avcı, Tugan Tezcaner, Ebru Hatice Ayvazoğlu Soy, Sedat Yıldırım

Başkent Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Akut appendisit genel cerrahi pratiğinde en sık karşılaşılan acil cerrahi nedenidir. Günümüzde çoğu kliniğe laparoskopik yaklaşımla appendektomi standart tedavi seçeneği haline gelmiştir. Laparoskopik cerrahi bilgi, deneyim ve tecrübesi arttıkça tüm cerrahi girişimler laparoskopik olarak yapılabilmektedir. Artık bilinmektedir ki acil cerrahi girişimlerde de laparoskopik yaklaşım güvenle uygulanabilir. Genel cerrahide en sık uygulanan cerrahi acil girişimlerden biri olan appendektomi de laparoskopi neredeyse altın standart haline gelmiştir, bununla beraber laparoskopik girişimde olduğu gibi açık cerrahiye dönüş farklı nedenlerle olabilmektedir. Çalışmamızda laparoskopik appendektomiden açık appendektomiye geçiş nedenleri ve ameliyat öncesinde uyarıcı olabilecek laboratuvar değerleri incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-metod: Nisan 2011 ile Ocak 2017 tarihleri arasında 332'si erkek olmak üzere toplam 670 hasta akut appendisit nedeniyle ameliyata alındı. En genç hasta 17, en yaşlı hasta ise 90 yaşındaydı. Ameliyat sonrası hastalarımızda güdük kaçağı ve mortalite olmadığı görüldü. Açık apandektomi yapılan hastalarda ameliyat sonrası yara yeri enfeksiyonu, laparoskopik apandektomi yapılanlara göre anlamlı derecede yüksek (p<0.05). 290 hastaya açık apandektomi, 380 hastaya laparoskopik apandektomi uygulandı. 4 hastada ileri derecede inflamasyon, disseksiyon planına izin vermeyen yapışıklık ve karın içi kontaminasyon nedeniyle açık cerrahiye geçildi. 1 hastaya çekumda nekroz olması nedeniyle tüp çekostomi uygulandı. 1 hastada ise tümör perforasyonu nedeniyle sağ

hemikolektomi, uç ileostomi ve müköz fistül uygulandı. Laparoskopik apandektomi yapılan 6 hastada ameliyattan sonra perkütan drenaj katateri ile tedavi edilebilen intraabdominal apse gelişimi görüldü. Laparoskopik cerrahiden açık cerrahiye geçilen hastaların ameliyat öncesi beyazküre ortalama değeri 14,7 bin/ μ L ile laparoskopik apandektomi yapılan grup ile farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$). C-reaktif protein ortalama değeri 184 mg/L ile laparoskopik apandektomi yapılan gruptan anlamlı derecede yüksekti ($p<0.05$).

Sonuç: Karın içi eksplorasyona tam olarak izin vermesi, ameliyattan sonra daha az ağrı ve yara yeri enfeksiyonu görülmesi nedeniyle akut apandist tedavisinde laparoskopik apandektomi standart cerrahi seçeneği haline gelmiştir. Genel anestezi almasında sakınca olmayan hastalarda yeterli tecrübe ile güvenle uygulanabilmektedir. Yine de karşılaşılabilecek zor vakalarda karın içi eksplorasyonu tamamladıktan sonra açık cerrahiye geçilmesinde hasta ve cerrah konforu açısından kaçınılmamalıdır. Ameliyat öncesi dönemde CRP değerleri normalden daha yüksek olan hastalarda karın içi kontaminasyonun ilerlemiş olabileceği akılda tutulmalı ve bu hastalarda laparoskopik cerrahiden açık cerrahiye geçilme olasılığının daha yüksek olabileceği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut apandist, konversiyon, apandektomi, laparoskopik apandektomi, açık apandektomi

ENDOSKOPİK VE LAPAROSKOPİK CERRAHİDE YENİLİKLER

SVB-05

LAPAROSKOPİK KLOREKTAL REZEKSİYONLARDA 'PINPOINT' FLORESAN GÖRÜNTÜLEME İLE ANASTOMOZ GÜVENLİĞİ

Engin Hatipoğlu, Veysel Umman, Sabri Ergüney, Metin Ertem

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Amaç: Kolorektal cerrahi sonrasında anastomoz kaçağı görülebilecek en ciddi komplikasyonlardan biridir. Çok sayıda faktöre rağmen, anastomoz kaçaklarında en önemli unsurun kanlanma bozukluğu olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda objektif ve standardize edilmiş bir yöntemle bağırsak/anastomoz kanlanmasını değerlendirdiğimiz, kliniğimizde rutin olarak yeni uygulanmaya başlanan bu yöntemin ilk deneyimlerini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Minimal invaziv kolorektal cerrahide floresan özellikle indosiyanin yeşilinin (Indocyanine Green - ICG 2.5 mg/ml) damardan verilmesi ve Near-Infrared (NIR) laparoskopik cihazı (PinPoint System, NOVADAQ,

Canada) ile görüntülenmesi ile anastomoz hattının mikropfüzyon değerlendirilmesi yapılmıştır.

Laparoskopik kolorektal rezeksiyon yaptığımız hastalarda anestezi tarafından 3.75 - 7.5 mg ICG maddesi damar yoluyla verilmiştir. ICG verilmesini takiben 3-5 dakika içerisinde PINPOINT ünitesine ait laparoskop ile anastomoz için uygun proksimal bağırsak anısı tespit edilerek mezo serbestlenmesi yapılmıştır. Anastomoz kanlanması ve anvil uçları yine aynı yöntemle kontrol edilmiştir.

NIR laparoskopik sistem, ICG maddesine yönelik özelleşmiş high-definition beyaz ışık, NIR radyasyon ve geri filtreleme yapmakta ve yalancı-boyama teknolojisi ile dinamik perfüzyonun floresan yeşil görüntüsünü diğer dokuların standart beyaz ışıktaki görüntüsünü bozmadan sağlamaktadır.

Bulgu: Opere edilen tüm hastalarda anastomozun kanlanması doğal bulunmuş ve hiçbir hastamızda anastomoz revizyonu ya da koruyucu stoma gereksinimi olmamıştır. Bu hastaların postoperatif takip ve radyolojik incelemelerinde kaçak görülmemiştir.

Sonuç: Laparoskopik kolorektal anastomozlarda floresan PINPOINT görüntüleme sistemi operasyona ek bir süre katmaksızın anastomoz mikropfüzyonunu belirleyip güvenliğini sağlamada avantaj sağlayan bir yöntemdir. Perfüzyon-floresans sensitivitesinin kaçakların azaltılmasında olan etkinliği, daha yüksek hasta sayılı serilerde değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Anastomoz, Floresan, Kolorektal, Laparoskopik, pinpoint



Anvil Kontrolü

Video Bildiriler

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

VB-01

TORAKO-LAPAROSKOPİK TOTAL ÖZOFAJEKTOMİ

Ahmet Aslan, Mehmet Fatih Korkmaz, Levent Zirek, Kevser Liman, Sertaç Usta, Mustafa Girgin, Koray Karabulut

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Özofagus kanseri nedeniyle yapılan, torakoskopik-laparoskopik total özofajektomi ve lenf nodu diseksiyonuna ait teknik inceliklerin sunulması amaçlandı.

Olgu: Yutma güçlüğü, kilo kaybı şikayetleri olan 44 yaşındaki kadın hastaya yapılan endoskopide, servikal özofagusta 7–8 mm çaplı vejetan lezyon görüldü. Biyopsi sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak bildirildi. Yapılan kesit görüntülemelerinden sonra torako-laparoskopik total özofajektomi planlandı. Çift lümenli tüp ile, orotrakeal entübasyonu takiben prone pozisyonu verildi. Sağ akciğer havalanması durdurulduktan sonra, sağ arka aksilla çizgisi, 6. interkostal aralıktan girilen porttan, 30 derece optikle torakoskopik eksplorasyona başlandı. 4. ve 8. interkostal aralıklardan yardımcı portlar girildi. Mediastinal plevra açıldı. Inferior pulmoner ligaman kesildi. Azygos veni dönülüp kliplendikten sonra kesildi. Sağ inferior pulmoner ven, sağ ana bronş, trakea, inen aorta, vagus sinirleri, ductus thoracicus görüldü. Distalde diyafragmatik hiyatusa, proksimalde apertura thoracicus superiora kadar yapılan diseksiyonla, hiler lenf nodları piyese dahil olacak şekilde özofagus ön ve arka duvarları boyunca serbestleştirildi. Kanama kontrolünü takiben 8. interkostal aralıktaki port çıkarılarak bu açıklıktan 28F toraks tüpü arka mediastene yerleştirildi. Akciğer ekspansiyonu sağlandı, port yerleri dikildi. Hasta hasta supin pozisyona alındı. Cerrah hastanın bacakları arasında duracak şekilde ters Trendelenburg pozisyonu verildi. Göbek üstünden kamera portu, her iki tarafından çalışma portları ve ksifoid altından Nathanson ekartörü yerleştirilerek ameliyatın karın kısmına geçildi. Gastroeploik ark korunacak şekilde gastrokolik ligaman açıldı. Sol gastrik arter ve ven bağlanıp kesildi. Hiatus açılarak mediastene ulaşıldı. Hepatogastrik ligaman kesilerek özofagusun abdominal kısmı çepeçevre serbestleştirildi. Kocher manevrası yapıldı. İncisura angularisten başlanarak, fundusa doğru devam edecek şekilde, endoskopik düz kesici kapatıcı staplerler aracılığıyla mide tüpleştirildi. Tüpleştirilen midenin, boyun kesisinden çekilebilmesi için transeksiyon tamamlanmadı. Piyenin boyundan rahat çekilebilmesi için, kardiya komşuluğundaki mide dokusu stapler ile kesilerek batın dışına alındı. Stapler hattı hemostaz amaçlı dikildi. Sol sternocleidomastoid kas medialinden yapılan kesi ile boyun eksplorasyonuna başlandı. Inferior tiroid arter ve veni bağlandı, reküren laringeal sinir görülerek korundu. Rijit endoskop ile tümörsüz cerrahi sınır belirlenerek özofagus transeksiyonu yapıldı. Piyes dışarı alındı ve mide tüpü boyuna kadar çekildi. Hipofaringogastrostomi anastomozu, elle, tek tek konan dikişlerle yapıldı. Ameliyat sonrası geceyi yoğun bakım servisinde geçiren hasta servise alındı. Ameliyat sonrası 5. gün çekilen kontrastlı pasaj grafisinde anastomozdan geçişin normal olduğu ancak kontrast maddenin midede göllendiği görüldü. Ağızdan yeterli miktarda gıda alamayan hastaya, ameliyat sonrası 15. gün endoskopik balon ile pilor dilatasyonu yapıldı. Ağız yoluyla beslenmesi normale dönen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde, torakoo-laparoskopik yöntem, minimal invaziv cerrahinin bilinen avantajlarına ek olarak, onkolojik prensiplere uygun rezeksiyon ve gerekli lenf nodu diseksiyonu imkanını da sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: özofagus kanseri, torakoskopi, laparoskopik,

VB-02

TORAKOSKOPİK ÖZOFAJEKTOMİNİN YÜZ GÜLDÜRÜCÜ SONUCU

Mümtaz Erakın, Murat Akıcı, Emre Ballı, Ogün Erşen, Serkan Ademoğlu, Osman Öztürk, Mustafa Yavuz, Ogün Aydoğan, Yüksel Arıkan, Sezgin Yılmaz

Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyon

Özofagus kanserlerinde en etkin tedavi yöntemi özofajektomidir. Bu tedavi yöntemi erken evre özofagus kanserlerinin en önemlisidir. Ancak özofajektomi morbiditesi ve mortalitesi oldukça yüksektir (%30–60, %5–15). Bu yüksek morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak amacıyla minimal invaziv yöntem olan torakoskopik özofajektomi uygulanmaktadır.

Bu video sunumda distal özofagus skuamöz hücreli karsinom tanısı alan hastada torakoskopik total özofajektomi, gastrik pull-up, servikal özofago-gastrostomi olgusu sunulmaktadır. 58 yaşında erkek hasta torakoskopik özofajektomi için 2 adet 12 mm'lik ve 1 adet 8 mm'lik trokar kullanıldı. Toplam ameliyat süresi 190 dk, torakoskopik özofajektomi süresi 50 dk sürdü. Toplam kan kaybı 90 ml idi. Histopatolojik incelemede 3*4,5*5 cm lik tümör dokusu, toplamda ise 19 adet lenf nodunun 1 tanesinde metastaz görüldü. Hasta postoperatif dönemde extübe olarak 3 gün yoğun bakımda, 5 gün ise serviste takip edildi. Bütün drenleri çekilerek sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Özofagus Kanseri, Torakoskopik Özofajektomi, Minimal Invaziv



Resim 1. Gastrik pull-up



Resim 2. Tomografide özofagus karsinomu



Resim 3. Total özofajektomi

VB-03

LAPAROSKOPIK TRANSHİATAL ÖZOFAJEKTOMİ SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON

Bülent Gürbüz¹, Serkan Zenger¹, Murat Kapdağlı³, Serhan Tanju⁴, Şükrü Dilege⁴, Tunç Yaltı²

¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

³VKV Amerikan Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Özofagus rezeksiyonu, özofagus kanseri tedavisinde standart tedavi yöntemi olma özelliğini sürdürmektedir. Yüksek morbidite ve mortalite oranları nedeni ile laparoskopik girişimler geliştirilerek bu oranlar azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu olgu sunumunda, özofagus kanseri tanısı alan, neoadjuvan radyoterapi sonrası laparoskopik transhiatal özofagus rezeksiyonu uygulanan, ameliyat sonrası 14. günde gelişen septik tablo nedeni ile tetkik edilen ve yapılan torakoskopi sonucunda geri kalan tüp-leştirilmiş mide dokusundaki atipik yerleşimli 2 adet perforasyon odağının tanı ve tedavi sürecini sunacağız.

Olgu: 79 yaşında kadın hasta, yutma güçlüğü nedeni ile tetkik edilirken, özofagus tümörü tanısı konuldu ve neoadjuvan 5x5 toplam 25Gy RT sonrasında transhiatal laparoskopik özofajektomi işlemi uygulandı. Ameliyat sonrası oral gıdası başlanan hastanın 5. günde çekilen oral kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) özellik saptanmadı. Herhangi bir şikayeti olmayan hasta ameliyat sonrası 10. gününde taburcu edildi. Taburculuk sonrası 4. günde yani postoperatif 14. Günde genel durum bozukluğu, kusma, ateş, dispne gibi nedenler ile tarafımıza başvurdu. Lökositoz ve CRP yüksekliği saptanan hastaya antibiyoterapi başlandı. Yapılan oral kontrastlı Toraks BT 'de mediastende kontrast madde ekstrasvazasyonu izlenmesi üzerine torakoskopi planlandı. Sağ lateral dekübit pozisyonunda hastaya torakoskopi işlemi uygulandı. Remnant mide dokusunda, anastomoz veya stapler zimba hattında olmayan 2 adet perforasyon saptandı. Mediasteninin yeterli temizliğini takiben perfore alanlar primer olarak kapatıldı, tüp torakostomi ve tüp jejunostomi yapılması ile ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası antibiyoterapisi devam eden hasta, tüp jejunostomiden beslendi. 5. günde görüntüleme sonrası sulu gıda başlandı. Yeterli oral alım sonrasında klinik şikayeti olmaması üzerine torakostomi tüpü alındı. Tüp jejunostomisi alınan hasta 2. Ameliyatının postop. 14. gününde oral yeterli gıda alımı ile taburcu edildi.

Sonuç: Özofajektomi sonrası en ciddi komplikasyonu anastomoz kaçacağıdır. Kaçağa bağlı olarak mortalitesi yüksek olan mediastinit ve ampiyem gelişebilir. Pnömotoraks, şilotoraks, kanama, anastomoz hattında striktür ve rekürren larengiyal sinir yaralanması görülebilir. Postoperatif en sık mortalite nedeni pnömonidir. Ameliyat sonrasında kalan mide dokusunda geç dönemde perforasyon ise oldukça nadir görülen bir komplikasyondur. Bu vakamızda da buna hazırlayıcı faktörler olarak ileri yaş, ameliyat öncesi radyoterapi, ameliyat sonrası dönemde geçirilen hipotansif ataklara bağlı iskeminin buna sebep olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, özofajektomi, radyoterapi

VB-05

LAPAROSKOPIK TRANSHİATAL EPİFRENİK ÖZEFAGUS DİVERTİKÜL EKSIZYONU

Kamil Erözkan, Erkan Güler, Taylan Özgür Sezer, Özgür Fırat, İlhami Solak, Sinan Ersin, Cüneyt Hoşçoşkun

Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Epifrenik özofagus divertikülü, özofagusun distal üçte birlik bölümünde, kas planları arasında mukoza ve submukozanın herniasyonu olarak tanımlanan nadir bir hastalıktır. Günümüzde divertikülün çapına ve yerleşimine göre torasik, abdominal yada kombine yaklaşımlarla bu divertiküllerin rezeksiyonu yapılabilmektedir. Biz de kliniğimizde transhiatal yaklaşımla divertikül eksizyonu uyguladığımız 52 yaşında erkek hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu: 52 yaşında erkek hasta 2 yıldır devam eden regürjitasyon, bulantı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastanın sağ inguinal herni onarımı dışında geçirilmiş başka bir cerrahisi yoktu. Yapılan gastroskopisinde özofagus Z çizgisinin 2 cm proksimalinde 2 adet divertikül gözlemlendi. Bunun üzerine yapılan özofagus manometri çalışmasında alt özofagus sfinkterinde relaksasyon kusuru ve özofagogastrik bileşke basınç yüksekliği saptanmış olup, basınç 75 mm/Hg olarak tespit edilmiştir. Özofagus pasaj grafisinde, distal ve lateralde yerleşimli olan divertikülün çapının yaklaşık 35 mm, hemen proksimalindeki divertikülün ise 5 mm çapta olduğu gözlemlendi. Bu sonuçların ardından preoperatif hazırlıkları tamamlanan hastaya gastroskopi eşliğinde laparoskopik transhiatal divertikülektomi, myotomi ve dor fundoplikasyonu uygulandı. Peroperatif solda pnömotoraks gelişen hastaya operasyonda kapalı su altı drenajı uygulandı. Post operatif 3. günde oral alımı açılan hastanın kademeli olarak oral alımı artırıldı. 5. günde kapalı su altı drenajı sonlandırılan hasta postoperatif 6. günde komplikasyonsuz olarak eksterne edildi. Divertikülün histopatolojik incelemesinde mukoza ve submukozada yangısal reaksiyon saptanırken, malignite bulgusuna rastlanmadı. Hastanın takiplerine sorunsuz devam edilmektedir.

Sonuç: Günümüzde postoperatif dönemde ağrının az ve hastanede kalış süresinin kısa olması sebebiyle laparoskopik yaklaşımlar daha sıklıkla tercih edilmektedir. Nadir görülen epifrenik divertiküllerde de laparoskopik transhiatal divertikül eksizyonu başarıyla ve güvenilir bir şekilde uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: epifrenik özofagus divertikülü, transhiatal yaklaşım, laparoskopik divertikül eksizyonu

VB-06

EPİFRENİK ÖZOFAGUS DİVERTİKÜLÜ: LAPAROSKOPIK TRANSHİATAL DİVERTİKÜLEKTOMİ

Bahtiyar Muhammedoğlu, Sezgin Topuz, Onur Peker, Mehmet Eyyüp Pırcanoğlu

Sağlık bakanlığı, kamu hastaneler kurumu, Genel cerrahi kliniği, Kahramanmaraş

Epifrenik özofagus divertikülü: Laparoskopik transhiatal divertikülektomi. Özofagus divertikülleri nadir görülen patolojilerdir. Gerçek ve pseudodivertiküller olarak iki gruptan oluşurlar. Gerçek divertiküller. Tüm özofagus tabakalarını içerirler gerçek divertikül ve mukoza submukoza musküler tabakaya herniasyonu ise Pseudodivertiküldür.

Gerçek divertiküller konjenital lezyonlardır, pseudodivertiküller ise kazanılmış lezyonlardır.

Olgu: 53 yaşta erkek hasta epigastrik ağrı, disfaji, ağız kokusu şikayetleriyle genel cerrahi polikliniğimize başvurdu. Yapılan özofagogastrroduodenoskopide: distal özofagusta bileşke 10 cm proksimalinde 5 cm boyutunda divertikül izlendi. Divertikül içerisinde gıda atıkları izlendi. Pasaj grafisinde; özofagus 1/3 distal kesiminde hava sıvı seviyesi gösteren divertikül poş izlendi. Divertikül çapının 5 santimetre olduğu tespit edildi. Epifrenik divertikülü olarak değerlendirilen lezyonun laparoskopik olarak çıkartılması kararı alındı. Hastaya Laparoskopik transhiatal divertikülektomi ameliyatı gerçekleştirildi. Postoperatif takibinde sıkıntısı olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: divertikül, epifrenik, transhiatal, laparoskopik

VB-08

LAPAROSKOPIK HİATAL HERNİ (MİKST SLİDİNG VE ROLLİNG) MESH ONARIMI VE TOUPET FUNDOPLİKASYONU

Emad Tahir Salih

Özel Hayat Hastanesi, Genel Cerrahi, Elazığ
Emad T.SALİH, Özel Hayat Hastanesi, Elazığ

Amaç: Hiatal herni tedavisinde total sak eksizyonu, mesh kullanımı ve toupet fundoplikasyonu değerlendirilmiştir.

Video içeriği: 34 yaşında erkek hasta, postprandial yanma ve regürjitasyon şikayetleri ile kliniğimize başvurdu, gastroskopi, özefagus-mide pasaj grafisi ve BT'de mide korpusunun antruma kadar hiatal defektten toraksa girdiği görüldü ve mikst hiatal herni (sliding ve rolling) tespit edildi. laparoskopik yaklaşımla herni kesesi total olarak disekte edildi ve eksize edildi, sütür ve mesh krururafi +toupet fundoplikasyon uygulandı.

Tartışma ve sonuçlar: hasta postop üçüncü gün taburcu oldu ve hiç bir komplikasyon yaşanmadı. bu olguda herni kesesi total eksize edildi, sütür ve mesh krururafi ve toupet fundoplikasyon yapıldı daha etkili sonuç ve daha az komplikasyon karşışlamak amacıyla yapıldı.

Lapraskopik tedavide: defekt genişliği, herni kese eksize edilmesi, primer sütür veya sütür + mesh krururafi ve nissen veya toupet fundoplikasyonu etkin elemanlardır.

Anahtar Kelimeler: Hiatal Herni (HH), krururafi, Toupet Fundoplikasyon

ENDOSKOPIK VE LAPAROSKOPIK CERRAHİDE YENİLİKLER

VB-09

ERKEN EVRE REKTUM KANSERİNİN ENDOSKOPIK SUBMUKOZAL DİSEKSİYON YÖNTEMİYLE TEDAVİSİ

Tahsin Dalgıç, Erdal Birol Bostancı, İlter Özer, Murat Ulaş, Musa Akoğlu

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Endoskopik submukozal diseksiyon (ESD) uzak metastaz ve lenf nodu tutulumu olmayan, erken evre gastrointestinal kanserlerin tedavisinde etkin tedavi yöntemlerinden biridir. ESD farklı enstrümanlar kullanarak tümoral dokunun en-blok olarak çıkarılabilmesini sağlayarak, gastrointestinal kanserlerin tedavisinde yüksek düzeyde tam rezeksiyon ve düşük rekürrens oranı sağlamaktadır

Gereç-yöntem: 60 yaşında erkek hasta dış merkezde yapılan kolonoskopi sırasında rektumdaki polipoid lezyondan alınan biyopsi sonucunun intramukozal adenokarsinom olarak rapor edilmesi üzerine kliniğimiz endoskopi ünitesine rezeksiyon için yönlendirilmiş. Yapılan kolonoskopi-de anal girimden itibaren 5. cm'de, yaklaşık 3 cm boyutunda polipoid geniş tabanlı lezyon saptandı. Önce İ-scan ile inceleme, ardından metilen mavisi ile boyama yapıldı. İ-scan ve kromoendoskopik incelemede yüzey mukozasında önceki işlemde alınan biyopsilere bağlı değişikliklerin yanında bazı alanlarda vasküler yapının düzensizleşmiş olduğu görüldü. Daha önceden doku tanısı olduğu için ve daha fazla submukozal fibrozis yaratmamak amacı ile biyopsi alınmadı. Lezyon Paris klasifikasyonuna göre 1 s+ 2a görünümündeydi. Endoskopik rezeksiyon yapılmasına karar verildi. Öncesinde endoskopik ultrasonografi yapıldı ve lenf nodu olmadığı gösterildi. Hastaya sedasyon altında işleme başlandı. Önce kromoendoskopi yapılarak lezyon sınırları belirlendi ve işaretleme yapıldı. Lezyon tabanına Na Hyaluronate + metilen mavisi + serum fizyolojik ve adrenalini karışımı enjeksiyonu yapılarak elevasyon sağlandı. Sonrasında dual knife ile mukozal insizyon yapıldı. Ardından IT knife ile diseksiyona başlandı. Diseksiyon sırasında ortaya çıkan muskularis propriyaya ait büyük damarlar endoskopik grasper ile tutularak yakıldı. Diseksiyon çepeçevre tamamlanarak lezyon en-blok çıkarıldı. Kanama ve taban kontrolü yapıldıktan sonra işlem sonlandırıldı. Komplikasyon olmadı ve hasta işlem sonrası 3. gün taburcu edildi. İşlem sonrası patoloji sonucu tubuovilloz adenom zemininde gelişmiş adenokarsinom olarak rapor edildi. Tümör özellikleri olarak iyi diferansiye olduğu, tümörün geniş alanda mukozada sınırlı olduğu ve fokal alanda muskularis mukozaya ulaştığı belirtildi. Taban ve

lateral cerrahi sınırlar salim olarak rapor edildi. Hastanın işlem sonrası 3. ve 6. ay rektoskopi kontrollerinde patoloji saptanmadı.

Sonuç: Erken evre kolorektal kanserlerin tedavisinde yüksek tam rezeksiyon ve düşük rekürrens oranıyla endoskopik submukozal diseksiyon yöntemi deneyimli merkezlerce güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik Submukozal Diseksiyon, Rektum kanseri

VB-10

ERKEN EVRE MİDE KANSERİNİN PRECUT-EMR YÖNTEMİYLE TEDAVİSİ

Tahsin Dalgıç, Erdal Birol Bostancı, İlter Özer, Murat Ulaş, Musa Akoğlu

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Erken mide kanseri, regional lenf nodu tutulumuna bakılmaksızın mukoza veya submukozaya sınırlı mide adenokarsinomu (T1Nx) şeklinde tanımlanmıştır. Endoskopik rezeksiyonlar erken mide kanseri için küratif tedavi modalitesi olarak kabul edilmektedir. Erken mide kanseri tedavisinde 2 farklı endoskopik rezeksiyon yöntemi kullanılmaktadır. Bunlar endoskopik mukozal rezeksiyon (EMR) ve endoskopik submukozal diseksiyondur (ESD). EMR ile genellikle 2 cm'den küçük boyutlu lezyonlar tam olarak çıkarılabilirken, ESD ile daha büyük lezyonlar tam olarak çıkarılabilmektedir.

Gereç-yöntem: Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği Endoskopi Ünitesi'nde erken mide kanseri tanısı alan 81 yaşındaki erkek hastaya uygulanan precut-EMR tekniği ve sonuçlarını bildirmektedir.

Bulgular: 81 yaşında erkek hasta dış merkezde yapılan gastroskopi sırasında alınan biyopsi sonucunun intramukozal adenokarsinom olarak rapor edilmesi üzerine kliniğimiz endoskopi ünitesine rezeksiyon için yönlendirilmiş. Yapılan gastroskopi-de prepilorik antrumda ön yüzde yaklaşık 1,5 cm boyutunda düzensiz, nodüler görünümde hiperemik alan saptandı. Önce İ-scan ile inceleme, ardından metilen mavisi ile boyama yapıldı. İ-scan ve kromoendoskopik incelemede lezyon bölgesinde vasküler yapının düzensizleşmiş olduğu saptandı. Daha önceden doku tanısı olduğu için ve daha fazla submukozal fibrozis yaratmamak amacı ile biyopsi alınmadı. Lezyon Paris klasifikasyonuna göre 1 s+ 2a görünümündeydi. Endoskopik rezeksiyon yapılmasına karar verildi. Öncesinde endoskopik ultrasonografi yapıldı ve submukozal invazyon veya lenf nodu olmadığı gösterildi. Hastaya sedasyon altında işleme başlandı. Önce kromoendoskopi yapılarak lezyon sınırları belirlendi ve işaretleme yapıldı. Lezyon tabanına metilen mavisi + serum fizyolojik ve adrenalini karışımı sıvı enjeksiyonu yapılarak elevasyon sağlandı. Sonrasında çepeçevre mukozal insizyon gerçekleştirildi. Ardından IT knife ile diseksiyon yapıldı. Lezyon sağlam makroskopik cerrahi sınır elde edildikten sonra snare ile tam kat yakalandı ve en-blok çıkarıldı. Kanama ve taban kontrolü yapıldıktan sonra işlem sonlandırıldı. Komplikasyon olmadı ve hasta işlem sonrası 3. gün taburcu edildi. İşlem sonrası patoloji sonucu şiddetli adenomatöz displazi zemininde gelişmiş adenokarsinom olarak rapor edildi. Tümör özellikleri olarak lenfovasküler invazyon olmadığı ve iyi diferansiye olduğu, tümörün mukoza ve muskularis mukozada sınırlı olduğu ve submukozal invazyon olmadığı belirtildi ve taban ve lateral cerrahi sınırlar salim olarak rapor edildi. Hastanın işlem sonrası 3. ve 6. ay gastroskopi kontrollerinde patoloji saptanmadı.

Sonuç: Endoskopik rezeksiyonlar erken mide kanseri tedavisinde endikasyonu doğrulanmış vakalarda deneyimli merkezlerce yüksek komplet rezeksiyon ve düşük nüks oranlarıyla güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken mide kanseri, Endoskopik rezeksiyon, Precut EMR

VB-11

**KOLEDOK TAŞI İÇİN LAPAROSKOPİ YARDIMLI
MİKROPERKÜTAN LAZER LİTOTRİPSİ****Mustafa Atabey¹, Kaan Gökçen², Mehmet İlker Özel¹, Ömer Topçu¹**¹Cumhuriyet Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas²Cumhuriyet Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, Sivas

Endoskopik retrograd kolanjio pankreatikografi (ERCP) koledok taşlarının temizlenmesinde birincil tedavi yöntemidir (1). Yeterli sfinkterotomiye takiben balon ve/veya basketle taşlar olguların %85-90'ında çıkarılabilir. Kalan %5-10 olguda da ileri ERCP metotları ile (mekanik litotripsi, elektrohidrolik şok dalgaları, lazer litotripsi) veya perkütan metotlar ve cerrahi metotlarla başarıya ulaşılmaktadır (2-3). Biz bu olgumuzda daha önce ERCP denenmiş ancak başarısız olmuş, kolesistektomize hastamızda, laparoskopik destekli lazer litotripsi uygulamamızı sunmaktayız.

Anahtar Kelimeler: koledok, litotripsi, ERCP

VB-12

**KOLON ADENOMLARINDA KOMBİNE ENDOSKOPİK
LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZ: İLK 9 OLGU****Tahsin Dalgıç, Erdal Birol Bostancı, Murat Ulaş, Musa Akoğlu**

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Kombine endoskopik laparoskopik cerrahi (CELS) teknikler endoskopik metotlar ile çıkarılamayan, anatomik olarak lokalizasyonu zor veya büyük benign ve erken mukozal kolorektal lezyonlarda uygulanabilen, düşük morbidite oranlarına sahip hibrid prosedürlerdir.

Gereç-yöntem: Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde Haziran 2015-Mart 2017 tarihleri arasında kolorektal adenom için kombine endoskopik laparoskopik cerrahi yapılan 9 hasta çalışmaya alınmış ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların 6'sı erkek (%67) ve 3'ü kadındı (%33). Ortalama yaş $65,1 \pm 6,9$ idi. En sık başvuru nedeni daha önce başka bir merkezde yapılan kolonoskopide polip tespit edilmiş ve rezeksiyon için yönlendirilmiş hastalar idi. Bütün hastalar Gastroenteroloji Cerrahisi Endoskopi Ünitesi'nde tekrar kolonoskopik olarak değerlendirildi ve CELS prosedürüne karar verildikten sonra lezyonlar endoskopik marker ile işaretlendi ve hastalara gerekli açıklama yapıp onayları alındıktan sonra operasyon için planlama yapıldı. Hastaya litotomi pozisyonu verildikten sonra laparoskopik toraklar girilerek eksplorasyon yapıldı. Daha sonra eşzamanlı kolonoskopiye başlandı. Lezyon bulunduğundan sonra laparoskopik yardımı ile travmatik klempler kullanılarak mobilizasyon sağlanıp, endoskopik rezeksiyon yapılacak kolon segmentine pozisyon verilerek en uygun pozisyon sağlandı. Lezyon tabanı Na-hyaluronate+serum fizyolojik+adrenalin+metilen mavisi karışımıyla submukozal enjeksiyonlar ile eleve edildikten sonra altı hastada etrafı dual knife ile insize edilip daha sonra snare yardımı ile, iki hastada direkt snare ile rezeke edildi. Bir lezyona endoskopik rezeksiyon yapılamaması nedeni ile endoskopi yardımcı laparoskopik wedge rezeksiyon yapıldı. Lezyon dağılımı çıkan kolonda üç, sigmoid kolonda iki, hepatik flekurada bir, transvers kolonda bir, splenik flekurada bir ve çekumda bir adenom şeklinde idi. Frozen bütün hastalarda benign olarak rapor edildi. Ameliyat süresi ortalama $72,7 \pm 31,6$ dakika idi. Ortalama polip boyutu $5 \pm 2,6$ cm (3-11 cm), postoperatif yatış süresi ortalama $2,5 \pm 0,8$ gün idi. Postoperatif patoloji değerlendirmesinde hiçbir hastada malign lezyon saptanmazken, taban cerrahi sınırlar negatif olarak rapor edildi. Hastalarda intraoperatif ve postoperatif komplikasyon saptanmadı.

Sonuç: Kombine endoskopik laparoskopik cerrahi, kolonoskopik olarak endoskopik mukozal rezeksiyon ya da submukozal diseksiyon ile rezeke edilemeyen endikasyonu doğrulanmış kolon adenomlarında alternatif bir tedavi yöntemidir. Laparoskopik ve terapotik endoskopide deneyimli merkezlerce güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Adenom, Hibrid cerrahi, Kombine endoskopik laparoskopik cerrahi,

VB-13

**DUEDONUM TÜMÖRÜ NEDENİYLE
LAPAROSKOPİK DİSSEKSİYON YAPILAN
PANKREATİKODUODENECTOMİ OLGUSU SUNUMU****Bahri Çakabay, Serdar Gümüş, Özcelem Öfkeli, Mehmet Ali Can, Mehmet Babür, Mehmet Ali Açıkgöz**

Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Bu yazıda duodenum adenokanseri nedeniyle uygulanan pilor koruyucu ve kısmi laparoskopik yapılan bir pankreatikoduodenektomi ameliyatının sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: Bulantı kusma şikayetleri ile başvuran 42 yaşında erkek hastada yapılan duodenoskopide duodenum 3. kıtada lümeni çepeçevre saran kitle saptandı. Biyopsi sonucu adenokanser olarak saptandı. Trifazik üst batin tomografisi ve PET CT çekildi. Hastada herhangi bir uzak organ metastazi rastlanmadı. Vasküler yapılar açık olarak görüldü. Rezektabl olarak değerlendirilen hastanın laboratuvar parametrelerinde hemoglobinin düşüklüğü saptandı. Preoperatif 3 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı.

Operasyon toplam 6 port kullanılarak gerçekleştirildi. Umblikus üstünden 10 mm'lik, sağ midklavikular hattın 12 mm'lik, sağ ön aksiller hattın 5 mm'lik, sol midklavikular hattın 5 mm'lik, sol ön aksiller hattın 5 mm'lik olmak üzere 5 adet çalışma portu kullanıldı. Altıncı port xisphoid altından girilip çıkarıldı ve buraya karaciğer ekartörü yerleştirildi. Operasyona omentum majus açılarak başlandı. Pilora kadar diseksiyon yapıldıktan sonra koher manevrası gerçekleştirildi. Omentum minüs açıldı ve gastroduodenal ligament disseke edildi. Kolesistektomi yapıldı. Koledok disseke edildi ve rezeke edildi. Sağ gastrik arter ve superior pankreatik arter bağlandı. Pilon koruyucu olacak şekilde Endo GIA ile duodenum rezeke edildi. Pankreas altında mezenterik venin üzerinden pankreas dönüldü ve askıya alındı. Ultrasonik enerji cihazı ile pankreas rezeke edildi. Daha sonra Trietzden 10 cm'den jejunum Endo GIA ile rezeke edildikten sonra treitz disseke edilip piyes hazırlandı. Disseksiyon tamamlandıktan sonra genişletilmiş sağ subkostal kesi ile anastomozlar gerçildi. Pankreatikojenostomi, uç yan koledokojenostomi, duodenojejunostomi gerçekleştirildi. 2 adet dren yerleştirilmesiyle ameliyat tamamlandı. Ameliyat süresi 450 dakika sürdü. Ameliyat süresince kan replasmanına ihtiyaç duyulmadı.

Hastanın postoperatif 2. günde batin drenlerinden gelen mayiden amilaz gönderildi ve pankreatik fistül olduğu saptandı. 5. gün drenlerden şiloz mayi gelmeye başladı ve dren mayisinde lipit profili incelendi. Şilöz fistül olduğu doğrulandı. Hastanda paraenteral nutrisyona geçildi. Postoperatif 7 günde hepatikojenostomi bölgesindeki drenlerden safralı gelen oldu ancak bir sonraki gün tekrar şilöze döndü. Şilöz mayi takibinin 12 günü kesildi. Oral alımı tam olarak açıldı. Postoperatif 17. gün drenleri çekilerek taburcu edildi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahideki önü alınamaz gelişmelerin sonucu olarak her geçen gün giderek artan sayılarda pankreatikoduodenektomi vakası laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Teknik yönden oldukça güç ve ileri derecede tecrübe gerektiren bu ameliyat; rekonstrüksiyon tecrübesi fazla olan merkezlerde tamamen laparoskopik olarak yapılabilmeğe iken, bazı merkezlerde disseksiyon aşaması laparoskopik tamamlandıktan sonra rekonstrüksiyon aşaması açık cerrahi ile tamamlanmaktadır.

Dikkatle seçilmiş hastalarda laparoskopik pankreatikoduodenektominin onkolojik prensiplere uygun olarak yapılabilir. Ancak, klasik açık cerrahiye göre minimal invaziv cerrahinin üstün olduğunu kanıtlamak için randomize ve karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, Duodenum Kanseri, Pankreatikoduodenektomi

VB-14

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ'DE TEKNOLOJİNİN SUNDUĞU SON YENİLİKLER: TELEFLEX PERCUVANCE**Engin Hatipoğlu¹, Süleyman Demiryas¹, Ozan Akıncı¹, Hakan Gök², Metin Ertem¹**¹*İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı*
²*Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Cerrahi*

Amaç: Teknolojinin sunduğu yeniliklerin güncel cerrahiye uyarlanması.
Yöntem: 5 mm lik bir adet standart port göbek altından girildi. Subksofoid bölgeden ve sağ orta kadrandan 2 adet Percuvance cerrahi sistem (2,9 mm) perkutan karına yerleştirildi. 5 mm'lik trokardan ilerletilen şafta gerekli uç ekstrakorporal monte edilerek karın içine tekrar alındı. Böylelikle 5 mm'lik konvansiyonel alet direnci elde edildi. Endobag ile kesenin çıkarılması için göbek altı kesiden bir 5 mm'lik port daha yerleştirildi. Kolesistektomi iki 3 mm'lik perkutan giriş ve bir umbilikal insizyon ile tamamlandı.

Bulgular: Hastanın 24. saat VAS skoru 0 olarak tesbit edilmiş, post-op 1. gün sorunsuz taburcu edilmiştir.

Sonuç: Çapları 3 mm'nin altında olan, konvansiyonel aletlerin direncine sahip bu aletler daha az invaziv ve daha az travmatiktir. Estetik, ağrı ve trokar yeri fitiği kaygısı cerrahları minimal invaziv cerrahiye yönlendirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Percuans, Laparoskopik, Kolesistektomi

VB-15

PİLONİDAL SİNÜSE MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM: ENDOSKOPIK PİLONİDAL SİNÜS TEDAVİSİ (E. P. Sİ. T.)**Babek Tabandeh, Taner Oruç, Ebru Asmaz, Volkan Turunc***Bahçeşehir Üniversitesi Göztepe Medical Park Hastanesi*

Amaç: Pilonidal sinüs, özellikle sakrokoksigeal bölgede sık karşılaşılan kronik bir hastalıktır. Hastalığın tedavi seçenekleri arasında cerrahi yöntemler önemli bir yer tutmaktadır. Günümüzde birçok cerrahi teknik kullanılmakta olmasına rağmen halen nükslerin varlığı yeni tedavi yöntemlerinin arayışına neden olmaktadır. Bu yöntemler arasında sinüs kavitesinin elektirikselleştirme veya kimyasal yöntemlerle ablasyonu en sık kullanılanlardır. Endoskopik pilonidal sinüs tedavisinin amacı endoskopik yaklaşımla sinüs endotelinin direk görüşü altında tamamen ortadan kaldırılmasıdır.

Yöntem: Anestezi uygulamasından sonra prone pozisyonunda sinüsün kavitesi izotonik solüsyonu irrigasyonları eşliğinde eksplere edilir ve içindeki kıl ve debrisin tamamen kürete edildiğinden emin olunur. Daha sonra skopi eşliğinde sinüs endotelinin lazer ile tamamen ablasyonu sağlanır. İşlem için NeoV1470 Diode Laser (Diode: 1470nm12W Rating: 19Vdc, 5A Aiming Beam: 635-650nm<5 mW) ve R. WOLF Pediatric Cystoscope dual port & working channel 8626,431 Cystoscope kullanılır.

Bulgular: Sinüsün körlemesine küretaj ve fırça ile debridmanı sonrası yaptığımız endoskopilerde kavitenin tamamen temizlenmemiş olabileceği görülmektedir. Ayrıca kavite içi körlemesine lazer ablasyonu sonrası yapılan endoskopilerde de yanmamış endotel kalıntılarına rastlanmaktadır. Endoskopi eşliğinde yapılan debridman ve lazer ablasyonunda ise sinüste remnantın kalması ve duvar endotelinin tam yanmama olasılığı ortadan kalkmaktadır. Klinik gözlemimize göre postoperatif dönemde hastanın analjezik ihtiyacı azalmakta, normal günlük aktivite ve işe dönüş zamanı kısalmaktadır. Endoskopik tekniğin kullanılması sinüs kavitesi içindeki kıl ve debrisin tamamen temizlenmesine ve kavitenin tüm duvarlarının lazer ile ablasyonuna olanak sağladığı için nüksün azaldığı gözlenmiştir. Ayrıca cerrahi kesi küçük olduğu için uzun dönemde daha az cerrahi skar oluşumu izlenmektedir.

Sonuç: Endoskopik pilonidal sinüs tedavisi minimal invaziv bir yöntem olduğu için daha az doku hasarı yaratmaktadır. Bu tekniğin daha küçük cerrahi kesi, daha az ağrı olması, daha erken günlük aktiviteye dönüş gibi erken dönem avantajları ayrıca minimal cerrahi skar oluşumu ile kabul edilebilir nüks olasılığı gibi uzun dönem avantajları olduğunu düşünmekteyiz. Gözlemlerimize göre pilonidal sinüs tedavisinde endoskopik tekniğin kullanılması etkili bir tedavi yöntemidir, kesin sonuçlara ulaşılabilmesi için ileri klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: pilonidal sinüs, endoskopi, fistüloskop

LAPAROSKOPIK ACİL CERRAHİ

VB-16

LAPAROSKOPIK MECKEL DİVERTİKÜL EKSIZYONU**Kamil Erözkan, Hasan Yaşar, Tayfun Yoldaş, Taylan Özgür Sezer, Cemil Çalışkan***Ege Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir*

Giriş: Meckel divertikülü gastrointestinal sistemin en sık rastlanan konjenital anomalisidir. Vitellin kanalının eksik kalan obliterasyonundan kaynaklanır ve ince bağırsağın gerçek divertikülüdür. Meckel divertikülleri nadirdir ve özellikle erişkinlerde klinik olarak sessiz seyreder. Semptomatik olduğunda, Meckel divertikülü, karın ağrısı, gastrointestinal kanama veya bağırsak tıkanıklığı semptomlarıyla birlikte görülebilir. Biz de acil servisi-mize karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastamızın laparoskopik rezeksiyonunu sunmayı amaçladık.

Olgu: 34 yaşında erkek hasta, 2 günlük karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Bilinen ek hastalığı ve geçirilmiş operasyon öyküsü olmayan hastanın yapılan fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound saptandı. Acil serviste, hastanın biyokimyasal değerlendirmesinde CRP yüksekliği ve lökositoz tespit edildi. Hastaya çekilen bilgisayarlı tomografide proksimal ileal anslar düzeyinde meckel divertikülü ile uyumlu görünüm, komşu mezenterik yağ planlarında inflamasyon bulguları, büyümüş lenf bezleri ve divertikül duvarında kalınlık artışı divertikülit lehine düşüldü. Hastaya öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntülemeler sonucunda meckel divertiküliti ön tanısıyla explorasyon kararı alındı. Operasyonda ileoçekal valve yaklaşık 80 cm uzaklıkta, ince barsağın antimezenterik yüzünde yaklaşık 3 cm'lik uzunluğunda 1,5 cm taban genişliği olan meckel divertikülü inflamasyon olarak görüldü. İnflamasyon daha çok proksimal uçta izlendi. Perforasyon izlenmedi. Divertikül tabanına 60 mm ince doku endoskopik lineer stapler ile rezeksiyonu uygulandı. Piyes endocatch ile batın dışına alındı. Postoperatif 1. günde oral alımı açılan hasta postoperatif 3. günde komplikasyonsuz eksterne edildi. Operasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde cerrahi sınırın temiz, malign yada ektopik doku herhangi bir dokunun olmadığı bildirilmiş olup, akut inflamasyon saptanmıştır.

Sonuç: Meckel divertikülünde, divertikül tabanından yapılan laparoskopik rezeksiyon güvenli ve etkin bir şekilde uygulanabilmektedir. Negatif cerrahi sınır elde edilmesi ve lümeninde obstrüksiyon yaratacak darlık gelişmesine dikkat edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik rezeksiyon, meckel divertiküliti, laparoskopik divertikülektomi

VB-17

GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖRE BAĞLI İLEUS, LAPAROSKOPIK REZEKSİYON, VIDEO SUNUMU**Mehmet Fatih Korkmaz, Ahmet Aslan, Sertaç Usta, Koray Karabulut***Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ*

Amaç: Tıkayıcı ince barsak tümörüne bağlı ileus tanılı hastada, acil laparoskopik eksplorasyon ve ince barsak rezeksiyonunun sunulması amaçlandı.

Olgu: Bulantı, kusma, karın ağrısı ve kabızlık şikayetleri olan 58 yaşında kadın hastada; ayakta direkt karın grafisinde hava sıvı seviyeleri görüldü. İleus ön tanısı ile çekilen karın tomografi, de ileum lokalizasyonuna uyan ince barsakta lümeni tama yakın tıkayan, kontrastlanan kitle ile birlikte proksimalindeki ansların dilate, distalinin kollabe olduğu görüldü. Göbek üstünden girilen kamera portu ve her iki tarafından girilen çalışma portları ve açılı teleskop kullanılarak yapılan yapılan eksplorasyonda, proksimal jejunal ansların dilate olduğu görüldü. İleoçekal bölgenin yaklaşık 50. cm proksimalinde ileum lümenini tıkayan, serozaya ulaşmamış kitle olduğu anlaşıldı. Kitle distalindeki ileum anısı kollabe idi. Batın içinde serbest sıvı yoktu. Karın içi diğer organlarda patoloji saptanmadı. Rezeksiyon planlandı. Rezeke edilecek segment koter yardımı ile işaretlendi. Pfannenstiel kesisi ile tümörün olduğu barsak anısı; yara koruyucu yerleştirilerek batın dışına alındı ve 30 cm uzunluğunda bağırsak rezeke edildikten sonra tek tek dikişler konarak, ekstrakorporal olarak anastomoz yapıldı. Ameliyata

komplikeasyonsuz son verildi. Ameliyat sonrası birinci gün ağızdan gıda başlanan hasta, ikinci gün sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahi, minimal invaziv cerrahinin bilinen avantajlarından faydalanmak amacıyla, ince barsak tümörlerine bağlı ileus gelişmiş hastalarda, acil eksplorasyon ve rezeksiyon amacıyla kullanılabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik acil cerrahi, ileus, intestinal tümör

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

VB-18

LAPAROSKOPIK DALAK KORUYUCU DİSTAL PANKREATEKTOMİ

Bülent Gürbüz, Serkan Zenger, Orhan Bilge

VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Pankreas cerrahisi, anatomik lokasyonu ve ilişkileri nedeni ile sindirim sistemi cerrahisinde en zorlu alanlardan biridir ve hala yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Pankreas cerrahisi genellikle açık cerrahi yöntemle gerçekleştirilmesine rağmen laparoskopik cerrahide giderek artan tecrübe ve yeni teknolojik cihazların varlığı, artan sayıda laparoskopik pankreas cerrahisi işlemlerine olanak sağlamaktadır.

Distal pankreas cerrahisi pankreas gövdesinin splenik arter ve ven ile yakın ilişkisi nedeni ile sıklıkla splenektomi işlemi ile birlikte yapılmaktadır. Pankreas distalinin etkilenmiş olduğu kronik pankreatitli hastalarda inflamasyon sürecine bağlı olarak veya distal yerleşimli bir tümörde anatomik komşuluklar nedeni ile dalağın rezeksiyonu kaçınılmaz olabilmektedir. Ancak hastanın savunma sisteminin önemli parçası olan dalağın bu işlem esnasında onkolojik prensiplere uygun olarak korunması ve böylelikle hastanın karşı karşıya kalacağı hematolojik ve immünolojik risklerin önüne geçilmesi dalak koruyucu distal pankreatektominin temelini oluşturmaktadır.

Olgu: Yaklaşık 1 yıl önce meme kanseri nedeni ile bilateral mastektomi öyküsü olan 55 yaşında kadın hastanın, rutin tarama tetkikleri esnasında Mr görüntülemesinde pankreas korpus-kuyruk bileşkesinde kistik yapı tespit edilmiş. CA 19,9 değeri 60,81 U/ml (normal: < 30,9) saptanmış. Yapılan endoskopik ultrasonografide kistik kitle doğrulanmış. Takip önerilen hasta, geçirmiş olduğu malignite öyküsünden dolayı, eksizyon istemesi üzerine laparoskopik dalak koruyucu distal pankreatektomi ameliyatı yapıldı. Ameliyat 4 trokar girilerek yapıldı. Ameliyat süresi 130 dakika, kanama miktarı yaklaşık 20 ml idi. Pankreas transeksiyonu 60 mm lik EndoGIA ile yapıldı ve piyes endobag yardımı ile 12 mm lik trokar yerinden karın dışarısına alındı. Post operatif dönemde kan şekeri regüle seyretti. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta ameliyat sonrası 3. gününde taburcu edildi. Patoloji sonucu grade 2 nöroendokrin tümör ile uyumlu gelen hasta, tümör konseyinde tartışıldı ve herhangi bir tedavi verilmeden takibine karar verildi.

Sonuç: Distal pankreas cerrahisinde postoperatif iyileşmenin hızlı olması, kozmetik nedenler gibi sebeplerle laparoskopik cerrahi uygulanmalıdır. Onkolojik prensiplere bağlı olarak, hematolojik ve immünolojik olarak önemli bir organ olan dalağın, anatomik ve cerrahi imkanlar fırsat verdiği ölçüde korunması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dalak, laparoskopik, pankreas

VB-19

PANKREASTA İZOLE KİST HİDATİK VE LAPAROSKOPIK CERRAHİ TEDAVİSİ

Bülent Gürbüz¹, Serkan Zenger¹, Mustafa Arısoy¹, Şenol Canıllı¹, Aydın Alper²

¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Kist hidatik hastalığı (KHH), arasında ülkemizde olduğu bazı bölgelerde endemik olarak görülebilen, Echinococcus Granulosus (EG) adındaki bir parazitoz tarafından meydana gelen bir hastalıktır. Parazitin asıl konakları köpek, kurt, tilki olup, bunların dışkıları ile kontamine olan

gıdalarla beslenen koyun, fare, geyik gibi ara konaklardır. Bu ara konaklar aracılığı ile de insanlara bulaşır Parazit ağız yolu ile alındıktan sonra duodenum mukozasından penetre olur ve portal venöz ve lenfatik dolaşım yolu ile ilk olarak karaciğere ulaşır. Bu nedenle hastalığın en sık görüldüğü yer bu ilk ulaştığı organ olan karaciğerdir. Karaciğer bir filtreleme görevi yapar ve parazitlerin sistemik dolaşıma geçmesine engel olur. Ancak yine de sistemik dolaşıma geçen parazitlerin ikinci ulaşacağı organ akciğerdir ve hastalık 2. sıklıkla burada görülür. Akciğerde bir filtreleme görevi yapmasına rağmen sistemik dolaşıma geçen parazitler diğer organ ve dokularda tutulum yapabilirler. Diğer organ ve dokularda, bu anlatılan sebeplerden dolayı, karaciğer ve/veya akciğer tutulumu olmaksızın izole tutulum olması oldukça nadirdir. Bu sunumumuzda izole pankreas tutulumu olan bir kist hidatik vakasını ve bunun laparoskopik cerrahi ile minimal invaziv yöntemle tedavisini sunacağız.

Olgu: 56 yaşında bayan hasta yaklaşık 2 yıldır aralıklı olarak devam eden epigastrik ağrı nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde panik atak ve lomber disk hernisi öyküsü dışında özellikler saptanmadı MR görüntülemesinde pankreas başında, duodenum 2-3 kıta komşuluğunda yaklaşık 7 cm çapında kistik görünümde kitle saptandı. Laboratuvar incelemelerinde CA19,9, CEA, karaciğer enzimleri, pankreas enzimleri, tam kan sayımı normal olarak saptandı.

Görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar tetkiklerinin değerlendirmesi sonucu hastaya KHH nedeni ile albendazol 800 mg/gün tedavisi başlandı. Hastanın 3 ay sonra yapılan kontrol görüntülemesinde kitlenin küçülmemesi ve hastanın semptomlarının devam etmesi üzerine hastaya laparoskopik pankreas cerrahisi işlemi planlandı.

Genel anestezi altındaki hastaya 4 adet port ile girildi. Gastrokolik ligaman açıldı ve kistik kitleye ulaşıldı. Kist açıldı ve içeriği aspire edildi. Serum sale ile içeriği yıkanan kistin içeriği ve duvar yapısı aspire edildi, 1 adet aspiratif dren yerleştirildi. Ameliyat sonrası 3. gününde herhangi bir şikayeti olmayan hasta, albendazole 800 mg/gün tedavisi ile taburcu edildi.

Tartışma: Kist hidatik tedavisinde en iyi tedavi yöntemi cerrahi ve sonrasında antihelmintik ilaç tedavisidir. En iyi cerrahi yöntem kistin total olarak çıkarılmasıdır. Ancak kistin anatomik lokasyonuna göre cerrahi teknik farklılıklar gösterebilir. KHH da parsiyel kistektomi, total kistektomi, distal pankreatektomi, enüklüasyon, pakreatikoduodenektomi gibi yöntemler belirtilmiştir. Minimal invaziv olarak laparoskopik cerrahi girişim postoperatif morbidite oranının düşüklüğü nedeni ile akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik, laparoskopik, pankreas

VB-20

LAPAROSKOPIK SEGMENT 2,3 REZEKSİYONU VE TRANSVAGİNAL SPESMEN EKSTRAKSİYONU

Fatih Sümer, Cüneyt Kayaalp

İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Son yıllarda laparoskopik cerrahi deneyimlerin artması cerrahide ileri laparaskopinin kullanımını dahada yaygınlaştırmıştır. Karaciğer cerrahisinde laparoskopik daha az kullanılsa da ülkemizde de giderek yaygınlaşmaktadır. Karın ağrısı nedeni ile tetkik edilen ve abdomen tomografisinde karaciğer sol lobda kitle tesbit edilen 42 yaşında bayan hastada yapılan biyopsi sonucu Nöroendokrin tümör olarak geldi. Primer tümör odağı belirlenemeyen hastaya Ga-68 Dotatate tüm vücut taraması yapıldı. Primer odak belirlenemeyen hasta karaciğer segment 2,3 rezeksiyonu yapılmak üzere operasyona hazırlandı. Hastayla preoperatif laparoskopik cerrahi ve spesmenin transvaginal çıkarılabileceği konuşularak onam alındı. Hastaya Laparoskopik segment 2,3 rezeksiyonu ve transvaginal spesmen ekstraksiyonu yapıldı (Resim 1). Hasta postoperatif 5. gün sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç: Karaciğer rezeksiyonu yapılacak hastalarda laparoskopik rezeksiyon ve doğal deliklerden spesmen çıkarılması postoperatif ağrının daha az olması ve kozmetik açıdan avantajlı bir yol olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, Karaciğer, NOSE



Resim 1. Transvaginal Çıkarılan Karaciğer Segment 2-3

VB-21

KARACİĞER KİSTADENOMUNDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Mustafa Arısoy, Serkan Zenger, Orhan Bilge

Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, İstanbul

Amaç: Karaciğer kistadenomları karaciğerin ender görülen kistik lezyonlardır. Yavaş büyüyen, septasyonlu büyük kistler oluşturma eğilimi gösteren tümörlerdir. Safra kanalı tümörlerinin %5 inden azına tekabül eder. Genellikle orta yaş kadınlarda görülür. Etiyoloji tam bilinmemekle birlikte kist duvarının müsin salgılayan kolumnar epitel ile döşeli olmasından dolayı bunun embriyonik gelişimde safra kanallarını oluşturan ön barsağın distal kısmı ile hepatik divertikülün kaudal parçasının birleşme defektinden kaynaklandığı, ortaya çıkan kistik yapıların bu lezyonların gelişmesine neden olduğunu düşünülmektedir. Benign hastalık olmasına rağmen malign transformasyon ve nöks ihtimali yüksek olduğu için tam eksizyon ya da entüleksiyonun tedavide ilk tercih olması sıklıkla önerilmektedir. Ancak santral yerleşimli, ana vasküler ve biliyer yapılara yakın lezyonlarda sınırlı rezeksiyonlar da mümkün görülmektedir. Bildirimizde karaciğer hilusa yakın konumda yerleşik 13,5 cm çapındaki kistik lezyona yönelik laparoskopik unroofing ve kist duvarına argon ile koterizasyon uyguladığımız hastayı sunmayı amaçladık

Olgu sunumu: 39 yaşında kadın hasta genel cerrahi polikliniğine uzun süredir mevcut olan karında şişlik ve son 2 haftadır karın ağrısı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinden tip 1 Diabetes mellitus ve sezeryan ile doğum öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde batın sağ üst kadranda kot kavsini aşan, ele gelen kitlesel lezyonu mevcuttu. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede karaciğer segment IV yerleşimli ince septasyonlu ve hafif yoğun içerikli, ilk planda kist hidatik ile uyumlu olabilecek komplike kistik lezyon bulundu. Batın MR değerlendirmesinde karaciğer porta hepatik düzeyinde yerleşimli 13,5 cm çapında kistik lezyon ön planda geniş koledokal kist ya da hidatik kist lehine yorumlandı. Serum total bilirubin 0,53 mg/dl, SGOT 15 U/L, SGPT 19 U/L, GGT 18 U/L, ALP 50 U/L olarak bulundu. Tümör belirteçlerinde özellik saptanmadı. Ekinokok için yapılan serolojik testler negatif olarak değerlendirildi. Genel anestezi altında 3 port ile batına girildi. Eksplozasyonda karaciğer segment 4B yerleşimli ekzofitik kalın duvarlı kist saptandı. Kist sıvısı aspire edilip örnek alındı. Ligasure ile kist duvanı açıldı ve unroofing yapıldı. Kist duvarlarında kanama kontrolü sağlandı. Duvarında bir bölgede safra sızıntısı görüldü ve bu bölge 3/0 Vicryl ile oblitere edildi. Kist duvarları endocatch içinde batın dışına alındı. Kanama kontrolünü takiben loja 1 adet dren konulup ameli-

yat sonlandırıldı. Histopatolojik değerlendirme hepatobiliyer kistadenom ile uyumlu olarak geldi. Kist sıvısında displastik, malign hücre görülmedi. Kist sıvısında CEA (142 ng/ml). CA19-9 (9 U/ml.) olarak bulundu.

Sonuç: Biliyer müsinöz kistadenomlar nadir görülür. Displazi görülebilir. Malign transformasyon gelişme riski yüksektir. Bu nedenle tedavide ilk planda radikal cerrahi eksizyon önerilir. Ancak total eksizyon uygulanamayan hastalarda parsiyel rezeksiyon da uygulanabilir. Laparoskopik de bu amaçla efektif olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: karaciğer, kistadenom, laparoskopik

VB-22

KARACİĞER KİST HİDATİĞİNDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Serkan Zenger, Bülent Gürbüz, Erman Sobutay, Şenol Canıllı, Aydın Alper

VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Echinococcus granulosus'un neden olduğu kist hidatik, ülkemiz gibi endemik bölgelerde sık görülen, morbidite ve mortaliteye neden olan bir hastalıktır. Canlı skolekslerin kist içinden uzaklaştırılması cerrahi tedavinin temelini oluşturmaktadır. Minimal invaziv yöntemlerin gelişmesiyle birlikte laparoskopik kist hidatik cerrahisi de uygun hastalarda güvenle yapılabilmektedir. Bu sunumda, iki farklı hastaya uyguladığımız laparoskopik kist hidatik cerrahisi yöntemimizi paylaşmak istedik.

Olgu: İlk olgumuz, 48 yaşında kadın hasta, 2 ay önce başlayan karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 2013 yılında uterus myomu nedeniyle myomektomi mevcuttu. Tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) karaciğerde 4 adet kist hidatik ile uyumlu görünüm tespit edildi. İkinci olgumuz ise 35 yaşında erkek hasta, karın ağrısı şikayeti ile yapılan tüm abdomen BT'de karaciğerde yaklaşık 8 cm boyutunda kist hidatik ile uyumlu görünüm tespit edildi. Her iki hastaya da 2 ay albendazole tedavisi sonrasında laparoskopik cerrahi uygulandı. İntraoperatif ultrason kullanılarak kistlerin yerleri ve içerikleri kontrol edildikten sonra %25 NaCl enjeksiyonu uygulanıp 15 dakika beklendikten sonra kist ligasure ile açılarak içeriği aspire edildi ve germinatif membranlar endobag ile batın dışına alındı. İlk olguda, kist duvanı kontrol edildi ve safra kaçağı olmadığı gözlemlendi. İkinci olguda ise kistik içeriğin safralı olduğu görüldü, kist loju serum fizyolojik ve oksijenli su ile yıkandıktan sonra belirgin bir kaçak tespit edilmedi. Her iki olguda da dren konularak ameliyat sonlandırıldı.

Sonuç: Minimal invaziv cerrahi yöntemler birçok alanda olduğu gibi karaciğer kist hidatiğinin cerrahi tedavisi için de sıklıkla uygulanmaktadır. Bazı olgularda intraoperatif USG kullanımı gerekebilir. Kist içeriğinin safralı olması durumunda safra kanalının kavite ile olan ilişkisi değerlendirilmeli, kaçak tespit edilirse gerekli müdahale (sütür, klip veya doku yapıştırıcı) ile sorun ortadan kaldırılmalıdır. Uygun hastalarda ve tecrübeli merkezlerde karaciğer kist hidatiği için laparoskopik cerrahi tedavi uygulanabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, Kist Hidatik, Laparoskopik

VB-23

REM NANT SAFRA KESESİ İÇİN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Timuçin Erol, Osman Abbasoğlu

Memorial Ankara Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü

Amaç: Kolesistektomi yapılmasına karşın, safra kesesinin tam çıkarılamaması ve remnat (kalıntı) safra kesesinde taş oluşumu, post kolesistektomi sendromu nedenlerindendir. Teknik olarak zor olmasına rağmen laparoskopik yaklaşım ile kolesistektominin tamamlanması mümkün olabilmektedir.

Yöntem: Altı yıl önce semptomatik kolelitiazis nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yapılan otuz iki yaşındaki kadın hastada laparoskopik olarak kolesistektominin tamamlanması vakası sunulmaktadır. Hasta şiddetli sağ üst kadranda ağrısı baş vurmuş yapılan ultrasonografi ve magnetik rezonans kolanjiopankreatikografide kalıntı safra kesesi içerisinde çok sayıda taş tespit edilmiştir.

Sonuç: Hastaya kalıntı safra kesesine yönelik laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta bir gün sonra taburcu edildi. Patoloji raporu 45 mm uzunluğundaki spesimende safra kesesinde taşlar ve kese duvarında kronik inflamasyon olarak rapor edildi.

Anahtar Kelimeler: Kolelitiazis, laparoskopik kolesistektomi, remnant safra kesesi,

VB-24

KARACİĞER HEMANJİOMU NEDENİYLE YAPILAN LAPAROSKOPIK LATERAL SOL HEPATEKTOMİ

Serdar Gümüş, Bahri Çakabay, Özcem Öfkeli, Mehmet Babür, Mehmet Ali Can, Mehmet Ali Açıkgöz

Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Diyarbakır

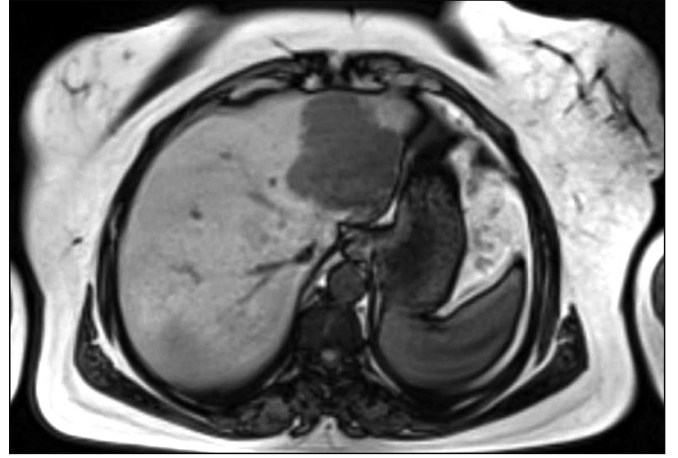
Amaç: Bu yazımızda 47 yaşında karaciğerindeki multipl sayıda hemanjiom nedeniyle 5 yıldır takip edilen kadın hastaya uygulanan laparoskopik lateral sol hepatektomiye sunmayı amaçladık.

Olgu: Karaciğer hemanjiomları nedeniyle 5 yıldır takip edilen hastada son 6 aydır erken doyma hissi, karın ağrısı ve kusma şikayetleri gelişmiş. Hastaya ultrasonografi, dinamik bilgisayarlı batın tomografisi ve manyetik rezonans görüntülemeleri yapıldı. Her iki karaciğer loblarında çok sayıda hemanjiomun olduğu görüldü. Karaciğer segment 2 ve 3'teki hemanjiomun 9 cm boyutuna kadar büyüdüğü ve mideye bası yaptığı saptandı. Endoskopisinde mideye dışardan bası yapan kitle imajı görüldü ve cerrahiye karar verildi. Preoperatif laboratuvar parametreleri normal idi.

Operasyon 5 torakar ile gerçekleştirildi. Bir adet göbek üstünden kamera için girilen 10 mm'lik torakardan batın explore edildi. Daha sonra çalışma portları; 12 mm'lik torakar sağ midklavikular hattın, 5 mm'lik sol midklavikular hattın, 5 mm'lik sol ön aksiller hattın girildi. 5 mm'lik torakar xisphoid altından karaciğeri ekartörü için girildi ve çıkarılıp buradan karaciğer ekartörü yerleştirildi. Falciform ligamant açılmak suretiyle diseksiyona başlandı. Daha sonra sol trianguler liganet disseke edildi. Karaciğer sol lob ile diafragma arasındaki bağlar ayrıldı. Karaciğer inferiorundan, vena kavanın üzerinden liganentum venozum açılmak suretiyle vena kava üzerindeki bağlar disseke edildi ve karaciğer rezeksiyona uygun hale getirildi. Daha sonra ultrasonik ve bipolar enerji cihazları ile karaciğer lateral sol segmentektomiye başlandı. Vasküler yapılar Endo GIA ile rezeke edilip hepatektomi tamamlandı. Operasyon lojuna bir adet dren yerleştirilip piyes organ torbasına konularak umbilikustaki 10 mm'lik port yeri genişletilmek sureti ile batın dışına alındı ve operasyon sonlandırıldı.

Sonuç: Hemanjiomlar en çok cilt ve karaciğeri etkilerler. Yetişkinlerde insidansı %2-4 civarındadır. Karaciğerin en sık benign solid tümörüdür. Kadınlarda erkeklere göre 5 kat daha fazla görülür. Çapları genellikle 4-5'cm den küçük olmakla birlikte hastaların %20'sinde multiple sayıda bulunurlar. Genellikle sağ hepatik lobta bulunurlar. Daha çok başka bir nedenle yapılan ultrasonografide rastlantısal olarak saptanırlar. İlk saptandıktan sonra 6. ay ve 12 aylarda ultrasonografik kontrol önerilmektedir. Çap büyümesi olanlara yıllık ultrasonografi takipleri önerilmektedir. Hemanjiomlar genelde asemptomatikler ve tedavi gerektirmezler. Ancak safra yollarına ya da gastrointestinal sisteme basıya bağlı semptomlara neden olabilirler. Büyüme paterninde olanlar ve özellikle 10 cm üzerinde olanlara tedavi önerilebilir. Büyüme paterninde olanlar spotdan rüptür, intramural kanama ve yüksek debili kalp yetmezliği gelişme riskleri nedeniyle dikkatle takip edilmeli ve semptomatik olanlar tedavi edilmelidir. Tedavisinde genel olarak arteriyel embolizasyon ve cerrahi tedavi modaliteleri mevcuttur. Günümüzde laparoskopik cerrahi tedavilerdeki başarılar sayesinde uygun hemanjiom vakalarının minimal invaziv olarak tedavi edilebilmesi olanak bulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, Hemanjiom, Laparoskopi



Resim 1. MRI görüntüsü

VB-25

PANKREATİK KİST HİDATİĞE LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Kemal Gündoğdu², Enis Dikicier², Fehmi Çelebi¹

¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Kist hidatik gelişmemiş ve gelişmekte olan toplumlarda büyük bir sağlık problemidir. Echinococcus parazitine bağlı ortaya çıkan bir zoonozdur. İnsanda karaciğer, akciğer en sık görülen lokalizasyondur. Pankreas kist hidatigi çok nadir görülmekle birlikte pankreasın diğer lezyonları açısından değerlendirilmelidir. Bu video sunumunda 33 yaşında erkek olguda saptanan pankreatik kist hidatige laparoskopik yaklaşımdan bahsedilecektir.

Video sunumu: Otuz üç yaşında erkek hasta 4 aydan beri devam eden nonspesifik karın ağrısı ve kilo kaybı şikayetleri başvurdu. Fizik muayenesinde sol üst kadranda kitle lezyonu saptandı. Yapılan görüntüleme tetkikleri sonrası pankreas kuyruk kesiminde 12x10 cm'lik multiloküle lezyon izlendi. Ayrıca karaciğer segment 3-4 bileşkesinde 4x3 cm'lik Gharbi Tip-5 kist hidatik mevcuttu. Karaciğerdeki lezyon nedeniyle pankreastaki lezyonun öncelikle kist hidatik olduğu düşünüldü. Hazırlıklar sonrası hasta operasyona alındı. Umbilikus 11 mm kamera portu, 1 adet 10 mm, 2 adet 5 mm port girildi. Gastrokolik ligament açılarak kitle ortaya koyuldu. Pankreas kapsülü açılarak anterior ve posteriordan serbestlendi. Splenik hilusun lezyon ve dens adezyonlar nedeniyle gözlenmesi üzerine operasyona splenektomi ekleme kararı verildi. Splenik arter ve ven dönüldü, kliplendi ve kesildi. Pankreas ve kitle sınırı belirlenip endoskopik stapler ile kesildi. Dalak ligamanlarından enerji cihazları ile ayrılarak piyese dahil edildi. Operasyon sonrası açılan piyesin içinde kist hidatige ait kız veziküller gözlemlendi. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 3. gün taburcu edildi. Albendazol tedavisi başlanan hastanın takipleri devam etmektedir.

Sonuç: Pankreatik kist hidatik diğer gözlenen lokalizasyonlara göre %1 sıklıkta gözlenmektedir. Cerrahi tedavisinde birçok prosedür tanımlanmıştır. Laparoskopik distal pankreatektomi seçilmiş hastalarda açık konvansiyonel cerrahiye alternatif olarak güvenli bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik, laparoskopi, pankreas

FİTİK CERRAHİSİ

VB-26

MİNİ-LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri², Engin Hatipoğlu¹¹İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi en sık yapılan sindirim sistemi cerrahisidir. Mini-laparoskopi, konvansiyonel laparoskopik cerrahiye göre daha az invaziv özellikler taşımaktadır. Özel üretim, çapı düşürülmüş aletlerle gerçekleştirdiğimiz laparoskopik kolesistektomi ameliyatının videou-sunu sunuyoruz. Bu çalışmanın amacı, tekniğin güvenle uygulanabilirliğinin gösterilmesidir.

Yöntem: Hastaya; göbekten yan yana iki ayrı kesiden 10 ve 5 mm trokarlar, epigastriumdan perkütan Teleflex Minilap® hook ve sağ üst kadrandan perkütan Teleflex Minilap® Alligator grasper girilerek ameliyat gerçekleştirilmiş ve 25 dakikada sorunsuz olarak bitirilmiştir.

Bulgular: Hasta postop 1. gün sorunsuz olarak taburcu edilmiştir. Hastanın postop ağrı için yapılan VAS skorları 1–6–24 saatler için sırasıyla 3–1–0 olarak kaydedilmiştir. Skar açısından hasta memnuniyeti yüksek olarak saptanmıştır.

Sonuç: Mini laparoskopi aletleri trokarsız kullanabilmeleri nedeniyle daha az travmatiktir. Konvansiyel aletlerin sağladığı direnç ve kuvvete sahiptirler. Çapları 3 mm altındadır. Bu nedenle yara yeri ağrısı ve skar daha azdır. Mini aletlerin kullanımı, daha az ağrı ve skar oluşturmaları nedeniyle bir avantaj olarak görülmüştür. Kesin sonuçlar için karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: kolesistektomi, laparoskopi, minimal invaziv

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

VB-27

LAPAROSKOPİK KARACİĞER SEGMENTEKTOMİ

Serkan Zenger, Bülent Gürbüz, Ender Anılır, Erman Sobutay, Orhan Bilge

VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Teknolojideki gelişmelere paralel olarak karaciğerdeki tümör lezyonlara laparoskopik cerrahi uygulamak mümkün hale gelmiştir. Ancak bu işlemin uygulanabilmesi için uygun hasta seçimi ve tecrübeli ekipler gerekmektedir. Bu olgu sunumunda, zor yerleşimli tümöral bir kitle nedeniyle laparoskopik karaciğer segmentektomi yöntemini paylaşmak istedik.

Olgu: 69 yaşında erkek hasta rutin kontroller esnasında karaciğerde kitle saptanması üzerine tarafımıza başvurdu. Bilinen bir karaciğer rahatsızlığı olmayan hastanın fizik muayenesinde herhangi bir özellik saptanmadı. Laboratuvar testlerinde karaciğer enzimleri ve tümör markerları normaldi. Tüm abdomen MR'da karaciğer segmenti 4b'de 22 mm çapında fokal lezyon saptandı. Karaciğer tru-cut biyopsisi sonucunda hepatoselüler karsinom (HCC) olduğu tespit edilince ameliyat kararı alındı.

Laparoskopik eksplorasyon yapıldıktan sonra intraoperatif ultrason kullanılarak segment 4b ile segment 3 arasındaki 2 cm boyutundaki kitle tespit edildi. Laparoskopik bipolar koterizasyon cihazı (Habib®) kullanılarak karaciğer parankimi kesildi. Kitlenin bulunduğu segment 4b ve 3 rezeke edildikten sonra karaciğer parankimi Habib® ile 2 cm derinliğine kadar koterize edildi. Piyes endo-bag ile umblikustaki insizyondan batın dışına alındı. Ameliyat sonrası 4. gün sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Patoloji sonucu orta derecede differansiye HCC olarak rapor edilen hastaya ek tedavi gereksinimi olmadı.

Sonuç: Laparoskopik karaciğer cerrahisi teknik olarak zor ve tecrübe gerektiren bir işlemdir. Teknolojideki gelişmeleri kullanarak işlemin zorluk derecesi bir miktar azaltılabilir. Minimal invaziv girişimlerin avantajlarından faydalanabilmek için deneyimli ekipler tarafından, uygun hastalarda laparoskopik karaciğer cerrahisinin ön planda düşünülmesi gereken bir yaklaşım olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Hepatoselüler karsinom, Karaciğer, Laparoskopi, Segmentektomi

VB-28

PANKREAS PSÖDOKİSTİ OLAN HASTADA LAPAROSKOPİK KİSTOJEJUNOSTOMİ; OLGU SUNUMU

Enes Şahin, Fahrettin Acar, Bayram Çolak, Mustafa Şahin

Selçuk Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Pankreas Psödokist tedavisinde günümüzde farklı seçenekler mevcuttur. Laparoskopik cerrahi, uygun hastalarda erken düzelme ve kalıcı tedavi sağlamaktadır. Biz pankreas psödokisti olan bir hastamızda laparoskopik kistojejunostomi prosedürünü sunmayı amaçladık.

Olgu: Altmışdört yaşında erkek hasta, 5 ay önce kliniğimizde akut pankreatit tanısı ile yatırılıp tedavi edildi. Taburculuk sonrası takiplerinde karın ağrısı, bulantı kusma şikayetleri geçmeyen hastanın yapılan tetkiklerinde pankreas gövde kesiminde 6x5 cm ebatında pankreas psödokisti ile uyumlu lezyon tespit edildi. Serolojik, biyokimyasal ve sitolojik inceleme için girişimsel radyoloji tarafından örnek alındı. Sitoloji sonucu; amorf madde, pankreas dokusu geldi. Aspirasyon sıvısından çalışılan serolojik markerları (CEA, CA19-9) normal gelen hastanın amilaz değeri 24,000 U/L olarak geldi. Semptomatik psödokist tanısı koyulan hasta opere edildi. Laparoskopik olarak gastrokolik omentum açılarak pankreasa ulaşıldı ancak kist yapısı daha aşağı yerleşmişti. Transvers kolon kaldırılarak psödokist tespit edildi. Kistin yerleşimi sebebi ile kistogastrostominin uygun olmayacağına karar verildi ve kist tepesi eksize edildikten sonra el ile uç-yan olacak şekilde 60. cm'den jejunum anısı çekilerek kistojejunostomi uygulandı. Kistojejunostomi yapılan hastanın ameliyatı 60 dakika sürdü. Hasta postoperatif 6. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Akut pankreatit sonrası sık görülen bir komplikasyon olan psödokistin tedavisinde laparoskopik cerrahi drenaj işlemi; cerrahi süresinin kısa olması, kanamanın az olması, postoperatif ağrının az olması, erken mobilizasyon, hastanede kalış süresinin kısa olması ve nüks ihtimalinin diğer tedavi seçeneklerine göre daha az olması sebebi ile öncelikle tercih edilmelidir. Laparoskopik cerrahi planlanan hastalarda kistin yerleşimi açısından en uygun cerrahi yöntemin seçilmesi önemlidir. Laparoskopik kistojejunostomi yöntemi deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında başarılı sonuçlar vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Pankreas psödokisti, laparoskopik kistojejunostomi, akut pankreatit

KOLOREKTAL CERRAHİ

VB-29

LAPAROSKOPİK LAR SONRASI GELİŞEN ANASTOMOZ DARLIĞINA YİNE LAPAROSKOPİK RE-REZEKSİYON VE KOLOANAL ANASTOMOZ DENEYİMİ

Babek Tabandeh¹, Sina Mokhtare², Volkan Turunç¹, Taner Oruç¹¹Bahçeşehir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı., İstanbul²Maltepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı., İstanbul

Kliniğimize anal kanama şikayeti ile başvuran 1948 doğumlu kadın hastaya yapılan kolonoskopik ve patolojik inceleme sonucunda rektum 8. cm'de yerleşik adeno ca. saptandı. PET inceleme sonucunda metastaz saptanmadı. MRI incelemede tümörün tam kat tutulumu ve perirektal tek LAP saptandı. Hasta RT ve KT içeren komplikasyonsuz neoadjuvan terapi aldı ve bitiminden 6 hafta sonra Laparoskopik LAR + Loop ileostomi uygulandı. Anastomozda 31 mm sirküler stapler kullanıldı. Komplikasyonsuz taburcu edilen hastanın patoloji sonucu T3N0, distal cerrahi sınır ise 3 cm olarak bildirildi. Adjuvan KT sürecini tamamladı. 6 hafta sonra ileostomi kapatılması açısından değerlendirilen hastada 4 cm'lik segmenti kapsayan anastomoz darlığı saptandı. 2 kez dilatasyon denendi ama başarılı olunamadı. Post-op 8. ayda hastaya laparoskopik striktür rezeksiyonu ve transanal koloanal anastomoz uygulandı. Postop sürecini komplikasyonsuz olarak tamamlayan hastanın ileostomisi 6 hafta sonra 3. bir operasyon ile kapatıldı. Hasta halen kontinent, disease-free ve post-op 2. yılındadır.

Minimal invaziv cerrahi sonrası adhezyon gelişme riskinin daha düşük olması nedeni ile post-op geç dönem komplikasyonlara cerrahi müdahale göreceli olarak daha kolay olmaktadır. Düzeltme operasyonlarını laparos-

kopik olarak gerçekleştirmek ise her ne kadar zor ve zaman alıcı olsa da, laparoskopik olarak tamamlanabilen operasyonlardır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, kolorektal, komplikasyon, geç, striktür, anastomoz

Transanal koloanal anastomoz



Resim 1. Laparoskopik LAR sonrası gelişen anastomoz striktürünün yine laparoskopik rezeksiyonu sonrası transanal koloanal anastomoz.

VB-30

YENİ TEKNİK: LAPAROSKOPİK POSTERİOR MESOREKTAL DİSEKSİYON'DA BALON UYGULAMASI

Metin Ertem, Engin Hatipoğlu, Sabri Ergüney

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Selim 10 olguda balon yöntemiyle posterior mezorektal diseksiyon uygulandı.

Bu videoda balon diseksiyon uygulamasını sizlere göstermeyi amaçladık.

Animasyonda gözüktüğü üzere sakrum konkvitesine uygun bir balon yerleşimi ile diseksiyon yapılmaktadır. Presakral fasya ve rektal fasya arasındaki porlu düzlemin adı presakral boşluktur. Bu alan 'kutsal alan' olarak bilinmekte olup kanser cerrahisindeki önemi İngiltere'den Dr. Bill Heald tarafından gösterilmiştir.

İlk vakada gösterildiği gibi 5 mm'lik kanül üzerine yerleştirilmiş eldiven balon disektör niteliğinde kullanılmıştır. Kutsal alana girildikten sonra balon kademeli olarak şişirilmiş ve levator kaslar seviyesine kadar indirilmiştir. Hem benign, hem malign hastalık cerrahleri bu anatomik planda gerçekleştirilmelidir. Bu diseksiyon kansız cerrahiye imkân tanıyıp aynı zamanda sinirleri korumakta ve mezorektal fasya bütünlüğünü korumaya olanak sağlamaktadır. Aynı zamanda sakral venlerin hasarlamasının da önüne geçer. Anterior ve lateral duvarların diseksiyonu keskin yapılır.

İkinci vakada ise ticari olarak bulunan bir balon kullanıldı. Videoda gösterilen iki hasta da ülseratif kolit hastasıdır. Tüm hastalarımızın patolojik incelemesinde mezorektal fasya bütünlüğünün korunduğunu kanıtlanmıştır. Kısa vade takipte tüm hastalarımızda herhangi bir cinsel ve ürolojik disfonksiyon görülmemiştir.

Anatomik plana uygun balon üretimi ile hem laparoskopik hem açık cerrahide kullanılabilir. Sakral kıvrıma uyan vatoz balığı şeklinde şişen balon ile daha iyi sonuçlar alınacağı düşünülmektedir. Balon diseksiyonu ameliyat süresini kısaltıp sinir ve mezorektal fasyayı korumaktadır. Balon ile diseksiyon hem diseksiyonu standardize etmek, hem de cerrahiye kolaylaştırmak için kullanılabilir. Balon diseksiyonunun malign vakalarda onkolojik prensipleri kötü yönde etkilemediğini gösteren destekleyici çalışmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Balon, diseksiyon, mezorektal

VB-31

FAP OLGUSUNDA LAPAROSKOPİK TOTAL PROKTOKOLEKTOMİ: VIDEO EŞLİĞİNDE OLGU SUNUMU

Cemal Ulusoy, Fazıl Sağlam, Ali Alemdar, Burak Güney, Hakan Güven

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Giriş: Minimal invaziv cerrahi, cerrahi teknikte en önemli ilerlemelerdendir. Familial adenomatöz polipozis (FAP) gibi total laparoskopik proktokolektominin başlıca endikasyonunu oluşturan durumlarda laparoskopik prosedür, kolon rezeksiyonlarında başarıyla kullanılmıştır. Olgumuz video eşliğinde total laparoskopik proktokolektomi ve ileal poş anal anastomoz (TPK ve IPAA) tekniğini paylaşmayı amaçlamaktadır.

Olgu: Endoskopisinde kolonda polipozis izlenen erkek hastada laparoskopik TPK ve IPAA gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Endotrakeal genel anestezi altında, Lloyd Davis pozisyonunda yatan hastaya 10 mm trokar, göbek üstü kesi ile karına yerleştirildi ve karın 13 mmHg basınçta karbondioksit ile doldurarak pnömoperitoneum oluşturuldu. Tüm karın gözleminde sonra, dört ek trokar yerleştirildi. Kolonun mobilizasyonu saat yönünde yapıldı. Medialden laterale teknikle öncelikle terminal ileum kaldırılarak posterior peritondan mezoileum serbestleştirildi; çekum, çıkan kolon mobilize edildi, vasküler yapılar bağlandı ve kesildi. Gastrokolik ligaman transekte edilerek transvers kolon havalandırıldı, middle kolik damarlar bağlanarak kesildi. Inferior mezenterik damar bağlandı. Rektum, presektal boşluğa erişen, rektumun lateral ligamanını transekte eden sonuçla mobilize edildi. Sigmoidin mobilize edilmesi tamamlanarak total kolon, kısmi rektum ve bunların mesenteriumu tamamen mobilize edildi. Rektum, endoskopik lineer zımbalama ve kesme mekanizmasıyla transeksiyona tabi tutuldu. Karnın şişmesi sonrasında, komple kolon numunesi sağ alt kadrandaki ana iletim portundan çıkarıldı. İleumdan transekte edilerek ileal J poş hazırlandı, anvil yerleştirilerek batin içerisine alındı, 31 mm ILS stapler ile ileanal anastomoz sağlandı. Sapırtıcı ileostomi mature edildi ve dren konularak hemostazla işlem sonlandırıldı.

Tartışma ve sonuç: TPK ve IPAA ilk kez 1978'de tanımlanmıştır ve o zamandan beri Familial Adenomatöz Coli (FAP) olgularında ilk tercih olarak uygulanmaktadır. 2000'li yılların başından beri laparoskopi yardımcı TPK ve IPAA uygulamaya girmiştir. Stapler ile oluşturulan ileal poş-anal anastomoz, etkinliği ve uzun vadeli iyi fonksiyonel sonuçları ile tercih edilen bir teknik olmuştur. IPAA, bir, iki veya üç aşamalı prosedür olarak uygulanabilir. Elektif olgularda, prosedür iki aşamalı ya da tek aşamalı (sapırtıcı ileostomi olmaksızın poş oluşturulması) yapılabilir. Olgumuzda standart prosedür olarak iki aşamalı yaklaşım tercih edilmiştir. IPAA ve sapırtıcı loop ileostominin uygulandığı restoratif proktokolektomi birinci evreyi oluştururken, ileostomi kapatılması ikinci evre operasyondur. FAP APC geninin mutasyonundan kaynaklanan, %80-100'lük penetrans gösteren otozomal dominant bir hastalıktır. Bağırsak mukozasında yüzlerce hatta binlerce polip bulunması ile karakterizedir. İnsidansı 1:5000 ile 1:25000 arasında değişmektedir. Erkekler ve kadınlar arasında görülme sıklığı açısından fark bulunmamaktadır. Profilaktik cerrahi ile tedavi edilmediğinde hastaların tümü 30-40 yaşlarında semptomlarla başvurur ve 50'li yaşlardayken kolorektal kanser gelişir. Olgumuzda operasyon süresi 321 dakikaydı. İntraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Ameliyattan sonraki 1 yıl içinde bağırsak fonksiyonlarının ve dışkılama alışkanlıklarının iyi olduğu gözlemlendi. Beslenme düzeninin iyi, çalışma ve spor hayatının normal olarak sürdüğü ve cinsel rahatsızlıkların olmadığı geç dönem sonuçların oldukça iyi olduğu görüldü. İntraoperatif sıvı kaybı, uzun süreli postoperatif ileus, ağrı ve de genç hastalarda geniş yara izinin psikolojik rahatsızlığı gibi dezavantajlarının olmamasıyla laparoskopik total proktokolektomi, yetenekli laparoskopik cerrahların elinde, uygulanabilir, güvenli ve etkili bir işlemdir. Erken ve geç sonuçları açısından konvansiyonel yöntem ile elde edilenden daha iyi sonuçlar verebilir.

Anahtar Kelimeler: FAP, laparoskopi, proktokolektomi, total

VB-32

SPONTAN RETROPERİTONEAL REKTOSİGMOİD KOLON PERFORASYONUNDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM**Mustafa Arısoy, Erman Sobutay, Şenol İbrahim Carılı, Aydın Alper***Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesi, İstanbul*

Amaç: Batı toplumlarında kolorektal perforasyonun sıklıkla sebepleri kolorektal kanser, divertikülit, travma, damar hastalıklarıdır. Spontan kolon perforasyonu nadir olmakla birlikte mortalite ve morbiditesi yüksek bir durumdur. Acil cerrahi tedavi sıklıkla uygulanır. Bu sunumda spontan rektosigmoid kolon perforasyonlu hastanın laparoskopik yönetimini anlatmayı amaçladık

Olgu sunumu: Mart 2016 da karın ağrısı şikayeti ile hastanemiz acil cerrahi polikliniğine başvuran 60 yaşında kadın hastanın özgeçmiş hikayesinden kronik kabızlık, çıkan kolonda divertikülit nedeniyle takip edildiği öğrenildi.¹ 5 yıl önce yapılan kolonoskopide çıkan kolonda divertikül dışında ek bulgu saptanmamış. Acil serviste yapılan fizik muayenesinde alt kadranda hassasiyet ve defans mevcuttu. Bağırsak sesleri normoaktif duyulmakta idi. Tetkiklerinde WBC: 12820/uL CRP: 6,5 mg/L olarak saptandı. Çekilen kontrastlı batin tomografisinde rektosigmoid kolon etrafında serbest hava dansiteleri ve retroperitonda serbest hava ile presakral planda sıvı imajı görüldü. Bulguların perforasyon ile uyumlu olabileceği düşünüldü. Hasta bilgilendirilmesi ve onamının alınması sonrasında acil şartlarda laparoskopik eksplorasyon için ameliyata alındı. Hastanın retroperitoneal alanda hava imajları olduğu görüldü retroperitoneal alan diseksiyonunda rektosigmoid bileşke düzeyinde kolonun mezenterik yüzünde perforasyon ve fekal kontaminasyon olduğu görüldü. Sahanın serum fizyolojik ile irrigasyonu ve aspirasyonu sonrasında üst rektum düzeyinde rektum endo GIA stapler ile ayrıldı. Sigmoid kolon mezosu serbestlendi. Perforasyon alanını içeren rektosigmoid kolon endocatch içinde korunarak batin dışına alındı. Segmenter rezeksiyon sonrasında proksimali Hartmann kolostomi şeklinde karına ağızlaştırıldı. Hasta; postoperatif 9. günde sorunsuz taburcu edildi. Piyesin histopatolojik değerlendirmesinde perforasyon alanında mukozal hemoraji, nekroz ve ülserasyon ile mezo yağ dokusunda barsak lumen içeriği bulundu. 6 hafta sonra stoması kapatıldı.

Sonuç: Kronik kabızlık öyküsü olan ve acil servise akut karın bulguları ile başvuran hastada rektumun spontan perforasyonu da akla gelmelidir. Acil olarak tomografi ile değerlendirilen hastada böyle bir durumun saptanması halinde laparoskopik olarak eksplorasyon ve rezeksiyonun yapılabileceğini, geçici kolostomi ile tamamlanacak ameliyatın hasta için en uygun seçenek olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, perforasyon, retroperiton, spontan

VB-33

LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ SONRASI NADİR BİR PATOLOJİ: LOW GRADE APENDİKÜLER MÜSİNÖZ NEOPLAZİ**Serkan Zenger, Bülent Gürbüz, Mustafa Arısoy, Şenol Carılı, Aydın Alper***VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

Amaç: Apendiks mukoseli, apendiks lümenini dolduran anormal müsin sekresyonu sonucu apendiks kistik dilatasyonu ile karakterize nadir görülen bir klinik durumdur. Tümör al veya inflamatuvar kaynaklı olabilir. Low grade apendiküler müsinöz neoplazi (LAMN) ise apendiks mukoselinin az rastlanan alt tiplerinden biridir. Bu sunumda laparoskopik apendektomi sonrası patolojik incelemede LAMN saptanan olgumuzu paylaşmak istedik.

Olgu: 71 yaşında erkek hastaya rutin kontroller esnasında yapılan batin ultrasonografi sonucunda apendikte kitle tespit edildi. Özgeçmişinde kolesistektomi ve hipertansiyonu olan hastanın soygeçmişinde özellik saptanmadı. Fizik muayenede sağ alt kadranda derin palpasyonla ele gelen kitle dışında bulgu yoktu. Laboratuvar sonuçları normal değerlerde idi. Tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde apendiks ile ilişkilendirilen 58x40x38 mm boyutlarında solid komponent içermeyen kistik lezyon tespit edildi. Laparoskopik eksplorasyonda distal apendikte yaklaşık 6 cm'lik kistik görünümde lezyon saptandı. Apendiksin proksimal kısmı salim görünümdeydi. Ligasure ile apendiks serbestleştirildikten sonra endo-

loop ile radiksi bağlandı ve kitle endobag yardımıyla batin dışına alındı. Ameliyat sonrası 1. gün sorunsuz şekilde taburcu edildi. Patoloji sonucunda 'low grade apendiküler müsinöz neoplazi' tespit edilen hastanın tümör kurulumunda tartışarak yakın takip edilmesine karar verildi.

Sonuç: Apendiks mukosellerinin cerrahi tedavisinde tam bir konsensus olmamasına rağmen apendikse lokalize ve rüptüre olmamış olgularda apendektominin yeterli olduğu konusunda genel olarak görüş birliğine varılmıştır. Biz de bu olgu sunumunda olduğu gibi lokalize vakalarda laparoskopik apendektomi yapılabileceği düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Apendektomi, Laparoskopi, Müsinöz Neoplazi

VB-34

ERİŞKİNDE İLEOKOLOKOLİK İNTUSSEPTİON OLGUSU: NADİR BİR ETİYOLOJİ: BURKİT LENFOMA: ENDOSKOPİK TANI LAPAROSKOPİK TEDAVİ**Kenan Büyükaşık¹, Serkan Sarı¹, Taşkın Rakıcı¹, Aziz Arı¹, Mehmet Emin Güneş², Hasan Bektaş¹**¹*Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*²*İstanbul Esenyurt Üniversitesi*

Gastrointestinal lenfomaların yaklaşık %3 ünü, kolon malignitelerinin ise yaklaşık %0,3 ünü oluşturan kolorektal lenfomalar oldukça nadirdirler ve erkek cinsiyette daha sık görülürler.

Gastrointestinal lenfomalı hastalar; abdominal ağrı, gizli kanama, diare, intussusception ve barsak tıkanıklığı ile presente olurlar.

Endemik Burkitt lenfoma 8 yaş civarında pik yapan ve genellikle çocukluk çağında görülebilen bir hastalıktır. Gastrointestinal bulguları sık değildir, ancak obstruksiyon ve intussusception bulguları verebilir. Buna karşılık sporadik Burkitt lenfoma geniş bir yaş grubunu tutar ve ancak %50 si çocukları etkiler. Sıklıkla tıkaçıcı semptomlarla seyreder ve ileoçekal bölgeyi tutar.

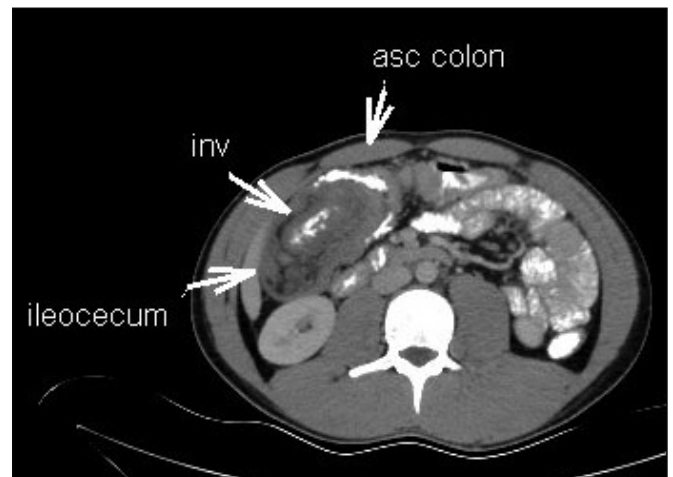
Kolonoskopi ve biyopsi kolorektal lenfomalar için tanı koydurucudur. B. T ve baryumlu enema bulguları tanıda oldukça yardımcıdır.

En yaygın histolojiler diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma ve daha ender olarak Burkitt lenfomadır.

Bu olgu sunumumuzda: Yaklaşık 10 gündür aralıklı karın ağrıları ve zaman zaman zaman konstipasyon şikayetleri olan diğer açılardan sağlıklı 23 yaşındaki erkek bir hasta; yapılan tetkikleri sonucu Burkitt Lenfomaya bağlı ileokolokolik intussusception tanısı almış olup laparoskopik sağ hemikolektomi ileotransversostomi ameliyatı ile tedavi uygulanmıştır. Hasta iyileşme ile hematoloji servisine yönlendirilmiştir.

Bizler erişkin popülasyonda oldukça nadir görülen Burkitt lenfomaya bağlı intussusception olgusuna tanı ve tedavi yaklaşımını video endoskopi ve laparoskopi görüntüleri eşliğinde sunmayı amaçladık

Anahtar Kelimeler: burkitlenfoma, endoskopi, erişkin, intusseption, laparoskopi



BT invajinasyon

VB-35

REKTUM KANSERİNDE ROBOTİK APİKAL LENF NODU DİSSEKSİYONU**Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Yasin Alper Yıldız², Kemal Gündoğdu², Enis Dikicier²**¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı, Sakarya²Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Rektum kanseri dünya çapında en sık görülen kanserler arasındadır. TNM sınıflamasına göre evrelendir. Lenf nodu en önemli prognostik faktörlerdendir. 5 yıllık sağkalım oranı yetersiz lenf nodu disseksiyon yapılan olgularda daha düşüktür. Robotik sistemlerin kullanılmaya başlamasıyla birlikte, üstün görüş ve hareket yeteneği sayesinde operasyon sırasında disseksiyonu çok kolaylaştırmaktadır. Bu video sunumunda rektum kanseri nedeniyle robotik LAR yapılan 56 yaşındaki erkek olgu sunulacaktır.

Video sunumu: Elli altı yaşında erkek olgu gerekli hazırlıklar sonrası operasyona alındı. Umbilikus sağ lateralinden girilen kamera portu, 3 adet 8 mm robotik port, 1 adet 10 mm asistan portu ile Sigmoid kolon asıldı, Sigmoid arter, sol kolik arter, ureter, gonadal vasküler yapılar gözlendi. IMV pankreas inferiorundan, IMA aorttan çıkışından 2 cm distalden bağlandı. Aort çıkışında 3 adet apikal lenf nodu gözlendi. Hipogastrik pleksusa zarar vermeden 3 lenf nodu da disseke edildi. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 5. gün taburcu edildi.

Sonuç: Rektum kanserinde total mezorektal eksizyon ile birlikte IMA'nın yüksek disseksiyon ve low ligasyonu onkolojik sonuçlar açısından önerilmektedir. Robotik sistem sayesinde dar alan ve hassas disseksiyon daha kolay yapılır hale gelmiştir.

Anahtar Kelimeler: apikal lenf nodu, rektum kanseri, robotik disseksiyon,

DİĞER

VB-36

LAPAROSKOPİK MEDİAN ARKUAT LİGAMENT SERBESTLEMESİ**Engin Hatipoğlu¹, Anıl Orhan¹, Berra Zümrüd Tan², Sabri Ergüney¹, Metin Ertem¹**¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahi Anabilim Dalı

Median Arkuat Ligament Sendromu (MALS), Median Arkuat Ligamentin (MAL) olması gerekenden daha inferior yerleşimine ya da Çölyak Trunkus'un Aort'tan daha superiorda çıkımına bağlı, çölyak trunkusa bası sonucunda meydana gelir. Post-prandiyal karın ağrısı, kilo kaybı, bulantı ve kusma gibi şikâyetlere sebep olabilir. Literatürde MALS ile ilgili çalışmalarda, toplumda 10–24 % oranında MAL'in arter köküne belirli bir miktar bası yaptığı görülmüştür.

Karın ağrısı ve kilo alamama şikâyetleri ile başvuran, yapılan tetkiklerinde MALS tanısı konulan hastamıza laparoskopik median arkuat ligaman serbestlenmesi yapıldı:

Beş trokar girişi kullanıldı. Sağ lateralden karaciğer ekarte edildi. Özefagus dönülerek asıldı. Hiatus krusları iki yana disseke edilerek

Aort üzerine ulaşıldı. Bası yapan arcuat ligament ligasure cihazı ile kesilerek serbestlendi.

Ameliyat sonrası ilk gün oral alımı açılan, 3. gün taburcu edilen hastanın şikâyetlerinde dramatik düzelme olduğu görüldü. ameliyat sonrası erken ve geç komplikasyon gelişmedi.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik, Median Arkuat Ligament, Serbestleme

VB-37

UÇ İLEOSTOMİ KAPATILMASI-LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM**Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Enis Dikicier², Kemal Gündoğdu², Fehmi Çelebi¹**¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı, Sakarya²Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Laparoskopi ve robotik cerrahi gibi minimal invaziv işlemler, cerrahi tecrübenin ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte tüm abdominal cerrahilerde kullanılır olmuştur. Minimal invaziv tekniklerin konvansiyonel cerrahiye olan üstünlükleri bilinmektedir. Bu video sunumda daha önce kolon perforasyonu ve alt GIS kanama nedeniyle 2 kez opere edilip uç ileostomisi olan hastanın laparoskopik olarak ileostomisinin kapatılması sunulacaktır.

Olgu sunumu: Kırk beş yaşında erkek olgu yaklaşık 4 ay önce kolon perforasyonu nedeniyle genişletilmiş sol hemikolektomi yapılmış, postop takiplerinde masif alt GIS kanaması olması üzerine subtotal kolektomi ve uç ileostomi uygulanmıştı. Hazırlıklar sonrası operasyona alındı. Karın sol alt kadrandan açık yöntemle girilen kamera portu sonrası 3 adet 5 mm port girildi. Karın içi varolan adezyonlar keskin ve künt disseksiyonla açıldı. Karın sağ orta alt kadranda olan ileostomisi serbestlenip sirküler stapler yardımı ile sigmoid kolona ucuca anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde sorunsuz seyreden hasta 5. gün taburcu edildi.

Sonuç: Minimal invaziv tekniklerin konvansiyonel cerrahiye göre daha az postoperatif ağrı, daha kısa yatış süresi ve daha az postoperatif adezyon gibi üstünlükleri mevcuttur. Uygun vakalarda minimal invaziv cerrahi tekniklerin kullanımı önerilmektedir

Anahtar Kelimeler: ileostomi, laparoskopi, minimal invaziv cerrahi

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

VB-38

KOLEDOK KİSTİ ZEMİNİNDE GELİŞEN SAFRA KESESİ TÜMÖRÜNDE LAPAROSKOPİ**Fatih Sümer, Cüneyt Kayaalp, Veyssel Eesan**

İnönü Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya

Son yıllarda laparoskopik cerrahi deneyimlerin artması cerrahide ileri laparoskopinin kullanımını dahada yaygınlaştırmıştır. Koledok kistlerinde laparoskopi daha az kullanılsada giderek yaygınlaşmaktadır. Karın ağrısı nedeni ile tetkik edilen ve abdomen tomografisinde safrakesesinde 5 cm lümenal kitle tespit edilen 45 yaşında bayan hastada yapılan manyetik rezonans incelemede Tip 1 koledok kisti olduğu görüldü. Hastaya laparoskopik kolesistektomi ve koledok eksizyonu planlanarak operasyona hazırlandı. Hastayla preoperatif laparoskopik cerrahi konuşularak onam alındı. Hastaya laparoskopik kolesistektomi ve koledok eksizyonu unblock olarak yapıldı. İntrakorporeal olarak yapılan hepatikojejunostomi anastomozunun posteriorundan kaçak olduğu görüldü üzerine mini laparotomi yapılarak hepatikojejunostomi anastomozuna destek suturleri atıldı. Hasta postoperatif 7. gün sorunsuz taburcu edildi. Postoperatif patoloji sonucu T2 safra kesesi tümörü gelen hastaya tamamlayıcı olarak safra kesesi yatak rezeksiyonu ve lenfnodu diseksiyonu yapıldı.

Sonuç: Koledok kistlerinde laparoskopik cerrahi uygulanabilir ancak hepatiko jejunostomi anastomozundan kaçak olmadığının intraoperatif emin olunması gerekir.

Anahtar Kelimeler: Koledok kistleri, Laparoskopi, Safrakesesi tümörü

HİATAL BÖLGE CERRAHİSİ

VB-39

LAPAROSKOPIK DİYAFRAGMATİK HERNİ ONARIMI

Süleyman Kökdaş, Sezgin Topuz, Burhan Şaban, Bahtiyar Muhammedoğlu, Aydın Hakan Küpeli

Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Kahramanmaraş

Sırtta vuran epigastrik ağrı şikayeti ile gastroenteroloji polikliniğine başvuran 46 yaşındaki bayan hastanın endoskopi ve batin tomografisinde tip 2 hiyatal herni saptanması sonrası laparoskopik herni onarımı yapıldı. Postoperatif takiplerinde şifa ile taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Diyafragmatik herni, Paraözafagial herni, Nissen funduplikasyon

VB-40

AKALAZYA TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK HELLER MYOTOMİSİ VE DOR FUNDOPLİKASYONU

Ahmet Aslan, Levent Zirek, Mehmet Fatih Korkmaz, Sertaç Usta, Koray Karabulut

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Amaç: Akalazyaya tanılı hastada, Laparoskopik Heller Myotomi ve Dor Fundoplikasyonu ameliyatının sunulması amaçlandı.

Olgu: Yutma güçlüğü şikayeti nedeni ile yapılan tetkikler sonrasında Akalazyaya tanısı konan 28 yaşında kadın hastaya laparoskopik Heller kardiyomyotomisi ve Dor fundoplikasyonu yapılması planlandı. Ters Trelendelenburg pozisyonunda göbek çıkurunun 2 cm kranialinden girilen kamera portu, her iki tarafına yerleştirilen çalışma portları ve ksifoid altından yerleştirilen Nathanson ekartörü kullanılarak, 30° lik kamera yardımıyla eksplorasyona başlandı. Kardiyo özofageal bileşkenin hemen üzerinden yapılan diseksiyonla, özofagus ön yüzü ortaya kondu. Hiyatustan kraniale doğru yapılan diseksiyonla, özofagusun mediastende yaklaşık 6–8 cm lik kısmının ön yüzü serbestlendi. Vagus siniri korunmuş. Ağızdan yerleştirilen kalibrasyon tüpü ile özofagus lümeninin kollabe olması önlendi. Özofagusun, önce longitudinal, sonra sirküler kas lifleri, kardiyözofageal bileşke proksimalindeki özofagus bölgesinden başlanarak, iki adet grasper yardımı ile, künt olarak ayrıldı. Mukoza hasarı oluşturmamak amacıyla herhangi bir enerji cihazı özofagusta kullanılmadı. Proksimale doğru yaklaşık 6 cm uzunluğundaki özofagusun kas lifleri bu şekilde ayrıldıktan sonra, 2 cm uzunluğunda kardiya bölgesinin kas lifleri ayrıldı. Kardiyomyotomi işlemi bittikten sonra, büyük kervatür tarafından kısmen serbestleştirilmiş fundus ön duvarı kullanılarak anterior fundoplikasyon yapıldı. Ameliyat sorunsuz olarak sonlandırıldı. Ameliyat sonrası birinci gün suda eriyen kontrastla çekilen pasaj grafisinde, kuş gagası görünümünün kaybolduğu görüldü. Ağızdan gıda başlanan hasta ameliyat sonrası ikinci gün sorunsuz gönderildi.

Anahtar Kelimeler: Akalazyaya, Heller myotomisi, Dor fundoplikasyonu

VB-41

LAPAROSKOPIK DEV HİATAL HERNİ ONARIMI

Serkan Zenger¹, Mustafa Arısoy¹, Bülent Gürbüz¹, Burçak Kabaoğlu¹, Dursun Buğra²¹VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Hiatus hernisi, midenin veya diğer karın içi organların özofageal hiyatustan toraks boşluğuna göç etmesidir. Semptomatik hiatal hernisi olan hastalarda laparoskopik olarak uygulanan fundoplikasyon yöntemleri ve posterior krurafi, antireflü cerrahisinde önemli yer tutmaktadır. Ancak fıtık boyutu büyüdükçe yama kullanımı da gerekmektedir. Biz de dev hiatal hernisi olan bir olgumuza yama kullanarak laparoskopik onarım tekniğimizi paylaşmak istedik.

Olgu: Özgeçmişinde herhangi bir özelliği olmayan 52 yaşında erkek hastaya, 2 ay önce başlayan kuru öksürük şikayeti nedeniyle yapılan to-

rakoabdominal bilgisayarlı tomografisinde (BT) diyafragmatik hiyastaki geniş defektten midenin tamamına yakını, transvers kolonun proksimal kısmı ve mezenterik yapıların toraks boşluğuna doğru herniye olduğu tespit edildi. Ameliyat kararı alındıktan sonra yapılan laparoskopik eksplorasyonda yaklaşık 15 cm boyutunda geniş hiatal defekt görüldü. Toraks boşluğundaki omentum, transvers kolon ve mide batin içine redükte edildikten sonra ligasure ile yapışıklıklar serbestleştirildi. Kruşlar bir miktar yaklaşıtırdıktan sonra mesh tüm açıklığı kapatacak şekilde yerleştirildi ve tek tek sütüre edildi. Mide fundusuna da Nissen fundoplikasyon uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde ve 1 yıllık takipte herhangi bir sorun saptanmadı.

Sonuç: Hiatal herni cerrahisinde laparoskopik girişimler yaygın olarak kullanılmaktadır. Özellikle dev hiatal hernilerde, kruşların yaklaşıtırılması işlemi zor ve güvensiz olacağından yama kullanılması gerekmektedir. Bu şekilde rekürrens engellenebileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Hiatal herni, Laparoskopik, Özofagus

VB-42

ROBOTİK HELLER MYOTOMİ

Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Kemal Gündoğdu², Enis Dikicier², Emrah Akın², Yasin Alper Yıldız²¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sakarya²Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Akalazyaya alt özofageal sfinkter basıncının artması, sfinkter gevşemesinin bozulması ve özofagus alt ucunda peristaltizmin kaybolmasıyla kendini gösteren bir motilite bozukluğudur. Tanısı baryumlu grafiler, manometri ve endoskopi ile koyulur. En etkili tedavi yöntemi Heller myotomidir. Bu cerrahi açık, laparoskopik veya robotik olarak yapılabilir. Bu video sunumda 43 yaşında kadın olguda yapılan Robotik Heller myotomi ve Dor fundoplikasyon operasyonu sunulacaktır.

Video Olgu: Kırk üç yaşında kadın olgu yaklaşık 3 aydır devam eden yutma güçlüğü, ağız kokusu şikayetleri ile yapılan tetkiklerde akalazyaya tanısı koyulmuş hastaya 2 kez balon dilatasyonu uygulanmış. Şikayetlerinde gerileme olmadığından operasyon amacıyla kliniğimize refere edilmişti. Hasta hazırlıklar sonrası operasyona alındı. umbilikus üzeri 12 mm, 3 adet 8 mm robotik, 1 adet 10 mm asistan girilerek önce karaciğer da Vinci S robotun 3. kolu ile asıldı. Fundus harmonik yardımı ile serbestlendi. sağ ve sol kruş ortaya koyuldu, Özofagus dönülerek asıldı. Özofagogastrik bileşkenin 5 cm proksimali, 2 cm distali üzerindeki kas dokusu mukoza görülecek şekilde açıldı. Myotomi tamamlandıktan sonra kaçak testi yapıldı, kaçak izlenmedi. Hiatus geniş olduğundan defekt tek tek sütür ile kapatıldı. Myotomi sahası Dor fundoplikasyon ile kapatıldı. Operasyon sonrası 5. günde çekilen pasaj grafisinde klasik kuş gagası manzarasının kaybolduğu, kaçak olmadığı gözlemlendi. takiplerinde olgunun şikayetlerinin kaybolduğu gözlemlendi.

Sonuç: Günümüzde tüm operasyonlarda robotik sistem kullanım oranı artmaktadır. Robotik cerrahinin sağladığı 3 boyutlu görüntü, üstün hareket yeteneği dar alan cerrahisinde diseksiyonu kolaylaştırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: akalazyaya, Heller myotomi, robotik

BARIATRİK VE METABOLİK CERRAHİ

VB-43

LAPAROSKOPIK SLEEVE GASTREKTOMİ VE MORGAGNİ HERNİ ONARIMI; VIDEO SUNUMU

Kenan Binnetoğlu, Barlas Sülü, Tülay Diken Allahverdi, Musa Sinan Eren, Harun Bayram, Turgut Anuk, Mahmut Can Yağmurdu

Kafkas Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kars

Morgagni hernisi Larrey aralığından diyafragmatik kruşların sternal ve kosta elementlerinin gelişmemesi nedeniyle oluşan bir doğumsal defektir. sıklığı %5 oranında belirtilmektedir. Morgagni hernisi genellikle asemptomatik ve insidental olarak tanı konulur. Nadiren obstruksiyon yaparak karşımıza çıkar.

25 yaşında, VKİ 48 olan erkek hasta morbid obezite cerrahisi yapılmak üzere değerlendirildi. Çekilen akciğer grafisinde, sağ akciğerde infiltrasyon benzeri alan izlendi. Solunum fonksiyon testinde akciğer kapasitesinin azaldığı izlendi. Göğüs hastalıkları tarafından değerlendirilen hastaya meslek hastalığı olabileceği söylenilerek inhaler steroid ve bronkodilatör tedavi verildi. Tedavi sırasında tekrar değerlendirildiğinde sağ akciğerdeki infiltrate alanın değişmediği, solunum fonksiyon testinde ise kısmen iyileşme olduğu görüldü. Hasta operasyona alındığında morgagagni hernisi olduğu, transvers kolonun ve omentumun herni içerisinde olduğu görüldü. Laparoskopik dual mesh ile herni onarımının ardından sleeve gastrektomi yapıldı. Mesh enfeksiyonu olmaması için i. v geniş spektrumlu antibiyotik başlanarak 10 gün serviste takip edildi. Postoperatif grafilerinde akciğerdeki görünümün tamamen normal olduğu görüldü.

Preoperatif değerlendirmede çekilen akciğer grafisinde her zaman morgagni hernisine ait bulgular saptanmayabilir. Omentumun kolonu çevreleyerek fıtık içinde durması, infiltrasyon görünümünün nedeni olduğunu düşünmekteyiz. Eksplozasyonda istenmeyen ek patolojilerle karşılaşmak için, meslek hastalığından şüphelenilen hastalarda mutlaka akciğer tomografisiyle hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Morgagni hernisi, Sleeve gastrektomi, Laparoskopi

VB-44

ROUX N Y GASTRİK BYPASS SONRASI OLUŞAN JEJUNOJEJUNOSTOMİ DARLIĞININ LAPAROSKOPİK REVİZYONU

Mehmet Fatih Korkmaz, Sertaç Usta, Ertuğrul Şahin, Koray Karabulut

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ

Laparoskopik Roux N Y gastrik bypass cerrahisi sık yapılan bariatrik ameliyatlardan biridir. Bu videoda gastrik bypass sonrası geç dönemde ortaya çıkan jejunojejunostomi darlığının laparoskopik revizyonunun sunulması amaçlandı.

Olgu: 32 yaşındaki, vücut kitle indeksi 52 kg/m² olan, erkek hastaya kliniğimizde morbid obezite nedeniyle laparoskopik Roux N Y gastrik bypass ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası beşinci gün sorunsuz taburcu edilen hastada ameliyat sonrası 4. ayda kolik tarzda karın ağrısı, şişkinlik ve bulantı şikayetleri ortaya çıktı. Yapılan kontrastlı pasaj grafisi ve endoskopide özellik saptanmadı. Şikayetlerin devamı üzerine çekilen karın tomografisinde, remnant mide, duodenum ve proksimal jejunum ansların sıvı ile dolu ve dilate olduğu görüldü. jejunojejunostomi darlığı tanısıyla laparoskopik eksplozasyona karar verildi. Eski port yerleri kullanılarak yapılan eksplozasyonda remnant midenin distandü olduğu, Treitz ligamantından itibaren jejunojejunostomiye kadar devam eden proksimal jejunum anslarda kalibrasyonun arttığı, bu alanın distalindeki jejunum ansların normal kalibrasyonda olduğu gözlemlendi. Jejunojejunostomi anastomozu ileri derecede daralmıştı. Anastomozun distalinden, 60 mmlik endoskopik düz kesici kapatıcı stapler ile yeni jejunojejunostomi anastomozu yapıldı. Ameliyat sonrası şikayetleri kaybolan hasta sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç: Roux N Y gastrik bypass cerrahisi sonrası; inatçı bulantı, kusma, geçmeyen karında şişlik semptomları olan hastalarda jejunojejunostomi anastomozu darlığı olabileceği düşünülmelidir. Bu tanının, kontrastlı pasaj grafisi ve endoskopi ile konamayacağı, ancak kesit görüntüleme yöntemleri ile tanınabileceği, darlığın laparoskopik olarak düzeltilebileceği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: gastrik bypass, jejunojejunostomi darlığı, revizyon, bariatrik cerrahi

VB-45

DUODENOİLEAL İNTERPOZİSYON STANDART TEKNİK

Tugrul Demirel¹, Osman Anıl Savaş², Gamze Çıtlak³

¹İstinye Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi

²Kemerburgaz Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi

³Haseki E. A. H. Genel Cerrahi Kliniği

Metabolik Cerrahi metabolik sendrom komponentlerinin düzelmesinde rol oynayabilen ve bu etkinliğini obezitenin düzelmesinden bağımsız da ortaya koyabildiği gösterilmiş bir disiplin olarak kendine gittikçe daha

fazla yer bulmaktadır. Obeziteyle ilişkili Tip 2 Diyabet'in ve eşlik eden diğer metabolik sorunların düzelmesinde etkin rol oynayan geçmiş obezite cerrahisi pratiği, 1960 yıllarında uygulanan Jejunioleal Bypass ameliyatlarında ortaya çıktığı gösterilmeye başlanan barsak kaynaklı hormonal düzenlemenin, en az kilo kaybı kadar önemli metabolik kontrol sağladığı artık her yönüyle kanıtlanmış bir olgu olarak kabul edilmiştir. Özellikle jejunioleal Bypass ameliyatının yüksek mortalite nedeniyle uygulamasının sonlandırılması ardından geliştirilen Biliopankreatik Diversiyon ve bunun Duodenal Switch modifikasyonlarının, Morbid ve Süper Obezite de Tip 2 Diyabette "Kilo kaybından Bağımsız" metabolik kontrol elde ettikleri gösterilmiştir. Bu güçlü ve kalıcı etkinlikte distal intestinal uyarı ve inkretin etkinliği ön planda rol oynamaktadır. Brezilya'dan De Paupa ve ark. bu etkinliği, malabsorpsiyon yaratmadan uygulayacak bir modifikasyon ile BMI < 35 kg/m² hastalarda Tip 2 Diyabetin kontrolü için kullanmışlar ve başarılı sonuçlar bildirmişlerdir. Biz de 4 yıldır uyguladığımız Duodenoileal İnterpozisyon ameliyatında, BMI < 35 kg/m² olan hastalarda benzer kontrol düzeyini elde ettiğimizi gözlemledik. Bu videoda Duodenoileal İnterpozisyon da standart yaklaşımımızı ve teknik ipuçlarını paylaşmayı hedefledik.

Anahtar Kelimeler: metabolik cerrahi, obezite cerrahisi, ileal interpozisyon

ROBOTİK CERRAHİ

VB-46

İNTESTİNAL OBSTRÜKSİYONA NEDEN OLMUŞ İNCE BARSAK DİFFÜZ B HÜCRELİ LENFOMA-ROBOTİK REZEKSİYON

Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Enis Dikicier², Yasin Alper Yıldız², Kemal Gündoğdu²

¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Gastro-intestinal lenfoma ektranodal lenfomaların en sık görülen formudur. Gentled mide, ileum veya ileoçekal bölgede yerleşir. En sık karşılaşılan histolojik tipi diffüz büyük B hücreli lenfomadır. Bu video sunumda 64 yaşında kadın olguda intestinal obstrüksiyon bulguları oluşturmuş lezyonun robotik rezeksiyondan bahsedilecektir.

Olgu sunumu: Altmış dört yaşında kadın olgu karın ağrısı, kusma, kilo kaybı şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede karın alt kadranları dolduran 14x12 cmlik kitle lezyonu saptandı. Yapılan görüntülemeler sonrasında ince barsak seviyesinde dev tümöral oluşum saptandı. İntestinal obstrüksiyon bulguları bulunan hasta operasyona alındı. Laparoskopik eksplozasyonda jejunum seviyesinde ince barsak antimezenterik duvarını içine alan lezyon saptandı. Robotik rezeksiyon planlandı, Da Vinci S sistemi ile docking işlemi sonrası ince barsak mezusu hazırlanarak kitle eksize edildi, intrakorporal anastomoz yapıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 6. gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu diffüz büyük B hücreli lenfoma olarak gelen olgu hematoloji kliniğine yönlendirildi.

Sonuç: Primer gastrointestinal lenfomalar çok nadir gözlenir. Tedavi seçenekleri arasında kemoterapi, radyoterapi, cerrahi rezeksiyon veya bunların kombinasyonları kullanılmaktadır. Robotik sistem sayesinde minimal invaziv olarak cerrahi gerçekleştirilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ince barsak, lenfoma, robotik cerrahi

ENDOKRİN CERRAHİ

VB-47

PANKREAS NÖROENDOKRİN TÜMÖRÜN LAPAROSKOPİK ENÜKLEASYONU

Özgür Palaz Ali¹, Gülçin Akkavak², Nihat Aksakal¹, Umut Barbaros¹¹Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı²Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı

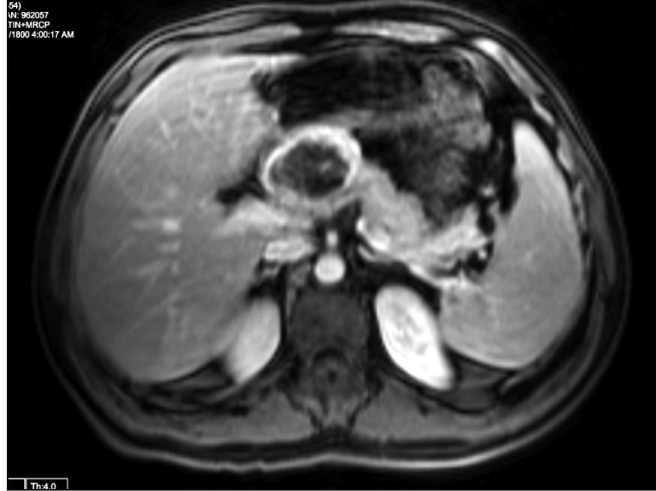
Giriş: Pankreas nöroendokrin tümörleri (pNET) fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan tümörleri içerir. Fonksiyonel tümörler, çeşitli hormon üreten tümörlerden ve bunların klinik etkilerinden oluşur. Cerrahi rezeksiyon, özellikle lokalize hastalıklarda tedavinin temel dayanağıdır. Cerrahi tedavi, tümör ve klinik özelliklere göre ayarlanmalıdır. Pankreasın nöroendokrin tümörleri için standart rezeksiyon, postoperatif morbidite ve uzun süreli fonksiyonel bozukluk riskiyle ilişkili iken, enükleasyon daha az morbiditeye neden olur ve sağlıklı parankimi ve pankreatik fonksiyonu korur.

Olgu: 55 yaşında erkeğe hasta, benign prostat hipertrofisi nedeniyle yapılan tetkiklerinde insidental olarak pankreas baş-korpus bileşkesinde kistik kitle saptanması üzerine çekilen dinamik kontrastlı diffüzyonlu üst batın MR ında pankreas baş-korpus bileşkesinde yaklaşık 61x44x45 mm boyutunda kalın cidarlı, T2A hiperintens, diffüzyon kısıtlayan ıvkm sonrası cidarında yoğun kontrast tulumu gösteren kistik kitle lezyon saptandı. Gönderilen hormon testlerinde aktif metabolit saptanmadı. Yapılan trucut biyopsisinde nöroendokrin tümör saptanması üzerine hastaya 3D kamera ile laparoskopik enükleasyon yapıldı. İntraoperatif laparoskopik ultrasonografi yapıldı; ek patoloji, yaralanma saptanmadı. Patoloji sonucu iyi diferansiye nöroendokrin tümör (Grade 2) olarak geldi, cerrahi sınır, omentum ve periton biyopsilerinde özellik saptanmadı. Takibinde sıkıntısı olmayan hasta ameliyat sonrası 5. gününde taburcu edildi.

Sonuç: Enükleasyon nöroendokrin pankreas neoplazmalarının tedavisinde güvenli ve etkili bir prosedürdür. Pankreatik fonksiyonu korur ve rekürrens ile ilişkili değildir. Pankreatik fistül de dahil olmak üzere postoperatif komplikasyonların insidansı kabul edilebilir düzeydedir. Laparoskopik enükleasyon nöroendokrin tümörler için uygulanabilir ve güvenli bir yaklaşım gibi gözükmetedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, nöroendokrin tümör, pankreas

Pankreas Nöroendokrin Tümörün Laparoskopik Enükleasyonu



Resim 1. Pankreas baş-korpus bileşkesinde yaklaşık 61x44x45 mm boyutunda kalın cidarlı, T2A hiperintens, diffüzyon kısıtlayan ıvkm sonrası cidarında yoğun kontrast tulumu gösteren kistik kitle lezyon

GİS ENDOSKOPİSİ

VB-48

NADİR BİR KOMPLİKASYON OLAN BURIED BUMPER SENDROMU VE YÖNETİMİ

Erdem Sarı¹, Bayram Türkeş¹, Şirin Akın Sarı², Gülseren Büyükşerbetçi³¹Bigadiç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği²Bigadiç Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniği³Bigadiç Devlet Hastanesi Nöroloji Kliniği

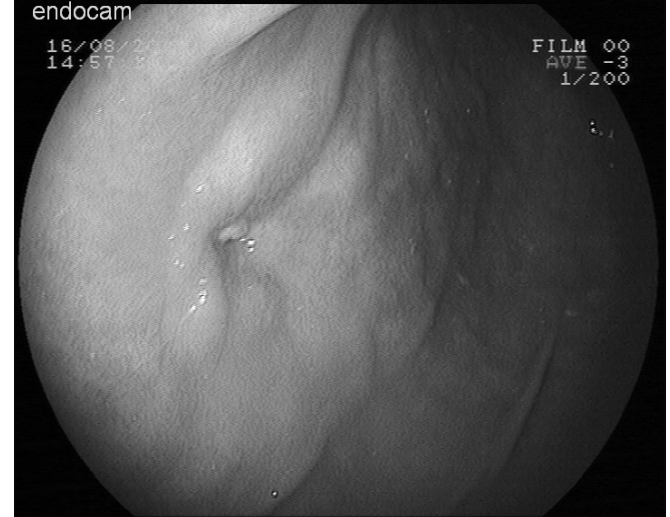
Amaç: Bu sunumda perkütan endoskopik gastrotomi (PEG) uygulanan hastalarda karşılaşılabilen nadir bir komplikasyon olan "buried bumper" sendromu saptadığımız hastamızın yönetimiyle ilgili deneyimimizi görsel olarak sunmak istedik.

Yöntem: Alzheimer hastalığına bağlı yutma fonksiyonu kaybı nedeniyle beslenme bozukluğu olan 67 yaşında erkek hastaya dış merkezde PEG uygulaması yapılmış. İşlemden yaklaşık 20 ay sonra hastanın kataterle beslenmesi esnasında dirençle karşılaşmaya başlanmış. Beslenme pompası bu direnci aşamaz hale gelince hasta tarafımıza getirildi. Enjektörle yapılan kontrolde mamanın rahat verilemediği ve geri geldiği görüldü. Kataterin internal halkası cilt altında palpe edildi. Hastaya yapılan endoskopide mide lümeninde internal halka görülemedi. Internal halkanın eski bulunduğu yer görüldü. Lokal anestezi yapılması ardından ayrı insizyon yapmadan eksternal traksiyonla katater çekildi. Ardından yeni katater aynı seansta yerleştirildi. Ertesi gün tekrar beslenme başlatıldı. İşlemden 3 gün sonra hasta taburcu edildi.

Sonuç: Buried bumper sendromunda kataterin çıkartılması için literatürde birçok yöntem mevcuttur. Bizim vakamızda internal halkanın palpe edilecek kadar yüzeye yakın olması nedeniyle eksternal traksiyonla kataterin çekilmesi ve aynı seansta yeni kataterin takılması uygun görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: buried, bumper, peg, endoskopi

Buried bumper endocam



Resim 1. İnternal halkanın eski yeri

Yeni katater



Resim 2. Yeni katater

VB-49

ÜÇ GÜN SONRA İMPAKTE KESKİN CİSİMİN MİDEDEN ENDOSKOPİK OLARAK ÇIKARTILMASI

Fevzi Cengiz, Salih Can Çelik, Gülden Ballı, Nihan Acar, Kemal Erdiç, Kamer, Mehmet Hacıyanlı

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

Giriş: Kaza ile yutulan yabancı cisim ortak bir acil servis başvuru nedenidir. Yutulan yabancı cisimlerin büyük çoğunluğu sekelsiz bir şekilde gastrointestinal sistemde hareket ederken, yutulan uzun, rijit ve keskin yabancı cisimler perforasyon veya tıkanma gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Nadiren izlenen bu olgularda madde bağımlılığı, şizofreni veya anoreksiya gibi ciddi sağlık problemleri sorgulanmalıdır. Bu tarz cisimlerin cerrahi veya endoskopik olarak en kısa sürede çıkartılması gereklidir. Yazımızda kaza ile yutulan çatalın üç gün sonra impakte olduğu mideden sedoanaljezi altında endoskopik yöntem ile çıkarılması sunulmuştur.

Olgu Sunumu: 41 yaşında kadın hasta acil servise üç gün önce yutmuş olduğu çatal şikayeti ile başvurdu. Anamnezde, yutma olayının üç gün önce kusma provakasyonu için çatalın sapının kullanılması sırasında yanlışlıkla gerçekleştiğini öğreniliyor. Hastanın geçmiş sağlık sorgusunda özellik olmayıp, psikiyatrik hastalık, zeka geriliği, alkolizm veya madde bağımlılığı saptanmadı. Hastanın fizik muayene bulguları normal idi. Laboratuvar sonuçlarında glukoz 93 mg/dL, Hb 11,4 mm3, Hct 32, Wbc 7,000 mm3, amilaz 124U/L idi. Ayakta direk karın grafisinde ve tomografide dışırcasının karakteristik görünümü izlenmekte idi ancak bu keskin cisime ait perforasyon izlenmedi. Hastanın bilgilendirilmesi ve onamı ardından cerrahi endoskopi ünitesinde orafarinksin lokal anestezisi ve sedoanaljeziyi takiben endoskopik girişim uygulandı. Endoskopi işlem sırasında, çatalın sap kısmının pilora girdiği, çatal uçlarının ise mide korpusuna takıldığı gözlemlendi. Mide ekspansiyonu ile çatal uçları görünür hale geldi ve snear ile bu noktadan tutulan çatal takıldığı yerden çıkartılarak mide korpusu serbest hale getirildi. Ancak keskin kenarın yukarda olması nedeni ile direk olarak kardiyaya ve özefagustan çıkartılamadı. Çatalın mide içinde endoskopik olarak ters çevrilmesi ardından kardiyaya-özefagal seviyede serbest ve endoskop geri çekilerek başarı ile çıkarıldı. Endoskopik olarak özefagus, mide ve duodenum yaralanma olup olmadığı kontrol edilerek işleme son verildi. Çıkartılan çatal 15 cm uzunluğunda idi. Hasta 24 saat gözlem sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmeden şifa ile taburcu edildi.

Tartışma: Yutulan cisim nadiren gastrointestinal sistemde sıkışma, perforasyon veya tıkanmaya neden olabilir. Yutulan cismin şekli ile ilişkili olarak inflamasyon, apse, peritonit, tıkanma, fistül veya kanama sonucu mortalite ve morbidite ortaya çıkabilmektedir. Buna ek olarak, yabancı cisimlerin nadiren komşu organlara migrasyonu izlenmiştir. Duodenum retroperitona sabit konumu ve anatomik C-loop şekli nedeni ile uzun ve

keskin nesneler için bir tuzaktır. Bu tarz nadir durumlarda cerrah mevcut algoritmaların dışında hasta yönetimini gerekebilir. Cerrahi müdahaleye gerek kalmadan çıkartılmasında, endoskopik olarak deneyimli bir ekip ile prosedürlerin doğru yürütülmesi, işlemin başarı şansını arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: endoskopi, endoskopik yabancı cisimler, yemek çatalı,

VB-50

ERCP SONRASI GELİŞEN RETRODUODENAL PERFORASYONUN METALİK STENT İLE TEDAVİSİ

Mert Mahsuni Sevinç¹, Hasan Bektaş¹, Nagehan Didem Sarı², Musa Murat Çalışkan¹, Serkan Sarı¹¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği²İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji

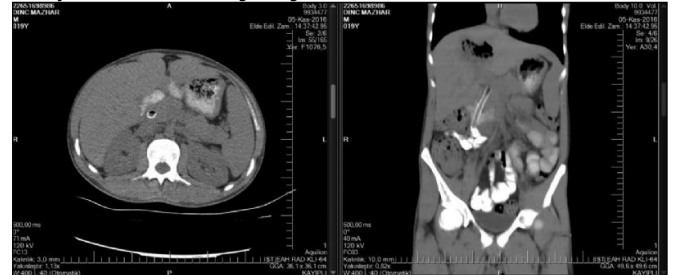
Giriş: Endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatografi (ERCP) maling ya da benign pankreatikobilyer patolojilerin tanı ve tedavisinde uygulanan, Genel cerrahi uzmanı ve gastroenterologlar tarafından rutin uygulanan yüksek oranda komplikasyona yolaçabilen bir ileri endoskopik girişimdir. ERCP sonrası perforasyon çok nadir görülen fakat en ciddi komplikasyondur. Bu çalışmada safra yollarına açılmış karaciğer kist hidatik tanısıyla ERCP yapılan hastada periampuller bölgede perforasyon gelişmesi üzerine bilier metalik stent ile tedavi edilmesini literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu: 19 yaşında erkek hasta, dış merkez tarafından kist hidatik ön tanısı ile genel cerrahi polikliniğimize yönlendirildi. Batın tomografisinde (BT) karaciğer sağ lob subsegment 7'den subsegment 5'e uzanım gösteren 70X50 mm boyutlarında Kist hidatik ile uyumlu lezyon tespit edildi. Girişimsel radyoloji tarafından PAIR planlanan hastaya USG eşliğinde drenaj katateri yerleştirildi, kist içerisine 40 cc serum sale verilerek kist içeriği aspire edildi ve işlem sonlandırıldı. İşlemden 5 gün sonra yüksek ateş, bulantı, kusma ve lökositoz ile enfeksiyon hastalıkları servisine yatırıldı. Kontrol BT 'de karaciğerdeki kistik lezyonda hava-sıvı seviyeleri ve intrahepatik safra yollarında hava görünümü saptanması üzerine kistin safra yolu ile iştiraki olduğuna karar verildi. Hastaya ERCP planlandı. ERCP sırasında selektif koledok kanülasyonu yapılamaması üzerine Fine Needle Sfinkterotomi ile parsiyel papillotomi yapılarak koledok kanülasyonu sağlandı. Sfinkterotomi ile sfinkterotomi tamamlandı. Ancak işlem sırasında periampuller bölgede perforasyon odağı görüldü. Bunun üzerine Fully covered 10 mm X 8 mm SEMS bilier stent uygulandı. Hasta takip amacıyla interne edildi. Enfeksiyon hastalıkları tarafından antibiyoterapi (mopem 1 gr 3x1 IV/gün+ flagyl 4x500 mg) düzenlendi. Günlük batın muayanesi, ateş, crp, hemogram takipleri sıkı bir şekilde yapıldı. Kontrol BT 'de özellik görülmedi. İşlemin 8. Gününde hiçbir şikayeti kalmayan hasta poliklinik kontrolüne çağırılarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: ERCP sonrası retroduodenal perforasyon, sfinkterotomilerin %0,5-2,1 oranında rapor edilmiştir. Özellikle geç fark edildiğinde mortaliyle sonuçlanabilen çok ciddi bir komplikasyondur. İşlem sonrası karın ağrısı şikayeti olan her hastada perforasyon göz önünde bulundurulmalıdır. ERCP sonrası perforasyon, duodenumun medail-lateral duvarı, ampulla vateri çevresi ve ana hepatik kanalda gelişebilir. Kılavuz tel sokulması, sfinkterotomi, endoskopun sokulması ve stent kayması en sık perforasyon nedenleridir. Perforasyon gelişen uygun vakalarda çok yakın takip edilmek üzere ilk seçenek olarak metalik stent uygulanabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Bilier stent, ERCP, komplikasyon, perforasyon

ERCP işlemi sonrası batın tomografisi görüntüsü



ERCP işleminde yerleştirilen metalik stentin BT görüntüsü

VB-51

POSTOPERATİF GASTROİNTESTİNAL FİSTÜL NEDENİ İLE OVER THE SCOPE CLİP (OTSC) UYGULAMASI: 3 OLGU

Tahsin Dalgıç, Erdal Birol Bostancı, İlter Özer, Murat Ulaş, Erol Aksoy, Yusuf Özoğlu, Musa Akoğlu

Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği

Amaç: Gastrointestinal sistemdeki (GİS) perforasyon ve fistüller hastalar ve cerrahlar için önemli bir problemdir. Geleneksel tedavi metodu destek tedavileri, radyolojik drenaj ve cerrahi müdahalelerdir. Over the scope clip (OTSC) uygulaması perforasyon ve fistüllerin kapanmasını sağlayarak hastaların ek tedavi metodları ve tekrarlayan cerrahi işlemlerden korunmasını sağlayabilmektedir.

Gereç-Yöntem: Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği'nde Haziran 2016-Mart 2017 tarihleri arasında postoperatif GİS fistülü nedeni ile OTSC uygulanan üç hastanın bilgileri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Postoperatif enterokütan fistül gelişen üç hastanın bir tanesine inoperabl hiler kolanjiyokarsinom ve pasaj problemi nedeni ile basit gastroenterostomi, diğer hastaya mide ca nedeni ile subtotal gastrektomi ve Billroth 2 gastroenterostomi ve üçüncü hastaya familyal adenomatoz polipozis nedeni ile total kolektomi ve ileal poş anal anastomoz (İPAA) ameliyatları yapılmıştır. Basit gastroenterostomi yapılan hastada afferent loopda ve Billroth 2 yapılan hastada duodenum güdükte yaklaşık 1 cm ve İPAA yapılan hastada ileal poş kör loopda yaklaşık 0,8 cm perforasyon alanı saptandı. Endoskopi işlemi sırasında ciltteki fistül dış ağızından metilen mavisi verilerek fistül tanısı ve iç ağız lokalizasyonları doğrulandı. Endoskop geri çekildi ve OTSC sistemi endoskopa entegre edildikten sonra tekrar işleme başlandı. Endoskopun ucu perforasyon alanının tam karşısına getirilip aspire edildi ve açıklığın OTSC mekanizmasını tutan cap içine girmesi sağlandı. Aspirasyon devam ederken OTSC ateşlendi ve perforasyon alanlarının kapandığı görüldü. Tüm hastalarda ciltten tekrar metilen mavisi verildi ve kapanmış olan fistül iç ağızlarından gelmemesi üzerine işlem sonlandırıldı. Takiplerde afferent loop ve duodenal güdük kaçak kapatılması yapılan hastaların fistül geleni olmadı ve taburculuk öncesi abdominal tomografi çekilerek OTSC'nin yerinde olduğu ve kontrast maddenin ekstrasvaze olmadığı görüldü. İPAA sonrası kör loop kaçağı nedeni ile OTSC uygulanan hastada işlem sonrası 3. günde debisi çok düşük olmakla beraber günde bir spanç kirletecek kadar fistül geleni olması üzerine tekrar kolonoskopi yapıldı. OTSC'nin kenarında ¼ oranında açıklık olduğu gözlemlendi. Bu bölge endoklip ile desteklendi. İzlemleri sırasında fistül geleni az olmakla beraber, devam eden hasta daha sonra reopere edildi ve primer stür uygulaması yapıldı. Sonrasında fistül geleni kesilen hasta sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç: Over The Scope Clip uygulaması yeni ve özgün bir teknik olarak GİS perforasyon ve özellikle de fistüllerinin kapatılmasında kullanılmaktadır. OTSC'nin erken dönem, kronikleşmemiş ve yara kenarları fibroze olmamış fistüllerde başarı oranı yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal fistül, Perforasyon, Over The Scope Clip (OTSC)

Tüm hastalar ameliyattan 6 ay sonra antidiyabetik tedavilerini sonlandırdılar. Diğer comorbidite durumları düzeldi. 2010 yılında Sanchez-Pernaute ve ark. 3 yıllık SADI-S teknik sonuçlarını açıkladılar. Bu ameliyat sleeve mide oluşturulduktan sonra duodenum birinci bölümünün bölünmesi ile başlar. Biz tekniğimizde 6 port kullanıyoruz. Bir 10 mm, 30 dereceli kamera kullanıyoruz. Sleeve gastrektomi 45 Fr buji kullanılarak, pılordan 6 cm uzaklıktan gerçekleştirilir. Hiatal açıklık tesbit edilen olgularda nonabsorbable sütürler ile açıklık kapatılır. Stapler hattı 3-0 absorbable monofilament ile güçlendirilir. Bölünen duodenum ileoçekal valvden 250 cm proksimalindeki ileal loop ile anastomoz edilir. Stapler hattı ve anastomoz 50-100 ml metilen mavisi ile test edilir. Bu teknik birden fazla anastomoz ve mezenter açıklığı yaratan yöntemlere göre daha güvenilirdir. Ayrıca ameliyat süresi daha kısadır. Diğer bir avantajda pılor sfinkteri korunarak safra reflüsüne bağlı gastrik poş kanser oluşumu riskini (mini gastrik bypassa göre) azaltır. Ayrıca pılor korunarak RYGB yada MGB olgularında rastlanan dumping sendromunu profilaktik olarak önler. Klasik RYGB ile karşılaştırıldığında malabsorbsiyon açısından kilo kaybını ve comorbiditeyi kontrolde daha etkindir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik cerrahi, SADI-S, Laparoskopik

VB-53

SLEEVE GASTREKTOMİ KAÇAĞINA OTSC KLİP İLE MÜDAHALE

Abdullah Şişik¹, Hasan Erdem², Yunus Topal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

²İstanbul Obezite Cerrahisi, İstanbul

Amaç: Laparoskopik sleeve gastrektomi ameliyatları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de artan sayılarda tercih edilen cerrahi prosedür haline gelmektedir. Artan cerrahi sayısı ile birlikte bu prosedürün en önemli komplikasyonlarından olan kaçakların sayısı da artmaktadır. Kaçakların tedavi ederken en az morbidite ve mortalite hedeflenmelidir. Bu video sunumunda LSG sonrası ortaya çıkan kaçağın endoskopik klip ile tedavisi sunulmaya amaçladık.

Olgu: 22 yaşında erkek hasta, boy: 172 cm, kilo: 130 kg, VKİ: 44 kg/m². Morbit obezite nedeni ile LSG uygulandıktan sonra postoperatif 12. gün karın ağrısı, beslenememe ve kusma şikayeti ile başvurdu. Çekilen karın tomografisinde kalan mide ile dalak arasında 8*8 cm çaplı koleksiyon saptandı. Perkutan drenaj uygulanıp hastaya İV antibiyotik tedavisi verildi. Üst GİS endoskopide Z çizgisinin hemen altında 4 mm çaplı leakage alanı gözlemlendi, hastaya tam kapalı stent uygulandı. Yaklaşık 1 ay sonra hastanın drenajından hala mide içeriği gelmesi, hastanın beslenme zorluğu çekmesi, stente bağlı şiddetli ağrıların olması, sık sık bulantı-kusmasının olması nedeniyle hasta tekrar hospitalize edildi. Kontrol karın BT'de apse saptanmadı. Üst GİS endoskopisi yapıldı daha önce yerleştirilen stent çıkarıldı ve OTSC (over the scope clip) klip yerleştirildi. Hasta işlemden 1 hafta sonra şikayetleri gerilemiş şekilde şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: LSG sonrası ortaya çıkan kaçakların tedavisinde tam kapalı ge-nişleyebilen stentler en çok tercih edilen seçenek olarak karşımıza çık-maktadır. OTSC kliple de kaçak tedavisinde en çok olarak kullanılabileceği gibi stente bağlı problem yaşanan hastalarda da tercih edilebilir.

Anahtar Kelimeler: sleeve gastrektomi, kaçak, otsc klip

BARIATRİK VE MATABOLİK CERRAHİ

VB-52

TİP-2 DİABET METABOLİK SENDROMLU HASTALARDA SLEEVE GASTREKTOMİLİ DUODENO-İLEAL BYPASS İŞLEMİ (SADI-S TEKNİK)

Erhun Eyüboğlu, Turgut İpek

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi

İlk olgularımız 25 tip-2 diabetes mellituslu hastalardan oluştu. Ortalama kan glukoz düzeyi preoperatif 220 mg/dl den 95 mg/dl düzeyine düştü. Ortalama glikosylate hemoglobin (HbA1c) seviyesi cerrahi işlemden bir yıl sonra %10,1 düzeyinden %4,8 düzeyine düştü.

VB-54

BARIATRİK CERRAHİ ÖNCESİ SAPTANAN MİDE KARSİNOİD TÜMÖRÜ

Ozan Şen, Ahmet Gökhan Türkçapar, Mehmet Ali Yerdel

İstanbul Bariatrics, İstanbul

Kanser insidansı obez hastalarda artış göstermektedir. Gastrik nöroendokrin tümörlerin obez hastalarda görülme sıklığı literatürde %0,6-0,8 arasında bildirilmektedir. Bu oran genel popülasyona göre oldukça yük-sektir (%0,0006-%0,0015). Gastrik karsinoid tümör nadir görülen bir tümör olmasına rağmen üst gastrointestinal sistem (gis) endoskopi uy-gulamalarının artışıyla ilişkili olarak da teşhis sıklığı artmıştır. Bu çalışmada biz bariatrik cerrahi öncesi rutin hazırlık protokolümüzün bir parçası olan

üst gis endoskopide rastlantısal olarak saptanan nöroendokrin tümörü sunduk.

55 yaşında 127 kg ve vücut kitle indeksi 46 olan erkek hastaya bariatric cerrahi planlandı. Cerrahi öncesi hazırlık algoritmasının bir parçası olan üst gis endoskopi tüm hastalarda olduğu gibi bu hastamıza da uygulandı. Endoskopide mide korpus ve küçük kurvatur boyunca uzanan 4-5 mm civarında mukozadan kabarık 3 ayrı nodüler lezyon saptandı. Üç lezyondan da ayrı ayrı biyopsi alındı. Patoloji sonucunda iki lezyon nöroendokrin tümör olarak rapor edildi. Ayrıca mide korpusundan alınan biyopsi örneğinde çevrede inaktif kronik gastrit ve inkomplet tip fokal intestinal metaplazi saptandı. Hastanın serum gastrin seviyesine bakıldı ve yüksek olarak saptandı. (serum gastrin düzeyi 670). Her iki lezyon alanının çıkarılan specimen içinde kalacağı düşünülerek hastaya sleeve gastrektomi operasyonu yapılmasına karar verildi. Preoperatif dönemde hastaya 2. bir endoskopi yapılarak her iki lezyon noktasına indosiyenin yeşili ile işaretleme yapıldı. Bu şekilde operasyon sırasında her iki lezyon alanının mide serozal yüzden de görülebilmesi amaçlandı.

Hastaya sleeve gastrektomi operasyonu uygulandı. Endoskopik boya ile işaretleme yapılan alanlar intraoperatif olarak mide dışından görülerek rezeke edilen specimen tarafında kaldığı görüldü. Çıkan mide specimeni açıldığında her iki lezyonun stapler hattına uzak mesafede çıkarıldığı görüldü. Operasyon sonrası problem yaşanmayan hasta 3. gün rutin protokolumuza uygun sıvı diyetle taburcu edildi. Çıkan mide materyalinin histolojik incelemesinde rezidüel tümör saptanmadı. Hastaya bariatric cerrahi sonrası takip programımız çerçevesinde kontrolleri dışında ek olarak endoskopi takibi planlandı.

Bariatric cerrahi planlanan hastalarda preoperatif değerlendirmede üst gis endoskopinin rutin kullanımı hala tartışmalıdır. Morbid obezitenin cerrahi tedavisinde bir çok yöntem bulunmaktadır. Bugün uygulanan bariatric cerrahi yöntemlere baktığımızda sleeve gastrektomi ve gastrik bypass dünya genelinde en sık uygulanan yöntemlerdir. Gastrik bypass uygulanan hastalarda remnant mideye ulaşamaması önemli bir sorundur ve bir çok cerrah bu durumun preoperatif mideye bakılmasını zorunlu kıldığını düşünmektedir. Obez hastalarda operasyon öncesi çeşitli mide patolojilerinin ortaya konması ve en uygun cerrahi yöntemin belirlenmesinde üst gis endoskopi uygulaması son derece önemlidir

Anahtar Kelimeler: Bariatric cerrahi, preoperatif endoskopi, karsinoid tümör, sleeve gastrektomi



Resim 1. Patoloji görsel

LAPAROSKOPİK ACİL CERRAHİ

VB-55

BOĞULMUŞ KASIK FITIĞINDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM: EŞ ZAMANLI HERNİORAFİ VE BARSAK REZEKSİYONU

Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri², Engin Hatipoğlu¹

¹Istanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Acibadem Kozyatağı Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Amaç: Boğulmuş kasık fıtıklarında barsak rezeksiyonu yapılması gerektiğinde eş zamanlı fıtık onarımı yapılması hala tartışmalıdır. Bu nedenle; klinik uygulamada sıklıkla karşılaştığımız bu durum karşısında, minimal invaziv yaklaşım yaptığımız bir olgumuzun videosu ile konuyu tartışmak istiyoruz.

Yöntem: BK, 44 yaşında erkek hasta. Boğulmuş sağ kasık fıtığı ile Ağustos 2016'da acil ameliyat edilerek; laparoskopik sağ kasık fıtığı onarımı (TAPP), segmenter ince barsak rezeksiyonu ve anastomoz yapıldı.

Bulgular: Hasta, postop 4. gün sorunsuz taburcu oldu. 6 hafta kadar süren seromasi spontan rezole oldu. Bugüne kadar takibinde başka komplikasyon olmadı.

Sonuç: İnce barsak rezeksiyonu gerektiren boğulmuş kasık fıtıklarının eş zamanlı laparoskopik yolla fıtık onarımı yapılmasında; perforasyon olmaması şartıyla, anatomik alanların ayrılabilmesi nedeniyle güvenle yapılabileceği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: kasık fıtığı, strangülasyon, laparoskopi, rezeksiyon, TAPP

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

VB-56

NÜKS KARACİĞER KİST HİDATİK TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Enis Dikicier², İsmail Zengin²

¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Kist hidatik, Echinococcus parazitine bağlı ortaya çıkan bir zoonozdur. Dünyanın birçok yerinde morbidite ve mortaliteye neden olan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir. Laparoskopik kist hidatik cerrahisi son yıllarda cerrahi pratiğine girmiş bir tekniktir. Bu sunumda 1,5 yıl önce laparoskopik kist hidatik cerrahisi uygulanan 43 yaşındaki erkek olguda laparoskopik parsiyel kistektomi uygulaması sunulacaktır.

Olgu ve Video sunumu: Kırk üç yaşında erkek olguya kliniğimizde 1,5 yıl önce laparoskopik parsiyel kistektomi ve omentopeksi uygulanmıştı. Takiplerinde nüks saptanan olguda operasyon öncesi albendazol tedavisi başlandı. Hazırlıkları takiben operasyona alındı. Umbilikus altı 11 mm kamera portu, 2 adet 5 mm port girildi. Ekplorasyonda önceki operasyonuna sekonder karaciğer üzerinde adezyonlar mevcuttu, keskin diseksiyon açıldı. Karaciğer segment 7'de yaklaşık 4 cmlik kist hidatik saptandı. Kist çevresine hipertonic serum fizyolojik emdirilmiş gazlı bezler yerleştirildi. Kistin ön yüzü koter yardımı ile açıldı. 5 mm aspiratör ile kist içine girilerek, kist içeriği kontrollü şekilde aspire edildi. Kist kavitesi olası safra kaçağı yönünden kontrol edildi, safra kaçağı görülmeydi. Kist kavitesi hipertonic serum serum fizyolojik ile irrigasyon aspirasyon yapıldı. Takiben karaciğer parankiminden korunmuş, kist duvarına parsiyel kistektomi işlemi uygulandı. Piyes endoskopik specimen torbasiyla karın dışına alındı. Sağ kadrandan trokar yerinden dren kist içine yerleştirildi. Hemostaz sonrası operasyon sonlandırıldı.

Sonuç: Laparoskopik yaklaşım; karaciğer hidatik hastalığı olan hastaların tedavisinde güvenli ve uygulanabilir metod olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik, laparoskopik cerrahi, nüks

VB-57

ROBOTİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ**Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Yasin Alper Yıldız², Enis Dikicier², Recayi Çapoğlu²**¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilimdalı, Sakarya²Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Robotik cerrahi, pankreas cerrahisinde gelişen teknik imkanlar ve artan cerrahi tecrübe sayesinde gün geçtikçe daha çok uygulanmaktadır. Bu olgu sunumunda Pankreas distalinde yerleşmiş kitle nedeniyle robotik distal pankreatektomi ve splenektomi yapılan olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu: Altmış iki yaşında kadın olguya 3 aydır varolan karın ağrısı, kilo kaybı nedeniyle yapılan tetkiklerde pankreas distalinde kitle lezyonu saptanması üzerine operasyon planlandı. Hazırlıklar sonrası ope-rasyona alındı. Laparoskopik eksplorasyon sonrası gastrokolik ligaman açıldı, pankreas distalindeki kitle lezyonu gözlemlendi, kitlenin komşuluğundaki dokularda adezyonlar mevcuttu. Keskin ve künt disseksiyonla adezyolizis yapıldı. Splenik venin kitle içerisinde olduğu gözlemlendi, operasyona splenektomi eklenmesi planlandı. da Vinci S robotik sistem ile docking işlemi sonrası pankreas superior ve inferiora dönüldü. Slenik ve ve arter dönüldü, kliplendi ve kesildi. Pankreas endos-kopik stapler yardımıyla uygun cerrahi sınırdan kapatıldı ve kesildi. Kitle lezyonu ile birlikte dalakta piyese dahil edildi. Kanama kontrolü sonrası pankreas güdüğüne Tisseel sıkıldı. Operasyon lojuna dren yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta 3. gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu müsinöz kistadenom komşuluğunda nöroendokrin karsinom olduğu öğrenilen olgu medikal onkolojiye yönlendirildi.

Sonuç: Robotik distal pankreatektomi seçilmiş hastalarda açık konvansiyonel cerrahiye alternatif olarak güvenli bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: nöroendokrin karsinom, pankreas, robotik cerrahi,

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

VB-58

LAPAROSKOPİK TOTAL GASTREKTOMİ, YENİ VE FARKLI TEKNİK; VIDEO SUNUM**Turgut İpek, Erhun Eyüboğlu**

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi

Cerrahi uygulama prensibi 5 cm cerrahi sınır, klinik evreleme ve histolojik tipe dayandırılır. Midenin 1/3 orta bölüm tümörlerinde laparoskopik total gastrektomi öneriyoruz. Toplam 5 trokar, 2 5 mm (cerrah/asistan port), bir 10 mm (kamera), bir 12 mm (cerrah) ve bir 12 mm port (bu linear stapler tipine göre 15 mm olabilir) yerleştirilir. Ameliyat esnasında Aleksis yara retraktörü (stapler uygulamaları ve piyesin çıkarılması) kullanıldı. Diseksiyona gastrokolik ligaman açılarak başlanır. Laterale pylor istikametinde devam edilir. Daha sonra sağ gastroepiploik arter ve ven kliplenir ve kesilir (6. istasyon). Sağ gastrik arter duodenum hizasında kesilir (5. istasyon). Uygun enerji cihazı ile gastrika brevesler kesilir (4. istasyon). Heriki ön ve arka vagus özofagus distalinde diseke edilir ve kesilir (istasyon 1,2,3). Sol gastrik arter ve ven diseke edilerek bölge lenf bezleri (istasyon 7,8,9 ve 11) çıkarılır. Duodenum linear stapler ile pilor hizasından kesilir. Yeni ve farklı bir teknik ile 25 mm EEA stapler anvili kısmen dar olan özofagusa uç uca anastomoz için yerleştirilir. Treitz ligamanından 30 cm distal jejunum linear stapler ile ayrılır. Roux en Y anastomoz için 60 cm ölçülür ve jejunojejunostomi linear stapler ile yan yana anastomeze edilir. Mezenterik açıklık kapatılır. Roux kör uç açılır, sirküler stapler yerleştirilir. Anvil ve stapler birleştirilerek stapler ateşlenir. Açılan Roux uç linear stapler ile kapatılır. Rezeke edilen mide piyesi, lenf istasyonları ve rezeke edilen omentum aleksisten çıkarılır. Bizim serimizde (25 hasta) major komplikasyon gelişmedi. Laparoskopik total gastrektomi düşük morbidite, kısa hastane yatış süresi ve onkolojik prensiplere bağlı kalınarak hastalar için iyi bir alternatif yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, mide kanseri, total gastrektomi

VB-59

MİNİ GASTRİK BYPASS SONRASI KİLO GERİ ALIMINDA: İLEAL İNTERPOZİSYON'A LAPAROSKOPİK REVİZYON**Tugrul Demirel¹, Osman Anıl Savaş², Gamze Çıtlak³**¹İstinye Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi²Kemerburgaz Üniversitesi S. M. Y. O. MedicalPark Gaziosmanpaşa Hastanesi³Haseki E. A. H. Genel Cerrahi Kliniği

Mini Gastrik Bypass Ameliyatı, son yıllarda gittikçe popülerlik kazanan etkili bir obezite cerrahisi yöntemidir. Tek anastomozla yapılması, Roux-n-Y Gastrik Bypass'a kıyasla 4 kat daha fazla proksimal jejunumu bypass etmesi ve etkin hacim kısıtlaması ile etkin bir kilo kontrolü ve diyabette düzelme elde edebilmektedir. Ancak her hastada standart aynı mesafeye uygulanması ve hastalar arasında mide duvar yapısının farklılıklarından da kaynaklanabilecek şekilde, geri kilo alımları ve diyabette nüks görülebilmektedir. Tip 2 Diyabet ve Morbid Obezite nedeniyle 4 yıl önce MGB olan ve BMI: 40,2 kg/m² iken, 31 kg/m²'ye etkin kilo kaybı ve diyabette düzelme yaşayan ancak son 1 yılda tam geri kilo alımı ve diyabette geri dönüş yaşayan 40 yaşında bir bayan hastaya uyguladığımız Revizyonel İleal İnterpozisyon vaka videosunu sunuyoruz. Mayıs 2015'de ameliyat edilen hasta post-op 1,5 yıllık takibinde BMI: 22 kg/m² ve diyabette tam remisyon ile başarılı bir tedavi sürecini devam ettiriyor. Restriktif yöntemlerin başarısı mekanik ölçütlere bağlı iken, metabolik cerrahi yöntemler hormonal ve absorptif komponentlerin ön planda işlevine dayanması dolayısıyla obezite ve diyabetin sağaltımında, daha az deformasyon ve daha uzun vadeli başarılı kontrol vaad edebilecek yöntemler olabilir. Jejunioleal interpozisyon ameliyatı teknik olarak 3 anastomoz gerektiren bir zorluk içermekle birlikte, ard barsak (hind-gut) uyarısını göreceli malabsorptif Mini-Gastrik Bypass ameliyatından çok daha güçlü yapabilen, hiç malabsorbsiyon yaratmayan, duodenal anatomisinin tamamen korunduğu, geride endoskopik kontrole kapalı bir midenin bırakılmadığı avantajları çok fazla olan yeni bir cerrahi tekniktir. Uzun öğrenme eğrisi ve uzun ameliyat süresi nedeniyle hiçbir zaman çok uygulanan bir yöntem olmasını beklemediğimiz Jejunioleal İnterpozisyonun deneyimli cerrahlar ve merkezler tarafından özellikle revizyon cerrahilerinde tercih edilebilecek bir etkinliğe sahip olduğunu düşünüyoruz. RYGB gibi MGB hastalarında da geri kilo alımları düşünülenden fazla olmakta ve birçok merkez bu hastalara major revizyon uygulamamaktadır. Her iki ameliyatta da yapılan poş ve anastomoz küçültücü işlemlerin uzun vadeli kontrol sağlamadaki yetersizliği ve ileride yapılmasını zorunlu kılacak major revizyonları, oluşturacakları fibrozis dolayısıyla zorlaştırmaları nedeniyle, biz restriktif palndan metabolik plana yönelik revizyonları tercih etmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: mini gastrik bypass, revizyon cerrahisi, ileal interpozisyon, duodenal switch

VB-60

ROBOTİK GİST VE KİSTİK LENFANJİYOM EKSIZYONU**Fatih Altıntoprak¹, Mustafa Yener Uzunoğlu², Enis Dikicier², Emrah Akın², Yasin Alper Yıldız²**¹Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilimdalı, Sakarya²Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Sakarya

Giriş: Gastrointestinal stromal tümör, gastrointestinal sistemde görülen en yaygın mezenkimal tümördür. İnsidansı milyonda 20 olarak belirtilmiştir. Mide en sık tutulan organdır. Tedavisinde olguya göre wedge rezeksiyondan total gastrektomiye kadar geniş bir yelpazede cerrahi uygulanır. Kistik abdominal lenfanjiom nadir benign bir konjenital tümördür. Lenfatik sistemin gelişimsel bir anomalisidir. Çocukluk çağındaki erkek cinsiyette sıklıkla gözlenir. Bu video sunumunda 29 yaşındaki erkek olguda mide GİST ve retroperitoneal lenfanjiyom nedeniyle mide robotik wedge rezeksiyon, kistik lenfanjiyom eksizyonu operasyonu sunulacaktır.

Video sunumu: 29 yaşında erkek olgu dispepsi yakınmaları ile yapılan tetkiklerde mide büyük kurvatur yönünde 2 cmlik kistik komponentleri olan lezyon saptandı. Görüntülemelerde pankreas superoposteriorunda 5x3 cmlik kistik lezyon nedeniyle hazırlıkları sonrası operasyona alındı. Ters Trendelenburg pozisyonunda umbilikus altı 11 mm kamera portu, 2 adet 8 mm robotik port, 10 mmlik asistan portu girildi. Docking işlemi sonrası gastrokolik ligaman açılarak pankreas superoposteriorundaki 5x3 cmlik kistik lezyon eksize edildi. Daha sonra mide büyük kurvatur yönünde 2 cmlik GİST

öntanılı lezyon uygun cerrahi sınırla wedge rezeksiyonla çıkarıldı. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz geçiren olgu 5. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede mide rezeksiyon materyali GİST, pankreas komşuluğundan eksize edilen lezyon lenfanjiyom olarak tanımlandı.

Sonuç: Gastrointestinal stromal tümör ve lenfanjiyom birlikteliği çok nadir olarak gözlenir. Robotik cerrahinin getirdiği üstün görüntü ve hareket yeteneği sayesinde birçok operasyon gerçekleştirilebilmektedir. Seçilmiş vakalarda robotik rezeksiyonun güvenle kullanılabilecek bir teknik olduğunu düşünmekteyiz

Anahtar Kelimeler: GIST, lenfanjiyom, robotik rezeksiyon

HEPATO PANKREATO BİLİYER CERRAHİ

VB-61

LAPAROSKOPIK PANKREATİKODUODENEKTOMİ

Fatma Ümit Malya, Hüseyin Kazım Bektaşoğlu, Enver Kunduz, Sebahattin Destek, Elnur Piraliyev, Adnan Aslan, Kemal Dolay

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Minimal invaziv cerrahi günümüzde gastrointestinal sistem sisteminin tüm alanlarında yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Laparoskopik pankreatikoduodenektomi ilk olarak 1994 yılında Gagner ve Pomp tarafından uygulanmıştır. Tanımlanmasının ardından total laparoskopik pankreatikoduodenektominin uygulanmaya başlaması yavaş bir gelişme izlemiştir. Ameliyat süresinin uzun olması, incelikli bir diseksiyon ve rekonstrüksiyon gerektirmesi cerrahları genellikle bu yaklaşımdan uzak tutmuştur. Ancak hastanede kalış süresini kısaltması, yara yeri komplikasyonlarını ve ağrıyı azaltması yanında ameliyat sonrası onkolojik tedaviye başlama süresini kısaltması gibi avantajlarından dolayı deneyimli merkezlerde total laparoskopik pankreatektomi uygulanmaya başlamıştır. Ameliyat sırasında açık cerrahiye geçme oranı %9-45 arasındadır. Uygun hasta seçimiyle bu oran azaltılabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan laparoskopik yardımcı pankreatikoduodenektomi vakasını sunmayı amaçladık.

Yöntem-gereçler: 57 yaşında sanlık şikayetiyle başvuran hastanın yapılan tetkikerinde ampulla tümörü saptanması üzerine Pankreatikoduodenektomi planlandı.

Bulgular: Rezeksiyon aşaması laparoskopik olarak 200 dakikada tamamlanarak rekonstrüksiyon aşamasında açık cerrahiye geçildi ve anastomozlar uygun, standart şekilde yapıldı toplam süre 440 dakika olarak kaydedildi. Rekonstrüksiyonun ilk 1 saatinden el yorgunluğu gözlemlendi. Ameliyat sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta drenleri alınarak yedinci gün taburcu edildi. Hastanın patolojisi pankreas başı adenokarsinom t3n1, cerrahi sınırlar negatif, toplam lenf nodu sayısı 20 olarak kaydedildi. 1 adet lenf nodunda metastaz mevcuttu.

Sonuç: Sonuç olarak cerrahi deneyimin artmasıyla beraber laparoskopik pankreatikoduodenektominin uygun hastalarda güvenle uygulanabileceği ancak yorucu bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Pankreas, pankreatikoduodenektomi, laparoskopi

ÖZOFAGUS VE MİDE CERRAHİSİ

VB-62

LAPAROSKOPIK TRANSGASTRİK KİTLE EKSİZYONU: VIDEO SUNUMU:

Sertaç Ata Güler, Turgay Şimşek, Saffet Çınar, Veysel Sarı, Neşet Nuri Gönüllü

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kocaeli

İntragastrik lezyonlara müdahaleler her geçen gün daha noninvaziv yöntemlere yönelmektedir. Özellikle endoskopi teknolojilerindeki gelişmeler, laparotomi ve gastrotomiye ihtiyaç duyulmadan uygun lezyonlarda direkt müdahale imkanı sağlayarak hasta için daha az morbiditeye sebep olmaktadır. Bunun yanında bazı lezyonların lokalizasyonu sebebiyle endoskopik müdahaleleri çok riskli veya imkansız olmaktadır. Bu lezyonların eksizyonu için laparotomi ve gastrotomiler halen alternatifsiz bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Olgumuzda, 47 yaşında bayan hasta, gastroskopisinde mide kardiyözefajiyel bileşkede lokalize olmuş 3 cm kadarlık bir kitlesel lezyon ile kliniğimize başvurdu. Yapılan endoskopik biyopsisinin sonucu benign özelliklerde kitle olarak bildirildi. Fakat kitlenin lokalizasyonu ve pasajı engellemesi sebebiyle eksizyonuna karar verildi. Fakat lokalizasyon sebebiyle endoskopik eksizyon yapılamadı. Bu sebeple hastaya laparoskopik transgastrik eksizyon kararı alındı. Peroperatif endoskopik destekli gerçekleştirilen cerrahide, lezyon tespit edildikten sonra, laparoskopik olarak karna girildi. Laparoskopi yöntemi önce gastrotomi yapıldı ve transgastrik olarak özefagogastrik bileşkede lokalize olmuş kitleye ulaşıldı. Kitle laparoskopik endostapler kullanılarak submukozal olarak eksize edildi ve karın dışarısına alındı. Ardından laparoskopik açılmış olan gastrotomi yine laparoskopik endostapler ile kapatıldı. Cerrahi komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı. Hastaya postoperatif 1. gün rejim başlandı ve postoperatif 2. gün sıhhatle taburcu edildi.

Endoskopik yöntemlerle eksize edilememiş olan bu lezyon, uyguladığımız cerrahi teknik ile laparotomi ve gastrotomiye ihtiyaç kalmadan, laparoskopik olarak eksize edildi. Hastanın açık cerrahiye bağlı komplikasyonları azalmış ve taburculuk süresi kısalarak, morbiditesinin daha az olması sağlandı. Cerrahi eksplorasyon ve manüplasyon, laparoskopi ve endoskopinin ortak kullanılması sayesinde daha iyi yapıldı. Bu gibi benign veya ara lezyonlar, öncelikle endoskopi olarak müdahale edilemiyorsa, uygulanmış olduğumuz laparoskopik transgastrik müdahale tekniğiyle başarılı ve hastaya daha az cerrahi sonrası etkilerle çıkarılabilinmektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi, transgastrik eksizyon, endoskopik rezeksiyon

Yazar Dizini

A

Abahuni, Melis 25
 Abbasoğlu, Osman 97
 Abbasov, Abbas 8
 Abbasov, Aykhan 6
 Abbasov, Ayhan 3, 24
 Abdullayev, Mirsalih 6
 Abdullayev, Ülfet 52
 Acar, Atahan 42, 45
 Acar, Fahrettin 13, 22, 23, 28, 59, 68, 99
 Acar, Nihan 58, 77, 106
 Acar, Turan 58, 77
 Açıkgöz, Mehmet Ali 73, 94, 98
 Adanır, Haydar 58
 Ademoğlu, Serkan 5, 22, 50, 55, 56, 64, 71, 78, 91
 Ağcaoglu, Orhan 36
 Akbulut, Gökhan 6, 20, 50
 Akbulut, Hüseyin 41, 57
 Akgün, İsmail Ethem 16
 Akıcı, Murat 5, 22, 50, 55, 56, 64, 71, 78, 91
 Akıncı, Muzaffer 13
 Akıncı, Ozan 95
 Akın, Emrah 103, 109
 Akkavak, Gülçin 105
 Akkurt, Mehmet Salih 49
 Akkuş, Önder 78
 Akoğlu, Musa 17, 18, 93, 94, 107
 Akpınar, Göksever 6, 50
 Aksakal, Nihat 105
 Aksoy, Bekir Serdar 77
 Aksoy, Erol 107
 Aksoy, Fikret 5
 Aksoy, Mehmet Emin 82
 Aksungur, Nurhak 52, 57, 75
 Aktaş, Ayşegül 7, 13, 22, 50, 68
 Akyüz, Cüneyt 81
 Albayrak, Özhan 15, 16, 30, 58, 61, 75
 Alemdar, Ali 70, 100
 Algül, Mehmet 14
 Alimoğlu, Orhan 16, 68, 72
 Ali, Özgür Palaz 8, 105
 Aliyev, Saday Agalaroglu 80
 Allahverdi, Tülay Diken 103
 Almalı, Necat 20
 Alper, Aydın 30, 65, 73, 96, 97, 101
 Altın, Önder 27
 Altıntoprak, Fatih 87, 98, 102, 103, 104, 108, 109
 Altuntaş, Yunus Emre 27
 Anadolu, Zeynep 7
 Andican, Ahat 7
 Anılır, Ender 99
 Anuk, Turgut 103
 Arduçoğlu, Ayşe Merter 4
 Aren, Acar 61
 Arı, Aziz 101
 Arıcı, Sinan 49
 Arıkan, Yüksel 5, 22, 50, 55, 56, 64, 71, 78, 91
 Arısoy, Mustafa 30, 65, 73, 96, 97, 101, 103
 Artaş, Hakan 24
 Aslan, Adnan 18, 110
 Aslan, Ahmet 72, 91, 95, 103
 Aslaner, Arif 3, 14
 Aslanova, Könül 7, 8
 Aslan, Savaş 71
 Asmaz, Ebru 95
 Atabey, Mustafa 46, 94
 Atamanalp, Sabri Selçuk 52, 57, 75
 Ataş, Buhranettin 82
 Avaroğlu, Hüseyin İmam 16

Avcı, Tefrik 60, 87
 Avlanmış, Ömer 6, 46
 Avtan, Levent 3, 13, 24, 35, 51
 Aydın, Bilal 52
 Aydın, Cengiz 20
 Aydın, Hüseyin Onur 7, 60, 87
 Aydoğan, Ogün 91
 Aydoğan, Ömer Faruk 72
 Aydoğdu, İbrahim 35
 Azamat, İbrahim Fethi 13

B

Babür, Mehmet 73, 94, 98
 Bademler, Süleyman 11
 Bağ, Halis 63, 69, 70, 77, 79
 Bahçecioğlu, İbrahim Halil 24
 Bahçe, Zeynep Şener 73
 Balık, Emre 23
 Ballı, Emre 5, 22, 50, 55, 56, 64, 71, 78, 91
 Ballı, Gülden 42, 44, 45, 106
 Barbaros, Umut 105
 Barut, İbrahim 68
 Başak, Fatih 43
 Baş, Bilge 58
 Baş, Gürhan 68, 72
 Battal, Muharrem 19
 Bayrak, Savaş 15, 16, 19, 28, 30, 52, 58
 Bayram, Buğrahan 82
 Bayram, Harun 103
 Bayram, Onur 36
 Bayramov, Nuru 7, 8
 Bayramov, Nuru Yusufoglu 80
 Bektaş, Hasan 15, 16, 19, 28, 30, 52, 58, 75, 101, 106
 Bektaşoğlu, Hüseyin Kazım 18, 35, 41, 57, 110
 Berber, İbrahim 36
 Biçer, Elifnur 19
 Bildik, Nejdettin 27
 Bilge, Orhan 19, 36, 96, 97, 99
 Bilgiç, Çağrı 19, 36
 Bilgiç, Ethem 67
 Binboğa, Elif 53
 Binnetoğlu, Kenan 103
 Biricik, Aytaç 49
 Bora, Gül 48
 Bostancı, Erdal Birol 17, 18, 93, 94, 107
 Bostancı, Meriç Emre 46
 Bostancı, Özgür 44
 Bozdağ, Ali Doğan 43, 44, 45, 46
 Bozkurt, Ahmet Çağlar 7
 Bozkurt, Emre 44
 Bozkurt, Süleyman 41, 57
 Büyük, Abdullah 49
 Buğdaycı, Nihat 29, 41
 Buğra, Dursun 23, 103
 Buldanlı, Mehmet Zeki 16
 Bülbüloğlu, Ertan 25
 Büyükaşık, Kenan 101
 Büyüker, Fatih 68
 Büyükkasap, Çağrı 29
 Büyükerbetçi, Gülseren 54, 55, 105

C

Cafarov, Anar 29
 Canbay, Bahar 13
 Can, Mehmet Ali 73, 94, 98
 Cantürk, Nuh Zafer 11, 15
 Can, Uğur 19, 36
 Canıllı, Şenol 30, 36, 65, 73, 96, 97, 101
 Celayir, Mustafa Fevzi 16, 20
 Cengiz, Fevzi 42, 44, 45, 58, 63, 106
 Cevizli, İlkiz Sibel 11

Ceylan, Hakan 63, 66
 Cin, Necat 63, 69, 70, 77, 79
 Cin, Samet 7
 Coşkun, Mümin 10
 Cüçük, Ömer Cenk 35

Ç

Çakabay, Bahri 94, 98
 Çakar, Ekrem 15, 16, 30, 52, 58
 Çakır, Tuğrul 3, 14
 Çakır, Ülkem 36
 Çalık, Bülent 20
 Çalıışkan, Cemil 95
 Çalıışkan, Musa Murat 106
 Çalikoğlu, Fikret 41
 Çantay, Hasan 18
 Çapoğlu, Recayi 109
 Çaycı, Hacı Murat 18
 Çayören, Hüseyin 41
 Çekiç, Tolga 68
 Çekiç, Tolga Faruk 50
 Çelebi, Fatih 29, 41, 42, 49, 53
 Çelebi, Fehmi 87, 98, 102
 Çelik, Akgün 77
 Çelik, Atilla 29, 41, 49, 53
 Çelik, Betül 4
 Çelik, Salih Can 106
 Çetindağ, Bengi Balcı 6
 Çetindağ, Özhan 50
 Çetin, Kenan 14, 15
 Çevik, Ayhan 27
 Çıkman, Öztekin 20
 Çınar, Saffet 15, 110
 Çıtlak, Gamze 10, 11, 87, 104, 109
 Çiftçi, Reşit 3
 Çolak, Bayram 13, 23, 99
 Çolakoğlu, Muhammet Kadri 48
 Çolak, Şükrü 15, 16, 30, 52, 58

D

Daldal, Emin 30
 Dal, Fatih 78
 Dalgıç, Tahsin 17, 18, 93, 94, 107
 Daşiran, Mehmet Fatih 30
 Demir, Ali 48
 Demir, Batuhan Halit 6, 50
 Demircioğlu, Salih 11
 Demirel, Tuğrul 10, 11, 87, 104, 109
 Demir, Uygur 16, 44
 Demiryas, Süleyman 13, 51, 95
 Deniz, Abdülkadir 15
 Destek, Sebahattin 18, 110
 Dikicier, Enis 87, 98, 102, 103, 104, 108, 109
 Dikker, Okan 11
 Dilege, Şükrü 92
 Dilek, Osman Nuri 42, 44, 45, 58, 77
 Dilektaşlı, Evren 18
 Dinç, Bülent 58, 63, 66, 71
 Dinç, Selcan Enver 71
 Dişçi, Esra 52, 57, 75
 Dogangün, Muhammed 18
 Doğru, Volkan 72
 Dolay, Kemal 18, 35, 110
 Dönmez, Turgut 13, 16, 51
 Duman, Kazım 49
 Durak, Evren 42, 44, 45, 63, 69, 70, 77
 Durmuş, Ali 9, 25, 43, 70
 Durmuş, Ilgım 25

E

Ece, İlhan 22, 23, 28
 Eesan, Veysel 102
 Egin, Seracettin 11
 Ekinci, Özgür 16, 68, 72
 Eliyev, Teyyub 59
 Er, Ahmet Muzaffer 77
 Erakin, Mümtaz 5, 22, 50, 55, 56, 71, 78, 91
 Ercan, Gülçin 53
 Erçetin, Candaş 29, 41, 42, 49, 53
 Erdem, Duygu Ayfer 13, 16
 Erdem, Hasan 9, 12, 26, 107
 Erdem, Vuslat Muslu 13, 16
 Erdim, Aylin 10, 11
 Erdoğan, Umut Eren 18
 Eren, Musa Sinan 103
 Erginel, Turgay 78
 Ergüney, Sabri 88, 100, 102
 Erhan, Selma Şengiz 4
 Erkmene, Burcu 82
 Erkmene, Fırat 3
 Erol, Tımuçin 97
 Erözkan, Kamil 23, 66, 92, 95
 Erpek, Hakan 82
 Ersin, Sinan 23, 66, 92
 Ersöz, Feyzullah 61
 Erşen, Ogün 5, 22, 50, 55, 56, 64, 71, 78, 91
 Ertekin, Cemalettin 8, 21
 Ertem, Metin 88, 95, 99, 100, 102, 108
 Ertürk, Türk 36
 Eskerov, Niyazi 6
 Eyüboğlu, Erhun 107, 109

F

Fakırlıahoğlu, Mesud 52
 Ferahman, Sina 13, 51
 Ferhatoğlu, Murat Ferhat 7
 Fırat, Özgür 23, 66, 92
 Filiz, Ali İlker 7

G

Gapbarov, Aman 68
 Garayeva, Sevinç 6
 Genç, Hüdai 63, 69, 70, 77
 Girgin, Mustafa 91
 Gök, Ali Fuat Kaan 21
 Gökçek, Berk 11
 Gökçen, Kaan 94
 Gök, Hakan 95, 99, 108
 Gök, Mehmet Ali 7, 13, 22, 50, 51, 68
 Gökova, Melek 58
 Gökova, Melek Bekler 63
 Göktaş, Selçuk 14, 15
 Göktepe, Berk 36
 Gönüllü, Doğan 77
 Gönüllü, Neşet Nuri 15, 110
 Göral, Nilgün 70
 Gözeneli, Orhan 3, 74
 Gülççek, Osman Bilgin 41, 42, 49, 53
 Güldür, Muhammet Emin 3
 Güler, Erkan 7, 23, 70, 92
 Güler, Sertaç Ata 11, 15, 110
 Güloğlu, Recep 8, 11, 21
 Gümer, Mehmet 3
 Gümiüş, Serdar 73, 94, 98
 Gümiüş, Tufan 66
 Günel, Ömer 10, 11
 Günay, Mustafa Kayıhan 8, 21
 Gündoğan, Ersin 35, 67
 Gündoğdu, Kemal 98, 102, 103, 104
 Gündüz, Umut Rıza 58, 63, 66

Güneş, Mehmet Emin 101
 Güney, Burak 81, 100
 Güngör, Hilmi 67
 Gürbulak, Bünyamin 15, 16, 30, 52, 58
 Gürbulak, Esin Kabul 16
 Gürbüz, Bülent 19, 23, 30, 36, 65, 73, 87,
 92, 96, 97, 99, 101, 103
 Gür, Emine Özlem 42, 44, 45
 Güven, Hakan 100

H

Hacım, Nadir Adnan 46
 Hacıyanlı, Mehmet 58, 106
 Hacıyanlı, Selda 63
 Hacim, Nadir Adnan 6
 Hasanov, İlyas 29
 Hasbahçeci3, Mustafa 35
 Hatipoğlu, Engin 100
 Hatipoğlu, Engin 13, 51, 88, 95, 99, 102,
 108
 Hesenov, Asiman 6
 Hesenov, Müşfik 6
 Hoşçoşkun, Cüneyt 23, 92
 Hot, Semih 11
 Hussein, Maher 21, 30, 76
 Hut, Adnan 13, 51
 Hüseyinova, Mehriban 24
 Hüseyinov, Elnur 13, 35

I

Isazade, Elvin Mahiroğlu 80
 İşıl, Rıza Gürhan 6, 11, 46

İ

İbrahimova, Aygun 24
 İlhan, Mehmet 8, 11, 21
 İlhan, Yavuz Selim 24, 27
 İpek, Turgut 107, 109
 İsmayilov, İlkin 29

K

Kabalak, Bilal 50
 Kabaoglu, Burçak Abbas 87, 103
 Kadioğlu, Hüseyin 41
 Kafadar, Tolga 7, 13, 22, 51, 68
 Kala, Ferhat 28
 Kalcın, Süleyman 48
 Kamer, Erdinç 42, 44, 45
 Kamer, Kemal Erdinç 58, 106
 Kapdağı, Murat 92
 Kaplan, Esin 61
 Kaplan, Mehmet 74
 Kaptanoğlu, Levent 14, 15
 Karabuğa, Türker 43, 44, 45, 46
 Karabulut, Koray 24, 27, 72, 91, 95, 103, 104
 Kara, Cemal 43, 44, 45, 46
 Karadeniz, Erdem 52, 57, 75
 Kara, Gökmen 28
 Karagöz, Ömer 16, 51
 Karagülle, Onur Olgaç 41
 Karahan, Mehmet 14, 15
 Karahan, Ömer 29
 Karaislı, Serkan 79
 Karakuş, Şeyma 3, 13, 24, 35, 51
 Kara, Salih 57
 Karatepe, Oğuzhan 9, 19, 25, 43
 Karayağız, Abdulhak Hamit 36
 Kara, Yalçın Burak 10, 11
 Kar, Haldun 63, 69, 70, 77
 Karpuz, Şakir 10
 Kartal, Abdulcabbar 7

Kayaalp, Cüneyt 35, 67, 96, 102
 Kaya, Cemal 44
 Kayaoglu, Hüseyin Ayhan 18
 Kaya, Selçuk 27
 Kebapçı, Eyüp 6, 50
 Kebudi, Abut 7
 Keşkiş, İbrahim H. Hüdaverdi 7, 51
 Kızırova, Natevan 59
 Kılıç, Furkan 72
 Kınacı, Erdem 16, 19, 28
 Kivılcım, Taner 7
 Koca, Yavuz Savas 68
 Korkmaz, Mehmet Fatih 27, 91, 95, 103, 104
 Korkut, Ercan 52
 Kotan, Mehmet Çetin 20
 Kökdaş, Süleyman 77, 103
 Köksal, Hakan 16
 Köksal, Hakan Mustafa 20
 Köksal, Neşet 43
 Köksay, Ferda Nihat 77
 Kudaş, İlyas 43
 Kulalı, Fatma 43
 Kunduz, Enver 18, 35, 110
 Kutaniş, Rıza 41, 42
 Küçükylmaz, Meltem 78
 Küpeli, Aydın Hakan 77, 103

L

Leblebici, İhsan Metin 72
 Liman, Rumeysa Kevser 24, 91

M

Makay, Özer 36
 Malya, Fatma Ümit 18, 35, 110
 Mammadov, Ruslan Aydinoglu 80
 Manisalı, Metin 9
 Memiş, Ufuk 75
 Meriç, Serhat 53
 Mihmanlı, Mehmet 16, 44
 Mokhtare, Sina 99
 Mollaoğlu, Muratcan 46
 Muhammedoğlu, Bahtiyar 76, 77, 92, 103
 Musri, Özgür Cem 58, 63
 Mutlu, Eren Cemal 46
 Mülküt, Fırat 14, 27
 Müsri, Özgür Cem 66

N

Namazov, Anar 74
 Namdaroglu, Ozan Barış 41
 Nekay, Emir 21
 Nokay, Ali Erhan 71
 Nursay, Müslüm 29

O

Oduncu, Mehmet 7
 Oğuz, Barış 11
 Oğuzsoy, Tuba 20
 Okan, İsmail 30
 Okkabaz, Nuri 49
 Okur, Nazan 68
 Onak, Coşkun 42, 44, 45
 Orhan, Anıl 102
 Oruç, Taner 95, 99
 Oymacı, Erkan 41

Ö

Öfkeli, Özcecm 94, 98
 Ökmen, Hasan 75, 78
 Ömeroğlu, Sinan 44

Ömerov, Taryel 24
 Öter, Volkan 50
 Özalp, Necdet 48
 Özata, İbrahim Halil 13, 16, 51
 Özcan, Alpay 82
 Özdemir, Ali 48
 Özelgün, Demet 9
 Özel, Mehmet İlker 46, 94
 Özel, Yahya 43
 Özemer, İbrahim Ali 16
 Özener, Onur 3
 Özer, İler 18, 93, 107
 Özgönül, Abdullah 3, 74
 Özgören, Müveddet Banu Yılmaz 20
 Özoğlu, Yusuf 107
 Özsoy, Zeki 30
 Öztürk, Ahmet Mücteba 41
 Öztürk, Gökmen 25, 43
 Öztürk, Gürkan 52
 Öztürk, Osman 91
 Özveri, Emel 99, 108

P

Peker, Onur 76, 92
 Peker, Yasin 42, 44, 45, 63, 69, 70, 77, 79
 Pergel, Ahmet 48
 Pınarcı, Tugul Bulut 4
 Pırcanoğlu, Mehmet Eyyüp 92
 Piraliyev, Elnur
 Piraliyev, Elnur 18, 35, 57, 110
 Pırcanoğlu, Mehmet Eyyüp 76
 Pişkinpaşa, Metin 3, 22
 Pöstecki, Gökhan 15

R

Rakıcı, Taşkın 101
 Rüstem, Adalat 8

S

Sağlam, Fazıl 70, 100
 Salahova, Sevinc 74
 Salih, Emad Tahir 93
 Sarı, Erdem 53, 54, 55, 62, 63, 70, 105
 Sarı, Nagehan Didem 106
 Sarı, Serkan 19, 28, 61, 78, 101, 106
 Sarı, Şirin Akın 53, 54, 55, 62, 63, 70, 105
 Sarı, Veysel 15, 110
 Savaş, Osman Anıl 10, 11, 87, 104, 109
 Sayar, Samed 77
 Sayur, Volkan 7, 70
 Seğmen, Özgür 30, 75
 Sert, Özlem Zeliha 5
 Sevim, Eyüp 29, 41, 53
 Sevinç, Barış 29
 Sevinç, Mert Mahsuni 19, 28, 60, 106
 Sezer, Taylan Özgür 7, 23, 66, 70, 92, 95
 Sıkar, Hasan Ediz 14, 15
 Sobutay, Erman 97, 99, 101
 Solak, İlhami 23, 92
 Solgun, Burçin 28
 Solmaz, Ali 29, 41, 42, 49, 53
 Sonbahar, Bilgehan Çağdaş 48
 Sormaz, İsmail Cem 3, 13, 24, 35, 51
 Soy, Ebru Hatice Ayyazoglu 60, 87
 Soytaş, Yiğit 3, 24, 35, 51
 Sönmez, Recep Erçin 8, 21
 Summak, Mahmut 52
 Sunamak, Oğuzhan 51
 Sülü, Barlas 103
 Sümer, Fatih 35, 67, 96, 102

Ş

Şaban, Burhan 103
 Şahin, Enes 13, 22, 28, 29, 59, 68, 99
 Şahin, Ertuğrul 27, 72, 104
 Şahin, Mustafa 13, 23, 28, 30, 59, 68, 99
 Şahin, Zeynep Deniz 15, 30, 58, 75
 Şen, Ozan 9, 25, 107
 Şermet, Medeni 68, 72
 Şimşek, Turgay 11, 15, 110
 Şişik, Abdullah 9, 12, 26, 43, 107

T

Tabandeh, Babek 95, 99
 Tali, Servet 30
 Tan, Berra Zümrüt 102
 Tanju, Serhan 92
 Tardu, Ali 60
 Tartar, Rumeysa 49
 Taşçı, Yunus 35
 Taş, İlhan 73
 Tatar, Fatma 69, 70, 77, 79
 Tatlı, Faik 3, 74
 Tazeoğlu, Deniz 81
 Tekin, Oğuzhan 75
 Tezcaner, Tugan 87
 Tezelman, Serdar 36
 Tok, Hasan 81
 Tokoçin, Merve 49
 Toktaş, Osman 20
 Topal, Yunus 12, 107
 Topçu, Ömer 46, 94
 Topuz, Sezgin 76, 77, 92, 103
 Tosun, Salih 16, 68, 72
 Tuncyürek, Pars 82
 Turan, Gülay 53, 62, 63
 Turgut, Mehmet Alim 41
 Turunç, Volkan 95, 99
 Türkçapar, Ahmet Gökhan 9, 25, 107
 Türkeş, Bayram 53, 54, 55, 62, 63, 70, 105
 Türkeş, Tuğba 62, 63

U

Uğurlu, Levent 20
 Ulaş, Murat 93, 94, 107
 Ulaş, Cemal 100
 Umman, Veysel 88
 Usta, Sertaç 24, 27, 72, 91, 95, 103, 104
 Utkan, Nihat Zafer 15
 Uygur, Furkan Ali 52
 Uymaz, Derya Salim 36
 Uysal, Erkan 77
 Uzman, Sinan 13
 Uzun, Hüseyin 12
 Uzunköy, Ali 3, 74
 Uzunoğlu, Mustafa Yener 87, 98, 102, 103,
 104, 108, 109

Ü

Ücrak, Fuat 82
 Üstün, Mehmet 6, 50
 Üzümlü, Güngör 78

V

Valiyev, Shahbaddin 53
 Vartanoğlu, Talar 29, 42, 53

Y

Yadigaroglu, Ekrem 51
 Yağmur, Yusuf 73
 Yağmurdur, Mahmut Can 103
 Yakan, Savaş 41
 Yalçın, Hüseyin Cahit 3, 74
 Yalçın, Metin 13, 22, 50, 51, 68
 Yaltı, Tunç 23, 87, 92
 Yanar, Hakan 8, 21
 Yanar, Teoman Hakan 6
 Yardımcı, Erdem Can 3, 14
 Yardımcı, Erkan 41
 Yaşar, Hasan 95
 Yavuz, Erkan 41, 42, 49, 53
 Yavuz, Mustafa 91

Yavuz, Ridvan 73
 Yazar, Muhammed Raşit 63, 66, 71
 Yazıcı, Pinar 19, 44
 Yeğen, Serkan Fatih 51
 Yener, Oktay 16, 68, 72
 Yerdel, Mehmet Ali 9, 25, 107
 Yeşiltaş, Metin 11
 Yıldrgan, Mehmet İlhan 52, 57, 75
 Yıldırım, Doğan 13, 51
 Yıldırım, Sedat 60, 87
 Yıldırım, Mehmet 41
 Yıldız, Görkem 16
 Yıldız, İhsan 68
 Yıldız, Yasin Alper 87, 102, 103, 104, 109
 Yılmaz, Hüseyin 23

Yılmaz, Levent Fikret 63
 Yılmaz, Özkan 20
 Yılmaz, Sezgin 5, 22, 50, 55, 56, 64, 71, 78, 91
 Yılmaz, Tacittin Semih 13, 22
 Yiğitbaş, Hakan 29, 41, 42, 49, 53
 Yılmaz, Edip Erdal 73
 Yirmibeşoğlu, Ahmet Oktay 11
 Yoğurtçuoğlu, Bedi 54, 55
 Yoldaş, Ömer 45, 46
 Yoldaş, Tayfun 95
 Yormaz, Serdar 23, 59, 68
 Yücel, Yusuf 3, 74
 Yürekli, Tacittin Semih 68
 Yüzkat, Nurettin 20

Z

Zenger, Serkan 19, 23, 30, 36, 65, 87, 92, 96, 97, 99, 101, 103
 Zengin, İsmail 108
 Zeynalov, Sureddin 7, 8, 59, 74
 Zilan, Aydın 29
 Zirek, Levent 91, 103

NOTLAR

