

Mart / March 2000

Cilt / Volume 7

Sayı / Number 1

(Kongre Özel Sayısı)

ENDOSKOPİK LAPAROSKOPİK & MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ DERGİSİ

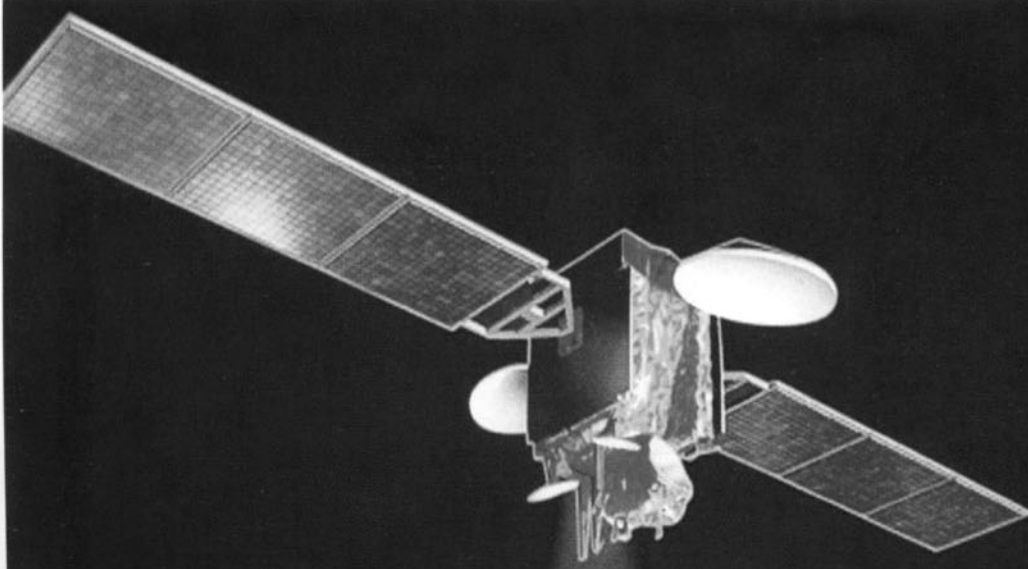


IV. ULUSAL ENDOSKOPİK-LAPAROSKOPİK CERRAHİ KONGRESİ
PROGRAM VE ÖZET KİTABI / PROGRAM and ABSTRACT BOOK



Turkish Journal of Endoscopic Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

ISSN 1300 - 6533



Uluslararası katılımlı

I. ULUSAL

TELEMEDICINE

SEMPOZYUMU

3 Nisan 2000

**İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Oditoryumu**



E.L.C.D.

Ulusal
Endoskopik - Laparoskopik
Cerrahi Derneği

Ulusal Endoskopik - Laparoskopik
Cerrahi Derneğinin Yayın Organıdır

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

Sahibi
Prof. Dr. Cavit AVCI

Cilt / Volume 7 Sayı / Number 1
Mart/ March 2000

EDİTÖR / EDITOR in CHIEF
Cavit AVCI

YARDIMCI EDİTÖRLER / CO EDITORS
Metin ERTEM
Levent AVTAN

ULUSAL YAYIN DANIŞMA KURULU/
NATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Bülent ACUNAŞ (İstanbul)
Özdemir AKTAN (İstanbul)
Musa AKOĞLU (Ankara)
Kemal ALEMDAROĞLU (İstanbul)
Aydın ALPER (İstanbul)
Nusret ARAS (Ankara)
Selçuk ATAMANALP (Erzurum)
Dursun BUĞRA (İstanbul)
Bahattin CANBEYLİ (İzmir)
Adnan ÇALIK (Trabzon)
Faik ÇELİK (İstanbul)
Emin ERKOÇAK (Adana)
M. Hayri ERKOL (K.Maraş)
Metin ERTEM (İstanbul)
Tari ESEN (İstanbul)
Erhun EYÜBOĞLU (İstanbul)
Mehmet FÜZÜN (İzmir)
Mehmet GÜREL (Aydın)
Timur GÜRGAN (Ankara)
Hikmet HASSA (Eskişehir)
Atilla KORKMAZ (Ankara)
Selçuk MERCAN (İstanbul)
Mehmet NEŞŞAR (Denizli)
Ceyhan ORAL (İstanbul)
Vahit ÖZMEN (İstanbul)
İskender SAYEK (Ankara)
Hasan SERDAROĞLU (İstanbul)
Yunus SÖYLET (İstanbul)
Erdoğan M. SÖZÜER (Kayseri)
Rifat YALIN (İstanbul)
Özdemir YARARBAŞ (İzmir)
Nihat YAVUZ (İstanbul)
Osman YÜCEL (İstanbul)
Abdullah ZORLUOĞLU (Bursa)

İÇİNDEKİLER - CONTENTS

4. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi ÖZEL SAYISI

Editorial	2
Telemedicine Sempozyumu programı.	3
Kongre Genel Bilgileri	4-6
Düzenleyen Kuruluşlar	7
Kongre Ön Program Çizelgesi	8-9
Kongre Programı	10-11
European Telesurgery Teaching Program	12-13
(Free University of Brussels)	
Serbest Bildiri Oturumları	14-17
Poster Bildiri Oturumları	18-20
Bildiri ve Poster Özetleri	23-51
İndeks	52-53

Maurice E. ARREGUI (Indianapolis/USA)
Carlos BALLESTA-L. (Barcelona/Spain)
Jean BOULEZ (Lyon/France)
G. BUSS (Tübingen/Germany)
Guy B. CADIÈRE (Brussels/Belgium)
Gérard CHAMPAULT (Paris/France)
Alfred CUSCHIERI (Dundee/G. Britain)
Bernard DALLEMAGNE (Liege/Belgium)
Ara DARZY (London/G. Britain)
François DROUARD (Saint Quentin/France)
François DUBOIS (Paris/France)
Jean Louis DULUCQ (Talence/France)
Edmond ESTOUR (Valence/France)
Gilles FOURTANIER (Toulouse/France)
Jean François GIGOT (Brussels/Belgium)
Michael HERMANN (Wien/Austria)
Elias Hurtado HOYO (B. Aires/Argentina)
Namir KATKHOUDA (Los Angeles/USA)
Joël LEROY (Lille/France)
Nico J. LYGIDAKIS (Athene/Greece)
Mario MORINO (Torino/Italy)
Philippe MOURET (Lyon/France)
Thomas NEUFANG (Göttingen/Germany)
Alberto PERACCHIA (Milano/Italy)
Jacques PERISSAT (Bordeaux/France)
Eugenio SANTORO (Roma/Italy)
Allan SIPERSTEIN (San Francisco/USA)
Castro SOUSA (Coimbra/Portugal)
Philippe TESTAS (Paris/France)
Karl A. ZUCKER (New Mexico/USA)

This publication is kindly supported by
"THE EUROPEAN JOURNAL of
COELIO-SURGERY"

YAZI GÖNDERME ADRESİ

İstanbul Tıp Fakültesi
Cerrahi Monoblok Binası,
Giriş Kat, ODVİM Merkezi
34390 Çapa - İstanbul
Tel: (212) 533 34 32
Fax: (212) 534 16 05
E-mail: elcd@turk.net

3 ayda bir yayımlanır

Hazırlık ve Baskı:



Ortaklar Cad. No: 29 Daire B 80290
Mecidiyeköy/İstanbul
Tel: (0212) 288 36 43 - 288 30 87
Fax: (0212) 272 52 30
E-mail: rotayayin@superonline.com

EDİTORYAL

Değerli Meslektaşlarım,

Deprem nedeni ile ertelemek zorunda kaldığımız **4. ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGREMİZ**, 3-6 Nisan 2000 tarihlerinde İstanbul'da yapılmaktadır.

Bu dört gün içerisinde **iki önemli olayı** yaşayacağız.

Kongremizin **ilk günü olan 3 Nisan Pazartesi**'ni ülkemizde Sürekli Tıp Eğitimi ve Sağlık Hizmetlerine çağdaş katkı sağlayacak **"ULUSAL TELEMEDICINE PROJESİ"** içerikli bir **SEMPOZYUMA** ayırdık.

İstanbul Üniversitesi olarak uzun yıllardır üzerinde çalıştığımız ve bu kongremiz vesilesiyle ilk uygulaması başlatılacak olan ULUSAL TELEMEDICINE projesi, geniş bir davetli katılımıyla bu bir gün boyunca tartışılacaktır. Detay bilgilerini ek sayfada bulacağınız bu çok önemli sempozyuma davetlilerin yanısıra, isteyen tüm arkadaşlarımız katılacaktır.

4, 5, 6 Nisan günlerinde ise 4. ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRE'miz yapılacaktır. Daha önce bildirdiğimiz gibi, bu kongremizin büyük yankı uyandıracak yeniliği; sabah oturumlarının **YURTDIŞINDAN İNTERAKTİF AMELİYAT YAYINI (Interactive Tele Surgery)** şeklinde yapılacak olmasıdır.

European Tele Surgery Teaching programı içerisinde Belçika'daki "Université Libre de Bruxelles-Hôpital Saint Pierre"de Avrupa'nın tanınmış cerrahları tarafından yapılacak laparoskopik ameliyatlarını, kongre salonumuz olan Cerrahpaşa Oditoryumu'ndaki geniş ekranda canlı olarak hep birlikte izleyeceğiz. İsteyen arkadaşlarımız ameliyatları izlerken, mikrofon aracılığı ile Brüksel'deki ameliyat ekibine soru sorabilecek, yorum yapabilecek ve böylece çok canlı, dinamik ve interaktif bir katılım imkanı yaratılmış olacaktır.

Öğleden sonraki oturumlarda ise, Panel, Video Forum ve Serbest Bildiriler şeklindeki alışılmış toplantılarımız planlanmıştır.

3 Nisan'da tıp eğitimi ve sağlık uygulamaları konusunda ülkemize yenilikler getirecek olan **Telemedicine Sempozyumu**'nda, ve 4,5,6 Nisan da yüksek teknolojik iletişim olanakları kullanılarak organize edilen, **2000'e YARASIR NİTELİKTEKİ KONGREMİZDE** sizlerle yeniden birlikte olmaktan da son derece mutluyuz.

Organizasyon Komitesi Adına
Prof. Dr. Cavit AVCI

1. ULUSAL TELEMEDICINE SEMPOZYUMU

3 Nisan 2000

PROGRAM

3 Nisan 2000-Pazartesi

- 09.00 Açılış
- 09.30 **TELEMEDICINE TANITIM KONFERANSI**
Yeni Milenyumda İletişim Teknolojisindeki Yenilikler
Uzaktan Sürekli Tıp Eğitiminde Telemedicine
Sağlık Hizmetlerinde Telemedicine
- YURT DIŞINDAN VIDEO KONFERANS İLE KATILIM**
- Prof. Dr. Jacques MARESCAUX..... IRCAD Başkanı-Strasbourg
- Prof. Dr. Guy Bernard CADIÈRE Hopital Saint-Pierre-Bruxelles
- Prof. Dr. Gilles FOURTANIER..... Hopital Rangueil CHU-Toulouse
- 12.00 Yemek Arası
- 13.30 **PANEL- Değişik Branşlarca Telemedicine Uygulamaları**
Tele cerrahi, Tele radyoloji, Tele patoloji, Tele kardiyoloji, vd.
- 15.00 Kahve Arası
- 15.30 **"ULUSAL TELEMEDICINE PROJESİ" Koordinasyon Toplantısı**
Türkiye genelinde katılımcı merkezlerle koordinasyon planlaması.
Ulusal ve Uluslararası pilot uygulamalar için zamanlama ve
ön program hazırlanması.
Kısa, orta ve uzun vadede öneri ve beklentiler
- 17.00 Sempozyum Kapanışı

DÜZENLEYEN:

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü

İ.Ü. Sürekli Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi

4. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

4-6 Nisan 2000-İstanbul

Onursal Başkanlar

Prof. Dr. Kemal ALEMDAROĞLU

İstanbul Üniversitesi Rektörü

Prof. Dr. Faruk ERZENGİN
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı

Prof. Dr. Ahmet Nejat ÖZBAL
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı

Kongre Başkanı

Prof. Dr. Cavit AVCI

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği Başkanı

İst. Üniv. Sürekli Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi Başkanı

Kongre Sekreterleri

Doç. Dr. Levent AVTAN

Doç. Dr. Metin ERTEM

KONGRE DANIŞMA KURULU

İstanbul

Dr. Tarık AKÇAL, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Yalçın AKER, Maltepe Ü. Tıp Fak.
Dr. Özdemir AKTAN, Marmara Ü. Tıp Fak.
Dr. Aydın ALPER, İst. Tıp Fak.
Dr. Acar AREN, Okmeydanı SSK Hast.
Dr. Ahmet BATKIN, İstanbul GATA
Dr. Alp BOZBORA, İst. Tıp Fak.
Dr. Dursun BUĞRA, İst. Tıp Fak.
Dr. Türker BULUT, İst. Tıp Fak.
Dr. Yusuf BÜKEY, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Faik ÇELİK, Göztepe SSK Hast.
Dr. Sabri ERGÜNEY, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Erhun EYÜBOĞLU, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Ergun GÖNEY, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Mustafa GÜLMEN, Kartal Eğ. Hast.
Dr. Abdullah İĞCİ, İst. Tıp Fak.
Dr. Adnan İŞGÖR, Şişli Etfal Hast.

Dr. Göksel KALAYCI, İst. Tıp Fak.
Dr. Arslan KAYGUSUZ, İstanbul SSK Hast.
Dr. Abut KEBUDİ, Şişli Etfal Hast.
Dr. Selçuk MERCAN, İst. Tıp Fak.
Dr. Mahmut MÜSLÜMANOĞLU, İst. Tıp Fak.
Dr. Ceyhun ORAL, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. İ. Diler ÖZAÇMAK, Taksim Hast.
Dr. Vahit ÖZMEN, İst. Tıp Fak.
Dr. Selim SARI, İstanbul SSK Hast.
Dr. Rıdvan SEVEN, İst. Tıp Fak.
Dr. Mustafa TAŞKIN, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Yaman TEKANT, İst. Tıp Fak.
Dr. Cihan URAS, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Sümer YAMANER, İst. Tıp Fak.
Dr. Nihat YAVUZ, Cerrahpaşa Tıp Fak.
Dr. Osman YÜCEL, Taksim Hast.
Dr. Tayfun YÜCEL, Taksim Hast.

4. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

4-6 Nisan 2000-İstanbul

KONGRE DANIŞMA KURULU (Devamı)

Ankara

Dr. Musa AKOĞLU, Ankara Yük. İhtisas Hast.
Dr. Nusret ARAS, Ankara Ü. Tıp Fak.
Dr. Fuat ATALAY, Ankara Yük. İhtisas Hast.
Dr. İsmet BARAN, Dışkapı SSK Hast.
Dr. Metin BERBEROĞLU, Ankara İTEM
Dr. Metin ÇAKMAKÇI, Hacettepe Ü. Tıp Fak.
Dr. Nuri A. KAMA, Ankara Numune Hast.
Dr. Atilla ENGİN, Gazi Üniv. Tıp Fak.
Dr. Atilla KORKMAZ, Ankara Numune Hast.
Dr. Köksal ÖNER, Ankara GATA
Dr. Ahmet ÖZENÇ, Hacettepe Ü. Tıp Fak.
Dr. M. Mahir ÖZMEN, Ankara Numune Hast.
Dr. Seçkin SARI, SSBYB Ankara Hast.
Dr. Ümit SARIKAYALAR, Ankara GATA
Dr. İskender SAYEK, Hacettepe Ü. Tıp Fak.
Dr. Derviş ŞEN, Ankara GATA
Dr. Ertan TATLICIOĞLU, Gazi Ü. Tıp Fak.

İzmir

Dr. Bahattin CANBEYLİ, Tepecik SSK Hast.
Dr. Semih DOĞAN, Eşrefpaşa Belediye Hast.
Dr. Mehmet FÜZÜN, 9 Eylül Ü. Tıp Fak.
Dr. Ali KOYUNCU, Ege Ü. Tıp Fak.
Dr. Özdemir YARARBAŞ, Ege Ü. Tıp Fak.

Adana

Dr. Selçuk ATAMANALP, Atatürk Ü. Tıp Fak.

Bursa

Dr. Emin U. ERKOÇAK, Çukurova Ü. Tıp Fak.

Antalya

Dr. Abdullah ZORLUOĞLU, Uludağ Ü. Tıp Fak.

Denizli

Dr. Mustafa AKAYDIN, Akdeniz Ü. Tıp Fak.

Kayseri

Dr. Mehmet NEŞŞAR, Pamukkale Ü. Tıp Fak.

Dr. Erdoğan M. SÖZÜER, Erciyes Ü. Tıp Fak.

Dr. Abdullah SAĞLAM, Erciyes Ü. Tıp Fak.

Erzurum

Dr. Durkaya ÖREN, Atatürk Ü. Tıp Fak.

Aydın

Dr. Mehmet GÜREL, Adnan Menderes Ü. Tıp Fak.

Dr. Şükrü BOYLU, Adnan Menderes Ü. Tıp Fak.

Kahramanmaraş

Dr. M. Hayri ERKOL, Sütçü İmam Ü. Tıp Fak.

Samsun

Dr. Şeref ÖZEN, Samsun Devlet Hast.

Kocaeli

Dr. Ahmet ALPONAT, Kocaeli Ü. Tıp Fak.

Trabzon

Dr. Adnan ÇALIK, Karadeniz Ü. Tıp Fak.

Mersin

Dr. Ahmet TEKİN, Mersin Devlet Hast.

Hatay

Dr. Kenan YÜCE, Hatay Devlet Hast.

Van

Dr. Osman GÜLER, 100. Yıl Ü. Tıp Fak.

4. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ GENEL BİLGİLER

Kongre Merkezi

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi ODİTORYUM Binası

Bilimsel Sekreteryası

Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Monoblok Binası Giriş kat.
ODVİM Merkezi Çapa/İstanbul
Tel: (212) 533 34 32 Fax: (212) 534 16 05 E Mail: elcd@turk.net

Kongre Turizm Acentası

PARAGON Seyahat-Turizm Ticaret A.Ş.
Teşvikiye Cd. Teşvikiye Palas No: 107/2 80200 Nişantaşı/İstanbul
Tel: (212) 227 35 00 (4 hat) Faks: (212) 227 35 04 E Mail: paragon@paragontur.com.tr

Kongre Takvimi

6 Mart 2000 Bildiri özeti gönderme ve indirimli kayıt için son başvuru tarihi
15 Mart 2000 Bildiri kabul mektubu gönderme
03 Nisan 2000 / st. 14.00-17.00 Kongre merkezinde kayıt
st. 17.30-19.00 Armada Hotel'de kayıt
04 Nisan 2000 / st. 08.00-09.00 Kongre merkezinde kayıt
3-6 Nisan 2000 Bilimsel Program

Sosyal Aktiviteler

03 Nisan 2000 KOKTEYL PROLANJE
18.30-21.30 Ahırkapı Armada Hoteli **Canlı Müzik ve Soğuk-Sıcak Büfe**
04 Nisan 2000 ÖZEL PROGRAM
19.00-22.30 Kumkapıda kaynaşma partisi (opsiyonel)
05 Nisan 2000 KONGRE GALA YEMEĞİ
19.00-23.00 Eresin Balo Salonu
3,4,5 ve 6 Nisan 2000
Standların konumlandırılacağı ODİTORYUM'da **"Lunch pocket" ile öğle yemeği ve kahve ikramları**

Kongre kayıt

- 6 Mart 2000'e kadar herkese indirimli tarife.
 - Asistanlara özel indirim (belgelendirenlere).
 - **E.L.C.D. üyelerine özel indirim.** Gerek kongre içindeki bu indirimden, gerekse daha sonraki diğer indirimlerden yararlanmak için, Dernek aidatlarının mutlaka ödenmiş olması gerekmektedir. Ayrıca kongre esnasında sizlere sunulacak, Türkçe **"VİDEOSKOPIK CERRAHİ" kitabı satışında** Dernek üyelerine indirim yapılacaktır. Yine 7 yıldır yayınlanmakta ve üyelere ücretsiz gönderilmekte olan **"Endoskopik Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi"** sadece aidatını ödemiş üyelere ücretsiz gönderilmektedir.
- Aksatılmış ödemeleriniz varsa lütfen arka sayfadaki formu doldurarak yatırırsınız.

4. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

DÜZENLEYEN KURULUŞLAR



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



İstanbul Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi



İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı



Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

4. ULUSAL ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK CERRAHİ KONGRESİ &

1. ULUSAL TELEMEDICINE SEMPOZYUMU

3-6 Nisan 2000 ÖN PROGRAM ÇİZELGESİ

3 Nisan 2000-Pazartesi	
1. Ulusal Telemedicine Sempozyumu	
09.00	<i>Açılış</i>
09.30-12.00	TELEMEDICINE TANITIM KONFERANSI <i>Telemedicine Kavramı, Uzaktan Sürekli Tıp Eğitiminde Telemedicine, Sağlık Hizmetlerinde Telemedicine, Yurtdışından Video-Konferans ile Katılım</i>
12.00	<i>Yemek Arası</i>
13.30-15.00	PANEL-Değişik Branşlarda Telemedicine Uygulamaları <i>Tele cerrahi, Tele radyoloji, Tele patoloji, Tele kardiyoloji, v.d.</i>
15.00	<i>Kahve Arası</i>
15.30-17.00	Ulusal Telemedicine Projesi - KOORDİNASYON TOPLANTISI

3 Nisan 2000-Pazartesi	
4. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi	
14.00-19.00	<i>Kayıt (Cerrahpaşa Oditoryum Binası ve Abırcapı Armada Hotel)</i>
18.30-21.30	<i>Hoşgeldiniz Partisi-Abırcapı Armada Hotel-Kokteyl Prolonje</i>

4 Nisan 2000-Salı	
4. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi	
08.00-09.00	<i>Kayıt</i>
09.00-09.30	<i>Kongre Açılış Töreni</i>
09.30-12.30	BRÜKSEL'DEN İNTERAKTİF CANLI AMELİYAT YAYINI <i>Fonksiyonel Gastrik Cerrahi (Nissen, Toupet, Gastroplasty..) Free University of Brussels-Saint-Pierre Hospital (Kahve İkramı)</i>
12.30	<i>Yemek Arası</i>
14.00-15.30	PANEL 1- Laparoskopik Mide-Hiatus Cerrahisi
15.30	<i>Kahve Arası</i>
16.00-17.30	TARTIŞMALI VIDEO-FORUM <i>Serbest Bildiriler (Paralel Oturum)</i>

19.00-22.30 *Kaynaşma Partisi-Kumkapı (Opsiyonel)*

5 Nisan 2000-Çarşamba

4. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi

09.30-12.00 **İSTANBUL TIP, CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTELERİ VE BRÜKSEL'DEN İNTERAKTİF CANLI AMELİYAT YAYINI**

Kolorektal Girişimler

Free University of Brussels-Saint-Pierre Hospital

Splenektomi, Morbid Obezite, TEP Herni Onarımı,.

İstanbul Tıp ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri

(Kahve İkramı)

12.30 *Yemek Arası*

14.00-15.30 **PANEL 2-** Laparoskopik Solid Organ Cerrahisi

15.30 *Kahve Arası*

16.00-17.30 **TARTIŞMALI VIDEO-FORUM**

Serbest Bildiriler (*Paralel Oturum*)

19.00.23-00 *Kongre Gala Yemeği-Eresin İstanbul Hotel-Balo Salonu*

6 Nisan 2000-Perşembe

4. Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi

09.30-12.30 **BRÜKSEL'DEN İNTERAKTİF CANLI AMELİYAT YAYINI**

Laparoskopik Fıtık Cerrahisi, Retroperitoneoskopi,...

Free University of Brussels-Saint-Pierre Hospital

(Kahve İkramı)

12.30 *Yemek Arası*

14.00-15.00 **PANEL 3-** Videoskopik Fıtık Cerrahisi

15.00 *Kahve Arası*

15.30-16.30 **PANEL 4-** Videoskopik Cerrahide Son Durum (Yenilikler, Komplikasyonlar)

16.30-17.30 Poster Tartışması/Serbest Bildiriler (*Paralel Oturum*)

17.30-18.00 *Kapanış Töreni*

4. ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ PROGRAM

3 Nisan 2000-Pazartesi

- 14.00-17.00 **Kayıt** (Cerrahpaşa Oditoryum)
18.00-19.00 **Kayıt** (Armada Hotel)
18.30-21.30 **Hoşgeldiniz partisi** (Armada Hotel)

4 Nisan 2000 - Salı

- 08.00 **Kayıt**
09.00-09.30 **Açılış Töreni** (Cerrahpaşa Oditoryum)

CANLI AMELİYAT YAYINI OTURUMLARI (Cerrahpaşa Oditoryum)

- 09.30-12.30 **BRÜKSEL'DEN İNTERAKTİF CANLI AMELİYAT YAYINI**
Fonksiyonel Gastrik Cerrahi (Nissen, Toupet, Gastroplasty..)
Free University of Brussels-Saint-Pierre Hospital
Yorumcular: Ü. Sarıkayalar (Ankara Gata), Ö. Aktan (Marmara Üniv.)

- 12.30 Yemek Arası/Poster Tartışması-I

PANEL 1: LAPAROSKOPIK MİDE-HİATUS CERRAHİSİ, FONKSİYONEL GASTRİK CERRAHİ

- 14.00-15.30 **Oturum başkanları:** C. Avcı (İstanbul Üniv.), A. Korkmaz (Ankara Num.Hast.)
Panelistler: V. Özmen: *Lap. Anti Reflüx Girişimler*
E. Eyüboğlu: *Lap. Anti Reflüx Girişimler*
D. Buğra: *Akalazya-Kardiyomiyotomi*
M. Taşkın: *Lap. Morbid Obezite Cerrahisi*

- 15.30 Kahve Arası

- 16.00-17.45 **SERBEST BİLDİRİLER-1** (Cerrahpaşa Oditoryum)

- 19.00-22.30 **Kaynaşma Partisi-Kumkapı (Opsiyonel)**

5 Nisan 2000-Çarşamba

CANLI AMELİYAT YAYINLARI OTURUMU (Cerrahpaşa Oditoryum)

- 09.30-12.00 **BRÜKSEL'DEN İNTERAKTİF CANLI AMELİYAT YAYINI**
Laparoskopik Kolorektal Girişimler
Free University of Brussels-Saint-Pierre Hospital
Yorumcular: K. Alemdaroğlu (İstanbul Üniv.), E. Erkoçak (Çukurova Üniv.)

- 12.30 Yemek Arası/Poster Tartışması-II

PANEL 2: LAPAROSKOPIK SOLİD ORGAN CERRAHİSİ VE EVRELEME

- 14.00-15.30 **Oturum başkanları:** A. Zorluoğlu (Uludağ Üniv.), M. Neşşar (Pamukkale Üniv.)
Panelistler: C. Uras: *Lap. Splenektomi teknik ve sonuçları*
A.İğci: *Lap. Splenektomi İst. Üniv. uygulamaları*
S. Mercan: *Lap. Sürenalektomi*
M. Müslümanoğlu: *Lap. Evreleme girişimleri*

- 15.30 Kahve Arası

- 16.00-17.45 **SERBEST BİLDİRİLER-2** (Cerrahpaşa Oditoryumu)

- 19.00-23.00 **Kongre Gala Yemeği** (Eresin İstanbul Hotel-Balo Salonu)

6 Nisan 2000-Perşembe

08.00-09.15 SERBEST BİLDİRİLER-3 (Cerrahpaşa Oditoryum)

CANLI AMELİYAT YAYINI OTURUMLARI (Cerrahpaşa Oditoryum)

09.00-12.30 BRÜKSEL'DEN İNTERAKTİF CANLI AMELİYAT YAYINI

Laparoskopik Fıtık Cerrahisi, Retroperitoneoskopi

Free University of Brussel-Saint-Pierre Hospital

Yorumcular: M. Gürel (Adnan Menderes Ün.), D. Ören (Atatürk Ün.)

12.30 Yemek Arası/Poster Tartışması-III

PANEL 3: VIDEOSKOPIK FITIK CERRAHİSİ, APPEKDEKTOMİ (Cerrahpaşa Oditoryum)

14.00-15.00 Oturum Başkanları: T. Akçal (İstanbul Ün.), E. Sözüer (Erciyes Ün.)

Panelistler: M. Ertem: TEP herni tamiri
L. Avtan: TAPP herni tamiri
L. Seven: Lap. ventral herni tamiri
N. Yavuz: Lap. appendektomi

15.00 Kahve Arası

PANEL 4: LAP. KOLESİSTEKTOMİDE SAFRA YOLU YARALANMALARI

15.30-16.30 Oturum Başkanları: A. Alper (İst. Ün.), S. Doğan (İzmir Eşref Paşa Hast.)

Panelistler: C. Oral: Lap. kese komplikasyonları, önlenmesi
Y. Büyükuncu: Laparaskopi ve ERCP
B. Acunaş: Tanı ve tedavide radyoloji
K. Acarlı: Safra yolu yaralanmalarının tedavisi

16.30-18.45 SERBEST BİLDİRİLER-4 (Cerrahpaşa Oditoryum)

19.00 Kapanış Töreni

EUROPEAN TELESURGERY TEACHING PROGRAM

FREE UNIVERSITY OF BRUSSELS

4-7 APRIL 2000

Tuesday April 4, 2000 : ESOPHAGUS-STOMACH

08.00	Registration	
09.00	Welcome participants	
	Laparoscopic anatomy of the gastro-esophageal Junction	
	NISSEN FUNDOPLICATION-LIVE	G.B. CADIERE
	Moderator: J. HIMPENS-B. DALLEMAGNE-G.FOURTANIER	
	Film: Oesophagectomy by laparoscopy	G.B. CADIERE
	Film: Complication in upper GI Surgery	G.B. CADIERE
	Conference: Surgical indication in G.E. reflux disease	J. HIMPENS
	NTSEN FUNDOPLICATION WITH ULTRACISION LIVE	B. DALLEMAGNE
pm	GASTRIC BANDING (LASGE)-LIVE	G.B. CADIERE
	Moderator: M. GAGNER-J. HIMPENS	
	Conference: Laparoscopic gastric bypass and modified Seepinaro	M. AGANER (New York)
	Obesity Surgery: Psychological point of view	L. MAROQUIN
	Films: LASGB complications-redo's	J. HIMPENS
16.00	Adjourn	
19.00	Get together party	

Wednesday April 5, 2000 COLON

09.00	Laparoscopic anatomy of the colon	
	COLECTOMIS TOTALE-LIVE	J. LEROY (Strasbourg)
	Moderator: G. FOURTANIER - M. BAILEY (SURREY-UK)	
	Films: Colectomy: key points, pitfalls, how to respectsympathic plexus	J. LEROY
pm	PPH/STAPLED ANOPEXY-LIVE	P.O. NYSTROM
	Moderator: R. Braun-Muller	
	Conference: Clinical results	P.O. NYSTROM
	FPH/STAPLED ANOPEXY LIVE	MULLER
	LEFT HEMICOLECTOMY (DIVERTICULAR DISEASE)- LIVE	R. BRAUN (Luxemburg)
	Film: Surgical indication in diverticulitis	J. LEROY
	Conference: Colectomy for cancer; results-should we stop?	A. RAJAN
	RECTOPEXY-LIVE	G. FOURTANIER (Toucuse)
13.00	Adjourn	J. HEMPENS

Thursday April 6, 2000 HERNIA-RETROPERITONEOSCOPY

- 09.00 Laparoscopic anatomy of the inguinal region
 Why laparoscopic inguinal hernioplasty
 TOTALY EXTRA-PERITONEAL APPROACH (TEP)-LIVE
 Moderator: A. FIENNES-G. FORTANIER
 TEP-LIVE
 Conference: Evolution from TAPP to TEP
 Laparoscopy versus open surgery
 Conference: Mechanism of recurrence after TEP
 TAP for recurrence-LIVE
 Film: Axillary node dissection
 Film: Burch colposuspension, umbilical hernioplasty,
 extended retroperitoneoscopy
 pm TEP-LIVE
 Conference: extracritoneal laparoscopic adrenalectomy
- A. FIENNES (London)
 J. HIMPENS
 J. HIMPENS
 J. HIMPENS
 G. FORTANIER (Toulouse)
 A. FIENNES
 J. HIMPENS
 F. LIEBENS
 J. HIMPENS
 J. HIMPENS
 J. BONJER (Rotterdam)

16.00 Adjourn

Friday April 7, 2000 HEPATO-BILIARY-SPLEEN-NEW TECHNOLOGY

- Telematic broadcast with IRCAD Strasbourg (France)
 J. MARESCAUX (Strasbourg)
- 09.00 Intraduction
 Moderator: FIENNSE-FOURTANIER
 3 entities system: input-output-surgeon
 NISSEN BY ROBOT-LIVE
 Output - applications fields for robot
 Input: Virtual reality and operative planning
 SPLENECTOMY-LIVE
 Surgeon: formation
 pm CHOLECYSTECTOMY BY NEEDLES-LIVE
 Conference: treatment of common bile duct lithiasis
 Laparoscopic hepatectomy with ultracisions
 Film: Laparoscopic surgery and third world
- G.B. CADIERE
 J. HIMPENS
 G.B. CADIERE
 J. HIMPENS
 E. COSTE-MANIERE (Nice)
 G.B. CADIERE
 J. MARESCAUX
 G.B. CADIERE
 M. BUZET
 J. AZAGRA (Charlerol)
 G.B. CADIERE
- 15.30 HANDING OUT OF CERTIFICATS OF ATTENDANCE

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU-1

Oturum Başkanları: O. Yücel, (Taksim İlk Yardım Hast.)
A. Çalık, (Karadeniz Teknik Üniv.)

Salon : Oditoryum
Tarih : 4 Nisan 2000 Salı
Saat : 16.00-17.45

1. **PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ GİRİŞİMLERİMİZİN İRDELENMESİ**
O.Büyükgebiz, A.Çubukçu, A.Alponat, M.Dülger
Kocaeli Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
2. **HELİCOBACTER PYLORİNİN ÜLKEMİZDEKİ PREVALANSI**
E.Güneş, S.Sarı, E.Sander, H.Bektaş, S.Şirin, İ.Aydın, İ.Cansunar, K.Özakay, A.Kaygusuz
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi
3. **LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU: BİR MERKEZİN DENEYİMİ**
S.M.Hazinedaroğlu, B.Erkek, A.C.Türkçapar, M.A.Yerdel
Ankara Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
4. **LAPAROSKOPIK FUNDOPLİKASYONU KOLAYLAŞTIRICI MANEVRALAR (Video)**
M.Berberoğlu, F.Ercan, F.Balaban
İ.T.E.M İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi
5. **LAPAROSKOPI YARDIMLI KOLOSTOMİ KAPATILMASI (Video)**
C.Arıcı, G.Öğünç, M.Akaydın
Akdeniz Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
6. **ERİŞKİNLERDE LAPAROSKOPIK ASSİSTED MECKEL DİVERTİKÜLEKTOMİ**
E.Altınlı, S.Pekmezci, E.Görgün, F.Şirin
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D
7. **DUODENAL ULCUS PERFORASYONUNDA LAPAROSKOPIK RAFİ (Video)**
S.Pekmezci, E.Altınlı, S.Carkman, N.Yavuz, T.Karahasanoğlu, F.Şirin
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D
8. **TORAKOSKOPIK ÖZOFAGOKARDİYOMİYOTOMİ (Video)**
H.Taşcı, S.Pekmezci, E.Altınlı, K.Sarıbeyoğlu
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D
9. **LAPAROSKOPIK PEPTİK ÜLSER CERRAHİSİ (3 OLGU SUNUMU) (Video)**
G.Öğünç, S.Tekin, M.Akaydın
Akdeniz Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
10. **LAPAROSKOPIK GASTRİK BANDING (2 OLGU SUNUMU) (Video)**
G.Öğünç, A.Arduçoğlu, M.Akaydın
Akdeniz Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU-2

Oturum Başkanları: T. Yücel, (Taksim İlk Yardım Hst.)
M. Özmen (Ankara Numune Hst.)

Salon : Oditoryum
Tarih : 5 Nisan 2000 Çarşamba
Saat : 16.00-17.45

11. **AÇIK VE LAPAROSKOPİK HERNİ ONARIMLARINDA İNFLAMATUAR CEVAP**
Ö.Günel, Ş.Özer, Y.Arıkan, D.Kaya
Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakül., Genel Cerrahi ve Mikrobiyoloji A.B.D
Kasımpaşa Deniz Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
12. **22 YAŞINDA ERKEK HASTADA İNTRAABDOMİNAL SOL KRİPTORŞİDİZM VE SOL İNGUİNAL HERNİNİN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ**
Ö.Engin, A.S.Göker, O.T.Fırat
Bursa Askeri Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
13. **LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ**
E.Sözüer, E.Ok, M.Kerek, Ö.İnce, Z.Yılmaz
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
14. **İNTRAABDOMİNAL TÜMÖRLERİN EVRELEMESİNDE LAPAROSKOPİNİN YERİ**
İ.Barut, Ç.Kotan, O.Güler, R.Sönmez, H.Arsıantürk
Çankırı Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
Yüzüncü Yıl Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
15. **AKSESUVAR DALAKLARIN SAPTANMASINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİNİN SİNTİGRAFI ÜSTÜNLÜĞÜ (Video)**
G.Öğünç, E.Kurtoğlu, L.Ündar, M.Akaydın
Akdeniz Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D ve Hematoloji B.D
16. **LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ SONUÇLARIMIZ**
A. Eser, G.Öğünç, M.Akaydın
Akdeniz Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
17. **4 PORTLA LAPAROSKOPİK TAŞLI ATROFİK BÖBREK NEFREKTOMİSİ (Video)**
Ç.Dinçel, A.Tuna, A.İ.Sel, S.Kerman
Gümüşsuyu Askeri Hastanesi İstanbul, Afyon Kocatepe Ün. Tıp Fak. Üroloji A.B.D
18. **KARIN TRAVMALARINDA DİAGNOSTİK LAPAROSKOPİNİN YERİ**
İ.Barut, Ç.Kotan, R.Sönmez
Çankırı Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
Yüzüncü Yıl Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
19. **ASSİTLİ OLGULARDA LOKAL ANESTEZİ İLE DİAGNOSTİK LAPAROSKOPİ**
O.Erdoğan, G.Öğünç, M.Akaydın
Akdeniz Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
20. **SİRKÜLER STAPLER İLE HEMOROİD TEDAVİSİ (Video)**
B.Hürçan, İ.Büyükdereli, S.Bayram, G.Ersoy
Adana Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU-3

Oturum Başkanları: A. Kaygusuz, (SSK İstanbul Hast.)
A. Aren (SSK Okmeydanı Hast.)

Salon : Oditoryum
Tarih : 6 Nisan 2000 Perşembe
Saat : 08.00-09.15

21. **PREPERİTONEAL HERNİ ONARIMINDA KULLANILAN LAPAROSKOPIK VE AÇIK STOPPA HERNİOPLASTİ PROSEDÜRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**
İ.Barut, Ç.Kotan, R.Sönmez
Çankırı Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
Yüzüncü Yıl Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
22. **190 ENDOSKOPIK EKSTRAPERİTONEAL HERNİ ONARIMI SONUÇLARIMIZ**
Ş.Özer, Ö.Günel
Kasımpaşa Deniz Askeri Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
23. **LAPAROSKOPIK HERNİORAFİ**
E.Sözüer, E.Ok, M.Kerek, Ö.İnce, Z.Yılmaz
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
24. **LAPAROSKOPIK KASIK FITIĞI ONARIMI: BİR MERKEZİN DENEYİMİ**
S.M.Hazinedaroğlu, B.Erkek, A.C.Türkçapar, M.A.Yerdel
Ankara Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
25. **TOTAL EKSTRAPERİTONEOSKOPIK HERNİ ONARIMI (52 Olgunun Sonuçları)**
A.Erkılıç, M.İnal
Nizip Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
26. **TOTAL EKSTRAPERİTONEOSKOPIK HERNİ ONARIMI SONRASI OSTEİTİS PUBİS OLGUSU**
A.Erkılıç, M.İnal
Nizip Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
27. **LAPAROSKOPIK HERNİ ONARIMINDA BRİD İLEUS GELİŞİMİ**
O.Koçak, M.Berberoğlu, F.Ercan, F.Balaban
Sinop Devlet Hastanesi, İ.T.E.M , Ankara
28. **VENTRAL FITIKLARDA LAPAROSKOPIK ONARIM DENEYİMİMİZ**
E.Altınlı, C.Uras, S.Kapan, T.Akçal, Ü.Balcısoy
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Genel Cerrahi A.B.D

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU-4

Oturum Başkanları: Y. Tekant, (İst. Üniv.)
E. Ersoy (Ankara Gazi Üniv.)

Salon : Oditoryum
Tarih : 6 Nisan 2000 Perşembe
Saat : 16.30-18.45

29. **LAPAROSKOPIK HERNİ ONARIMI KOLAYLAŞTIRICI MANEVRALAR (Video)**
F.Ercan, M.Berberoğlu, F.Balaban
İ.T.E.M İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi
30. **KUGEL YAMA İLE KASIK FITİĞİNİN AYAKTAN TEDAVİSİ (Video)**
K.Yüce
Dörtöyl Devlet Hastanesi, Tıbbi-Cerrahi Araştırma Merkezi
31. **EŞZAMANLI LAPAROSKOPIK UMBLİKAL VE EPİGASTRİK FITİK ONARIMI (Video)**
E.Altınlı, Ü.Aybek, G.Bilgin, Ş.Bal
Ege Ordu Lojistik Destek Komutanlığı İzmir Mevki Asker Hastanesi
32. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİYE BAŞLARKEN SAFRA KESESİNİN BOŞALTILMASI YARARLIMIDIR? (186 Olguluk kişisel seri)**
A.Çalık, U.Küçüktülü, Y.Bilgin, A.Cinel, B.Pişkin
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D
33. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE 4 YILLIK DENEYİMİMİZ: 1638 OLGU**
A.Kaygusuz, E.Ayşan, E.Yosunkaya, E.Yıldız, K.Özakay
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri
34. **KAPALI SAFRA KESESİ AMELİYATINDA AÇIĞA GEÇİŞTEN ÖNCE SON ŞANS; KESE İÇİ DİSSEKSİYON TEKNİĞİ**
K.Yüce, Dörtöyl Devlet Hastanesi, Tıbbi-Cerrahi Araştırma Merkezi
35. **İLK 300 OLGUDA LAPAROSKOPI DENEYİMİMİZ**
M.Pişkinpaşa, M.Berberoğlu, F.Ercan, F.Balaban, SSK Hastanesi, İskenderun, İ.T.E.M, Ankara
36. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİYİ KOLAYLAŞTIRICI MANEVRALAR (Video)**
F.Balaban, M.Berberoğlu, F.Ercan, İ.T.E.M İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi
37. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ESNASINDA OLUŞAN MAJOR SAFRA YOLU YARALANMALARININ SONUÇLARI**
C.Erenoğlu, M.L.Akın, T.Çelenk, A.Batkın
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi
38. **MİNİSİTE KOLESİSTEKTOMİ DAHA AZ TRAVMATİK Mİ?**
Minisite ve konvansiyonel laparoskopik kolesistektomileri mukayese eden randomize prospektif bir çalışma"
A.Alponat, A.Çubukçu, H.Maral, Z.Cantürk, S.Özkan
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
39. **LAPAROSKOPIK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİ YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ AKUT FAZ YANITININ KARŞILAŞTIRILMASI**
İ.Aslan, A.Dirican, E.Türkalp, H.Kargıcı, SSK Ankara Eğitim Hastanesi, II. Genel Cerrahi Kliniği
40. **UMBLİKAL HERNİLİ OLGUDA ÜÇ TROKAR İLE KOLESİSTEKTOMİ**
F.R.Polat, E.Sultanoğlu, Van Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü
41. **HİDROPS KESEDE PERKÜTAN KOLESİSTOSTOMİ DENEYİMİMİZ**
R.Güloğlu, H.Alış, G.Engin, M.Akbay, C.Ertekin, M.Kurtoğlu
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D
42. **DİSPOSABLE ENDOBAG İÇİN UCUZ BİR ALTERNATİF: CERRAHİ ELDİVENDEN TORBA HAZIRLANMASI (Video)**
A.Alponat, A.Çubukçu, N.Gönüllü, B.Eraldemir
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D

POSTER OTURUMU-1

Oturum Başkanları: S. Yamaner, (İst. Üniv.) S. Sarı (SSK İst. Hast.)
(Poster başında tartışma)

Salon : Oditoryum
Tarih : 4 Nisan 2000 Salı
Saat : 12.30-13.15

1. **ENDOSKOPIK OLARAK GÖSTERİLEN İNTRAGASTRİK GOSSYPİBOMA:
OLGU SUNUMU**
S.Yıldırım, T.Noyan, T.Z.Nursal, E.Serin
Başkent Üniversitesi-Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi ve Gastroenteroloji A.B.
2. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE DREN KULLANIMI**
Ö.Alabaz, B.Belevi, E.U.Erkoçak
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.
3. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE 4.GİRİŞ TERKEDİLEBİLİRİMİ?**
C.İrgil, G.Atasoy, E.Aksaz, T.Öncel
Bursa Onkoloji Hastanesi – Mamer Cerrahi Merkezi
4. **148 OLGULUK LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SERİMİZİN
RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ**
U.Kulalı, Y.Kumkumoğlu, H.Halıcı, Ö.Gür, H.Genç, A.Arıcı
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Cerrahi Kliniği
5. **AKUT TAŞLI KOLESİSTİTLERDE ERKEN LAPAROSKOPIK
KOLESİSTEKTOMİ**
T.Özzeybek, K.E.Kamer, M.Peşkersoy, M.Ali Önal
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4.Genel Cerrahi Kliniği

POSTER OTURUMU-2

Oturum Başkanları: S. Pekmezci (İst. Üniv.)

Salon : Oditoryum

A. Kebudi (Şişli Etfal Hast.)

Tarih : 5 Nisan 2000 Çarşamba

(Poster başında tartışma)

Saat : 12.30-13.15

6. **LAPAROSKOPİK CERRAHİ SONRASI TROKAR GİRİŞ YERİNDE GELİŞEN İNSİZYONEL HERNİLER**
i.Barut, Ç.Kotan, R.Sönmez
Çankırı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi , Yüzüncü Yıl Ün.Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi
7. **LAPAROSKOPİK FITİK ONARIMINDA MALİYET DÜŞÜRÜLEBİLİR Mİ?**
G.Öğünç, G.Gökçe, M.Akaydın
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
8. **LAPAROSKOPİK FITİK ONARIMI HASTALARIN İŞLERİNE ERKEN DÖNMELERİNİ SAĞLIYORMU?**
G.Öğünç, K.Altun, M.Akaydın
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
9. **LAPAROSKOPİK APPEKDEKTOMİ DÜŞÜK MALİYET İLE YAPILABİLİR Mİ?**
G.Öğünç, K.Gül, M.Akaydın
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
10. **LAPAROSKOPİK CERRAHİ TİROİD FONKSİYONLARINI ETKİLER Mİ?**
A.Uzunköy, A.Koçyiğit, M.Bozer, S.A.Düzgün, A.Coşkun, B.Canbeyli
Harran Ün. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ve Biokimya A.B.D
11. **PEPTİK ÜLSER PERFORASYONLARINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ**
T.Akgüner, M.Çıkla, T.Özzybek, M.A.Önal
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4.Genel Cerrahi Kliniği

BİLDİRİ VE POSTER ÖZETLERİ
ABSTRACTS BOOK

POSTER OTURUMU-3

Oturum Başkanları: O. Güler (Vah. 100. Yıl Üniv)
A. Tekin (Mersin Devlet Hast.)
(Poster başında tartışma)

Salon : Oditoryum
Tarih : 6 Nisan 2000 Perşembe
Saat : 12.30-13.15

12. **LAPAROSKOPIK MEZENTER KİST REZEKSİYONU**
C.Polat, İ.D.Özçmak, T.Yücel, V.Özmen
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
13. **KAPALI CERRAHİDE TERİM KARMAŞASI VE TÜRKÇE TERİMLER TEKLİF)**
K.Yüce
Dört Yol Devlet Hastanesi, Tıbbi-Cerrahi Araştırma Merkezi
14. **LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİLERDE ANTİBİYOTİK PROFİLAKSİSİ GEREKLİ Mİ DİR?**
İ.Barut, Ç.Kotan, R.Sönmez
Çankırı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi , Yüzüncü Yıl Ün.Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi
15. **LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ DE KONVERSİYON NEDENLERİMİZ**
G.Öğünç, C.Arslan, M.Akaydın
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D
16. **SİTUS İNVERSUS'DA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ (İKİ OLGU))**
F.Aksoy, B.Ş.Özer, Ö.Karahan, M.Belviranlı
Selçuk Ün.Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D

**III. ULUSAL
ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK
CERRAHİ KONGRESİ**

**BİLDİRİ VE POSTER ÖZETLERİ
ABSTRACTS BOOK**

Başlık : PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ GİRİŞİMLERİMİZİN İRDELENMESİ
Yazarlar : Oğuzhan BÜYÜKGEDİZ, Anıl ÇUBUKÇU, Ahmet ALPONAT, Mustafa DÜLGER
Kurum : Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

GİRİŞ: Verneuil tarafından 1876'da yapılan ilk gastrostomiden sonra uygulanan değişik gastrostomi yöntemlerinin son aşaması perkütan endoskopik gastrostomi (PEG)'dir. Ponsky ve Gauderer (1980), bugün de yaygın olarak kullanılan tekniği tanımlamışlardır. Lokal anestezi altında, ameliyathane dışında ve kısa sürede yapılabilmesi PEG'in önemli avantajlarıdır. Bir aydan daha uzun bir süre ağızdan beslenemeyeceği öngörülen hastalarda eğer endoskopun geçişini engelleyen herhangi bir ösofagus lezyonu yoksa PEG yapılabilir. Daha önce yapılmış üst karın cerrahisi görelili bir kontrendikasyon oluşturur.

Bu çalışmada anabilim dalımızın endoskopi ünitesinde 17 Ağustos 1999'a kadar geçen son bir yıl içerisinde uygulanan PEG girişimleri irdelenmiştir. PEG yapılan 4'ü bayan, 6'sı bay on hastanın ortanca yaşı 54 (sınır: 21-74) idi. Hastaların 3'ü kafa travması, 3'ü beyin tümörü, 2'si larenks kanseri, 1'i beyin kanaması ve 1'i de ağız tabanı tümörü nedeniyle ağızdan beslenemiyordu. Girişimlerin 4'ü yoğun bakım, 6'sı endoskopi ünitesinde uygulandı. Topikal larenks ve lokal deri anestezi yanında sedasyon sağlamak amacıyla midazolam (i.v. 2.5.4 mg) kullanıldı. Hastalara profilaktik antibiyotik (i.v. Sefazol 1g) verildi. Grauderer-Ponsky Yöntemi (Bard Int. Products) uygulandı ve ilk gün her 6 saatte bir 20 ml. Serum fizyolojik ile yıkanan tüp 48 saat sonunda besleme için kullanılmaya başlandı. Bir hastada 6. gün kenarında deri enfeksiyonu ve maserasyon geliştiği saptandı. Bir haftalık pansuman ve oral antibiyotik tedavisi sonrasında iyileşti ve tüp tekrar kullanıldı. İki hastanın yutma refleksinin geri gelmesi üzerine tüpleri çekildi. Asıl patolojileri nedeniyle kaybedilen 3'ü dışında diğer hastalarımızın seyri sorunsuz ve en uzun PEG kullanım süresi 10 aydır.

Sonuç olarak PEG, gerekli bilgi ve donanımına sahip cerrahlar tarafından da uygulanabilecek, cerrahi yöntem ya da uzun süreli nazogastrik beslenme ile karşılaştırıldığında etkili ve güvenli bir yöntemdir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 1

Başlık : HELICOBACTER PYLORİNİN ÜLKEMİZDEKİ PREVALANSI

Yazarlar : Dr. Emin Güneş, Dr. Selim Sarı, Dr. Ersan Sander, Dr. Hasan Bektaş, Dr. Seher Şirin,
Dr. İbrahim Aydın

Kurum : SSK İSTANBUL EĞİTİM HASTANESİ

Helicobacter pylori; micro-aerofilik, gram negatif bir basildir. Gelişmiş ülkelerde antral gastrit, peptik ülser ve gastrik ülser gibi hastalıklarla helicobacter pylori birlikteliğinin yüksek olduğu ve ayrıca helicobacter pylorinin yaşla artan prevalansa sahip olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde helicobacter pylori prevalansının ne olduğunu araştırmak üzere ünitemiz çalışmaları gözden geçirilmiştir.

Çalışma SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde yapılmıştır. Kasım 1995 ile Aralık 1998 yılları arasında ünitemizde 4365 hastaya üst sindirim sistemi endoskopik incelemesi yapılmıştır. Bu vakaların 2224 tanesinde CLO test ile helicobacter pylori varlığı araştırılmıştır. Endoskopik inceleme sırasında pylora 3 Cm mesafeden biyopsi alınarak, Ballard Medical Products (Draper, Utah U.S.A.) ticari isimli CLO testte sonuçlar erken pozitif, geç pozitif ve negatif olarak değerlendirmeye alınmıştır. Sonuçlar şu şekildedir:

Vakaların 1110 tanesi erkek, yaş ortalaması 45, 1114 tanesi kadın ve yaş ortalaması 43 idi. CLO test 1125 vakada erken pozitif (%50,58), 282 vakada geç pozitif (%12,69) ve 817 vakada negatifti (%36,73). Kümülatif pozitif sonuç 1157 vakada (%63,27) idi.

Hastaların yakınmalarına göre helicobacter pylori pozitifliği değerlendirildiğinde ise; epigastrik ağrı %69.91, Kusma %67.33, Ekşime %65.22 ve yanma %65.15 olarak bulunmuştur.

Alışkanlıklara göre helicobacter pylori pozitifliği; sigara içenlerde %49.3, alkol alanlarda %13.77 ve nonsteroid anti enflamatuvar kullananlarda %25.14 olarak bulunmuştur.

Bu sonuçlarla ülkemizde helicobacter pylori prevalansı küçümsenmeyecek boyutlardadır. Epigastrik ağrı, yanma, kusma ve ekşime gibi yakınmalarla müracaat edip, üst sindirim sistemi endoskopisi yapılan hastalarda helicobacter pylori pozitifliği araştırılmalı ve gerekiyorsa eradikasyonu yapılmalıdır.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 2

Başlık : LAPAROSKOPİK NISSEN FUNDOPLİKASYONU BİR MERKEZİN DENEYİMİ
Yazarlar : Hazine Daroğlu S.M., Erkek B., Türkçapar A.G., Yordel M.A.
Kurum : Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Amaç Gastroözefageal reflü hastalığının cerrahi tedavisinde laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu giderek altın standart haline gelmektedir. Bu çalışmada Türkiye’de sıklığı oldukça yüksek olan bu hastalıkta Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinin laparoskopik yaklaşımı sunulmaktadır. **Yöntem:** Temmuz 1998-Şubat 2000 tarihleri arasında klinik olarak ciddi gastroözefageal reflü yakınmaları olan, ve ösefagus pH ölçümü ve manometrik ölçümlerle ösefagus alt sfinkter yetmezliği gösterilen toplam 15 hastaya (8 kadın) laparoskopik yöntemle 360 ° Nissen Fundoplikasyonu yapılmıştır. Ortalama yaşı 51 ± 3.7 (26-72) olan vakalardan, ikisinde endoskopik olarak Barret Ösefagus saptanmıştır. Ameliyatta fundoplikasyon öncesinde olası darlığı önlemek amacıyla ösefagus bujisi kullanılmış ve kısa gastrik damarlar ultrasonik dissektör (Ethicon) ile klip kullanılmaksızın kesilmiştir. **Bulgular:** Ortalama ameliyat süresi 140 dakikadır(70-210). İntraoperatif komplikasyon ve açık cerrahiye dönme gereği olmamıştır. Ortalama takip süresi 10 aydır (1-18). Yalnızca dört hastada postoperatif birinci ayda düzelen disfaji şikayeti olmuştur. **Sonuç:** Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu düşük morbidite ve yüksek hasta memnuniyeti ile yapılabilir. Biz kliniğimizde gastroözefageal reflü hastalığının tedavisinde giderek artan oranlarda laparoskopik yöntemi tercih ediyoruz.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 3

Başlık : LAPAROSKOPİK FUNDOPLİKASYONU KOLAYLAŞTIRICI MANEVRALAR
Yazarlar : Metin BERBEROĞLU, Feyzan ERCAN, Ferruh BALABAN
Kurum : İ.T.E.M. İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, ANKARA

Laparoskopik nissen fundoplikasyonları özellikle batı dünyasında altın standart olarak kabul edilmiş ve oldukça sık uygulanır olmuştur. Ülkemizde de büyük merkezlerde uygulanmaktadır. Ancak özellikle tanı koymadaki güçlükler ve bu tip hastaların cerrahi tedavi şansına ulaşmasındaki çeşitli engeller fundoplikasyonun yaygınlaşmasını engellemektedir. Bu nedenle eğitim uygulamalarımızda edinmiş olduğumuz tecrübeleri meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

Bu video gösteriminde laparoskopik fundoplikasyonun her önemli aşamasındaki olası sıkıntıları açacak detayları sunacağız: Bunlar arasında en önemlileri uygun trocar yerleşimleri, damarların değerlendirilmesi, fundusun ösefagus altından geçirilmesi, fundusun plike edilerek dikilmesi, krusların daraltılması ve prolen mesh ile sağlamlaştırılmasıdır.

Yukarıdaki işlemlerin en emniyetli uygun tekniklerle yapılması komplikasyon oranlarını düşüreceği gibi operasyon sürelerini de kısaltacaktır.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 4

Başlık :LAPAROSKOPI YARDIMLI KOLOSTOMİ KAPATILMASI
Yazarlar : Cumhur Avcı, Güner Öğünç, Mustafa Akaydın
Kurum : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Laparoskopik kolesistektominin başarılı sonuçları, cerrahları pekçok cerrahi girişimi laparoskopik yöntemle yapmaya yöneltmiştir.Günümüzde kolonun rezeksiyon gerektiren hastalıklarında laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye tercihi tartışılırken,kolostomi açılması ve kapatılmasının laparoskopik yolla yapılması giderek yaygın bir uygulama alanı bulmuştur.

42y. K. Hastaya travmatik vajinal doğum sonrası gelişen ve cerrahi tedavi sonrası nüks eden rektovajinal fistülü nedeni ile kliniğimizde laparoskopik Hartmann kolostomi açılmıştı.Komplet diversiyon sonrası rektovajinal fistülü kapanan olgu kolostomisi kapatılmak üzere yatırıldı.Kolon temizliği ve proflaktik antibiyotik uygulanımını takiben birisi 10mm., diğer ikisi 5mm. olan 3 trokar yardımı ile sigmoid kolonun distal ve proksimali serbestleştirildi.33mm.lik intraluminal stapler trans anal yerleştirildikten sonra delici trokar önceki stapler hattını delerek karın boşluğuna çıkarıldı.Kolostomi stoması anterior yaklaşımla serbestleştirildi ve purse-string sütür yerleştirildi.Stapler anvil i buraya yerleştirilip bağlandı.Daha sonra staplerdeki delici uç çıkartılıp,anvil buraya takılarak anastomoz gerçekleştirildi.Stoma lokalizasyonunda karın duvarının suture edilmesini takiben yeniden pnömoperitoneum oluşturuldu,laparoskopik olarak anastomoz hattı ve kanama kontrolünü takiben ameliyat sonlandırıldı.Postoperatif sorunu olmayan olgu 5.gün taburcu edildi.8 aylık takipte herhangi bir problemle karşılaşılmadı.

Sonuç olarak laparoskopi yardımcı Hartmann tipi kolostomi kapatılması, laparotomi için geniş bir insizyona gereksinim olmadan kolay uygulanabilir bir yöntem olarak gözükmektedir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 5

Başlık: **ERİŞKİNLERDE LAPAROSKOPIK ASSISTED MECKEL DİVERTİKÜLEKTOMİ.....**
Yazarlar:Ediz Altınlı, Salih Pekmezci, Emre Görgün, Feridun Şirin.....
Kurum:İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.....

Laparoskopinin acil cerrahide diagnostik amaçla kullanımı gereksiz laparotomilerin sayısını azaltmış, aynı zamanda çeşitli intra-abdominal acil patolojilerin minimal invazif teknikle tedavi edilmesine olanak sağlamıştır.

Ocak 1998-Aralık 1999 döneminde acil ünitemizde, fizik muayene, laboratuvar bulguları, ayakta direk batin grafisi, batin ultrasonografisi gibi ayrıntılı değerlendirmeler sonrasında ileus ve akut batin düşünülen iki olguda yapılan diagnostik laparoskopi sırasında Meckel divertikülüne bağlı ince barsak volvulusu ve omfalomezenterik kanal kist torsiyonu tesbit edilmiştir. Olgulara laparoskopik assisted Meckel divertikülektomi ve apendektomi uygulanmış, postoperatif dönemde morbidite ve mortaliteye rastlanmamıştır.

Laparoskopik assisted Meckel divertikülektomi acil cerrahi pratiğinde uygulanabilinecek ekonomik ve güvenilir bir yöntem olarak görülmektedir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 6

DUODENAL ULCUS PERFERASYONUNDA LAPAROSKOPIK RAFI

Salih Pekmezci, Ediz Altunlu, Sinan Çarkman, Nihat Yavuz,
Tayfun Karahasanoğlu, Feridun Şirin

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de laparoskopinin acil cerrahide diagnostik ve terapötik amaçla kullanımı günde günde artmaktadır.

Acil Cerrahi ünitemizde Aralık 1996 tarihinden itibaren laparoskopi diagnostik ve terapötik amaçla kullanılmaktadır. Aynı tarihten itibaren duodenal ulcus perforasyonlarında laparoskopik rafi de uygulanmaktadır.

Duodenal ülserli olgularda perforasyon ile operasyona alınma arasındaki ortalama süre 20 saattir. Perforasyonlu olguların genelinde duodenum birinci bölümünde ve ön yüzde olup ortalama büyüklükleri 0,7cm.dir. Laparoskopik onarım göbek altından 10 mm.lik, sağ hipokondriumdan 5 mm.lik, sol hipokondriumdan 5 mm.lik ve epigastriumdan girilen 10mm.lik portlar yardımıyla ve laparoskopik aletler aracılığıyla intrakorporal 1-3 adet sütür ve vakaların bir kısmında ilave olarak omentoplasti yapılarak gerçekleştirilir. Hastaların ortalama yatış süreleri 4 gün olup takip süreleri ortalama 6 aydır.

Duodenal ulcus perforasyonlarında laparoskopik rafi güvenilir bir yöntem olup konvansiyonel cerrahiye alternatif olarak uygulanabilir.

Bu video gösteriminde laparoskopik duodenal rafi teknik ayrıntıları ile sunulmaktadır.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 7

TORAKOSKOPIK ÖZEFAGOKARDİYOMİYOTOMİ

Hasan Taşçı, Salih Pekmezci, Ediz Altunlu, Kaya Sarıbeyoğlu

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Akalazya medikal tedavi yöntemlerinin yetersiz kaldığı, buna karşın balon dilatasyon veya cerrahi girişimlerin oldukça başarılı sonuçlara ulaştığı bir hastalıktır.

Akalazya tedavisinde torakal ve abdominal yolla çeşitli cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Bu işlemler torakoskopik ve laparoskopik olarak da günümüzde yapılmaktadır.

Kliniğimizde 25 yaşında kadın hastaya yapılan endoskopik inceleme, pasaj grafisi ve manometrik tetkikler sonucu akalazya teşhisi konmuş ve hastaya torakoskopik özefagokardiomyotomi uygulanmıştır. Hasta post operatif 7. Gün taburcu edilmiştir. Olgunun 2 yıllık takiplerinde herhangi bir şikayeti olmayıp, çekilen kontrol özefagus pasaj grafisinde pasajı normal olarak gözlenmiştir.

Torakoskopik özefagokardiomyotomi seçilmiş olgularda uygulanabilecek güvenilir bir yöntem olarak görülmektedir.

Bu video gösteriminde akalazya tedavisinde torakoskopik özefagokardiomyotomi işlemi teknik detayları ile sunulacaktır.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 8

LAPAROSKOPIK PEPTİK ÜLSER CERRAHİSİ(3 Olgu sunumu)

Güner Ögünç, Sabri Tekin, Mustafa Akaydın

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya.

Kr.duodenal ülserli olguların tedavisinde laparoskopik cerrahinin olumlu sonuçları,yöntemin tüm dünyada daha yaygın uygulanması konusunda cesaret verici olmuştur.

Bu çalışmada kliniğimizde Şubat 1998- Ekim 1999 tarihleri arasında laparoskopik antiülser cerrahisi uyguladığımız 3 olgu sunulmuştur.

Olgu 1. 34y. K.Karının üst kısmında ağrı ve gece karın ağrısı ile uyanma yakınmaları ile hastanemize müraacat etti.Yakınmalarının 15 yıl önce başladığını ifade eden olguya 12 yıl önce kr.duodenum ülseri tanısı ile BTV+Piloroplasti yapıldığı söylenmiş.Ameliyattan sonra yakınmalarının hiç geçmediğini ve 12 yıldır antiülser medikal tedavi aldığını ifade ediyordu.Mide-duo.grafisi ve endoskopisinde kr.duo.ülser saptanan olgunun laparoskopisinde piloroplastinin yapıldığı ancak vagotominin inkomplet olduğu gözlemlendi,laparoskopik BTV yapıldı.3.gün taburcu edildi.Postoperatif(p.o) komplikasyon gözlenmedi.18aylık takipte sorunu olmadı.

Olgu 2. 44y. E. 5yıldır midesinde yanma, son 2 yıldır bu yakınması ile birlikte provakasyonla kusma tanımlayan olgu, verilen ülser ilaçlarından artık fayda görmediğini,son 1 yılda 6 kg. zayıfladığını ifade ediyordu.Mide duo. grafisi ve endoskopisinde kr.duo.ülser ve pilor stenozu saptanan olguya Laparoskopik BTV+Gastrojejunostomi yapıldı.P.o 7.gün taburcu edildi.1 yıldır takibimizde olan olgunun gastrik yakınması ve antiülser ilaç gereksinimi olmadı.

Olgu 3. 30y. K. 10-12 yıldır mide ağrısı, son 3-4 aydır provakasyonla kusma tanımlayan olgu artık ülser ilaçlarından yarar görmediğini ifade ediyordu.Mide duo.grafisinde mide pitotik ve dilate, duodenumun deforme idi.Pilor da stenoz mevcuttu.Laparoskopik BTV+Gastrojejunostomi yapıldı.P.o 6. gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç olarak 3 olguluk sınırlı deneyimimizin sonuçları, laparoskopik antiülser cerrahisinin, ileri laparoskopik cerrahi girişimlerin yapılabilirdiği merkezlerde güvenle yapılabileceği göstermektedir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 9

LAPAROSKOPIK GASTRİK BANDING(2 Olgu sunumu)

Güner Ögünç, Ayşe Arduçoğlu, Mustafa Akaydın

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi,Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya.

Morbid obes hastaların açık cerrahi girişimle mide kapasitesini küçültme yaklaşımları,kesi enfeksiyonu, geç iyileşme,pulmoner komplikasyonların fazlalığı, büyük kesilere bağlı mobilizasyondaki güçlük, insizyonel herni insidansının yüksek olması gibi nedenlerden dolayı oldukça sınırlı kalmıştır.Laparoskopik gastrik banding uygulananında, açık cerrahide karşılaşılan komplikasyonların oldukça az görülmesi ve ideal kilonun sağlanmasındaki başarı oranının yüksekliği, yöntemi tüm dünyada daha yaygın uygulanır hale getirmiştir.

Bu çalışmada kliniğimizde Ekim 1998-Haziran 1999 tarihleri arasında laparoskopik gastrik banding uygulanan 2 olgu sunulmuştur.

Olgu 1. 19y. K. Aşırı kilo yakınması ile hastanemize başvurdu.Sık aralıklı diyet ve egzersiz programlarından yarar görmediğini ifade ediyordu.Preoperatif değerlendirmelerde metabolik bir sorun saptanmadı.BMI: 33 kg/m² idi.Gastrik banding için 8mm.'lik GoreTex vasküler greft kullanıldı.15ml.'lik poş oluşturuldu.Bant mideye 3/0 vicryl sütürler ile seromüsküler olarak tesbit edildi.4.gün sorunsuz olarak taburcu edildi.6.ayda ideal kilosuna ulaştı.Bu dönemde kilo kaybı ortalama: 4.6kg/ay idi.12 aydır takibimizde olan olgu halen ideal kilosunu korumaktadır.

Olgu 2. 20y. K. Aşırı kilo yakınması ile kliniğimize başvurdu.Defalarca tekrarladığı diyet ve kendi kendine uyguladığı egzersiz programlarının yararlı olmadığını ifade ediyordu.Preoperatif değerlendirmede metabolik bir sorun saptanmadı.BMI: 42kg/m² idi.Laparoskopik gastrik banding ilk olgumuzdaki gibi uygulandı.20ml.'lik poş oluşturuldu.3.gün taburcu edildi.Postoperatif 4. ayında olan olgunun ortalama kilo kaybı:4.5kg/ay dır.

Sonuç olarak banding için vasküler greft, tesbit için laparoskopik sütür tekniklerinin kullanımı ile düşük maliyetli gerçekleştirdiğimiz 2 ameliyatın sonuçları, bu yöntemin devamı konusunda bize umut verici görülmektedir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 10

Başlık : AÇIK VE LAPAROSKOPİK HERNİ ONARIMLARINDA İNFLAMATUAR CEVAP....
Yazarlar : Ömer GÜNAL, Şerafettin ÖZER*, Yüksel ARIKAN, Demet KAYA**
Kurum : Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ve Mikrobiyoloji* A.B.D. ; Kasımpaşa Deniz Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği*

Bu çalışmada açık ve laparoskopik fitik onarımlarındaki inflamatuvar cevap -TNF- α ve IL-6 kan düzeyleri kullanılarak- karşılaştırılmıştır.

Prospektif ve randomize olarak yapılan bu çalışmada 15 hastaya endoskopik total ekstrapéritoneal ; on hastaya da açık kasık fitiği onarımı uygulanmıştır. Serum TNF- α ve IL-6 düzeyleri, per ve postoperatif komplikasyonlar, ağrı skorları heriki grup arasında karşılaştırılmıştır.

Heriki grupta TNF- α ve IL-6 düzeyleri peroperatif artmış ve postoperatif 48. saatte preoperatif düzeylere dönmüştür. Peroperatif IL-6 düzeyleri açık onarım grubunda diğer gruba oranla daha yüksek bulunmuştur. Total ağrı skoru açık onarım grubunda daha fazla iken heriki grup arasında Per ve postoperatif komplikasyonlar açısından fark bulunmamıştır.

Sonuç olarak açık fitik onarımında hastalar postoperatif daha çok ağrı çekmelerine rağmen inflamatuvar cevapta iki grup arasında fark bulunmamıştır.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 11

Başlık : 22 YAŞINDA ERKEK HASTADA İNTRAABDOMİNAL SOL KRİPTORŞİDİZM VE SOL İNGUİNAL HERNİNİN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Yazarlar : Ömer Engin, A. Serdar Göker, Osman Tan Fırat

Kurum : Bursa Askeri Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ: 22 yaşında erkek hastada intraabdominal testis ve aynı tarafta indirekt inguinal herni tanısıyla laparoskopik orşiektomi ve laparoskopik herni tamiri yaptık. Vakanın nadir görülmesi ve bu operasyonun özelliği nedeniyle sunma ihtiyacı duyduk.

Olgu Sunumu: Üçlü trokar sistemiyle batin içine girildi. Batin içine karbondioksit gazı verildi. Periton insizyonu sonrası yapılan diseksiyonla duktus deferens ve gonadal damarlar kliplenip kesildi. Orşiektomi sonrası prolen mesh tatbik edildi. Bu işlemler sırasında dördüncü trokara ihtiyaç duyuldu.

Testisin patoloji raporunda seminifer tubuluslarda faaliyet olmadığı, herhangi bir maligniteye rastlanılmadığı yazılıydı.

Tartışma: Orşiektomi ve herni tamirinin aynı seansta yapılması gereken vakamızda operasyon açık mı olmalıydı, laparoskopik mi?

Laparoskopik ve açık inguinal herni ameliyatlarının avantajlarını ve dezavantajlarını burada uzun uzun anlatmayacağım. Günümüzde laparoskopik herni tamiri taraftarları giderek artmaktadır. Testiküler malignansi ihtimali olan vakamızda tanı ve kesin lokalizasyon için laparoskopi tavsiye edilmektedir. Laparoskopik muayeneden sonra açık operasyona geçmenin bir anlamı yoktur. Açık operasyonda testise ulaşmak ve fitik tamiri yapmak için batin duvarında daha fazla doku diseksiyonu yapılması gerekirdi. Testis bu vakada batin ön duvarı arka yüzünde olduğundan laparoskopik operasyonda testis direkt olarak görüş alanımıza çıkmaktadır. Laparoskopik herni operasyonunun avantajla mı da düşünürsek intraabdominal testis ve inguinal hernisi olan hastada bize göre laparoskopik operasyonun kesin endikasyonu vardır.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 12

Başlık : LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ**Yazarlar : Erdoğan Sözüer, Engin Ok, Mustafa Kerek, Özhan İnce, Zeki Yılmaz****Kurum : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi**

Son zamanlarda hematolojik hastalıklar başta olmak üzere elektif splenektomi planlanan hastalarda laparoskopik splenektomi daha sık yapılmaya başlanmıştır.

AMAÇ: Laparoskopik splenektomi (LS) ve açık splenektomi (AS) olgularını karşılaştırmak.

MATERYAL VE METOD: 1993-1999 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında, çeşitli nedenlerle elektif splenektomi yapılan 59 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar yapılan ameliyata göre LS ve AS olmak üzere iki gruba ayrıldı. Olgular; yaş, cins, splenektomi endikasyonu, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, aksesuar dalak varlığı, dalak boyutu ve ağırlığı açısından karşılaştırıldı. Grupların karşılaştırılmasında Independent sample-t testi kullanıldı.

SONUÇLAR: Her iki gruptaki hastaların istatistiksel anlam ifade eden parametreleri tabloda görülmektedir.

	LS (n:21)	AS (n:38)	P
Dalak çapı (cm)	12±2.8(8-18)	18±5.3(8-38)	<0.05
Dalak Ağırlığı (gr)	463±140(250-800)	802±400(500-3000)	<0.05
Hastanede kalış süresi (gün)	5.5±2.2(2-10)	10.3±2.4(3-10)	< 0.05
Operasyon süresi(dk)	156 ± 73(50-270)	51±40.8(30-75)	< 0.05

Yaş, cins, endikasyon, postoperatif komplikasyonlar, transüzyon ihtiyacı açısından her iki grupta anlamlı fark bulunamadı. Dalak çapı ve ağırlığı LS yapılan hastalarda AS yapılan hastalarla karşılaştırıldığında anlamlı olarak küçüktü. Bu durum; LS için daha seçici davranılmış olmasındandır. Hastanede kalış süresi AS grubunda uzun iken operasyon süresi LS grubunda uzun olarak bulundu. Aksesuar dalak LS grubunda daha az olarak tespit edilmesine karşılık bunun istatistiksel bir anlamı yoktu.

SONUÇ: Elektif splenektomi endikasyonu olan olgularda laparoskopik splenektomi, uygun vakalarda açık splenektomiye alternatif olabilir..

☒ Sözlü Bildiri☐ Poster

Bildiri No: 13

Başlık : İNTRAABDOMİNAL TÜMÖRLERİN EVRELEMESİNDE LAPAROSKOPIK**Yazarlar : İbrahim BARUT*, Çetin KOTAN, Osman GÜLER, Reşit SÖNMEZ, Hasan ARSLANTÜRK****urum : Y.Y.Ü. Tıp Fak. Genel Cer. Kliniği, *Çankırı Devlet Hastanesi Genel Cer. Kliniği**

İntraabdominal tümörlü hastaların tanı ve evrelemesinde ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve endoskopi gibi tekniklerden yararlanılmaktadır. Bu hastaların bir kısmı yapılan inceleme sonucu ileri evrede bulunup opere edilmemektedir. Geri kalan kısmı operabl bulunup, gerekli radikal cerrahi girişim uygulanmaktadır. Fakat konvansiyonel yöntemlerle operabl bulunup laparotomi yapılan hastaların % 20-40'ında preoperatif evrelemeye göre farklı sonuçlarla karşılaşılmaktadır ve bunların çoğunda tümör inreze tabl olarak tespit edilmektedir.

Bu çalışmada, YYÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 1997 ile Aralık 1999 tarihleri arasında pre-operatif dönemde yapılan USG, BT ve endoskopik tetkik sonucu operabl bulunup laparoskopik eksplorasyon ile ameliyata başlanmış 31 intraabdominal tümörlü hastanın dosya kayıtları incelenmiştir. Hastaların 14'ü (%45) kadın, 17'si (% 55) erkektir. Yaşları 43-76 arasında olup ortalama yaş 65 olarak tespit edildi. Olguların 23'ü (% 74) mide kanseri, 6'sı (% 19) kolon kanseri, *si (% 7) pankreas kanseri idi. Bu hastalardan 5'inde (% 16) preoperatif dönemde yapılan tetkiklerle saptanamayan peritonitis karsinomatoza, 1'inde (% 3) ise çevre organ invazyonu tespit edilerek toplam 7'sine (% 23) laparotomi yapılmamıştır.

Sonuç olarak; USG; BT gibi tam yöntemleri ile yapılan evrelemede operabl bulunan intraabdominal tümörlü hastalarda ameliyata laparoskopik eksplorasyonu ile başlanması evreleme oranını artırır ve gereksiz laparotomiyi önler.

☒ Sözlü Bildiri☐ Poster

Bildiri No: 14

AKSESUVAR DALAKLARIN SAPTANMASINDA LAPAROSKOPIK CERRAHİNİN SİNTİGRAFI YE ÜSTÜNLÜĞÜ

Güner Ögünç*, Erdal Kurtoglu**, Levent Ünder**, Mustafa Akaydın*

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD. * ve Hematoloji BD. **, Antalya.

Hematolojik problemlerden dolayı splenektomi endikasyonu doğan olguların ameliyatlarında, aksesuvar dalakların araştırılması ve saptanmaları durumunda eksizyonları zorunludur.

Bu retrospektif klinik çalışmada Mart 1998-Haziran 1999 tarihleri arasında kliniğimizde ITP nedeni ile laparoskopik splenektomi yapılan 4'ü kadın (Yaş ort.:31.5/19-48), 2'si erkek (Yaş ort.:31) toplam 6 olgu değerlendirildi. Tüm olgularda aksesuvar dalak mevcudiyeti ameliyat öncesi çekilen Tc99 sintigrafisi ile araştırıldı. Olguların hiçbirisinde aksesuvar dalak varlığı rapor edilmezken, laparoskopik splenektomi esnasında 2 olgumuzda aksesuvar dalaklar saptandı. Bir olguda 2, diğerinde 4 adet aksesuvar dalak eksize edildi. Olgularımızda postoperatif cerrahi komplikasyon gözlenmezken, bir olgu hematolojik açıdan splenektomiden yarar görmedi; ameliyat sonrası çekilen sintigrafisinde aksesuvar dalak saptanmadı.

Hematolojik hastalıklarda aksesuvar dalağa %14-30 sıklıkta rastlanır. Aksesuvar dalakların saptanmasında en ideal yöntem ameliyat esnasında dedektörler ile yapılan araştırmadır. Bu yöntemin kullanılamadığı durumlarda ise laparoskopik cerrahinin konvensiyonel cerrahiye üstünlüğünden söz edilmektedir. Olası aksesuvar dalak lokalizasyonlarının laparoskopik cerrahi esnasında büyütülmüş olarak gözden geçirilmesi başarı şansını artırır. Bizim sınırlı sayıdaki deneyimimiz de aksesuvar dalakların saptanmasında laparoskopik cerrahinin preoperatif dalak sintigrafisine üstünlüğünü göstermektedir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 15

Başlık : LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Yazarlar : Ayhan Eser, Güner Ögünç, Mustafa Akaydın

Kurum : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Ameliyat sonrası dönemde analjezik gereksiniminin az, kesiye ait komplikasyonların oldukça düşük oranda gözlenmesi, hastanede yatış süresinin kısa olması ve hastaların günlük aktiviteleri, iş ve güçlerine kısa sürede dönebilmeleri gibi üstünlükleri, laparoskopik splenektominin son yıllarda daha popüler olmasına neden olmuştur.

Bu çalışmada kliniğimizde Mart 1998-Haziran 1999 tarihleri arasında laparoskopik splenektomi yapılan 5'i kadın (Yaş ort.:37.2/19-60), 3'ü erkek (Yaş ort.:43.3/31-68) toplam 8 olgu değerlendirildi. Splenektomi endikasyonu 6 olguda ITP, 1 olguda multiple dalak kistleri, 1 olguda ise dalak hemanjiyomu idi. Tüm olgulara profilaktik antibiyotik uygulandı. Dalak büyüklüğü normal boyutlarda olan olgularda lateral, büyük olanlarda supine pozisyonu tercih edildi (İlk 2 olguda dalağın normal boyutta olmasına karşın ameliyat supine pozisyonunda yapıldı). Ameliyat esnasında ilk 2 olguda 2'şer ünite, 3. olguda 1 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Son 5 olgumuzda kan transfüzyonuna gereksinim olmadı. Olguların hiçbirisine postoperatif kan transfüzyonu yapılmadı. Dalağın bağları elektrokoter ile kesildi, splenogastrik ligamentin serbestleştirilmesinde endoklipler kullanıldı, splenik arter ve dalları 2/0 ipek ile bağlandıktan sonra kesildi, splenik ven için stapler kullanıldı. Tüm olgularda dalak lojuna bir adet dren konuldu. Ameliyat süresi ilk olguda 4 saat, son olguda 90dk., ortalama: 135dk (90-240) idi. Hastanede yatış süresi ilk olguda 5 gün, son olguda 1 gün, ort.: 2.6 gün idi. Olguların hiçbirisinde postoperatif komplikasyon gözlenmedi.

Sonuç olarak laparoskopik splenektomi başlangıçta ameliyat süresinin uzun olmasına karşın, ameliyat sonrası dönemin hasta açısından da çok rahat geçmesi ve hastanede kalış süresinin çok kısa olması gibi üstünlüklerinden dolayı, ileri laparoskopik cerrahi girişimlerin yapılabildiği merkezlerde açık cerrahiye tercih edilebilir kanaatindeyiz.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 16

Başlık : 4 PORTLA LAPAROSKOPİK TAŞLI ATROFİK BÖBREK NEFREKTOMİSİ
Yazarlar: Cetin DİNÇEL, Ali TUNA, A. İhsan SEL, Serhat KERMAN
Kurum : Gümüşsuyu Askeri Hastanesi İstanbul, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD .

İlk olarak 1991 yılında 5 trokar ile transperitoneal olarak gerçekleştirilen laparoskopik nefrektomi daha sonraları direkt retroperitoneal yolla, hand asisted laparoskopik teknikle ve 3 port ile transperitoneal olarak gerçekleştirilmiştir. Bu video sunumumuzda 4 trokar ile transperitoneal olarak gerçekleştirdiğimiz transperitoneal taşlı atrofik böbrek nefrektomisini sunuyoruz.

Preoperatif dönemde intravenöz pyelografi, renal ultrasonografi ve renal sintigrafi ile taşlı ve atrofik sağ böbreği olduğu saptanan ve sağ lomber ağrı ile sık üriner enfeksiyon anamnezi olan 20 yaşındaki hastaya laparoskopik nefrektomi planlandı. Gerekli preoperatif tetkikler ve konsültasyonlardan sonra hasta operasyona alındı. Laparoskopik girişimden önce hasta litotomi pozisyonuna alınarak 19 F sistoskop ile sağ üretere katater yerleştirildikten sonra supin pozisyonda Veress iğnesi ile umblikus hizasından CO2 insüflasyonu yapıldı (14 mmHg). 10 mm'lik bir port umblicusun hemen altından girildikten sonra visseral organların kontrolünden sonra vizüel kontrol altında medioclavicular hattın 12. kot ile yerin 1 cm altından 10 mm'lik ve aynı hattın crista iliaca anterior superior hizasının üstünden 5 mm'lik trokar yerleştirildikten sonra hasta flank pozisyonu alındı. Anterior axiller hattın 12. kot ile kesiştiği hattın 1 cm altından 5.lik 4. trokar yerleştirildikten sonra told hattından periton insize edilerek kolon mediale alındı ve üreter bulundu. Üreter proksimale doğru disseke edilerek böbreğe ulaşıldı. Üreter kateteri çekilerek üreter klempe edilip kesildi. Böbrek çevre dokulardan serbestleştirildikten sonra renal arter ve vena distalden iki proksimalden birer endoklip konarak kesildi. Böbrek 2. porttan sokulan bubcock klemple tutulup dışarıya alındı. Operasyon lojuna bir adet hemovak dren yerleştirildi. Operasyon 3 saat sürdü. Operasyon lojuna yerleştirilen hemovak dren postoperatif 2. günde çekildi ve hasta postoperatif 3. günde taburcu edilecek hale geldi.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 17

KARIN TRAVMALARINDA DIAGNOSTİK LAPAROSKOPİNİN YERİ

İbrahim BARUT (*), Çetin KOTAN (**), Reşit SÖNMEZ (***)

(*) Çankırı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı, ÇANKIRI

(**) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Yard.Doçenti VAN

(***)Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Araş.Gör. VAN

Batına nazif künt ve penetran travmalarda negatif laparotomiler önemli bir sorundur. Künt batın travmalarında negatif laparotomi oranı %20-30 arasındadır. Penetran travmalarda yapılan laparotomilerde, ateşli silahla yaralanmalarda %10-20, delici aletle yaralanmalarda %30-50 oranlarında non-terapötik laparotomi ile karşılaşmaktadır.

Negatif laparotomi oranlarının düşürülmesinde Diagnostik Laparoskopinin (DL) etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla Mayıs 97-Aralık 99 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına başvuran, yaşları 17-64 arasında değişen (ortalama 34.3), hemodinamik olarak stabil 19 künt, 16 penetran travmalı hastalara DL uygulandı.

Künt travmalı hastalardan 3'ünde (%15.8) herhangi bir patoloji tesbit edilmedi. 1 hastada grade-I karaciğer yaralanması, 1 vakada grade-I dalak yaralanması tesbit edildi. Bu iki olguya (%10.5) laparoskopik hepatorafi ve splenorafi uygulandı. Terapötik laparotomi uygulanan 14 hastadan 1'inde (%5.7) non-terapötik laparotomi gerçekleşti. Yalancı negatiflik 1 olguda (%5.7) tesbit edildi. DL negatif olarak değerlendirilen bu hastada daha sonra hemodinamik instabilite gelişti. Laparotomide duodenum 2. bölümünün posteriorunda perforasyon tesbit edildi.

Penetran travmaların 5'i ateşli silahla yaralanma, 11'i delici aletle yaralanmaydı. Ateşli silahla yaralanan hastaların hepsine terapötik laparotomi uygulandı. Delici aletle yaralanmaların 2'sinde (%18.2) DL ile herhangi bir patoloji tesbit edilmedi. 1 olguda (%9.1) laparoskopik hepatorafi uygulandı. 8 hastada terapötik laparotomiye geçildi.

Sonuç olarak, hemodinamik yönden stabil olan künt yada penetran abdominal travmalı hastalarda DL ile, hem gereksiz laparotomilerin oranı azaltılabilir hem de buna bağlı oluşabilecek morbidite oranları düşürülebilir. Ayrıca DL, seçilmiş bazı olgularda terapötik amaçla da kullanılabilir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 18

Başlık : ASİTLİ OLGULARDA LOKAL ANESTEZİ İLE DİAGNOSTİK LAPAROSKOPI
Yazarlar : Okan Erdoğan, Güner Ögünç, Mustafa Akaydın
Kurum : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya

Abdominal laparoskopik cerrahi girişimler karın içinde oluşturulan pneumoperitoneum ve buna bağlı olarak peritonun gerilmesi sonucu oluşan ağrı nedeni ile sıklıkla genel anestezi altında yapılır.

63y. K. hasta hastanemize karın ağrısı, kilo kaybı, karında şişkinlik yakınmaları ile başvurdu. Fizik muayenesinde genel durumu orta, hepatomegali ve karında masif assit mevcuttu. Abdominal US ve CT de Karaciğerde çok sayıda kitle, sol overde 8x10cm. çapında kitle ve karın içinde bol miktarda serbest sıvı saptandı. Ameliyathanede monitorizasyonu takiben, %1 lidocaine+%0.5 bupivacaine, her 10ml. lidocaine 1mEq NaHCO₃ olacak şekilde hazırlanan kokteylden lokal infiltrasyonunu takiben, 14 numara branül ile assit boşaltılmaya başlandı. 10mm.'lik umbilikal trokar ve 5mm.'lik 2 adet paraumbilikal trokarlar yerleştirildi. Assit boşaltma işlemi devam ederken düşük akımda CO₂ insüflasyonuna devam edildi. Böylece abdominal kavitede basınç değişimi olmaksızın pnömoperitoneum sağlandı. Bu esnada hastanın herhangi bir yakınması olmadı ve sedasyon gerekmedi. 10mmHg. basıncı altında yapılan diagnostik laparoskopide sol overde yaklaşık 10cm. çapında tümöral kitle, peritoneal yayılım ve KC de çok sayıda metastaz ile uyumlu kitleler saptandı. Over ve peritondaki kitlelerden biopsi ve sitolojik değerlendirme için assit örneği alınarak ameliyat sonlandırıldı. Olgu postoperatif 1.gün cerrahi sorunu olmaksızın onkoloji bölümüne devredildi.

Sonuç olarak, masif assiti olan olgularda assit boşaltımı ile eşzamanlı olarak yapılan pneumoperitoneum ile lokal anestezi altında diagnostik laparoskopi hastayı genel anestezi riskine sokmadan, kolay uygulanabilir ve hasta tarafından da iyi tolere edilebilir bir yöntem olarak gözükmektedir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 19

Başlık : SİRKÜLER STAPLER İLE HEMOROİD TEDAVİSİ
Yazarlar : Dr. Bilgin HÜRCAN, Dr. Sami BAYRAM, Dr. Göksel ERSOY
Kurum : Adana Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ: Adana Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde grade III-IV hemoroidleri bulunan 10 hastaya sirküler stapler ile (33 mm Hemorrhoidal Circular Stapler -HCS33 Ethicon Endosurgery) hemoroid tedavisi uygulandı. Beşi bayan 5'i erkek olan hastaların yaş ortalaması 46 idi. Komplikasyon gelişen 2 hasta dışında sonuçlar mükemmeldi. Postoperatif 1'inci gün taburcu edilen hastaların ağrısı klasik hemoroidektomiye göre azdı. Bir ay sonraki kontrollerinde hastaların tam olarak düzeldiği tesbit edildi. Hastaların birinde per-operatif görülen sütür hattı kanaması sütüre edilmesine rağmen sızıntı tarzında 5 gün sürdü. Diğer bir hastada per strin sütürün hatalı bağlanması nedeni ile anal kanal obstrükte oldu. Hastaya 3.cü gün kolostomi açıldı. Bir ay sonra kolostomiden sokulan bir sirküler stapler ile yeniden rektum rezeksiyon-anastomozu uygulandı ve kolostomis kapatıldı.

Hemoroid tedavisinde stapler kullanımı sırasında gelişebilecek komplikasyonlar klasik hemoroidektomi operasyonlarına göre çok daha ciddi olmaktadır. Bununla birlikte, teknik kurallara titizlikle uyulduğunda özellikle tedavisi sorunlu mukozal prolapsusu bulunan grade III-IV hemoroidler için stapler kullanımının uygulamasının kolay ve kısa sürede olması, postoperatif hasta konforunun mükemmel olması ve hastaların tam şifa kazanması nedeni ile önermekteyiz.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 20

PREPERİTONEAL HERNİ ONARIMINDA KULLANILAN LAPAROSKOPIK VE AÇIK STOPPA HERNİOPLASTİ PROSEDÜRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İbrahim BARUT (*), Çetin KOTAN (**), Reşit SÖNMEZ (***)

(*) Çankırı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı, ÇANKIRI

(**) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Yard.Doçenti VAN

(***)Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Araş.Gör. VAN

Preperitoneal herni onarımında kullanılan laparoskopik TEP, TAP ve açık Stoppa prosedürleri hem düşük nüks hemde düşük morbidite oranları ile son yıllarda sıklıkla tercih edilen yöntemlerdir.

Bu çalışmada Ağustos 95-Aralık 99 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında laparoskopik TEP, TAP ve açık Stoppa teknikleri kullanılarak preperitoneal herni onarımı uygulanan, yaşları 20-67 arasında değişen (ortalama 45) 78'i erkek 12'si kadın toplam 90 hasta değerlendirildi.

90 Hastanın 131 hernisi onarıldı. Hernilerden 41'i bilateral, 49'u unilateraldi. 17 herni ise nüksü. Hastalardan 34'üne TEP, 26'sına TAP, 30'una da Stoppa hernioplasti uygulandı. Bilateral hernisi olan hastalardan 14'üne TEP, 11'ine TAP, 16'sına Stoppa hernioplasti uygulandı. Nüks hernisi olan hastalardan 7'sinde TEP, 3'ünde TAP ve 7'sinde Stoppa tekniği kullanıldı. Tüm onarımlar Polypropylene mesh kullanılarak yapıldı. Operasyon süresi 30-200 dk. arasındaydı (ortalama 54 dk.).

Hiçbir intraoperatif komplikasyon görülmedi. Postoperatif komplikasyonlar olarak, 5 olguda üriner retansiyon, 4 hastada yaygın ciltaltı amfizemi, 3 olguda skrotal ağrı, 2 kadın hastada erken menstrüasyon ve 2 olguda yara enfeksiyonu izlendi. Hastanede kalma süresi 1-4 gündü (ortalama 2,5 gün). Hastalar 7-15 gün arasında (ortalama 9 gün) normal aktivitelere döndüler. Olgular operasyondan sonra 1-38 ay (ortalama 8 ay) izlendiler.

Sonuç olarak laparoskopik ve açık Stoppa hernioplasti teknikleri, inguinal herni onarımında yararlı, etkin ve güvenilir tekniklerdir. Laparoskopik herni onarımının Stoppa'ya olan belirgin avantajları, daha az morbiditeye sebep olması ayrıca günlük aktivitelere daha erken dönüş sağlamasıdır. Maliyetlerinin düşmesiyle laparoskopik prosedürlerin daha yaygın kullanımının gerekli olduğuna inanıyoruz.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 21

Başlık : 190.ENDOSKOPIK.EKSTRAPERİTONEAL.HERNİ.ONARIMI.SONUÇLARIMIZ:...

Yazarlar: Şerafettin Özer*, Ömer GÜNAL

Kurum : Kasımpaşa Deniz Askeri Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği.*: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D.

Çalışmamızda total ekstraperitoneal (TEP) laparoskopik yöntemle yapılan kasık fıtığı onarımlarının irdelenmesi amaçlanmıştır.

TEP uygulanan 173 hasta incelemeye alınmıştır. 17 Hastaya bilateral onarım yapılmıştır. Operasyon süresi, per ve postoperatif komplikasyonlar, postoperatif ağrı skorları, postoperatif analjezik ihtiyaçları ve nüks oranları kaydedilmiştir.

Ortalama ameliyat süresi 50 dakika tesbit edilmiştir. Postop komplikasyon oranı %4 , ağrı skoru 3.61 ± 1.8 cm, analjezik ihtiyacı 46 ± 5.5 mg metamizol olmuştur. En uzun takip süresi dokuz yıl olup hiç nüks izlenmemiştir.

TEP kasık fıtığı onarımı tecrübeli ellerde yapıldığında klasik onarım tekniklerine rahatlıkla iyi bir seçenek olabilir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 22

Başlık : LAPAROSKOPIK HERNİORAFİ

Yazarlar : Erdoğan Sözüer, Engin Ok, Mustafa Kerek, Özhan İnce, Zeki Yılmaz

Kurum : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Son yıllarda laparoskopik heni onarımı ingiunal heminin konvansiyonel tedavisine alternatif olarak yaygın bir şekilde uygulanmaktadır.

AMAC: Laparoskopik transabdominal preperitoneal herniorafi (TAPP) ve total ekstraperitoneal herniorafi (TEP) yaklaşımlarını karşılaştırmak.

MATERYAL VE METOD: 1993-1999 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında, inguinal hemi nedeniyle laparoskopik herniorafi yapılan 57 hasta incelendi. Hastalar yapılan laparoskopik yaklaşıma göre TAPP (30 hasta) ve TEP (27 hasta) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu hastalar; yaş, cins, fitik tipi, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, kullanılan mesh büyüklüğü, fitik kesesi çapı, postoperatif analjezi ihtiyacı, peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar ve nüks açısından karşılaştırıldı. İstatistiki karşılaştırmada Student-t testi kullanıldı.

SONUÇLAR: TAPP grubundaki postoperatif dönemde 2 (%6.7) hastada minor komplikasyon (1 hematom, 1 nöralji) gözlemlendi. Bir (%3.3) hastada postoperatif erken dönemde nüks görüldü. TEP heniorafi grubunda 1 (%3.7) hastada teknik nedenlerden dolayı açığa geçildi. Postoperatif dönemde 3 (%11) hastada (2 skrotal seroma, 1 nöralji) komplikasyon gözlemlendi. Bir (%3.7) hastada postoperatif erken dönemde nüks görüldü. Her iki gruptaki hastaların hepsine prolen mesh kullanıldı. İncelenen tüm parametreler açısından TAPP ve TEP heniorafi arasında istatistiksel bir fark yoktu. Yüksek olan komplikasyon oranları ve operasyon süreleri bu olguların öğrenme periyoduna rastlamış olmaları ile açıklanabilir.

SONUÇ: Son yıllarda konvansiyonel fitik cerrahisine alternatif olarak yaygın kullanılmakta olan TAPP ve TEP kendi aralarında karşılaştırıldığında, birinin diğerine bir üstünlüğün olmadığı sonucuna varıldı.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 23

Başlık : ~~LAPAROSKOPIK KASIK FITİĞİ ONARIMI: BİR MERKEZİN DENEYİMİ~~.....

Yazarlar : ~~Hazinedaroğlu S.M., Erkek B., Türkçapar A.G., Yerdel M.A.~~.....

Kurum : ~~Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı~~.....

Amaç Kasık fitiği onarımının en iyi yöntemi yıllardır tartışılmaktadır. Minimal invazif cerrahinin ortaya çıkmasından bu yana laparoskopik yöntemler bu tartışmaları daha da alevlendirmektedir. Laparoskopik fitik onarımı bir çok uzman tarafından önerilmektedir. Bu çalışma bir üniversite hastanesinin kasık fitiği tedavisinde laparoskopik yaklaşımını özetlemektedir. **Yöntem:** Şubat 1994-Kasım 1999 tarihleri arasında 99 hastaya (2 kadın) total ekstraperitoneal, 5 hastaya (5 erkek) transabdominal preperitoneal yaklaşımla laparoskopik kasık fitiği onarımı yapılmıştır. Ortalama yaş 51 ± 3.7 (16-72) olup vakalardan dokuzunda bilateral kasık fitiği mevcuttur. **Bulgular:** Ortalama ameliyat süresi 58 dakikadır (26-90). İntraoperatif komplikasyon ve açık cerrahiye dönme gereği olmamıştır. Yalnızca bir nüks (%1), ve iki pubik periostit olmuştur (%2). **Sonuç:** Total ekstraperitoneal onarım düşük morbidite ve yüksek hasta memnuniyeti ile yapılabilir. Biz kliniğimizde artık transabdominal preperitoneal fitik onarımı yapmıyoruz. Bunun yerine daha az komplikasyonu ve daha az nüks oranı olan total ekstraperitoneal laparoskopik yöntemi tercih ediyoruz. Son bir yıldır perostitten kaçınabilmek için grefti pubise tespit etmiyoruz. Total ekstraperitoneal onarımı nüks ve bilateral kasık fitiklerinde giderek artan oranlarda kullanılmaktayız.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 24

Başlık : TOTAL EKSTRAPERİTONEOSKOPİK HERNİ ONARIMI
(52 OLGUNUN SONUÇLARI)
Yazarlar : Dr. Ahmet Erkiş*, Dr. Musa İnal
Kurum : *Nizip Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği/Gaziantep

Inguinal herni onarımında en ideale ulaşma çabaları, laparoskopik cerrahideki gelişmeler nedeniyle bu alana kaymıştır. Son olarak daha anatomik olan posterior yaklaşımla 'tension free' teknik total ekstrapéritoneoskopik olarak uygulanarak en azından teorik olarak en ideale ulaşılmıştır.

Kliniğimizde son 18 ayda 52 hastaya total ekstrapéritoneoskopik herni onarımı uygulanmıştır. (51 erkek, 1 kadın; en küçük 32, en büyük 75 yaşında, ortalama yaş 50.5; 22 bilateral, 19 sağ, 11 sol, 9 nöks inguinal herni). Operasyon süresi tek taraflılarda ortalama 45, bilateral olanlarda ortalama 65 dakikadır. Hematom olan 1 hasta dışında tüm hastalar 24 saat içinde taburcu edilmiş en geç 1 hafta içinde işe başlamışlardır. 4 osteitis pubis, 1 preperitoneal hematom, 1 de erken nöks olmak üzere 6 komplikasyon saptanmıştır. Nöksün tamamen teknik hataya bağlı olduğu gözlenmiştir. Kalan 46 hastada sonuçlar mükemmel bulunmuştur.

Özellikle multiple nöks etmiş olgularda tek sağlam anatomiden yaklaşım olanağı sağlamaktadır. Altı kez nöks etmiş bir olguda yedinci operasyon olarak uyguladık, takiplerde hasta tamamen normal bulundu. Erken mobilizasyon ve erken işe başlama, daha konforlu ve estetik olmasıyla dikkatimizi çeken operasyonlarımızda komplikasyon oranımızda hayli yüksektir. (% 11.5) Bunların çoğunun önlenabilir olduğu ve daha çok yeni bir yöntem olduğundan kaynaklandığı görülmektedir. Tekniğin zamanla daha mükemmelle erişeceği kanısındayız. Ancak maliyetinin çok yüksek olması, çıkabilecek peroperatif ve postoperatif komplikasyonlara müdahalenin çok daha zor olması nedeniyle ve Lichtenstein gibi lokal anestezi ile uygulanabilen 'tension free' bir operasyon karşısında özel durumlara, özellikle nöks, multiple nöks ve bazı iki taraflı direkt inguinal herni olgularına saklanması kanısındayız.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 25

Başlık : TOTAL EKSTRAPERİTONEOSKOPİK HERNİ ONARIMI SONRASI, OSTEİTİS PUBİS OLGUSU,

Yazarlar : Dr. Ahmet Erkiş*, Dr. Musa İnal

Kurum : *Nizip Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Gaziantep

GİRİŞ: Osteitis pubis ürolojik girişimlerin iyi bilinen bir komplikasyonu olmasına karşın, herni onarımı ile olan ilgisi literatürde iyi dökümanite edilmemiştir. Travma, kanlarının bozukluğu veya enfeksiyöz etyolojilerle açıklanmaya çalışılan osteitis pubis aslında, symphysis pubisin non-enfeksiyöz, sınırlı bir inflamatuvar olayı olarak tanımlanmaktadır. Muhtemelen literatürde, herni onarımı sonrası sinir zedelenmesi olarak belirtilen olgulardan çoğu aslında osteitis pubis olmalıdır.

Mart 1998-Eylül 1999 tarihleri arasında Total Ekstrapéritoneoskopik herni onarımı uyguladığımız 52 hastanın 4 ünde, uyluk iç yüzüne yaygın suprapubik ağrı ve yürümede güçlük gibi semptomlar ve anormal radyolojik bulgularla kendini gösteren osteitis pubis olgularına rastladık. Çok dramatik ve uzun süreli bir komplikasyon olan osteitis pubisin tedavisinde literatürde çok açık değildi. Uzun süreli antibiyotik+no-steroid antiinflamatuvar+steroid kombinasyonu şeklindeki tedavi şemamızla, rahatlık ve sonuçta kür sağladık.

Aslında bu komplikasyonun, mesh'in pubise fiksasyonu nedeniyle oluştuğunu, os pubis ve özellikle symphysis pubisin fiksasyon noktası olarak kullanılmaması ve travmatize edilmemesi ile önlenileceğini gördük. Pubisten uzak durduğumuz sonraki olgularımızda herhangi bir sorunla karşılaşmadık.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 26

Başlık : LAPAROSKOPİK HERNİ ONARIMINDA BRİD İLEUS GELİŞİMİ
Yazarlar : Osman KOÇAK*, Metin BERBEROĞLU, Feyzan ERCAN**, Fehru BALABAN****
Kurum : Sinop Devlet Hastanesi-, İ.T.E.M.-ANKARA

GİRİŞ: Total ekstrapitoneal (TEP) herni onarımları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de geniş kabul görmüş ve gittikçe daha fazla uygulama alanı bulan ve bizim de hastalarımıza 1995 yılından beri uyguladığımız bir yöntemdir. Bu sunuda amaç postoperatif brid ileusu gelişen bir olgu dolayısı ile peroperatuar gelişen peritoneal yırtıkların tamirine dikkat çekmektir.

MATERYAL METOD: Ocak 1995 ile Şubat 2000 tarihleri arasında toplam 198 inguinal hernili hastaya laparoskopik onarım uygulanmıştır. Hastalarda balon diseksiyon yöntemi ile retzius alanı açılmış, herni kesesi diseksi edildikten ve gerekli alan hazırlandıktan sonra 12x14 cm ebatlarında prolene bir mesh defektler üzerine yayılmış ve 5 mm Tacker ile sabitlenmiştir. Hastalardan 85 yaşındaki erkek hasta 1996 yılında sağ irredüktibl herni nedeniyle opere edilmiş, ancak postoperatif 3.ncü ayda nüks etmiş olarak kliniğe baş vurdu ve 3.9.1999 günü opere edilmek üzere yatırıldı. Gerekli hazırlıktan sonra 7.9.1999 günü operasyon alındı. Operasyon sırasında indirekt herni kesesi diseksi edilirken periton yırtıldı. Gerekli alan hazırlandı ve herni defekti 14x12 cm boyutlarında polipropilen mesh ile örtüldü. Erken komplikasyon gelişmeyen hasta postoperatif 1.nci gün taburcu edildi. Yaklaşık 20 gün sonra 1.10.1999 günü hasta karın ağrısı, bulantı, kusma ve karında şişkinlik ile kliniğe tekrar başvurmuştur. Röntgenografide multiple hava-sıvı seviyeleri saptanan hastanın fizik muayenesinde batin distandü, barsak sesleri hiperaktif olarak saptandı. Brid ileusu ön tanısı ile laparotomi yapılan hastanın sağ inguinal bölgesinde bir ileum ansının yapışarak brid oluşturduğu gözlemlendi ve serbestleştirildi. Mesh üzerinin 4 cm'lik bölümünde peritonsuz olduğu görüldü ve peritonize edildi. Hasta postoperatif 3.ncü gün şifa ile taburcu edildi.

YORUM: Transabdominal laparoskopik herni onarımlarının doğal komplikasyonları arasında sayılan bu problem TEP onarımlarında normalde görülmemesi gerekir. Ancak yukarıdaki olguda olduğu gibi operasyon sırasında oluşan defektler mutlaka onarılmalıdır

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 27

Başlık: VENTRAL FITIKLARDA LAPAROSKOPİK ONARIM DENEYİMİMİZ.....

Yazarlar: Ediz ALTINLI, Cihan URAS, Selin KAPAN, Tank AKÇAL, Ümit BALÇISOY.....

Kurum: I. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.....

Ocak 1998 ve Ocak 2000 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Gürkan C servisinde toplam 22 ventral fitik olgusuna laparoskopik onarım uygulandı.

Olguların 3'ü nüks olmak üzere 11'i umbilikal, 10'u insizyonel, 1'i epigastrik fitik idi. İnsizyonel fitik olgularının 6'sı Phannenstiel, 1'i göbek üstü median insizyon distalinden, 1'i göbek altı median insizyonun proksimalinden, 2'si sağ transrektal insizyon yerlerinden gelişmişti. Olguların 19'u kadın, 3'ü erkekti. Serinin en genci 37, en yaşlısı 70, ortalama yaş 53.95±2.03 idi. Olguların 2'sine uygun boyutlarda politetrafloroetilen (PTFE) mesh, diğerlerine polipropilen mesh ile fitik onarımı yapıldı. Olguların 6'sı postop. birinci gün, diğerleri postop. 2. gün taburcu edildiler. Nüks umbilikal fitiği olan bir olguda postop. erken dönemde göbek bölgesinde seroma tesbit edildi. Olgular en az 6 en çok 12 ay, ortalama 9.14±0.54 ay olmak üzere postop 1, 3, 6 ve 12. aylarda rutin kontrollere çağrıldılar. Takip süresince nüks tesbit edilmedi.

Laparoskopik teknikle ventral fitiklarda mesh uygulanması %0 mortalite, (1/22) % 4.54 morbidite oranları, kısalmış hastanede kalış süresi, kozmetik olarak daha tatminkar sonuçlar vermesi ve hastanın günlük aktiviteye dönüş zamanının daha kısa sürede gerçekleşmesi nedeniyle seçilmiş vakalarda tercih edilebilecek güvenilir bir yöntemdir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 28

Başlık **LAPAROSKOPİK HERNİ ONARIMI KOLAYLAŞTIRICI MANEVRALAR**
Yazarlar **Feyzan ERCAN, Metin BERBEROĞLU, Ferruh BALABAN**
Kurum **İ.T.E.M. İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, ANKARA**

Laparoskopik herni onarımları halen tartışılmakta olmasına rağmen oldukça sık uygulanan bir teknik olarak karşımıza çıkmaktadır. Total ekstrapéritoneal teknik transabdominal tekniğe oranla çok daha fazla taraftar bulmaktadır. Ülkemizde bu tekniğin taraftarları gittikçe artmaktadır. Ancak uygulama halen kısıtlı görülmektedir. Eğitim uygulamalarımızda kazandığımız tecrübeleri paylaşmak istedik.

Bu video sunumunda total ekstrapéritoneoskopik herni onarımı eşnasında karşılaşılabilecek teknik problemleri ve çözümlerini tartışacağız. Bu videoda uygun trocar yerleşimleri, hasta ve ekip pozisyonları, retzius aralığına ulaşım, bölgenin tanınması, herni kesesinin verifiye edilmesi, bogro alanına ulaşımı, mesh bölgesinin hazırlanması ve yerleştirilmesi, meshin sabitlenmesi en uygun tekniklerle anlatılacaktır.

Söz edilen işlemlerin emniyetli ve uygun tekniklerle uygulanması ile düşük komplikasyon oranlarını sağlar ve operasyon sürelerini kısaltır kanısındayız

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 29

Kugel yama ile kasık fıtığının ayaktan tedavisi

Kenan YÜCE

S.B. Dört Yol Devlet Hastanesi, Tıbbi-Cerrahi Araştırma Merkezi Dört Yol-HATAY,

Pek çok ameliyat tekniğinin tartışıldığı ve uygulandığı kasık fıtığı ameliyatlarında kapalı ameliyat teknikleri, Dünyanın devrim olarak kabul ettiği kapalı safra kesesi ameliyatlarının başarısına ulaşamadığı gibi pahalı oluşu, yöntem çeşitliliği, ciddi komplikasyonları, özel eğitim ve genel anestezi gerektirmesi gibi olumsuz yanları nedeniyle yeterince kabul görmemiştir.

Bu teknikte fıtık iç ağzının deriye tekabül ettiği noktadan 2.5-3 cm.lik yatay kesiyle kaslar ayrılarak peritona ulaşılır. Parmakla periton önü mesafesi künt disseke edilerek direk-indirek ve femoral fıtığın gelişebileceği potansiyel alan serbestleştirilir. Fıtık kesesi, fıtık kanalından ve kordon elemanlarından ayrılarak karın içine itilir. Periton önü mesafesine potansiyel fıtık alanını kapatacak şekilde Kugel yama (omurgalı, çift katlı, özel geliştirilmiş prolen yamadır) yerleştirilir. Yama M.Obliquus Internus fasyasına tutturulur. Kasık fıtıklı 16 hasta da yerel uyuşturularak ayaktan Kugel yama yerleştirilen ve aynı gün taburcu edilen hastalarımızın birinde konservatif davranılarak tedavi edilen hematoma gelişti. Endoskopik ameliyatların temel ve ortak malzemesi olan prolen yama kullanılarak gerilimsiz, periton önü onarımı kullanılan bu yöntem benzer endoskopik ameliyatlara kıyaslanabilecek ameliyat kalite ve başarısına karşılık uyutulmadan, ayaktan uygulanabilmesi, ucuz maliyeti ile yaygın kullanılmaya adaydır.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 30

Başlık : EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPIK UMBLİKAL VE EPİGASTRİK ETİK ONARIMI
Yazarlar : Edip ALTINLI, Ünsal AYBERK, Gökhan BİLGİN, Şevkullah BAL
Kurum : Ege Ordu Lojistik Destek Komutanlığı İzmir Mevki Asker Hastanesi

Ağustos 1999-Ocak 2000 döneminde genel cerrahi kliniğimizde iki olguda eşzamanlı laparoskopik umblikal ve epigastrik fruk onarımı uygulanmıştır.

Olguların ikisi de erkek olup 64 ve 70 yaşında hastalardı. Birinci olguda epigastrik fıtık yaklaşık 30 yıldır, umblikal fıtık ise son 8 yıldır mevcuttu. Olguya beraberinde kronik bostrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve benign prostat hipertofist (BPH) etmekteydi. İkinci olguda yaklaşık 40 yıldır epigastrik fıtık ve son 15 yıldır amblikal fıtık mevcuttu. Olguda beraberinde KOAH tesbit edildi.

Olgulara polipropilen mesh ile eşzamanlı kaparoskopik umblikal ve epigastrik fıtık onarımı uygulandı. Her iki olgu post-operatif ikinci gün taburcu edildi. Erken dönemde morbidite ve mortaliteye rastlanmadı.

Umblikal ve epigastrik fıtık tedavisinde konvansiyonel cerrahi yöntemler dışında laparoskopik onarım teknikleri de ülkemizde uygulanmaya başlanmıştır. Laparoskopik onarım tekniği ile hastahanedeki kalış süresi ve günlük aktiviteye dönüş zamanını kısaltması, daha az postoperatif ağrı ve kozmik sonuçlarının konvansiyonel yöntemler ile karşılaştırıldığında daha tatminkar olması, yöntemin seçilmik vakalarda tercih edilebileceğinin göstergeleridir. Kliniğimizde ilk defa iki olguda uygulanan eş zamanlı laparoskopik umblikal ve epigastrik fıtık onarımının videoda teknik ayrıntıları sunulacaktır.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 31

Başlık : **LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİYE BAŞLARKEN SAFRA KESESİNİN BOŞALTILMASI YARARLIMIDIR. (186.olguluk kişisel seri).**
Yazarlar : **Adnan Çalık FACS, Uzer Küçükçütlü, Yavuz Bilgin, Akif Çinel, Burhan Fışkin**
Kurum : **Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, TRABZON**

Bu çalışmayla laparoskopik kolesistektomiye (LK) başlarken safra kesesinin (SK) boşaltılmasının, operasyon süresi operasyon sırasında safra kesesi perforasyonu ve buna bağlı safra taşlarının karın boşluğuna yayılması, operasyonun açığa döndürülmesi ve intraoperatif komplikasyonlar üzerine olan etkileri araştırıldı. A grubunu oluşturan 93 olguya karın görüntülendikten sonra SK boşaltılarak, B grubuna ise (93 olgu) SK boşaltılmadan kolesistektomi uygulandı. Olguların 16 sı akut ve subakut kolesistitlerin oluşturduğu A grubunda ortalama operasyon süresi 59 dakika olarak saptandı. Operasyon sırasında SK si perforasyonu 5(%5.4) olguda görüldü ve buna bağlı karın boşluğuna safra ve taş kaçağı görülmezken, 3(%3.2) olguda açığa geçildi ve 4(%4.3) olguda intraoperatif komplikasyon görüldü. Olguların 20 sini akut ve subakut kolesistitlerin oluşturduğu B grubunda ise ortalama operasyon süresi 75 dakika olarak gerçekleşti. Operasyon sırasında 25(%27) olguda SK si perforasyonu ve buna bağlı 4 olguda karın boşluğuna safra taşı yayılımı görüldü. Olguların 5(%5.4) inde operasyon açığa dönüştürüldü ve 5(%5.4) olguda intraoperatif komplikasyon görüldü. Heriki grupta safra kanalı yaralanması görülmedi. Bu bulgulara göre operasyon süresi, operasyonda kese perforasyonu ve buna bağlı safra ve taşların karın boşluğuna yayılması bakımından iki grup arasında A grubu lehine önemli istatistiksel fark görüldü. Bu boşaltma işleminin, operasyonun açığa döndürülmesi ve intraoperatif komplikasyonlar bakımından bir etkisinin olmadığı gözlemlendi. Günümüzde altın standart olarak kabul edilen laparoskopik kolesistektomiden önce SK nin boşaltılmasının, operasyon süresini kısaltması, SK perforasyonu ve buna bağlı safra ve taşların karın boşluğuna yayılmasını azaltması nedeniyle yararlı olacağını düşünmekteyiz.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 32

Başlık : LAPARASKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE 4 YILLIK DENEYİMİMİZ; 1638 Olgu
Yazarlar : Erhan Ayşan, Arslan Kaygusuz, Erer Yosunkaya, Ergün Yıldız, Kerim Özakay
Kurum : SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri

GİRİŞ: Dört yılda uyguladığımız 1638 laparoskopik kolesistektomi (LK) olgumuzu geri bakışımı olarak ird-
eledik. Ameliyatlar kliniklerimizdeki 19 (laparoskopik) sertifikalı cerrah ve onların gözetimindeki asistanlar
tarafından yapılmıştır. Olgularımızın erkek kadın oranı 4.5/1 olup ortalama yaş 43.4'dür. Tümü seçilmiş
(elektif) olgu olarak ameliyata alınmış olup 38 olguda (%2.3) açık kolesistektomiye (AK) geçiş olmuştur. Bu
geçişde en sık neden geçirilmiş kolesistit ataklarına ikincil gelişen çevresel yapışıklıklardır. Bu bağlamda
teknik deneyimin de önemi somut olarak ortaya çıkmıştır; ilk 6 ayda AK'ye geçiş oranımız % 5.1 iken son 6
ayda bu değer %2.1'ye gerilemiştir. LK kolelitiazisde birinci basamak tedavi seçeneğidir. AK'ye geçiş olgu-
ların özellikleriyle (kolesistit atakları, anatomik varyasyonlar ve cerrahın deneyimiyle yakından ilgilidir.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 33

Kapalı safra kesesi ameliyatında açığa geçişten önce son şans; kese içi disseksiyon tekniği

Kenan YÜCE

S.B. Dörtyol Devlet Hastanesi, Tıbbi-Cerrahi Araştırma Merkezi Dörtyol-HATAY

Kapalı safra kesesi ameliyatlarında gelişen teknolojiye ve deneyime rağmen açık
cerrahiye dönüş kaçınılmaz olabilmektedir.

Calot üçgeni anatomisinin ağır yapışıklıklar ve skleroz nedeniyle ortaya
konamaması, bu bölgedeki disseksiyon denemesini tehlikeye sokmaktadır. Cerrah
fundustan geriye disseksiyonu denemekte, bu yaklaşımında da başarısız olması
halinde açık cerrahi kaçınılmaz olmaktadır. Bu aşamaya gelmiş 13 hastamızda kese
en güvenli yerden açılmış kese içeriği ve taşlar boşaltılıp karın dışına alınmış, kısmi
kolesistektomi yapıp kalan artık kesenin içinden görerek sistik kanala ulaşılmıştır.
Daha sonra artık kese iç-dış ilişkisine göre en emniyetli yerden rezeksiyon yapılmış;
rezeksiyonun güvenli yapılamadığı durumlarda mukozektomi yapılmıştır. Sistik kanal
kementle bağlanmış (3 h.) veya karın içi dikiş tekniği ile dikilmiş (2 h.), 8 hastada ise
öylece bırakılmıştır. Tüm hastalara kapalı drenaj uygulanmıştır. Hastaların hiçbirinde
erken ve geç dönem cerrahi ihtiyacı olmamış, 7 hastada drenle kontrol altına
alınabilen safra kaçağı olmuştur. Koledok taşı nedeniyle drenajı kesilmeyen bir hasta,
ERCP ile taş çıkartılarak tedavi edilmiş, diğer hastalarda 3-7 günde drenaj
kendiliğinden kesilmiştir.

Açığa geçilecek 13 hasta da uygulanan bu yöntemin başarısı bu tekniğin
endikasyonun genişletilmesi konusunda cesaret vermektedir.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 34

Başlık

İLK 300 OLGUDA LAPAROSKOPİ DENEYİMİMİZ

Yazarlar

Metin PISKINPAŞA*, Metin BERBEROĞLU**, Feyzan ERCAN**, Ferruh BALABAN**

Kurum

*SSK Hastanesi, İskenderun, **İ.T.E.M.-ANKARA

GİRİŞ: Laparoskopik uygulamaların gelenekselleşmesi kolay olmamış, gereçlerin sağlanmasındaki zorluklar, olası komplikasyonların göğüslenmesi gereği ve öğrenim sürecinin problemleri göz önüne alınması gerekmiştir. Bu bildirinde İskenderun SSK hastanesinde 18 aylık bir eğitim ve uygulama sürecinin sonuçları sunulacak ve sonuçlar tartışılacaktır.

MATERYAL METOD: Eylül 1998 ile Ocak 2000 tarihleri arasında 260 hastaya laparoskopik cerrahi uygulanmıştır. Bu serideki 200 taşlı kolesistit olgusu ameliyat edildiler. İnguinal hernili 55 olguda balon diseksiyon yöntemi uygulanmış ve prolene mesh tesbiti ile yapılmıştır. Fundoplikasyonu uygulanan hastalardan ikisinde paraözefageal herni mevcuttu. Bunlara krural dikişler üzerine mesh uygulanmıştır. Pilon stenozu ile kliniğe gelen iki erkek hastaya bilateral trunkal vagotomi ve minilaparotomik gastroenterostomi uygulanmıştır. Hastaların klinik özellikleri tablodadır.

	OLGU SAYISI	ORT. YAŞ	ERKEK (%)	KADIN (%)	YATIŞ (GÜN)	OP. SÜRESİ (dk)	MORBİDİTE	AÇIĞA GEÇİŞ
KOLESISTEKTOMİ	100	52	68	32	1.3	46	0	0
TEP	55	44	76	24	1	42	2	0
FUNDOPLIKASYON	3	42	100	0	1.5	55	0	0
BTY+GU	2	24	100	0	6	75	1	0

SONUÇLAR: İnguinal herni onarımı uyguladığımız iki olguda postopertifi dönemde seroma gelişmiştir. Skrotumun ponksiyonu ile drene edilmiş sadece bir hastada ikinci bir ponksiyon gereksinimi duyulmuştur. Nissen fundoplikasyonu uygulanan hastaların tümünde ilk 2 hafta minimal disfaji gelişmiş, ancak daha sonra klinik düzelme gerçekleşmiştir. Pilon stenozu nedeniyle opere edilen hastalardan birisinde gelişen atoni nedeniyle anastomoz minilaparotomi yerinden kontrol edilmiş, saptanan köşelenme düzeltilerek şifa sağlanmıştır. Seride açığa geçiş yoktur. Zorluğu öngörülen ve başlangıç olguları refakatle opere edilmişlerdir. Herni onarımlarında ise başlangıçta 13 olguda yardım vardır.

YORUM: Mortalitenin olmaması, morbiditenin düşüklüğü ve açığa geçişin olmaması seçici cerrahiye ve öğrenim döneminde cerrahi yardım almaya bağlı olduğunu açıkça göstermektedir.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 35

Başlık

LAPAROSKOPİK KOLESISTEKTOMİYİ KOLAYLAŞTIRICI MANEVRALAR

Yazarlar

Ferruh BALABAN, Metin BERBEROĞLU, Feyzan ERCAN

Kurum

İ.T.E.M. İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi, ANKARA

Dünyada altın standart kabul edilen laparoskopik kolesistektominin bu denli yaygın yapıldığı günümüzde bu tekniğin bazı sıkıntılarını kolaylaştırıcı manevraları eğitimlerimiz sırasındaki edindiğimiz tecrübelerle birlikte sunmak istedik.

Gösterilecek videoda uygun trocar yerleşimleri, hasta ve ekip pozisyonları, ekartasyonlar, safra kesesinin manuplasyonları, sistik kanalın ve arterin diseksiyonu, kliplenmeleri ve kesilmeleri. Safra kesesinin yatağından çıkarılması. Kesenin batında çıkarılıp kese yatağı ve trokar yerlerinin kanama kontrolü gibi ayrıntıların ergonomik hale getirilmiş uygulamaları sunulacaktır.

Kolesistektominin önerdiğimiz emniyetli ve uygun tekniklerle yapılması komplikasyon oranlarını düşüreceği gibi operasyon sürelerini de kısaltacaktır.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 36

Başlık: Laparoskopik Kolesistektomi Esnasında Oluşan Major Safra Yolu Yaralanmalarının Sonuçları
Yazarlar: Cengiz Ercanoğlu, M. Levhi Akan, Tuncay Çelenk, Ahmet Batkın
Kurum: GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Kadıköy, İstanbul

Laparoskopik kolesistektomi güvenli uygulanmakta ise de, meydana gelebilecek safra yolu komplikasyonları ciddi morbidite ve mortalitelere yol açabilmektedir. Bu çalışmanın amacı servisimizde tedavi edilen laparoskopik kolesistektomi esnasında oluşmuş major safra yolu yaralanmalarının gözden geçirilmesidir.

Bu çalışmaya laparoskopik kolesistektomi esnasında major safra yolu yaralanması oluşmuş dokuz olgu dahil edildi. Olguların beşi servisimize tamir cerrahisi için sevk edilen olgulardı. Dokuz olguda yaralanmanın tipi, uygulanan tedavi şekilleri ve sonuçları irdelendi.

Hastaların dördünde komplet veya inkomplet koledok yaralanması tespit edildi. Diğer beş olguda major safra yolu yaralanması safra yollarında oluşan darlıktı. Darlıkların biri termal hasara bağlı iken diğerlerinde darlık nedeni koledoka konulan klipsler idi. Dokuz hastaya yaralanmaları düzeltmek amacıyla toplam 12 ameliyat uygulandı. Üç olguda T-tüp drenajı uygulanırken, diğer sekiz olguda hepatikojejunostomi uygulandı. Biliyer peritonit gelişmiş bir olgu merkezimize çok geç müracaat ettiği için sadece peritoneal safra drenajı uygulandı. Üç hasta koledok kesisine bağlı olarak gelişen safra peritoniti nedeniyle kaybedildi. Bu hastalar servisimize diğer merkezlerden geç dönemde gönderilen olgulardı.

Laparoskopik kolesistektomi esnasında oluşan safra yolu komplikasyonları ciddi morbidite ve mortalitelere neden olabilmektedir. Sonuç olarak bu olgularda optimal tedavinin erken dönemde tanı ve müdahale ile sağlanabileceği kanaatindeyiz.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 37

MINISİTE KOLESISTEKTOMİ DAHA AZ TRAVMATİK Mİ?

Minisite ve konvansiyonel laparoskopik kolesistektomileri mukayese eden randomize prospektif bir çalışma

Ahmet Alponat, Anıl Çubukçu, Hale Maral, Zafer Cantürk, Suat Özkan
Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Derince, İzmit

Teknolojideki gelişmelerle laparoskopik cerrahide kullanılan enstrümanların çapları 2 milimetreye kadar küçültülebilmektedir. Bu enstrümanlarla yapılan laparoskopik operasyonlarda daha iyi kozmetik sonuçlar ve daha az travma beklentisi mevcuttur. Bu çalışmada minisite laparoskopik kolesistektomi tekniğinin (MLK) konvansiyonel laparoskopik kolesistektomiden (KLK) daha az postoperatif morbiditeye sahip olup olmadığının irdelenmesi amaçlanmıştır. Şubat 98 - Temmuz 99 tarihleri arasında elektif laparoskopik kolesistektomi için başvuran 109 hasta içinden metabolik problemleri ve operasyon başında yapılan eksplorasyonda ciddi yapışıklıkları olan 65 hasta çalışma dışı bırakıldı. Geri kalan 44 hasta, MLK (n=22) ve KLK (n=22) olarak randomize edildi. Postoperatif ağrı skoru, analjezik gereksinimi, pulmoner fonksiyon testleri ve travmaya cevap (ACTH, Kortizol, CRP, TNF düzeyleri) çalışıldı. KLK, 2 adet 10 mm ve 2 adet 5 mm portla gerçekleştirilirken MLK 1 adet 10 mm, 3 adet 2 mm portla gerçekleştirildi. KLK grubunda açık kolesistektomiye dönüşüm zorunluluğu olmazken MLK grubunda 5 hastada (anatominin ortaya konulamaması ve kanama nedeniyle) KLK'ye dönüşüm gerekti. Tüm hastalar 24. saatte taburcu edildi. Morbidite ve mortalite olmadı. Her iki gruptaki hastaların demografik özellikleri benzerdi. Operasyon zamanı MLK için (79 dk) KLK'dan (67 dk) uzun olmakla beraber fark istatistiksel olarak anlamsızdı. Postoperatif ağrı, analjezik ihtiyacı, pulmoner fonksiyon testleri ve travmaya cevap açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. MLK uygulanan hastalarda insizyon yerleri operasyondan 8 hafta sonra hemen hemen görülemez nitelikteydi. MLK, 2 mm'lik enstrümanlara ait bazı dezavantajlar nedeni ile ancak seçilmiş hastalarda uygulanabilir bir teknik olarak görülmektedir. Kozmetik sonuçları hem cerrahlar hem de hastalar tarafından mükemmel olarak değerlendirildiği için daha iyi kozmetik sonuç beklentisi olan özellikle genç hanım hastalarda iyi bir alternatif olarak düşünülebilir.



Sözlü Bildiri



Poster

Bildiri No: 38

K LAPAROSKOPİK VE AÇIK KOLESİSTEKTOMİ YÖNTEMLERİ ARASINDAKİ AKUT FAZ YANITININ KARŞILAŞTIRILMASI

Dr.İ.AŞLAN; Dr.A.DİRİCAN; Dr.E.TÜRKALP; Dr.H.KARGICI
SSK Ankara Eğitim Hastanesi II. Genel Cerrahi Kliniği

Günümüzde laparoskopik kolesistektomi genel cerrahi açısından vazgeçilenecek bir önem kazanmıştır. Bunun belli sebepleri vardır. Bunlar; 1)Laparoskopik kolesistektomide hastanede kalış süresi daha kısadır. 2)Kozmetik sonuçları daha iyidir. 3)Hastalar postoperatif sürede daha az ağrı duyarlar. 4)Normal aktivitelerine dönmeleri daha hızlıdır. 5) Hastanede kalış süreleri ve normal aktivitelerine dönme süreleri göz önüne alınınca maliyeti daha ucuzdur. Bütün bu sonuçların hastalardaki cerrahi traumanın ve doku hasarının azaltılması sonucu ortaya çıktığı bir çok yazarın ortak görüşüdür.

Bu çalışma ile laparoskopik kolesistektominin gerçekten açık kolesistektomiden daha az travmatik olup olmadığını araştırdık. Trauma şiddetini belirlemek için beyaz küre (BK), interleukin 6 (IL-6) ve C Reaktif Protein (CRP) gibi akut faz reaksiyonlarını kullandık.

Çalışmaya safra kesesi taşı nedeni ile opere edilen 43 hasta dahil edildi. Hastaların 20'si laparoskopik , 23'ü ise açık yöntemle opere edildi. Gruplar yaş, cinsiyet açısından homojendi. Hastalardan preoperatif (0.saat), postoperatif 1,6,24.ve 72. saatlerde kanlar alınarak , IL-6 (0,24 ve 72. saatlerde), BK ve CRP (0,1,6,24ve 72. saatlerde) değerleri çalışıldı.

Yapılan değerlendirmelerde laparoskopik kolesistektomi grubunun akut faz yanıtı açık kolesistektomi grubuna kıyasla daha düşük olduğu gözlemlendi(IL-6 ve CRP için $p<0.05$). Akut faz yanıtının düşük olması laparoskopik kolesistektomide trauma şiddetinin ve doku hasarının daha az olduğunu göstermiştir.

Sonuç olarak; diğer avantajları ile birlikte daha az doku hasarına ve daha az cerrahi traumaya yol açması göz önüne alındığında kolesistektomi için laparoskopik yöntem tercih edilmelidir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 39

UMBLİKAL HERNİLİ OLGUDA ÜÇ TROKAR İLE KOLESİSTEKTOMİ

YAZARLAR: OP.DR.FATİH RÜSTÜ POLAT, OP.DR.ENVER SULTANOĞLU

KURUM: DEVLET HASTANESİ, GENEL CERRAHİ BÖLÜMÜ VAN

Laparoskopik kolesistektomi; günümüzde unkomplike semptomatik safra kesesi taşlarının tedavisine tercih edilmektedir. Hastaların hastanede kalma süresini kısaltması , postoperatif ağrının az olması, kozmetik açıdan küçük insizyonla yapılması ve erken işe dönme gibi olanaklar sağladığı için rutin kullanıma girmiştir. Ancak ekipmana gereksinin olması, kanamaların kontrol altına alınmasındaki güçlük, safra yolları yaralanma insidansındaki yükseklik, koledok eksplorasyonunun zor olması ve yapışıklık veya inflamasyon durumunda uygulanmasının zorluğu gibi dezavantajları vardır. Bu dezavantajların olduğu durumlarda bile günümüzde dikkatli ve bilimsel yaklaşımlarla laparoskopik ameliyatlar yapılabilir. Bu yazıda Van Devlet hastanesinde redükte olmayan geniş umblikal hernisi olan vakaya elektrokoter kullanılmadan üç trokar ile yapılan laparoskopik kolesistektomi ve herni tamiri anlatılmaktadır. Kolesistektomi ameliyatı olacak koagülüpatili, önceden karın ameliyatı geçiren, karın duvarı fitiği olan, akut kolesistit, şişman veya barsak dilatasyonu olan vakalara laparoskopik kolesistektomiyi önermekteyiz.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 40

Hidrops Kesede Perkütan Kolesistostomi Deneyimimiz
R. Güloğlu, H. Alış, G. Engin, M. Akbay, C. Ertekin, M. Kurtoglu
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. G Servisi

Amaç: Yaşlı, ciddi renal, kardiyovasküler, pulmoner riskler nedeniyle açık/laparoskopik kolesistektomi yapılamayan vakalarda kolesistostomi lokal anestezi ile uygulanabilmesi, kısa sürmesi ve hastanın acil problemini ortadan kaldırması dolayısıyla hayat kurtarıcıdır.

Gereç: Ocak 1999-Mart 2000 yılları arasında İ.Ü. İ.T.F. Genel Cerrahi A.B.D. G Servisine başvurmuş ve hidrops kese saptanarak perkütan kolesistostomi yapılmış 4 olgu incelenmiştir.

Bulgular: Üç kadın ve bir erkekten oluşan grubun yaş ortalaması 70 (58-78)'dir. Karın ağrısı ortak başvuru şikayeti olup ilk başvuru zamanı 7 gün(6-9), hastanede yatış süresi 16.6 (6-29) gündür. Olgular biyokimyasal tetkikler ve ultrasonografi (USG) ile değerlendirildiler. Yapılan tetkikler sonucu tüm olgulara hidrops kese vel olguya akut taşlı kolesistit, 1 olguya akalkuloz kolesistit, 2 olguya ise kolesistokoledokolitiasis tanısı konmuştur. Son 2 olgunun birine akut pankreatit tablosu eşlik etmekte idi. Olguların tamamında KOAH ve kalp yetmezliği, ve 2 olguda D.M., 1 olguda ise 2 ay önce geçirilmiş MI tablosu mevcuttu. Olgulara lokal anestezi ile USG eşliğinde perkütan kolesistostomi uygulandı. Ayrıca kolesistokoledokolitiasisli 2 hastaya ERCP ile koledoktan taş ekstraksiyonu ve sfinkterotomi uygulandı. 3 olguya ortalama2 hafta içinde(5-17) laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Drenler bu 3 olguda peroperatuar çekildi. MI'lı 1 olgu ise 6 ay sonra ameliyat randevusu verilerek kolesistostomi dreni ile taburcu edildi. Koledokolitiasisli 1 olgu kolestatik hepatit ve hemolitik anemi, pankreatitli olguda ise pnömoni ortaya çıkmıştır. Seride mortalite yoktur.

Sonuç: Perkutan kolesistostomi, yaşlı, ciddi renal, kardiyovasküler,pulmoner riskler nedeniyle açık/laparoskopik kolesistektomi yapılamayan vakalarda açık kolesistostomiye tercih edilmelidir.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 41

Başlık :DISPOSABLE ENDOBAG İÇİN UCUZ BİR ALTERNATİF:
Cerrahi Eldivenin Torba Hazırlanması

Yazarlar :Ahmet Alponat, Anıl Çubukçu, Nuri Gönüllü, Bekir Eraldemir

Kurum : Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Derince, İzmit

Torbanın hazırlanması: Steril 71/2 numara cerrahi eldivenin parmakları dışında kalan kısmından hazırlanacak torba safra kesesi için yeterli büyüklüktedir. Eldiven serumla yıkanarak pudrasından arındırılır. Parmaklar eldiven gövdesinden çıktığı yerden iki ayrı planda (5mm aralıkla) ipek ile bağlanır. Distalde kalan ipeğin altından eldivenin parmak kısımları kesilir, böylece torba elde edilir. Torbanın içi dışına çevrilerek ipele bağlanmış güdüğün içinde kalması sağlanır. Kesenin proksimal kenarına 2/0 monofil-aman dikişle kese ağzı dikişi konulur. Dikiş materyalinin bir ucu uzun tutulur. Diğer (kısa) uç ise uzun uç üzerinden kayabilecek şekildeilmek tarzında bağlanır.

Torbanın kullanılışı: Endograsperla güdük yakalanır. Torba umbilikal portdan endograsper ile kör olarak batına itilir. Torbanın kese ağzı dikişi konulmuş olan proksimal ucu trokar içinden geçtiğinde körleme itişe son verilir. Batın dışında kalması gereken kese ağzı dikişinin uzun ucunun trokardan içeriye kaçırılma-malıdır. Torba karaciğer üzerinde uygun pozisyona direkt görüş altında konulmalıdır. Torbanın ağzı endograsperlerle açılarak safra kesesi torbaya yerleştirir. Kese ağzı dikişinin dışarı uzanan ucu çekilerek torbanın ağzı kapanır. Teleskop, subksitoid trokara, yerleştirilerek görüş altında torba trokar ile beraber umbilikus-dan dışarı alınır. Eğer umbilikal delik geçişe izin vermezse torbanın ağzı dışarıya çekilir. Klamp ile safrakesesi tutularak, içeriği aspire edilerek çıkarılır. Torbada çıkartıldıktan sonra bütünlüğü kontrol edilir.

Piyasada pazarlanan torbaların maliyetleri 80 milyon TL'dir. Burada tarif edilen torbanın maliyeti ise 1 Milyon TL'dir. Biz torbayı safra kesesinde perforasyon geliştiginde ya da akut kolesistitlerde kullanıyoruz.

☒ Sözlü Bildiri

☐ Poster

Bildiri No: 42

Başlık : ENDOSKOPIK OLARAK GÖSTERİLEN İNTRAGASTRİK GOSSYPİBOMA OLGU SUNUMU
Yazarlar : Yıldırım S¹, Noyan T Nursal T.Z¹, Serin E².
Kurum : Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Genel Cerrahi¹ ve
Gastroenteroloji² ABD

GİRİŞ: Ameliyat ekiplerinin yoğun dikkatine rağmen karın ameliyatlarından sonra karın içinde spanç, dren ve cerrahi alet bırakılması halen önemli ve ürkütücü bir komplikasyondur. Bu duruma maruz kalan hastalar yıllar boyunca asemptomatik kalabilmelerine rağmen, unutulmuş pedler ve spançlar gastrointestinal sistemde obstrüksiyona, adezyona, fistül ve abse formasyonuna, peritonite ve lümen içine migrasyona neden olabilirler. Bu sunumda duodenal ülser nedeniyle antrektomi ve Billroth I ameliyatı yapılan hastada 18 ay sonra üst gastrointestinal endoskopi ile intragastrik olarak unutulmuş spanç ve laparotomi pedinin teşhis edilmesi ve tedavisi tartışılacaktır.

OLGU SUNUMU: 48 yaşında bayan hastaya tedaviye dirençli duodenal ülser nedeniyle Mart 1998 tarihinde başka bir merkezde antrektomi ve Billroth I gastroduodenastomi ameliyatı yapıldığı öğrenildi. Ameliyattan sonra ortaya çıkan bulantı, kusma, midede dolgunluk, kilo kaybı şikayetleri nedeniyle 18 ay sonra yapılan üst gastrointestinal endoskopide mide içinde endoskopun duodenuma geçişine izin vermeyen, lümeni tıkayan yabancı cisim tespit edildi. Cerrahi olarak çıkarılan intragastrik yabancı cisimin sapanç ve laparotomi pedi olduğu anlaşıldı.

TARTIŞMA: Literatürde ameliyattan sonra karın içinde yabancı cisim unutulma insidansı 1/100-1/3000 olarak belirtilmektedir. Unutulmuş yabancı cisimler hasta mortalite ve morbiditesini artırması ile birlikte, hasta tedavisi giderlerinde artışa hem de tazminat davalarından dolayı önemli mali kayıplara neden olmaktadır. Bu nedenle bütün laparatomilerden sonra spanç sayımı hem cerrahi ekip hem de yardımcı ekip tarafından yapılmalı, kullanılan bütün spançlar radyopak markırlarla işaretlenmeli ve travma cerrahisi sonrasında ameliyat sonlandırılmadan önce mutlaka abdominal grafi çekilmelidir.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 1

Başlık : LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE DREN KULLANIMI
Yazarlar : Dr.Ömer Alubaz, Dr.Bulent Belevi, Dr.Emin Uğur Erkoçak
Kurum : ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ A.B.D. ADANA

Son yıllarda birçok merkezde laparoskopik kolesistektomi (LC), standart açık kolesistektominin yerini almıştır. Bazı cerrahlar kolesistektomi sonrası dren kullanma eğilimindedirler.

Eylül 1992 ve Aralık 1998 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanan 615 hasta retrospektif olarak incelendi. LC hastaların 510 (% 83)'üne başarıyla uygulandı. Peritoneal dren bu hastalardan 190'ında kullanıldı. 108'inin tanısı kronik kolesistit, 43'ünün subakut kolesistit, 23'ünün akut kolesistit ve 11'inin de safra kesesi polibiydi. Minör intraoperatif komplikasyon 257 hastada oluştu. Bunlardan 198 (%57)'si safra kesesi perforasyonu nedeniyle periton boşluğuna safra ve/veya taş dökülmesi, 80 (% 26)'i karaciğer yatağından hemoraji, 50 (% 26)'si port çevresinden kanama, 10 (% 5)'u sistik arter klipsinin dislokasyonu ve 9 (% 4,7)'u sistik kanal klipsinin dislokasyonu nedeniyleydi. Drenler hastalarda ortalama 1,5 gün (1-4 gün) tutuldu. 10 hastada safra kaçağı ve kanama olduğu belirlendi. Bunlardan 3'üne laparotomi uygulanmasına gerek görüldü.

Dren uygulaması LC' de sık değildir, ancak cerrah gerekli gördüğünde kullanılmalıdır. Bu sadece tanının konmasına yardımcı olmaz, ama aynı zamanda safra kaçağı ve hemoraji drenajının uygun olarak takibini sağlar.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 2

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE 4.GİRİŞ TERKEDİLEBİLİR Mİ ?

Dr.Ceyhan İRGİL, Dr.Güven ATASOY, Dr.Erol AKSAZ, Dr.Tayanç ÖNCEL

Bursa Onkoloji Hastanesi
MAMER Cerrahi Merkezi , Bursa

Safra kesesinin izole patolojilerinde laparoskopik cerrahi günümüzde rutin prosedür kabul edilmektedir. Merkezlerin deneyimleri arttıkça daha geniş yelpazede ve zor olguya laparoskopik cerrahi uygulanırken, cerrahlar daha yaratıcı arayışlara yönelmektedir. Her geçen yıl kontrendikasyon alanı daralmaktadır. Bu çalışmada cerrahi ekibimiz tarafından Ocak 1999 – Ocak 2000 yılları arasında 83 hastaya laparoskopik kolesistektomi planlandı. Prospektif olarak preop, perop ve postop standartize edilen çalışmada tüm cerrahi ekip aynı ekipman ve standartlarda çalıştı. Tüm olgular rutin tetkikleri tamamlandıktan sonra operasyondan 12 saat önce hospitalize edildi. Olgulara klasik kolon temizliği yapılmadı. Operasyonlarda 12-14 mm. ortalama CO2 basıncı ile, standart 10 mm.'lik umbilikal ve epigastrik trokar ile çalışıldı. 3. ve 4. trokarlar için karar, kamera ile olgunun zorluk derecesinin değerlendirilmesine göre cerraha bırakıldı.

80 olguda laparoskopik kolesistektomi yapıldı, 3 olguda açık kolesistektomiye (bu olgular değerlendirme dışında bırakıldı) geçildi. Olguların yaş ortalaması 52 yıl, 72 olgu kadın, 8 olgu ise erkek idi.

Başlangıçta 4 trokar standart olarak kullanılmasına karşın, çalışmanın ikinci yarısında 24 (%30) olguda 3 trokar (10+10+5 mm) kullanıldı.

18 olgu yapışıklıklar ve akut hastalık tablosu nedeniyle 'zor kolesistektomi' olarak değerlendirildi. Bu olguların tamamında 4 trokar kullanıldı. Ortalama operasyon süresi 30 (18-90) dakika idi. Perop 6 olguda diseksiyon sırasında kese perforasyonu, 1 olguda retroperitoneal insüflasyon oluştu. 3 olguda postop komplikasyon (paralitik ileus, safra kaçağı , trokar yerinde hematoma) görüldü. Safra kaçağı bulunan olgu reopere edildi. 74 olgu (%92.5) postop ilk 24 saat içinde taburcu edildi.

Klasik 4 trokar uygulamayı kolaylaştırmasına karşın, 3 trokar ile yapılan uygun olgularda zaman ve komplikasyon arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Basit kolesistektomilerde 4. trokarın gereksiz olduğunu, uygun olgularda 3 trokarın kolesistektomi için yeterli olduğunu düşünüyoruz.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 3

Başlık : 148. OLGULUK LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SERİMİZİN
Yazarlar : RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ
Kurum : U. Kulalı, Y. Kumkunoğlu, H. Halıcı, Ö. Gür, H. Genç, A. Arıcı
İZMİR ATATÜRK EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ 2. CERRAHİ KLİNİĞİ

Aralık 1995-Ekim 1999 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğinde 148 kolelitiazis olgusuna laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 126 olgu (%85.1) kadın 22 olgu (%14.9) erkekti. Yaş ortalaması 58.2 idi. Hastaların %66.2 sinde karın sağ üst kadranda ağrı şikayeti mevcut olup tanılarının hepsi Ultrasonografi ile kondu. Eksploirasyonda 95 olguda normal anatomi, 42 olguda safra kesesi + omentum yapışıklığı, 5 olguda hidropik safra kesesi + omentum yapışıklığı, 3 olguda fibrotik safra kesesi + omentum yapışıklığı ve 3 olguda fibrotik safra kesesi + transvers kolon ve duodenum arası yapışıklık saptandı. Olguların %20'sinde minör komplikasyon (safra sızıntısı, batına taş saçılması, trokar yerinde enfeksiyon) gözlenirken, olguların %2.5'inde majör komplikasyon gözlemlendi. Majör komplikasyonlar 1 olguda retroperitoneal apse, 1 olguda koledok yaralanması ve 3 olguda ligamentum falsiforme yaralanmasına bağlı kanamaydı. 148 olgunun 15 (%10.1)'inde açık kolesistektomiye geçildi. Açığa geçiş nedenleri ileri derecede yapışıklık, ampiyemli kese, safra kesesi komşuluğunda karaciğer kist hidatigi, sistik arter yaralanması ve teknik yetersizlikti. Ortalama hastanede yatış süreleri 2 gün idi. Laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastaların postoperatif dönemlerinin rahat geçmesi, erken mobilize olmaları ve kozmetiğinin daha iyi olması tercih nedenleri olarak sayılabilir. Ancak bütün avantajlarına rağmen hastanın operasyon riskini azaltacağı düşünüüyorsa laparatomiye geçmekten çekinilmemesi gerekmektedir.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 4

Başlık : AKUT TAŞLI KOLESİSTİTLERDE ERKEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ.....
Yazarlar: Tungut ÖZZEYBEK, K. Erdiç KAMER, Mustafa PEŞKERSOY, M. Ali ÖNAL.....
Kurum : İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği...

Kliniğimizde son üç yılda taşlı kolesistit nedeniyle 532 vakaya laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. 1999 yılına kadar akut taşlı kolesistitlerde ya erken dönemde açık kolesistektomi yada medikal tedaviden 3 ay sonra elektif laparoskopik kolesistektomi uyguluyorduk. Bu döneme kadar sadece elektif olgularda uyguladığımız laparoskopik kolesistektomi operasyonunu laparoskopik deneyimimizin artmış olması ve tıbbi tedavi sırasında tekrarlayan akut atakların hastanın genel durumunu bozması nedeniyle akut taşlı kolesistitlerde de uygulamaya başladık. 1999 yılında kliniğimize akut taşlı kolesistit nedeniyle başvuran 19 olguya şikayetlerinin başlamasından sonraki ilk 72 saat içinde laparoskopik kolesistektomi(1.grup) uygulandı. Aynı yıl içinde medikal tedavi uyguladığımız akut taşlı kolesistitli 25 vakaya elektif laparoskopik kolesistektomi(2.grup) uyguladık. Bu iki grubu operasyon süreleri, postoperatif hastanede kalış süreleri ve komplikasyonlar açısından karşılaştırdık. 1. grupta ortalama operasyon süresi 70 dakika, diğer grupta ise 75 dakika olarak bulundu. 1. grupta 2, diğer grupta 3 vakada operasyona açık kolesistektomiyle devam etmek zorunda kaldık. Olguların dördünde açığa geçiş sebebimiz ileri derecede yapışıklıklar nedeniyle kolesistektominin güvenli şekilde yapılamayacağını anlaşılmaması, birinde ise oluşan hemorajinin kontrol edilememesiydi. Hastaların tümüne peri-operatif 2X1gr/gün seftriakson 3 gün süreyle uygulanmıştır. Her iki grupta da hastaların postoperatif hastanede yatış süresi ortalama 4 gün olarak bulunmuştur. Sonuç olarak akut taşlı kolesistitlerde erken laparoskopik cerrahinin tıbbi tedavi sonrası yapılan cerrahiden farklı olmadığı ve hastanın daha erken günlük yaşantısına dönebilmesi nedeniyle tercih edilebilir bir yöntem olduğunu düşünüyoruz.



Sözlü Bildiri



Poster

Poster No: 5

LAPAROSKOPİK CERRAHİ SONRASI TROKAR GİRİŞ YERİNDE GELİŞEN İNSİZYONEL HERNİLER

İbrahim BARUT (*), Çetin KOTAN (**), Reşit SÖNMEZ (***)

(*) Çankırı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı, ÇANKIRI

(**) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Yard.Doçenti VAN

(***)Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Araş.Gör. VAN

Tanısal ve tedavi amacıyla yapılan laparoskopik cerrahi girişimler sonrası trokar giriş yerlerinden gelişen insizyonel herniler önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Haziran 95-Aralık 99 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında laparoskopik cerrahi sonrası trokar giriş yerinde gelişen insizyonel herni tanısıyla opere edilen 17 olgu değerlendirildi.

Olguların yaşları 38-54 (ortalama 46) arasındaydı ve hepsi kadındı. 13 olguya laparoskopik kolesistektomi, 4 olguya laparoskopik tüp ligasyonu uygulanmıştı. Hastaların 13'ünde göbek üstü, 4'ünde göbek altı trokar giriş yerinden herni gelişmişti. Vakaların 8'inde trokar giriş yeri fasiyası onarılmamıştı. Olgulardan 5'ine Mayo, 3'üne Keel, 9'una da primer onarım tekniği uygulanmıştı.

Laparoskopik cerrahi girişimler sonrası, 10 mm ve üzeri çaptaki trokar giriş yerlerindeki fasya defektinin uygun bir şekilde onarılması, insizyonel herni gelişiminin önlenmesinde mutlaka gereklidir. Ayrıca son yıllarda poplaritesi giderek artan, küçük çaplı kameralar ve bu kameraların geçebileceği küçük çaplı trokarların kullanımıyla bu tür herni gelişiminin önlenilebileceği kanısındayız.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 6

LAPROSKOPİK FITİK ONARIMINDA MALİYET DÜŞÜRÜLEBİLİR Mİ ?

Güner Ögünç, Göksel Gökçe, Mustafa Akaydın

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya.

Laparoskopik fitik onarımı, postoperatif analjezik gereksiniminin az olması, hastaların ameliy çok kısa bir süre sonra günlük aktivitelerine başlayabilmeleri, kısa sürede işlerine dönebilmeleri avantajlara sahiptir. Ancak maliyeti açık cerrahi ile karşılaştırıldığında çok yüksektir. Laparoskopik cerrahinin üstünlüklerinden yararlanma arzusu cerrahleri bu yöntemden vazgeçmeden maliyet düşürme yollarını araştırmaya zorlamıştır.

Bu çalışmada kliniğimizde Eylül 1997-Eylül 1999 tarihleri arasında 29 olguya (25'i erkek, ortalama yaş: 41.36/20-73; 4'ü kadın, yaş ort.: 43.25/36-59) yapılan 32 laparoskopik TAPP fitik onarımında insüflasyon için Veress iğnesi, disposable umbilikal trokar, greftin tesbiti ve peritonun kapatılması hernia staplerlerin kullanıldığı ilk 10 olgu ile, açık teknik ile yerleştirilen umbilikal trokar insüflasyonun yapıldığı, trokarların gaz otoklavda steril edilerek en az 10 kez kullanıldığı, greftin tesbiti için tacker kullanılan, peritonun laparoskopik sütür tekniği ile kapatıldığı son 19 laparoskopik cerrahinin getirdiği ek maliyet açısından karşılaştırıldı. İlk grupta laparoskopinin getirdiği ek maliyet 869 US iken, 2. grupta bu miktar 113.7 US olarak bulundu. Tüm olgularda fitik onarımının aynı laparoskopik yöntemle yapılmış olmasına karşın 2. grupta laparoskopinin getirdiği ek maliyet 1/7.64 oranında daha az idi.

Sonuç olarak Veress iğnesi ve yeni bir trokar kullanımı gerektirmeyen açık teknik ile umbilikal trokar yerleştirilmesi, greft tesbitinde tacker kullanılması ve peritonun sütür ile kapatılması laparoskopik fitik onarımında maliyeti anlamlı ölçüde düşürdüğü gözlemlendi.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 7

LAPROSKOPİK FITİK ONARIMI HASTALARIN İŞLERİNE ERKEN DÖNMELERİNİ SAĞLIYOR MU ?

Güner Ögünç, Kudbettin Altun, Mustafa Akaydın

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya.

Fitik onarımında laparoskopik cerrahinin tercih edilme nedenlerinin başında, kişilerin erkenden işlerine dönmelerini sağlama düşüncesi gelir.

Bu prospektif klinik çalışmada kliniğimizde laparoskopik kasık fıtığı onarımı yapılan olguların günlük aktiviteleri ile işlerine başlama istek ve süreleri araştırıldı. Eylül 1997-Eylül 1999 tarihleri arasında Laparoskopik TAPP herniorafi yapılan 25'i erkek (Yaş ort.: 41.36/20-73), 4'ü kadın (Yaş ort.: 43.25/36-59) toplam 29 olgu değerlendirildi. Olgulardan 4'ü er, 2'si öğrenci, 6'sı kamu kesiminde çalışan görevli, 13'ü serbest meslek sahibi veya özel sektörde çalışan görevli, 3'ü emekli, 1'i ev kadını idi. Ortalama hastanede yatış süresi: 0.9 gün (3 olguda 6 saat, 25 olguda 1 gün, 1 olguda 2 gün) idi. Preperitoneal hematoma nedeniyle ilektomi uyguladığımız ve 2 gün hastanede yatan hastamız dışındaki tüm olgular postoperatif 1. gün günlük aktivitelerine döndüklerini ifade ettiler. 2 öğrenci 2. ve 3. gün okuluna başladı. Serbest meslek sahibi veya özel sektörde çalışan 13 olgunun tamamı 2-4 gün arasında değişen sürelerde işlerine başladılar (Bu olgulardan birisinde paraumbilikal 5mm.'lik port yerinde analjezik kullanımını gerektiren ağrısı olmasına karşın 2. gün işine başladı). Kamu kesiminde çalışan olgulardan sadece birisi postoperatif 2. gün işine başlarken, diğer olgular hiçbir yakınmaları olmamasına karşın işlerine dönmek istemediler.

Sonuç olarak son yıllarda laparoskopik cerrahi maliyetlerinin düşürülebilmiş olmasına karşın açık cerrahiye oranla ek bir maliyet söz konusu olduğundan, ekonomik yönden geri kalmış ülkelerde ameliyat öncesi hastalarla görüşüp, işlerine kısa sürede dönme arzusunda olmayan hastalara fitik onarımının laparoskopik yapılmaması gerektiği kanaatine varıldı.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 8

LAPAROSKOPIK APPENDEKTOMİ DÜŞÜK MALİYET İLE YAPILABİLİR Mİ ?

(Olgu sunumu)

Güner Ögünç, Kemal Gül, Mustafa Akaydın

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya.

Özellikle üreme çağı kadınların alt abdominal ağrı yakınmalarında diagnostik amaçlı; akut apandisit mevcudiyetinde ise appendektominin laparoskopik yöntemle yapılması, maliyetinin yüksek olmasına karşın sık uygulanır. Ekonomik durumu iyi olmayan ülkelerde laparoskopik cerrahinin üstünlüklerinden yararlanma arzusu, cerrahları bu yöntemden vazgeçmeden maliyeti düşürücü teknikleri daha sık kullanmalarına neden olmaktadır.

21y.K. hasta kamının sağ alt tarafında ağrı yakınması ile hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde müküler defans ve sağ alt kadranda abdominal hassasiyet saptandı. Lökositozu mevcuttu. Olgunun diagnostik laparoskopisinde appendix vermiformis in retroçekal yerleşimli ve ödemli olduğu gözlemlendi. Diğer intraabdominal organlar doğal görünümde idi. Appendix mezosu organa birleşim hattından elektrokoter ile serbestleştirildi, bu diseksiyon esnasında endoklip veya ligasyona gerek olmadı. Radix 2/0 vicryl ile 2 kez ekstrakorporal bağlandı, distali grasper ile tutularak appendix eldiven parmağı içine yerleştirildikten sonra dışarı alındı. Olgu postoperatif 1.gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç olarak laparoskopik appendektomi, eğer organ trokar yerinden dışarı alınıp dışarıda appendektomi yapılacak lokalizasyonda değil ise; stapler, endoklip, loop krome katgut, spesmen torbası gibi maliyeti artırıcı enstrümanlar kullanılmadan da güvenli ve kolayca yapılabilir kanaatindeyiz.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 9

Başlık : LAPAROSKOPIK CERRAHİ TİROİD FONKSİYONLARINI ETKİLER Mİ?

Yazarlar : Uzunköy A*, Kocayigit A**, Bozer M*, Düzgün SA*, Coskun A*, Canbeyli B*

Kurum : Harran Üni. Tıp Fak. G. Cerrahi* ve Biokimya ABD, Şanlıurfa

Laparoskopik operasyonların daha az doku travmasına ve daha düşük sistemik stres yanıtına neden olduğu bilinmektedir. Ancak, bir stres organı olan tiroidin travmaya verdiği cevap yeterince araştırılmamıştır. Açık operasyonların değerlendirildiği az sayıda çalışmada farklı sonuçlar bildirilmiş, laparoskopik operasyonların tiroid fonksiyonlarına etkisini araştırmanın bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Çalışmamız, laparoskopik kolesistektomi yapılan olgularda, cerrahi travmaya karşı oluşan tiroid fonksiyonlarını değerlendirmek amacı ile planlandı.

Metod: Taşlı kolesistit tanısı ile laparoskopik kolesistektomi yapılan 40 olgu çalışmaya alındı. Tüm olgulardan preoperatif dönemde, peroperatif 30. dakikada, postoperatif 2. ve 24. saatlerde kan alınarak TSH, free T3, total T3, free T4, total T4, kortizol ve albumin değerleri çalışıldı.

Sonuçlar: FT3 ve TT3 değerlerinde peroperatif 30. dakikada, potoperatif 2. ve 24. saatlerde anlamlı azalma gözlemlendi ($p < 0.05$). Kortizol düzeylerinde peroperatif 30. dakikada, potoperatif 2. ve 24. saatlerde anlamlı artış gözlemlendi ($p < 0.05$). TSH değerlerinde 24. saatte gözlenen azalma anlamlı idi ($p < 0.05$). FT4, TT4 ve albumin düzeylerinde gözlenen değişiklikler anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Laparoskopik operasyonlar bağlı oluşan cerrahi stres tiroid fonksiyonlarında önemli değişikliklere neden olmaktadır. Bu değişiklikler cerrahi travmanın yarattığı sempatik aktivite ve kortizol artışı ile ilgili olabilir.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 10

Başlık : PEPTİK ÜLSER PERFORASYONLARINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ
Yazarlar: ..Taner...AKGÖNER, Mehmet ÇIKLA, Turgut ÖZZEYBEK, M. Ali ÖMAL
Kurum : İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi Kliniği
1997-1999 yılları arasında kliniğimize akut kanı nedeniyle acil olarak başvuran ve ülser perforasyonu olarak değerlendirilen hastalardan daha önce ülser öyküsü olmayan, ihtimali perforasyon süresi 8 saati aşmamış olan 28'ine videolaparoskopik yöntemle primer sütün+omentoplasti+peritoneal lavaj operasyonu uygulandı. 19'u kadın ve 9'u erkek olan hastaların yaş ortalaması 34 idi. Olgularımızda operasyon dört trokar kullanılarak gerçekleştirildi. Trokar giriş yerlerinden konulan iki adet dren 4. günde çekildi, operasyon sonrası 72 saat nazogastrik dekompresyon yapıldı. Tüm hastalara peri-operatif antibiyoterapi uygulandı. Vakaların hepsinde duodenal perforasyon mevcuttu. 5 vakada operasyona laparotomi yapılarak devam edildi. Bunun sebebi 2 vakada perforasyonun lokalizasyonunun belirlenememesi, 3 vakada ise batinın mide içeriği ile aşırı derecede kirlenmiş olduğunun ve yeterli batin lavajının sağlanamayacağına düşünülmesiydi. Ortalama operasyon süresi 110 dakika olarak bulundu. Hastaların postoperatif yatış süresi ortalama 5 gün olarak saptandı. Postoperatif dönemde 2 olguda gelişen mide retansiyonu, nazogastrik dekompresyonun 48 saat daha uzatılmasıyla tedavi edildi. Bir hastada trokar insizyonuna yerleştirilen lastik boru drenin çevresinde cilt altı enfeksiyonu gelişti. Sonuç olarak seçilmiş vakalarda uygulanan laparoskopik yöntemle perforasyona primer tamir yönteminin güvenilir bir yöntem olduğuna karar verdik.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 11

Başlık : ... LAPAROSKOPİK MEZENTER KİST REZEKSİYONU
Yazarlar : ... Dr. Coşkun POLAT, Dr. İ. Diler ÖZAÇMAK, Dr. Tayfun YÜCEL, Dr. Vahit
Kurum : ... ÖZMEN Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi

Mezenter kistler son derece nadir rastlanılan intraabdominal tümörler olup mutlaka cerrahi tedavileri gerekmektedir. Bu vesile ile yeni bir tedavi seçeneği olarak laparoskopik mezenetr kist rezeksiyonu uygulanmış ve ilgili literatür gözden geçirilmiştir. Çoğunlukla nonspesifik semptomlara sahiptirler. Tanıları USG yada BT ile konulabilmektedir. Tedavisi ise cerrahidir. Bu da açık yada laparoskopik olarak yapılabilir. Özellikle son dekatta, laparoskopik cerrahi açık yöntemin yerini almıştır.

Olgu: 59 yaşında bayan hastanın iki aylık abdominal ağrı, bulantı ve kusma öyküsü mevcut idi. Abdominal USG'de ve BT'de 15x10cm lik uniloküler ince duvarlı bir kist saptanması ile üzerine hasta yatırıldı. Fizik muayenede minimal bir abdominal duyarlılık ve şüpheli bir paraumbilikal kitle saptanmıştır. Preoperatif gerekli hazırlığı takiben hasta ameliyata alındı. Dört trokar kullanıldı. Teleskop için 10 mm lik bir paraumbilikal trokar, tutucu forseps ve retraktör için sağ hipokondriuma 10 mm lik bir trokar, elektrokoagülatörü manipule etmek için sol fossa iliakaya 5 mm lik bir trokar ve diseksiyon için ise sağ fossa iliakaya 5 mmlik bir trokar yerleştirildi. Kist künt diseksiyonlar ile serbestleştirildikten sonra çıkarılamayacak kadar büyük olduğundan aspire edildi ve vazküler pedikülde kliplendikten sonra usulüne uygun olarak hipokondrial trokar yerinden çıkarıldı. Postop. dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta postop. ikinci gün şifa ile taburcu edildi. İçeriğin kültüründe herhangi bir bakteriyel üreme olmadı. Patolojik incelemede membranöz kistik yağ nekrozu saptanmıştır. Sonuç olarak mezenterik kistde laparoskopik yöntemin daha az postoperatif ağrı ve analjezik gereksinimi ile daha kısa süreli normal aktivite ve işe dönme avantajları nedeniyle tercih edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 12

Kapalı cerrahide terim karmaşası ve Türkçe terimler teklifi

Kenan YÜCE

S.B. Dörtöyl Devlet Hastanesi, Tıbbi-Cerrahi Araştırma Merkezi **Dörtöyl-HATAY**

Kapalı safra kesesi ameliyatlarıyla başlayan ve hızla cerrahinin farklı organ ve dallarına yayılan video-endoskopik cerrahinin sağlık sektöründe oluşturduğu çok boyutlu değişikliklerden biriside dil alanındaki etkileridir. Dünya tarihinde ekonomik, askeri yönden güçlü devletlerin dillerinin bilim dilini etkilemesi kaçınılmazdır ve sonraki nesillerin talihsizliği olmuştur. Bir sonraki neslin dili arılaştırma çalışmaları ise kültür bağlarını kopartma gibi ikinci olumsuz etkileri olmaktadır. Bu sorun evrenselidir; Bu gün Dünyada dillerini yasalarla koruma altına alan ülkelerin sayısı artmaktadır. Tarihimizde görülen saray dili, halk dili yanlışının tekrarlanmaması için dilin ilgili bilim dalı mensuplarınca zenginleştirilmesi böylece bilimin topluma yayılması, evrensel bilgiye toplumun her kesiminin katkısının artırılması için gereklidir. Türkçe cerrahi terim üretilmemesi ve terimlerin olduğu gibi ithali yanlışlığı nedeniyle ortaya çıkan karmaşayı ortaya koymak üzere kongre kitapçıklarının, sözlü tebliğlerin ve yayınların yıllar içerisinde dil yönünden değerlendirilmesi bu çalışmanın konusunu oluşturdu. Örnek "Inguinal herni onarımı" Inguinal herniorafi ya da kasık fıtığı onarımı

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 13

LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİLERDE ANTİBİYOTİK PROFLAKSİSİ GEREKLİMİDİR?

İbrahim BARUT (*), Çetin KOTAN (), Reşit SÖNMEZ (***)**

(*) Çankırı Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Uzmanı, ÇANKIRI

(**) Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Yard.Doçenti VAN

(***)Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD. Araş.Gör. VAN

Laparoskopik Kolesistektomi (LK), günümüzde kolesistolithiazisin standart tedavisi olmuştur. Bu tekniğin en büyük avantajları minimal postoperatif ağrı, hastanede kalma süresinin kısa olması, gıda alımı ve günlük aktivitelere dönüşün çabuk olması ve perioperatif septik komplikasyonların belirgin olarak az olmasıdır. Safra cerrahisinde genel ve bilier septik komplikasyonların önlenmesinde ve tedavisinde antibiyotik tedavisi büyük yer tutar. Bu düşünceyle bugüne kadar açık kolesistektomilerde rutin olarak uygulanan antibiyotik proflaksisi LK'lerde de rutin olarak kullanılmamıştır.

LK'lerde antibiyotik proflaksisinin gerekliliğini sorgulamak amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

Mayıs 96-Aralık 99 tarihleri arasında Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalına başvuran ve kolesistolithiazis tanısıyla elektif LK planlanan 19-70 yaşları arasındaki (ortalama 38), 40'ı erkek (%22.6) 137'si kadın (%77.4) toplam 177 hasta tesadüfi olarak 2 gruba ayrıldı. I.grup (n=82) hastalara anestezi öncesi preoperatif olarak 1 g. Ceftriaxon sodyum intravenöz olarak uygulandı. II.grup (n=95) hastalara ise antibiyotik proflaksisi uygulanmadı. Hastalar postoperatif dönemde septik komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

I.grupta 3 hastada (%3.7) yara enfeksiyonu, 1 olguda (%1.2) subhepatik apse, 1 hastada (%1.2) üriner enfeksiyon, 2 olguda (%2.4) pulmoner enfeksiyon gözlemlendi. Subhepatik apse gelişen olgu 68 yaşındaki diyabetik bir hastaydı, apse ultrasonografi eşliğinde drene edildi. II.grupta 4 hastada (%4.2) yara enfeksiyonu, 3 olguda (%3.1) üriner enfeksiyon, 2 hastada (%2.1) pulmoner enfeksiyon gözlemlendi.

Sonuç olarak elektif LK uygulanacak olan problemsiz olgularda proflaktik antibiyotik kullanımının gerekli olmadığına inanıyoruz. Ancak 65 yaşın üzerindeki hastalarda, diyabetik, genel durumu düşük, maligniteli, immun supresyonlu hastalarda ve son 1 ay içinde bilier kolik geçirmiş olgularda ise proflaktik antibiyotik kullanımının yararlı olacağını düşünüyoruz.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 14

LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ DE KONVERSİYON NEDENLERİMİZ

Güner Ögünç, Cafer Arslan, Mustafa Akaydın

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya.

Laparoskopik splenektomi de açık cerrahiye dönüş nedenlerinin başında kontrol edilemeyen kanamalar gelir.

Bu çalışmada kliniğimizde Mart 1998-Haziran 1999 tarihleri arasında laparoskopik splenektomi girişiminde bulunulan 11 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. 8'i kadın (Yaş ort.:37.1/19-60), 3'ü erkek (Yaş ort.43.3/31-68) olan olgulardan 8'inde splenektomi laparoskopik yöntem ile başarıldı, 3 olguda ise konversiyon gerekti. Konversiyon nedenleri 2 olguda fan ekartörün dalak parankimine saplanması sonucu gelişen masif kanama, diğer olguda ise ameliyat öncesi ultrasonografide (US) rapor edilmeyen 5cm. çapında splenik arter anevrizması ile karşılaşmamız idi.

Laparoskopik splenektomi yapılan ilk 2 olgumuzda supine pozisyonu, 6 olguda lateral pozisyon, konversiyon gerektiren masif splenomegalili 2 olguda supine pozisyonu, diğer olguda lateral pozisyon tercih edildi.

Konversiyon gerektiren splenik arter anevrizmalı olguda dalak boyutları 12x8x4cm., ağırlığı:135g., kanama nedeni ile laparotomi yaptığımız 2 olguda dalak boyutları sırası ile 31x18x9cm., 24x12x6cm., ağırlıkları ise 1400g ve 830g idi. Laparoskopik ve açık splenektomi yaptığımız ve takip süreleri 4-19ay olan 11 hastamızda herhangi bir komplikasyon ile karşılaşmadık.

Sonuç olarak, cerrahi ekibin yeterli tecrübe edinmeden masif splenomegalide laparoskopik girişimi denememesi; yandaş patolojilerin önceden belirlenmesi amacı ile yapılan preoperatif US'nin ise tecrübeli kişiler tarafından yapılmasının uygun olacağı kanaatine varıldı.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 15

Başlık : SİTUS İNVERSUS'DA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ (İKİ OLGU)

Yazarlar : Dr. F. AKSOY, Dr. B.Ş. ÖZER, Dr. Ö. KARAHAN, Dr. M. BELVİRANLI

Kurum : SELÇUK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ A.B.D. KONYA

GİRİŞ ve AMAÇ: Situs inversus otozomal resesif genetik yapıya sahip ve nadir görülen bir durumdur. Semptomatik koletiyazisi olduğu tespit edilen iki situs inversuslu olguda başarılı olarak laparoskopik yolla yapılmış olan kolesistektomi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Klasik laparoskopik, yöntemde olduğu gibi iki 10'luk trokar normal yerlerinden girildi. Diğer iki 5'lik trokar sağdaki yerlerinin düz ayna görüntüsüne uygun olarak batın sol tarafından girildi.

BULGULAR: Olgu 1. M.B. 60 yaşında erkek hasta. Ultrasonografi (USG) ve akciğer grafisinde (AC) situs inversus olduğu ve aynı zamanda safra kesesinde multipl taş mevcudiyeti tespit edildi. Olgu 3. S.K. 46 yaşında bayan hasta. USG ve AC grafisinde aynı bulgular saptandı. Elektif şartlarda her iki olgu ameliyata alındı. Pcroperatuvar komplikasyon gelişmeden her iki olguda da safra kesesi çıkarıldı. Postoperatif 1. gün her iki hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Laparoskopik teknikle, semptomatik kolelitiazis bulguları olan situs invorguslu olgularda da başarılı bir şekilde kolesistektomi uygulanmaktadır.

Sözlü Bildiri

Poster

Poster No: 16

İNDEKS

Akaydın M.,5,9,10,15,16,19,P7,P8,P9,P15

Akbay M.,41

Akçal T.,28

Akgüner T.,P11

Akın M.L.,37

Aksaz E.,P3

Aksoy F.,P16

Alabaz Ö.,P2

Alış H.,41

Alponat A.,1,38,42

Altınlı E.,6,7,8,28,31

Altun K.,P8

Arduçoğlu A.,10

Arıcı A.,P4

Arıcı C.,5

Arkan Y.,11

Arslan C.,P15

Arslantürk H.,14

Aslan İ.,39

Atasoy G.,P3

Aybek Ü.,31

Aydın İ.,2

Ayşan E.,33

Bal Ş.,31

Balaban F.,4, 27,29,35,36

Balcısoy Ü.,28

Barut İ.,14,18,21,P14,P6

Batkın A.,37

Bayram S.,20

Bektaş H.,2

Belevi B.,P2

Belviranlı M.,P16

Berberoğlu M.,4, 27,29,35,36

Bilgin G.,31

Bilgin Y.,32

Bozer M.,P10

Büyükdereli İ.,20

Büyükgebiz O.,1

Canbeyli B.,P10

Cansunar İ.,2

Cantürk Z.,38

Carkman S.,7

Cinel A.,32

Çalık A.,32

Çelenk T.,37

Çıkla M.,P11

Çoşkun A.,P10

Çotan Ç.,P6

Çubukcu A.,1, 38,42

Dinçel Ç.,17

Dirican A.,39

Dülger M.,1

Düzgün S.A.,P10

Engin G.,41

Engin Ö.,12

Eraldemir B.,42

Ercan F.,4, 27,29,35,36

Erdoğan O., 19

Erenoğlu C.,37

Erkek B.,3,24

Erkılıç A.,25,26

Erkoçak E.U.,P2

Ersoy G.,20

Ertekin C.,41

Eser A., 16

Fırat O.T.,12

Genç H.,P4

Gökçe G.,P7

Göker A.S.,12

Gönüllü N.,42

Görgün E.,6

Gül K.,P9

Güler O.,14

Güloğlu R.,41

Güenal Ö.,11,22

Güneş E.,2

Gür Ö.,P4

Halıcı H.,P4

Hazinedaroğlu S.M.,3,24

Hürcan B.,20

İnal M.,25,26

İnce Ö.,13,23

İrgil C

Kamer K.E.,P5
Kapan S.,28
Karahana Ö.,P16
Karahasanoğlu T.,7
Kargıcı H.,39
Kaya D.,11
Kaygusuz A.2,33
Kerek M.,13,23
Kerman S.,17
Koçak O.,27
Koçyiğit A.,P10
Kotan Ç.,14,18,21,P4,P14
Kumkumoğlu Y.,P4
Kurtoğlu E.,15
Kurtoğlu M.,41
Küçüktülü U.,32

Maral H.,38

Noyan T.,P1
Nursal T.Z. .,P1

Ok E.,13,23

Öğünç G.,5,9,10,15,16,19,P7,P8,P9,P15
Önal M.A.,P5, P11
Öncel T.,P3
Özaçmak İ.D.,P12
Özakay K.,2,33
Özer B.Ş.,P16
Özer Ş.,11,22
Özkan S.,38
Özmen V.,P12
Özzybek T.,P5,P11

Pekmezci S.,6,7,8
Peşkersoy M.,P5
Pişkin B.,32
Pişkinpaşa M.,35
Polat C.,P12
Polat F.R.,40

Sander E.,2
Sarı S.,2
Sarıbeyoğlu K.,8
Sel A.İ.,17
Serin E.,P1
Sönmez R.,14,18,21,P6,P14
Sözuer E.,13,23
Sultanoğlu E.,40

Şirin S.,2,6,7

Taşçı H., 8
Tekin S .,9
Tuna A., 17
Türkalp E.,39
Türkçapar A.C.,3,24

Uras C.,28
Uzunköy A.,P10

Ündar L.,15

Yavuz N.,7
Yerdel M.A.,3,24
Yıldırım S.,P1
Yıldız E.,33
Yılmaz Z.,13,23
Yosunkaya E.,33
Yüce K.,30,34,P12,P13

**ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK
CERRAHİ DERNEĞİ**

LİTERATÜR SERVİSİ İSTEK FORMU

Yayının adı: _____

Yazarları: _____

Dergi Adı: _____

Yılı: ____ / ____ / ____ Cilt no: _____ Sayfa no: _____

İstekte bulunanın;

Adı, Soyadı: _____

Adresi: _____

Tel: _____ Fax: _____

Yayını isteme şekli: ☐ Posta ile ☐ Fax ile

Dergimizin **Literatür Servisi**'nde yeralan yayınların fotokopisi, her yayın için 200.000TL'si bağış karşılığında adresinize postalanacaktır.

Bu hizmetten yararlanabilmeniz için "**Yayın sayısı () x 200.000 TL'si + fotokopi ücreti+250.000 TL**" paketleme ve postalama ücretini aşağıdaki E.L.C.D. hesabına yatırıp, dekontunu dernek adresine göndermeniz gerekmektedir.

Yayınların **FAX** ile gönderilme ücreti her sayfa için 100.000 –TL'sidir.

Lütfen her yayın için ayrı bir istek formu dolduruz.

Bağış hesap no: İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Çapa Şubesi E.L.C.D. Hesabı
No:3092332

ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ

ÜYE KAYIT - ADRES DEĞİŞİKLİĞİ - AİDAT ÖDEME FORMU

Adı, Soyadı: _____

Ev Adresi: _____

Tel: _____ Fax: _____

İş Adresi: _____

Tel: _____ Fax: _____

Doğum tarihi: _____ Diploma tarihi: _____

Diplomasını aldığı Tıp Fakültesi: _____

Uzmanlık dalı: _____ Akademik ünvanı: _____

Uzmanlık diplomasını aldığı kurum: _____

Halen çalışmakta olduğu kurum: _____

Tel: _____ Fax: _____

Laparoskopik cerrahi ile ilgili çalışmaları (var ise): _____

(Eski üyelerin yukarıdaki bilgilerde değişiklik yoksa yalnız isim-soyad yazmaları yeterlidir.)

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği üyesiyim; Eski borçlarımı ödüyorum:

- ☐ 1993; 250.000.-TL ☐ 1994; 250.000.-TL ☐ 1995; 250.000.-TL
☐ 1996; 800.000.-TL ☐ 1997; 1.000.000.-TL ☐ 1998; 3.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)
☐ 1999; 5.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)
☐ 2000; 10.000.000.-TL (dergi aboneliği dahil)

☐ Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi derneğine üye olmak istiyorum.

Yeni üyeler için: 2 adet vesikalık fotoğraf, nüfus kağıdı sureti veya arkalı önlü fotokopisi,
Ve dernek yıllık aidatı olan 5.000.000.-TL'sının banka dekontu ya da kredi kartı
Bilgileri bu forma eklenmelidir.

Banka havalesi: İş Bankası İstanbul Tıp Fakültesi Çapa Şubesi E.L.C.D. Hesabı No: 3092332

Kredi kartı ile: ☐ Visa ☐ Master No:

Son kullanma tarihi: _____ Kart sahibinin adı-imzası: _____

Derneğin periyodik yayın organı olan Endoskopik Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi
Dergisi'ni (derginin ücretsiz gönderilmesi için, dernek aidatının ödenmiş olması gerekir.)

☐ Ev adresine gönderiniz ☐ İş adresime gönderiniz

Tarih _____ İmza _____

ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ (E.L.C.D.)

İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Monoblok Binası Çapa 34390 İst./Türkiye

Tel: (90.212) 533 34 32

Fax: (90.212) 534 16 05

Web sayfası: <http://elcd.cjb.net>

Yazarlara Bilgi

1. Endoskopik-Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi, Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneğinin yayın organıdır.

2.Dergi; laparoskopi, torakoskopi, endoluminal endoskopi, artoskopi ve girişimsel radyoloji gibi minimal invaziv girişimlerle ilgili bilimsel araştırmaları, teknolojik gelişmeleri, derlemeleri, klinik çalışmaları, olgu bildirimlerini, okuyucu mektuplarını ve çevirileri yayınlar.

3. Dergi her 3 ayda bir çıkar ve 4 sayıda bir cilt tamamlanır.

4. Derginin dili Türkçedir ancak yabancı yazarların orijinal yazılarına da çevirisi ile birlikte yer verilir.

5.Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların/ilanların tüm sorumluluğu yazarlarına/firmalarına ait olup yazılarda/ilanlarda belirtilen görüşler, bildirilen tedavi metodları, yeni enstrümanlar ve ilaçların kullanımı ile ilgili (baskı hatası dahil) Ulusal Endoskopik-Laparoskopik ve Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi ve Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği herhangi bir sorumluluk almaz.

6.Yayın için dergiye gönderilen yazıların dergiye kabul edildikten sonra her türlü yayın hakkı dergiye aittir. Yayınlanan veya yayınlanmayan yazılar(şekiller ve resimler dahil) iade edilmez. Dergiye yayınlanmak üzere gönderilen yazılar dergi yayın kurulu tarafından incelendikten sonra anlam ve yazım bakımından gerekli görülen düzeltmeler yapılır veya düzeltilmek üzere yazarına geri gönderilir. Editör ve yayın kurulu gerek gördüğünde yazıların ulusal veya uluslararası bilimsel danışma kurulunda incelenmesini isteyebilir. Gönderilen yazıların özel ek veya sayılarda yayınlanması editör ve yayın kurulunun kararı ile gerçekleşir.

7. Yazım kuralları:

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

b- Yazılar 216x279 mm (8 1/2 x 11inc) veya 212x297 mm (ISO A4) beyaz birinci hamur kağıdın bir yüzüne, kenarlardan en az 25 mm boşluk kalacak şekilde ve 2 aralıklı olarak 11 punto ile yazılmalı; sayfalara, başlık sayfasından başlayarak her sayfanın sağ alt köşesine sayfa numarası konulmalıdır. Şekiller iyi kalitede, resimler parlak kağıda basılı olmalıdır.

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

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

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

8.Yazı düzeni

Başlık sayfası

a- Makalenin başlığı(Türkçe ve İngilizce)

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

c- Çalışmanın yürütüldüğü kuruluş veya kuruluşların adı

d- Okura ne gibi mesaj verilmek istendiğini belirten ve iki-üç cümleyle geçmeyen tanıtım yazısı (Türkçe ve İngilizce)

e- Makale ile ilgili yazışmalardan sorumlu yazarın isim ve adresi

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

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

Metin bölümleri: Gözlemsel ve deneysel araştırma tipindeki yazıların girişi, gereç ve yöntem, sonuçlar ve tartışma; olgu bildirimleri ise olgu veya olguların sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşturulmalıdır. Derlemeler, başyazılar ve tercümelerde yazının gerektirdiği düzen kullanılmalıdır.

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

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

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

Örnek2: Goute AM, Haynes AR, Owen MJ, et al. Predisposing locus for Alzheimer disease on chromosome 21. Lancet 1989; 1:1352-5.

Örnek3: (Kitap) weinstein L, Swarts MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA. editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: Saunders, 1974; 457-72.

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

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

Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönleri ile bunlardan çıkan sonuçlar tartışmalı, giriş ve sonuç bölümlerindeki tüm veri ve bilgiler tekrarlanmamalıdır.

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

YAZARLAR İÇİN ÖNEMLİ NOT:

(Lütfen yazınızı dergiye göndermeden önce kontrol ediniz.)

*Orijinal ve 2 kopya, 2 aralıklı ve 11 punto yazı

*Başlık, özet ve anahtar kelimeler (Türkçe ve İngilizce)

*Uygun bölümlerden oluşturulmuş ana metin

*Tablolar ve Şekiller

*Metin için sıralanmış ve dergi kurallarına uygun kaynakça

*Tüm yazarların imzası ve yazışma adresi

*Alıntı için izin yazısı



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

TYCO-AUTO SUTURE
ETHICON ENDO-SURGERY
MEGA-OLYMPUS KEYMED
SONY MEDİKAL
STORZ-GENTEK
MEDİ-GLOB
DEXAR A.Ş.
PFIZER
ROTA YAYINLARI
AVRUPA TIP KİTAPÇILIK

Kongre organizasyonu ve sosyal programa değerli
katkılarından dolayı;

PARAGON TURİZM'e

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

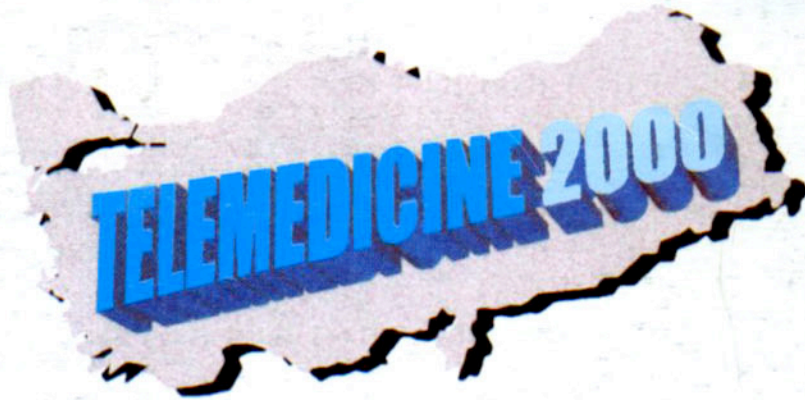
EREL ELEKTRONİK
ASTROCOM-COMŞİS

Teşekkürlerini Sunar





Dünya'da ve Türkiye'de



**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ**

Tel: (212) 533 34 32 Faks: (212) 534 16 05
e.mail: odvim@turk.net