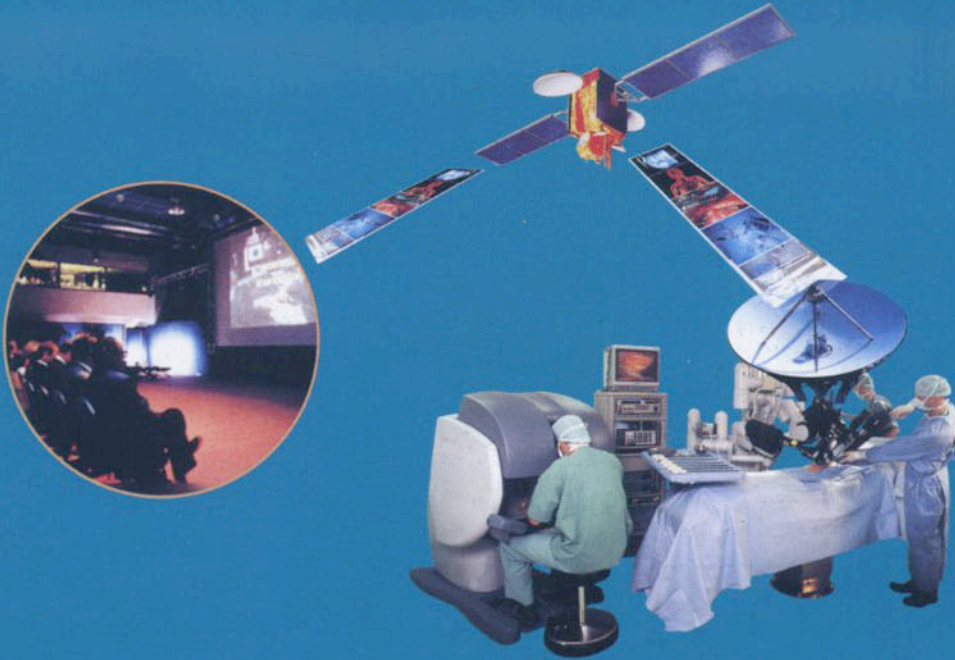


ENDOSKOPİK LAPAROSKOPİK & MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ DERGİSİ



5. Ulusal Endoskopik
Laparoskopik Cerrahi
Kongresi
BİLDİRİ ÖZETLERİ



5th National Endoscopic
Laparoscopic Surgery
Congress
ABSTRACTS

Mart / March 2002

Cilt / Volume 9

Sayı / Number 1

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

ISSN 1300 - 6533

TTB-STE Krediendirme
Kurulu Tarafından
Krediendirilmiştir

5. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

22-25 NİSAN 2002

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ODİTORYUM BİNASI
İSTANBUL

EUROPEAN COURSE ON
LAPAROSCOPIC SURGERY

Course Directors:

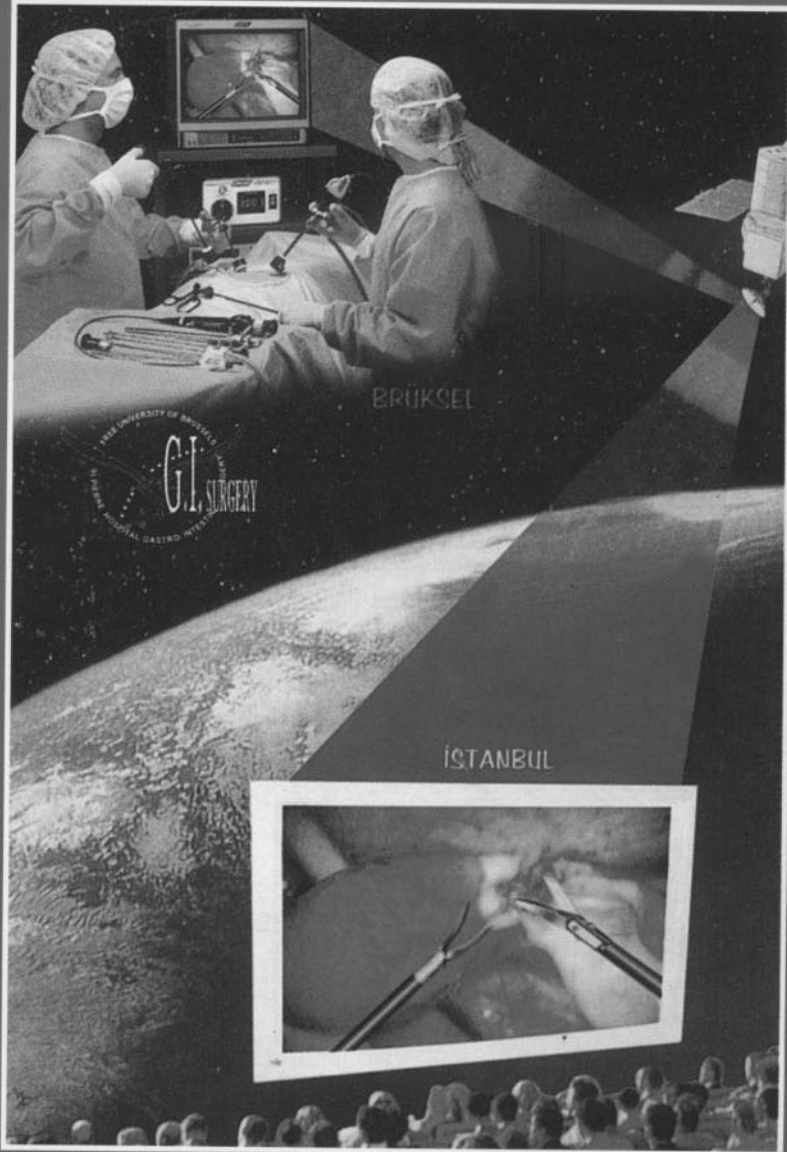
G.B. Cadière & J. Himpens



AVRUPA ve İSTANBUL TIP - CERRAHPAŞA
TIP FAKÜLTE HASTANELERİ'NDEN
İTER AKTİF CANLI AMELİYAT YAYINLARI

www.elcd.org

European Telesurgery Teaching Program



Düzenleyen
Kuruluşlar:



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

University Hospital
Saint-Pierre
(U.L.B)
Brussels-Belgium



İst.Üniv.Sürekli
Tıp Eğitimi
Araştırma ve
Uygulama Merkezi



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

Cilt/Volume 9 Sayı/Number 1
Mart
March 2002

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)
Ahmet ALPONAT (Kocaeli)
Nusret ARAS (Ankara)
Selçuk ATAMANALP (Erzurum)
Dursun BUĞRA (İstanbul)
Bahattin CANBEYLİ (Ş.Urfa)
Adnan ÇALIK (Trabzon)
Emin ERKOÇAK (Adana)
M. Hayri ERKOL (K.Maraş)
Tarık ESEN (İstanbul)
Erhun EYÜBOĞLU (İstanbul)
Mehmet FÜZÜN (İzmir)
Mehmet GÜREL (Aydın)
Timur GÜRGAN (Ankara)
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)
Hasan TAŞÇI (İstanbul)
Mustafa TAŞKIN (İstanbul)
Özdemir YARARBAŞ (İzmir)
Sümer YAMANER (İstanbul)
Nihat YAVUZ (İstanbul)
Osman YÜCEL (İstanbul)
Abdullah ZORLUOĞLU (Bursa)

İÇİNDEKİLER - CONTENTS

5. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ Uluslararası Katılımlı

Editöryal	2
Kongre Düzenleme Kurulu	3
Davetli Konuşmacılar ve Oturum Başkanları	4
Kongre Programı	5-6
Serbest Bildiri Oturumları	7-12
Poster Oturumları	13-15
Serbest Bildiri Özetleri	16-40
Poster Bildiri Özetleri	41-57

GENEL CERRAHİ-GENERAL SURGERY

Ölümle Sonuçlanan 5 Laparoskopik Kolesistektomi Olgusu ...	58-62
<i>Laparoscopic Cholecystectomy with Fatal Outcome: Repoit of 5 cases</i>	

Abdi ÖZASLAN, İnci ÖZASLAN, Nesime YAYCI,
Hüseyin KALYONCU

1997-2001 yılları içerisinde dava konusu olmuş ve ölümle sonuçlanmış 5 olgu klinik öyküleri ve otopsi bulguları ile incelenerek ölüm nedenleri ve hekim hataları tartışılmıştır. Klips yetersizliği, safra sızması, abdominal aort yaralanması, a. hepatit propiye yaralanması, arter sütür yeterliği ve duodenum yaralanması bağlı kanama ve peritonit ölüm nedenleri olarak saptanmış ve tüm olgularda belli kurallara daha fazla özen gösterilmesi halinde ölümlerin önlenebileceği yorumu yapılmıştır.

Kongre Programı ve Bildiri Özetleri Yazar İndeksi	63-64
---	-------



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
Ulusal Endoskopik - Laparoskopik
Cerrahi Derneği adına
Prof. Dr. Cavit AVCI

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL/
INTERNATIONAL SCIENTIFIC BOARD

Maurice E. ARREGUI (Indianapolis/USA)
Carlos BALLESTA-L. (Barcelona/Spain)
Jean BOULEZ (Lyon/France)
G. BUESS (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 (Strasbourg/France)
Nico J. LYGIDAKIS (Athens/Greece)
Mario MORINO (Torino/Italy)
Philippe MOURET (Lyon/France)
Alberto PERACCHIA (Milano/Italy)
Jacques PERISSAT (Bordeaux/France)
Eugenio SANTORO (Roma/Italy)
Allan SIPERSTEIN (Minasota/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"*

3 ayda bir yayınlanır

İÇİNDEKİLER - CONTENTS

Değerli Meslektaşlarım,

1993'den beri her iki yılda bir düzenlenen **ULUSAL ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ**'nin 5. si 22-25 Nisan 2002 tarihlerinde yine İstanbul'da yapılacaktır.

5. Kongremizin son iki kongredeki gibi önemli bir özelliği; sabah oturumlarının **YURTIÇİNDEN VE YURTDIŞINDAN İNTERAKTİF AMELİYAT YAYINLARI (Interactive Tele Surgery)** şeklinde yapılacaktır.

Bu kongre, Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği'nin yanı sıra, İstanbul Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitimi A.U. Merkezi İstanbul Tıp ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri, Brüksel Üniversitesi Saint Pierre Hastanesi, Tel Aviv Üniversite Hastanesi ve Fransız Endoskopik Cerrahi Derneği (SFCE)'nin aktif katkılarıyla gerçekleştirilecektir.

22-25 Nisan 2002 tarihlerinde hem Belçika'daki "**Libre University of Brussel-Saint Pierre Hospital**" de, hem de İstanbul Tıp ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri ameliyathanelerinde yapılacak olan laparoskopik ameliyatlara Uydu, ISDN ve Radyolink hatları ile kongre salonundaki dev ekranlara iletilecektir. Katılımcı arkadaşlarımız isterlerse bir yandan ameliyatlara izlerken, aynı zamanda ameliyat ekiplerine soru sorabilecek, yorum yapabileceklerdir. Böylece çok canlı, dinamik ve interaktif bir katılım sağlanmış olacaktır.

Canlı ameliyat bağlantılarının dışındaki **konferans, panel, video forum ve serbest bildiri** seanslarında da laparoskopik cerrahiyle ilgili değişik konular sunulacak ve tartışılacaktır. Bu denli renkli ve canlı bilimsel aktiviteler dışındaki zamanlarda da, zengin sosyal programlar hazırlanmıştır.

Detaylı programı ilişik sayfalarda bulacağınız bu 5. Kongremizde buluşmak üzere,

Saygılarımızla.

Organizasyon Komitesi Adına
Cavit AVCI



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

YAZI GÖNDERME ADRESİ

Doç. Dr. Levent Avtan
İstanbul Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
34390 Çapa - İstanbul
&
İ.Ü. Sürekli Tıp Eğitimi
Araştırma ve Uygulama Merkezi
Tel: (212) 533 34 32
Fax: (212) 534 16 05
E.mail: elcd@elcd.org

Web sayfası
www.elcd.org

Yıllık 4 sayı abone bedeli
20.000.000 TL'dir. Dernek
üyelerine ücretsiz gönderilmek-
tedir. Kurumlar için 40.000.000
TL'dir. Abone olmak isteyen-
lerin abone bedelini
E.L.C.D.'nin İş Bankası, İstan-
bul Tıp Fakültesi Çapa
Şubesindeki 3092332 numaralı
hesabına yatırmaları ya da
derneğe üye olmaları gerek-
lidir.

Subscription fee for outside Turkey
is 60 \$ (4 issues) E.L.C.D. account
number: 3092332 Türkiye İş
Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi
Çapa/ İstanbul -Turkey

Hazırlık ve Baskı:

YAYINLARI
rota

Prof. N. Mazhar Ökten Sok. No.1
Şişli-İstanbul
Tel : (0 212) 224 01 44
Faks : (0 212) 233 72 43
E-Posta: rota@rotayayin.com.tr
http:// www.rotaline.com

İÇİNDEKİLER - CONTENTS

5. ULUSAL ENDOSKOPİK - LAPAROSKOPİK CERRAHİ KONGRESİ 22-25 Nisan 2002-İstanbul

Onursal Kurul

Kemal ALEMDAROĞLU
İstanbul Üniversitesi Rektörü

Faruk ERZENGIN
İstanbul Tıp Fakültesi Dekanı

Ahmet Nejat ÖZBAL
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı

Kongre Başkanı Cavit AVCI

Kongre Sekreterleri
Levent AVTAN Metin ERTEM

Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu

Cavit AVCI - Başkan
Vahit ÖZMEN - İl.Başkan
Metin ERTEM - Genel Sekreter
Levent AVTAN - Muhasip Üye
Aydın ALPER - Üye
Nihat YAVUZ - Üye

Bilimsel Sekreteryası Levent AVTAN

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Tel: 0212 - 533 34 32, Fax: 0212 - 534 16 05
E posta: avtan@istanbul.edu.tr Web Adresi: www.elcd.org

Kongre Organizasyon Sekreteryası OASİS TURİZM İŞLETMECİLİĞİ LTD.

Kurabiye Sok. Arg Apt. 1/1
80080 Beyoğlu - İstanbul
Tel: 0212- 292 47 14-15 Fax:0212- 292 47 97
e posta: oasis@oasis.com.tr web adresi: www.oasis.com.tr/ endoskopik

**5. ULUSAL
ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK
CERRAHİ KONGRESİ
22-25 Nisan 2002-İstanbul**

Oturum Başkanları ve Konuşmacılar

Rengin ACAROĞLU, İstanbul
Dursun AKDEMİR, İstanbul
Musa AKOĞLU, Ankara
Özdemir AKTAN, İstanbul
Neriman AKYOLCU, İstanbul
Nuray AKYÜZ, İstanbul
Kemal ALEMDAROĞLU, İstanbul
Aydın ALPER, İstanbul
Ahmet ALPONAT, Kocaeli
Acar AREN, İstanbul
Cavit AVCI, İstanbul
Levent AVTAN, İstanbul
İsmet BARAN, Ankara
Metin BERBEROĞLU, Ankara
Alp BOZBORA, İstanbul
Şükrü BOZKURT, Ankara
Dursun BUĞRA, İstanbul
Türker BULUT, İstanbul
Yusuf BÜKEY, İstanbul
Yılmaz BÜYÜKUNCU, İstanbul
Bahattin CANBEYLİ, Urfa
Adnan ÇALIK, Trabzon
Faik ÇELİK, İstanbul
Aynur Ç. ÇİFTÇİ, İstanbul
Ahmet ÇOKER, İzmir
Sema ÇOPUR, İstanbul
Anıl ÇUBUKÇU, Kocaeli
Fatma DÖNMEZ, İstanbul
Semih DOĞAN, İzmir
Atilla ENGİN, Ankara
Hayri ERKOL, Bolu
Emin ERSOY, Ankara
Cemalettin ERTEKİN, İst.
Metin ERTEM, İstanbul
Erhun EYÜBOĞLU, İstanbul
Lydia Gaillard FAGHIHY, Paris
Ethem GEÇİM, Ankara
Georgi GRASCHEW, Berlin
Osman GÜLER, Van
Recep GÜLOĞLU, İstanbul

Haldun GÜNDOĞDU, Bursa
Mehmet GÜREL, Aydın
Abdullah İĞCİ, İstanbul
Turgut İPEK, İstanbul
Aslan KAYGUSUZ, İstanbul
Abut KEBUDİ, İstanbul
Gülbahar KESKİN, İstanbul
Atilla KORKMAZ, Ankara
Ali KORUR, Paris
Neşet KÖKSAL, İstanbul
Necmi KURT, İstanbul
Marc LEPÈRE, Paris
Selçuk MERCAN, İstanbul
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU, İstanbul
Michel Nicolaidis, Paris
Ceyhun ORAL, İstanbul
Güner ÖĞÜNÇ, Antalya
Durkaya ÖREN, Erzurum
Şerafettin ÖZER, İstanbul
Vahit ÖZMEN, İstanbul
Mahir ÖZMEN, Ankara
Abdullah SAĞLAM, İstanbul
Ümit SARIKAYALAR, Ankara
Rıdvan SEVEN, İstanbul
Erdoğan SÖZÜER, Kayseri
Mustafa ŞAHİN, İstanbul
Hasan TAŞÇI, İstanbul
Mustafa TAŞKIN, İstanbul
İlknur TAŞKÖPRÜ, İstanbul
Korhan TAVİLOĞLU, İstanbul
Yaman TEKANT, İstanbul
Ahmet TÜRKÇAPAR, Ankara
Orhan YALÇIN, İstanbul
Sümer YAMANER, İstanbul
Nebahat YILDIZ, İstanbul
Kaya YORGANCI, Ankara
Osman YÜCEL, İstanbul
Tayfun YÜCEL, İstanbul
Cihan URAS, İstanbul
Abdullah ZORLUOĞLU, Bursa

5. ULUSAL

ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

Uluslararası Katılımlı

BİLİMSEL PROGRAM

Pazartesi, 22 Nisan 2002 : YENİ TEKNOLOJİLER – SOLİD ORGAN

08.00-09.00 Kayıt
09.00-09.30 Açılış Töreni

II. ULUSAL TELEMEDICINE SEMPOZYUMU

09.00-11.00 YURT DIŞINDAN TELE CERRAHİ

Belçika'dan Canlı Ameliyat Yayını – I : Robotik Kolesistektomi
Dr.G.Bernard Cadière, Brüksel Üniversitesi
Moderatör: Dr.Cavit Avcı

İsrail'den Canlı Ameliyat Yayını – 2 : Laparoskopik Splenektomi
Dr.Amir Szold, Tel Aviv Üniversitesi
Moderatör: Dr.Yahit Özmen

11.00-11.30 *Kahve Arası*

11.30-12.00 Uydu Sistemleri ve Telemecine

Dr.M.Nicolaidis - M^{re} Lydia Gaillard Faghily, Paris Euelsat
Win-Vicos: Uydu ile Interaktif Telemecine Uygulamalarında Yeni Bir Araç
Dr.Georgi Grasczew, Berlin Charité

12.30-13.30 *Öğle Yemeği (Eutelsat) - Poster Tartışması*

13.30-14.30 Uluslararası EMISPHER* ve ulusal TELE TIP Projelerinin Cerrahi Eğitim ve Uygulamalara Getireceği katkılar

Dr.Georgi Grasczew, Berlin Charité - M^{re} Lydia Gaillard Faghily, Paris Euelsat
Dr.M.Nicolaidis, Paris Euelsat - Dr.Cavit Avcı, İstanbul Üniversitesi

* Euro-Mediterranean Internet-Satellite Platform for Health, medical Education and Research

14.30-15.00 *Kahve Arası*

15.00-16.00 PANEL-I Laparoskopik Solid Organ Cerrahisi

Moderatör: Dr.Aydın Alper
*Panelsitler: Dalak - Dr.Mehmet Gürel, Adnan Menderes Ü.Tip F.
Karaciğer - Dr.Aydın Alper, İstanbul Tip F.
Sürenal - Dr.Seçuk Mercan, İstanbul Tip F.*

16.00-17.30 S. Bildiriler I - O.Bşk.: Dr.Dursun Akdemir, SSK İst. - Dr.Haldun Gündoğdu, Bursa Y.I.H. (Paralel Otur.) S. Bildiriler II - O.Bşk.: Dr.Orhan Yalçın, SSK Okmeydanı-Dr.Mustafa Şahin, SSK V.Gureba

18.30 *Hoşgeldiniz Partisi - Sarayburnu Söpetçiler Kasrı (tyco Healthcare)*

Salı, 23 Nisan 2002 : ÖZOFAGUS - MİDE - ACİL

08.30-10.00 PANEL - II Laparoskopik Hiatal Bölge Cerrahisi

Moderatör: Dr.Cavit Avcı, İstanbul Tip F.
*Panelsitler: Lap.Antireflux Teknikleri ve Endikasyonlar - Dr.Yahit Özmen, İst.Tip F.
Lap.Nissen Fundoplikasyonu - Dr.Erhan Eyyüboğlu, Cerrahpaşa Tip F.
Lap. Antireflu Cer. Kompl. - Dr.Ahmet Türkçapar, Ankara Ü.Tip F.
Akaliya'da Lap.Cerrahi - Dr.Levent Avtan, İstanbul Tip F.*

BELÇİKA'DAN CANLI YAYIN

10.00-11.15 Prezentasyon: Gastroözofageal Bölge Laparoskopik Anatomi

Canlı Ameliyat Yayını – 3 : Lap. Nissen Fundoplikasyon , Dr.G.B.Cadière
Cerrahpaşa Tip Fakültesi'nden Eşzamanlı Canlı Yayın - Dr.Erhan Eyyüboğlu
Moderatörler: Dr.Abdullah İgei, İstanbul Tip F. - Dr. Özdemir Akman, Marmara Ü.Tip F.

11.15-11.45 *Kahve Arası*

11.45-12.30 Videoforum – Üst Gastro İntestinal Sistem Laparoskopik Cerrahisi

Moderatörler: Dr.B.Dallemagne, Liège - Dr.G.Fourtanier, Toulouse
Dr.Yaman Tekant, İstanbul Tip F. - Dr.Güner Ögünç, Akdeniz Ü.Tip F.
Üst Gİ Cerrahi Komplikasyonları ... Dr.B.Dallemagne
Endoskopik Özofago-Gastroplasti (Film)... Dr.A.Rajan
Laparoskopik Özofektomi (Film)... Dr.G.B.Cadière
Laparoskopik Gastrektomi (Film)... Dr.G.B.Cadière

12.30-13.30 Canlı Ameliyat Yayını – 4 : Lap. Nissen Fundoplikasyon, Dr.B.Dallemagne

Moderatörler: Dr.M.Gagner, New York - Dr.J.Himpens, Brüksel
Dr.Abdullah Sağlam, Haydarpaşa N.H. - Dr.İsmet Baran, SSK Dışkapı H.

13.30-14.30 *Öğle Yemeği - Konferans I : Minimal İnvaziv Stoma Uygulamaları*
(14.00-14.30) *Dr.Süner Yamaner, İstanbul Tip F.*

14.30-16.00 Canlı Ameliyat Yayını – 5 : Laparoskopik Gastrik BANDING, Dr.G.B.Cadière

Cerrahpaşa Tip Fakültesi'nden Eşzamanlı Canlı Yayın - Dr.Mustafa Taşkın
Moderatörler: Dr.Alp Başbora, İstanbul Tip F. - Dr.Acar Aren, SSK İstanbul E.H.
Prezentasyon: Obezite Cerrahi Prosedürleri ... Dr.G.Fourtanier

16.00-16.30 *Kahve Arası*

16.30-17.30 PANEL - III Travma ve Acil Cerrahide Laparoskopik Girişimler

Moderatör: Dr.Cemalettin Ertekin, İstanbul Tip F.
*Panelsitler: Akut karında diagnostik laparoskopi - Dr.Kaya Yorgancı, Hacettepe Ü.T.F.
Akut karında terapötik laparoskopi - Dr.Korhan Taviloğlu, İstanbul Tip F.
Akut apandisit laparoskopinin rolü - Dr.Nihat Yavuz, Cerrahpaşa Tip F.
Karın travmalarında laparoskopinin yeri - Dr.Recep Güdoğlu, İstanbul Tip F.*

17.30-19.00 S. Bildiriler III - O.Bşk.: Dr.Adnan Çaltık, Karadeniz T.Ü.T.F.-Dr.Osman Yücel, Taksim E.A.H. (Paralel Otur.) S. Bildiriler IV - O.Bşk.: Dr.Tayfun Yücel, Taksim E.A.H. - Dr.Necmi Kurt, Dr.L.Kırdar E.A.H.

19.30 *Kayıtma Partisi - Kumkapı'da Yemek (opsiyonel)*

Çarşamba, 24 Nisan 2002 : KOLON - SAFRA KESESİ - SAFRA YOLLARI

08.30-10.00 PANEL - IV Minimal İnvaziv Safra Yolu Girişimleri

Moderatör: Dr. Dursun Buğra

Panelistler: S. Yolu Taşlarına Lap. Yaklaşım - Dr. Erdoğan Sözlük, Erciyes Ü.Tip F. S.Yolu Taşlarına Endoskopik Yaklaşım(ERCP) - Dr. Yılmaz Büyüktuncu, İstanbul T.F. S.Yolu Yaralanmalarının Tanı ve Tedavisinde ERCP - Dr. Türker Bulut, İstanbul T.F. ERCP ne kadar masum? - Dr. Dursun Buğra, İstanbul Tıp F.

BELÇİKA'dan CANLI YAYIN

10.00-11.30

Prezentasyon: Kolon Laparoskopik Anatomisi ... Dr. G. Fournatier
Canlı Ameliyat Yayını - 6 : Laparoskopik Sol Hemikolektomi, Dr. G.B. Cadière
Moderatörler: Dr. Kemal Alemdaroğlu, Cerrahpaşa Tıp F. - Dr. Musa Akoglu, Türkiye Y.I.H

11.30-12.15

Videoforum - Laparoskopik Kolo-Rektal Cerrahi
Moderatörler: Dr. G. Fournatier, Toulouse - Dr. A. Fienne, London
Dr. Yusuf Büyüky, Cerrahpaşa Tıp F. - Dr. M. Müslümanoğlu, İstanbul Tıp F.
Kolektomi Puf Noktaları, Tuzaklar, Sempatik pleksusu koruma (Film) ...
Dr. J. Leroy, Strasbourg
Divertikülite Cerrahi Endikasyon ... Dr. A. Rajan
Total Mezoektom Eksizyonu (Film) ... Dr. G.B. Cadière

Kahve Arası

12.45-13.30

Canlı Ameliyat Yayını - 7 : Laparoskopik Rektoskopi, Dr. J. Himpens
Moderatörler: Dr. Cihan Uras, Cerrahpaşa Tıp F. - Dr. Ethem Geçim, Ankara Ü.Tip F.
Prezentasyon: PPH ile Anoreksi (Film) ... Dr. R. Braun

13.30-14.30

Öğle Yemeği - Konferans 2 : Laparoskopik Cerrahide Yasal Sorumluluklar
(14.00-14.30) *Dr. Faik Çelik, SSK Göztepe E.H.*

14.30-16.00

PANEL - V Laparoskopik Kolesistektomi' de Komplikasyonlardan Korunma
Moderatör: Dr. Atilla Engin, Gazi Ü.Tip F.
Panelistler:
Komp. Oluşumunda Risk Faktörleri (Anatomik, Patolojik) - Dr. Hasan Taşçı, Cerrahpaşa T.F.
Komp. Önlenmesinde Cer. Teknikğin ve Teknolojinin Rolü - Dr. Bahattin Canbeyli, Harran Ü.T.F.
A. Kolesistit Olgularında Komp. Riski ve Önleme İlkeleri - Dr. Abdullah Zorluoğlu, Uludağ Ü.T.F.
Komp. Önlenmesinde Eğitimin Rolü ve Komp. Sonrası Cerrahi Strateji ne olmalıdır?.
Dr. Ceyhan Oral, Cerrahpaşa Tıp F.

Kahve Arası

16.30-18.00

S. Bildiriler V - O.Bşk. - Dr. Ahmet Çoker, Dokuz E.Ü.Tip F. - Dr. Şakir Bozkurt, Gazi Ü.Tip F.

19.30

Gala Yemeği - Topkapı Eresin Balı Salonu (ETHICON ENDO-SURGERY)

Perşembe, 25 Nisan 2002 : İNGÜİNAL ve VENTRAL HERNİLER

08.30-10.00

PANEL - VI Laparoskopik Herni Cerrahisi
Moderatör: Dr. Metin Ertem, Cerrahpaşa Tıp F.
Panelistler:
TAPP - Dr. Semih Doğan, İzmir Egepaşa B.H.
TEP - Dr. Şerafettin Özer, Kasımpaşa Askeri H.
Ventral Herniler - Dr. Emin Ersoy, Gazi Ü.Tip F.
Komplikasyonlar - Dr. Mahir Özmen, Ankara N.H.

BELÇİKA'dan CANLI YAYIN

10.00-11.15

Prezentasyon: İnguinal Bölge Laparoskopik Anatomisi ... Dr. J. Himpens
Prezentasyon: Neden Laparoskopik İnguinal Hernioplasti ... Dr. A. Fienness
Canlı Ameliyat Yayını - 8 : TEP, Dr. J. Himpens
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nden Eşzamanlı Canlı Yayın - Dr. Metin Ertem
Moderatörler: Dr. Ümit Sarıkayalar, Ankara GATA - Dr. Neşet Köksal, Haydarpaşa N.H.
Prezentasyon: TAPP ve TEP Karşılaştırması ... Dr. A. Fienness

11.15-11.45

Kahve Arası

11.45-13.00

Canlı Ameliyat Yayını - 9 : TEP, Dr. J.L. Dulucq
Moderatörler: Dr. Durkaya Ören, Austürk Ü.Tip F. - Dr. Hayri Erkol, Abant İ.B.Ü.Tip F.
Prezentasyon: Lap. ve Açık Fıtık Cerrahisi Karşılaştırması ... Dr. G. Fournatier
Prezentasyon: TEP Sonrası Nüks Mekanizması ... Dr. A. Fienness

13.00-14.00

Öğle Yemeği - Konferans 3: İnsizyonel ve umbilikal hernilerde Kompozit
meş intraperitoneal uygulama sonuçları (çok merkezli)
(13.30-14.00) *Dr. Marc Lepère, Fransa*

14.00-15.15

Canlı Ameliyat Yayını - 10 : TAPP, Dr. J. Himpens
Moderatörler: Dr. Atilla Korkmaz, Ankara N.H. - Dr. Ahmet Alponat, Kocaeli Ü.Tip F.
Prezentasyon: Umbilikal Hernioplasti, İnsizyonel Herni (Film) ... Dr. J. Himpens

15.15-15.45

Kahve Arası

15.45-16.30

Canlı Ameliyat Yayını - 11 : Ventral Herniorafi, Dr. J. Himpens
Moderatörler: Dr. Rıdvan Seven, İstanbul Tıp F. - Dr. Metin Berberoğlu, Ankara

16.30-18.00 *S. Bildiriler VI - O.Bşk. - Dr. Abut Kebudi, Şişli E.H. - Dr. Aslan Kaygusuz, SSK İstanbul*

18.00

Dilek ve Temenniler - Kapanış

SERBEST BİLDİRİLER - I

Pazartesi, 22 Nisan 2002 **St: 16.00-17.30** Cerrahpaşa Oditoryum

Oturum Başkanları : Dr. Dursun AKDEMİR, SSK İstanbul E.H.
Dr. Haldun GÜNDOĞDU, Bursa Y.İ.H.

1. SÜRRENAL KİSTLERİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Alp BOZBORA, Umut BARBAROS, Yeşim ERBİL, Selçuk ÖZARMAĞAN, Selçuk MERCAN
İstanbul Tıp Fakültesi Sunum Materyali: VHS Kaset

2. PERİTON DİYALİZİNİN MEKANİK OBSTRÜKTİF KOMPLİKASYONLARININ ÖNLENMESİNDE LAPAROSKOPİK OMENTAL FİKSASYON TEKNİĞİNİN ETKİNLİĞİ

Güner ÖĞÜNÇ, M. TUNCER, F. ERSOY
Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi

Sunum Materyali: Slayt

3. LAPAROSKOPİK CANLI DONÖR NEFREKTOMİ

Serdar KAÇAR, Alp GÜRKAN, Cezmi KARACA, Can VARILSÜHA, Muharrem KARAOĞLAN
Ayşe ASLANKARAYİĞİT, Gökşen ATEŞOĞLU
İzmir SSK Tepecik E.H.

Sunum Materyali: CDRom

4. MEME KANSERİNDE ENDOSKOPİK AKSİLLER LENF NODU DİSEKSİYONU

S. KARAHAN, M.İ. CANSUNAR, S. KARUN, Ş. ÇOLAK, S. BAYRAK
SSK İstanbul E.H.

Sunum Materyali: VHS Kaset

5. SOLİTER PULMONER NODÜLLERİN (SPN) TANI VE TEDAVİSİNDE VİDEO – YARDIMLI TORAKOSKOPİK CERRAHİNİN (VATS) YERİ

A.ÖRKİ, H.KIRAL, S.Cüneyt AYDEMİR, C.Ş.DUDU, F.İZGİ, H.ERYİĞİT, B.ARMAN
Heybeliada Göğüs Cerrahisi Hastanesi

Sunum Materyali: Disket

6. LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ (Olgu sunumu)

İlker ERSOY, G. ÖĞÜNÇ, M. BAYKARA
Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi

Sunum Materyali: Slayt

7. AKSİLLER YAKLAŞIM İLE ENDOSKOPİK TİROİDEKTOMİ (2 OLGU)

Servet KARAHAN, Feyzullah ERSÖZ, Hasan BEKTAŞ, Turgut ANUK, Savaş BAYRAK
SSK İstanbul E.H.

Sunum Materyali: Slayt

8. EL YARDIMLI VİDEOSKOPİK CERRAHİ

Feyzan ERCAN, Metin BERBEROĞLU
Ankara

Sunum Materyali: VHS Kaset

SERBEST BİLDİRİLER – II (Paralel Oturum)

Pazartesi, 22 Nisan 2002, St: 16.00-17.30 Cerrahpaşa Merkez Kütüphane

Oturum Başkanları : Dr. Orhan YALÇIN, SSK Okmeydanı E.H.
Dr. Mustafa ŞAHİN, SSK V.Guraba E.H.

9. PNEUMOPERİTONEUM OLUŞTURMADA VERESS İĞNESİ TEKNİĞİ İLE MODİFİYE EDİLMİŞ HASSON TEKNİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Feyzullah ERSÖZ, Mehmet İ.CANSUNAR, Hasan BEKTAŞ, Turgut ANUK, Servet KARAHAN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi

Sunum Materyali: Disket

10. İNTRA VE EKSTRAPERİTONEAL KARBONDİOKSİT İNSUFLASYONUNUN PERİOPERATİF KAN GAZLARINA ETKİLERİ

Şener DEMİROLUK, Ziya SALİHOĞLU, Mefkür BAKAN, Pervin BOZKURT

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : Disket

11. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ'DE HEMODİNAMİK DEĞİŞİKLİKLERİN NON-İNVAZİV CARDİYAK OUTPUT (ÇO) MONİTÖRÜ İLE İZLENMESİ

A.Polat DÜZGÜN, B.KÜLAH, H.KULAÇOĞLU, D.ALBAYRAK, S.UZUN, M.M ÖZMEN, F.COSKUN.

Ankara Numune Hastanesi

Sunum Materyali : Disket

12. LAPAROSKOPİK CERRAHİDE VAPOR-PULSE KOAGÜLASYON

Metin BERBEROĞLU, Feyzan ERCAN

Ankara-ITEM

Sunum materyali: CDRom, VHS Kaset

13. MEZENTER KİSTLERİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Oktar ASOĞLU, A.İĞCİ, H. KARANLIK, M.PARLAK, M.MÜSLÜMANOĞLU, M.KEÇER, V.ÖZMEN, I.AYALP, C.DEĞER

İstanbul Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : VHS Kaset

14. LAPAROSKOPİK GİRİŞİM SONUÇLARIMIZ

Hüseyin AKYOL, Hasan Fehmi KÜÇÜK, Necmi KURT, Hüseyin UZUN

Dr.Lütfi Kırdar E.A.H.

Sunum Materyali: Disket

15. İLERİ YAŞTA LAPAROSKOPİK İŞLEMLERİN YERİ

Fehmi ÇELEBİ, A.Ahmet BALIK, Gürkan ÖZTÜRK, S. Selçuk ATAMANALP,

Durkaya ÖREN

Erzurum Atatürk Ü. Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : CDRom

16. DİAGNOSTİK LAPAROSKOPİ UYGULAMALARIMIZ

Refik AYTEN, Ziya ÇETİNKAYA, Yavuz Selim İLHAN, Ömer TOPUZ, Osman

DOĞRU, Nurullah BÜLBÜLLER

Fırat Ü. Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : Disket

17. LAPAROSKOPİK GİRİŞİMLERDE BÜYÜK DAMAR YARALANMALARINA YAKLAŞIM

R.GÜLOĞLU, M.AKSOY, O.ASOĞLU, Ş.DİLEĞE, K.TAVİLOĞLU, C.ERTEKİN, M.ÖZGÜR

İstanbul Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : Disket

SERBEST BİLDİRİLER – III

Salı, 23 Nisan 2002, St: 17.30-19.00

Cerrahpaşa Oditoryum

Oturum Başkanları : Dr. Adnan ÇALIK, Karadeniz T.Ü.T.F
Dr. Osman YÜCEL, Taksim E.A.H.

18. ÖZOFAGUS LEİOMYOMUNUN LAPAROSKOPİK ENÜKLEASYONU (Olgu sunumu)

S.KARAHAN, H.BEKTAŞ, A.BAŞKENT, F.ERSÖZ, A.H.İSMAİLOĞLU
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Sunum Materyali: VHS Kaset

19. LAPAROSKOPİK TRANŞİATAL TOTAL ÖZEFAJEKTOMİ

Serdar KAÇAR, Nihat ZALLUHOĞLU, Murat DOĞAN, Hakan ADAGÜLÜ,
Mehmet KAHYA, Murat ÇAYCI
İzmir SSKTepecik E.H. Sunum Materyali: CDRom

20. TOTAL INTRAABDOMINAL LAPAROSKOPİK BILLROTH II GASTREKTOMİ (Olgu sunumu)

Güner ÖĞÜNÇ, C.ARICI, M.MERİÇ
Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Sunum Materyali: Slayt

21. ÖZOFAGEAL EPİFRENİK DİVERTİKÜLÜN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ (OLGU SUNUMU)

S.KARAHAN, H.BEKTAŞ, M.İ.CANSUNAR, N.GÖZCÜ, K.TEKEŞİN
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Sunum Materyali: VHS Kaset

22. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDUPLİKASYON

Oktar ASOĞLU, V.ÖZMEN, A. İĞCİ, M.MÜSLÜMANOĞLU, G. ÖZGEN, M.KEÇER,
M.PARLAK, H.KARANLIK, I.AYALP
İstanbul Tıp Fakültesi Sunum Materyali: VHS Kaset

23. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON

S.KARAHAN, N.GÖZCÜ, K.TEKEŞİN, M.İ.CANSUNAR, Ş.ÇOLAK
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Sunum Materyali: Disket

24. LAPAROSKOPİK GASTRİK BANDİNG KOMPLİKASYONLARIMIZ

Gökmen GÜZEL, G.ÖĞÜNÇ, H.ALTUNBAŞ, M.K.BALCI, Ü. KARAYALÇIN
Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Sunum Materyali: Slayt

25. LAPAROSKOPİK ÖZOFAGOMYOTOMİ + DOR FUNDOPLİKASYON DENEYİMLERİMİZ

H. BEKTAŞ, S.KARAHAN, Y.S. SARI, E. GÜNEŞ, K. TEKEŞİN
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi Sunum Materyali: Disket

26. AKALAZYA HASTALIĞININ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİNİN YERİ

Oktar ASOĞLU, L.AVTAN, A.İĞCİ, E.S.ÜNAL, C.AVCI, V.ÖZMEN, M.PARLAK,
M.KEÇER, M.MÜSLÜMANOĞLU
İstanbul Tıp Fakültesi Sunum Materyali : VHS Kaset

SERBEST BİLDİRİLER – IV (Paralel Oturum)

Salı, 23 Nisan 2002, St: 17.30-19.00

Cerrahpaşa Merkez Kütüphane

Oturum Başkanları : Dr. Tayfun YÜCEL, Taksim E.A.H.

Dr. Necmi KURT, Dr.Lütfi Kırdar E.A.H.

27. PEPTİK ÜLSER PERFORASYONUNDA LAPAROSKOPIK PRİMER SÜTÜR VE OMENTAL YAMA UYGULAMASININ AÇIK CERRAHİ YÖNTEM İLE KARŞILAŞTIRILMASI

M. Hakan BUKAN, Serhat OĞUZ, Mehmet TOPUZLAR, Nihat KAYMAKÇIOĞLU,
Sadettin ÇETİNER, Derviş ŞEN
Ankara G.A.T.A.

Sunum Materyali : Disket

28. PREOPERATİF TANI KONULAMAYAN AKUT KARIN OLGULARINDA LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

O. ALİMOĞLU, A. AKÇAKAYA, E. DALDAL, G. BAŞ, M. ŞAHİN
SSK. Vakıf Gureba E.H.

Sunum Materyali : Disket

29. LAPAROSKOPIK VE AÇIK APENDEKTOMİ: PROSPEKTİF RANDOMİZE KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Kürşat KARADAYI, Emel CANBAY, Ayhan KOYUNCU, Mustafa TURAN, Metin ŞEN
Cumhuriyet Ü. Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : Disket

30. SAFRA TAŞI AMELİYATLARINDAN SONRA GELİŞEN KOMPLİKASYONLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE ERCP'NİN YERİ

Emre BALIK, Yılmaz BİLSEL, Dursun BUĞRA, Sümer YAMANER, Türker BULUT
İstanbul Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : CDRom

31. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ESNASINDA SAFRA YOLU YARALANMASI OLAN HASTALARIN CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARI

Abdulkadir BEDİRLİ, Özhan İNCE, İlkey GÜLER, M.Akif YÜCEL, Ömer ŞAKRAK,
Erdoğan M.SÖZÜER
Erciyes Ü. Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : Disket

32. KARACİĞER KİST HİDATİĞİ AMELİYATLARI SONRASI GELİŞEN KOMPLİKASYONLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE ERCP'NİN YERİ

Yılmaz BİLSEL, Emre BALIK, Yılmaz BÜYÜKUNCU, Ali AKYÜZ, Necmettin SÖKÜCÜ
İstanbul Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : CDRom

33. DİEULAFOY LEZYONLARININ ENDOSKOPIK TEDAVİSİ

Umut BARBAROS, Cemalettin ERTEKİN, Korhan TAVİLOĞLU, Recep GÜLOĞLU,
Kemal DOLAY
İstanbul Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : Slayt

34. ENDOSKOPIK OLARAK REFLÜ ÖZOFAJİT SAPTANAN OLGULARDA BİOPSİ SONUÇLARIMIZ.

Mithat GÜRAN, Tayfun YÜCEL, Sibel GÜRDAL, Salih GÜÇLÜ
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sunum Materyali: VHS Kaset

35. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI SIVI KOLLEKSİYONLARI

A.POLAT-DÜZGÜN, H.KULAÇOĞLU, B.SAYLAM, Ö.ÖZÇELİK, M.M.ÖZMEN, F.COŞKUN
Ankara Numune Hastanesi

Sunum Materyali : Disket

SERBEST BİLDİRİLER – V

Çarşamba, 24 Nisan 2002, St: 16.30-18.00 Cerrahpaşa Oditoryum

Oturum Başkanları : Dr. Ahmet ÇOKER, Dokuz E.Ü.Tıp F.
Dr. Şükrü BOZKURT, Gazi Ü.Tıp F.

36. LAPAROSKOPİK MİLES OPERASYONU DENEYİMLERİMİZ

S.KARAHAN, F.ERSÖZ, B.KARAGÖZ, T.ANUK, Ş.ÇOLAK

SSK. İstanbul Eğitim Hastanesi

Sunum Materyali : Disket

37. LAPAROSKOPİK ABDOMİNOPERİNEAL REZEKSİYON

Biröl BOSTANCI, Cüneyt KAYAALP, Sinan YOL, Murat ULAŞ, Musa AKOĞLU

Ankara Yüksek İhtisas Hastanesi

Sunum Materyali :

38. REKTAL PROLAPSUSTA LAPAROSKOPİK SİGMOİDEKTOMİ

N. GÖZCÜ, H.BEKTAŞ, O.KOÇ, Ş.ÇOLAK, S.KARAHAN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi

Sunum Materyali : Disket

39. LAPAROSKOPİK KOLON CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

S. KARAHAN, F.ERSÖZ, N. DERİCİ, N. GÖZCÜ, S. BAYRAK

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi

Sunum Materyali : Disket

40. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE TEKNİK PERFORMANSIN SKORLAMA SİSTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Ali UZUN, Yusuf GÜNERHAN, Rüştü KURT, Neşet KÖKSAL

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Sunum Materyali : Disket

41. VAKA SUNUMU: SAFRA KESESİ DUPLİKASYONU

Oktar ASOĞLU, V.ÖZMEN, E.S.ÜNAL, M.KEÇER, A. İĞCİ,

M.MÜSLÜMANOĞLU, M.PARLAK, T.DEMİREL

İstanbul Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : VHS Kaset

42. ELEKTİF LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERDE YARA ENFEKSİYONU VE ETKEN FAKTÖRLER

Mehmet Ali UZUN, Yusuf GÜNERHAN, Rüştü KURT, Gürkan TELLİOĞLU,

Neşet KÖKSAL

Haydarpaşa Numune Hastanesi

Sunum Materyali : Slayt

43. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARIMIZ

Oktar ASOĞLU, M.KEÇER, M.PARLAK, I.AYALP, E.S.ÜNAL, Y.BOZFAKİOĞLU,

V. ÖZMEN, M.MÜSLÜMANOĞLU, A.İĞCİ, C.DEĞER

İstanbul Tıp Fakültesi

Sunum Materyali : Disket

44. ERKEKTE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ ZOR MU?

Adem AKÇAKAYA, Gürhan BAŞ, Mustafa ŞAHİN, Orhan ALİMOĞLU

SSK. Vakıf Gureba E.H.

Sunum Materyali : Disket

SERBEST BİLDİRİLER -VI

Perşembe, 25 Nisan 2002, St: 16.30-18.00

Cerrahpaşa Oditoryum

Oturum Başkanları : Dr. Abud KEBUDİ, Şişli Etfal E.A.H.

Dr. Aslan KAYGUSUZ, SSK İstanbul E.H.

45. LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİDE 6 HASTALIK DENEYİMİMİZ

Mehmet GÖRGÜN, Hidayet ÇATAL, Emin YILMAZ, Önder TOSUN, Hakan KÖSE
SSK İzmir Tepecik E.H. Sunum Materyali: CDRom

46. ITP'LI OLGULARIN SPLENEKTOMİSİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİNİN AÇIK CERRAHİYE ÜSTÜNLÜĞÜ

Hüseyin ALAKUŞ, G. ÖĞÜNÇ, C. ARICI, İ. KARADOĞAN, A.TİMURAĞAOĞLU,
L. ÜNDAR, E. TERCAN
Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Sunum Materyali: Slayt

47. LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

Oktar ASOĞLU, M.MÜSLÜMANOĞLU, V.ÖZMEN, A.İĞCİ, Ç.KORKUT, M. KEÇER
H.KARANLIK, I.AYALP, C.DEĞER
İstanbul Tıp Fakültesi Sunum Materyali: VHS Kaset

48. LAPAROSKOPİK FITİK ONARIMINDA TESPİTSİZ ÜÇ BOYUTLU PROLEN GREFTİN TESPİTLİ DÜZ PROLEN GREFTE ÜSTÜNLÜĞÜ

Ayhan ESER, G.ÖĞÜNÇ, N.HADİMİOĞLU
Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Sunum Materyali : Slayt

49. ENDOSKOPİK DİKİŞ TEKNİKLERİNDE YENİ GELİŞMELER

Metin BERBEROĞLU, Feyzan ERCAN
Ankara Sunum materyali: CD Rom, VHS Kaset

50. MEKANİK İNCE BARSAK OBSTRÜKSİYONUNA YOL AÇAN İNKARSERE SUPRAVEZİKAL FİTİĞİN LAPAROSKOPİK YÖNTEM İLE TAMİRİ

Emre GÖRGÜN, Ender ONUR, Nihat YAVUZ, B.Berat APAYDIN, Feridun Şirin
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sunum Materyali : CDRom

51. KIZ ÇOCUKLARINDA LAPAROSKOPİK KASIK FİTİĞİ ONARIMI

B. Haluk GÜVENÇ, Gülşen EKİNGEN, Selami SÖZÜBİR, Melih TUGAY, Ayşe
TUZLACI, Ufuk ŞENEL, Hayrünisa KAHRAMAN
Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Sunum Materyali : VHS Kaset

52. KASIK FİTİĞİ TAMİRİNDE LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL, MESH PLUG VE LICHTENSTEIN YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI (KLİNİK PROSPEKTİF ÇALIŞMA)

Ediz ALTINLI, Birol AĞCA, Ali KALYONCU, Samet KALENDER, Mehmet MİHMANLI
Şişli Etfal E.A.Hastanesi Sunum Materyali : CDRom

53. TOTAL EKSTRAPERİTONEAL PROSEDÜR (TEP) İLE AÇIK MESH ONARIMINI KARŞILAŞTIRAN RANDOMİZE KLİNİK ÇALIŞMA

Tahsin ÇOLAK, M.DİRLİK, T.AKÇA, K.ÖCAL, F.YAYLAK, M.ÇAĞLIKÜLEKÇİ,
S.AYDIN
Mersin Ü. Tıp Fakültesi Sunum Materyali:

POSTER BİLDİRİLERİ – I

Pazartesi, 22 Nisan 2002 St: 12.30-13.30

Oditoryum Girişi 2. Kat

Oturum Başkanı: Dr. Turgut İPEK, Cerrahpaşa Tıp F.

1. PNÖMOPERİTONYUM SIRASINDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN SOLUNUM MEKANİKLERİNE ETKİLERİ

Ziya SALİHOĞLU, Şener DEMİROLUK, Sinan ÇARKMAN, Kağan ZENGİN, Yıldız KÖSE, Mustafa TAŞKIN
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

2. PNÖMOPERİTONYUM VE POZİSYON AÇILARININ SOLUNUM MEKANİKLERİNE ETKİLERİ

Ziya SALİHOĞLU, Şener DEMİROLUK, Serpil ÇAKMAKKAYA, Sinan ÇARKMAN, Yıldız KÖSE
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

3. AKUT BİLİYER PANKREATİTLERDE ERKEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Erdal AYAR, Acar AREN, Mustafa ŞENER, Gürhan ÇELİK
SSK İstanbul E.H.

4. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU DENEYİMİMİZ

Erdal AYAR, Acar AREN, Mustafa ŞENER, Kerim ÖZAKAY, Gökmen KURT
SSK İstanbul E.H.

5. LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ 3 OLGU İLE ERKEN DENEYİMİMİZ

Erdal AYAR, Acar AREN, Mustafa ŞENER, İbrahim AYDIN
SSK İstanbul E.H.

6. LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL FITİK OLGUSUNDA DERİN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONU

Biröl AĞCA, Ediz ALTINLI, Cemal KAYA, Mehmet MİHMANLI
Şişli Etfal E.A.H.

7. TRANSSEVRİKAL VİDEOENDOSKOPOİK PARATİROİDEKTOMİ (3 olgu nedeni ile)

Ziya SALİHOĞLU, Şener DEMİROLUK, Birsel DİLDÖK, Mete DÜREN, Nihat YAVUZ
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

8. LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

Erdoğan SÖZÜER, Can KÜCÜK, Abdulkadir BEDİRLİ, Engin OK
Erciyes Üniv. Tıp F.

9. NADİR BİR EKSTRAHEPATİK SAFRA YOLLARI TÜMÖRÜ:

PAPİLLER MÜSİNÖZ KİSTADENOKARSİNOM

Oktay YİRMİBESÖĞÜ, Cengiz ATEŞ, Arzu ARSLAN, Anıl ÇUBUKÇU, Nuri GÖNÜLLÜ,
Ahmet ALPONAT
Kocaeli Üniv. Tıp F.

10.ÖZOFAFUSTA NONSTEROİD ANTİİNFLAMATUAR İLACA BAĞLI ÜLSERASYON

Nuri GÖNÜLLÜ, Mustafa KURU, Sarpkaya ÖZ, Tufan ELİPEK, Ahmet ALPONAT, Anıl ÇUBUKÇU
Kocaeli Üniv. Tıp F.

11.DİYAGNOSTİK LAPAROSKOPİDE TEŞHİS EDİLMİŞ BİR APENDİKS EPİPLOİKA İNFARKTÜSÜ OLGUSU

Ahmet ALPONAT, Ayhan TÜRKDOĞAN, Sinem KANAR, Emre GÖNÜLLÜ, Tolga ALİYAZICIOĞLU
Kocaeli Üniv. Tıp F.

12.İDYOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA'DA LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

Erdal AYAR, Acar AREN, Mustafa ŞENER, Şefika AKSOY, M.Zeki EREN, Gökmen KURT
SSK İstanbul E.H.

POSTER BİLDİRİLERİ – II

Pazartesi, 22 Nisan 2002 St: 12.30-13.30

Oditoryum Girişi 2. Kat

Oturum Başkanı: Dr. Osman GÜLER. Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp F.

13.LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

Sinan ERSİN, Özer MAKAY, Murat KAPKAÇ, Hasan KAPLAN, Filiz BÜYÜKKEÇECİ
Ege Üniv. Tıp F.

14.GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA CERRAHİ

Özer MAKAY, Sinan ERSİN, Serhat BOR, Koray TUNCER, Murat ALKANAT, Özdemir YARARBAŞ,
Hanifi ÇAVUŞOĞLU
Ege Üniv. Tıp F.

15.PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ YAPILAN VAKALARIMIZIN GENEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amanbek DJAPAROV, Taylan KAV, Serap ARSLAN, Yusuf BAYRAKTAR
Hacettepe Üniv. Tıp F.

16.İNGÜİNAL VE FEMORAL HERNİ ONARIMINDA LAPAROSKOPİK DENEYİMLERİMİZ

S. KARAHAN, N. GÖZCÜ, T. ANUK, H. BEKTAŞ, A.H.İSMAİLOĞLU
SSK İstanbul E.H.

17.LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ OLGULARIMIZ

M.İ.CANSUNAR, S. KARAHAN, H. BEKTAŞ, A. BAŞKENT, S. BAYRAK
SSK İstanbul E.H.

18.KASIK FITIKLARINDA TRANSABDOMİNAL PREPERİTONEAL VE TOTAL EKSTRAPERİTONEAL YAKLAŞIM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatih ÇELEBİ, Murat AKAYDIN, Deniz GÜZEY, Naim MEMMİ, Muhammed GÜNAYDIN, Rafet
KAPLAN
SSK V. Guraba E.H.

19.LATERAL TRANSPERİTONESKOPİK ADRENALEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ (8 OLGU)

Hakan YANAR, Halil COŞKUN*, Serdar AKSOY, Mehmet TEKİNEL
İstanbul Cerrahi H. , *VKV Amerikan H.

20.ERCP VE ENDOSKOPİK SFİNKTEROTOMİ SONRASI AKUT PANKREATİT

A. BAŞKENT, A. AREN
SSK İstanbul E.H.

21.BİR YABANCI CİSİM NEDENİYLE LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ

B.Haluk GÜVENÇ, Gülşen EKİNGEN, Mevlüt KORKMAZ, Ufuk ŞENEL
Kocaeli Üniv. Tıp F.

22.LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDEN AÇIK KOLESİSTEKTOMİYE GEÇİŞ NEDENLERİ

Öztekin ÇIKMAN, Ömer SÖYLEMEZ, Murat BAŞER, Erol KİSLİ,
Ersin ÖZGÖREN, Metin AYDIN, Hasan ARSLANTÜRK, Osman GÜLER
Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp F.

23.ERCP DENEYİMİMİZ

Ömer SÖYLEMEZ, Ersin ÖZGÖREN, Erol KİSLİ, Murat BAŞER,
Metin AYDIN, Osman GÜLER, Öztekin ÇIKMAN
Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp F.

24.LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARIMIZ

Öztekin ÇIKMAN, Ömer SÖYLEMEZ, Murat BAŞER, Erol KİSLİ
Ersin ÖZGÖREN, Metin AYDIN, Hasan ARSLANTÜRK, Osman GÜLER
Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp F.

POSTER BİLDİRİLERİ – III

Pazartesi, 22 Nisan 2002 St: 12.30-13.30

Oditoryum Girişi 2. Kat

Oturum Başkanı: Dr. Anıl ÇUBUKÇU. Kocaeli Üniv. Tıp F.

25.KOLEDOK TAŞLARINDA ERCP ve USG

Ömer SÖYLEMEZ, Ersin ÖZGÖREN, Erol KİSLİ, Murat BAŞER, Metin AYDIN, Osman GÜLER,
Öztekin ÇIKMAN
Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp F.

26.LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ OLGULARININ AÇIĞA DÖNME VE KOMPLİKASYONLAR YÖNÜNDEN İNCELENMESİ

Aliye TAŞPINARYIĞILI, Alper DOĞU, Turgut ÇAVUŞOĞLU, Mehmet PETEK, Selma TUNÇOL,
Reha ÖZGÜVEN, Ayhan KESKİN, Savaş TEZEL
SSYB Ankara E.A.H.

27.PERİTON DİYALİZİNDE KATETERLE İLİŞKİLİ KOMPLİKASYONLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİNİN YERİ

G. GÖKÇE, G. ÖĞÜNÇ, M. TUNCER, F. ERSOY
Akdeniz Üniv. Tıp F.

28.KASIK FITİĞİ ONARIMINDA YARA VE GREFT İNFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİNİN ÜSTÜNLÜĞÜ

K. ALTUN, G. ÖĞÜNÇ, C. ARICI
Akdeniz Üniv. Tıp F.

29.PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SIRASINDA KARIN İÇİNE DÜŞEN BÖBREK TAŞININ LAPAROSKOPİK EKSTRAKSİYONU: OLGU SUNUMU

Kaya YORGANCI, N. ATSÜ, M. KEŞKEK, S. DOĞAN, S. ESKİÇORAPÇI, A. ŞAHİN
Hacettepe Üniv. Tıp F.

30.MORBİD OBEZİTEDE LAPAROSKOPİK GASTRİK BAND UYGULAMA SONUÇLARIMIZ

Yasin PEKER, Tuğrul TANSUĞ, Ali Doğan BOZDAĞ, Fatma TATAR, Salih GÜVEN
İzmir Atatürk E.A.H.

31.VENTRAL HERNİLERDE LAPAROSKOPİK ONARIM

Yasin PEKER, Tuğrul TANSUĞ, Hayrullah DERİCİ, Muzaffer ATLI
İzmir Atatürk E.A.H.

32.LAPAROSKOPİK KASIK FITİĞİ ONARIMI

Tuğrul TANSUĞ, Yasin PEKER, Ali Doğan BOZDAĞ, Okay NAZLI, Ali Serdar İŞGÜDER
İzmir Atatürk E.A.H.

33.MORBİD OBEZ HASTALARDA LAPAROSKOPİK VENTRAL HERNİ TAMİRİ

Umut BARBOROS, Alp BOZBORA, M.Ali İMREN, Yeşim ERBİL
İstanbul Tıp F.

34.MORBİD OBEZİTE TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK AYARLANABİLİR SİLİKON MİDE BANDI UYGULAMALARI

Alp BOZBORA, Umut BARBOROS, Halil COŞKUN, Selçuk ÖZARMAĞAN
İstanbul Tıp F.

35.AKCİĞER KİST HİDATİĞİ TANI VE TEDAVİSİNDE VİDEO DESTEKLİ TORAKOSKOPİK CERRAHİNİN YERİ

B.Haluk GÜVENÇ, Gülşen EKİNGEN, Ayşe TUZLACI, Ufuk ŞENEL, Ayşe GÖKALP
Kocaeli Üniv. Tıp F.

SERBEST BİLDİRİ ÖZETLERİ

1. SURRENAL KİSTLERİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Sunucu : ALP BOZBORA (umutbarbaros@yahoo.com)

Yazarlar : Umut BARBAROS, Yeşim ERBİL, Selçuk ÖZARMAĞAN, Selçuk MERCAN
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.

Sürrenal kitleler arasında sürrenal kistlerin görülme oranı % 16-18 dir. Kistin Bilgisayarlı Tomografi eşliğinde aspire edilerek boşaltılması ilk tedavi seçeneğidir. Aspirasyon sonrası kistin tekrar etmesi cerrahi tedavi gerektirir.

Sürrenal cerrahisinde anterior ve posterior yaklaşım mümkündür. Bunların dışında sağ veya sol lateral dekübit pozisyonunda yaklaşımlar da denenebilir. Sürrenal lojuna kolay ulaşılması, yeterli diseksiyon alanının sağlanması bu tür yaklaşımın avantajlarıdır.

Sol sürrenal kist nedeni ile ameliyat ettiğimiz 26 yaşındaki kadın hastada laparoskopik yöntemi uyguladık. Ameliyat süresi 75 dakikadır. Postoperatif herhangi bir komplikasyon saptanmamıştır. Sürrenal kistlerin transperitoneal laparoskopik cerrahi tekniklerle tedavisi güvenilir ve etkili bir metottur.

2. PERİTON DİYALİZİNİN MEKANİK OBSTRÜKTİF KOMPLİKASYONLARININ ÖNLENMESİNDE LAPAROSKOPİK ÖĞÜNÇ TEKNİĞİNİN ETKİNLİĞİ

Sunucu : Güner Öğünç (ogunc@med.akdeniz.edu.tr)

Yazarlar : G. ÖĞÜNÇ*, M. TUNCER**, F. ERSOY**

Akdeniz U. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD) 20 yıldan daha uzun bir süredir son dönem böbrek yetmezlikli hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Peritoneal kateterle ilgili sorunlar, özellikle mekanik obstrüktif problemler ciddi bir sorun olarak yöntemin başarısını ve CAPD' nin uzun süreli kullanımını engellemektedir. Kateterin çalışmasını engelleyen obstrüktif sorunların başında omentumun neden olduğu tıkanıklıklar (%4.5-30) gelmektedir. Bu sorunun üstesinden gelmek için hastanemizde CAPD kateterlerinin takılmasında Öğünç tarafından tanımlanan ve 1999 tarihinde yayınlanan laparoskopik omental fiksasyon tekniği kullanılmaktadır. Bu prospektif klinik çalışmada kateterleri açık cerrahi (AC) yöntemle takılan olgularla, kateterin laparoskopik omental fiksasyon (LOF) tekniği ile takıldığı olgular postoperatif dönemde obstrüktif komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.

Toplam 48 olgunun 24' ünde (11K, 13E; yaş ort. :48.6-28-67) kateter lokal anestezi ile AC yöntem kullanılarak takıldı. LOF tekniği ile kateterin takıldığı 24 hastada (14K,10 E; yaş ort. :46.2-16-69) genel anestezi altında, omentum her iki inferior lateral kenarlarından paryetal peritona veya omentumun geniş olduğu olgularda ilave olarak orta kısım inferior kenarın falsiform liamente laparoskopik olarak sütüre edilmesini takiben kateter peritoneal kaviteye yerleştirildi. Tüm olgularda eğri uçlu çift kafalı kateter kullanıldı. 1-36 aylık takip süresinde kateterleri AC yöntem ile takılan olguların 5' inde (%20.8) kateterin omentum ile sarılarak tıkanıldığı diagnostik laparoskopi ile saptandı. LOF tekniği ile kateterlerin takıldığı olguların hiçbirisinde obstrüktif komplikasyon ile karşılaşılmadı.

Bu prospektif klinik çalışmanın sonuçları bize, CAPD' de profilaktik amaçlı yapılan laparoskopik omental fiksasyonun, omentum ile kateterin sarılarak tıkanmasını önlemede oldukça etkili bir laparoskopik cerrahi teknik olduğunu gösterdi.

3. LAPAROSKOPIK CANLI DONÖR NEFREKTOMİ

Sunucu : Serdar KAÇAR (hilmiserdar@ixir.com)

Yazarlar : Alp GÜRKAN, Cezmi KARACA, Can VARILSÜHA, Muharrem KARAOĞLAN, Ayşe ASLANKARAYİĞİT, Gökşen ATEŞOĞLU

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, Organ Nakli Bölümü

Amaç: Laparoskopik cerrahi gittikçe yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Laparoskopik donör nefrektomi bunlardan birisidir. Laparoskopik teknik kullanılarak ilk canlı donör nefrektomi denemesi 1995'te Ratner ve Kavous tarafından bildirilmiştir. O zamandan günümüze kadar ABD kaynaklı bazı üniversite transplant programları kendi deneyimlerini geniş serilerle bildirdiler. Ancak bugüne kadar ülkemizden bildirilen vaka yoktur. Bu çalışmada laparoskopik canlı donör nefrektomi uygulanan 25 olgu sunulmaktadır.

Yöntem: Kliniğimizde 30.10.2000-11.2.2002 tarihleri arasında 25 canlı laparoskopik donör nefrektomi gerçekleştirildi. Hastaların 22'sine sol, 3'üne sağ nefrektomi uygulandı.

Çıkarımlar: 25 vakanın 19'unda ameliyat laparoskopik yöntemle başarıyla tamamlanmıştır. Üç hastada kanama, 3 hastada da zor diseksiyon nedeniyle açığa geçilmiştir. Ortalama ameliyat süresi 229 (140-300) dakikadır. Ortalama takip süresi 8.6 (1-16 ay) aydır. Bu yöntemle çıkarılan böbreklerin transplantasyonu sonrası iki hastada (% 8) akut rejeksiyon (AR), beş hastada (% 20) akut tubuler nekroz (ATN) gözlenmiştir. Beş hastada (% 20) ürolojik, 3 hastada (% 12) vasküler komplikasyonlarla karşılaşmıştır. Bu komplikasyon oranları açık nefrektomiye benzerlik göstermektedir.

Sonuç: Minimal invaziv laparoskopik tekniğin kullanımı ile kozmetik defekt minimale indirilebilmiş ve postoperatif ağrı kontrolü kolaylaşmıştır. Bu teknik verici açısından güvenli olduğu kadar transplante böbreğin kalitesi bakımından da en az açık nefrektomi kadar yüz güldürücüdür.

4. MEME KANSERİNDE ENDOSKOPIK AKSİLLER LENF NODU DİSEKSİYONU

Sunucu : M.İ. CANSUNAR (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar : S.KARAHAN, M.İ. CANSUNAR, S. KARUN, Ş. ÇOLAK, S.BAYRAK

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Meme kanserlerinde Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) sonucu tespit edilen lenf bezi sayısı sürvide önemli bir kriterdir. Bunun için meme kanserli hastalarda küratif ve evreleme amaçlı ALND yapılmaktadır. Konvansiyonel ve son yıllarda giderek uygulanımı artan endoskopik yöntemle de bu girişimler yapılabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizce yapılan 14 Endoskopik ALND sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Materyal ve Metod: Bu çalışmamızda Eylül 2000 - Ekim 2001 tarihleri arasında, tümör boyutları meme koruyucu cerrahiye uygun, yaş ortalaması 49 (35-66) olan 14 meme kanserli olguya endoskopik ALND yapılmıştır. Tüm hastalara ilk olarak "Parsiyel mastektomi" uygulanmış, ikinci aşama olarak aksiller bölgedeki yağlar için "Liposuction" uygulanmıştır. Aksiller bölgeye yerleştirilen 3 trokar (1 tane 10'luk, 2 tane 5'lik) ile aksiller yapılar gözlemlenmiş, endoskopik yöntemle Level I ve Level II ALND yapılmıştır. Hemostazı takiben aksiller bölgeye dren konularak operasyon sonlandırılmıştır. Klinik olarak hastalarda yara iyileşmesi, kozmetik görünüm, ağrı, hareket kısıtlılığı, takip kriterlerimiz olmuştur. Diseke edilen ortalama lenf nodu sayısı 11,5 (1-21)'dir. Postoperatif kol ve omuzda hareket kısıtlılığı ve ödem görülmedi. Kozmetik olarak sonuçlarımız yüz güldürücü olmuştur. Ortalama ameliyat süresi 95 dakika (Liposuction 20'-35', ALND 60'-75') olarak belirlenmiştir. Bir hastamızda 3 ay sonra aksiller bölgede bir adet palpabl LAP tespit edilmiş, bu hastamıza konvansiyonel aksiller küretaj uygulanmıştır.

Sonuç: Bu yeni teknikle uygun sayıda lenf nodu diseksiyonu yapılabilmektedir. Bu da hastalığın evrelemesini ve lokal kontrolünü yeterli kılmaktadır. Kozmetik açıdan üstünlüğü oldukça açıktır. Operasyon süresinin uzun olmasının yanında, ağrı ve hareket kısıtlılığının hasta tarafından iyi tolere edilmesi bu yöntemin avantajlarından. Zamanla artan vaka sayıları ve takip sürelerinin uzamasıyla, uygun meme kanserli olgularda aksillaya endoskopik yaklaşımların alternatif bir yöntem olarak uygulamaya gireceğine inanmaktayız.

5. SOLİTER PULMONER NODÜLLERİN (SPN) TANI VE TEDAVİSİNDE VIDEO-YARDIMLI TORAKOSKOPİK CERRAHİNİN (VATS) YERİ

Sunucu : S. Cüneyt Aydemir (alpaysorki@yahoo.com)

Yazarlar : A.Örki, H.Kıral, S.C.Aydemir, C.Ş.Dudu, F.İzgi, H.Eryiğit, B.Arman

Heybeliada Göğüs Cerrahi Merkezi

Amaç: Soliter pulmoner nodüller Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahi kliniklerinde oldukça sık rastlanan lezyonlardır. %30-80 malign patolojiye sahip olabilen SPN'lerin erken tanı ve tedavisi büyük önem arz etmekte ve birlikte benign lezyonlarda ise gereksiz torakotomiden kaçınmak gerekmektedir. Bu çalışmada konservatif yöntemlerle (fiberoptik bronkoskopi, trans torasik ince iğne aspirasyonu, tru-cut biyopsi) tanı konamamış SPN'lerin incelenmesinde minimal invaziv teknik olan VATS\ın önemini vurgulamayı amaçladık.

Yöntem: Periferik yerleşimli 24 SPN'li olguya genel anestezi altında, lateral dekübitis pozisyonunda, çift lümenli endotrakeal tüp kullanılarak VATS uygulandı. Hiç bir olguda torakotomiye geçilmedi. **Bulgular:** Hastaların 17'si (%71) erkek, 7'si (%29) kadın, yaş ortalaması 42.3 (21-70) idi. 12 olguda endostapler kullanılarak wedge rezeksiyon, 9 olguda punch biyopsi ve 3 olguda kistotomi yapıldı. Postoperatif patoloji 16 (%66) hastada benign (9 tüberküloz, 3 kist hidatik, 2 interstisyel fibrozis, 1 organize pnömoni), 7(%30) olguda malign (3 primer akciğer kanseri, 2 adeno CA metastazi, 1 renal hücreli karsinom metastazi, 1 small cell CA) olarak rapor edildi. 1 olguda ise patoloji neticesi nekrotik materyal olarak geldi. Buna göre VATS ile tanı oranı %96 (23/24) olarak bulundu. Postoperatif mortalite olmadı, 4 (%16.6) hastada minör komplikasyonlar meydana geldi. **Sonuç:** Konservatif yöntemlerle tanı konamamış soliter pulmoner nodüllü olguların incelenmesinde; sifıra yakın mortalite ve düşük morbidite oranına sahip minimal invaziv bir teknik olan VATS yöntemi ile tanı konmakta ve benign hastalıkların tedavisi yapılabilmekte, dolayısıyla hastalar gereksiz torakotomiden kurtulmaktadır.

6. LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ (Olgu sunumu)

Sunucu : İlker Ersoy ()

Yazarlar : İ. ERSOY*, G. ÖĞÜNÇ*, M. BAYKARA**

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

Böbreğin nefrektomi gerektiren benign lezyonlarında ve donör nefrektomide laparoskopik cerrahi, son yıllarda tüm dünyada yaygın bir uygulama alanı bulmuştur. Bu çalışmada tekrarlayan üriner infeksiyonlara neden olan afonksiyone bir böbreğe başarı ile uygulanan laparoskopik nefroüreterektomi sunulmuştur.

25 y. K. hastada sık tekrarlayan üriner infeksiyon nedeni ile yapılan değerlendirmede ultrasonografisinde sol böbrek boyutları 8x4 cm, korteksi ileri derecede ince ve pelvikalisiyel dilatasyon mevcuttu. Renal sintigrafide sol böbrek GFR' nin ileri derecede azaldığı, sağ böbrek fonksiyonlarının normal olduğu gözlemlendi. Retrograd pyelografide sol tarafta vezikoüreteral reflü saptandı. Sol nefrektomi kararı verilen olguda, lateral pozisyonunda transperitoneal yaklaşımla Toldt hattı boyunca yapılan diseksiyonla kolon mobilize edildi. Retroperitoneal sahaya ulaşıldığında, künt ve keskin diseksiyonlarla renal hilus diseke edildi. Önce renal arter 2-0 ipeklerle laparoskopik intrakorporal suture tekniği ile bağlandı ve kesildi, renal ven için endoskopik lineer kesici stapler kullanıldı. Böbrek diseksiyonunda ultrasonik disektör, hook koter ve makastan yararlanıldı. Üreter mesane yakınına kadar diseke edildikten sonra endoskopik lineer kesici ile kesildi. Böbrek spesmen torbasına alınarak genişletilen trokar kesisinden çıkarıldı. Böbrek lojuna ve sol retroperitoneal sahaya birer dren konuldu. Trokar fasiya kesileri suture edildi. Olgu postoperatif(p.o) 1. gün mobilize edildi ve oral sıvı gıda başlandı. 2. günden itibaren analjezik gereksinimi olmadı. Böbrek lojundaki dreni p.o 3. gün çekildi, 5. gün taburcu edildi. Sol retroperitoneal sahadaki dreni, günlük 50-75 cc' lik drenaj nedeni ile p.o 3 hafta sonra çekilebildi. Bu drenajın sol üreterin mesane yakınına kadar yapılan diseksiyonu ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Bir olguluk deneyimimizin sonucu bize, konvansiyonel nefrektomi deneyimlerimizle karşılaştığımızda, laparoskopik nefrektominin ameliyat sonrası hasta konforu açısından mükemmel olduğunu gösterdi.

7. AKSİLLER YAKLAŞIM İLE ENDOSKOPIK TİROİDEKTOMİ (2 OLGU)

Sunucu : Feyzullah Ersöz ()

Yazarlar : Servet KARAHAN, Feyzullah ERSÖZ, Hasan BEKTAŞ, Turgut ANUK, Savaş BAYRAK

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Dünyada; konvansiyonel cerrahi tekniklerden minimal invaziv cerrahi tekniklere son derece hızlı bir geçiş söz konusudur. Baş ve boyun cerrahisinde endoskopinin kullanımı bu alandaki en yeni gelişmelerden biridir.

Yöntem: Sağ lobda yerleşimli toksik adenoma'lı, 32 ve 38 yaşlarındaki iki kadın hasta ameliyat için hazırlandı.

Sırt üstü yatan hastanın boynu ekstazyona getirildi. Ameliyat edilecek taraftaki kola addüksiyon yapıldı. Aksilladan 25 mm'lik cilt kesisi ile cilt altından boyna doğru tünel oluşturulduktan sonra 10 mm'lik torakar CO2 kaçağını önlemek için Purse-string sütürü yardımı ile yerleştirildi. Bu alan 4-5 mm Hg'lik basınç ile şişirildi. Daha sonra 5 mm'lik ve 10 mm'lik toraklar yerleştirildi. Endoskopik makas ile subplatizmal alan sternokloidomastoid kasa kadar genişletildi. Sternohiyoid kas kesildikten sonra trioid dokusu yukarıya kaldırıldı. Alt pol traksiyona alınıp reküren sinir, arter ve paratiroid dokular vizualize edildi. İstmus kesilip adenom tarafındaki lob trakeadan yeterince diseke edilerek ultrasonik makas ile hemitiroidektomi uygulandı. Rezeke edilen doku 25 mm'lik kesi yerinden çıkartıldı. Diseksiyon alanına dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı.

Bulgular: Postoperatif dönem her iki hastamızda da oldukça memnuniyet vericiydi. Ortalama operasyon süresi 3 saatti. CO2 de bağlı hiperkapni sorunu gözlenmedi. Basınç 4-5 mm Hg da tutulduğu için, cilt altı amfizemi sorun yaratmadı.

Sonuç: Ameliyat süresinin uzunluğunu ve karşı taraftaki lobun zor eksplere edilebilmesini deneyimlerimizin artışı ile aşılabacağına inanmaktayız. Endoskopik aksiller tiroidektomi yöntemi; boyunda insizyona gerek duyulmamasına, kesi yerinde uyuşukluk ve ağrı hissedilmemesine, aksilladaki kesilerin gizli kalmasına imkan sağlamaktadır. Bu durum minimal skarları dahi kabullenmeyen insanlar için oldukça sevindirici bir yöntemdir.

8. EL YARDIMLI VIDEOENDOSKOPIK CERRAHİ

Sunucu : Feyzan ERCAN (mberber@item.com.tr)

Yazarlar : Metin BERBEROGLU

İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi

Giriş: El Yardımlı Laparoskopik Cerrahi dokunma hissinin tekrar kazanıldığı bir teknik olarak gündeme gelmektedir. Operasyonun herhangi bir aşamasında en azından bir elin içeri girceği kadar bir insizyonun yapılmasını gerektiren olgularda uygulanması çok uygun bir tekniktir.

Teknik: Karın duvarında uygun bir yerden bir elin içeri girmesini sağlayacak bir insizyon yapılır ve gaz kaçmasını engelleyecek Hand Port (Applied Medical) cihazının uygulaması yapılır. Diğer trokarlar gereken yerlere takılır ve ensüflasyona başlanarak gerekli cerrahi müdahale yapılır.

Operasyon sırasında karın içerisine açık cerrahide kullanılan el aletleri de sokularak kullanılabilir.

Yorum: Bu tekniğin en büyük üstünlüğü klasik laparoskopide kaybedilen dokunma hissinin tekrar kazanılması olmakla birlikte tekniğin dezavantajı operasyonda en azından bir elin içeri girmesini sağlayacak bir insizyonun yapılma zorunluluğudur. Bu nedenle endikasyon böyle bir insizyonun zorunlu olduğu radikal nefrektomi, distal pankreatektomi ve splenektomi gibi operasyonlarla sınırlı kalmaktadır.

9. PNEUMOPERİTONEUM OLUŞTURMADA VERRER İĞNESİ TEKNİĞİ İLE MODİFİYE EDİLMİŞ HASSON TEKNİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu : Feyzullah Ersöz ()

Yazarlar : Feyzullah ERSÖZ, Mehmet İ. CANSUNAR, Hasan BEKTAŞ, Turgut ANUK, Servet KARAHAN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Laparoskopik cerrahide pneumoperitoneum oluştururken batin içi organ ve damar yaralama olasılığı halen önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu çalışmamızdaki amaç; Verres iğnesi ile modifiye ettiğimiz Hasson tekniğini karşılaştırmaktır. (Prospektif çalışma)

Yöntem: Daha önce abdominal cerrahi girişim geçirmemiş; obezite, yaş ve diğer özellikleri benzer olan doksan hasta çeşitli laparoskopik işlemler için hazırlandı. İlk grup hastaya umblikusun altından 10 mm'lik transvers kesi yapıldı. Kesinin iki tarafındaki cilde çamaşır klempı tutturularak abdominal duvar elevasyonu sağlanmaya çalışılarak, Verres iğnesi ile batına girildi. CO2 gazı ile pneumoperitoneum oluşturularak, 10 mm'lik ilk trokar batına girildi. Diğer grup hastaya da yine umblikus altından transvers cilt insizyonu uygulandı. Rektus ön kılıfına ulaştıktan sonra rektus fasyası iki adet Kocher klempı ile kaldırılıp, batin ön duvarı elevasyonu sağlanarak, 10 mm'lik trokar ile batına girildi. CO2 gazı ile pneumoperitoneum oluşturuldu. Kullandığımız tekniği Hasson tekniğinden ayıran en önemli fark; Rektus ön fasyasına kesi yapılmamış olmasıdır.

Bulgular: Verres iğnesi kullanılan yöntemde majör ve minör komplikasyon oranları, modifiye ettiğimiz Hasson tekniğine göre oldukça fazla (0.05). Verres iğnesi kullanılan yöntemde optiğin batına girişine görüldü (p kadar geçen süre 6 dk. ile 17 dk. arasında değişmekteydi. Diğer yöntemde ise bu süre 1.5 dk. ile 4 dk. arasında idi. İki grup karşılaştırıldığında; laparoskopik 0.01). ameliyata başlama süresi anlamlı derecede farklı saptandı (p

Sonuç: Modifiye ederek uyguladığımız Hasson yöntemi ile pneumoperitoneum oluştururken majör ve minör komplikasyon oranlarının yok denecek kadar az olması, yöntemin basitçe uygulanabilirliği, laparoskopik işleme başlama süresini anlamlı oranda azaltması, hastanın daha az anestezi altında kalması ve dolayısıyla hastane masraflarını düşürmesi; geliştirdiğimiz yöntemin güvenle uygulanmasına olanak sağlamaktadır.

10. İntra ve Ekstraperitoneal Karbondioksit İnsüflasyonunun Perioperatif Kan Gazlarına Etkileri

Sunucu : Mefkür BAKAN (snrdemirogluk@hotmail.com)

Yazarlar : Şener DEMİROLUK, Ziya SALİHOĞLU, Mefkür BAKAN, Pervin BOZKURT

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

Bu çalışmada, laparoskopik cerrahilerde intraperitoneal ve ekstraperitoneal CO2 insüflasyonunun ameliyat sırasında ve sonrasında kan gazlarına olan etkileri araştırıldı.

Çalışmaya, ASA sınıflamasına göre I. -II. gruplarda, elektif intraperitoneal kolesistektomi (Grup K, n=20) ve ekstraperitoneal inguinal herni (Grup H, n=20) ameliyatları uygulanan 40 hasta dahil edildi. Bütün hastalara standart anestezi tekniği ve ventilasyon parametreleri uygulandı. İntraabdominal ve preperitoneal bölge basınçları 12 mmHg'da sabit tutulurken, akım 2 L/dak kullanıldı..

Anestezi indüksiyonundan 10 dakika sonra (A), insüflasyon başlamasından 10 dakika sonra (B), desüflasyondan 10 dakika sonra (C) ve ameliyat bitiminden 30 dakika sonra derlenme odasında (D) arter kan gazları analizi yapıldı.

Karbondioksit değerleri Grup K için sırası ile 36.8 ± 4 , 39.6 ± 5.9 , 40.7 ± 4.4 , 42.3 ± 4.8 mmHg, Grup L için sırası ile 35.8 ± 3.9 , 37.4 ± 4 , 42.8 ± 6.6 , 46.2 ± 5.9 mmHg olarak saptandı. PaCO2 değerlerinde, ameliyat sonrası dönem hariç, iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0.05$). D dönemi PaCO2 değerlerinde C dönemine göre, Grup H'de anlamlı yükseklik tespit edildi ($p < 0.05$).

Çalışmamızda; ekstraperitoneal CO2 insüflasyonunun PaCO2 değerlerinde ameliyatta başlayan ve ameliyat sonrası dönemde de devam eden artışa neden olduğu belirlendi. Bu nedenle erken ameliyat sonrası dönemde bu hastalarda ayrıntılı monitorizasyon ve kan gazı izlenilmesinin yararlı olabileceğini düşünüyoruz..

11. Laparoskopik Kolesistektomi'de Hemodinamik Değişikliklerin Non-invaziv Cardiyak Output (CO) Monitorü ile İzlenmesi

Sunucu : A. Polat Düzgün (hkulac@basari.net.tr)

Yazarlar : A. Polat Düzgün, B. Külah, H. Kulaçoğlu, D. Albayrak , S. Uzun, M.M Özmen, F.Coskun.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç:Laparoskopik cerrahide özellikle CO2 pneumoperitoneumunun oluşturduğu kardiyak ve pulmoner değişiklikler üzerinde durulmuş ve bunların takibi için bazı noninvaziv hemodinamik monitorizasyon yöntemlerinin özellikle ciddi kardiyovasküler yandaş hastalığı olup laparoskopik cerrahi yapılacak olgularda cerrahi ve anestezi ekibine yardımcı olabileceği düşünülmüştür.

Bunlardan biri NICO-Novamatrix non invaziv kardiyak output monitörüdür.

Bu pilot çalışmada, noninvaziv kardiyak output monitorizasyonunun laparoskopik kolesistektomi yapılan olgulardaki değeri incelenmiş ve literatürdeki invaziv monitorizasyon yöntemleri kullanılan serilerle karşılaştırılmıştır.

Yöntem: ANEAH 3.Cerrahi Servisinde taşlı kese nedeni ile laparoskopik kolesistektomiye karar verilen ve anestezi konsültasyonu ile ASA risk I ve II olduğu belirlenen 10 hasta çalışmaya alındı. Bunların 8'i erkek 2 si kadın ve ortalama yaş 42 (31-60) idi. Tüm hastaların operasyonuna horizontal pozisyonda başlandı, insüflasyon sonrası gerektiğinde ters Trendelenburg (baş 20° yukarı) pozisyonuna getirildi Hastalar ameliyat sırasında Non invaziv Kardiyak Output (NICO) cihazı ile monitorize edildi. Kardiyak output (CO), kardiyak indeks (CI), kalp hızı, stroke volüm(SV), arteriyel oksijen saturasyonu(SO2), alveol dakika hacmi, pulmoner kapiller kan akımı(PCBF), ortalama hava yolu basıncı(MAP), dinamik uygunluk(Cdyn) ve end-tidal CO2 (ETCO2) parametreleri ölçüldü.

Ölçüm sonuçları SPSS 9.05 for Windows 98 programına kaydedildi ve istatistiksel analizi yapıldı.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 70dk.(30-90) idi. Tüm hastalar postoperatif 1. gün taburcu edildi. CO ve stroke volüm tüm hastalarda insüflasyondan sonra önemli ölçüde azalırken desüflasyon sonrası normal seviyelere döndü. CI insüflasyondan hemen sonra azalmaya başladı, pnömoperitoneum sırasında düşük kaldı ve desüflasyondan sonra artış gösterdi.Kalp hızı ve O2 saturasyonunda ise değişiklik izlenmedi. İnsüflasyondan sonra alveol dakika hacmi ve pulmoner kapiller kan akımı çok az miktarlarda azaldı. İnsüflasyon sonrası hava yolu basıncında anlamlı bir artış görüldü (p< 0.001). Desüflasyon sonrası bu artış insüflasyon öncesi değere geri döndü ,dinamik uygunluk insüflasyonu takiben anlamlı ölçüde azaldı ve desüflasyona kadar sabit kaldı. Desüflasyon sonrası ise ilk değere yakın ölçüldü (p<0.05). End-tidal CO2 insüflasyon sonrası anlamlı ölçüde arttı ve desüflasyon sonrası yüksek olarak kaldı (p< 0.05).

Sonuç: NICO monitorizasyonu noninvaziv olması, kolay uygulanabilmesi ve sonuçlarının güvenilir olması nedeni ile laparoskopik cerrahide karbondioksit peritoneumu sırasında meydana gelebilecek hemodinamik parametrelerdeki değişikliklerin sürekli monitorizasyonuna olanak sağlamaktadır.

12. LAPAROSKOPİK CERRAHİDE VAPOR-PULSE KOAGULASYON

Sunucu : Metin BERBEROGLU (mberber@item.com.tr)

Yazarlar : Feyzan ERCAN

Ileri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi

Giriş: Laparoskopik.cerrahide bipolar koterizasyon tartışmasız olarak birçok üstünlüğe sahip bir teknolojidir. Gelişen teknoloji endoskopik cerrahi alanına yeni bir uygulama sunmaktadır.

Teknik: Her iki elektrodun el aletinin üzerinde olduğu bipolar tekniğin yeni geliştirilmiş bir versiyonudur. Elektrodlar arasında enerji 1 sn kadar uygulanır ve 1 sn kadar bekleme dönemi bırakılır. Doku kalınlığına ve yapısına göre bu siklus 6 ile 10 kez tekrarlanır. Her bir siklusta doku empedansının defalarca ölçülmesi ile verilen enerji otomatik olarak ayarlanır. Bu video sunumunda enerji seviyesi düşük, daha az duman çıkaran ve çok etkin hemostaz sağlayan bu teknolojinin kullanıldığı bazı operasyon tekniklerinin örnekleri sunulacaktır.

Sonuç ve Yorum:

Bu enerji uygulama biçimi monopolar ve bipolar uygulamaların önüne geçecek bir teknoloji izlenimi vermektedir.

13. Mezenter Kistlerinde Laparoskopik Yaklaşım

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

Yazarlar : Abdullah İçci, Hasan Karanlık, Mesut Parlak, Mustafa Keçer, Vahit Özmen, Mahmut Müslümanoğlu, Işıl Çelikel Ayalp, Cumhur Değer

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD.

Amaç: İntraabdominal kitlelere laparoskopik yaklaşımla teknik ayrıntıları ve yapılabilirliğini belirtmek amacıyla yaptığımız mezenter kistlerini sunmayı amaçladık

Metod: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD C Servisince Laparoskopik total kist ekizyonu yapılmış 3 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Olguların tümü kadın olup, bir olgu retroperitoneal yerleşimli dev surrenal kisti diğer iki olgu ise mezenter kistiydi. Mezenter kistlerinin birisi sağda diğeri ise solda yerleşimliydi. Hiçbir olguda komplikasyon gelişmedi. Ortalama hastanede kalma süresi iki gündü.

Sonuç: Batın içi yerleşimli mezenter kistlerin içi sıvının aspire edilmesini takiben laparoskopik olarak kolaylıkla total olarak eksize edilebildiği alternatif bir tedavi yöntemidir.

14. Laparoskopik Girişim Sonuçlarımız

Sunucu : Hüseyin AKYOL (husakyol@hotmail.com)

Yazarlar : Hasan Fehmi KÜÇÜK, Necmi KURT, Hüseyin UZUN

Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Servisi

Amaç: Kliniğimizde yapılan laparoskopik girişimlerini ve sonuçlarını incelemektir.

Yöntem: 29-2-201 / 5-3-2002 tarihleri arasında Dr. Lütfü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Genel Cerrahi servisinde yapılan laparoskopik ameliyatları hasta dosyaları incelenerek retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Kliniğimizde bir yılda yapılan laparoskopik ameliyat sayısı 83 dür.Bu ameliyatların 70'i kolesistektomi ,11'i herni operasyonu,1'i splenektomi ve 1 adet diagnostik laparoskopik LAP eksizyonudur.Hastalarda ortalama yaş 52.9 yıl ve E/K:34/49 ' dır.

10 hastaya akut kolesistit, 60 hastaya kronik kolesistit tanısıyla laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Kronik kolesistit tanısı konan hastaların 33'ü daha önce akut kolesistit atağı geçirmişlerdi.Hastaların batın USG'inde 30 tanesinde multipl kalkül, 30 tanesinde 1-4 kalkül, 1 tanesinde sludge,2 tanesinde polip ve 4 tanesinde taş saptanmıştır.Hastaların 10 tanesine koledokolithiasis ve/ veya akut pankreatit nedeniyle ERCP yapılmış ve daha sonra kolesistektomi uygulanmıştır.

Hastaların 10 tanesinde diabetes mellitus mevcuttu. 5 hatada umbilikal herni ve 21 hastada laparotomi öyküsü mevcuttu.

Laparoskopik kolesistektomi operasyonlarındaki ortalama ameliyat süremiz 70 (20-90) dk idi.

Hastaların 18' inde iatrojenik olarak safra kesesi perforasyonu meydana gelmiştir.Acil vakalardan birinde kanama kontrolü ve birinde safra kesesinin batın içine düşmesi nedeniyle laparotomi uygulanmıştır.Hastaların 10 tanesine laparoskopik olarak dren konulmuş ve bunların 8'i ertesi gün çekilmiştir. 2 hastada safra kaçağı tespit edilmiş ve ERCP yapılarak kaçak tedavi edilmiştir. 8 hastada torakar giriş yerinde enfeksiyon saptandı.36 hastada ise tedavi dozunda antibiyotik verildi.

Hastaların ortalama yatış süresi 2 gün idi. Safra kaçağı olan bir hasta 10 gün yattı.

Laparoskopik herni onarımı yapılan 11 hastada E/K:9/2 idi. Bu hastaların yaş ortalaması 53 idi..

Hastaların 6 tanesi indirek(1 tanesi bilateral), 3' ü direk(1 tanesi bilateral), 1 tanesi femoral herni idi.Hastalardan sadece biri daha önce herni nedeniyle iki kez ameliyat edilmişti. Ameliyat süresi ortalama 70(40-100) dk idi. Hastaların postoperatif yatış süresi 1 gündür.Vakaların 2 tanesinde

açığa geçilerek ameliyat tamamlanmıştır.Hiçbir vakada postoperatif komplikasyon gelişmedi.Hastaların 8'ine profilaktik, 3'ünde tedavi dozunda antibiotik uygulanmıştır.

Otoimmün hemolitik anemi nedeniyle 1 hastaya splenektomi, 1 hastayada diagnostik amaçlı lenfadenopati eksizyonu uygulandı.

Sonuç: Laparoskopik girişimler konvansiyonel ameliyatların yerini almaktadır.Özellikle kolelithiazis olgularında altın standart olmuştur.

15. İLERİ YAŞTA LAPAROSKOPİK İŞLEMLERİN YERİ

Sunucu : Fehmi ÇELEBİ (fcelebi@atauni.edu.tr)

Yazarlar : A.Ahmet BALIK, Gürkan ÖZTÜRK, S. Selçuk ATAMANALP, Durkaya ÖREN

Atatürk Ü.Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: İleri yaştan laparoskopik işlemler için risk oluşturup oluşturmadığını araştırmaktır.

Hastalar ve Yöntem: Mayıs 1993 ile Aralık 2001 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 815 hastaya laparoskopik cerrahi işlem yapıldı. Hastalar 50 yaş altı, 50-70 yaş ve 70 yaş üzeri olmak üzere 3 grupta incelendi. Dosya kayıtları; yapılan cerrahi işlemler, cerrahi endikasyon, açığa geçiş, kan transfüzyonu ihtiyacı, ameliyat süresi, morbidite, mortalite ve hastanede kalış süresi bakımından incelendi. Sonuçlar istatistiksel olarak χ^2 ile değerlendirildi. Bulgu ve Sonuçlar: Erkek kadın oranı 0.22 idi. Elli yaş altı grupta 458 (%56.2), 50-70 yaş grubunda 298 (%36.6) ve 70 yaş üstü grupta 59 (%7.2) hasta yer almaktaydı. Endikasyon hastaların 745'inde kronik kolesistit, 41'inde akut kolesistit (gruplarda sırasıyla(GS) 15, 19, 7), 10'unda ingüinal herni, 7'sinde akut apandisit, 6'sında kese polipi, 2'sinde ülser perforasyonu, 2'sinde diagnostik, birer hastada ise hiatal herni ve omentektomi idi. Çeşitli nedenlerden dolayı 19 hastada (%2.3) açığa geçildi (kolesitektomi 17, apendektomi 1, ülser perforasyonu tamiri 1 ve dağılımı GS 10, 6 ve 3). Hastaların hiç birinde kan transfüzyonu ve yoğun bakım ihtiyacı olmadı. Ameliyat süresi bakımından gruplar arasında fark yoktu ve ameliyat süresi ortalama 85 dakika olarak saptandı (45-210 dakika). Mortalitemiz olmazken, komplikasyon olarak (%2.0) trokar yerinde biri yaşlı 9 hastada enfeksiyon ve genç bir hastada kanama, 5 hastada cilt altı amfizemi ve 2 hastada erken dönem safra kaçağı saptandı (GS 7, 9, 1). Komplikasyonlar medikal tedavi ile düzeldi. Akut kolesistitlerde, enfekte-ampiyemli perfore olan keselerde ve kanama şüphesi olan 135 (%16.5) hastada 5 mm'lik trokardan karına dren kondu (GS 63, 57, 15). Toplam 20 hastaya (%2.4) kolesitektomiye ek olarak umbilikal herni tamiri (GS 14, 4 ve 2) ve 8 hastaya (%1.0) peroperatuar kolanjiografi yapıldı (GS 3, 5, 0). Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 3.3 gün (1-23) olmakla birlikte yaşlı ve dren konulan hastalarda daha uzun olarak saptandı (GS 2, 3, 5 gün). Gruplar arasında açığa geçme, ek işlem ve komplikasyon oranları bakımından istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0.05$) ancak dren kullanımı ($p<0.05$), kolesitektomi dışı işlem ($p<0.05$) ve akut/kronik kolesistit ($p<0.01$) bakımından istatistiksel olarak fark saptanmakla birlikte oransal olarak bu fark ileri yaşta akut/kronik kolesistit oranı dışında düşük bulundu.

Sonuç olarak ileri yaş hasta oranımız düşük olmakla birlikte, ileri yaşta yaptığımız laparoskopik işlemlerde hastanede daha uzun kalış süresi hariç genç hasta grubuna benzer sonuçlar elde ettik. İleri yaştaki hastalara iyi bir ameliyat öncesi hazırlıktan sonra laparoskopik işlemler yapılabilir.

16. DİAGNOSTİK LAPAROSKOPİ UYGULAMALARIMIZ

Sunucu : Refik AYTEN (drotopuz@yahoo.com)

Yazarlar : Ziya ÇETİNKAYA, Yavuz Selim İLHAN, Ömer TOPUZ, Osman DOĞRU, Nurullah BÜLBÜLLER

Fırat Ü. Genel Cerrahi nabilim D.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1997-2002 tarihleri arasında 6'sı elektif, 15'i acil şartlarda olmak üzere 21 olguya diagnostik laparoskopi uygulandı. Laparoskopi elektif olguların 2'sine pankreas korpus Ca. nedeniyle evreleme için, 2'sine Tüberküloz peritonit ön tanısıyla, birine asit etiolojisi, birine de karaciğerde kitle ön tanısı nedeniyle uygulandı. Pankreas korpusunda Ca olan hastalarda preoperatif dönemde tanısız çalışmalarda karaciğer metastazı gösterilememiş olup, laparoskopi ile karaciğer metastazı saptanması nedeniyle hastaya laparotomi uygulanmamıştır. Tüberküloz ön tanılı hastalarda laparoskopik olarak peritoneal biyopsi alınarak tüberküloz teşhisi doğrulanmıştır. Asit etiolojisi nedeniyle laparoskopi uygulanan hastada asitin nedeninin peritonitis karsinomatoza olduğu açıklığa kavuşturulmuştur. Karaciğerde kitle nedeniyle daha önce 2 kez perkütan biyopsi alınan, ancak tanı konulamayan hastada laparoskopik biyopsi alınarak patolojik inceleme sonucu karaciğere invazyon yapmış liposarkom olduğu anlaşılmıştır. Acil olguların ise 6'sında akut karın ağrısında ayırıcı tanı amacıyla, 2'sinde peritona penetre kesici delici alet yaralanması, 2'olguda redükte olmuş inkarsere herni hikayesi olan akut karın ağrısı, bir olguya da postoperatif dönemde gelişen akut karın ağrısı nedeniyle laparoskopi uygulandı. Acil diagnostik laparoskopi, 3 olguyu gereksiz laparotomiden korumuş(2'si peritona penetre kesici delici alet yaralanması olan hastada karın içi organlar normal gözlenmiş, bir hastada ise akut karın ağrısının nedeninin PID olduğu saptanmıştır), 2 olguda akut apandisit saptanarak laparoskopik apendektomi uygulanmış ve diğerlerinde laparotomi için insizyon seçiminde faydalı olmuştur. Sonuç olarak diyagnostik laparoskopi tanı zorluğu olan karın içi patolojilerde uygulanması gereken minimal invazif bir yöntemdir.

17. LAPAROSKOPİK GİRİŞİMLERDE BÜYÜK DAMAR YARALANMALARINA YAKLAŞIM

Sunucu : Murat Aksoy (maksoy@turk.net)

Yazarlar : R Güloğlu, O Asoğlu, Ş Dilege, K Taviloğlu, C Ertekin, M Özgür

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç Genel cerrahi, üroloji ve jinekolojide laparoskopik girişimlerde ender olmakla birlikte ölümcül seyredabilen karın içi büyük damar yaralanmaları görülebilmektedir. Çalışmanın amacı laparoskopik girişimlerde gösterilmesi gereken dikkatin ve iatrojenik damar yaralanmalarındaki gerekli girişimlerin irdelenmesidir.

Yöntem 1994-2002 yılları arasında laparoskopik cerrahi girişim sırasında karın içi büyük damar yaralanması saptanan 5 olgunun kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olgularda yaralanma tipi, yaralanan damar, yapılan cerrahi girişim, transfüzyon miktarı, ameliyat sonrası durum ve hastanede kalış süresi değerlendirildi.

Bulgular Beş olgunun 3'ü (% 60) erkek, 2'si (% 40) kadındı. Olguların tümünde yaralanma umbilikal trokarın yerleştirilmesi sırasında gelişmişti. Dört (%80) olguda kanamanın fark edilmesi üzerine laparotomi yapıldı. Son olgu başka bir merkezde yapılan laparoskopik aort yaralanmasına yönelik laparotomi ve aortorafi sonrası akut ekstremitte iskemisi ve paraparezi ile başvurdu. İki olguda (% 40) aort yaralanması, iki olguda (% 40) a.iliaca com. yaralanması, bir olguda (% 20) iliak arter ve ven yaralanması tespit edildi. Bir olguda primer onarım, 1 olguda patchplasti ve 3 olguda PTFE interpozisyonu uygulandı. Ortalama 2.40 Ü kan transfüzyonu yapıldı. Olguların tümü damar komplikasyonu gelişmeden ortalama 7 gün sonra taburcu edildi.

Sonuç Laparoskopik girişimlerdeki daha titiz çalışmalar gelişebilecek komplikasyonları önleyerek morbidite ve mortalite oranlarını düşürecektir.

18. ÖZOFAGUS LEİOMYOMUNUN LAPAROSKOPİK ENÜKLEASYONU (OLGU SUNUMU)

Sunucu : A. BAŞKENT (ahmetbaskent@ixir.com)

Yazarlar : S.KARAHAN, H. BEKTAŞ, A. BAŞKENT, F. ERSÖZ, A.H. İSMAİLOĞLU

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Özofagusun en sık görülen benign lezyonu leiomyomdur. Özofagusun düz kaslarından orijin alır. Büyüyerek lümeni daraltır. Mukoza normaldir, fakat nadiren büyüyen lezyonun basısı sonucu ülserasyonlar oluşabilir. Prekanseroz değildirler. Asemptomatikler, fakat büyüyüp lümeni daralttıkları zaman disfaji oluşturlar. Genellikle lezyonun proksimalinde dilatasyon görülmez ve motilite bozuklukları oluşturmazlar. İnsidental veya semptomatik vakalarda endoskopik, endosonografik ve/veya radyolojik olarak tanı konulur. Biopsi alınmamalıdır. Semptomatik vakalarda lezyon cerrahi olarak (konvansiyonel veya endoskopik) çıkartılır.

Olgu: 37 yaşında bayan hasta, yaklaşık 1 yıldır devam eden yutma güçlüğü, gıdaların yemek borusunda takılma hissi mevcut. Bu şikayetleri için yapılan endoskopik muayenelerde özofagus alt uçta submukozal kitle (Leiomyoma?), endoskopik biopsi normal özofagus mukozası, toraks MR'da özofagus alt uçta duvarda 4 cm çapında kitle, baryumlu özofagus-mide pasaj grafisinde özofagus alt uçta lümeni daraltan düzgün konturlu kitle mevcuttur. Hastaya daha önce sağ subkostal insizyon ile kolesistektomi uygulanmıştı. Preoperatif hazırlık ve premedikasyonu takiben genel anestezi altında 2 tanesi 10'luk, 2 tanesi 5'lik olmak üzere 4 adet trokar ile batına girildi, endoabdominal fasya açılarak gastroözofageal bileşke bulundu, buranın 2 cm proksimalinden intramural yerleşimli kitle enükleasyon ile çıkartıldı. Postoperatif 2. gün oral beslenmeye geçildi, 5. gün taburcu edildi. Patolojik tanı; leiomyom olarak geldi.

Sonuç: Bu olgumuzda endoskopik cerrahi tedavinin üstünlüklerinin tamamını özofagus leiomyom enükleasyonu ile gördük.

19. LAPAROSKOPİK TRANSHİATAL TOTAL ÖZEFAJEKTOMİ

Sunucu : Serdar KAÇAR (hilmiserdar@ixir.com)

Yazarlar : Nihat ZALLUHOĞLU, Murat DOĞAN, Hakan ADAGÜLÜ, Mehmet KAHYA, Murat ÇAYCI

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği

Amaç: Açık cerrahi yöntemlerle yapılan özefagus rezeksionları, morbidite oranlarının fazla olduğu ve hastaların ameliyat sonrası normal aktivitelerini yapabilmelerinin geciktiği ameliyatlardır. Laparoskopik yöntemlerin gelişmesiyle özefagus rezeksiyonları daha düşük morbidite oranlarıyla bu yöntemle yapılabilir hale gelmiştir ancak bildirilmiş geniş seriler bulunmamaktadır. Bu sunumda, özefagus kanseri nedeniyle laparoskopik transhiatal total özefajektomi yaptığımız bir hastanın sonuçlarının bildirilmesini amaçlamaktadır.

Yöntem ve çıkarımlar: 60 yaşında kadın hastaya özefagus 26-30'uncu cm'ler arasında epidermoid karsinom nedeniyle preoperatif radyoterapi gördükten sonra laparoskopik yöntemle transhiatal total özefajektomi uygulandı. 7 saat 15 dakika süren operasyon sırasında herhangi bir peroperatuvar komplikasyonla karşılaşılma. Postoperatif dönemde şilotoraks gelişen hasta konservatif yöntemle tedavi edildi ve postoperatif 26. gün sorunsuz taburdu edildi. Şuanda 22. ayında olan hastanın herhangi bir problemi bulunmamaktadır.

Sonuç: Laparoskopik özefajektomi teknik olarak zor ancak uygulanabilir ve güvenli bir cerrahi yöntemdir. Ameliyat süresi uzun olmasına rağmen açık cerrahi ile karşılaştırıldığında postoperatif hastanede yatış süresinin daha kısa olması ve hastaların günlük aktivitelerine daha çabuk dönebilmeleri nedeniyle tercih edilebilecek bir yöntemdir. Bu nedenle palyatif rezeksionlarda laparoskopik cerrahi tercih edilebilir. Ancak, kûratif kanser cerrahisinde, laparoskopik yöntemlerin güvenilirliğinin geniş serilerle bildirilmesine kadar açık cerrahi standart cerrahi tedavi yöntemi olmaya devam edecektir.

20. TOTAL INTRAABDOMINAL LAPAROSKOPİK BILLROTH II GASTREKTOMİ (Olgu sunumu)

Sunucu : Güner Öğünç (ogunc@med.akdeniz.edu.tr)

Yazarlar : G. ÖĞÜNÇ*, C.ARICI*, M. MERİÇ**

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Geniş mide rezeksiyonları ve rekonstrüksiyonlarının laparoskopik yöntemle yapılabilirliği 1992 yılında tanımlanmış olmasına karşın uygulanırlığı yavaş olmuştur. Bu çalışmada başarı ile yapılmış laparoskopik total intraabdominal Billroth II mide rezeksiyonu sunulmuştur.

62y, K. hasta taze kan kusma yakınması ile kliniğimize başvurdu. Aynı yakınma ile 4 ay önce hastanede yatırılarak medikal tedavi uygulandığını ifade eden olgunun gastroskopisinde mide küçük kurvatüründe 3 cm çapında lümen protrüzyon gösteren, ortası çökük ve ülser kitle saptandı. Son 4 ayda 12 kg zayıflamış olguya laparoskopik mide rezeksiyonu planlandı. 4' ü 10 mm diğeri 12 mm olan toplam 5 trokar kullanıldı. 30 o videolaparoskop ile yapılan gözlemede mide distali küçük kurvatür lokalizasyonunda kitle gözlemlendi. Büyük kurvatür diseksiyonu, duodenum mobilizasyonu ve küçük kurvatür diseksiyonu, duodenum traseksiyonunu takiben 2/3 mide rezeksiyonu tamamlandı. Gastrojenostomi antekolik izoperistaltik olarak intraluminal stapler kullanılarak yapıldı. Ameliyat süresi 4.5 saat idi. Postoperatif 6 saat sonra gastrointestinal fonksiyonlar başladı. Olgu 1. gün mobilize edildi. 2. gün NG sondası çekildi, 2. günden sonra analjezik gereksinimi olmadı. 3.' ü gün oral sıvı gıda başlandı. 5. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Histopatolojik tanı benign stromal tümör olarak rapor edildi. 1,5 yıldır takibimizde olan olgunun gastrik yakınması olmadı. Bir olguluk deneyimimiz, ameliyat süresinin uzun, maliyetinin yüksek, cerrahi eğitimin uzun ve pahalı olmasına karşın, laparoskopik geniş mide rezeksiyonunda postoperatif gastrointestinal fonksiyonların çok erken dönemde başladığını, oral beslenmeye erken geçilebildiğini, mobilizasyonun erken sağlanabildiğini, analjezik gereksiniminin az olduğunu, solunum problemlerinin görülmediğini, hasta konforunun mükemmel olduğunu gösterdi.

21. ÖZOFAGEAL EPİFRENİK DİVERTİKÜLÜN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ (OLGU SUNUMU)

Sunucu : H.BEKTAŞ (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar : S.KARAHAN, H. BEKTAŞ, M.İ. CANSUNAR, N. GÖZCÜ, K. TEKEŞİN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği

Giriş: Özofagusun epifirenik divertikülü (ÖED) nadir rastlanan bir hastalıktır. En sık yerleşim yeri alt özofagusun 10 cm\lik kısmındadır. Patogenezi hala belirsizdir. ÖED ile birlikte hemen daima özofagus motor fonksiyon bozukluğu da vardır. Müsküler tabakadaki defektten çıkan mukoza ve submukozanın herniasyonu muhtemelen özofageal motor aktivitenin uzun süreli bozulmasından kaynaklanmaktadır. Tanı; özofagusun radyolojik, endoskopik, manometrik çalışmalar ve 24 saatlik pH monitörizasyonu ile konur. Cerrahinin semptomatik hastalar için saklanması konusunda fikir birliği mevcut ise de uygun tedavisi tartışmalıdır. 3 cerrahi tedavi seçeneği vardır; 1-Arkus aortadan kardianın 1,5 cm altına kadar uzanan miyotomi ile birlikte divertikülektomi ve antireflü işlemi, 2-Manometrinin sonuçlarına göre ayarlanmış miyotomi ile birlikte divertikülektomi ve antireflü işlemi ve 3-Motor abnormalite saptanmamış ise sadece divertikülektomi.

Olgu: 59 yaşında erkek hasta, yaklaşık on yıldır devam eden yutma güçlüğü, geğirme, ağız kokusu şikayetleri mevcut. Bu şikayetleri için yapılan özofagus pasaj grafisinde özofagus alt kısmında 6 cm çapında divertikül, endoskopik muayenede kesici dişlerden itibaren 35. cm\de geniş ağızlı 5-6 cm çapında divertikül mevcut. Preoperatif hazırlık ve premedikasyonu takiben üçü 10 mm\lik ve ikisi 5 mm\lik trokarlarla batına girildi. Pneumoperitoneum sağlanarak endoabdominal fasya açıldı, gastro-özefageal bileşke (GÖB) serbestleştirildi. Özofagus askıya alındı. GÖB\den ve ön nervus vagusun sol yanından özefagus boyunca yaklaşık 10-12 cm miyotomi yapıldı, Sağda GÖB\den yaklaşık 5 cm proksimalde divertikül prepare edildi ve Endo GIA ile divertikülektomi yapıldı. Ayrıca anteriordan parsiyel fundoplikasyon eklendi. Hemostazi takiben dren konarak operasyona son verildi. Postoperatif komplikasyon çıkmayan hastanın 3. gün dreni alındı, 7. gün oral gastrografi ile pasaj grafisinden sonra oral gıdalara başlandı ve 10. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi. Patolojik tanı, Özofagus divertikülektomi; divertiküle uyan bulgular.

Sonuç: Özofagusun epifirenik divertikülünün nadir görülmesinin yanında, laparoskopik olarak divertikülektomi, miyotomi ve fundoplikasyon şeklinde üçlü girişimi yayınlamayı uygun gördük.

22. Laparoskopik Nissen Funduplikasyon

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

Yazarlar : Vahit Özmen, Abdullah İçci, Mahmut Müslümanoğlu, Görkem Özgen, Mustafa Keçer, Mesut Parlak, Işıl Çelikel Ayalp, Hasan Karanlık

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Laparoskopik Nissen Funduplikasyonu, (LNF) gastroözofageal reflü hastalığının (GERH) tedavisinde son yıllarda önerilen bir tedavi seçeneğidir. Cerrahi tedavisindeki amaç mide içeriğinin özofagusa reflüsünü önleyen yeni bir bariyer oluşturmaktır.

Metod: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD C Servisinde 1992-2001 yılları arasında Laparoskopik antireflü girişimi (Nissen Funduplikasyon) yapılmış 60 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 34'ü kadın (%56.7), 26'sı erkek (% 43.3) olup ortalama yaş 43'tür. (17-71) Tüm olgulara preoperatif endoskopi ve özofagus biyopsisi uygulanırken, özofagus pasaj grafisi, monometrik ve pH incelemesi seçilmiş vakalara uygulandı.

Sonuçlar: 57 olguda (% 95) GERH, 3 olguda (%5) ise büyük paraözofageal herni tanısıyla LNF uygulandı. Büyük paraözofageal hernili bir olguda (% 1.68) kanama ve yeterli görüş alanı elde edilememesi nedeniyle açık cerrahiye geçildi. Mortalite olmadı, 5 olguda (%8.3) komplikasyon gelişti. Ortalama ameliyat süresi 125 dakika (60-125 dk) olup, hastanede ortalama kalış süresi 2 gün (1-10 gün) idi. Takip süresi ortalama 48 ay (16-110) olup ikincil girişim gerektiren olgu olmadı.

Sonuç: LNF, düşük mortalite ve morbiditeyle GRH' nın tedavisinde uygulanabilecek kolay ve güvenilir bir tedavi alternatifidir.

23. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON

Sunucu: K. TEKEŞİN (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar: S. KARAHAN, N. GÖZCÜ, K. TEKEŞİN, M.İ. CANSUNAR, Ş. ÇOLAK,

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği

Bu çalışmamızda hiatus hernisi tanısı almış 12 olguya uyguladığımız Laparoskopik cerrahi girişimleri ve sonuçlarını sunduk. Ocak 2000- 2002 tarihleri arasında yapılan bu çalışma kapsamındaki hastaların tümüne özofagus baryum pasaj grafisi ve endoskopi yapılmıştır. Hastaların ortalama yaşı 38 (26-51) ve ameliyat süresi 90 dk. (75-130) olarak belirlenmiştir. Peroperatif kanama, perforasyon ve solid organ yaralanması görülmemiştir. Hastalarımız, postoperatif 1. gün mobilize edilmiş ve oral gıdaya geçilmiştir. Hastande yatış süresi 4 (3-6) gün olarak belirlenmiştir. Takiplerimizde 3 hastamızda yemek sonrası şişkinlik şikayetleri oluşmuş, diyet düzenlenmesi ve medikal tedavi ile şikayetleri gerilemiştir. Hastalarımızın ortalama takip süresi 14 (3-23) ay olup, yapılan kontrol endoskopi ve pasaj grafilerinde özellik saptanmamıştır. Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu sonuçlarının mükemmelliği, hastalara ağrısız ve erken mobilizasyon sağlaması ve hastane kalış süresini, özellikle de morbiditeyi anlamlı ölçüde azaltması nedeniyle giderek uygulanımı artmaktadır.

24. LAPAROSKOPİK GASTRİK BANDING KOMPLİKASYONLARIMIZ

Sunucu: Gökmen Güzel ()

Yazarlar: G. GÜZEL*, G. ÖĞÜNÇ*, H. ALTUNBAŞ**, M.K. BALCI**, Ü. KARAYALÇIN**

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Morbid obezite, fiziksel, emosyonel ve sosyal problemlere neden olabilen, tedavisi zor, ciddi bir hastalıktır. Görülme sıklığı özellikle endüstrileşmiş ve ekonomik yönden gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Hastalığın tedavisinde laparoskopik ayarlanabilir silikon mide bandı, sık karşılaşılan komplikasyonlarına karşın yaygın bir uygulama alanı bulmuştur.

Bu çalışmada kliniğimizde Ekim 1998-Ağustos 2001 tarihleri arasında laparoskopik gastrik banding uygulanan 9 olgunun sonuçları ve karşılaşılan komplikasyonlar sunulmuştur. Olguların 7' si K, 2' si E, yaş ort.' sı: 30.4(17-53), BMI: 43 Kg/m²(33-56) idi. İlk üç olguda pouch laparoskopik yöntemle yerleştirilen Gore-tex vasküler greft ile sağlandı, bu olgulardan 2' sinde stoma ayarı için laparotomi gerekti. 6 olguda Lap-band laparoskopik yöntemle uygulandı. Bir hastada semptomatik kolelitiazis nedeni ile aynı seansta laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Hastanede yatış süresi ort. : 1.8 gün(1-4) idi, son 4 olgu postoperatif 1. gün taburcu edildi. 7-41 aylık takip süresinde 6 olgu 6-18 ay arasında değişen sürelerde ideal vücut ağırlığına ulaşırken(%66.6), 3 olguda başarı sağlanamadı. Başarılı olunan hipertansif 2 olgu kilo kaybı ile birlikte normotansif hale geldi. 3 olguda pouch dilatasyonu (%33.3), 1 olguda rezervuar enfeksiyonu(%11.1), 1 olguda(rezervuar rektus arka kılıfı üzerinde, rektus adele lifleri arasına yerleştirilmişti) post operatif band ayarı için skopi altında banta ulaşamadığı için bantın xyphoid yakınında cilt altında kolay ulaşılabilir bir lokalizasyona taşınması gerekti(%11.1), Diğer bir olguda post operatif 1. gün şiddetli abdominal ağrı ve hassasiyet gelişti, yapılan laparotomide bant etrafında midede ciddi ödem saptandı ve bant reaksiyonu nedeni ile bant çıkarıldı(%11.1).

Sınırlı sayıdaki deneyimizin sonuçları bize, morbid obezitenin cerrahi tedavisinde laparoskopik gastrik bandingin, komplikasyonlarının sık görülmesine karşın, kolay uygulanabilir ve başarı oranı yüksek bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

25. LAPAROSKOPİK ÖZOFAGOMYOTOMİ+DOR FUNDOPLİKASYON DENEYİMLERİMİZ

Sunucu: H. BEKTAŞ (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar: H. BEKTAŞ, S.KARAHAN, Y.S. SARI, E. GÜNEŞ, K. TEKEŞİN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği

Bu çalışmamızda Ocak 2000- 2002 tarihleri arasında akalazyaya tanısı ile laparoskopik girişim yapılan 19 olgu sunulmuştur. Vakalarımızın 15'ine laparoskopik özofagomyotomi ve Dor fundoplikasyon, 4'üne ise sadece özofagomyotomi yapılmıştır. Hastaların tümüne endoskopi, baryum pasaj grafileri, manometrik ölçümleri yapılmıştır. 4 hastaya özofagus dekompresyonu uygulanmıştır. Hastalarımızın ortalama yaşı 36 (28-52) ve ameliyat süresi 110 (80-180) dakika olarak belirlenmiştir. Bir hastamızda ameliyat esnasında oluşan mukozal perforasyon laparoskopik suture edilmiştir. Kanama ve solid organ yaralanması gibi komplikasyonlar görülmemiştir. Hastalarımızın ortalama yatış süresi 3 (2-8) gün olmuştur. Takipler sırasında 3 hastada gastroözofageal reflü tespit edilmiştir. Bu 3 hastamızın 2'sine antireflü işlemi uygulanmamıştır. Hastalarımızdan 2'sinde nüks akalazyaya bulguları devam etmiş olup, bunların birinde doliko özofagus, diğerinde ise akalazyaya tanısı ile torakal yaklaşımla operasyon öyküsü mevcuttu. Akalazyanın cerrahi tedavisinde laparoskopik özofagomyotominin sonuçları ve komplikasyonları belirli olmakla beraber, gastroözofageal reflü insidansı ve bir anti-reflü girişimin eklenip eklenmemesi hala tartışma konusudur. Özofagomyotomiyi takiben yüksek oranda gastroözofageal reflü görüldüğü bilinmektedir. Laparoskopik Dor Fundoplikasyonu uygulama kolaylığı, daha az diseksiyon gerektirmesi ve kısa sürede yapılabilmesi nedeniyle tercih edilmiştir. Bu tekniğin özofagus transit zamanını uzatmadan gastroözofageal reflüyü etkin bir şekilde azalttığı ve hastalara fundoplikasyona bağlı morbidite açısından fazla yük getirmediği görülmüştür.

26. Akalazyza Hastalığının Tedavisinde Laparoskopinin Yeri

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

Yazarlar : Levent Avtan, Abdullah İçci, Ersin Ünal, Cavit Avcı, Vahit Özmen, Mustafa Keçer, Mesut Parlak, Mahmut Müslümanoğlu

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

AMAÇ : Son yıllarda gastrointestinal hastalıklarda laparoskopik cerrahi girişimler giderek daha artan sıklıkta uygulanmaya başlamıştır. Bu çalışma da akalazyalı 8 hastada antireflü girişimi olmaksızın uyguladığımız laparoskopik özafagokardiyomyotomi girişimimizi retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

METOD: Olguların tümü kadın olup, ortalama yaş 42 (30-68) 'dir. Tüm olgularda tanı endoskopi ve özafagus pasaj grafisiyle konuldu. Olgulara preoperatif manometrik değerlendirme ve postoperatif 7. günde manometri ve özafagografi yapıldı. Preoperatif monometride alt özafagus sfinkter basıncı ortalama 44 mm olarak ölçüldü.

SONUÇLAR: Cerrahi girişim ortalama 60 dakika (30-90) olup, hastanede kalış süresi 3 (2-4) gündü. 7 olguda girişim sorunsuz olarak tamamlanırken, 1 olguda cerrahi girişim esnasında endoskopi saptanan mukozal yaralanma intrakorporal olarak onarıldı ve DOR funduplikasyon eklendi.

Operasyonu takiben 12 ve 24 aylık izlemde 7 olgu semptomsuz idi. Bir olguda reflü şikayetleri mevcuttu. Postoperatif 7. gün ortalama alt özafagus sfinkter basıncı 11 mmHg olarak saptandı. Postoperatif 6. ayda endoskopik incelemede 7 olgu özafajit ve hiatal yetersizlik izlenmedi. Bu olguda grade I özafajit mevcuttu.

SONUÇ: Laparoskopik girişim hastanede kalış süresini kısaltırken, postoperatif ağrıyı oldukça azaltan bir minimal invaziv girişimdir. Laparoskopik cerrahide deneyim kazanmış ekipler tarafından akalazyza hastalarında, antireflü girişimi yapılmaksızın uygulanabilecek alternatif bir tedavi yöntemidir.

27. PEPTİK ÜLSER PERFORASYONUNDA LAPAROSKOPİK PRİMER SÜTÜR VE OMENTAL YAMA UYGULAMASININ AÇIK CERRAHİ YÖNTEM İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu : M. Hakan BUKAN (mhbakan@yahoo.com)

Yazarlar : Serhat OĞUZ, Mehmet TOPUZLAR, Nihat KAYMAKÇIOĞLU, Sadettin ÇETİNER, Derviş ŞEN

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim D.

Günümüzde, H2 reseptör antagonistleri ve H⁺-ATPaz inhibitörleri olarak adlandırılan anti-ülser ilaçların tedaviye girmesiyle, peptik ülser hastalığının insidansı ve seyri bariz bir şekilde değişirken, perforasyon ya da kanama gibi komplikasyonlarının sıklığında bir değişiklik izlenmemektedir.

Perfore peptik ülserdeki tedavi yaklaşımlarını, perforasyonun yeri, peptik ülser hastalığı hikayesi, antiülser ilaçların kullanımı, ülserojenik ilaçların kullanımı, perforasyonla tedavi arasında geçen süre, hastanın yaşı ve genel durumu gibi pekçok faktör etkilemektedir.

Perforasyonun onarımında uygulanan cerrahi yöntemler ve uygulama biçimleri de daha az invazive doğru değişim göstermektedir.

Bu çalışmada, perfore peptik ülser tedavisinde, açık cerrahi yaklaşım ile laparoskopik cerrahi yaklaşım karşılaştırılmaktadır. 1998-2001 yılları arasında, 27 hastaya açık primer sütür ve omental yama uygulanırken, 14 hastaya omental yama ile laparoskopik onarım uygulanmıştır. Laparoskopik teknik daha az ağrı, hasta memnuniyetinde artma ve hastanede daha az kalma gibi avantajlarla sonuçlanmıştır. Aynı zamanda geniş bir insizyon olmaksızın, perforasyonun düzgün bir şekilde kapatılması ve yeterli peritoneal tuvaletin sağlanmasına da olanak sağlamıştır. Bu yöntem, deneyim arttıkça daha kısa sürede uygulanabilmektedir.

28. PREOPERATİF TANI KONULAMAYAN AKUT KARIN OLGULARINDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Sunucu : O. ALİMOĞLU (oalimoglu@yahoo.com)

Yazarlar : A. AKÇAKAYA, E. DALDAL, G. BAŞ, M. ŞAHİN

SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği

Amaç: Preoperatif kesin tanısı konulamayan akut karın olgularında tanısız laparoskopinin sonuçlarını araştırmak.

Yöntem: Ocak 1999-Ocak 2002 tarihleri arasında non-travmatik akut karın ağrısı ile acil servisimize müracaat eden ve tanısız laparoskopi uygulanan 13 hastanın özellikleri, ameliyat bulguları ve uygulanan girişimler retrospektif olarak araştırıldı.

Bulgular: Hastaların 8'i kadın, 5'i erkek olup yaş ortalaması 27,2 (21-46) idi. Hastaların tamamında laparoskopik eksplorasyon tanıyı koymak için yeterli oldu. Hastaların 6'sında akut apandisit, 1'inde iltihabi barsak hastalığı (ülseratif kolit), 1'inde over kist rüptürü, 1'inde ileus (fitobezoar), 1'inde peritoneal tbc, 1'inde iltihabi pelvik hastalık tespit edildi. İki hastada herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Hastaların 9'unda işlem laparoskopik olarak tamamlanırken 4 hastada açığa geçildi. Tanısız laparoskopinin uygulanması ile 5 hastada negatif laparotomi önlenmiş oldu. Ameliyatları laparoskopik olarak sonlandırılan hastalarda ortalama yatış süresi 1,6 gün (1-3 gün) idi. Laparoskopik apendektomi yapılan bir hastada trokar yerinde enfeksiyon gelişti ve medikal tedavi edildi. Mortalite izlenmedi.

Sonuç: Preoperatif tanısı konulamayan akut karın bulguları ile başvuran hastalarda tanısız laparoskopi tanı koymada etkili olduğu görülmektedir ve negatif laparotomiye önlemektedir.

29. LAPAROSKOPİK VE AÇIK APENDEKTOMİ: PROSPEKTİF RANDOMİZE KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Sunucu : Emel Canbay (kursatkaradayi@hotmail.com)

Yazarlar : Kürşat Karadayı, Emel Canbay, Ayhan Koyuncu, Mustafa Turan, Metin Şen.

Cumhuriyet Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Laparoskopik apendektominin (LA) açık apendektomiye (AA) göre daha avantajlı bir teknik olduğu pek çok çalışmada vurgulanmıştır. Bu çalışmada LA ve AA ameliyatlarından sonra oluşan cerrahi travma etkilerini postoperatif akut faz reaktanları düzeyleri ölçülerek değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmaya LA yapılan 30 ve AA yapılan 30 hasta dahil edilmiştir. Her iki gruptaki hastalardan preoperatif, postoperatif 24. ve 72. saatlerde olmak üzere 3 kez periferik kan örneği alınmış ve lökosit, fibrinojen, CRP ve sedimentasyon düzeyleri ölçülmüştür. Akut apandisitinde akut faz reaktanları düzeylerinde değişikliğe yol açabileceği gözönüne alınarak istatistiksel analizler, preoperatif ve postoperatif parametrelerin yüzde değişim oranları karşılaştırılarak yapılmıştır. Sonuçlarımız her iki grup hastada lökosit düzeyi açısından anlamlı farklılık göstermez iken fibrinojen, CRP ve sedimentasyon düzeylerinin LA grubundaki hastalarda AA grubundaki hastalara göre daha az yükseldiğini göstermiştir. Bu bulgular bize LA'nın daha az inflamatuvar yanıtı neden olduğu, dolayısı ile AA'den daha az travmatik olduğunu düşündürmüştür.

30. SAFRA TAŞI AMELİYATLARINDAN SONRA GELİŞEN KOMPLİKASYONLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE ERCP'NİN YERİ

Sunucu : EMRE BALIK (syamaner@istanbul.edu.tr)

Yazarlar : YILMAZ BİLSEL, DURSUN BUĞRA, SÜMER YAMANER, TÜRKER BULUT

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Safra taşı nedeniyle ameliyat edilen hastalarda komplikasyonların tanı ve tedavisinde endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi (ERCP) seçkin bir yöntemdir. Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Gastroenteroloji endoskopi ünitesinde safra taşı ameliyatları sonrası gelişen komplikasyonlara yönelik yapılan ERCP verileri incelenmiştir.

Metod: Aralık 1991 ile Mart 2002 tarihleri arasında referans merkezi olarak çalışan birimizde başvuran 540 hastanın verileri bilgisayar ortamında retrospektif olarak incelenmiştir.

Sonuç: Aralık 1991 ile Mart 2002 tarihleri arasında safra taşı ameliyatları sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle başvuran 540 hastaya toplam 591 ERCP işlemi gerçekleştirilmiştir. ERCP başarı yüzdesi % 95.8 olmuştur. İki yüz sekiz vakada (% 38.5) kolesistektomi sonrasında safra kanalında kalıntı taş, 80 vakada (%15) safra yolları yaralanmaları, 42 vakada (% 7.7) papilla stenozu, 43 vakada (% 8) sistik güdük kaçağı, 22 vakada (% 4) T tüp kaçağı, 23 vakada (% 4.2) tümöral tıkanıklık, 4 vakada (% 0,75) sump sendromu, 3 vakada (% 0.5) aksesuar safra yollarından kaçak, 3 vakada (% 0.5) geride bırakılmış hartman poşu saptanmıştır. 77 vakada (% 14.2) normal bulgular saptanırken, 25 vakada ercp işlemi başarısız (% 4.2) olmuştur. Vakaların 230'na (% 42.6) endoskopik sfinkterotomi, 181 vakaya (% 33.5) ise taş veya safra çamuru boşaltılarak tedavi edilmiştir. ERCP'ye bağlı morbidite oranı sadece % 7 olmuştur. Mortalite yoktur.

Sonuç: Safra taşı nedeniyle ameliyat edilen hastalarda gelişen komplikasyonların tanısında ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Safra taşı nedeniyle ameliyat edilen hastalarda safra kanalında unutulmuş taş nedeniyle ercp gereksinimi giderek artış göstermektedir. ERCP aynı zamanda safra yolu yaralanmaları ve striktürlerinin tanı ve tedavisinde güvenilir ve etkin bir yöntemdir.

31. Laparoskopik kolesistektomi esnasında safra yolu yaralanması olan hastaların cerrahi tedavi sonuçları

Sunucu : Abdulkadir Bedirli (bedirli@erciyes.edu.tr)

Yazarlar : Özhan İnce, İlkey Güler, M.Akif Yücel, Ömer Şakrak, Erdoğan M.Sözüer

Erciyes Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Giriş: Safra yollarının iyatrojenik yaralanması kolesistektominin iyi tanımlanmış bir komplikasyonudur. Laparoskopik kolesistektominin uygulanmaya başlandığı ilk yıllarda safra yolu yaralanma oranları %2.2 olarak bildirilirken son yıllarda bu oran %0.3'e kadar gerilemiştir. Bu çalışmada amaç kliniğimizde veya başka merkezlerde laparoskopik kolesistektomi esnasında safra yolu yaralanması gelişen 13 hastanın cerrahi tedavi sonuçlarını irdelemektir.

Hastalar ve metod: Ocak 1993-Ocak 2002 tarihleri arasında kliniğimizde 1234 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bu hastalardan ikisinde (%0.16) iyatrojenik safra yolu yaralanması gelişti. Ayrıca başka merkezlerde laparoskopik kolesistektomi esnasında safra yolu yaralanması gelişen 11 hasta kliniğimize sevk edildi.

Bulgular: Toplam 13 hastanın 2'si erkek 11'i kadın olup, genel yaş ortalaması 48 olarak bulundu. Hastaların tümünde safra yolu yaralanması cerrahi olarak tedavi edildi ve safra yolu yaralanması ile reoperasyona kadar geçen süre ortalama 21 gün (6-58 gün arasında) olarak bulundu. Safra yolu yaralanmasını ve lokalizasyonu tespit etmek amacı ile 7 hastaya PTK, 6 hastaya ERCP uygulandı. Reoperasyonda 8 hastaya (%62) primer safra yolu tamiri ve T-tüp, 5 hastaya (%38) Roux-en-Y hepatikojejunostomi uygulandı. Postoperatif dönemde bir hastada safra kaçağı, bir hastada subhepatik abse ve iki hastada akciğer enfeksiyonu gelişti. Safra kaçağı gelişen hasta postoperatif 8.günde intraabdominal sepsis nedeni ile kaybedildi (ortalama mortalite %7.7). Hastaların uzun dönem takiplerinde bir hastada (%7.7) sklerozan kolanjit gelişti.

Sonuç: Safra yolu yaralanması laparoskopik kolesistektominin majör komplikasyonlarından olup en iyi tedavisi bu yaralanmalardan kaçınmak için dikkatli cerrahi tekniktir. Eğer yaralanma gelişirse aynı seansda yaralanmanın tamiri önerilmektedir. Hastaların daha sonraki cerrahi tedavileri yüksek morbidite ve mortalite riski taşımaktadır.

32. KARACİĞER KİST HİDATİK AMELİYATLARI SONRASI GELİŞEN KOMPLİKASYONLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE ERCP NİN YERİ

Sunucu : YILMAZ BİLSEL (syamaner@istanbul.edu.tr)

Yazarlar : EMRE BALIK, YILMAZ BÜYÜKUNCU, ALİ AKYÜZ, NECMETTİN SÖKÜCÜ

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Karaciğer kist hidatik ameliyatları sonrası gelişen komplikasyonlar ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Bu bildiride bu komplikasyonların tanı ve tedavisinde ERCP'nin rolü ve etkinliği incelenmiştir.

Metod: Bu çalışmada karaciğer kist hidatik ameliyatları sonrası komplikasyon gelişen 101 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Safra fistülü gelişen 68 hastaya ERCP ve endoskopik sfinkterotomi uygulanmıştır. On iki (%18) hastaya safra yolu stenti yerleştirilmiştir. Safra kanalında kız vezikül saptanan 9 hasta (% 13) ise endoskopik sfinkterotomi ve veziküllerin çıkarılması ile tedavi edilmiştir. Safra fistülleri ortalama 13.3 günde iyileşmiştir.. Hastaların 64'sında (% 94) yeni bir cerrahi girişim gerekmezken 4 hastaya (% 6) yeni cerrahi girişimler yapılmıştır. Klinik bulguları olmayan ancak karaciğer enzimleri yüksek seyreden 7 hastada (% 10) endoskopik sfinkterotomi sonrasında enzim düzeylerinde hızlı bir düşme tespit edilmiştir.

Sonuç: ERCP karaciğer kist hidatiki ameliyatları sonrasında gelişen komplikasyonların tanı ve tedavisinde değerli bir yöntemdir. Ameliyat sonrası safra fistülü gelişen hastalara yapılan endoskopik sfinkterotomi sonrasında hızlı bir iyileşme saptanmıştır. Bu nedenle safra fistülü gelişen hastalara mümkün olan en kısa zamanda endoskoik sfinkterotomi yapılmalıdır. Endoskopik sfinkterotomi ayrıca ana safra yollarında yerleşen hidatik memebranlarının temizlenmesine de yardımcı olmaktadır.

33. Dieulafoy Lezyonlarının Endoskopik Tedavisi

Sunucu : UMUT BARBAROS (umutbarbaros@yahoo.com)

Yazarlar : CEMALETTİN ERTEKİN, KORHAN TAVİLOĞLU, RECEP GÜLOĞLU, KEMAL DOLAY

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Dieulafoy lezyonları nadir karşılaşılsalar da, sebep oldukları kanamalar endoskopistleri zor durumda bırakabilir. Bu lezyonlar endoskopide submukozal yerleşimli ülsersiz arterial kanamalar olarak ortaya çıkar.

Aralık 1998 ile Mart 2002 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Servisi' ne akut üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastalara yapılan endoskopik incelemeler sonrasında 10 (7 E, 3 K) hastada Dieulafoy lezyonu saptanmıştır.

Lezyonların 3 tanesi mide dışında tespit edilmiştir (duodenum , özofagus)..Hastalarda ortalama yaş 52 (25-76) olarak saptanmıştır.Tüm hastalara endoskopik tanı ve tedavi metotları denenmiş, iki hastada kanamanın tekrar etmesi üzerine cerrahi tedavi uygulanmıştır. Cerrahi tedavi uygulanan bir hasta ameliyat sonrası dönemde akut myokard enfarktüsü nedeni ile kaybedilmiştir. Endoskopik skleroterapi uygulanan 5 hastadan, 4 'ünde yeniden kanama sebebi ile ikinci bir endoskopik müdahaleye gerek duyulmuştur. Endoskopik bant ligasyonu uygulanan 5 hastanın sadece birisinde yeniden kanama görülmüştür. Endoskopik tedavi sonrası hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç olarak, şunu söyleyebiliriz ki tüm gastrointestinal sistem kanamalarında olduğu gibi, Dieulafoy lezyonlarının tedavisindeki ilk seçenek endoskopik metotlardır. Son yıllarda endoskopik bant ligasyonu kullanım kolaylığı, etkinliği ve güvenilirliği nedeni ile tercih edilen teknik olmaya başlamıştır. Cerrahi her zaman son seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

34. ENDOSKOPIK OLARAK REFLÜ ÖZOFAJİT SAPTANAN OLGULARDA BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu : ()

Yazarlar : Dr. Mithat GÜRAN , Dr. Tayfun YÜCEL , Dr. Sibel GÜRDAL , Dr. Salih GÜÇLÜ
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

AMAÇ: Reflü özefajitlerin en korkulan komplikasyonu Barret özefajiti zemininde malignite gelişmesidir. Endoskopik incelemede gastroözofageal reflüye bağlı özefajit saptanan olgularda endoskopik biyopsi ve patolojik inceleme yaparak endoskopik tanının doğruluğunu ve Barret özefajit sıklığını saptamaya çalıştık.

MATERYAL METOD: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde Ekim 2001 ila Mart 2002 yılları arasında gerçekleştirilen 400 özofagogastroduodenoskopik incelemede toplam 43 (%10,75) olguda endoskopik olarak reflü özefajit saptandı. Bu olguların tümünde özefagus alt ucundan dört kadrandan körleme olarak ve/ veya lezyon alanlarından endoskopik biyopsiler alındı. Sonuçların endoskopik görüntülerle uyumu araştırıldı.

BULGULAR : Toplam 43 olgunun 24'ü (%55) erkek , 19'u (%45) kadın ve yaş ortalamaları 54.2(20-83) idi. Olguların 4'ünde endoskopik olarak Barret özefajiti düşünüldü. ancak patolojik olarak 3(%0.75) olgu Barret özefajit olarak rapor edildi. Olguların 9'unda (%20.9) patolojik olarak endoskopide saptanan özefajit hali saptanmadı ve normal özefagus mukozası bulguları olarak rapor edildi. 30 olguda ise(%79.9) patolojik olarak grade 1 ile3 arası özefajit saptandı . Hastalar medikal tedaviye alındı ve tedaviden yarar gördüler.

SONUÇ: Bu çalışmada endoskopik olarak özefajit tanısını %80 oranında doğru olarak saptayabildik. Aynı şekilde 4 Barret özefajiti tanısında endoskopik olarak düşünülmüş ve histopatolojik olarak 3 olguda Barret özefajiti teyit edilmiştir. Sonuç olarak endoskopistin saptadığı ağır özefajit ya da Barret özefajitinde rutin biyopsilerin yapılması gereklidir,fakat her gastroözefajial reflü olgusunda ve buna bağlı olarak minimal özefajit mevcudiyetinde rutin endoskopik biyopsilerin gerekliliği sorgulanmalıdır.

35. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI SIVI KOLLEKSİYONLARI

Sunucu : H. KULAÇOĞLU (hkulac@basari.net.tr)

Yazarlar : A.POLAT-DÜZGÜN, H. KULAÇOĞLU, B. SAYLAM, Ö. ÖZÇELİK, M.M. ÖZMEN, F.COŞKUN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği

Amaç: Sorunsuz şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalardaki postoperatif sıvı kolleksiyonlarının torakal ve üst abdominal ultrasonografik [US] incelemelerle araştırılması; pleural ve subhepatik kolleksiyonların hastaya ait özellikler, intraoperatif etkenler ve birbirleriyle olan ilişkisinin Amaç: Sorunsuz şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalardaki postoperatif sıvı kolleksiyonlarının torakal ve üst abdominal ultrasonografik [US] incelemelerle araştırılması; pleural ve subhepatik kolleksiyonların hastaya ait özellikler, intraoperatif etkenler ve birbirleriyle olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Durum Değerlendirmesi: Laparoskopik kolesistektomi [LK] sonrası intraabdominal sıvı kolleksiyonları görülebilmektedir. Genelde subhepatik bölgede lokalize olmakla birlikte pleural boşlukta da sıvı birikimine rastlandığı bildirilmiştir. Son yıllarda, LK olgularını inceleyen çalışmalarda da pleural effüzyon gelişimi yer bulmakla birlikte, doğrudan bu nokta üzerine yoğunlaşmış yayın sayısı çok kısıtlıdır.

Yöntem: Sorunsuz şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulanan 50 hastaya postoperatif 1. ve 4.günde, torakal ve üst abdominal US inceleme yapılarak sıvı kolleksiyonlarının yeri, miktarı, karakteri belirlendi. **Sonuçlar:** Postoperatif 1.gün ultrasonografi ile 24 hastada (%48) subhepatik kolleksiyon ve 8 hastada pleural effüzyon (%16) saptandı. Bu sıvı birikimlerinin tümü minimal büyüklükteydi. Postoperatif 4.günde tekrarlanan ultrasonografilerde ise, subhepatik kolleksiyon saptanan hastaların sayısı 9'a (%18) gerilerken, hiçbir hastada pleural effüzyona rastlanmadı.

Çıkarımlar: Çalışmamızda ve literatür taramamızda, sorunsuz tamamlanan LK sonrasında sıklıkla subhepatik bölgede ve bazı olgularda da pleural boşlukta sıvı kolleksiyonu geliştiği görülmüştür. Ancak bu kolleksiyonların hemen hiçbirisi klinik önem taşımamakta, asemptomatik seyretmekte, özellikle arandığı taktirde saptanabilmekte ve ek tedaviye ihtiyaç duymamaktadır.

36. LAPAROSKOPİK MİLES OPERASYONU DENEYİMLERİMİZ

Sunucu: F. ERSÖZ (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar : S. KARAHAN, F. ERSÖZ, B. KARAGÖZ, T. ANUK, Ş. ÇOLAK,

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Bu çalışmamızda, Ocak 2000-2002 tarihleri arasında rektum kanseri tanısı almış ve laparoskopik kolon rezeksiyonu yapılmış 7 olgu sunulmuştur. Hastalarımızın yaş ortalaması 57 (48-69) ve ameliyat süresi 118 (97-156) dakika olarak belirlenmiştir. Vakalarımızın 6'sı rektum 1/3 alt bölgeyi tutan ve 1 tanesi anal kanal yerleşimli carcinoide tümörü olgumuzdu. 7 vakamızda laparoskopik Miles operasyonu yapılmıştır. Hastalarımızın tümü postoperatif 1.gün mobilize edildiler. Hastanede yatış süresi 4 (3-5) gün olarak belirlenmiştir. Piyeslerin patolojik incelemelerinde, cerrahi sınırların temiz olduğu görüldü. Laparoskopik Miles operasyonları sonuçlarının mükemmelliği, hastalara ağrısız mobilizasyon sağlaması ve hastanede kalış süresini, özellikle morbiditeyi anlamlı ölçüde azaltması nedeniyle giderek uygulanımı artmaktadır.

37. Laparoskopik Abdominoperineal Rezeksiyon

Sunucu: Birol Bostancı (cuneytkayaalp@hotmail.com)

Yazarlar : Cüneyt Kayaalp, Sinan Yol, Murat Ulaş, Musa Akoğlu

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Önemi: Laparoskopik kolorektal kanser cerrahisinde insizyonlardaki potansiyel kanser hücre implantasyonu riski ve anastomoz için abdomenin kısmen açılma mecburiyeti bu konuyu halen tartışmalı kılmaktadır. Ancak abdominoperineal rezeksiyonun perineal kısmının açık ve laparoskopik girişimlerde aynı olması ve bu cerrahi işlemin anastomoz içermemesi diğer laparoskopik kolorektal kanser ameliyatlarına göre avantajlar içermektedir. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan laparoskopik abdominoperineal rezeksiyonların intraoperatif ve erken postoperatif sonuçlarının verilmesi amaçlanmıştır.

Metot ve Hastalar: Yaşları 42-72 (ortalama 59.3) arasında hepsi erkek altı hasta bu çalışmada incelendi. Tümörlerin anal kanaldan mesafesi 1-4 (ortalama 2.8) cm idi. Preoperatif endosonografi ve endorektal MR ile tümörler lokal olarak evrelendi. Beş porttan endomakas, hook ve endostapler yardımı ile kolon ve rektum mobilize edilip, stoma yerinden kolon kesilip proksimal kısmı buradan dışarıya alındı. Perineal işlem klasik yöntemle yapıldı.

Sonuçlar: Operasyonlar ortalama 320 dakika (270-480) dakika sürdü. Hiç bir hastada konversiyon olmadı. Üç hastada morbidite gözlenirken (intestinal fistül, parsiyel intestinal obstrüksiyon, perineal atonik yara) hiç bir hastada mortalite olmadı. Çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 16.6 (6-24) olup bir hasta dışında tüm hastalarda 12'nin üzerindeydi. Hastalar ortalama postoperatif 12.8 (7-22) gün hastanede yattılar ve ortalama 8.5 ay (1-18 ay) takip edildiler. Bir hasta dışında hiç birisinde lokal nüks veya uzak metastaz bulgusu yoktur.

Yorum: Abdominoperineal rezeksiyonun abdominal komponenti abdomeni açmaya gerek kalmadan laparoskopik olarak yapılabilir.

38. REKTAL PROLAPSUSTA LAPAROSKOPİK SİGMOİDEKTOMİ

Sunucu: N. GÖZCÜ (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar : N. GÖZCÜ, H. BEKTAŞ, O. KOÇ, Ş. ÇOLAK, S.KARAHAN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Pelvik taban hastalıklarından biri olan rektal prolapsus, internal vaginasyon döneminde de defekasyon sonrası rektumda dolgunluk hissi, konstipasyon ile birlikte ağırlı ıkınma gibi yakınmalara neden olabilmektedir. Şubat-1998 ile Ocak-2002 arasında yukarıdaki yakınmaları olan 3'ü erkek 5 hastada defekagografi ile internal rektum invaginasyonu tanısı konmuş, makroskopik anal prolapsus gözlenmemiştir. Hastalarımıza söz konusu patolojiyi ortadan kaldırmak amacıyla laparoskopik sigmoidektomi uygulanmıştır. Hastaların yaşları 65, 47(Kadın), 30, 42, 27 'dir. Hastanede yatış süresi ortalama 6.2 gündür. Ortalama ameliyat süresi 210 dakika'dır. Ameliyat sonrası 2 haftada yapılan kontrollerinde 4 hastada da yakınmalar kaybolmuştur. 4 ayda 65 yaşında olan hastada yakınmalar yeniden başlamıştır ancak yapılan defekagografilerde patolojiye rastlanmamıştır. Tıbbi tedavi ile rahatlatma oluşmuştur. Diğer hastalarda ise halen yakınma yoktur. İnvaginasyon dönemindeki rektum prolapsusunda, istatistiki olarak anlamlı olabilecek hasta sayımız olmamakla birlikte laparoskopik sigmoidektominin de tedavide faydalı olduğunu düşünmekteyiz.

39. LAPAROSKOPIK KOLON CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

Sunucu : F. ERSÖZ (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar : S. KARAHAN, F. ERSÖZ, N. DERİCİ, N. GÖZCÜ, S. BAYRAK

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Bu çalışmamızda, Ocak 2000- 2002 tarihleri arasında kolon kanseri ve selim kolon hastalığı tanısı almış laparoskopik kolon rezeksiyonu yapılmış 20 olgu sunulmuştur. Hastalarımızın yaş ortalaması 62.7 (55-73) ve ameliyat süresi 160 (135-210) dakika olarak belirlenmiştir. Vakalarımızın 4'ü çekum, 3'ü sigmoid, 3'ü rekto-sigmoid bileşke, 5'i rektum 1/3 alt bölgeyi tutan kolon tümörü, 1'i anal kanal yerleşimli carcinoid tümör, 2 dolikosigma, 1divertikülozis koli ve1 rektosel olgumuzdu. Çekum tümürlü 3 vakamıza laparoskopik sağ hemikolektomi ve side-to-side ileotransversostomi, sigmoid ve rektosigmoid bölge yerleşimli 6 vakamızın üçüne sigmoid kolon rezeksiyonu, ikisine low-anterior rezeksiyon ve end-to-end kolorektal anastomoz yapıldı. Diğer kanserli 6 vakamıza ise laparoskopik Miles operasyonu yapılmıştır. 2 dolikokolon ve 1 divertikülozis olgularımıza subtotal kolektomi yapıldı. Rektosel olgumuzda sigmoidektomi yapılmıştır. Toplam 20 olgumuzun 14'üne laparoskopik girişim yapılmış, 2 olgumuzda ise açık girişime geçilmiştir. Bunlardan biri çekum tümörü olup tümörün ileum mezosunu, rektosigmoid bölge yerleşimli diğer olgumuzda ise tümörün kolon mezosunu, uterus ve mesaneyi ileri derecede atake ettiği görüldü ve operasyona laparoskopik olarak devam etmek mümkün olmadığından açık cerrahi girişime geçilmiştir. Hastalarımızın tümü postoperatif 1. gün mobilize edildi.Low-anterior rezeksiyon yapılan hastalarımızın birinde 6.gün düşük debili kaçak oluşmuş ve hastaya ileostomi yapılmış, fistülü kontrol altına alınmıştır. Hastanede yatış süresi, Miles operasyonu olan hastalarımızda 5 (4-6) ve anastomoz yapılan hastalarımızda 8 (6-12) gün olarak belirlenmiştir. Piyeslerin patolojik incelemelerinde, cerrahi sınırların temiz olduğu görüldü. Zaman geçtikçe artan vaka sayıları ve takip sürelerinin uzamasıyla, uygun evrelerdeki kolon kanserlerinin cerrahisinde laparoskopik yaklaşımların alternatif bir tedavi şekli olarak uygulamaya gireceğine inanmaktayız.

40. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE TEKNİK PERFORMANSIN SKORLAMA SİSTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Sunucu : Mehmet Ali UZUN (nekoksal@yahoo.com)

Yazarlar : Mehmet Ali UZUN, Yusuf GÜNERHAN, Rüştü KURT, Neşet KÖKSAL

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Cerrahi Kliniği

Amaç:Uyguladığımız laparoskopik kolesistektomilerde teknik performansımızı ölçmek ve buna etkili faktörleri saptamak.

Yöntem: Taşlı kolesistit tanısı ile yapılan 50 laparoskopik kolesistektomi ameliyatı, Eubanks ve arkadaşları tarafından oluşturulan objektif skorlama sistemi ile değerlendirildi. Skorlama sisteminde işlemin her basamağı ve oluşabilecek hatalar sayısal olarak ifade edildi. Ameliyatlar laparoskopik cerrahi konusunda deneyimli uzmanlar tarafından çift el ve eğitimleri devam eden asistanlar tarafından tek el ile yapıldı. Elde edilen skorlar cerrahin deneyimi ve ameliyat süresine göre karşılaştırıldı. Skoru olumsuz etkileyen faktörler değerlendirildi.

Bulgular: Ameliyat edilen hastaların 41'i kadın (%82), 9'u erkek olup ortalama yaş 54 idi (26-75). Ortalama skor %79.1 (%22.5-100) olarak bulundu. Ameliyatların 33'ü (%66) uzmanlar tarafından yapılmış olup uzmanların ortalama skoru (%79.8) ile asistanların ortalama skoru (%77.5) arasında anlamlı fark saptanmadı. Aynı zamanda uzmanlar çift elleri tekniği asistanlar ise tek elleri tekniği temsil etmekte idi. Ameliyatların 28'inin (%56) süresi 90 dakika ve altında olup ortalama skoru %90.5 bulundu. Ameliyat süresi 90 dakikadan fazla olan grupta ise ortalama skor %65 olup fark anlamlı bulundu. Sistik kanal ve/veya sistik arter ameliyatların %4'ünde başlangıç diseksiyonunda ortaya konulamadı ve yeterli uzunlukta hazırlanamadı. Safra veya taş kaçağının olduğu safra kesesi yaralanması (%42), kese yatağı dışında oluşan ve kanamayan karaciğer yaralanması (%36), kanamaya neden olan karaciğer yaralanması (%18) ve traksiyon esnasında safra kesesinin istem dışı saliverilmesi (%16) en sık hatalar olarak saptandı. Sonuç: Ortalama skorumuz kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte teknik alt yapıımız ve eğitim programımız performansın yükseltilmesi ve operasyon süresinin kısaltılmasına yönelik olarak tekrar gözden geçirilmelidir.

41. Vaka sunumu Safra kesesi duplikasyonu

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

Yazarlar : Vahit Özmen, Ersin Ünal, Mustafa Keçer, Mahmut Müslümanoğlu, Mesut Parlak, Tuğrul Demirel
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Olgu Sunumu

Çift veya iki loblu safra kesesi çok nadir olarak görülen bir safra kesesi anomalisidir. Yapılan bir çalışmada, 1/4000 sıklıkta olduğu bildirilmiştir.

32 yaşında bir kadının dispeptik yakınmaları nedeniyle yapılan ultrasonografide safra kesesinin çift olarak görülmüştür. Magnetik rezonans görüntüleme yapılarak safra yolu anomalisi olup olmadığı araştırılmış ve safra yolları normal bulunmuştur. Bunun üzerine hastaya laparoskopik kolesistektomi başarıyla uygulanmıştır

42. ELEKTİF LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERDE YARA ENFEKSİYONU VE ETKEN FAKTÖRLER

Sunucu : Mehmet Ali UZUN (nekoksal@yahoo.com)

Yazarlar : Mehmet Ali UZUN, Yusuf GÜNERHAN, Rüştü KURT, Gürkan TELLİOĞLU, Neşet KÖKSAL

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Cerrahi Kliniği

Amaç: Taşlı kolesistit tanısı ile elektif olarak laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastalarda yara enfeksiyonu sıklığını ve buna etkili faktörleri araştırmak.

Yöntem: Taşlı kolesistit tanısı ile laparoskopik kolesistektomi ameliyatına alınan 50 hastaya anestezi indüksiyonu, 8. ve 16. saatlerde 1 gr sefazolin intravenöz olarak yapıldı. Ameliyatlar Eubanks ve arkadaşları tarafından teknik performansı değerlendirmek üzere oluşturulan objektif skorlama sistemi ile skorlandırıldı. Hastalar prospektif olarak yara enfeksiyonu, risk faktörleri ve kullanılan skorlama sistemi ile enfeksiyon arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Ameliyat edilen hastaların 41'i kadın (%82), 9'u erkek olup ortalama yaş 54 idi (26-75). Hastaların 3'ünde (%6) umbilikal port yerinde yara enfeksiyonu gözlemlendi ve bu grupta ortalama skor %87.5 idi. Yara enfeksiyonu gözlenmeyen grupta ortalama skor %78.8 olup fark istatistiksel olarak anlamsızdı. Safra veya taş kaçağının olduğu safra kesesi yaralanması 21 hastada (%42) gelişti ve yara enfeksiyonu gözlenen tüm hastalar bu grupta idi. Yara enfeksiyonlarında patojen mikroorganizma olarak 2 hastada klebsiella, 1 hastada alfa hemolitik streptokok tespit edildi.

Sonuç: Taşlı kolesistit tanısı ile laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastalarda yara enfeksiyon sıklığı yüksek bulundu. Teknik performans skorunda anlamlı fark olmamakla birlikte, yara enfeksiyonlarının tamamının safra kesesi perforasyonu olan hastalarda olması dikkatli çekici idi. Safra kesesinin dikkatli diseksiyonu enfeksiyon oranlarının azaltılmasında etkili olabilir sonucuna varıldı.

43. Laparoskopik kolesistektomi komplikasyonlarımız

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

Yazarlar : Mustafa Keçer, Mesut Parlak, Işıl Çelikel Ayalp, Ersin Ünal, Yavuz Bozfakioğlu, Vahit Özmen, Mahmut Müslümanoğlu, Abdullah İçci, Cumhur Değer

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

AMAÇ: Günümüzde safra kesesi patolojilerinin standart tedavi şekli laparoskopik kolesistektomidir. Bu çalışmada 11 yıllık laparoskopik kolesistektomi deneyimimizi retrospektif olarak irdelemeyi amaçladık.

YÖNTEM : İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi'nde 1991-2001 yılları arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanmış olup 1158 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR : Hastaların 236'sı (%20,37) erkek , 922'si (%79,62) kadın olup , ortalama yaş 52(20-86) dir. Hastaların 162'sinde (%14) akut kolesistit tanısı ile ameliyat edildi. 25 olguda (%2,15) mekanik ikter vardı. Bu olgulara preoperatif ERCP uygulanarak taş çıkarıldı. 31 olguda (%2,6)da açık cerrahiye geçildi. Bunların altısında; karaciğer yatağından kanama (iki olgu), kolon yaralanması (bir olgu), safrayolu yaralanması (iki olgu), ince barsak mezenterinde kanama (bir olgu) saptandı. 25 olguda ise ileri derecede yapışıklık ve zor anatomi sonucu açık cerrahi uygulandı.

İntraoperatif komplikasyon olarak, iki olguda (%0,17) safrayolu yaralanması, iki olguda (%0,17) karaciğer yatağından kanama, bir olguda (%0,086) ince barsak mezenterinden kanama, bir olguda (%0,086 diafragma rüptürü saptandı. Postoperatif komplikasyon olarak onbir olguda (%0,94) intraabdominal koleksiyon, oniki olguda (%1,03) respiratuar komplikasyonlar, onaltı olguda (%1,38) yara yeri enfeksiyonu, yedi olguda (%0,60) insizyonel herni, iki olguda (%0,17) intra abdominal abse, iki olguda (%0,17) peritonit, üç olguda (%0,25) safra fistülü görüldü.

Üç hasta kaybedildi. (%0,25) Akut kolesistit tanısı ile ameliyat edilen iki olguda ameliyat sırasında, fark edilen karaciğer sirozu vardı. Karaciğer yatağından kanama nedeniyle açık cerrahi yönetime dönüldü ancak iki olguda DIK nedeniyle kaybedildi. Diğer olgu ise geç fark edilen bilier sepsis nedeniyle kaybedildi.

SONUÇ : Laparoskopik kolesistektomi taşlı kolesistit için standart bir cerrahi girişim olmasına karşın morbidite ve mortalitesi olan bir ameliyattır. Yeterli deneyime ve eğitime sahip cerrahlar tarafından uygulanması komplikasyonlara açık olan bu cerrahi yöntemi daha güvenilir kılacaktır.

44. ERKEKTE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ZORMU?

Sunucu : Adem Akçakaya (aakcakaya@hotmail.com)

Yazarlar : Gürhan Baş, Mustafa Şahin, Orhan Alimoğlu

SSK Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Laparoskopik kolesistektomi(LK) safra kesesinin çıkarılması gereken durumlarda seçkin yöntemdir. Bu işlem esnasında ciddi yapışıklıklar, anatomik anomalliler, kanama, safra yolu ve karın içi organ yaralanması gibi intraoperatif komplikasyonlar açık cerrahiye dönmeyi gerektirebilmektedir. Bu çalışmada konversiyon sebepleri arasındaki erkek seksin laparoskopik kolesistektomi de zorluk oluşturup oluşturmadığını araştırdık.

SSK Vakıf Gureba Hastanesi 1.Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 1997-Şubat2002 tarihleri arasında yapılan 321 LK ameliyatını retrospektif olarak inceledik. Cinsle bağlı yaş, ameliyat süresi, ameliyatı güçleştiren safra kesesi ve komşu organlara bağlı faktörleri irdeledik. Safra kesesinin anatomi ve yapışıklıklarını değerlendiren derecelendirme yaptık. Grade'lemeyi 0 dan 4' e kadar 5 sınıfa ayırdık.

Hastaların 252 (%78.5)'si kadın 69(%21.5)'u erkek, genel yaş ortalaması 49,5(20-85); kadınların yaş ortalaması 48, erkeklerin yaş ortalaması 54 idi.

21(%16.5) hastada açığa geçildi. Bunların 12'si(%4.7) kadın, 9(%13)'u erkekti. Konversiyon nedeni kadınların 5'inde diseksiyon güçlüğü, 3'ünde kanama, 1'inde Mirizzi send. Tip 2, 1'inde koledok yaralanması, 1'inde duodenum perforasyonu, 1'inde insuflasyona bağlı kardiak problemler idi. Erkeklerde en sık sebep 4 olgu ile diseksiyon güçlüğü idi.(Olgulardan birinde kolesistoduedonal fistül mevcuttu). Bunu 3 olgu ile kanama, 1 olgu ile Mirizzi send. Tip 2' ve insuflasyona bağlı kardiak problemler izliyordu. İki cins arasında anlamlı fark mevcuttu(P<0,05).

Ameliyat zorluklarının derecelendirmesinde iki grup arasında ileri derecede anlamlı fark mevcuttu.(P<0,001)

Ameliyat süreleri kadında 55+25 dk iken erkeklerde 83+75 dk idi ve anlamlı fark mevcuttu(P<0,001)

Ameliyatta oluşan komplikasyonlar; kadınlarda olguların 10' unda kanama, 15' inde SK perforasyonu 5'inde safra kaçağı, 1'inde diafragma yaralanması iken; erkek olguların 7'sinde kanama, 9'unda SK perforasyonu, 1'inde safra kaçağı tespit edildi. Gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu.

Erkek cinsle LK'ı anatomik zorluklar taşımakta, buna bağlı olarak ameliyat süresi daha uzun, konversiyon oranı ve komplikasyonlar daha fazla izlenmektedir.

45. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİDE 6 HASTALIK DENEYİMİMİZ

Sunucu : Mehmet GÖRGÜN (mehmet.gorgun@isbank.net.tr)

Yazarlar : Hidayet ÇATAL, Emin YILMAZ, Önder TOSUN, Hakan KÖSE

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Haziran 2000- Mart 2002 tarihleri arasında 6 hastaya hematolojik hastalıklarının tıbbi tedavi ile kontrol altına alınamaması nedeniyle laparoskopik yöntemle splenektomi uyguladık.

Hastalarımızın 4 ü ITP, 1 i hereditör sferositoz, 1 i de hemolitik anemi tanısı almışlardı.

Kadın / erkek oranı 5/1 idi. Hastalarımız 15-30 yaş arasındaydı.

Tüm hastalara sağ lateral pozisyonda ameliyatlar yapıldı. Beş trokar kullanılarak çalışıldı.

Hastaların 4 ünde ameliyat laparoskopik yöntemle tamamlandı, 1 hastada kanama nedeniyle açık ameliyata geçildi, 1 hastada da eksplorasyonda dalağın çok büyük olması nedeniyle laparoskopik yöntemden vazgeçildi.

Laparoskopik splenektomilerin ameliyat süreleri 150 ile 260 dakika arasında oldu. Ameliyat sonrası ağrı yalnızca parasetamol ile kontrol altına alındı. Laparoskopik yöntemle opere edilen hastalarımızın ameliyat sonrası hastanede kalma süreleri 2 ile 4 gün arasındaydı.

Hastalarımızda ameliyat mortalitesi olmadı, 1 hastamızda ameliyattan 15 gün sonra lokal anestezi ile drene edilen sol subfrenik sıvı birikimi ve sol plörezi gelişimi oldu.

Hastaların yakın dönem trombosit sayıları tıbbi destek gerekmeyen düzeylere erişti.

Sonuç olarak laparoskopik cerrahide her geçen gün cerrahi beceri ve deneyimler artmakta, açık cerrahi ile rahatça kıyaslanabilecek daha az invaziv ameliyatlar yapılabilmektedir.

46. ITP' Lİ OLGULARIN SPLENEKTOMİSİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİNİN AÇIK CERRAHİYE ÜSTÜNLÜĞÜ

Sunucu : Hüseyin Alakuş ()

Yazarlar : H. ALAKUŞ*, G. ÖĞÜNÇ*, C. ARICI*, İ. KARADOĞAN**, A. TİMURAĞAOĞLU**, L. ÜNDAR**, E. TERCAN***

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Splenektomi gereken ITP' li olgularda laparoskopik cerrahi açık cerrahiye tercih edilen bir yaklaşımdır. Laparoskopik splenektomide ameliyat süresinin uzun, maliyetin daha yüksek olmasına karşın, postoperatif hasta konforunun çok iyi hastanede yatış süresinin daha kısa olması, kesiye ait komplikasyonların az, solunum problemlerinin seyrek görülmesi, yöntemin tüm dünyada yaygın bir uygulama alanı bulmasına neden olmuştur.

Bu retrospektif klinik çalışmada, medikal tedaviye yanıt vermeyen splenektomileri konvesiyonel yöntemle yapılmış ITP' li 6 olgu (4 K, 2 E, yaş ort.' sı: 34.6-28-41) ile, aynı endikasyonla laparoskopik splenektomi yapılan 6 olgu (4 K, 2 E, yaş ort.' sı: 28.8-18-48) ameliyat süreleri ve hastanede yatış süreleri açısından karşılaştırıldı. Sonuçların istatistiksel değerlendirilmesinde Fisher' ın kesin ki-kare ve Mann-Whitney testi kullanıldı. Heriki grupta yaş ve cinsiyet açısından farklılık yoktu($t>0.05$).

Konvensiyonel yöntemde sol subkostal insizyon kullanıldı. Laparoskopik yaklaşımda ilk 2 hastada supine, diğer 4 hastada lateral pozisyonda, ilk 2 olguda 5 adet, diğer 4 olguda 3 adet 10 mm' lik trokar kullanıldı. Laparoskopik splenektomide splenik arter dalları 2-0.ipeklerle intrakorporal ligatüre edildi, ven için lineer kesici stapler kullanıldı. Açık cerrahi (AC) grubundaki olgularda ameliyat süresi ort.: 76.6 dk (45-120), Laparoskopik cerrahi (LC) grubunda bu süre ort.: 122.5 dk (75-180) idi ($p:0.026$). Hastanede yatış süresi AC grubunda ort.: 5 gün (3-7), LC grubunda ise bu süre ort.:1.6 (1-3) gün idi($p:0.002$), bu gruptaki son 3 olgu postoperatif 1. gün taburcu edildi.

Sınırlı sayıdaki deneyimimizin sonuçları bize, laparoskopik splenektomide ameliyat süresinin uzun olmasına karşın, hastanede yatış süresinin oldukça kısa olduğunu gösterdi.

47. Laparoskopik Splenektomi

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

Yazarlar : Mahmut Müslümanoğlu, Vahit Özmen, Abdullah İğci, Çağatay Korkut, Mustafa Keçer, Mesut Parlak, Işıl Çelikel Ayalp, Hasan Karanlık, Cumhuriyet Değer
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

AMAÇ : Laparoskopi tekniğindeki gelişmeler ve edinilen tecrübeler, laparoskopik girişimlerin endikasyonlarını arttırmıştır. Bunlardan birisi de laparoskopik splenektomidir. Bu çalışmadaki amacımız laparoskopik splenektomi deneyimimizi yansıtmaktır.

METOD: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C servisinde 1993-2001 yılları arasında laparoskopik splenektomi yapılmış 20 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Hastaların 7'si (%35) erkek, 13'ü (%65) kadın olup, ortalama yaş 26.9 (14-38)'dir. Olguların 1'i (5) hairy cell lösemi, 1'i (%5) Evan's Sendromu, 18'i (%90) ise idiopatik trombositopenik purpuraydı. 7 olguda (%35) hiler damarlar endostaplerle kesilirken, 13 olguda (%65) ise arter ve ven keskin diseksiyonla serbestleştirilerek geniş klipslerle ayrıldı. Ortalama ameliyat süresi 153 (80- 240) dakikadır. Hairy cell lösemili olguda büyük dalak, ITP'li 2 olgudaysa kontrol edilemeyen kanama yüzünden toplam 3 olguda (%15) açık splenektomiye dönüldü. Ameliyat esnasında saptanan kan kaybı 250 (80-700) olup, ortalama dalak ağırlığı 199.6 (138-450 gr)' dı. Ortalama hastanede kalış süresi 2.65 (2-6) gündür.

SONUÇ: Laparoskopik splenektomide laparoskopun magnifikasyon özelliği sayesinde yeterli görüş ve diseksiyon alanı sağlanması açısından laparotomiye alternatif emniyetli bir tedavi yöntemi olarak kabul edilebilir. Ancak laparoskopi konusunda deneyimli cerrahi ekip tarafından uygulanabilir.

48. LAPAROSKOPİK FITİK ONARIMINDA TESPİTSİZ ÜÇ BOYUTLU PROLEN GREFTİN TESPİTLİ DÜZ PROLEN GREFTE ÜSTÜNLÜĞÜ

Sunucu : Ayhan Eser ()

Yazarlar : A. ESER , G. ÖĞÜNÇ, N. HADİMİOĞLU

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Açık cerrahi yöntemle karşılaştırıldığında ameliyat sonrası hasta konforunun mükemmelliği, laparoskopik cerrahinin kasık fıtığı onarımında yaygın bir uygulama alanı bulmasına neden olmuştur. Bu çalışmada laparoskopik (Transabdominal preperitoneal) TAPP kasık fıtığı onarımında düz prolen mesh greftin tespiti ile onarım yapılan olgular, aynı yöntem ile 3D prolen greftin tespitsiz uygulandığı olgularla postoperatif (p.o) analjezik gereksinimlerine göre karşılaştırıldı. Eylül 1997 – Mart 2002 tarihleri arasında 40' ı erkek, yaş ort.' sı 40.4 (18-73), 8' i kadın, yaş ort.' sı: 33.2 (22-59) olan toplam 48 hastaya kasık fıtığı nedeni ile 56 laparoskopik TAPP hernioplasti yapıldı. Olguların tümünde birisi 10 mm subumbilikal, diğer 2' si 5 mm rektus laterali 3 trokar kullanıldı; ameliyat bitiminde trokar yerlerine Lidcaine-HCl %1.0+bupivacaine-HCl %0.5 infiltrasyonu uygulandı. Defektin büyüklüğüne göre 8-12 x 12x15 cm boyutlarındaki düz prolen mesh greft ilk 10 olguda hernia stapler ile tespit edilip, periton aynı enstrüman ile kapatıldı. Sonraki 28 olguda düz prolen mesh greft Tacker ile tespit edildi, periton 3-0 vicryl ile kapatıldı; heriki grupta 4-6 arasında tespit uygulandı. Bu olgularda p.o dönemde 2-4 doz arasında değişen parenteral analjezik gereksinimi oldu. Grefti hernia stapler ile tespit edilen bir olgunun, gelişen nöralji nedeni ile 2 hafta süre ile oral analjezik kullanması gerekti. Son 10 olguda fıtık onarımında defektin büyüklüğüne göre orta veya büyük 3 boyutlu greft tespit edilmeden kullanıldı, periton 3-0 vicryl ile suture edildi; bu olguların hiçbirisinde p.o dönemde parenteral veya oral analjezik gereksinimi olmadı. Konvansiyonel fıtık onarımı ile karşılaştırıldığında laparoskopik onarımda p.o hasta konforu daha iyi olmasına karşın; tespitsiz greft kullanımı (maliyetinin daha yüksek olmasına karşın) analjezik gereksinimini ortadan kaldırarak, hasta konforunu mükemmel hale getirmekle birlikte tespit esnasında oluşabilecek sinir travma riskinde ortadan kaldırdı.

49. ENDOSKOPİK DİKİŞ TEKNİKLERİNDE YENİ GELİŞMELER

Sunucu : Metin BERBEROĞLU (mberber@item.com.tr)

Yazarlar : Feyzan ERCAN

İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi

Giriş: Laparoskopik cerrahinin en büyük problemlerinin başında dokuların birbirine dikilmesi ve greft tespitleri olmuştur. Bu amaçla bu güne kadar sütür atıcılar, staplerler ve zimbalar üretilmiş hepsinin değişik avantaj ve dezavantajları görülmüştür. Özellikle sütür atma yoğun eğitim ve antrenman gerektirdiğinden bunu gerektiren endoskopik girişimler yaygınlaşmamıştır.

Teknik: Yakın dönemde geliştirilen ve endoskopik dikiş koymak amacıyla iğnesiz bir dikiş gereci olan Touche Grasper eğitim uygulamalarımız amacıyla gerçekleştirilen laparoskopik operasyonlarda başarıyla kullanılmış ve ilk tecrübelerden memnuniyet verici sonuçlar alınmıştır. Birbirine dikilmesi planlanan dokular grasper ile tutar gibi yakalanır ve gerecin tel sürücü düğmesine basılır. Çenesinden çıkan çelik tel yeni bir hamle ile tutulur ve çevirici düğme ile shaft döndürülür. Tel kendi üzerinde burkulmaya başlar. Yeterli tur atılınca kesici tetik ile tel koparılır.

Sonuçlar ve Yourm: Bu gereçle operere edilen olgularda periton kapatılması, anastomoz, greft tesbiti ve crus kapatılması gibi işlemler başarıyla yapıldı. Bu video sunumu ile uygulama alanımıza soktuğumuz bu yeni tekniği endoskopik cerrahi ile uğraşan cerrahlarla paylaşmak istedik.

50. MEKANİK İNCE BARSAK OBSTRÜKSİYONUNA YOL AÇAN İNKARSERE SUPRAVEZİKAL FITİĞİN LAPAROSKOPİK YÖNTEM İLE TAMİRİ

Sunucu : Emre Görgün (egorgun@hotmail.com)

Yazarlar : Ender Onur, Nihat Yavuz, B.Berat Apaydın, Feridun Şirin

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç : Mekanik ince barsak obstrüksiyonuna yol açmış nadir bir klinik tablo olan supramezikal herni olgusu ve tedavisinde seçilen laparoskopik yöntemin sunumu.

Yöntem: Ellidört yaşında erkek hasta, iki gün önce başlayan, karın ağrısı, kusma, gaz- gayta çıkaramama şikayetleri ile acil cerrahi kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde karın distansiyonu mevcut, barsak sesleri hipoaktif, tuşe rektalde ampulla boş ve ağrısız idi. Çekilen ADBG'de multiple ince barsak tipi hava sıvı seviyesi mevcuttu.

Bulgular: Batın-pelvis BT'de ileoçekal valvin proksimalinde obstrüksiyona sebep olan lezyon ve proksimalindeki barsak anslarında dilatasyon saptandı. Bu lezyon invaginasyona yol açan ince barsak tümörü olarak yorumlandı. Olguya uygulanan laparoskopi ile ileoçekal valvden proksimale doğru ince barsaklar explore edildi. İleoçekal valvin yaklaşık 80cm. proksimalinde 20 cm.lik ince barsak ansının supramezikal fossadan fıtıklaştığı görüldü. Fıtık halkası kesilerek ince barsaklar redükte edildi. İnkarsere barsak segmentinde herhangi bir viabilite sorunu yoktu. Fıtık defekti tek tek konan intrakorporal sutureler ile tamir edildi. Hasta post-op 1.gün taburcu edildi.

Sonuç: Mekanik ince barsak obstrüksiyonunun, bir nedeni de nadir görülen supramezikal fıtıklardır. Bu olguların tanı ve tedavisinde laparoskopinin yeri hatırlanmalıdır

51. KIZ ÇOCUKLARINDA LAPAROSKOPİK KASIK FITİĞİ ONARIMI

Sunucu : B. Haluk Güvenç ()

Yazarlar : Gülşen EKİNGEN, Selami SÖZÜBİR, Melih TUGAY, Ayşe TUZLACI, Ufuk ŞENEL, Hayrünisa KAHRAMAN

Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim D.

Çocukluk çağı kasık fıtıkları % 5 oranında görülür ve prosesus vaginalisin kapanmasındaki gecikmeye bağlı olarak sıklıkla indirekt fıtık olarak karşımıza çıkar. Herni kesesinin bulunarak yüksek ligasyonunun yapılması tedavi için yeterli olmaktadır. Gelişen teknik olanaklar sayesinde minimal invazif girişimler, çocuk yaş grubunda da giderek artan oranlarda uygulama alanı bulmaktadır.

Kliniğimizde, Ekim 2001 - Ocak 2002 tarihleri arasında, yaş ortalaması 4.4 olan (3 ay-7 yaş) yedi kız olguda, toplam onbir kasık fıtığı laparoskopik olarak onarıldı. Olguların beşinde sağ, birinde sol ve bir diğerinde ise bilateral kasık fıtığı mevcuttu. Operasyon sırasında, tek taraflı kasık fıtığı ile başvuran altı olgunun dördünde, karşı tarafta patent processus vaginalis tespit edildi. Hasson tekniği ile umbilikustan yerleştirilen 5 mm'lik bir port yoluya batın 10 mm Hg basınç ile insuffle edildi. 5-mm'lik, 0° skop yardımıyla yapılan eksplorasyonu takiben, göbek hizasında her iki rektus lateralinden iki adet 2.8 mm'lik port yerleştirildi. İnguinal kanal içerisinden yakalanan fıtık kesesi batın içine invert edilip, iç ring hizasında purse-string konularak bağlandı. Karşı tarafta patent prosessus tespit edildiği takdirde, o tarafa da onarım yapıldı. Bütün ameliyatlar laparoskopik yöntemle tamamlandı.

Erişkin kasık fıtıklarında, laparoskopik cerrahi ile onarımın yatış süresini kısalttığı ve post-op ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. Çocuklarda takviye gerekmediğinden, ameliyat süresi uzamamakta, ayrıca girişim esnasında karşı taraf prosesus vaginalisin onarımı ile ikinci bir inguinal eksplorasyon gereği ortadan kaldırılmaktadır. Kız çocuklarında, laparoskopik kasık fıtığı onarımının emniyetli ve uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu düşünmekteyiz.

52. KASIK FITİĞİ TAMİRİNDE LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL, MESH PLUG VE LICHTENSTEIN YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI (KLİNİK PROSPEKTİF ÇALIŞMA)

Sunucu : Ediz ALTINLI (edizaltinli@hotmail.com)

Yazarlar : Birol AĞÇA, Ali KALYONCU, Samet KALENDER, Mehmet MİHMANLI

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği

AMAÇ : Cerrahi kliniklerinde çok sık olarak yapılmakta olan kasık fıtıklarının çok farklı tamir yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar arasında son yıllarda yaygın olarak yapılmakta olan laparoskopik fıtık tamir yöntemleri giderek artmakta olup bu yöntemle çeşitli sentetik tamir materyalleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda kasık fıtığı nedeniyle çeşitli yöntemlerle ameliyat edilen olgular kendi aralarında karşılaştırılmışlardır.

YÖNTEM : Ocak 2001-Şubat 2002 tarihleri arasında toplam 52 olgu ameliyat edildi. Olgular yapılan ameliyat tekniğine göre üç farklı gruba ayrıldı. 1. grupta laparoskopik total ekstraperitoneal (LAP TEP) tamir yöntemi, 2. grupta mesh plug uygulaması, 3. grupta ise Lichtenstein tipi fıtık tamiri yapıldı. Olgular yaş, cinsiyet, yara komplikasyonları, hastanede kalış süresi, günlük aktiviteye dönüş süresi ve gelişen nüksler bakımından irdelendi.

BULGULAR : Olguların 47'si erkek, 5'i kadın olup yaş ortalaması 43.5 yıldır. 1. grupta 17 olgu (2 olgu bilateral), 2. grupta 16 olgu (3 olgu bilateral), 3. grupta ise 19 olgu (3 olgu bilateral) bulunmaktadır. Ameliyat sonrasında 1. grupta; 1 olguda derin yumuşak doku enfeksiyonu, 2. grupta; 6 olguda kasık bölgesinde ağrı, 2 olguda seroma ve 11 olguda ameliyat bölgesinde parestezi, 3. grupta ise 1 olguda hematoma, 2 olguda seroma ve 9 olguda ameliyat bölgesinde parestezi saptandı. Ayrıca 3. grupta 1 olguda postop 4. ayda nüks saptandı. Grupların sırasıyla hastanede yatış süreleri; 1.2, 2.3 ve 2.4 gündür. Günlük aktiviteye dönme süreleri ise sırasıyla; ortalama 4, 7 ve 8 gündür. 1. ve 2. gruptaki olgularda takip edilen süreler içinde nükse rastlanmadı. Olguların ortalama takip süresi 5.8 aydır.

SONUÇ : Kasık fıtığı tamirinde kullanılan sentetik yama materyalleri çeşitli cerrahi tekniklerle yapılabilmektedir. Ameliyatın tekniği ve kullanılan materyalin tipi beraberinde çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Çalışmamızda üç farklı teknikte yapılan kasık fıtığı tamirinde, LAP TEP yönteminin; düşük morbidite, nüks görülmemesi, hastanede yatış ve günlük aktiviteye dönüş süresinin daha kısa olması nedeniyle diğer yöntemlerden daha üstün olduğu saptanmıştır.

53. TOTAL EKSTRAPERİTONEAL PROSEDÜR (TEP) İLE AÇIK MESH ONARIMINI KARŞILAŞTIRAN RANDOMİZE KLİNİK ÇALIŞMA

Sunucu : Tahsin ÇOLAK (tcolak@mersin.edu.tr)

Yazarlar : T. ÇOLAK, M. DİRLİK, T. AKÇA, K. ÖCAL, F. YAYLAK, M. ÇAĞLIKÜLEKÇİ, S. AYDIN

Mersin Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

AMAÇ : İnguinal herni onarımında laparoskopik yöntemlerin yeri halen tartışmalıdır. Bu prospektif randomize çalışmanın amacı TEP yönteminin açık mesh onarım yöntemiyle karşılaştırılmasıdır.

Yöntem : Toplam 80 ardışık inguinal herni hastası TEP (n = 40) veya açık mesh (n = 40) onarımı yapılmak üzere rasgele iki gruba ayrıldı. Her iki grubun operasyon ve hastanede kalma süreleri, postoperatif ağrı skorları, parenteral analjezik ihtiyaçları, peroperatif-postoperatif komplikasyon ve erken dönem nüks oranları değerlendirildi.

Bulgular : Her iki grup yaş, cinsiyet, herni tipi ve operasyon süresi açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$). Ortalama takip süresi $\pm$ standart sapması 11.86 ± 2.86 aydı. Operasyon süresi ($71.50'ye 72.00 dk.$, $p = 0.940$), ilk mobilizasyon için geçen süre ($5.07 \pm 2.75'ye 5.62 \pm 2.42$ saat, $p = 0.34$), komplikasyon ($p = 0.785$) ve erken dönem nüks oranları ($2'ye 3$, $p = 0.64$) açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Buna karşın ortalama parenteral analjezik kullanma süresi ($0.40 \pm 0.92'ye 1.30 \pm 1.95$ gün, $p = 0.01$), postoperatif ağrı skorları ($2.75 \pm 1.77'ye 4.62 \pm 1.87$, $p = 0.001$) ve hastanede kalma süresi ($1.77 \pm 0.65'ye 3.75 \pm 1.85$ gün, $p = 0.0001$) laparoskopik grupta anlamlı derecede daha düşüktü.

Sonuç : TEP ile inguinal herni onarımı açık mesh yöntemine göre operasyon süresini, komplikasyon ve nüks oranlarını artırmadan hastaların postoperatif ağrısını ve analjezik ihtiyaçlarını azalttığı ve hastanede kalma sürelerini kısalttığı gözlemlendi.

POSTER BİLDİRİ ÖZETLERİ

1. PNÖMOPERİTONYUM SIRASINDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN SOLUNUM MEKANİKLERİNE ETKİLERİ

Sunucu : Sinan ÇARKMAN (zsalihoglu@yahoo.com)

Yazarlar : Ziya SALİHOĞLU, Şener DEMİROLUK, Sinan ÇARKMAN, Kağan ZENGİN, Yıldız KÖSE, Mustafa TAŞKIN

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Vücut kitle indeksi (VKİ) ve pnömoperitonyum ameliyat sırasında solunum mekaniklerini etkileyebilen faktörlerdir.

Bu çalışmada laparoskopik cerrahi sırasında oluşturulan pnömoperitonyum ve vücut kitle indeksinin solunum mekanikleri ve hemodinamik sisteme olan etkileri incelendi.

Yöntem: Grup 1 (n=20) VKİ:20-25 arası olan (69 ± 12 kg), Grup 2'de (n=20) VKİ >40 (132 ± 30 kg) olan hastalardan seçildi. Grup 1'deki hastalara laparoskopik kolesistektomi, grup 2'deki hastalara laparoskopik stoma ayarlanabilir gastrik band ameliyatı uygulandı.

Ameliyatta mekanik ventilasyon uygulanırken, tidal volüm, solunum frekansı sabit tutuldu. CO₂ insüflasyonu 2 L/dk akımla sağlandı. İntraabdominal basınç 12 mmHg'da sabit tutuldu.

Ventrik solunum mekaniği monitörü ile dinamik kompliyans (C_{di}) değerleri kaydedildi. Ölçümler anestezi induksiyonundan sonra (1), pnömoperitonyumdan sonra (2), fowler pozisyonunda (3), desüflasyonda (4) yapıldı. Eşzamanlı olarak ortalama arter basıncı ve kalp atım hızı değerleri kaydedildi.

İstatistiksel değerlendirmede repeated measures ANOVA ve Tukey-Kramer testleri kullanıldı. P< 0.05 değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular:C_{di} değerleri 1,2,3 ve 4 ölçümlerde Grup 1 için sırası ile 60 ± 13 , 37 ± 6 *, 39 ± 6 *, 55 ± 11 * olarak bulunurken grup 2 için 49 ± 14 , 32 ± 7 *, 34 ± 8 *, 43 ± 13 * olarak bulundu. (*p<0.05 1.değerle karşılaştırıldığında,† p<0.05 gruplar birbirleri ile karşılaştırıldığında)

Grup 2'deki hastalardaki başlangıç kompliyans Grup 1'deki hastalardan kötü olarak belirlendi. Hemodinamik değerlerde gruplarası ve grup içi karşılaştırmada anlamlı bir farklılık belirlenmedi.

Sonuç: VKİ'si yüksek olan grupta başlangıç kompliyansının düşük olmasına rağmen ameliyat sırasında olumsuz etkilene oranı diğer grupla aynı olarak belirlendi. VKİ yüksek olan hastalarda solunum sisteminin olumsuz etkilendiği ama pnömoperitonyum sırasında diğer hastalarla aynı derecede etkilendiği gösterildi.

2. PNÖMOPERİTONYUM VE POZİSYON AÇILARININ SOLUNUM MEKANİKLERİNE ETKİLERİ

Sunucu : Sinan ÇARKMAN (zsalihoglu@yahoo.com)

Yazarlar : Ziya SALİHOĞLU, Şener DEMİROLUK, Serpil ÇAKMAKKAYA, Sinan ÇARKMAN, Yıldız KÖSE

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Laparoskopik cerrahi sırasında ameliyatın aşamasına göre verilen pozisyonların açıları ve pnömoperitonyum solunum mekaniklerini etkileyebilir. Bu çalışmada pnömoperitonyum sırasında hastalara verilen 15 ve 40 derecelik pozisyon değişikliklerinin solunum mekanikleri üzerindeki etkileri araştırıldı.

Yöntem: Laparoskopik kolesistektomi uygulanacak 80 hasta çalışmaya alındı. Hastalar rastlantısal iki gruba ayrıldı. Grup I'e (n=50) 15 derecelik, Grup II'ye n=(30) 40 derecelik pozisyon değişiklikleri uygulandı. Ameliyat süresince tidal volüm ve solunum sayısı sabit olacak şekilde mekanik ventilasyon uygulandı. Pnemoperitonyum oluşturmak için insüflasyon cihazı ile 2 L/ dk CO₂ akımı kullanılırken intraabdominal basınç 12 mm Hg değerinde sabit tutuldu.

Ventrik (Novamatrix, USA) solunum mekaniği monitörü ile solunum mekanikleri ölçüldü. Havayolu direnci (HYD), dinamik kompliyans (C_{di}), ve tepe havayolu basıncı (THB) değerleri kaydedildi.

Ölçümler anestezi induksiyon sonrası (1), pnömoperitonyum sonrası (2), 15 ve 40-derece Trendelenburg pozisyonu (3), 15 ve 40 derece Fowler pozisyonu (4), ve desüflasyon (5) olmak üzere beş dönemde yapıldı. Arter kan gazı örnekleri, ortalama arter (OAB) ve kalp atım hızı değerleri aynı dönemlerde eş zamanlı olarak kaydedildi.

Bulgular:C_{di} değerleri Grup 1 için sırası ile 56 ± 7 *, 30 ± 6 *, 36 ± 7 *, 48 ± 11 *, Grup 2 için sırası ile 56 ± 7 *, 31 ± 6 *, 35 ± 7 *, 49 ± 11 * olarak tespit edildi.

OAB değerleri Grup 1 için sırası ile 84 ± 17 , 102 ± 18 *, 111 ± 15 *, 95 ± 17 *, 96 ± 13 , Grup II için sırası ile 87 ± 11 , 112 ± 11 *, 102 ± 18 *, 98 ± 19 *, 93 ± 10 olarak tespit edildi. (*P<0.05 1. ölçümle diğer ölçümler karşılaştırıldığında)

Kan gazları: 3 ve 4. ölçümlerde pCO₂ artarken pH azaldı. Kalp atım hızı hiçbir dönemde değişmedi.

Sonuç: Her iki grupta solunum mekaniği değerleri tüm dönemlerde olumsuz etkilendi. Pozisyon değişikliklerinin açısının değiştirilmesi ile solunum mekaniklerindeki herhangi bir farklılık saptanmadı. Bu da bize, pnömoperitonyum sırasında solunum mekaniklerinin etkilendiğinde, bunun önlenilmesi için açılı değişikliklerinden çok diğer önlemlerin alınması gerektiğini göstermektedir.

3. AKUT BİLİYER PANKREATİTLERDE ERKEN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

Sunucu : Erdal AYAR (erdalayar@ixir.com)

Yazarlar : Acar AREN, Mustafa ŞENER, Gürhan ÇELİK

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Kliniğimizde 2001 yılına kadar akut biliyer pankreatitlere geç dönemde açık veya laparoskopik kolesistektomi uyguluyorduk.

Laparoskopik deneyimimizin artmış olması ve tıbbi tedavi sonrası tekrarlayan akut atakların hastanın genel durumunu bozması nedeniyle akut biliyer pankreatitlere erken dönemde laparoskopik kolesistektomi uygulamaya başladık.

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Genel Cerrahi kliniğinde 2001 yılında akut biliyer pankreatit tespit edilen 7 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulanmıştır. Olguların 3'ü kadın (%42.9), 4'ü Erkek

(%57,1)'ti. Yaş ortalaması 56 (50-70)'dir. Hastaların tamamında akut biliyer pankreatit tanısı Fizik Muayene, lökosit, amilaz, karın ultrasonografisi ve karın tomografisi sonrasında konuldu. Hastaların ortalama hastanede kalış süreleri ortalama 9,8 (4-15) gün, hastaneye yatıştan operasyona kadar olan süre ortalama 8,1 (2-14), postoperatif hastanede kalış süreleri ortalama 1,7 (1-3) gün olarak tespit edildi.

Sonuç olarak biliyer kökenli olduğu bilinen akut pankreatit olgularında hastalığın tablosu elverdiğinde ve mümkünse aynı hospitalizasyon döneminde laparoskopik kolesistektomi gerçekleştirilmelidir.

4. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU DENEYİMİMİZ

Sunucu : Erdal AYAR (erdalayar@ixir.com)

Yazarlar : Acar AREN, Mustafa ŞENER, Kerim ÖZAKAY, Gökmen KURT

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Laparoskopik nissen fundoplikasyonu özellikle batıda altın standart kabul edilerek sıklıkla uygulanmaktadır.

Ülkemizde de büyük merkezlerde uygulanmaktadır. Bizde kendi deneyimimizi paylaşmak istedik.

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2000 ve Aralık 2001 tarihleri arasında 20 hastaya uygulanan laparoskopik nissen fundoplikasyonlarını retrospektif olarak inceledik. Olguların 10'u kadın, 10'u Erkek'ti ortalama yaş 44.4 (28-58) idi. Tüm olgular sliding tipte hiatus hernisi olup endoskopik inceleme ile teşhis edildiler. Hastaların tümünde medikal tedavi başarısız bulundu.

Uygun trocar yerleşimleri ile krusların daraltılması ve nissen fundoplikasyonu uygulandı. İntraoperatif komplikasyon görülmedi ve açık operasyona geçilmedi. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 3,1 (2-5) gündü.

Sonuç olarak tıbbi tedaviden fayda görmeyen sliding tipte hiatus hernilerinde nissen fundoplikasyonu laparoskopik olarak uygulanabilir. Düşük morbidite, mortalite ve yüksek hasta memnuniyeti nedeniyle kliniğimizde giderek artan oranda laparoskopik yöntemi tercih ediyoruz.

5. LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ 3 OLGU İLE ERKEN DENEYİMİMİZ

Sunucu : Erdal AYAR (erdalayar@ixir.com)

Yazarlar : Acar AREN, Mustafa ŞENER, İbrahim AYDIN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Günümüzde pek çok gelişmiş merkezde adrenaletomilerin büyük bölümü açık operasyonla değil endoskopik girişimlerle yapılmaktadır. Kliniğimizde 3 olguda laparoskopik adrenaletomi yapılmıştır.

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniğinde giderek artan laparoskopik deneyimimiz ile 3 hastaya 2001 yılında laparoskopik adrenaletomi uygulandı. Hastaların tamamı insidental olarak karın tomografisinde tespit edildiler. 2'si kadın, 1'i erkekti. Ortalama yaş 47,7 (38-60 yaş) idi. Laparoskopik olarak uygun lokalizasyonlarda girilen trocarlarla lateral transabdominal olarak adrenaletomi uygulandı. İntraoperatif olarak herhangi bir komplikasyon görülmedi ve açık operasyona geçilmedi. Hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 2,3 (2-3 gün) idi.

Sonuç olarak laparoskopik adrenaletomi, laparoskopi konusunda bilgi ve deneyimi olan bir ekip tarafından yapılmalıdır. Ameliyat sonrası konforu ve komplikasyonlar yönünden belirgin bir üstünlük sağlayacağı düşünülmektedir.

6. LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL FITİK OLGUSUNDA DERİN YUMUŞAK DOKU ENFEKSİYONU

Sunucu : Birol AĞCA (birolagca@hotmail.com)

Yazarlar : Ediz ALTINLI, Cemal KAYA, Mehmet MİHMANLI

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ

Laparoskopik fitik ameliyatlarının en geniş serilerinde bildirilen ve en sık görülen komplikasyon (%10) seroma ve hematomdur. Sentetik yama konulan olgularda %0.6 oranında yama enfeksiyon riski mevcuttur.

OLGU

Bilateral ingiunal herni nedeniyle laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) fitik ameliyatı yapılan 68 yaşındaki erkek hasta da ameliyat sonrası ikinci günde sol kasık bölgesinde hematoma tespit edildi. Bu bölgeden yapılan ponksiyonda 20 cc defibrine kan aspire edildi. Dokuzuncu günden itibaren yüksek ateşi olan olguya yapılan ultrasonografide (USG); sağ ingiunal bölgede insizyon hattında 55x50x22 mm boyutunda abse tespit edildi. Bilgisayarlı tomografide (BT) tarif edilen koleksiyonun pelvis alt bölümünde mesane anteroinferiorundaki paravertebral planları oblitere etmekte ve pelvis içindeki yağlı planlarda inflamasyona yol açtığı görüldü. Sentetik yama enfeksiyonu tanısıyla ameliyata alınan hastada yama tuckerlerle beraber çıkartıldı ve o bölgedeki abse drene edilerek sekonder iyileşmeye bırakıldı. Geniş spektrumlu antibiyotik başlanarak post-op 15. günde taburcu edildi. Yapılan fizik muayenede fitik nüksüne rastlanılmadı.

SONUÇ

Tüm cerrahi işlemlerden sonra enfeksiyon görülme riski yüksek olup kasık fıtığı cerrahisinden sonrada enfeksiyon görülebilir. Enfeksiyonu artırıcı faktörlerin başında olguların kadın ve 70 yaş üzeri olması, dren konulması, drenin tutulma süresi ve ameliyat süresinin 30 dakikanın üzerinde olması sayılabilir. Sentetik yama materyallerinin gündeme gelmesiyle, %0.6'lara kadar yükselen enfeksiyonlar yüzeysel ve derin yerleşimli olabilmektedirler. Derin yerleşimli enfeksiyon olgularında sentetik yamanın çıkartılması ve sistemik antibiyotik tedavisi önerilen yaklaşımdır.

7. Transservikal videoendoskopik paratiroidektomi (3 olgu nedeni ile)

Sunucu : Birsal Dildök (snrdemiroluk@hotmail.com)

Yazarlar : Ziya Salihoğlu, Şener Demirel, Birsal Dildök, Mete Düren, Nihat Yavuz

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Videoendoskopik cerrahi teknikteki gelişmeler sonucu, boyun bölgesindeki ameliyatlar başarı ile uygulanmaya başlanmıştır. Videoendoskopik paratiroidektomi uyguladığımız ilk üç hastada sunulmaktadır.

63 yaş bayan, 19 yaş erkek, 35 yaş bayanın primer hiperparatiroid nedeni ile ameliyat edilmesine karar verildi. Ameliyat öncesi olguların cerrahi patoloji dışında bir özelliği yoktu. Ameliyat süresince ayrıntılı monitorizasyon uygulandı. EKG, direkt arter basıncı, oksijen saturasyonu, end tidal karbondioksit, kan gazları sürekli izlendi. Olası bir korneal ödem, subkutan amfizem ve dolaşım bozukluğu için cilt, ve kornea inspeksiyonla sık aralıklarla değerlendirildi. Ameliyat sonrası dönemde direkt laringoskopi ile larinks ve farinks ödem açısından değerlendirildi. Pnömotoraks açısından direkt akciğer grafileri çekildi. Ameliyat sonrası derlenme odasına alınan hastalarda anormal bulgu saptanmadığı için servislerine gönderildiler.

Sonuç olarak videoendoskopik paratiroid cerrahisi klasik cerrahiye alternatiftir. Ayrıntılı bir monitorizasyon dikkatli bir izlem koşulunun sağlanması ile uygun hastalarda bu tekniğin seçilebileceği kanatindeyiz.

8. LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

Sunucu : Can KÜÇÜK (cankucuk@erciyes.edu.tr)

Yazarlar : Erdoğan SÖZÜER, Can KÜÇÜK, Abdulkadir BEDİRLİ, Engin OK

Erciyes Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: İlk olarak 1991 yılında Delaitre tarafından tanımlanan laparoskopik splenektomi (LS); artan deneyim ve teknolojik gelişmeler nedeniyle her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Dalağın aşırı büyük olduğu bazı olgular dışında LS, splenektomi gerektiren tüm olgulara uygulanabilmektedir ve konvansiyonel splenektomiye (KS) oranla avantajları mevcuttur. Buna karşın günümüzde LS yapılan hastalarda intraoperatif kanama, uzun operasyon süresi, gözden kaçan aksesuar dalak ve maliyet konusunda ki tartışmalar hala devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı KS yapılan hastalarla, LS yapılan hastaları; hasta karakteristikleri, operatif ve perioperatif bulgular ve komplikasyonlar açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Aralık 1993 - Temmuz 2001 yılları arasında kliniğimizde değişik endikasyonlarla elektif şartlarda LS için girişimde bulunan 23 hasta ve elektif şartlarda KS yapılan 38 hasta prospektif olarak incelendi. Olgular; yaş, cins, splenektomi endikasyonu, operasyon süresi, aksesuar dalak varlığı, dalak büyüklüğü, kanama miktarı, kan transfüzyonu ihtiyacı, komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi açısından karşılaştırıldı.

Bulgu: LS için 23 hastaya girişimde bulunuldu. Bunlardan 14'ü kadın, 9'u erkek ve yaş ortalaması 31.4 (19-63) idi. Elektif şartlarda KS yapılan 38 hasta kontrol grubunu oluşturdu. KS yapılan hastalardan 22'si kadın 16'sı erkek ve yaş ortalaması 34.3 (17-69) idi. Cins ve yaş açısından iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p > 0.05$). LS 21 hastada başarı ile tamamlandı (%91.3). İki kadın hastada laparoskopik olarak kontrol edilemeyen hiler kanama nedeniyle laparotomiye dönüldü (% 8.6) ve bu hastalar çalışmadan çıkarıldı. LS 19 hastada anterior (% 90.4), iki hastada ise lateral yaklaşımla gerçekleştirildi. Her iki gruptaki hastaların büyük kısmında benign hastalıklar nedeniyle splenektomi yapıldı. LS yapılan hastaların 17'sinde (% 80.9) ve KS yapılan hastaların 27'sinde (% 71) splenektomi endikasyonu hematolojik hastalıklardı. LS grubunda 3 (%14) hastada, KS grubunda 7 (%18) hastada aksesuar dalak gözlemlendi. Aksesuar dalak mevcudiyeti açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). LS grubundaki iki hastaya aynı seansta laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Kanama miktarı ve kan transfüzyon ihtiyacı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Sonuçlar: Laparoskopik Splenektomi günümüzde artan teknik imkanlar ve gelişen deneyim sonucunda, düşük komplikasyon ve açığa geçme oranlarıyla hemen her endikasyonda konvansiyonel splenektominin güçlü bir alternatifi haline gelmiştir. Önümüzdeki yıllarda değişik dalak hastalıklarının cerrahi tedavisinde altın standart olma yolundadır.

9. NADİR BİR EKSTRAHEPATİK SAFRA YOLLARI TÜMÖRÜ:PAPİLLER MÜSİNÖZ KİSTADENOKARSİNOMA

Sunucu : Oktay YİRMİBEŞOĞLU (yirmibesoglu@isbank.net.tr)

Yazarlar : Cengiz ATEŞ, Arzu ARSLAN, Anıl ÇUBUKÇU, Nuri GÖNÜLLÜ, Ahmet ALPONAT

Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Radyoloji Anabilim D.

Olgu Sunumu : 78 yaşında kadın hasta, bir ay önce başlayan açılır, kapanır tarzındaki sarılık ve kaşıntı şikayetleriyle kliniğimize yatırıldı. Soygeçmişinde, otuz yıl önce kronik taşlı kolesistit nedeniyle geçirilmiş kolesistektomi dışında başka özellik yoktu. Fizik muayenede cildin ikterik görünümünün dışında başka patoloji bulunmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; alkalen fosfataz 1278 U/L, aminotransferaz 180 U/L, aspartat aminotransferaz 180 U/L, total bilirubin 4 g/dl ve direkt bilirubin 2 g/dl olarak saptandı. Batin ultrasonografik tetkikinde intra ve ekstrahepatik safra yollarında belirgin dilatasyon ve karaciğer hilusunda 4 x 3 x 2.5 cm. boyutlu, düzgün konturlu kitle lezyon saptandı. Manyetik rezonanslı kolanjiyopankreatikografik incelemede, koledok üst 2/3 kesimi ve bifurkasyon proksimalinde sağ ana hepatik safra yolunda dolum defekti, sağ ve sol intra hepatik safra yollarında ileri derecede dilatasyon izlendi. Endoskopik retrograd kolanjiyografi, distal koledokta 15 mm, proksimal koledokta 35 mm.'ye varan dilatasyon ve bifurkasyon seviyesinden sağ hepatik kanala uzanım gösteren lümenin içini tama yakın dolduran lobule, papillomatöz ve irregüler dolum defekti saptandı. Fırça ile sürüntü materyali ve bilier balon ile kitleden parça koparma yöntemi ile biopsi materyalleri alındı. Histopatolojik incelemede, sürüntü sitolojisi, atipik papiller hücre proliferasyonu, biyopsi sonucu ise papiller tipte müsünöz kistadenokarsinom olarak değerlendirildi. Hasta radikal cerrahi müdahaleyi kabul etmediği için endoskopik olarak dirençli 12 cm., 10F plastik bilier stent uygulandı. İşlemden kısa süre sonra bilirubin seviyeleri normale döndü ve kaşıntı şikayeti kayboldu. Hasta tarafımızdan halen 5 aydır asemptomatik olarak izlenmektedir.

Tartışma

Ekstrahepatik safra yolu karsinomları heterojen bir morfolojiye sahiptirler ve genellikle kötü prognozla seyrederler. Histolojik olarak sklerozan, nodüler ve daha nadir olarak burada sunulan olguda olduğu gibi polipoid papiller tiptedirler. Papiller tümörler gri pembe renkte olup kolay parçalanırlar ve multifokal olabilirler. Diğer formlardan farklı olarak noninvaziv ve minimal invaziv papiller karsinomlar daha iyi prognoza sahiptirler. Helling ve ark. 1996 yılına kadar İngilizce literatürde 8' i malign olmak üzere 30 papiller tümör olgusu bulmuştur. Rezeksiyonun mümkün olduğu olgularda yaşam süresi palyatif girişimlere göre daha uzun olduğundan radikal cerrahi girişim özellikle tümörün papilla Vateri' nin proksimalinde yerleştiği durumlarda ilk seçenek olarak düşünülmelidir.

10. ÖZOFAGUSDA NONSTEROİD ANTIİNFLAMATUAR İLACA BAĞLI ÜLSERASYON

Sunucu : Nuri GÖNÜLLÜ (ahmet.alponat@isnet.net.tr)

Yazarlar : Mustafa KURU, Sarpkaya ÖZ, Tufan ELİPEK, Ahmet ALPONAT, Anıl ÇUBUKÇU

Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Peptik ülser, kanama, perforasyon, özofajit, özofagusda striktür gelişimi ve özofagus ülserleri nonsteroid antiinflatuar ilaçların (NSAİİ) gastrointestinal komplikasyonlarıdır. Bu çalışmada naproxen sodyum kullanımına bağlı gelişmiş bir özofagus ülserasyonu olgusu endoskopik görüntüleri ile sunulmuş ve literatür irdelenmiştir.

Olgu sunumu : 23 yaşında kadın hasta yutma güçlüğü, ağrılı yutma ve retrosternal ağrı şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Bu şikayetlerin 3 gün önce baş ağrısı için 1 adet naproxen sodyum almasıyla başladığını, ilacın yemek borusuna takıldığını hissettiğini ancak yeterince su içmesine rağmen bu takılma hissinin devam ettiğini ifade etti.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde bir patoloji tesbit edilmedi. Kan sayımı, biyokimyasal değerleri ve göğüs X-Ray bulguları da olağandı. Yapılan üst gastrointestinal endoskopik incelemede kesici dişlerden 30.cm' de aortik ark seviyesinde özofagusun karşılıklı iki duvarında öpüşen tarzda, zemininde duvarın muskuler tabakası izlenebilen, çevre sağlam mukozadan keskin sınırlarla ayrılan mukozal ülserasyon görüldü (Resim 1). Sulu, yumuşak diyetle ilave olarak 6 hafta süresince proton pompa inhibitörü kullanıldı. Hasta tedavinin başlangıcından 5 gün sonra asemptomatik hale geldi ve hafta sonra yapılan kontrol endoskopisinde lezyonun tamamen iyileştiği görüldü (Resim 2).

Tartışma : NSAİ ilaçlara bağlı gelişen özofagus ülserleri genellikle bu olguda da olduğu gibi aortik ark seviyesinde, mid-özofageal lokalizasyonda görülürler. Makroskopik olarak büyük, yüzeysel ve etraf sağlam mukozadan keskin bir sınırla ayrılmaları tipik özellikleridir. Bu makroskopik bulgular yaralanmanın NSAİ ilaç ile mukozanın doğrudan temasından kaynaklandığını düşündürmektedir (1).

Literatürde çok sayıda NSAİ ilaç kullanımına bağlı özofagus mukoza hasarı, hatta aşırı doz salisilat kullanımına bağlı özofagus perforasyonu bildirilmiştir (2, 3). Sıklıkla suçu bulunan NSAİ ajanlar salisilat, ibuprofen ve piroksikamdır. NSAİ ilaçlara bağlı gelişen özofagus ülserinde belirgin klinik bulgular ilaç alımından kısa süre sonra başlayan disfaji, odinofaji, retrosternal ağrı ve ülserasyonun derin olduğu olgularda ise kanamadır. Özellikle ilacın az miktar su ile alınmasını takip eden takılma hissi tipiktir. Özenli alınmış bir anamnez ve erken dönemde yapılan endoskopi tanı koydurucudur.

Tedavide ilk basamak suçu bulunan ilacın alımının durdurulmasıdır. Proton pompa inhibitörleri ya da H2 reseptör blokerleri lezyonu tedavi edicidir. Bu komplikasyondan korunmak için hastalara ilaçları yatmadan uzun bir süre önce, oturur pozisyonda ve bol miktarda su ile almalarının tarif edilmesine özen gösterilmelidir.

11. DİYAGNOSTİK LAPAROSKOPİDE TEŞHİS EDİLMİŞ BİR APENDİKS EPIPLOİKA İNFARKTÜSÜ OLGUSU DİYAGNOSTİK LAPAROSKOPİDE TEŞHİS EDİLMİŞ BİR APENDİKS EPIPLOİKA İNFARKTÜSÜ OLGUSU

Sunucu : Ahmet ALPONAT (ahmet.alponat@isbank.net.tr)

Yazarlar : Ayhan TÜRKDOĞAN, Sinem KANAR, Emre GÖNÜLLÜ, Tolga ALİYAZICIOĞLU,

Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Apendiks epiploikaların akut lezyonlarına preoperatif dönemde nadiren teşhis konulabilir. Bu lezyonların içinde en sık rastlanana ise apendiks epiploikanın çoğunlukla torsiyoza bağlı gelişen akut infarktüsüdür. Burada sebebi ortaya konulamayan karın ağrısı nedeniyle yapılan diyagnostik laparoskopi sırasında teşhis edilen bir sigmoid kolon lokalizasyonlu apendiks epiploika infarktüsü sunulmaktadır.

Olgu sunumu : 25 yaşında erkek hasta 2 gün önce başlayıp gittikçe artan karın sağ alt kadranda ağrısı şikayetiyle acil polikliniğimize başvurdu. Vücut ısısı normaldi. Fizik muayenede karın sağ alt kadranda ve hipogastrik bölgede hassasiyet ve defans vardı. Rebound tenderness bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgu tespit edilmedi. Batın ultrasonografik tetkikinde apendiks lümeninde fekalit görünümü mevcut idi. Diyagnostik laparoskopiye karar verildi. İlk eksplorasyonda rektovezikal çukurda az miktarda serohemorajik mayi saptandı ancak bunun dışında patolojik bulgu saptanmadı. Laparoskopik apandektomi yapıldı. Trokarlar çekilmeden önce yapılan son eksplorasyonda ise ilk gözlemlerde gözden kaçmış olan sigmoid kolon lokalizasyonlu 3 x 2 x 1.5 cm. boyutlarında infarkte apendiks epiploika tespit edildi (Resim 1). İnfarkte apendiks epiploika tabanındaki sigmoid kolon serozasının hayatiyeti konusunda karar verilemeyince sol alt kadranda trokar girişi 3 cm daha genişletilerek sigmoid kolon dışarı alındı. İnfarkte apendiks epiploika kolonik serozada defekt oluşturmadan serozadan ayrılabilirdi (Resim 2). Hasta problemsiz olarak postoperatif 2. günde taburcu edildi. Histolojik inceleme sonucu klinik bulgu ile uyumlu olarak rapor edildi.

Tartışma : İlk apendiks epiploika infarktüsü 1543' de Vesalius tarafından bildirildi. İnfarktüs sebebi genellikle torsiyondur. Genellikle 20-50 yaşları arasında ve erkeklerde biraz daha fazla olarak görülür. En sık sigmoid kolonda görülmesine karşın ilginç olarak ağrı genellikle karın sağ alt kadranda hissedilir. Laboratuvar ve radyolojik tetkikler genellikle tanı koydurucu değildir. Tanı çok nadiren preoperatif dönemde konulabilir. Buna karşın çoğunlukla akut apandisit ile karıştırılır. Burada sunulan olgu da bildiğimiz kadarıyla literatürde laparoskopik olarak teşhis edilmiş beşinci olgu olma özelliğine sahiptir. Tedavide infarkte apendiks epiploikanın bağlanarak eksize edilmesi yeterli olmakla beraber kolon serozasındaki tabana serozal dikişler konulmasını önerenler de vardır. Akut batın ön tanısı ile yapılan diyagnostik laparoskopi esnasında tabloyu açıklayacak bir bulgu tespit edilmediğinde bu nadir patolojide akılda bulundurulmalıdır.

12. İDYOPATİK TROMBOSİTOPENİK PURPURA'DA LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

Sunucu : Erdal AYAR (erdalayar@ixir.com)

Yazarlar : Acar AREN, Mustafa ŞENER, Şefika AKSOY, Mehmet Zeki EREN, Gökmen KURT
SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Laparoskopik splenektomi; hastanede kalış süresinin kısa oluşu, daha az oranda analjezik ihtiyacı ve hastaların daha kısa sürede günlük aktivitelerine dönmesi nedeniyle cerrahi merkezlerde ön plana çıkmaktadır.

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 1. Genel cerrahi Kliniğinde 3 hastaya laparoskopik splenektomi uygulandı. Olguların 3'ü kadındı. Yaş ortalaması 30,7 (22-35) idi. ITP tanısı hastalara dahiliye kliniğinde konulmuştu. Dalak boyutları karın ultrasonografisinde normal boyutlarda bulundu. Tüm olgularda profilaktik antibiyotik kullanıldı. Splenektomi 5 trocarın uygun lokalizasyonlarda girilmesiyle endobag yardımıyla gerçekleştirildi. İntraoperatif ve postoperatif kan transfüzyonuna gerek duyulmadı. Hastanede kalış süresi 3(2-4) gün idi. Olguların hiçbirisinde postoperatif komplikasyon görülmüdü.

Sonuç olarak laparoskopik splenektominin seçilmiş vakalarda, ameliyat sonu dönemin konforunun iyi olması ve hastanede kısa kalış süreleri açısından laparoskopik girişim uygulanan cerrahi merkezlerde giderek artan oranda yapılacağı kanaatindeyiz.

13. LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

Sunucu : Can KÜÇÜK (cankucuk@erciyes.edu.tr)

Yazarlar : Erdoğan SÖZÜER, Can KÜÇÜK, Abdulkadir BEDİRLİ, Engin OK
Ege Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: İlk olarak 1991 yılında Delaitre tarafından tanımlanan laparoskopik splenektomi (LS); artan deneyim ve teknolojik gelişmeler nedeniyle her geçen gün yaygınlaşmaktadır. Dalağın aşırı büyük olduğu bazı olgular dışında LS, splenektomi gerektiren tüm olgulara uygulanabilmektedir ve konvansiyonel splenektomiye (KS) oranla avantajları mevcuttur. Buna karşın günümüzde LS yapılan hastalarda intraoperatif kanama, uzun operasyon süresi, gözden kaçan aksesuar dalak ve maliyet konusunda ki tartışmalar hala devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı KS yapılan hastalarla, LS yapılan hastaları; hasta karakteristikleri, operatif ve perioperatif bulgular ve komplikasyonlar açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Aralık 1993 - Temmuz 2001 yılları arasında kliniğimizde değişik endikasyonlarla elektif şartlarda LS için girişimde bulunulan 23 hasta ve elektif şartlarda KS yapılan 38 hasta prospektif olarak incelendi. Olgular; yaş, cins, splenektomi endikasyonu, operasyon süresi, aksesuar dalak varlığı, dalak büyüklüğü, kanama miktarı, kan transfüzyonu ihtiyacı, komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: LS için 23 hastaya girişimde bulunuldu. Bunlardan 14'ü kadın, 9'u erkek ve yaş ortalaması 31.4 (19-63) idi. Elektif şartlarda KS yapılan 38 hasta kontrol grubunu oluşturdu. KS yapılan hastalardan 22'si kadın 16'sı erkek ve yaş ortalaması 34.3 (17-69) idi. Cins ve yaş açısından iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmedi ($p > 0.05$). LS 21 hastada başarı ile tamamlandı (%91.3). İki kadın hastada laparoskopik olarak kontrol edilemeyen hiler kanama nedeniyle laparotomiye dönüldü (% 8.6) ve bu hastalar çalışmadan çıkarıldı. LS 19 hastada anterior (% 90.4), iki hastada ise lateral yaklaşımla gerçekleştirildi. Her iki gruptaki hastaların büyük bir kısmında benign hastalıklar nedeniyle splenektomi yapıldı. LS yapılan hastaların 17'sinde (% 80.9) ve KS yapılan hastaların 27'sinde (% 71) splenektomi endikasyonu hematolojik hastalıklardı. LS grubunda 3 (%14) hastada, KS grubunda 7 (%18) hastada aksesuar dalak gözlemlendi. Aksesuar dalak mevcudiyeti açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). LS grubundaki iki hastaya aynı seansta laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Kanama miktarı ve kan transfüzyon ihtiyacı açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). Dalak ağırlığı KS grubunda anlamlı olarak daha büyük tespit edildi ($p < 0.05$). Ameliyat süresi LS grubunda, hastanede kalış süresi ise KS grubunda anlamlı olarak daha uzundu ($p < 0.05$). Komplikasyonlar açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Sonuçlar: Laparoskopik Splenektomi günümüzde artan teknik imkanlar ve gelişen deneyim sonucunda, düşük komplikasyon ve açığa geçme oranlarıyla hemen her endikasyonda konvansiyonel splenektominin güçlü bir alternatifi haline gelmiştir. Önümüzdeki yıllarda değişik dalak hastalıklarının cerrahi tedavisinde altın standart olma yolundadır.

14. GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞINDA CERRAHİ

Sunucu : Özer MAKAY (makayoz@med.ege.edu.tr)

Yazarlar : Sinan ERSİN, Serhat BOR, Koray TUNCER, Murat ALKANAT, Özdemir YARARBAŞ, Hanefi ÇAVUŞOĞLU

Ege Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Gastroözofageal reflü hastalığı oldukça sık görülen, tedavi edilmediğinde ise ciddi ve uzun süreli pek çok şikayete neden olabilen bir hastalıktır. Cerrahi tedavi görecektir hastalar preoperatif dönemde detaylı olarak incelenmelidir. Gastroenteroloji ve cerrahinin işbirliği başarı oranlarının yükseltilmesinde önemli rol oynar. Bu çalışmada Aralık 1998-Ocak 2002 tarihleri arasında opere edilen 35 olgu incelendi. On yedisi erkek, 20'si kadın olan hastaların yaş ortalaması 48 (22-77) idi. Tüm olgulara preoperatif dönemde semptom skorlaması, üst gastrointestinal sistem endoskopisi, özofagus manometrisi, 24 saatlik intraözofageal pHmetri yapıldı. Bu sonuçlar doğrultusunda yapılacak operasyon tipi Gastroenteroloji Bilim Dalı ve Genel Cerrahi Anabilim Dalları'nın ortak kararıyla belirlendi. Yirmisekiz olguya laparoskopik yöntemle girişimde bulunuldu. Bir olguda geçirilmiş üst batin cerrahisi, bir olguda da anatomik uygunsuzluk nedeniyle açığa geçildi (%7). Hastaların 18'ine (%51.4) Nissen fundoplikasyonu, 10'una (%28.5) Toupet, 7'sine (%20) Nissen Rosetti fundoplikasyonu uygulandı. Ayrıca iki olguda mevcut dev hiatal herni nedeniyle laparoskopik olarak polipropilen yama ile onarım tamamlandı. Tüm olguların %77'sinde (27 olgu) hiatus hernisinin mevcut olduğu görüldü. Peroperatuar komplikasyon olarak laparoskopik cerrahi uygulanan 3 olguda boyunda cilt altı amfizemi, 3 olguda da pnömotoraks gelişti. Pnömotoraksın tedavisinde basınçlı ventilasyon ve solunum fizyoterapisi uygulandı. Olgular postoperatif 1-36 ay arasında izlenmiş olup, 2 olguda 2 ay kadar devam eden disfaji yakınması oldu. Bir olguda haftada bir asit inhibitörü alımı dışında tüm olgular gastroözofageal reflü yönünden tamamen semptomsuz olarak saptandı. Bir olgu postoperatif 8. ayda gastrik ülser perforasyonu nedeniyle opere oldu. Açık cerrahi yapılan 2 olguda ise insizyonel herni gelişti. Laparoskopik cerrahi artan deneyimle birlikte klinik ve laboratuvar olarak oldukça iyi sonuç vermekte, preoperatif ayrıntılı değerlendirme ve işbirliği başarı oranlarını yükseltmektedir.

15. PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSTOMİ YAPILAN VAKALARIMIZIN GENEL ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sunucu : Amanbek Djaparov (amanc@mail.ru)

Yazarlar : Taylan Kav, Amanbek Djaparov*, Serap Arslan, Yusuf Bayraktar

Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü

* Kırgızistan Milli Cerrahi Merkezi, Bişkek, Kırgızistan

GİRİŞ: Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) çeşitli nedenlerden dolayı yemek yiyemeyen ancak normal fonksiyon gören gastrointestinal sisteme sahip hastalara gastrostomi tüpünün endoskopik olarak takılması işlemidir. Bir aydan uzun süre ağızdan beslenme beklentisi olmayan hastaların doğal beslenmesini sağlamak amacıyla uygulanır.

AMAÇ: Burada 8.2001 ile 2.2002 tarihleri arasında PEG işlemi uygulandı. Tablo 1 de vakaların klinik özellikleri görülmektedir.

SONUÇLAR: Hastaların 7 (%33,3) si kadın, 14 (%66,7) si erkekti. Yaş ortalamaları 60.8 + 17.9 (min.:22-max.:95) olarak bulundu. hastaların sadece %23.8 i (5 hasta) 50 yaşın altındaydı. hastaların tanılarına göre dağılımları ise tabloda görülmektedir. İşleme bağlı erken komplikasyon olmamıştır.

Tablo 1: PEG Uyguladığımız 21 Vakanın Klinik Özellikleri, Hastalık Sayı (%)

CVO ...	10 (47,6)
İntrakranial Kitle ...	3 (14,3)
Baş Boyun Tm. ...	3 (14,3)
Subdural Hematom ...	2 (9,5)
Serebellar Dejenerasyon ...	1 (4,8)
Travma ...	1 (4,8)
Amyotrofik Lateral Skleroz ...	1 (4,8)
Toplam ...	21 (100,0)

16. İNGUİNAL VE FEMORAL HERNİ ONARIMINDA LAPAROSKOPIK DENEYİMLERİMİZ

Sunucu : N. GÖZCÜ (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar : S.KARAHAN, N. GÖZCÜ, T. ANUK, H. BEKTAŞ, A.H. İSMAİLOĞLU

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Minimal invaziv cerrahi günümüzde daha çok kabul gören uygulamadır. Laparoskopik herni onarımı, dünyada bir çok cerrah tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmada inguinal ve femoral herni onarımında laparoskopik girişim sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Materyal ve metod: Bu çalışma SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 2000-2002 tarihleri arasında yapılmıştır. 45'i erkek, 10'u kadından oluşan toplam 55 hasta çalışma kapsamına alındı. Yaş ortalaması 47 (17-69) idi. Olguların 45'i inguinal, 10'u femoral herni olup, 6'sı nüks, 8 olgu bilateral inguinal herni idi. Bunlardan 50 olguya Total eksraperitoneal (TEPP), 5 olguya transperitoneal (TAP) yaklaşıldı. Ortalama operasyon süresi 60 dakika (25'-120') dır. Olgularda peroperatif komplikasyon çıkmadı ve hiçbir olguda konversiyon olmadı. Olguların ortalama takip süresi 12 (2-24) aydır. TEPP uygulanan olguların 5'inde (% 9.1) postoperatif komplikasyonlar (2 hastada nöralji, 1 hastada üriner enfeksiyon, 1 hastada orşit, 1 hastada yara yeri enfeksiyonu) görüldü. TAP yapılan olguların 2'sinde (%40) komplikasyon (hematom ve yara enfeksiyonu) görüldü. 1 hastada postop. 12. ayda nüks görüldü.

Sonuç: Düşük morbidite, hastaların kısa sürede günlük aktivitelerine ve işlerine dönebilmeleri, hasta memnuniyeti inguinal ve femoral hernilerin laparoskopik onarımın avantajlarıdır. Nüks, femoral ve direkt inguinal hernilerde TEPP yaklaşımının tercih edilmesi kanaatindeyiz.

17. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ OLGULARIMIZ

Sunucu : M.İ.CANSUNAR (tutku94@mail.koc.net)

Yazarlar : M.İ.CANSUNAR, S.KARAHAN, H. BEKTAŞ, A. BAŞKENT, S. BAYRAK

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Laparoskopik splenektomi (LS), son zamanlarda hematolojik hastalıklara bağlı olarak elektif splenektomi planlanan hastalarda daha sık yapılmaya başlanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde ağrının az olması, kesiye ait komplikasyonların oldukça düşük olması, hastanede yatış süresinin kısa olması, hastaların günlük aktivitelerine ve işlerine erken dönebilmeleri gibi üstünlükleri popüler hale getirmiştir. **Materyal ve metod:** Bu retrospektif bir klinik çalışma olup, Ağustos 2000 ile Şubat 2002 tarihleri arasında LS yapılan, yaş ortalaması 30 (18-69) olan ve 7'si kadın 5'i erkek toplam 12 olgu irdelenenmiştir. Hematolojik bozukluk olarak İmmün trombositopenik purpuralı (ITP) 8 olgu, Herediter sferositozlu (HS) 3 olgu, ve Kronik hastalık anemisi (KHA) olan 1 olgu çalışmaya alınmıştır. HS 'li olgularda ayrıca kronik taşlı kolesistit mevcut idi ve bu olgulara kolesistektomi eklendi. Hastalar preoperatif hazırlığı takiben elektif şartlarda ameliyata alındı. Genel anesteziyi takiben supine pozisyonda üçü 10 mm\lik ve ikisi 5 mm\lik trokarlarla batına girildi. Splenokolik ligaman klipslenerek kesildi. Splenogastrik disseksiyon yapılarak dalak arter ve venine ulaşıldı. Arter ve venin serbestleştirilmesini takiben 3 vakada endo-GIA, diğçerlerinde hemoklips kullanılarak kesildi. Daha sonra dalağın diafragmatik ligamanları kesilerek dalak lojuna bir adet silikon dren kondu. Dalak, inguinal bölgeden yapılan küçük bir kesi ile dışarı alındı. 1 vakamızda dalak veninin yaralanması sonucu kontrol edilemeyen kanama nedeniyle peroperatif açık girişime dönüldü. Endo-GIA kullanılan 1 vakamızda postoperatif kanama nedeniyle erken laparotomi yapıldı. 1 vakamızda da postoperatif 7. gün kolon fistülü nedeniyle fistülü segment eksteriorize edildi. Ortalama ameliyat süresi 110 dakika (90'-160')dir. Komplikasyon oranımız %25 dir. Hastanede yatış süresi komplikasyonsuz olgularda 4 (2-5) gün kümülatif olarak 9 (2-38) gündür. **Sonuç:** LS, konvansiyonel girişime göre ameliyat süresinin daha uzun olmasının yanında ameliyat sonrası dönemin daha az ağrılı, hastanede yatış süresinin kısa ve erken iş hayatına dönmesi gibi üstünlükler taşımaktadır.

18. KASIK FITIKLARINDA TRANSABDOMİNAL PREPERİTONEAL VE TOTAL EKSTRAPERİTONEAL YAKLAŞIM SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sunucu : Murat AKAYDIN (murakaydin@e-kolay.net)

Yazarlar : Fatih ÇELEBİ, Murat AKAYDIN, Deniz GÜZEY, Naim MEMMİ, Muhammed GÜNAYDIN, Rafet KAPLAN

SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

1994-2002 yılları arasında kliniğimizde 77 olgunun toplam 93 kasık fıtığı transabdominal preperitoneal (TAPP) ve 71 olgunun toplam 95 kasık fıtığı ise total ekstraperitoneal (TEP) yaklaşımla tedavi edildi. TAPP yöntemle tedavi edilen olguların 12 si kadın 65 i erkekti. En genç olgumuz 14, en yaşlısı ise 79 yaşında olmak üzere yaş ortalaması 45.6 bulundu. Nyhus sınıflamasına göre 8 olgu Tip 1, 46 olgu Tip 2, 27 olgu Tip 3A, 5 olgu Tip 3B, 5 olgu Tip 3C ve 2 olgu Tip 4 olarak gruplandırıldı. Olgularımızın ortalama takip süresi 64 ay (20-92 ay) bulundu.

TEP yöntemle tedavi edilen olguların 64 ü erkek 7 si kadındı. En genç olgumuz 22, en yaşlısı ise 74 yaşında olmak üzere yaş ortalaması 46.9 bulundu. Nyhus sınıflamasına göre 10 olgu Tip 1, 61 olgu Tip 2, 20 olgu Tip 3A, 2 olgu Tip 3C, 2 olgu Tip 4 olarak değerlendirildi. Olgularımızın ortalama takip süresi 32.3 ay (2-63 ay) bulundu.

TAPP yapılan olgularda işlem esnasında 1 major (trokarla mide perforasyonu), 2 minör (trokar yerinden kanama) komplikasyon meydana geldi. TEP yapılan olgularda ise 3 olguda minör (2 olguda trokar yerinden kanama, yine 1 olguda cilt altı amfizemi) komplikasyon meydana geldi. İki grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Ameliyat süresi TAPP yaklaşımında 65 dakika, TEP yaklaşımında ise 35 dakika bulundu.

Postoperatif dönemde TAPP yapılan olguların 2 sinde hematüri, 2 olguda skrotal ödem, 2 olguda skrotal hematom ve ekimoz, 2 olguda distansiyon ve 1 olguda cilt altı amfizem oluştu. TEP yapılan olgularda erken postoperatif dönemde 1 olguda dizüri, 2 olguda distansiyon, 2 olguda skrotal ekimoz ve 2 olguda da cilt altı amfizem meydana geldi. Her iki grup arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi. Ortalama yatış süresi TAPP yapılan olgularda 1.9 gün, TEP yapılan olgularda ise 1.7 gün bulundu. Analjezik ihtiyacı karşılaştırıldığında TEP yapılan olgularda daha az analjezik kullanılmasına karşın anlamlı bir fark bulunmadı. Uzun süreli takiplerde TAPP yapılan olgularda 3 nüks, TEP olgularında ise 2 nüks tespit edildi.

Kasık fıtıklarının laparoskopik tedavisinde TEP yaklaşım operasyonda batına girilmemesi yanında ameliyat süresinin kısa olması ve postoperatif konforunun daha iyi olması nedeniyle son yıllarda kliniğimizde de ilk tercih edilen yöntem olarak kullanılmaktadır.

19. LATERAL TRANSPERİTONEOSKOPİK ADRENALEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ: 8 OLGU

Sunucu : Hakan Yanar 1 (htyanar@hotmail.com)

Yazarlar : Halil Coşkun 2, Serdar Aksoy 1, Mehmet Tekinel 1

İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü 1, VKV Amerikan Hastanesi 2

Amaç : Bu çalışmada, Genel Cerrahi Departmanımızda lateral yaklaşım ile gerçekleştirdiğimiz 8 transperitoneoskopik adrenalectomi olgusu sunulmaktadır. Ameliyatlarda kullanılan teknik, ameliyat sonuçları ve teknik zorlukların gözden geçirilmesi amaçlandı.

Yöntem : İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Cerrahi Departmanı tarafından Haziran 1998- Ocak 2002 tarihleri arasında, Cushing sendromu(1), Conn sendromu(1) ve Akciğer tümör metastazı(6) tanılarıyla, 2 ile 4.6 cm çaplı kitleler için uygulanan cerrahi girişim lateral pozisyonunda transperitoneoskopik olarak gerçekleştirildi.

Bulgular : Olgularımızın 5'i erkek, 3'ü kadın olup, ortalama yaş 44.4 (24-62) olarak bulundu. Sekiz hastada gerçekleştirilen 9 adrenalectomiden, 5'i sağ, 2'si sol ve 1'i bilateral yerleşimliydi. Ameliyat süresi ortalama 135 dk (90 - 190 dk), hastanede kalış süresi ortalama 1.8 gün (1-4 gün), per-operatif kanama miktarı ortalama 50 cc (20-140 cc) olarak bulundu. Hastalarımızda intraoperatif komplikasyon görülmedi. Post-operatif birinci günde 1 hasta masif pulmoner emboli tanısıyla ex oldu. Sonuç : Lateral transperitoneoskopik adrenalectomi, laparoskopik cerrahi konusunda tecrübeli cerrahlar tarafından yapıldığında, birçok adrenal patolojisinde güvenilir şekilde, daha düşük komplikasyon oranları ile uygulanabilen bir cerrahi yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

20. ERCP VE ENDOSKOPİK SFİNKTEROTOMİ SONRASI AKUT PANKREATİT SIKLIĞI

Sunucu : A. BAŞKENT (ahmetbaskent@ixir.com)

Yazarlar : A. BAŞKENT, A. AREN

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Akut Pankreatit (AP), Endoskopik Retrograt Kolanjiyo Pankreatikografi (ERCP) ve Endoskopik Sfinkterotomi (ES)'nin en sık komplikasyonlarından biridir.

Amaç: Ekstrahepatik safra yollarının ve periampüller bölge hastalıklarında ERCP ve ES günümüzde sıkça başvurulmuş; hem tanısal hem tedavi özelliği olan güvenilir bir yöntemdir. Prospektif, randomize, çift kör klinik çalışma planlanarak çeşitli nedenlerle ERCP ve ES yaptığımız olgularda gelişen AP sıklığını irdeledik.

Materyal ve Metod: 40 olgu üzerinde çalışıldı (E/K=0.7, yaş aralığı: 25-78, ortalama yaş: 51.35). 31 (%77,5) olgu koledokolitiazis, 3 (%7,5) olgu periampüller tümör, 5(%12,5) olgu operasyon komplikasyonu, 1(%2,%) koledoka dışdan bası yapan kist nedeniyle ERCP uygulandı. Bu olgulardan 35 (%87,5) olguya ES uygulandı sadece 5(%12,5) olguya ES uygulanmadı. Tüm olgular ERCP den 24 saat önce ve ERCP den 12 saat sonra kan amilaz , lipaz, lökosit düzeylerine bakıldı. Amilaz ve lökosit değerleri yüksek olan olgular 48 saat sonraya kadar 12 saatlik periyotlarla amilaz, lipaz, lökosit düzeylerine bakılmaya devam edildi. Serum amilaz düzeyinin normalden yüksek olması subklinik AP olarak tanımlandı. Lökositoz ve fizik muayene bulguların varlığı klinik AP olarak tanımlandı.

Sonuç: 10 (%25) hastada subklinik AP gelişti. (serum amilaz düzeyi > 220 u/l), 2 (%5) hasta klinik AP gelişti. Klinik olarak AP gelişen olgulardan en düşük lökosit düzeyi 17000 /mm³, en düşük amilaz düzeyi 1767 u/l, en düşük lipaz düzeyi 2134 u/l idi.

Yorum: ERCP ve ES yüksek tanısal ve tedavi edici özellikleri olan yöntemler olmalarına rağmen AP gelişebilme riski, morbidite ve yüksek parasal edere neden olabilmektedir. Varolan bu riskler endikasyon koymada bizce sınırlayıcı bir faktör olmalıdır.

21. BİR YABANCI CİSİM NEDENİYLE LAPAROSKOPİK APANDEKTOMİ

Sunucu : B. Haluk Güvenç ()

Yazarlar : Gülşen EKİNGEN, Mevlit KORKMAZ, Ufuk ŞENEL

Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim D.

Çocukluk çağında, yanlışlıkla yutulan yabancı cisimlerin yaklaşık % 90'ının kendiliğinden gastrointestinal sistemi terk ettiği bilinmektedir. Poliklinikten direkt batin grafileri ile takip edilen bu olgularda, aynı yerde sebat eden yabancı cisimlerin ise çıkartılmaları gerekmektedir. Çalışmamızda, tesadüfen saptanan ve laparoskopik apandektomi yoluyla çıkartılan bir yabancı cisim olgusu bildirilmektedir.

Dokuz yaşında mental retarde erkek hasta, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu nedeni ile yapılan tetkikler sırasında, tespit edilen gastrointestinal yabancı cisim tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Sağ alt kadranda küçük pelvis içerisine lokalize, iki adet çivi ile uyumlu radyoopak objenin, üç haftalık takip sonrasında aynı yerde sebat etmeleri üzerine cerrahi girişim kararı alındı. Ultrasonografik tetkikin yol gösterici olamaması nedeniyle, yapılan diagnostik laparoskopi sırasında, yabancı cisimlerin apandiks içerisinde olduğunun belirlenmesi ile laparoskopik apandektomi yapıldı. Hasta ertesi gün sorunsuz olarak taburcu edildi.

Gastrointestinal sistem içerisindeki yabancı cisimler, pasaj sırasında bazen apandiks içine girebilir. Asemptomatik olgularda apandektomi yapılması tartışmalı olmakla birlikte, akut apandisit, pelvik abse ve perforasyon gibi riskler nedeniyle apandektomi önerilmektedir. Çocukluk çağında laparoskopik apandektomi, özellikle obez ve uyum sorunu olan mental retarde hastalarda tercih edilmektedir.

22. LAPARASKOPİK KOLESİSTEKTOMİDEN AÇIK KOLESİSTEKTOMİYE GEÇİŞ NEDENLERİ:

Sunucu : Öztekin Çıkman (omersoylemez@hotmail.com)

Yazarlar : Dr. Öztekin ÇIKMAN*, Dr. Ömer SÖYLEMEZ*, Dr. Murat BAŞER*, Dr.Erol KİSLİ*, Dr. Ersin ÖZGÖREN*, Dr. Metin AYDIN*, Dr. Hasan ARSLANTÜRK*, Dr. Osman GÜLER*.

Yüzüncü Yıl Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç : Kliniğimizde koleritiazis ve kolesistit sebebiyle laparoskopik olarak operasyona başlanan ancak açık kolesistektomiye geçilen olgularda sebeplerin irdelenmesi.

Durum değerlendirilmesi : Laparoskopik kolesistektomiye karşın açık kolesistektominin tercih edilmesinin sebebi hastanın emniyetidir. Açık operasyona geçilmesinin en sık sebebi, yeterli görüşü engelleyen yapışıklıklar, enflamasyon, belirgin olmayan anatomi, yetersiz tıbbi ekipman gibi problemlerdir. Ayrıca sistik arter yaralanması, kanama, kanal yaralanması, barsak yaralanması, safra kesesi perforasyonu, ana safra kanalı taşları ve beklenmedik bir patolojinin bulunması açık kolesistektomiye geçişin diğer sebepleridir. Laparoskopik kolesistektomilerin %5-20'si açık prosedüre çevrilmiştir.

Yöntem : Ekim 1994- Ocak 2002 tarihleri arasında Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde koleritiazis ve taşlı kolesistit sebebiyle laparoskopik olarak operasyona başlanan 441 olgu retrospektif olarak literatür eşliğinde incelendi.

Bulgular : 441 olgu opere edildi. Bunların 107'si erkek, 334'ü kadın idi. Yaş ortalaması 46.01 olarak tespit edildi. Toplam 30 (%6.8) olguda açık kolesistektomiye geçildi. Açık kolesistektomiye geçiş sebebi 16 olguda yapışıklıklar, 4 olguda koledok injurisi, 3 olguda sistik arter yaralanması, 2 olguda koledok genişliği, 2 olguda teknik sebepler, 1 olguda safra kesesi perforasyonu, 1 olguda safra yolu anomalisi, 1 olguda safra kesesi tümörü ve karaciğer metastazı idi.

Sonuç : Laparoskopik kolesistektomiden açık kolesistektomiye geçmek eleştirilecek ve karar hatası olarak düşünülecek bir durum değildir. Açığa geçme sebeplerimiz ve oranlarımız literatürle uyumlu olarak bulunmuştur.

23. ERCP DENEYİMİMİZ

Sunucu : Öztekin Çıkman (omersoylemez@hotmail.com)

Yazarlar : Dr. Ömer SÖYLEMEZ*, Dr. Ersin ÖZGÖREN*, Dr.Erol KİSLİ*, Dr. Murat BAŞER*, Dr. Metin AYDIN*, Dr. Osman GÜLER*, Dr. Öztekin ÇIKMAN*.

Yüzüncü Yıl Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç:Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatikografi (ERCP) bilier trakt,pankreatik ve periampüller bölge hastalıklarının tanı ve tedavisi amaçlı kullanılabilen çok etkili bir yöntemdir.Operasyona nispeten daha az invazif olduğundan son yıllarda sfinkterotomi, taş ekstraksiyonu, endoprotez kullanılması, litotripsi gibi tedavi edici yöntemlerin kullanılmasıyla birlikte obstrüktif pankreatikobilier hastalıklarda popülaritesi gün geçtikçe artmaktadır.Bu amaçla kliniğimizdeki ERCP uygulanan olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

Yöntem: Ekim 1996 – Şubat 2002 tarihleri arasında Y.Y.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Kliniği' ne başvuran bilier-pankreatik patoloji tespit edilen 64'ü kadın, 54'ü erkek toplam 118 hastaya tanı ve tedavi amaçlı 130 seans ERCP yapıldı.

Bulgular: ERCP yapılan hastalardan; 66 olguda koledok taşı, 9 olguda inoperabl pankreas başı tm'e bağlı mekanik ikter, 3 olguda travmatik pankreas fistülü, 6 olguda safra fistülü, 2 olguda klatskin tümörü, 5 olguda oddi spazmına bağlı postkolesistektomi sendromu, 6 olguda ise normal ERCP bulguları saptanmıştır. 21 (% 17.8) olguda ise koledok kateterize edilemedi.Koledok kateterizasyon başarımlarımız 118 olgunun 97 (%82.2)' inde olmuştur. Koledok taşı bulunan hastaların 32' ine papillotomi + balonla ekstraksiyon, 20' sine papillotomi + basketle ekstraksiyon, 4'üne papillotomi + balonla ekstraksiyon + Nazobilyer dren (NBD) uygulandı. 1 olgumuzda ERCP + sfinkterotomi sonrası gelişen pankreatite bağlı eksitus oldu. Koledok taşı tespit edilen 66 olgudan 56 (%84.8)' sine ERCP ile uygulanan tedavi sonrası taşlar ekstrakte edildi ve operasyona gerek kalmadı.10 hastada ise taş ekstraksiyonu gerçekleştirilemediğinden operasyona alındı.

Sonuç: Bu değerlere göre ERCP bilier trakt, pankreatik ve periampüller bölge hastalıklarının tanı ve tedavisinde operasyona nispetle daha az invazif olan ve popülaritesi ve etkinliği her geçen gün artan bir yöntemdir.Kliniğimizde yapılmış olan ERCP' ler literatürle uyumlu olup başarılı bulunmuştur.

24. LAPARASKOPİK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARIMIZ

Sunucu : Öztekin Çıkman (omersoylemez@hotmail.com)

Yazarlar : Dr. Öztekin ÇIKMAN*, Dr. Ömer SÖYLEMEZ*, Dr. Murat BAŞER*, Dr. Erol KİSLİ*, Dr. Ersin ÖZGÖREN*, Dr. Metin AYDIN*, Dr. Hasan ARSLANTÜRK*, Dr. Osman GÜLER*.

Yüzüncü Yıl Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç : Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde laparoskopik kolesistektomi yapılan olgularda postoperatif komplikasyonların incelenmesi.

Durum değerlendirilmesi : Kolesistektomilerden sonra fatal olmayan komplikasyonların sıklığının %10-25 arasında olduğu bildirilmiştir. En sık görülen komplikasyonlar intraabdominal kanama, subhepatik abse, safra fistülü, kalıntı safra taşları, safra peritoniti, safra yolları yaralanması ve drenlere ait komplikasyonlar ile yara infeksiyonlarıdır.

Yöntem : Y.Y.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Ekim 1994- Şubat 2002 tarihleri arasında opere edilen 410 olgunun dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular : Opere edilen 410 olgudan 92'si erkek, 318'i kadındı. Yaş ortalaması 46.01 idi.

Postoperatif komplikasyon oranı %3.41' idi. 1 olguda postoperatif 4.gün safra fistülü, 1 olguda postop 2.gün ikter, 1 olguda postop 7.gün subhepatik hematoma ve plörezi, 1 olguda subhepatik abse, 10 olguda postop 4-7.günlerde yara infeksiyonu tespit edildi. Safra fistülü gelişen olguda sistik kanal güdüğündeki klips atmıştı. Bu olguda 2. operasyon sonrası sepsis gelişti ve hasta exitus oldu. İkter gelişen olguda ise koledok tam kesisi tespit edildi ve hepatikoduodenostomi uygulandı. Postop. dönemde sık kolanjit atakları nedeniyle olguya hepatikojejunostomi uygulandı ve halen hiçbir şikayeti mevcut değildir. Diğer olgular konser- vatif tedavi ile düzeldiler.

Sonuç : Kolesistektomilerde en önemli komplikasyonlar safra yolu patolojileridir. Bu nedenle eksplorasyonda sistik kanal ve koledok çok iyi vizualize edilmelidir.

25. KOLEDOK TAŞLARINDA ERCP VE USG

Sunucu : Öztekin Çıkman (omersoylemez@hotmail.com)

Yazarlar : Dr. Ömer SÖYLEMEZ*, Dr. Ersin ÖZGÖREN*, Dr. Erol KİSLİ*, Dr. Murat BAŞER*, Dr. Metin AYDIN*, Dr. Osman GÜLER*, Dr. Öztekin ÇIKMAN*.

Yüzüncü Yıl Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatikografi (ERCP) koledok taşlarının tanı ve tedavisinde standart bir metottur. Buna rağmen invazif, pahalı, zaman alıcı, yetişmiş ekipman gerektirir. Bu çalışmanın amacı ERCP ile karşılaştırmalı olarak USG' nin koledokolitiazisten şüphelenilen hastalarda yeterli sensitivite ve spesifiteye sahip olup olmadığını tespit etmektir.

Yöntem: Bu amaçla Ekim 1996 ve Şubat 2002 tarihleri arasında Y.Y.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Kliniği' ne başvuran klinik ve biyokimyasal olarak koledokolitiazis düşünülen 58 hastaya USG sonrası ERCP yapıldı.

Bulgular: 58 hastada USG'nin koledokolitiazis rapor ettiği 44 hastanın 40'ında koledokolitiazis ERCP'de izlendi. 4 hastada taş vizualize edilmedi. USG'nin taş yok olarak rapor ettiği 14 hastanın 8'inde taş ERCP'de tespit edildi, 6 hastada taş vizualize edilmedi.

Bu sonuçlar göz önüne alınıp değerlendirildiğinde koledokolitiazis teşhisinde USG'nin % 84.6 sensitiviteye ve % 60 spesifiteye sahip olduğu görülmüştür.

Sonuç: ERCP koledok taşlarının tanısında ve tedavisinin yönlendirmesinde diagnostik standart bir metottur. USG obstrüktif sarılığın ayırıcı tanısında başarılı olarak kullanılmaktadır. Ancak koledokolitiazis taramalarında kesin bir modalite olmayıp, doğruluk oranı ERCP ile karşılaştırıldığında sınırlı kalmaktadır.

26. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ OLGULARININ AÇIĞA DÖNME VE KOMPLİKASYONLAR YÖNÜNDEN İNCELENMESİ

Sunucu : Alper DOĞU ()

Yazarlar : Dr.Aliye TAŞPINAR YİĞİLİ, Dr.Alper DOĞU, Dr.Turgut ÇAVUŞOĞLU, Dr.Mehmet PETEK, Dr.Selma TUNÇOL, Dr.Reha ÖZGÜVEN, Dr.Ayhan KESKİN, Dr.Savaş TEZEL

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği

Safra kesesi taşlarının tedavisinde yıllarca klasik laparotomi ile kolesistektomi tekniği uygulanmıştır. Günümüzde kolesistektomilerin %80'inden fazlası laparoskopik olarak gerçekleştirilmektedir. Bu çalışmada, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde laparoskopik kolesistektomi uygulanan 282 olgu yaş, cinsiyet, açık kolesistektomiye geçiş oran ve nedenleri, postoperatif komplikasyonlar erkek idi. 53 olguda %17.8 kadın, 50 olgu %82.2 yönünden incelendi. 232 olgu öncesinde geçirilmiş bir batin operasyonu mevcuttu. Çalışmaya alınan 282 olgudan açık kolesistektomiye dönüldü. Açığa dönmeye en sık neden akut %9.5 27'sinde , safra yolları %3.2 kolesistitin neden olduğu çevre dokulara yapışıklık iken anatomisinin tam olarak ortaya konamaması, sistik arter yaralanması, daha önce geçirilmiş batin operasyonuna bağlı yapışıklıklar ve aberran safra yolu da diğer operatif ve postoperatif %3.9 açığa dönme sebepleri idi. 11 olguda karın içine taş dökülmesi, 2 %1.4 komplikasyonlar gelişti. Bunlar; 4 olguda sistik arter yaralanması, %0.7 safra yolu yaralanması, 2 olguda %0.7 olguda ligamentum %0.4 trokar yerinde yara enfeksiyonu, 1 olguda da %0.7 2 olguda falciforme yaralanmasıydı. Safra yolu yaralanması olan 1 olguda primer onarım ve T-tüp drenaj, diğer olguda ise postoperatif 5. günde hepatikojejunostomi yapıldı. Sistik arter yaralanması olan olgularda açığa dönülerek hemostaz sağlandı. Hastanede kalış süresi ortalama 2.7 gündü. Hiçbir olguda mortalite oluşmadı. Günümüzde laparoskopik kolesistektomi, minimal invazif olması, kısa iyileşme süresi, daha az analjezik gerektirmesi, daha konforlu bir postoperatif dönem ve daha iyi kozmetik sonuçlar sağlama nedeniyle kolesistektomi için birinci tercih olmuştur. Tek tartışılan nokta olan ameliyat komplikasyonları da artan deneyimlerle giderek azalmaktadır.

27. PERİTON DİYALİZİNDE KATETERLE İLİŞKİLİ KOMPLİKASYONLARIN TANI VE TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK CERRAHİNİN YERİ

Sunucu : Göksel Gökçe ()

Yazarlar : G. GÖKÇE*, G. ÖĞÜNÇ*, M. TUNCER**, F. ERSOY**

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Laparoskopik cerrahinin yaygın uygulama alanlarından biriside periton diyalizinin obstrüktif komplikasyonlarının nedenini kesin olarak saptayabilmek ve aynı seansta tedavilerini yapmaktır. Bu çalışmada Mart 1997 – Mart 2002 tarihleri arasındaki 5 yıllık sürede, sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD) uygulanan ve periton diyaliz kateterlerinin çalışmama nedeni olarak obstrüktif bir sorun düşünülen, bu nedenle diagnostik laparoskopi yapılan 11 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. 7' i K, 4' ü E, yaş ort' sı 47.6 (32-66) olan olguların kateterle ilgili obstrüktif problemleri CAPD başlangıcından 2 hafta-12 ay sonra ortaya çıkmıştı. Konservatif yaklaşımlara yanıt vermeyen olguların diagnostik laparoskopileri genel anestezi altında yapıldı. Kateter tıkanıklığının nedeni 4 olguda omentum ile kateterin sarılması, 2 olguda kateter ucunun yer değiştirmesi+omentum ile sarılma, 2 olguda kateter ucunun yer değiştirmesi, 2 olguda kateterin fibrin ve pıhtı ile tıkanması, 1 olguda yaygın adezyonlardı. Kateterin omentum ile sarıldığı hastalarda omentumun laparoskopik olarak ayrılmasını takiben omentum paryetal peritone dikilerek tespit edildi; bu olgulardan birinde omentumun laparoskopik olarak kateterden serbestleştirildikten sonra genişletilen umbilikal trokar yerinden dışarı alınarak parsiyel omentektomi yapıldı. Kateter ucunun yer değiştirdiği olgularda kateter ucu pelviste paryetal peritone tespit edildi. Fibrin ve pıhtı ile tıkanmada kateter direkt görüş altında intrakorporal olarak temizlendi. Tıkanma nedeni adezyon olan olguda ultrasonik disektör ile adezyoliziz yapıldı Laparoskopik revizyon girişimlerini takiben tüm kateterler serum fizyolojik ile direkt görüş altında kontrol edildi. Postoperatif dönemde olguların hiçbirisinde mekanik obstrüktif bir sorunla karşılaşılmadı.

Sorunlu CAPD kateterlerine laparoskopik yaklaşım, problemin kesin tanısının konulması, aynı seansta tedavisinin yapılmasına ve mevcut kateterin korunmasına olanak tanıyan mükemmel bir yöntem olarak gözükmektedir.

28. KASIK FITİĞİ ONARIMINDA YARA VE GREFT İNFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİNİN ÜSTÜNLÜĞÜ

Sunucu : Kudbettin Altun ()

Yazarlar : K. ALTUN, G. ÖĞÜNÇ, C. ARICI

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Cerrahi gerektiren pekçok sorunun tedavisinde, postoperatif (p.o) dönemde kesiye ait sorunların azaltılması arzusu, cerrahların laparoskopik yaklaşımları açık cerrahiye daha fazla tercih etmelerine neden olmuştur.

Bu retrospektif klinik çalışmada Eylül 1997-Mart 2002 tarihleri arasında kasık fıtıkları açık cerrahi yaklaşımla ve prolene mesh greft kullanılarak onarılan 65 olgunun (56 E, 9K ; yaş ort. ' sı:46.2-18-82) p.o yara ve greft infeksiyonları; aynı dönemde kasık fıtığı onarımları, laparoskopik TAPP yaklaşımla düz veya 3 boyutlu (D) prolen greft ile yapılan 48 olgunun (40E, 8 K; yaş ort. ' sı: 36.2-18-73) sonuçları ile karşılaştırıldı. Laparoskopik grup (LG) ta 8 hastada ek insizyonlara gerek olmaksızın, iki taraflı onarım yapıldı. Açık cerrahi grup (ACG) ta yaklaşık 6-10 cm.' lik klasik kasık fıtığı kesisi kullanıldı. LG ta biri 10 mm. subumbilikal, diğer ikisi umbilikal seviye rektus lateralinde 5 mm.' lik 2 trokar ; onarımda ilk 38 olguda düz, diğer 10 olguda 3D prolene greft kullanıldı. ACG' ta 2 olguda (%3.07) greft infeksiyonu ile karşılaşıldı, medikal tedaviye yanıt vermeyen bu 2 hastada greft çıkarıldı. ACG' undaki yara infeksiyon oranı ise %4.61 (3 olgu) idi. LG ta herhangi bir infeksiyöz komplikasyon ile karşılaşmadı. Kasık bölgesine yapılan insizyonlarda yara infeksiyonunun daha sık görülmesi ayrıca geniş insizyonlarda kesi ile ilgili tüm sorunlarla daha sık karşılaşılması doğal bir beklentidir. Konvensiyonel yaklaşımda cerrahların küçük kesi ile ameliyatı yapma gayretleri ekartörlerin neden olduğu travmayı artırır ve yara iyileşmesini olumsuz yönde etkileyebilir. Hernekadar heriki grup profilaktik antibiyotik tercihi, ameliyat ekibi, ameliyatta kullanılan sütür materyalleri, yara bakımı protokolü, hastanede yatış süreleri açısından randomize edilememiş ise de sonuçlar bize, fıtık onarımında infeksiyöz komplikasyonların önlenmesi açısından laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye üstünlüğünü göstermekte idi.

29. PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SIRASINDA KARIN İÇİNE DÜŞEN BÖBREK TAŞININ LAPAROSKOPİK EKSTRAKSİYONU: OLGU SUNUMU

Sunucu : Kaya Yorgancı (yorganci@ada.net.tr)

Yazarlar : K. YORGANCI, N. ATSÜ, M. KEŞKEK, S. DOĞAN, S. ESKİÇORAPÇI, A. ŞAHİN

Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ve Üroloji Anabilim D.

Giriş: Perkütan nefrolitotomi, böbrek taşlarının tedavisinde açık cerrahinin yerini almış, yaygın kullanılan bir yöntemdir. Minimal invaziv cerrahinin tüm avantajlarına sahip bu yöntemin önemli komplikasyonları günümüzde yüzde ikinin altındadır. Perkütan nefrolitotomi sırasında taşın karın içerisine düşmesi daha önce tanımlanmamış bir komplikasyondur. Bu bildiride böyle bir böbrek taşının tespit edildiği ve laparoskopik olarak çıkartıldığı bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: 51 yaşında kadın hasta sol böbrek üst polde 3 cm çapında taş nedeniyle üroloji polikliniğine başvurdu. Yapılan muayene ve laboratuvar incelemesinde ek bir patoloji saptanmadı ve perkütan nefrolitotomi için ameliyata alındı. Ameliyat sırasında nefroskopi ile taş görüldü ve ultrasonik litotriptör ile fragmentasyona başlandı. Fragmente bir parça çıkarıldıktan sonra tekrar nefroskop ile bakıldığında toplayıcı sistem içinde taş görülemedi ve nefrostomi kateteri konarak işleme son verildi. Ameliyat sonrası çekilen seri grafilere taşın yer değiştirdiği saptandı. Bilgisayarlı tomografide taşın karın içinde ve sol alt kadranda olduğu tespit edildi. Hasta perkütan nefrolitotomi sonrası 7. günde tekrar ameliyata alındı. Taş bilgisayarlı tomografide bahsedilen yerde görüldü. Spesimen torbasına alınarak karın dışına çıkarıldı ve laparoskopik girişime son verildi. Ameliyat sonrası dönemi sorunsuz seyreden hasta taburcu edildi.

Tartışma: Yazılı kaynaklarda karın içindeki serbest safra taşlarının olası komplikasyonları ile ilgili önemli bilgi birikimi vardır. Ancak karın içine düşen böbrek taşlarının olası seyri ve komplikasyonları ile ilgili bilgi mevcut değildir. Taşı boyutu, işlem sırasında idrarın ve taşın infekte olması ve kanama miktarı karın içindeki taşın oluşturabileceği komplikasyonların gelişiminde önemli olduğu düşünülebilir. Minimal invaziv bir girişim olan perkütan nefrolitotominin böyle bir komplikasyonunu, erken dönemde, ek komplikasyonlar gelişmeden, yine minimal invaziv bir yöntem olan laparoskopik girişim ile tedavi etmek mümkündür.

30. MORBİD OBEZİTEDE LAPAROSKOPİK GASTRİK BAND UYGULAMA SONUÇLARIMIZ

Sunucu : Yasin PEKER (yasinpeker@yahoo.com)

Yazarlar : Tuğrul TANSUĞ, Ali Doğan BOZDAĞ, Fatma TATAR, Salih GÜVEN

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği

AMAÇ: Morbid obezitenin cerrahi tedavisinde uygulanacak operasyon tiplerinden en az invaziv olanı, laparoskopik gastrik band uygulamasıdır. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde uygulanan laparoskopik ayarlanabilir gastrik band uygulamalarımızı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kliniğimizde Aralık 1998-2001 tarihleri arasında opere edilen 12 morbid obez hasta yaş, cinsiyet, operasyon öncesi ağırlık ve vücut kitle indeksi, yandaş hastalık, operasyon tipi, peroperatif ve postoperatif komplikasyon, hastanede kalış süresi, postoperatif 6.,12 ve 18. aydaki kilo kaybı miktarı açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 34.5 (18-59), olan hastaların sekizi kadın, üçü ise erkekti. Ortalama ağırlıkları 117.1kg.(87-148), vücut kitle indeksi ise 41.1kg/m² (36-49) olarak saptandı.Yandaş hastalık olarak üç hastada hipertansiyon, üç hastada umbilikal herni, iki hastada duodenit (üreaz pozitif), bir hastada kronik obstruktif akciğer hastalığı, bir hastada astma bronşiyale, bir hastada latent diabet, bir hastada insizyonel herni, bir hastada kolelitiasis saptandı. İki hastamız daha önceden üst batin operasyonu (peptik ülser perforasyonu nedeni ile primer onarım ve kolesistektomi) geçirmişti. İnsizyonel hernili hasta dışında tüm hastalara laparoskopik girişim planlandı.. Anatomik zorluk, batin içi yaygın yapışıklık ve anesteziye bağlı nedenlerle altı hastada konversiyon uygulandı. Kolelitiasizli hastaya aynı seansta laparoskopik kolesistektomi, insizyonel hernili hastaya da polipropilen meç ile insizyonel herni onarımı yapıldı. Ortalama 2.7 gün(2-5) de taburcu edildiler. Hastalarda erken komplikasyon gelişmedi. Geç komplikasyon olarak bir hastada port yeri enfeksiyonu ve bir hastada migrasyon gelişti. Postoperatif takiplerde ortalama kilo kaybı 6. ayda 22.2kg. (15-30), 12. ayda 30.9kg. (19-50), 18. ayda 37.9kg. (22-55) oldu. Postoperatif kontrollerde preoperatif var olan yandaş hastalıkların semptom ve bulgularında belirgin azalma saptandı.

SONUÇ: Morbid obezitede laparoskopik gastik band uygulaması, kabul edilebilecek komplikasyon oranları ile en uygun tedavi seçeneklerindendir

31. VENTRAL HERNİLERDE LAPAROSKOPİK ONARIM

Sunucu : Yasin PEKER (yasinpeker@yahoo.com)

Yazarlar : Tuğrul TANSUĞ, Hayrullah DERİCİ, Muzaffer ATLI

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Cerrahi Kliniği

AMAÇ:Laparoskopik ventral herni tamiri uygulanan olgularımızı sunmak

YÖNTEM: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde Temmuz 2001-Eylül 2001 tarihleri arasında toplam üç olguya ventral fitik onarımı uygulandı.

BULGULAR: Olgularımızın tümü kadın olup ortalama yaşları 43 (31-55) idi. Birinci hastamızda 2 cm. çapında, diğer iki hastamızda ise 3 cm. umblikusta fasya defekti vardı. İlk hastamıza politetrafloroetilen, iki hastamıza ise polipropilen mesh ile laparoskopik herni tamiri uygulandı. Postoperatif ikinci gün taburcu edilen hastalarımızda postoperatif erken komplikasyon gelişmedi. İlk hastamızda postoperatif üçüncü ayda mesh rejeksiyonu gelişti. Mesh çıkarılıp fasya primer onarıldı. Diğer hastalarımızın yedi aylık takiplerinde her hangi bir komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Olgu sayımız az olmasına karşın, laparoskopik ventral herni tamiri uygulanan hastalarda daha az ağrı, hastanede daha kısa kalış süresi, postoperatif günlük yaşantıya daha kısa sürede dönme ve kozmetik olarak daha iyi sonuçlar elde edilmektedir.

32. LAPAROSKOPİK KASIK FITİĞİ ONARIMI

Sunucu : Tuğrul TANSUĞ (intraozel@superonline.com)

Yazarlar : Yasin PEKER, Ali Doğan BOZDAĞ, Okay NAZLI, Ali Serdar İŞGÜDER

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği

AMAÇ: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği'nde laparoskopik fıtık tamiri operasyonu uygulanan hastaların değerlendirilmesi.

YÖNTEM: Kliniğimizde Ekim 2000 ile Aralık 2001 arasında laparoskopik total ekstrapéritoneal (TEP) fıtık tamiri uygulanan 29 kasık fıtıklı olgu yaş, cinsiyet, fıtığın özellikleri, operasyon süresi, komplikasyonlar ve izlem sonuçları açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 49.0 (27-70) olan hastalarımızın beşi kadın 24'ü ise erkekti. Dördü bilateral, 25'i tek taraflı olan fıtıkların 18'i (% 62.1) direkt, 11'i (% 37.9) indirekt idi. Olguların tümünde boşluk yaratıcı kör disektör ile ekstrapéritoneal boşluk yaratıldı; gerekli diseksiyondan sonra polipropilen mesh kullanılarak herni onarımı uygulandı. Bilateral olgularda her iki taraf için ayrı ayrı mesh kullanıldı. Ortalama ameliyat süresi tek taraflı olgularda 100 dakika olarak kaydedildi. İki olguda diseksiyon güçlüğü nedeniyle açık onarıma geçildi. Dört olguda intraoperatif ciltaltı amfizemi, üç olguda ise periton boşluğuna gaz kaçışı oldu. Postoperatif dönemde üç olguda seroma, bir olguda göbük altındaki 10 mm'lik trokar yerinde herni gelişti. Üç ile 19 ay arasında değişen izlem süresince iki hastada postoperatif ikinci ve dördüncü aylarda nüks saptandı ve açık yöntemle onarım yapıldı. **SONUÇ:** Daha az ağrı, aktif yaşantıya erken dönabilme gibi avantajları olan laparoskopik kasık fıtığı onarımı, seçilmiş uygun vakalarda başarıyla uygulanabilir

33. Morbid Obez Hastalarda Laparoskopik Ventral Herni Tamiri

Sunucu : Umut BARBAROS (umutbarbaros@yahoo.com)

Yazarlar : ALP BOZBORA, MEHMET ALİ İMREN, YEŞİM ERBİL

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Morbid obezite mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Vücut kitle indeksinin 40 ve üstünde olduğu vakalarda her türlü cerrahi girişimler risk teşkil eder. Bu durumda yapılacak cerrahi girişimlerin minimize invaziv yöntemlerle yapılması gerekmektedir.

Morbid obez hastalarda ventral herniler sık rastlanan patolojilerdir. Klasik yöntemlerle bu ameliyatın yapılması yara enfeksiyonu ve nüks gibi birçok komplikasyonu beraberinde getirir. Bu sebeple ventral hernisi olan morbid obez hastaları laparoskopik yollarla tedavi etmek uygun seçenektir. 3 vakada uyguladığımız laparoskopik ventral herni tamirinde greft olarak enfeksiyon ve yapışıklık riski az olan dura mater kullanılmıştır. Ortalama ameliyat süresi 65 dakikadır. Graft periton altına endo-tucker ile tespit edilmiştir. Hastaların ortalama yatış süreleri 2 gün olarak tespit edildi. Hiçbir hastada ameliyat sonrası komplikasyon gelişmemiştir.

Morbid obez hastalarda görülen ventral hernilerde laparoskopik yöntemle dura mater greftin kullanılması uygun bir seçenektir.

34. Morbid Obezite Tedavisinde Laparoskopik Ayarlanabilir Silikon Mide Bandı Uygulaması

Sunucu : ALP BOZBORA (umutbarbaros@yahoo.com)

Yazarlar : Umut BARBAROS, HALİL COŞKUN, SELÇUK ÖZARMAĞAN

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Obezite tüm dünyada önemli bir sağlık problemidir, diyet, egzersiz, ilaç ve davranış tedavileri tek başına veya kombine edilerek uygulanmakta, ancak cerrahi dışı bu yaklaşımlarla uzun süreli başarı nadiren sağlanabilmektedir.

Bu retrospektif klinik çalışmada, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AB'da Ocak 1999 ile Aralık 2001 tarihleri arasında, American Society of Bariatric Surgery kriterlerine göre, laparoskopik ayarlanabilir silikon mide bandı uygulanan 15 olgunun kilo kaybı ve karşılaşılan komplikasyonlar değerlendirilmiştir.

Hastalarımızın ortalama yaşı 37.2y (22-61), ortalama vücut ağırlığı 131.4 kg (105-196 kg), ortalama boy uzunluğu 159.4 cm (144-180 cm), ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 46.7 kg/m² (39-66 kg/m²) idi.

Postoperatif takipte ortalama kilo kaybı 62.1 kg olarak saptandı. Ortalama kilo kaybı 3. ayda 19.8 kg, 6. ayda 25.1 kg ve 12. ayda 36.6 kg idi. Erken dönemde 5 hastada (%) bulantı-kusma tespit edilirken, geç dönemde 1 hastada (%) rezervuar enfeksiyonu, 1 hastada üst gastrik poşda mide dilatasyonu gelişti.

Laparoskopik ayarlanabilir silikon mide bandı uygulaması, hasta tarafından iyi tolere edilebilen, morbid obezite tedavisinde uygulanabilecek iyi bir seçenek olarak gözükmektedir.

35. AKCİĞER KİST HİDATİĞİ TANII VE TEDAVİSİNDE VIDEO DESTEKLİ TORAKOSKOPİK CERRAHİNİN YERİ

Sunucu : B. Haluk Güvenç ()

Yazarlar : Gülşen EKİNGEN, Ayşe TUZLACI, Ufuk ŞENEL, Ayşe Gökarp

Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Hastalıkları Anabilim D.

Günümüzde akciğer kist hidatigi tanısında radyolojik görüntüleme metodları, serolojik testlerden daha güvenilir bir yöntem olarak tanımlanmaktadır. Ancak rüptüre veya enfekte olmuş, komplike akciğer kist hidatik olgularında karşılaşılan tanı zorluğu önemini korumaktadır. Video destekli torakoskopik cerrahi (VDTC) alanındaki ilerlemeler plevral ve pulmoner hastalıkların tanı ve tedavisinde yeni bir çığır açmıştır. Bu çalışmada, akciğer absesi ön tanısı ile kliniğimize sevk edilen ve torakoskopik cerrahi girişimi takiben akciğer kist hidatigi kesin tanısı alarak tedavi edilen bir olgu sunulmaktadır.

Yedi yaşında erkek hasta, yaklaşık sekiz aydır devam eden öksürük, göğüs ağrısı, balgam ve ateş şikayetleriyle yatırıldığı başka bir merkezden iki ay takip sonrasında, akciğer kist hidatigi ön tanısı ile Çocuk Hastalıkları Kliniğimize sevkle interne edildi. Olgumuz yapılan fizik muayene ve radyolojik incelemeleri takiben, akciğer absesi ve empiyem tanısı ile antibiyotik ve tüp drenaj tedavisi uygulanarak takip edildi. O dönemde yapılan kist hidatik aglütinasyon testleri negatif olarak değerlendirildi. Hasta taburcu olduktan yaklaşık bir ay sonra, tekrarlayan şikayetler nedeniyle cerrahi girişim için kliniğimize devredildi. Kontrol tomografisinde daha önce tespit edilen akciğer abse boyutlarında artış izlenmesi üzerine torakoskopik girişim planlandı. Torakoskopi eşliğinde abse içine girilerek drenaj ve irrigasyon uygulandı. İşlem sırasında aspire edilen germinatif membran benzeri materyalin histopatolojik incelemesinin kist hidatik ile uyumlu gelmesi üzerine hastaya albendazol tedavisi başlandı. Postoperatif kontrol grafilerinde, daha önce 8 cm çapında içerisinde hava sıvı seviyesi görülen abse oluşumunun tamamen ortadan kalktığı saptanan hasta beş aydır sorunsuz izlenmektedir.

Torakoskopik cerrahi girişimler, tanı konulmasında güçlük yaşanan akciğer parankimal ve plevral hastalıklarının teşhis ve tedavisini kolaylaştırmaktadır. Torakotomi gerektirmeyen bu minimal invazif girişimler, çocuklarda torakotomiye bağlı morbiditeyi azalttığı gibi, ağrıda belirgin bir azalmaya yol açtığından konforlu bir post operatif dönem sağlamaktadırlar.

PARALEL OTURUMLAR - Merkez Kütüphane Binası, Oditoryum Karşısı

Pazartesi, 22 Nisan 2002

Hemşirelik Programı Düzenleme Komitesi

*Güler AKSOY, Nevin KANAN, Neriman AKYOLCU, Gülbahar KESKİN,
Nevriye EREN, Ayla SEZGİN, Zaide BARAM, Mail ÖZÇELİK*

11.30-12.30 Konferans

Moderatör: Neriman Akyolcu

Endoskopi ve Laparoskopide Etik Değerler ... Rengin Acaroğlu

Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Aletlerinin Sterilizasyonu...Nuray Akyüz

12.30-13.30 Öğle Yemeği

13.30-15.00 PANEL - Endoskopik-Laparoskopik Cerrahide Hemşirelik Yaklaşımı

Moderatör: Gülbahar Keskin

Laparoskopik Cerrahide Preop Hazırlık ... Nebahat Yıldız

Laparoskopik Cerrahide Postop Bakım ... Aynur Ç.Çiftçi

Laparoskopik Girişimlerde Ameliyathane Hemşireliği ... Sema Çopur,

Endoluminal Endoskopide Hemşirelik Yaklaşımı... İlknur Taşköprü

Artroskopik Girişimlerde Hemşirelik Yaklaşımı... Fatma Dönmez

Ölümle Sonuçlanan 5 Laparoskopik Kolesistektomi Olgusu

Abdi ÖZASLAN(*,**), İnci ÖZASLAN(**), Nesime YAYCI(***), Hüseyin KALYONCU(**)

ÖZET

Amaç: Ölümle sonuçlanmış ve dava konusu olmuş laparoskopik kolesistektomi olgularında ölüm nedenini ve hekim hatalarını tartışmak amaçlanmıştır.

Olguların Sunumu: Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'na 1997-2001 yılları içerisinde bu nedenle gelen 5 olgu, klinik öyküleri ve otopsi bulguları ile verilmiştir.

Bulgular: Beş olgudan ikisinde klips yetersizliğine bağlı safra sızması, birinde abdominal aort yaralanması, birinde a. hepatica propria yaralanması, birinde ise arter sütür yetersizliği ile birlikte duodenum yaralanması komplikasyonları meydana gelmiştir. İki olguda ölüm nedeni peritonit, iki olguda kanama ve bir olguda ise kanama ve peritonitin ortak etkisiyle olmuştur.

Sonuç: Bu olgularda cerrahi girişim sonrası seyir ve ölüm nedenleri dikkate alındığında, tanı ve tedavi sırasında yapılan genel hatalara, komplikasyonların tanısında ve revizyonda gecikmemeye daha fazla dikkat göstererek, hemen tüm olgularda ölümün önlenileceği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, Ölüm, Komplikasyon, Adli tıp

SUMMARY

The purpose of the study is to analysis autopsy findings of laparoscopic cholecystectomy and questions concerning forensic aspect of surgical procedure.

Objective: Objective: To evaluate the laparoscopic cholecystectomy cases resulting in death and leading to litigation with respect to the death causes and malpractice.

Cases: Five cases that came to Ministry of Justice, Council of Forensic Medicine for this reason between 1997-2001, were given with the medical records and the autopsy reports.

Results: There were two bile leaks from clip impingements, two major vascular injury and one both arterial bleeding and duodenal injury as complications. The causes of deaths were septic peritonitis (two cases), bleeding (two cases) and both bleeding and peritonitis (one case).

Conclusion: According to the causes of deaths, it's clearly seen that the death prevention can be improved by increased awareness of common mistakes like diagnosis and treatment failures, delay to recognise complications and to revision, for almost all cases.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, death, complication, forensic medicine

GİRİŞ

18. yüzyılın son çeyreğinden itibaren taşlı kolesistit olgularında Langenbuch tarafından başlatılan açık kolesistektomi tedavisinin, bir asırdır uygulandığı bilinmektedir. Açık kolesistektomi sırasında cilt, cilt altı, fasya ve adale dokusu 10-15 cm'den daha fazla açılmakta, dolayısıyla iyileşme süresi uzamakta ve ameliyat sonrası özellikle karın içi yapışıklıklar gibi komplikasyonların olasılığı artmaktadır (1).

Tıbbi teknolojik gelişim hastalıkların tanı ve tedavisinde daha kısa sürede olumlu sonuçlar alınmasında etkili olmuştur. Bu anlamdaki önemli gelişmelerden biri de konvansiyonel açık kolesistektomiye alternatif olarak geliştirilen laparoskopik kolesistektomidir. Laparoskopik ko-

lesistektomi 1987 yılında ilk kez Fransız cerrah Phippe Mauret tarafından uygulanmış ve yöntem hızla tüm dünyada yaygınlaşmıştır (2-4). 1991 yılından itibaren ise Türkiye'de de uygulanmaya başlamıştır (5,6).

Birçok cerrahi girişimde olduğu gibi laparoskopik kolesistektomi uygulamasının da diğer tedavi yöntemlerine göre hastaya sağlayacağı üstünlükler yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Hastalarda ağrı duyusunun az olması, hastanede kalış ve ameliyat öncesi eski aktiviteye dönüş süresinin kısalığı, kozmetik sonuçlarının daha iyi olması (4,7,8), immün fonksiyonlarda bozulmalara neden olmaması gibi faktörler, laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye üstünlüğü olarak gösterilmektedir (9).

Ancak her cerrahi tedavide olduğu gibi laparoskopik kolesistektomi tedavisinin de komplikasyonları vardır ve oranı değişik kaynaklarda % 0,8 - 11,5 olarak bildirilmektedir (8,10). Bunlardan damar yaralanmaları, iç organ yaralanmaları ve koledok yaralanmaları majör komplikasyonları (5,11-14) oluştururken; safra kesesi de-

(*) Uz. Dr. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

(**) Uz. Dr. Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu, İstanbul

(***) Uz. Dr. M. Ü. Marmara Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

linmesi, enfeksiyon, kanama ve klemp yetersizliği ise minör komplikasyonları oluşturmaktadır (8,12,14).

Laparoskopik kolesistektomi girişimlerinin % 0 - 0,4 arasında mortalite taşıdıkları belirtilmiştir (12,14-17). Majör damar yaralanmasına bağlı mortalitenin % 0 - 4,3 arasında olduğu ileri sürülmüştür (12). İatrojenik safra yolları yaralanmalarının ise açık kolesistektominin 2-4 katı fazla olduğu ortaya konmuştur (9,18). 1994 yılında yapılan bir çalışmada ise açık kolesistektomide ölümle- rin çoğu kardiyovasküler nedenlerden meydana gelirken, laparoskopik kolesistektomide teknik yöntemler ve ekstrahepatik safra yolları yaralanması nedeni ile ölüm meydana geldiği ortaya konmuştur. Her iki yöntemde de yaşla birlikte ölüm oranlarının ve hastanede kalış süreleri değişiklik göstermektedir. 60 yaş altındaki olgular- da %0,15 oranında ölüm meydana gelirken 60 yaş üze- rinde % 1,3 oranında ölüm meydana geldiği tespit edilmiştir (12).

Adli tıp uygulamalarında son birkaç yıldır laparoskopik kolesistektomi ile tedavi sonrası gelişen komplikasyon- lara bağlı ölüm olguları dikkat çekici olmuştur. Bu çalış- ma, olguların otopsi bulguları ve cerrahi yöntemle ilgili sorunlarını adli tıp yönünden değerlendirerek, bu yön- temi uygulayan uzmanları bilgilendirme ve uyarmayı amaçlamaktadır.

OLGULARIN SUNUMU

Çalışmamızda, TC. Adalet Bakanlığına resmi bilirkişilik görevi yapan Adli Tıp Kurumunun ölümle sonuçlanan olgularla ilgili 1. ihtisas kuruluna mahkeme ve savcılık- lardan gönderilen olgular değerlendirilmiştir. Bunlar arasından 1997-2001 yıllarında, laparoskopik kolesistek- tomii uygulanmış, ölümle sonuçlanmış ve hekim hatası sorgulanan 5 olgu çalışmaya dahil edilmiştir.

Olgu 1- 1957 Doğumlu Kadın Hasta:

22.1.1997 tarihinde taşlı kolesistit tanısı ile yatırıldığı hastanede, önceden yapılan rutin tetkiklerde laboratuvar bulguları normal değerlerde olduğu, aynı gün ameliya- ta alındığı, laparoskopik kolesistektomi için batına tro- karla girildiği sırada ani tansiyon düştüğü için laparoto- mi yapıldığında, abdominal aortun ön yüzünde 1 cm'lik delik tespit edilerek hemostaza çalışıldığı, kalp-damar cerrahi uzmanının yardımı ile kanamanın durduruldu- ğu, dren konup karın kapatıldığı, ancak aynı gün saat 23.00 de hastanın öldüğü,

Otopsi yapılmadığı,

Yüksek Sağlık Şurası'nın Mayıs 1998 tarihli kararında: Trokar ile aort yırtılmasının çok zor olduğu, buna bağlı ölümün doğrudan hekim uygulamasından ileri geldiği için hekimin 6/8 oranında kusurlu olduğu,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulunun 28.1.2000 tarihli kararında;

1-Laparoskopik kolesistektomi girişimi sırasında trokar- la abdominal aort yaralanmasına bağlı fazla kan kaybı sonucu kısa sürede beyin fonksiyonlarının bozulmasın- dan ölüm meydana geldiğine göre; ölümün iatrojenik (hekim hatasına bağlı) aort yaralanmasından gelişen ka- namadan ileri geldiği,

2- Laparoskopik kolesistektomi tatbikinde trokar ile ab- dominal aortun yaralanmasının beklenir akıbet olmadı- ğı için gerekli özen ve dikkat gösterilmediğinden heki-

min 6/8 oranında kusurlu olduğu mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 2- 1938 Doğumlu Kadın Hasta:

14.5.1998 de USG tetkikinde kronik taşlı kolesistit, safra yollarında belirginleşme tanısı konup 10.6.1998 de en- doskopik sfinkterektomi uygulandığı, kronik taşlı kole- sistit hastalığı nedeniyle 11.9.1998 de yatırıldığı hastane- de rutin tetkiklerinin yapıldığı, idrarda (++) bilirubin bulunduğu 14.9.1998 de endoskopik metotla kolesistek- tomii uygulanıp porselen kese halini almış safra kesesi çı- karıldığına kese içinde multipl taş bulunduğu,

15.9.1998 de nöbetçi hekim kontrolünde akut batın teşhi- si konularak 16.9.1998 de yapılan ameliyatında batında 1 lt safralı mayi ve koledoka konan klipsin yetersizliği tes- pit edilip gerekli onarıma rağmen, solunum yetmezliği geliştiği için yoğun bakıma alındığı ve 21.9.1998 tarih- inde öldüğü,

Adli Tıp Kurumu'nda yapılan otopsisinde akciğerlerde pnömoni, kalpte lokal fibrin alanları, karaciğerde fibrin- li irinli iltihap, barsakta akut peritonit, sistik arterde klemp, sistik kanalın ipek iplikle bağlanmış olduğu ve sorulan hususlar hakkında Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'ndan görüş alınmasının uygun olduğu,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 22.11.2000 tarih- li kararında;

1- Ölümün ameliyat esnasında konan klips yetersizliği- ne bağlı karın boşluğuna akan safranın neden olduğu peritonitten ileri geldiği,

2- Ameliyatta çıkarılan safra kesesi porselen manzara- sında görüldüğüne göre safra yollarında da benzer de ği- şimler beklenip klipsin takviye edilmesi veya daha dik- katli takip ile klips yetersizliği erken teşhis edilip onarıl- ması halinde yaşaması ihtimali bulunduğundan uygula- ma ve tedavinin yetersiz olduğu mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 3- 1943 Doğumlu Erkek Hasta:

Hastane müşahade evrakları bulunmayan ancak hekim- lerin yazıları ve ifadelerinden daha önceden ürolojik şik- kayetleri ve geçirilmiş fıtık ameliyatı olduğu, bir yıldır karın ağrısı nedeniyle hastaneye başvurduğu 25.10.2000'de yapılan tetkiklerde kan şekeri 226 mg/dl, idrarda ++ şeker saptandığı, USG incelemesinde safra kesesi boynunda 10 mm'lik, sistik kanalda 4 ve 8 mm'lik kalküller teşhis edildiğinden 26.10.2000 günü laparosko- pik kolesistektomi uygulandığı, dren konup kapatıldığı, postoperatif ikinci gün oral beslenmeye geçildiği, dren- den 1500 cc mayi gelmesi üzerine oral beslenmenin ke- sildiği, 29.10.2000 günü drenenden 200-300 cc kan geldiği için laparotomi uygulandığı, duodenum 1. kıta ön yüz- de 2-2,5 cm'lik perforasyon ve bu bölgede 100 cc safralı hemorajik mayi görüldüğü, sistik arterde kanama olup olmadığının kontrolü sırasında sağ hepatic arterden abondan kanama olduğu, suture edilerek, tüp duode- nostomi uygulandığı 6.11.2000 de safra drenajı arttığından, acil ameliyata alındığı sağ hepatic arterdeki lezyon- nun suture edildiği, ARDS geliştiği, 9.11.2000 de insiz- yon yerinden barsak içeriği geldiğinden yeniden ameli- yata alındığı, 15.11.2000 de öldüğü belirlenmiştir.

Adli Tıp Kurumu Morg İhtisas Dairesi'nde yapılan otop- sisinde göğüs boşluğunda mayi, sağ akciğer kollabe,

apekte iğne izine ait ekimoz ve plevrada perforasyon, karında tüm organ yüzeyleri iktirik, birbirine yapışık, yer yer nekrotik alanlar bulunduğu, Treitz ligamentinin 35 cm aşağısından gastrotomi, duodenum 2. kıtada suture enfeksiyöz doku yer yer suture açık alanlar olup duodenum mukozasında ve midede infiltrasyon dışında özellik görülmediği, Karaciğerde hemorajik nekroz, pankim hasarı, barsakta peritonit, omentumda akut iltihap saptanmıştır.

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 4.4.2001 tarihli kararında;

Ölümün safra kesesi ameliyatı sonucu gelişen arter suture yetersizliği ile duodenum perforasyonuna bağlı kanama ve peritonitten ileri geldiği, duodenum perforasyonunu gerektirir kendinde mevcut bir hastalık bulunmadığı mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 4- 1972 Doğumlu Kadın Hasta:

Karın ağrısı şikayeti ile müracaat eden hastaya, 15.1.2001 tarihinde yatırıldığı hastanede, taşlı kolesistit teşhisi ile 17.1.2001 tarihinde laparoskopik kolesistektomi uygulanarak 18.1.2001 de taburcu edildiği, ancak ağrıları devam ettiğinden tekrar hastaneye yatırıldığı, yapılan tetkiklerde sistik güdük yerinde kaçak tespit edildiğinden 25.1.2001 tarihinde tekrar ameliyata alınarak laparotomi yapıldığı, safralı mayi ile dolu batının temizlendiği, ameliyat sonrası yoğun bakıma alındığı, ancak gelişen ARDS sonucu 8.2.2001 tarihinde öldüğü belirlenmiştir.

Adli Tıp Kurumu'nda yapılan otopsisinde batından 700 cc yeşil kahverengi sıvı boşaltıldı, diafraqma altında, mide ve karaciğer üzerinde fibrinli iltihabi eksuda olduğu, yapışıklıklar nedeniyle koledok ve duodenumun tam incelenemediği, histopatolojik tetkikte akciğerde ek-südatif tarzda iltihap, peritonit izlendiği, sorulan hususlarda 1. İhtisas Kurulu'ndan görüş alınması gerektiği ifade edilmiştir.

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 29.8.2001 tarihli kararında;

1- Ölümün laparoskopik kolesistektomideki suture yetersizliğine bağlı batın boşluğuna safra sızması ve gelişen komplikasyonlardan ileri geldiği, arızanın kısa sürede teşhis edilmesi ve onarılması halinde kurtarılması ihtimali bulunduğu,

2- Ölümde ilk ameliyattaki yetersizliğin teşhisi ve ikinci ameliyatın gecikerek uygulanmasının müstakil ve müşterek etkisi bulunduğu mütalaasına varıldığı anlaşılmıştır.

Olgu 5- 1942 Doğumlu Erkek Hasta:

1961 yılında Banti sendromu teşhisi ile splenektomi uygulandığı karın şişliği, sırta vuran ağrı şikayetleri olduğu, yapılan tetkikte kontrakte çamurla dolu safra kesesi teşhisi ile 23.5.2001 tarihinde yatırıldığı, 25.5.2001 de laparoskopik kolesistektomi uygulandığı, göbek çevresi ve safra kesesinde omentum yapışıklıkları olduğu, yapışıklıkların ayrıldığı sırada abondan kanama meydana geldiği için açık ameliyata geçildiği, kanamanın durdurulduğu ancak pankreas ve karaciğer çevresinde başlayan yoğun kanamanın yol açtığı hipovolemiye bağlı kardiyak arrest sonucu öldüğü,

Adli Tıp Kurumu'nda yapılan otopsisinde, batından 500 cc kan boşaltıldığı omentumun 2 yerinde laserasyon ve a. hepatica propria 0,5 cm'lik üzeri sutureli laserasyon ve safra kesesinin yarısının alınmış olduğu tespit edildiği,

Akciğerde fokal ödem, safra kesesi lojunda kanama, arter duvarında kalsifikasyon gözlemlendiği,

Sorulan hususlarda Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'ndan görüş alınmasının uygun olduğu,

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'nun 8.8.2001 tarihli kararında;

Ölümün laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sırasında oluşan arter yaralanmasına bağlı kanamadan ileri geldiği,

Ameliyat sırasında a. hepatica proprianın yaralanmasının her zaman beklenir komplikasyonlardan olmadığı, bu yaralanmanın dikkatsizlik ve tedbirsizlik sonucu meydana geldiği mütalaasına varıldığı bildirilmektedir.

BULGULAR

Adli Tıp Kurumu 1. İhtisas Kurulu'na mahkemeler ve savcılıklar tarafından gönderilen laparoskopik kolesistektomiye bağlı 5 ölüm olgusundan, 2 tanesi erkek, 3 tanesi kadındır. Laparoskopik kolesistektomi girişimi esnasında olguların yaşı 29 ile 60 arasında olup ortalama 49 yaşındadırlar. (Tablo 1)

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan olguların özgeçmişlerinde; 3 nolu olguda ürolojik şikayetler ve daha önceden geçirilmiş fıtık ameliyatı olduğu yapılan tetkiklerden kan şekerinin 226 mg/dl, idrarda ise (++) şeker bulunduğu 5 nolu olguda ise Banti sendromu nedeniyle splenektomi ameliyatı geçirdiği ayrıca kalça protez ameliyatı olduğu kayıtlıdır. Diğer olguların özgeçmişlerinde herhangi bir özellik tanımlanmamaktadır.

Tablo 1: Karın ameliyatı öyküsü olan hastalarda insizyon yerleri ve dağılımı

	Cins	Yaş	Özgeçmiş	2. Ameliyat	Komplikasyon	Ölüm Nedeni
Olgu 1	K	40	-	+	Abdominal Aort Yaralan.	Kanama
Olgu 2	K	60	-	-	Safra Kaçağı	Peritonit
Olgu 3	E	57	Ürolojik Şikayetler, Fıtık Ameliyatı, DM	+	Arter Suture Yetersiz. Duodenom Perforasyonu	Kanama ve Peritonit
Olgu 4	K	29	-	+	Safra Kaçağı	Peritonit
Olgu 5	E	59	Banti send. Kalça Protezi	-	A. Hep. Propria Yaralan.	Kanama

4 nolu olgu laparoskopik kolesistektomi ameliyatından sonra şikayetleri olduğu için birinci ameliyat sonrası 8. günde tekrar ameliyata alınmıştır. 2 nolu olgu da aynı şekilde safra kaçağı tespit edilerek birinci ameliyattan 2 gün sonra tekrar ameliyata alınmıştır. 3 nolu olgu ise arter sütür yetersizliği ve duodenum perforasyonu nedeni ile birinci ameliyattan 3 gün sonra tekrar ameliyata alınmıştır.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan olguların 2'sinde klips yetersizliğine bağlı safra kaçağı, 1'inde torakal abdominal aort yaralanması, 1'inde a. hepatica propria yaralanması, 1'inde ise arter sütür yetersizliği ve duodenum yaralanması komplikasyonları meydana gelmiştir.

Laparoskopik kolesistektomi uygulanan 2 olguda ölüm nedeni peritonit, 2 olguda kanama 1 olguda ise kanama ve peritonitin ortak etkisiyle olmuştur.

TARTIŞMA

Tanı ve tedavi amacıyla laparoskopik cerrahi yöntemi dünyada yaygın olarak uygulanmaktadır. Bu yöntem kullanılmadan önce yeterli inceleme yapıp olgular doğru seçildiğinde, tanı ve ameliyatlarda çok iyi sonuçlar alınmakta ve hasta en az şekilde travmatize edilmektedir.

Laparoskopik kolesistektomi taşlı kolesistit olgularında yaygın bir tedavi yöntemi olarak son 10 yıldır ülkemizde de ön plana çıkmıştır. Bu tedaviye bağlı olarak meydana gelen komplikasyonlar da gerek bilimsel gerekse hukuki platformda tartışılmaktadır. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi girişimi sonucu gelişen komplikasyonlara bağlı ölüm olgularında mahkemeler ve savcılıklar tarafından gönderilerek, ölüm nedeninin tespiti ve tıbbi uygulama hatası olup olmadığı hakkında Adli Tıp Kurumu I. İhtisas Kurulu'ndan görüş istenen 5 olgunun adli tıbbi boyutu tartışılacaktır.

Laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarında 60 yaş üzeri olgular yüksek riskli kabul edilmektedir (12). Adli Tıp Kurumu'ndan görüş istenen olguların 29-60 yaş arasında (ortalama 49 yaşında) olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan değerlendirildiğinde olguların hiç birinin yüksek risk grubunda olmadığı ortaya çıkmaktadır.

Laparoskopik kolesistektomi tedavisi açısından siroz, ve portal hipertansiyon, pıhtılaşma bozuklukları, gebelik ve geçirilmiş üst batin ameliyatı kontrendikasyon kabul edilmektedir (5). Adli Tıp Kurumu I. İhtisas Kurulu'ndan görüş istenen 3 nolu olgunun ürolojik şikayetleri, geçirilmiş fıtık ameliyatı ve diabetes mellitus hastalığı mevcut olduğu, 5 nolu olgunun ise Banti sendromu ve kalça protez ameliyatı geçirmiş olduğu özgeçmişlerinden saptanmıştır. Diğer 3 olgunun özgeçmişinde herhangi bir hastalık bildirilmemiştir. Bu açıdan değerlendirecek olursa, olguların biri dışında diğerlerinin karın içi ameliyat geçirmediği görülmektedir. 2 olguda var olan diğer rahatsızlıkların ise laparoskopik kolesistektomi açısından risk grubunda olduğunu gösteren herhangi bir literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Laparoskopik kolesistektomi sırasında oluşan barsak yaralanmaları oranı literatürde % 0-0,4 arasında verilmekte, bu yaralanmaların Veress iğnesi ve torakal batına girişi esnasında ya da elektrokoter kullanımına bağlı meydana geldiği bildirilmektedir (11,13,15). Geç tespit edilen barsak yaralanmalarının % 5 civarında ölümlere neden olduğu saptanmıştır (11). Kern'in 1997 yılında

yaptığı çalışmada barsak yaralanmalarına bağlı septik peritonit sonucu ölüm % 57 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur (19). 3 nolu olguda arter sütür yetersizliği ile birlikte barsak (duodenum) yaralanması saptanmıştır. Bu olgunun kanama nedeni ile birinci ameliyattan 3 gün sonra 2. kez ameliyata alındığı hastane evraklarından anlaşılmaktadır.

Laparoskopik kolesistektomi tedavisinde en sık karşılaşılan postoperatif teknik komplikasyon, safra kaçağıdır. Safra kaçakları; minör safra kanalı ya da aksesuar sistik kanallardan veya safra yolu yaralanmalarından meydana gelmektedir. Safra kaçağı oranı açık kolesistektomilerde % 0,1 - 0,5 iken, laparoskopik kolesistektomide % 0,2 - 1,9 arasında değişim göstermektedir (2,9,17,20). Olguların yarısından çoğunda postoperatif safra sızıntısının kaynağı sistik kanal güdügüdür. Bu safra sızıntıları sistik kanal güdügüne yerleştirilen klips yetersizliğinden, termal yaralanmaya bağlı geç perforasyondan ya da devaskularizasyondan meydana gelmektedir. Bunun dışında safra kesesi çukurundan ve safra kanalı yaralanmalarından da safra kaçağı olabilmektedir. Ancak bu gibi durumlara karşı hastada cerrahi girişimin dikkatli bir şekilde yapılması ve ameliyat sonrası iyi bir izlem yapılarak, gerektiğinde geç kalınmadan müdahale yapılması gerektiği ileri sürülmektedir (13). Olgu 2 ve 4'te sistik kanala konulan klipslerdeki yetersizliğe bağlı olarak safra kaçağı meydana geldiği anlaşılmaktadır. Klips yetersizliğine bağlı ölüm olgularından birisinde ilk ameliyattan 2 gün sonra, ikincisinde ise 8 gün sonra 2. girişim yapıldığı, ancak her ikisinde de safra kaçağına bağlı gelişen peritonit sonucu ölüm meydana geldiği saptanmıştır. Bu durum dikkate alınarak uygulama yetersizliği ve buna bağlı gelişen komplikasyonun teşhis ve tedavisinde gecikmeden dolayı kusur tespit edilmiştir. Literatürde safra yolu yaralanmaları en sık (% 61) görülen hasar olmakla birlikte safra peritonitine bağlı ölümlerin 2. sıradada olduğu görülmektedir (19).

Laparoskopik kolesistektomi sırasında hızla ölüme götüren komplikasyonlardan biri de damar yaralanmalarıdır. Damar yaralanmaları oranı % 0 - 4,3 arasında değişmektedir (9,11,12,17). Damar yaralanmaları Veress iğnesi ve torakal batına sokulması sırasında ya da elektrokotere bağlı olarak ameliyat sırasında veya daha sonra geç komplikasyon olarak meydana gelmektedir. Veress iğnesi ya da torakal batına gelen damar yaralanmaları bu konuda deneyim ve teknik yetersizlikten kaynaklandığı ileri sürülmektedir (13). Kern'in serisinde 4 majör damar yaralanmasının hiçbir ölümle sonuçlanmamıştır (19). 1 nolu olguda torakal girişi sırasında abdominal aortada yaralanma, 5 nolu olguda ise a. hepatica propriada ameliyat sırasında yaralanma meydana geldiği tespit edilmiştir. Her iki olguda da bu damar yaralanmalarının ameliyatın beklenir komplikasyonları olmadığı kabul edilmiştir. Girişim sırasında yeterli özen ve dikkat gösterilmediği düşüncesi ile kusur saptanmıştır.

Minimal invazif olmakla birlikte, laparoskopik kolesistektomi açık cerrahi ile karşılaştırıldığında, şüphesiz daha yüksek morbidite oranları taşır (21,22). Laparoskopik kolesistektomi yaygınlaştıkça konuyla ilgili adli sorunlar da artmaktadır (23,24). 1989'dan beri laparoskopik kolesistektomi uygulanan Almanya'da bu metodun komplikasyonları ile ilgili olarak dava konusu olan 40 vakadan 16 tanesi tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmiştir. Olgunun tıbbi uygulama hatası olarak değerlendirilmesinde ana faktörler; açık kolesistektomiye

geçişte gecikme, revizyonda gecikme, şüpheli durumlar-
da açık kolesistektomiye dönmeme ve laparoskopik re-
vizyonlar olarak sayılmıştır (23). Yine başka bir çalış-
mada en çok dava konusu olan faktörler arasında ameliyat
sırasında saptanan hasarlarda tedavi kusurları, tanı ge-
cikmesinden sonuçlanan komplikasyonlar, anormal pe-
roperatuar kolanjiogramların yanlış yorumlanması sa-
yılmaktadır (25).

Bu çalışma konusu olan ve ölümlerle sonuçlanan 5 laparos-
kopik kolesistektomi olgusu da tıbbi uygulama hatası
olarak değerlendirilmiş, safra yolu yaralanması olan iki
vakada müdahalede gecikme tıbbi uygulama hatası
olurken, majör damar yaralanması saptanan iki olguda
ameliyat sırasında gerekli dikkat ve özenin gösterilme-
diği kararına varılmıştır. Majör damar yaralanması olan
bu iki olguda cerrahların uzmanlığı ve ne zamandır la-
paroskopik kolesistektomi uygulaması içinde oldukları
bilinmemektedir. Ancak yabancı literatürde primer cer-
rahların konsültan cerrahlara oranla daha yüksek komp-
likasyon riski olduğu ortaya konmuştur (sırasıyla % 79,
% 27) (25,26).

Sonuç olarak, 1997 ile 2001 yılları arasında laparoskopik
kolesistektomi uygulanıp ölümlerle sonuçlanmış mahke-
meye yansarak Adli Tıp Kurumu'ndan görüş istenen
ve özetleri verilmiş bu olgularda, cerrahi girişim sonrası
seyir ve ölüm nedenleri dikkate alındığında, bu yöntem
kullanılırken gerekli ön araştırma, özenli bir uygulama,
sıkı izlem ve zamanında tekrar müdahale ile hemen tüm
olgularda ölümün önlenilebileceği görülmektedir.

Not: Adli Tıp Kurumu Başkanlığının izni ile yapılan bu
çalışmanın kapsamı; Adli Tıp Kurumu I. İhtisas Kuru-
lu'na müracaat ettirilen olgulardır.

KAYNAKLAR

1. Travarso LW. Carl Langenbuch and the first cholecys-
tectomy. Am J Surg, 1976; 132: 81-82.
2. Cuschieri A, Dubois F, Mouiel J, et al. The European
experience with Laparoscopic cholecystectomy. Am J
Surg, 1991; 161:355-387.
3. Olsen DO. Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg,
1991 ; 161: 339-344.
4. Zucker KA, Flowers JL, Bailey RW, Graham SM, Buell
J, Imbembo A. Laparoscopic Management of Acute Cho-
lecystitis. Am J Surg, 1993; 165:508-514.
5. Buğra D, Akyüz A, Büyükcü Y, Bulut T, Gençosma-
noğlu R, Sökücü N, Gökşen Y, Yamaner S. Laparoskopik
Kolesistektomi 137 Olguluk Çalışma Sonuçları. End.-
Lap. ve Minimal İnvazif Cerrahi, 1994; 1:39-45.
6. Avcı C, Avtan L. "Video-Laparoskopi" Genel Cerrahi-
ye Kazandırdığı Yeni Olanaklar. Ulusal Cerrahi Dergisi,
1991; 7:71-73.
7. Hoşçoşkun Z, Hatipoğlu AR, Ahsen M. Laparoskopik
Kolesistektomide İlk Deneyimlerimiz: (55 Vakanın de-
ğerlendirilmesi). End.-Lap. ve Minimal İnvazif Cerrahi,
1995; 2:175-179.
8. Alabaz Ö, Sönmez H, Erkoçak EU, Camcı C, Dalyan
O. Laparoskopik Kolesistektomi: 192 olgunun sunumu.
End.-Lap. ve Minimal İnvazif Cerrahi, 1996; 3:94-99.
9. Ağalar F, Özdemir A, Sayek İ, Öner Z, Çakmakçı M,
Kaynaroğlu V, Aran Ö, Hamaloğlu E, Özenç A, Hersek
E, Sanaç Y, Onat D. Laparoskopik Kolesistektomi: 500
Olgunun İncelenmesi - Hacettepe Deneyimi. End.-Lap.

ve Minimal İnvazif Cerrahi, 1996; 3: 100-106.

10. Sunar H, Akıncı M, Arıncı O, Tüzün S, Zoralioğlu
S, Gülen M. 240 laparoskopik kolesistektomi olgusunun
değerlendirilmesi. End.-Lap. ve Minimal İnvazif Cerra-
hi, 1995; 2:33-36.
11. Saydam S, Özman İ, Bakır H, Bora S, Aydın C, Füzün
M. laparoskopik kolesistektomi komplikasyonları. End.-
Lap. ve Minimal İnvazif Cerrahi, 1995; 2:171-174.
12. Lee VS, et al. Complications of Laparoscopic Cho-
lecystectomy Am J Surg, 1993; 165 (4): 527-532.
13. Deziel DJ, et al. Complications of Laparoscopic Cho-
lecystectomy; A national survey of 4.292 hospitals and
analysis of 77.604 cases. Am J Surg, 1993; 165 (1):9-14.
14. Keskin A, Bostanoğlu, Atalay F, Akoğlu M, Elbir O,
Seven C. Laparoskopik kolesistektomi: 1270 olgunun
analizi. End.-Lap. ve Minimal İnvazif Cerrahi, 1996;
3:168-171.15.
15. Neşşar M. Laparoskopik kolesistektomi komplikas-
yonları ve korunma yöntemleri. End.-Lap. ve Minimal
İnvazif Cerrahi, 1994; 1:55-60.
16. Çalık A, Bilgin Y, Küçüktülü U, Cinel A, Pişkin B, Al-
han E. Laparoskopik Kolesistektomi: Komplikasyonlar
ve bunların hukuki durumu, asistan eğitimi ve maliyet.
End.-Lap. ve Minimal İnvazif Cerrahi, 1995, 2:37-44.
17. Ezberci F, Taşçı T, Kargı H, Kurtul A, Yüzbaşı M,
Gök Y. Laparoskopik Kolesistektomi: 250 olgunun ince-
lenmesi-Kahramanmaraş Devlet Hastanesi deneyimi.
End.-Lap. ve Minimal İnvazif Cerrahi, 1999; 6 (4):203-
208.
18. Hunter JG. Avoidance of bile duct injury laparosco-
pic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 162:71-76.
19. Kern KA. Malpractice litigation involving laparosco-
pic cholecystectomy cost, cause and consequences. Arch
Surg, 1997; 132(4):392-397; discussion 397-398.
20. Yücel O. Yabancı Yayınlardan Seçmeler: Laparosko-
pik Kolesistektomi Komplikasyonları. End.-Lap. ve Mi-
nimal İnvazif Cerrahi, 1994; 1:61-62.
21. Azagra JS, De Simone P, Goergen M. Is there a place
for laparoscopy in management of postcholecystectomy
biliary injuries?. World J Surg, 2001; 25(10):1331-1334.
22. Kern KA. Medicolegal analysis of bile duct injury du-
ring open cholecystectomy and abdominal surgery. Am
J Surg, 1994; 168(3):217-222.
23. Low A, Decker D, Kania U, Hirner A. Forensic as-
pects of complicated laparoscopic cholecystectomy. Chi-
rurg, 1997; 68(4):395-402.
24. Kern KA. Risk management goals involving injury
to the common bile duct during laparoscopic cholecys-
tectomy Am J Surg, 1992; 163(6):551-552.
25. Carroll BT, Birtch M, Phillips EH. Common bile duct
injuries. Surg Endosc, 1998; 12(4):310-313; discussion
314.
26. Laum HD. Legal questions with regard to laparosco-
pic cholecystectomy. Zentralbl Chir, 1999; 124(6):542-548.

Alındığı Tarih: 23.01.2002

Yazışma adresi: İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim
Dalı, İstanbul, Türkiye Tlf: 535-305-3751 Faks: 212-588-0011
E-Mail: abdioz@istanbul.edu.tr

İNDEKS - Konuşmacılar ve Bildiri Yazarları

A

Rengin ACAROĞLU... 57
Hakan ADAGÜLÜ... 9,25
Birol AĞCA...12,13,40,43
Murat AKAYDIN...14,49
T. AKÇA...12,40
Adem AKÇAKAYA...10,11,29,36
Dursun AKDEMİR...7
Musa AKOĞLU...11,33
Murat AKSOY...8,24
Serdar AKSOY...14,49
Şefika AKSOY...13,46
Özdemir AKTAN...5
H. AKYOL...8,22
Neriman AKYOLCU...57
Ali AKYÜZ...10,31
Nuray AKYÜZ...57
Hüseyin ALAKUŞ...12,36
D. ALBAYRAK...8,21
Kemal ALEMDAROĞLU...6
Orhan ALIMOĞLU...10,11,29, 36
Tolga ALİYAZICIOĞLU...13,45
Murat ALKANAT...14,47
Aydın ALPER...5
Ahmet ALPONAT...13,44,45
Ediz ALTINLI...12,13,40,43
K. ALTUN...15,54
H. ALTUNBAŞ...9,27
Turgut ANUK...7,8,11,14,19,20,33,48
B.Berat APAYDIN...12,39
Acar AREN...13,14,42,46,50
Cumhur ARICI...9,12,15,25,37,54
Bülent ARMAN...7,18
Arzu ARSLAN...13,44
Serap ARSLAN...14,47
Ayşe ASLANKARAYİĞİT...7,17
Hasan ARSLANTÜRK...14,51,52
Oktar AŞOĞLU...8,9,11,12,22,
24,26,28,35,37
S.Selçuk ATAMANALP...8,23
Cengiz ATEŞ...13,44
Gökşen ATEŞOĞLU...7,17
Muzaffer ATIL...15,55
N. ATSÜ...15,54
Cavit AVCI...5,9,28
Levent AVTAN...5,9,28
Işıl AYALP...9,11,12,26,35,37
Erdal AYAR...13,42,46
S. Cüneyt AYDEMİR...7,18
İbrahim AYDIN...13,42
Metin AYDIN...14,15,51,52
S. AYDIN...12,40
Refik AYTEN...8,23

B

Mefkür BAKAN...8,20
M.K. BALCI...9,27
A.Ahmet BALIK...8,10,23,30
Emre BALIK...10,31
Zaide BARAM...57
İsmet BARAN...5
Umut BARBOROS...7,10,15,16,31,56
G. BAŞ...10,11,29,36
Murat BAŞER...14,15,51,52
A.BAŞKENT...9,14,24,48,50

M. BAYKARA...7,18
S. BAYRAK...7,11,14,17,19,34,48
Yusuf BAYRAKTAR...14,47
Abdulkadir BEDİRLİ...10,13,30,44
Hasan
BEKTAŞ...7,8,9,11,14,19,20,24,26,27,
33,48
Metin BERBEROĞLU...7,8,12,19,21,38
Yılmaz BİLSEL...10,30,31
Serhat BOR...14,47
Birol BOSTANCI...11,33
Alp BOZBORA...7,15,16,56
Ali Doğan BOZDAĞ...15,55,56
Yavuz BOZFAKIOĞLU...11,35
Pervin BOZKURT...8,20
Şükrü BOZKURT...11
Dursun BUĞRA...10,30
M. Hakan BUKAN...10,28
Türker BULUT...10,30
Yusuf BÜKEY...6
Nurullah BÜLBÜLLER...8,23
Filiz BÜYÜKKEÇECİ...14,46
Yılmaz BÜYÜKUNCU...10,31

C

Emel CANBAY...10,29
Bahattin CANBEYLİ...6
M.İ. CANSUNAR...7,8,9,14,17,20,
26,27,48

Ç

F. COŞKUN...8,10,21,32
Halil COŞKUN...14,15,49,56
M. ÇAĞLIKÜLEKÇİ...12,40
Adnan ÇALIK...9
Serpil ÇARKMAKKAYA...13,41
Sinan ÇARKMAN...13,41
Hidayet ÇATAL...12,36
Hanifi ÇAVUŞOĞLU...14,47
Turgut ÇAVUŞOĞLU...15,53
Murat ÇAYCI...9,25
Fatih ÇELEBİ...14,49
Fehmi ÇELEBİ...8,23
Faik ÇELİK...6
Gürhan ÇELİK...13,42
Sadettin ÇETİNER...10,28
Ziya ÇETİNKAYA...8,23
Öztekin ÇIKMAN...14,15,51,52
Aynur Ç. ÇİFTÇİ...57
Ahmet ÇOKER...11
Ş. ÇOLAK...7,9,11,17,27,33
Tahsin ÇOLAK...12,40
Sema ÇOPUR...57
Anıl ÇUBUKÇU...13,15,44,45

D

E. DALDAL...10,29
C. DEĞER...11,12,35,37
T. DEMİREL...11,35
Şener DEMİROLUK...8,13,20,41,43
Hayrullah DERİCİ...15,55
N. DERİCİ...11,34
Birsal DİLDÖK...13,43
Ş. DİLEGE...8,24
M. DİRLİK...12,40

Amanbek DJAPAROV...14,47
Murat DOĞAN...9,25
Semih DOĞAN...6
S. DOĞAN...15,54
Osman DOĞRU...8,23
Alper DOĞU...15,53
Kemal DOLAY...10,31
Fatma DÖNMEZ...57
C.Ş. DUDU...7,18
Mete DÜREN...13,43
A.Polat DÜZGÜN...8,10,21,32

E

Gülşen EKİNGEN...12,14,15,39,50,57
Tufan ELİPEK...13,45
Atilla ENGİN...6
Yeşim ERBİL...7,15,16,56
Feyzan ERCAN...7,8,12,19,21,38
Nevriye EREN...57
M.Zeki EREN...13,46
Hayri ERKOL...6
Sinan ERSİN...14,46,47
F.ERSOY...29,15,16,24,53
İlker ERSOY...7,18
Emin ERSOY...6
Fezullah ERSÖZ...7,8,11,19,20,33,34
Cemalettin ERTEKİN...8,10,24,31
Metin ERTEM...6
H. ERYİĞİT...7,18
Ayhan ESER...12,38
S. ESKİÇORAPÇI...15,54
Erhun EYÜBOĞLU...5

F

Lydia Gaillard FAGHIHY...5

G

Ethem GEÇİM...6
Ayşe GÖKALP...15,57
G. GÖKÇE...15,53
Emre GÖNÜLLÜ...13,45
Nuri GÖNÜLLÜ...13,44,45
Emre GÖRGÜN...12,39
Mehmet GÖRGÜN...12,36
N. GÖZCÜ...9,11,14,26,27,33,34,48
Mithat GÜRAN...10,32
Georgi GRASCHIEW...5
Salih GÜÇLÜ...10,32
İlkay GÜLER...10,30
Osman GÜLER...14,15,51,52
Recep GÜLOĞLU...8,10,24,31
Muhammet GÜNAYDIN...14,49
Haldun GÜNDOĞDU...7
Yusuf GÜNERHAN...11,34,35
E. GÜNEŞ...9,27
Sibel GÜRDAL...10,32
Mehmet GÜREL...5
Alp GÜRKAN...7,17
Salih GÜVEN...15,55
B.Haluk GÜVENÇ...12,14,15,39,50,57
Deniz GÜZEY...14,49
Gökmen GÜZEL...9,27

H

N.HADİMİOĞLU...12,38

İ

Abdullah İĞCİ...8,9,11,12,22,26,28,35,37
Yavuz Selim İLHAN...8,23
M.Ali İMREN...15,56
Özhan İNCE...10,30
Turgut İPEK...13
Ali Serdar İŞGÜDER...15,56
A.H.İSMAİLOĞLU...9,14,24,48
F. İZGİ...7,18

K

Serdar KAÇAR...7,9,17,25
Harunisa KAHRAMAN...12,39
Mehmet KAHYA...9,25
Samet KALENDER...12,40
Ali KALYONCU...12,40
Nevin KANAN...57
Sinem KANAR...13,45
Murat KAPKAÇ...14,46
Hasan KAPLAN...14,46
Rafet KAPLAN...14,49
Cezmi KARACA...7,17
Kurşat KARADAYI...10,29
İ.KARADOĞAN...12,37
B.KARAGÖZ...11,33
Servet KARAHA...7,8,9,11,14,17,19,
20,24,26,27,33,34,48
H.KARANLIK...8,9,12,22,26,37
Muharrem KARAOĞLAN...7,17
Ü.KARAYALÇIN...9,27
S.KARUN...7,17
Cemal KAYA...13,43
Cüneyt KAYAALP...11,33
Aslan KAYGUSUZ...12
Nihat KAYMAKÇIOĞLU...10,28
Taylan KAV...14,47
Abut KEBUDİ...12
Mustafa KEÇER...9,11,12,26,28,35,37
Ayhan KESKİN...15,53
Gülbahar KESKİN...57
M.KEŞKEK...15,53
H.KİRAL...7,18
Erol KİŞLİ...14,15,51,52
O.KOÇ...11,33
Atilla KORKMAZ...6
Mevlüt KORKMAZ...14,50
Ç.KORKUT...12,37
Ali KORUR...5
Ayhan KOYUNCU...10,29
Neşet KÖKSAL...11,34,35
Hakan KÖSE...12,36
Yıldız KÖSE...13,41
H.KULAÇOĞLU...8,10,21,32
Gökmen KURT...13,42,46
Necmi KURT...8,10,22
Rüştü KURT...11,34,35
Mustafa KURU...13,45
Can KÜÇÜK...13,44
Hasan Fehmi KÜÇÜK...8,22
B.KÜLAH...8,21

L

Marc LEPERE...6

M

Mehmet MİHMANLI...12,13,40,43
Özel MAKAY...14,46,47
Naim MEMMİ...14,49
Selçuk MERCAN...7,16
M.MERİÇ...9,25
Mahmut MÜSLÜMANOĞLU...8,9,11,
12,22,26,28,35,37

N

Okay NAZLI...15,56
Michel NICOLAIDIS...5

O

Serhat OĞUZ...10,28
Engin OK...13,44
Ender ONUR...12,39
Ceyhun ORAL...6

Ö

K.ÖCAL...12,40
Güner ÖĞÜNCÜ...7,9,12,15,16,18,
25,27,37,38,53,54
Durkaya ÖREN...8,23
A.ÖRKİ...7,18
Sarpkaya ÖZ...13,45
Kerim ÖZAKAY...13,42
Selçuk ÖZARMAĞAN...7,15,16,56
Mail ÖZÇELİK...57
Ö.ÖZÇELİK...10,32
Şerafettin ÖZER...6
G.ÖZGEN...9,26
M.ÖZGÜR...8,24
Ersin ÖZGÖREN...14,15,51,52
Reha ÖZGÜVEN...15,53
M.Mahir ÖZMEN...8,10,21,32
Vahit ÖZMEN...9,11,12,26,28,35,37
Gürkan ÖZTÜRK...8,23

P

Mesut PARLAK...8,9,11,22,26,28,35
Yasin PEKER...15,55,56
Mehmet PETEK...15,53

S

Abdullah SAĞLAM...5
Ziya SALİHOĞLU...8,13,20,41,43
Yavuz Selim SARI...9,27
Ümit SARIKAYALAR...6
B.SAYLAN...10,32
Rıdvan SEVEN...6
Ayla SEZGİN...57
Necmettin SÖKÜCÜ...10,31
Selami SÖZÜBİR...12,39
Ömer SÖYLEMEZ...14,15,51,52
Erdoğan M.SÖZÜER...10,13,30,44

Ş

A.ŞAHİN...15,54
Mustafa ŞAHİN...8,10,11,29,36
Ömer ŞAKRAK...10,30
Derviş ŞEN...10,28
Metin ŞEN...10,29
Ufuk ŞENEL...12,14,15,39,50,57

Mustafa ŞENER...13,42,46
Feridun ŞİRİN...12,39

T

Tuğrul TANSUĞ...15,55,56
Hasan TAŞÇI...6
Mustafa TAŞKIN...13,41
İlknur TAŞKÖPRÜ...57
Aliye TAŞPINARYIÇILI...15,53
Fatma TATAR...15,55
Korhan TAVİLOĞLU...8,10,24,31
Yaman TEKANT...5
K.TEKEŞİN...9,26,27
Mehmet TEKİNEL...14,49
Gürkan TELLİOĞLU...11,35
E.TERCAN...12,37
Savaş TEZEL...15,532
A.TİMURAGAOĞLU...12,37
Ömer TOPUZ...8,23
Mehmet TOPUZLAR...10,28
Önder TOSUN...12,36
Melih TUGAY...12,39
Koray TUNCER...14,47
M.TUNCER...7,15,16,53
Selma TUNÇOL...15,53
Mustafa TURAN...10,29
Ayşe TUZLACI...12,15,39,57
Ahmet TÜRKÇAPAR...5
Ayhan TÜRKDOĞAN...13,45

U

Murat ULAŞ...11,33
Cihan URAS...6
Hüseyin UZUN...8,22
M.Ali UZUN...11,34,35
S.UZUN...8,21

Ü

E.S.ÜNAL...9,11,28,35
L.ÜNDAR...12,37

V

Can VARILSÜHA...7,17

Y

Orhan YALÇIN...8
Sümer YAMANER...10,30
Hakan YANAR...14,49
Özdemir YARARBAŞ...14,47
Nihat YAVUZ...12,13,39,43
F.YAYLAK...12,40
Nebahat YILDIZ...57
Emin YILMAZ...12,36
Oktay YİRMİBEŞOĞLU...13,44
Sinan YOL...11,33
Kaya YORGANCI...15,54
M.Akif YÜCEL...10,30
Osman YÜCEL...9
Tayfun YÜCEL...10,32

Z

Nihat ZALLUHOĞLU...9,25
Kaan ZENGİN...13,41
Abdullah ZORLUOĞLU...6

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 ila-
ların 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- Yayınlanmak üzere gönderilen yazılar Ulusal 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 11 inç) 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 etraflıca tarif edilerek tanıtılmış çalışmalar ve etik kurallara aykırı çalışmaları içeren yazılar (Hayvan çalışmaları dahil) kabul edilmez.

8. Yazı düzeni

Başlık sayfası

a- Makalenin başlığı(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 özet (amaç, yöntem, bulgular, sonuç) ve İngilizce özet (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 yazılar giriş, gereç ve yöntem, sonuçlar ve tartışma; olgu bildirimleri ise olgu veya olguların sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşturulmalıdır. Derlemeler, başyazılar ve tercümelere yazının gerektirdiği düzen kullanılmalıdır.

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.

Kaynaklar: Referanslar yazıda kullanıldığı sıra ile numaralanmalı, dergi isimleri Index Medicus'daki stil ile kısaltılmalıdır. Altı veya daha az yazar olduğu zaman yazarların hepsi, altından 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 numaraları 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.

YAZARLAR İÇİN ÖNEMLİ NOT:

(Lütfen yazınızı dergiye göndermeden önce kontrol ediniz, yazı gönderme adresi 3. sayfa kenar sütundadır.)

*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 içi sıralanmış ve dergi kurallarına uygun kaynakça

*Tüm yazarların imzası ve yazışma adresi

*Alıntı için izin yazısı

*Yaygın kullanılan bir yazım programıyla yazılmış disket kaydının bulunması

5. ULUSAL ENDOSKOPIK - LAPAROSKOPIK CERRAHİ KONGRESİ

22-25 Nisan 2002 –İstanbul

Düzenleyen Kuruluşlar

Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği
İstanbul Üniversitesi Sürekli Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi
İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi
İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Belçika, Free University of Brussels - Saint Pierre Hospital
İsrail, Telaviv University Hospital
Fransız Endoskopik Cerrahi Birliği

Katıkıda Bulunan Firmalar

(Teşekkürlerimizle)

Ethicon Endo-surgery - İnterfarma
Tyco Healthcare - Medtek
Storz - Genmed
Eutelsat
Dialog Vision Group
Intelnet - Borusan Bilişim
Abdi İbrahim
Servier
Organon
Tutku Sağlık Gereçleri
Türk Telekom
Olympus Keymed - Mega
Medi Servis
Endomek
Avrupa Tıp Kitapçılık

Teknik Donanım ve Canlı Yayın Bağlantıları

İstanbul Üniversitesi
İ.Ü. Sürekli Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi (İSTEM)
Free University of Brussels - Saint Pierre Hospital (ULB)
Eutelsat
Dialog Vision Group
Intelnet - Borusan Bilişim
Türk Telekom