



Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi



7. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi Bildiri Özetleri
Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Eylül/September 2005 Cilt/Volume 12 Sayı/Number 3



Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi

**7. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi
Bildiri Özetleri**

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery
Eylül/September 2005 Cilt/Volume **12** Sayı/Number **3**



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL / INTERNATIONAL SCIENTIFIC BOARD

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

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

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

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

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

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi / Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery (ISSN 1300-6533) is published quarterly (March, June, September, December) by Deomed Medical Publishing, a division of Deomed Medical Media, İstanbul, and each volume consists of four issues. Copyright © 2004, the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, transmitted or stored in any form or by means either mechanical or electronic, including photocopying, recording or through an information storage and retrieval system, without the written permission of the copyright holder. The Publisher and the Association assume no liability for any material published in the journal. All statements are the responsibility of the authors. Although all advertising material is expected to conform ethical standards, inclusion in this publication does not constitute a guarantee or endorsement of the quality or value of such product or of the claims made of it by its manufacturer.

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

deomed®

Deomed Medikal Yayıncılık, Deomed Medikal Medya kuruluşudur.

Acıbadem Cad. İsmail Hakkı Bey Sok. Pehlivan İş Merkezi No: 7 Kat: 1 Kadıköy 34718 İstanbul

Tel: (0216) 414 83 43 (Pbx) Faks: (0216) 414 83 42 www.deomed.com

e-posta: medya@deomed.com

Ayhan Matbaacılık (Tel: 0212 629 01 65) tarafından basılmıştır (Eylül 2005, İstanbul). / Printed in Turkey by Ayhan Press Ltd, İstanbul (September, 2005).



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Cilt / Volume 12

Sayı / Number 3

Eylül / September 2005

SAHİBİ ve EDITÖR / OWNER and EDITOR-in-CHIEF

ELCD adına / On behalf of ELCD

Cavit AVCI

YARDIMCI EDITÖRLER / CO-EDITORS

Metin ERTEM, Levent AVTAN

ULUSAL YAYIN KURULU / NATIONAL EDITORIAL BOARD

Kemal ALEMDAROĞLU (İstanbul)

Aydın ALPER (İstanbul)

Ahmet ALPONAT (Kocaeli)

Nusret ARAS (Ankara)

Selçuk ATAMANALP (Erzurum)

Dursun BUĞRA (İstanbul)

Bahattin CANBEYLİ (Şanlıurfa)

Adnan ÇALIK (Trabzon)

Emin ERKOÇAK (Adana)

Emin ERSOY (Ankara)

Tarik ESEN (İstanbul)

Erhun EYÜBOĞLU (İstanbul)

Mehmet GÜREL (Ankara)

Hikmet HASSA (Eskişehir)

Abdullah İĞCİ (İstanbul)

Atilla KORKMAZ (Ankara)

Selçuk MERCAN (İstanbul)

Ceyhun ORAL (İstanbul)

Vahit ÖZMEN (İstanbul)

M. Mahir ÖZMEN (Ankara)

Yunus SÖYLET (İstanbul)

Erdoğan M. SÖZÜER (Kayseri)

Mustafa TAŞKIN (İstanbul)

Korhan TAVİLOĞLU (İstanbul)

Veli YALÇIN (İstanbul)

Sümer YAMANER (İstanbul)

Osman YÜCEL (İstanbul)

Mustafa YÜKSEL (İstanbul)

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

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

Yazışma Adresi:

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

Tel : (0212) 414 23 82

Faks: (0212) 534 16 05

e-posta: elcd@elcd.org

Abone Koşulları:

Yıllık 4 sayı abone bedeli 30 YTL'dir. Dernek üyelerine ücretsiz gönderilmektedir. Kurumlar için 80 YTL'dir. Abone olmak isteyenlerin abone bedelini ELCD'nin Türkiye İş Bankası, İstanbul Tıp Fakültesi Çapa Şubesindeki 3092332 numaralı hesabına yatırmaları ya da derneğe üye olmaları gereklidir.

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



Eylül / September 2005, Cilt / Volume 12, Sayı / Number 3

Editörden / Editorial	101
Kongre Düzenleme Kurulu / Congress Organization Board	102
Serbest Bildiri Programları / Free Papers Program	103
Poster Oturumu Programları / Poster Papers Program	109
Serbest Bildiri Özetleri / Free Paper Abstracts	113
Poster Bildiri Özetleri / Poster Abstracts	131
Basit Karaciğer Kistine Laparoskopik Fenestrasyon: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi	145
Miraç İlker PALA, Mustafa KEREM, Emin ERSOY, Tevfik Tolga ŞAHİN	
Bu olgu sunumuyla karaciğerin basit kistlerine minimal invaziv cerrahi girişim metodları vurgulanmaya çalışılarak bunun yanında literatürde karaciğer basit kistlerine yaklaşımda güncel görüşlerin araştırılması hedeflenmiştir.	
<i>Laparoscopic phenestration in a patient with liver cyst: report of a case and review of literature</i>	
This case report aimed to underline the minimally invazive surgery for simple cystic lesions in liver and present a case of laparoscopic phenestration for a liver simple cyst, discussing with the other cases in literature.	
Distal Özofagus Kanseri İçin Torakoskopik ve Laparoskopik Total Özofajektomi: Olgu Sunumu	150
Beyza ÖZÇINAR, Vahit ÖZMEN, Oktar ASOĞLU, Abdullah İĞÇİ, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU, Mustafa KEÇER	
Özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde, torakoskopik ve laparoskopik yaklaşımlar başarı ile uygulanmaktadır. Amaç, açık cerrahiye bağlı olan morbidite ve mortalite oranlarını minimal invaziv cerrahi girişimlerle azaltmaktır. Bu yazıda, Türkiye’de distal özofagus kanseri için ilk olarak yapılan bir torakoskopik ve laparoskopik özofajektomi olgusu sunulmaktadır.	
<i>Thoracoscopic and laparoscopic total esophagectomy for distal esophagus cancer: a case report</i>	
Minimally invasive surgery with thoracoscopic and laparoscopic approach can be used in the treatment of esophageal cancer with great success rate. The aim of minimally invasive surgery to decrease the morbidity and mortality rate of open surgical techniques. In this manuscript, we present the first case of thoracoscopic and laparoscopic surgery to a patient of distal esophagus cancer in Turkey	
Yazar İndeksi / Author Index	158



Değerli Meslektaşlarım,

Her iki yılda bir yapmakta olduğumuz "Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Kongresi"nin 7'ncisi, 19-21 Eylül 2005 tarihlerinde İstanbul'da, Taksim The Marmara Oteli'nde gerçekleştirilecektir

Daha öncekilerde olduğu gibi bu kongremizde de, sabah seanslarında değişik merkezlerden canlı ameliyat yayını geleneğimizi sürdüreceğiz. 19-20 Eylül Pazartesi-Salı günleri sabah saatlerinde, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp ve Cerrahpaşa Tıp Fakülteleri'nin yanı sıra yurtdışından Fransa, İtalya, Belçika ve Norveç'ten de canlı ve interaktif ameliyat bağlantıları gerçekleştirilecektir. Böylece yurdumuzun her köşesinden kongreye katılacak olan meslektaşlarımız, yerli ve yabancı deneyimli cerrahlar tarafından yapılacak birçok laparoskopik ameliyatı geniş ekranlarda tüm safhaları ile izlerken, soru sorabilecek, yorum yapabilecek ve tartışmalara katılabilecektir

Öğleden sonraları düzenlenecek olan panel, videoforum, konferans ve serbest bildiri oturumlarında da, videoskopik cerrahi ile ilgili birçok konu işlenecek, sunular yapılacaktır

Tabii ki bu denli canlı, hareketli ve yoğun programlardan sonra, katılımcılarımızı aynı ölçüde dinlendirecek ve eğlendirecek sosyal programlar da şimdiden planlanmaktadır

İstanbul için en güzel ay olan Eylül'ün üçüncü haftası The Marmara Oteli'nde gerçekleştireceğimiz bu kongrede buluşmak üzere, Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu ve Kongre Düzenleme Kurulu adına hepinize en iyi dileklerimi sunarım.

Cavit AVCI
Editör

7. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

18-21 Eylül 2005

The Marmara Hotel - İstanbul

Onursal Başkanı

Prof. Dr. Mesut PARLAK
İstanbul Üniversitesi Rektörü

Kongre Başkanı

Cavit AVCI
Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD) Başkanı

ELCD Yönetim Kurulu

Cavit AVCI (Başkan), Tarık AKÇAL (II. Başkan), Vahit ÖZMEN (Genel Sekreter)
Levent AVTAN (Muhasip Üye), Metin ERTEM (Üye), Ceyhun ORAL (Üye)

Düzenleme Kurulu

Metin ERTEM (Sekreter), Levent AVTAN (Sekreter)
Mehmet GÜREL (Üye), Emin ERSOY (Üye), Sinan Ersin (Üye)

Bilimsel Sekreteryası

Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Derneği - ELCD
İ.Ü. Sürekli Tıp Eğitimi Araştırma ve Uygulama Merkezi - İSTEM
Tel: +212 414 23 82 Faks: +212 534 16 05
web: www.elcd.org www.istanbul.edu.tr/istem
e-posta: elcd@elcd.org

Kongre Sekreteryası

Oasis Turizm
Kurabiye Sok. No:1/1 34435 Beyoğlu / İstanbul
Tel: +212 292 47 14 Faks: +212 292 47 97
web: www.oasis.com.tr
e-posta: oasis@oasis.com.tr

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - I

BİLİYER SİSTEM VE KARACİĞER CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Köksal Öner - *Ankara GATA Tıp Fakültesi*
Mete Dolapçı - *Ankara Numune Hastanesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Otel / Opera Salonu-I

1. ZOR LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE LİGAMENTUM FALSİFORME HEPATİS DİSEKSİYONU: CERRAHİ TEKNİK

Sunucu: Burçak Kabaoğlu

Burçak Kabaoğlu, Halil Coşkun* Şenol Carıllı

VKV Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

**Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul*

2. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ OPERASYONLARINDA SAFRA KESESİ PERFORASYONLARININ HASTANEDE KALIŞ SÜRESİNE VE POSTOPERATİF AĞRIYA OLAN ETKİSİ

Sunucu: Mustafa Uygur Kalaycı

Mustafa Uygur Kalaycı, Barış Veli Akın, Halil Alış, Berge Ede, Sinan Hatipoğlu, Erşan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

3. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARIMIZ

Sunucu: Esin Kabul

Mahmut Müslümanoğlu, Esin Kabul, Fatih Altıntoprak, Muhammet Akyüz, Oktar Asoğlu, Abdullah İçci, Vahit Özmen, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi C Servisi / İstanbul

4. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI ERKEN DÖNEM AĞRILARIN GİDERİLMESİNDE HASTA KONTROLLÜ TRAMADOL ANALJEZİSİ YÖNTEMİ İLE İNTRAMUSKULER DİKLOFENAK SODYUMUN KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu: Abdullah Özgönül

Abdullah Özgönül, Zeynep Baysal, Mustafa Cengiz, Ali Uzunköy

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, Anesteziyoloji ve Rean. AD / Şanlıurfa

5. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI ERKEN ORAL GIDA ALIMININ TOLERASYONU

Sunucu: Selin Kapan

Ahmet Nuray Turhan, Selin Kapan, Osman Öner, Ersen Kütükçü, Berge Ede, Berrin Dodur, Gülay Aşık Eren* Zafer Çukurova* Ersan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ve

**Anestezi ve Reanimasyon Klinikleri / İstanbul*

6. KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNDE LAPAROSKOPİK TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Ali Harlak

Ali Harlak, İsmail Hakkı Özerhan, Öner Menteş, Rahman Şenocak, Ali Akdeniz, Turgut Tufan

GATA Genel Cerrahi Kliniği / Etlik / Ankara

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - II

KOLON VE REKTUM CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Ekmel Tezel - *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*
Bülent Tırnaksız - *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-II

7 LAPAROSKOPİK KOLON REZEKSİYONU DENEYİMLERİMİZ: 19 OLGU

Sunucu: Serdar Aksoy

Mehmet Tekinel, Serdar Aksoy, Atilla Kurt

İstanbul Cerrahi Hastanesi / İstanbul

8. KOLOREKTAL KANSER CERRAHİSİNDE İLK LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZ

Sunucu: İlker Sücüllü

Sezai Demirbaş, A. İlker Filiz, M Levhi Akın, Yavuz Kurt, Tuncay Çelenk

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

9. LAPAROSKOPİK KOLOREKTAL CERRAHİ: ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Ender Onur

Neşet Köksal, Ediz Altınlı, Ender Onur, Aziz Sümer, Atilla Çelik

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

10. KOLON CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPİK REZEKSİYONUN YERİ

Sunucu: Kürşat Rahmi Serin

Oktar Asoğlu, Kürşat Rahmi Serin, Fatih Altıntoprak, Muhammet Akyüz, Mahmut Müslümanoğlu, Abdullah İçci, Vahit Özmen, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

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

11. REKTUM KANSERİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Sunucu: Fatih Altıntoprak

Oktar Asoğlu, Fatih Altıntoprak, Mahmut Müslümanoğlu, Abdullah İçci, Vahit Özmen, Muhammet Akyüz, Esin Kabul, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

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

12. TOTAL REKTAL PROLAPSUSLU HASTALARDA, REKTAL FONKSİYONU İYİLEŞTİRMEK İÇİN LAPAROSKOPİK REZEKSİYON REKTOPEKSİ UYGUN BİR YOL MUDUR?

Sunucu: A. İlker Filiz

Sezai Demirbaş, A.İlker Filiz, İlker Sücüllü, Yavuz Kurt, M.Levhi Akın, M.Yıldız, Tuncay Çelenk

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - III

FİTİK VE ACİL CERRAHİ

Oturum Başkanları: Nihat Yavuz - *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*
Selman Sökmen - *9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-III

13. LAPAROSKOPIK PARASTOMAL HERNİ ONARIMI: OLGU SUNUMU

Sunucu: Uğur Deveci

Umut Barbaros, Ahmet Dinççağ, Uğur Deveci, Taylan Çelik
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

14. İNTRAMURAL İNCEBARSAK KANAMASINDA DİAGNOSTİK LAPAROSKOPI'NİN YERİ

Sunucu: Kağan Zengin

Kağan Zengin, İlknur Kılıç, Sinan Çarkman, Melih Paksoy, Metin Ertem
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

15. AKUT ALT KADRAN AĞRILARINDA DİAGNOSTİK LAPAROSKOPI FAYDALI MI?

Sunucu: Hüseyin Bakkaloğlu

Hüseyin Bakkaloğlu, Hakan Yanar, Cemalettin Ertekin, Korhan Taviloğlu, Recep Güloğlu
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi Servisi / İstanbul

16. LAPAROSKOPIK İNSİZYONEL HERNİ TEDAVİSİNDE ERKEN SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Uğur Deveci

Umut Barbaros, Uğur Deveci, Oktar Asoğlu, Yeşim Erbil, Alp Bozbora, Demir Budak
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

17. PENETRAN SOL TORAKOABDOMİNAL YARALANMALARDA DİAGNOSTİK LAPAROSKOPİNİN ROLÜ

Sunucu: Hakan Yanar

Hakan Yanar, Korhan Taviloğlu, Cemalettin Ertekin, Hüseyin Bakkaloğlu, Recep Güloğlu,
Muhammet Akyüz
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi Servisi / İstanbul

18. LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Sunucu: Hatim Mahmoud

Atıl Çakmak, Hakan Buluş, Hatim Mahmoud, Ethem Geçim, Bülent Erkek, Rojbin Karakoyun
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbni-Sina Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı/Ankara

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - IV

DALAK CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Recep Güloğlu - *İstanbul Tıp Fakültesi*
Neşet Köksal - *Haydarpaşa Numune Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-I

19. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ SIRASINDA ERKEN SPLENİK ARTER LİGASYONU
TOPLAM KAN KAYBINI AZALTIR MI?

Sunucu: Beyza Özçınar

V Özmen, B Özçınar, O Asoğlu, H Karanlık, A İğci, M Akyüz, M Müslümanoğlu, M Keçer, M Parlak
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çapa / İstanbul

20. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ VE AÇIK SPLENEKTOMİ KARŞILAŞTIRMASI:
TEK MERKEZ DENEYİM

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Hakan Buluş, Ulaş Sözen, Atıl Çakmak, Bülent Erkek, Kaan Karayalçın
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi / Ankara

21. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİLERDE LİGASURE KULLANIMI

Sunucu: Muhammet Akyüz

Umut Barbaros, Ahmet Dinççağ, Muhammet Akyüz, Nihat Aksakal
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

22. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ SONRASI OLUŞAN SPLENOZİSTE
MİNİMAL İNVAZİV GİRİŞİM

Sunucu: Esin Kabul

Umut Barbaros, Ahmet Dinççağ, Esin Kabul
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

23. LAPAROSKOPIK VE AÇIK SPLENEKTOMİNİN TRAVMAYA SİSTEMİK STRES YANITI
BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu: Yücel Polat

Gökhan Adaş, Murat Bağ, Yücel Polat, Yaşar Doğan, Servet Karahan
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi / İstanbul

24. LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Sunucu: Mehmet C. Kahya

Yasin Peker, Mehmet C. Kahya, Fatma Tatar, Necat Cin, Enver Reyhan
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği / İzmir

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - V

ADRENAL VE ÖZEFAĞUS CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Orhan Kozak - *Ankara GATA Tıp Fakültesi*
Şerafettin Özer - *Kasımpaşa Deniz Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-II

25. ADRENAL CERRAHİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM:

33 ADRENALEKTOMİ DENEYİMİ

Sunucu: Uğur Deveci

Umut Barbaros, Selçuk Mercan, Rıdvan Seven, Alp Bozbora, Yeşim Erbil, Selçuk Özarmağan,
Uğur Deveci

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

26. LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ

Sunucu: Mehmet Görgün

Mehmet Görgün, Hidayet Çatal, Hakan Köse, Önder Tosun, Alper Çalışkan

S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği / İzmir

27. FEOKROMASİTOMANIN TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ GİRİŞİM

Sunucu: Nihat Aksakal

Umut Barbaros, Nihat Aksakal, Uğur Deveci, Alp Bozbora, Yeşim Erbil, Selçuk Özarmağan,
Selçuk Mercan

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

28. ADRENAL BEZ CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ İLE AÇIK ADRENALEKTOMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Hakan Buluş, Ulaş Sözen, Atıl Çakmak, Bülent Erkek, Savaş Koçak,
Mehmet Gürel, Semih Aydınтуğ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

29. VİDEOLAPAROSKOPİK TRANSHİATAL ÖZOFAJEKTOMİ (KARINDAN ELLE YARDIM OLMAKSIZIN)

Sunucu: Mehmet Görgün

Mehmet Görgün, Önder Tosun, Hakan Köse, Esmâ Demirtosun, Serdar Civelek

S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği / İzmir

30. TORAKOSKOPİK VE LAPAROSKOPİK TOTAL ÖZOFAJEKTOMİ: VAKA SUNUMU

Sunucu: Beyza Özçınar

B Özçınar, V Özmen, O Asoğlu, A İğci, M Keçer, M Müslümanoğlu, F Altıntoprak,
M Akyüz, M Parlak

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çapa / İstanbul

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU – VI

GASTRO-ÖZEFAGEAL REFLÜ CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Mehmet Çağlıkülekçi - *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi*
Mustafa Şahin - *S.B. Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-III

31. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON SONUÇLARI: TEK MERKEZ

Sunucu: Adem Karataş

Erhun Eyüboğlu, Turgut İpek, Adem Karataş

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi / İstanbul

32. NİSSEN FUNDOPLİKASYON ASİT REFLÜSÜNÜ NE KADAR ENGELLER?

Sunucu: Halil Alış

Halil Alış, Erşan Aygün, Mustafa Kalaycı, Kemal Dolay, Ahmet N. Turhan, Berge Ede

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

33. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON DENEYİMİMİZ

Sunucu: Beyza Özçınar

V Özmen, B Özçınar, A İğci, O Asoğlu, M Müslümanoğlu, M Keçer, E Şen Oran,

H Karanlık, M Parlak

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çapa / İstanbul

34. AKALAZYA HASTALIĞININ TEDAVİSİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Sunucu: Fatih Altıntoprak

Abdullah İğci, Fatih Altıntoprak, Oktar Asoğlu, Mahmut Müslümanoğlu, Vahit Özmen, Muhammet Akyüz, Onur Peşluk, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

35. ÖZEFAJİTİ OLAN OLGULARDA 24 SAATLİK PH MONİTORİZASYONUN ÖNEMİ

Sunucu: Halil Alış

Halil Alış, Erşan Aygün, Mustafa Kalaycı, Kemal Dolay, Berge Ede, Berrin Dodur

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

36. GASTROEZOFAGEAL REFLÜ (GÖR) HASTALIĞININ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Hakan Buluş, Ulaş Sözen, Süleyman Özdemir, Ahmet Gökhan Türkçapar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

POSTER OTURUMU – I

Oturum Başkanları: Aslan Sakarya - *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi*
Kemal Yandakçı - *S.B. Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonları Önü

1. RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI GELİŞEN LENFOSELİN LAPAROSKOPIK TEDAVİSİ

Sunucu: Burhan Mayir

Burhan Mayir, Okan Erdoğan, Alper Demirbaş, Ayhan Dinçkan, Alihan Gürkan
Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Antalya

2. İLERİ LAPAROSKOPI UYGULAMALARINDAKİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Onur Hoca

Onur Hoca, Adnan Bulut, Zafer Ergül
S.B. Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

3. LAPAROSKOPIK HELLER MİYOTOMİDE İLK DENEYİMLERİMİZ

Sunucu: Onur Hoca

Onur Hoca, Adnan Bulut, Zafer Ergül, Oskay Kaya, Alper Özkardeş, Duray Şeker, Gaye Şeker
S.B. Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

4. LAPAROSKOPIK KOLON CERRAHİSİNDE, PNÖMOPERİTONİYUM VE POZİSYON DEĞİŞİKLİKLERİNİN SOLUNUM MEKANİZMASINA ETKİSİ

Sunucu: Şener Demirel

Şener Demirel, Ziya Salıhoğlu, Güner Kaya, Serpil Çakmakkaya, Mefkür Bakan, Fatih Altıntaş
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Rean. Anabilim Dalı / İstanbul

5. SİTUS İNVERSUS TOTALİSLİ BİR HASTADA LAPAROSKOPIK GASTRİK BAND UYGULAMASI

Sunucu: Hande Deniz

Hande Deniz, Osman Kurukahvecioğlu, Bahadır Ege, Ekmel Tezel, Emin Ersoy
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

6. TÜBERKÜLOZ PERİTONİTTE LAPAROSKOPİNİN YERİ

Sunucu: Osman Kurukahvecioğlu

Osman Kurukahvecioğlu, Hande Deniz, Ekmel Tezel, Emin Ersoy
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

7. PEROPERATUVAR ENDOSKOPI YARDIMI İLE YAPILAN BİR LAPAROSKOPIK ÖZOFAGUS DİVERTİKÜL REZEKSİYONU OLGUSU

Sunucu: Osman Kurukahvecioğlu

Osman Kurukahvecioğlu, Ekmel Tezel, Bahadır Ege, Hande Deniz, Emin Ersoy
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

8. LAPAROSKOPIK ANTİREFLÜ AMELİYATLARINDA HASTA MEMNUNİYETİ

Sunucu: Ali Aktekin

Ali Aktekin, Kemal Atayoğlu, Mehmet Odabaşı, Günay Gürleyik, Tolga Müftüoğlu, Abdullah Sağlam
Haydarpaşa Numune Hastanesi, 4.Genel Cerrahi Servisi, Üsküdar / İstanbul

9. KOLESİSTEKTOMİ SONRASI GÖRÜLEN ALKALEN REFLÜ GASTRİT TEDAVİSİNDE URSODEOKSİKOLİK ASİTİN ETKİNLİĞİ

Sunucu: Uygur Demir

Uygur Demir, Samet Kalender, Halil Coşkun, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Mehmet Mihmanlı
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İstanbul

10. LAPAROSKOPIK REKTOSİGMOİD KOLON KANSERİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Serdar Kaçar

Serdar Kaçar, Alp Gürkan, Cezmi Karaca, Lütfi Dalkılıç, Nihat Zalluhoğlu
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alsancak / İzmir

11. KARACİĞER HEMANJİOMLARINDA LAPAROSKOPIK CERRAHİ GİRİŞİM (OLGU SUNUMU)

Sunucu: Gökhan Adaş

Gökhan Adaş, Oğuzhan Karatepe, Yaşar Doğan, Yücel Polat
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği / İstanbul

12. PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ, 24 OLGUNUN ANALİZİ.

Sunucu: Fatih Başak

Fatih Başak, Mahsuni Sevinç, Kerim Özakay, Ali Tardu, Erdem Kınacı, Acar Aren
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

13. ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİ, İLK 58 OLGUNUN ANALİZİ

Sunucu: Fatih Başak

Fatih Başak, Kerim Özakay, Selim Sarı, Erdal Kaleli, Mahsuni Sevinç, Ali Tardu, Erdem Kınacı, Acar Aren
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

14. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ'DE LAPAROTOMİYE KONVERSİYON NEDENLERİ

Sunucu: Mert Mahsuni Sevinç

Mert Mahsuni Sevinç, Fatih Başak, Ali Tardu, Hakan Özkan, Şefika Aksoy, Acar Aren
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

POSTER OTURUMU - II

Oturum Başkanları: Settar Bostanoğlu - *Ankara Numune Hastanesi*
Selim Sarı - *S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Otel / Opera Salonları Önü

15. KOLOREKTAL KANSERE BAĞLI KARACİĞER METASTAZLARINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ GİRİŞİM (OLGU SUNUMU)

Sunucu: Gökhan Adaş

Gökhan Adaş, Yaşar Doğan, Yücel Polat, Muharrem Battal

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği / İstanbul

16. KARACİĞER HİDATİK KİSTİNDE LAPAROSKOPİK PERİKİSTEKTOMİ: OLGU SUNUMU

Sunucu: Ahmet Nuray Turhan

Ahmet Nuray Turhan, Selin Kapan, Ersen Kütükçü, Barış Demiriz, Berrin Dodur, Erşan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İstanbul

17. AKALAZYA TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ:

8 OLGUDA LAPAROSKOPİK HELLER MİYOTOMİ – DOR FUNDOPLİKASYONU

Sunucu: Barış Gürcü

Özer Makay, Barış Gürcü, İsmail Özsan, Serhat Bor, Ömer Özütemiz, Ulus S. Akarca, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

18. LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ: EGE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Sunucu: Barış Gürcü

Barış Gürcü, Özer Makay, Murat Sözbilen, Hasan Kaplan, Murat Tombuloğlu, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

19. ÖZOFAGUS KANSERİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK TRANŞİATAL ÖZOFAJEKTOMİ:

3 OLGUNUN İNCELENMESİ

Sunucu: Murat Sözbilen

Murat Sözbilen, Özer Makay, Barış Gürcü, Hasan Kaplan, Ömer Özütemiz, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

20. ÖZOFAGUS DİVERTİKÜLLERİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ: 2 OLGUNUN SUNUMU

Sunucu: İsmail Özsan

İsmail Özsan, Barış Gürcü, Özer Makay, Serhat Bor, Ömer Özütemiz, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

21. İNTRAGASTRİK BALON UYGULAMALARININ MORBİD OBEZİTE TEDAVİSİNDEKİ YERİ

Sunucu: Kağan Zengin

Kağan Zengin, Yeliz Ersoy, Osman Şimşek, Fatih Aydoğan, Mustafa Taşkın

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

22. LAPAROSKOPIK GASTROSTOMİ: NE ZAMAN YAPILMALI?

Sunucu: Kağan Zengin

İlknur Kılıç, Fatih Aydoğan, Melih Paksoy, Metin Ertem, Kağan Zengin
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

23. LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ESNASINDA MEYDANA GELEN SAFRA KESESİ
PERFORASYONLARININ SOLUNUM FONKSİYONLARINA ETKİSİ

Sunucu: Mustafa Uygur Kalaycı

Mustafa Uygur Kalaycı, Barış Veli Akın, Halil Alış, Kemal Dolay, Hakan Yiğitbaş, Berrin Dodur, Erşan Aygün
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

24. AKALAZYA: LAPAROSKOPIK HELLER MYOTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Süleyman Özdemir, Ahmet Gökhan Türkçapar
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

25. LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDÜPLİKASYONU SONRASI
TROKAR GİRİŞ YERİ FITİK OLUŞMAMASI

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Evren Üstüner, Atıl Çakmak, Bülent Erkek, Hakan Buluş, Fırat Kocaay, Ahmet Gökhan Türkçapar
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

26. BENİGN ÖZEFAGEAL SORUNLARDA SELF EKSPENDİBL COVERED METAL
STENT KULLANIMI: OLGU SUNUMU

Sunucu: Halil Alış

Halil Alış, Mustafa Kalaycı, Kemal Dolay, Berrin Bodur, Hakan Yiğitbaş, Erşan Aygün
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

27. LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDÜPLİKASYONU DENEYİMİMİZ

Sunucu: Halil Alış

Halil Alış, Erşan Aygün, Mustafa Kalaycı, Berge Ede, Ahmet N. Turhan, Kemal Dolay, Sinan Hatipoğlu
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

28. SİSTOSKOPI SIRASINDA OLUŞAN REKTAL YARALANMA SONRASI İDRAR FİSTÜLÜNÜN
ENDOSKOPIK FİBRİN YAPIŞTIRICI VE KLİPLEME İLE TEDAVİSİ

Sunucu: Kemal Dolay

Kemal Dolay, Erşan Aygün, Barış Demiriz, Halil Alış, Mustafa Kalaycı, *Ali İhsan Taşcı
*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve *Üroloji Kliniği / İstanbul*

29. EKSTRAADRENAL FEOKROMOSİTOMA: LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

Sunucu: Umut Barbaros

Alp Bozbora, Umut Barbaros, Uğur Devenci, Yeşim Erbil, Selçuk Özarmağan, Selçuk Mercan
İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - I

BİLİYER SİSTEM VE KARACİĞER CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Köksal Öner - *Ankara GATA Tıp Fakültesi*
Mete Dolapçı - *Ankara Numune Hastanesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00
Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-I

S1

ZOR LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİDE LİGAMENTUM FALSİFORME HEPATİS DİSEKSİYONU:
CERRAHİ TEKNİK

Sunucu: Burçak Kabaoglu

Burçak Kabaoglu, Halil Coşkun*, Şenol Carılı

VKV Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi komplikasyonlarının bir sebebi de önemli anatomik yapıların yanlış değerlendirilmesidir.

Yöntem: Laparoskopik kolesistektomi sırasında Calot üçgeninin rahat görüntülenemediği olgularda yeterli görüşü sağlayabilmek için bir teknik tanımladık. Ligamentum falciforme hepatisin safra kesesi traksiyonu sırasında yeterli görüş sağlanana kadar kaudal yönde diseksiyonu tekniğin temelini oluşturmaktadır.

Sonuç: Bu teknik sayesinde Calot üçgeni zor olgularda yeterli görüş alanına kavuşmakta ve istenmeyen komplikasyonları önlemektedir.

Yorum: Bu tekniğin uygulanması laparoskopik kolesistektominin daha güvenli yapılmasını sağlayacak ve özellikle yeterli görüşün sağlanamadığı olgularda komplikasyon oranlarını düşürecektir.

S2

LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİ OPERASYONLARINDA SAFRA KESESİ PERFORASYONLARININ
HASTANEDE KALIŞ SÜRESİNE VE POSTOPERATİF AĞRIYA OLAN ETKİSİ

Sunucu: Mustafa Uygur Kalaycı

Mustafa Uygur Kalaycı, Barış Veli Akın, Halil Alış, Berge Ede, Sinan Hatipoğlu, Erşan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi operasyonları sırasında safra kesesi perforasyonları sık karşılaşılan bir durumdur. Bu çalışmada amacımız, laparoskopik kolesistektomi sırasında meydana gelen safra kesesi perforasyonlarının, hastaların postoperatif ağrı skorunda ve hastanede kalış süresinde yapacağı değişiklikleri belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 83 kadın 17 erkek olmak üzere toplam 100 hasta, laparoskopik kolesistektomi sırasında, safra kesesi perforasyonu olan ve olmayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların postoperatif hastanede kalış süreleri ve ameliyat sonrası 8. saatte uygulanan vizüel ağrı skorlama sonuçları saptanıp karşılaştırıldı..

Bulgular: Toplam 33 hastada (%33) operasyonda safra kesesi perforasyonu oldu. 27 hastada safra kesesi perforasyonu kolesistektomi esnasında, 6 hastada da safra kesesini batin dışına alırken meydana geldi. Safra kesesi perforasyonu olmayan gruptaki ameliyat sonrası ağrı skoru 4.73 ± 1.657 iken, perforasyon meydana gelen grupta ise 4.76 ± 1.458 olarak bulundu. Hastanede kalış süreleri de benzer olarak perforasyon olmayan grupta 1.82 ± 1.435 gün iken, perforasyon meydana gelen grupta 1.73 ± 0.944 gün olarak saptandı. Ancak her iki parametre için de, aralarındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi operasyonları esnasında safra kesesinde meydana gelen perforasyon ve buna bağlı batına safra sızması halinde, hastaların hastanede kalış süreleri ve ameliyat sonrası ağrı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir.

S3

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ KOMPLİKASYONLARIMIZ

Sunucu: Esin Kabul

Mahmut Müslümanoğlu, Esin Kabul, Fatih Altıntoprak, Muhammet Akyüz, Oktar Asoğlu, Abdullah İğci, Vahit Özmen, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi C Servisi / İstanbul

Amaç: Bu çalışma laparoskopik kolesistektomideki son 14 yıllık klinik deneyimimizi ve komplikasyon oranlarımızı değerlendirmek için yapılmıştır.

Hastalar ve Metod: Eylül 1991 ile Ağustos 2005 tarihleri arasında, laparoskopik kolesistektomi uygulanan 1329 hasta analiz edildi. Yaş, cinsiyet, erken ve geç komplikasyon oranları, laparoskopik kolesistektomiden açık kolesistektomiye dönüş oranları saptandı.

Sonuçlar: Çalışma periyodu boyunca, 1329 hastaya laparoskopik kolesistektomi yapıldı, 170 hasta akut kolesistit (%12.7), 1159 hasta kronik kolesistit (%87.2) tanısına sahipti. Preoperatif incelemede 35 (%2.63) olguya mekanik iktet nedeniyle ERCP yapıldı. Açık cerrahiye dönüş oranı %2.4 (32/1329) idi. Calot üçgeninin disseksiyonundaki zorluk ve farklı anatomi açık cerrahiye dönüşün ana sebebiydi. Morbidite oranı %5 (67/1329), mortalite oranı %0.22 (3/1329) idi. 1 (%0.075) olguda kolon yaralanması, 1(%0.075) olguda ince barsak mezenter yaralanması, 2 (%0.15) sirotik olguda karaciğer yatağından kanama, 2 (%0.15) olguda koledok yaralanması, 3 (%0.22) olguda duodenum perforasyonu, 1 (%0.075) olguda koledok+duodenum yaralanması mevcuttu. Ayrıca 12 (%0.90) olguda koleksiyon (6'sına ERCP veya perkütan drenaj yapıldı), 2 (%0.15) olguda intraabdominal apse, 13 (%0.97) olguda respiratuar komplikasyonlar (pulmoner emboli 3), 17 (%1.27) olguda yara yeri enfeksiyonu, 5 (%0.37) olguda safra fistülü, 7 (%0.52) olguda insizyonel herni gelişti.

Tartışma: Laparoskopik kolesistektominin öğrenme-eğrisi sırasında safra yolu yaralanmalarında açık cerrahiye göre belirgin bir artış mevcuttu. Öğrenme-eğrileri tamamlandıkça laparoskopik kolesistektomi "basit" bir laparoskopik işlem olarak görülmektedir. Ancak, safra yolu yaralanmaları günümüzde de yüksek oranda (%1.4) görülmeye devam etmekte adli ve ekonomik sorunlara neden olan morbid komplikasyonlara yol açmaktadır. Kliniğimizde major komplikasyonlar %0.75'dir, akut ve kronik olgularda farklılık gözlenmemiştir. Kolesistektomi gerek açık ve gerekse kapalı yöntemle anatomik bulgulara ve teknik kurallara uyulmak koşulu ile benzer komplikasyon oranlarına sahip olarak güvenle yapılabilir.

S4

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI ERKEN DÖNEM AĞRILARIN GİDERİLMESİNDE HASTA KONTROLLÜ TRAMADOL ANALJEZİSİ YÖNTEMİ İLE İNTRAMUSKULER DİKLOFENAK SODYUMUN KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu: Abdullah Özgönül

Abdullah Özgönül, Zeynep Baysal, Mustafa Cengiz, Ali Uzunköy

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, Anesteziyoloji ve Rean. AD / Şanlıurfa

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi ameliyatı sonrası ağrı, açık yöntemle göre daha az olmakla birlikte, bazı vakalarda postoperatif erken dönemde rahatsız edici karın ve omuz ağrıları meydana gelmektedir. Bu çalışmada, laparoskopik kolesistektomi sonrasında erken dönemde gözlenen ağrıların giderilmesi amacıyla, tramadol ile sağlanan hasta kontrollü analjezi (HKA) yöntemi ile intramusküler (IM) diklofenak sodyumun etkilerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Hastalar ve Yöntemler: Çalışmaya 30 olgu alındı, olgular 2 gruba ayrıldı. Laparoskopik kolesistektomiyi takiben postoperatif erken dönemde ağrıların kontrolü için I. gruba HKA ile tramadol (1 mg/kg yükleme dozu, 20 mg HKA bolus dozu, 2 saatte maksimum 200 mg), II. gruba ise im diklofenak sodyum (75 mg im başlangıç dozu, gerektiğinde bu dozun tekrarı) uygulandı. Olguların ameliyat sonrası ağrıları 1, 4, 12 ve 24. saatlerde görsel analog skala (VAS) ile değerlendirildi. Günlük toplam analjezik gereksinimleri ve hasta memnuniyeti kaydedildi.

Bulgular: Post-operatif 1, 4, 12 ve 24. saatlerdeki VAS değerleri HKA grubunda, diklofenak sodyum grubuna göre istatistiksel olarak düşük bulundu. Hasta memnuniyeti HKA grubunda daha yüksekti.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi sonrası tramadol ile sağlanan HKA yöntemi, im diklofenak sodyum uygulamasına göre daha etkin bir analjezi sağlarken yüksek hasta memnuniyet dereceleri sağlamaktadır.

S5

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI ERKEN ORAL GIDA ALIMININ TOLERASYONU

Sunucu: Selin Kapan

Ahmet Nuray Turhan, Selin Kapan, Osman Öner, Ersen Kütükçü, Berge Ede, Berrin Dodur, Gülay Aşık Eren*, Zafer Çukurova*, Ersan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ve

**Anestezi ve Reanimasyon Klinikleri / İstanbul*

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi genel cerrahide en sık yapılan laparoskopik girişim olup periton kavitesine girilmesine rağmen komplike olmadıkça hasta tarafından iyi tolere edilen bir operasyondur. Periton kavitesine girilmesi nedeniyle bu hastalara oral gıda başlanmasında aceleci davranılmamakta bu nedenle hastanede yatış süreleri gereksiz yere uzamaktadır. Bu çalışmada operasyon sonrası erken mobilizasyon ve oral gıda alımına tolerasyon araştırılarak operasyon günü taburcu işleminin yapılabilirliği araştırıldı.

Materyel ve Metod: Temmuz 2004 - Temmuz 2005 arası taşlı kese tanısıyla laparoskopik kolesistektomi yapılan ardışık 218 olgu yatış sırasına göre randomize edilerek 2 gruba ayrıldı. Majör komplikasyon gelişen ve açığa geçen olgular çalışma dışı bırakıldı. Birinci gruba Propofol 2 mg/kg + alfentanil 0.05 mg/kg + atracurium 0.5 mg/kg ile induksiyon sonrası genel anestezi olarak sevofluran %1-2 + NO+O2 karışımı ikinci gruba ise propofol yerine pentotal 5-6 mg/kg kullanılarak standart anestezi uygulandı. Operasyon esnasında cilt kapatılmasından hemen sonra trokar giriş insizyonları etrafına 15 cc %0.9 serum fizyolojik ile yarı yarıya dilüe edilmiş bupivacaine %0.5 enjeksiyonu ve bulantı için parenteral ondansetron yapıldı. Olgular postoperatif 2. saatte mobilize edilerek standart oral gıda başlandı.

Bulgular: Toplam 218 hasta randomize edilerek eşit sayıda iki gruba ayrıldı. Birinci grupta erkek/kadın oranı 28/81 olup yaş ortalaması 54.06 ± 1.328 (ort±standart sapma) iken ikinci grupta erkek/kadın oranı 16/93 olup yaş ortalaması 50.87 ± 1.280 idi. Ortalama operasyon süresi 1. grupta 61.78 ± 2.513 dakika ikinci grupta 61.83 ± 2.334 dakika idi. Komplikasyon oranı birinci grupta 7/108 ikinci grupta 4/108 olup komplikasyonlar uzamış safra drenajı, ateletazi, subileus ve yara yeri enfeksiyonu idi. Birinci gruptaki olguların 97'si ikinci gruptakilerin 81'i olmak üzere toplam 218 hastanın 178'i postoperatif 2. saatte oral beslenmeyi tolere etti.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi sonrası, komplike olmayan olgularda standart anesteziye göre modifikasyonlar, perop ağrı ve bulantı kontrolü amaçlı standart antienflamatuvar ve antiemetik tedavisi sonrası erken mobilizasyon ve oral gıda başlanması ile olguların operasyon akşamı taburcu edilebileceği ve bu şekilde tedavi maliyetlerinin ve nazokomial enfeksiyon riskinin azaltılacağı görülmüştür.

S6

KARACİĞER KİST HİDATİKLERİNDE LAPAROSKOPIK TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Ali Harlak

Ali Harlak, İsmail Hakkı Özerhan, Öner Menteş, Rahman Şenocak, Ali Akdeniz, Turgut Tufan

GATA Genel Cerrahi Kliniği / Etilik / Ankara

Amaç: Hepatik hidatik kistler ülkemizde sık görülür. Cerrahinin gerekli olduğu hastalarda farklı yöntemlerle kiste müdahale edilmekle birlikte açık cerrahi eksplorasyon standart uygulamadır. Minimal invaziv tekniklerin kullanımı kist hidatik cerrahisine yeni bir boyut getirmiştir. GATA Genel cerrahi kliniğinde 1998-2005 yılları arasında karaciğer kist hidatik tanısı almış hastalardan 41'i laparoskopik cerrahi yöntemlerle tedavi edildi. (kistotomi, parsiyel kistektomi ve drenaj) Bu yazıda elde edilen sonuçlar sunulmuştur.

Yöntem ve Bulgular: Gharbi sınıflamasına göre tiplendirilen kistlerde uygun vakalarda perkütan girişimler öncelikle tercih edildi. Cerrahi tedavi gerektiren kistlerden tip, boyut ve lokalizasyonlarına göre uygun olanlarda laparoskopik girişimler uygulandı. Yaş ortalamaları 31.9 (21-55) olan hastaların 33'ü erkek (%80.4), 8'i kadındı (%19.6). 41 hastada toplam 47 kiste müdahale edildi. 14 hastada Tip 1 (%34.15), 14 hastada Tip 2 (%34.15), 13 hastada tip

3 (% 31.7) kist hidatik saptandı. Ortalama kist boyutu 8.2 cm (5-19) idi. 31 hastada kistler sağ lobda, 6 hastada sol lobda ve 4 hastada her iki lobda lokalizeydi. 4 hastada (%9.8) postoperatif takiplerde nüks gözlemlendi. Takip süresi iki yılın altında olan 8 hastadan birinde nüks tespit edildi. 10 hastada (%24.3) postoperatif dönemde komplikasyon gözlemlendi (3 apse formasyonu, 2 safra fistülü, 3 bilioma, 1 anafilaksi ve 1 kanama). Aps ve biliomalar usg eşliğinde perkütan drene edildi. Safra yolu fistülü gelişen hastalarda fistül spontan olarak 20-24 günde kapandı. 5 hastada (%12.2) açık cerrahiye geçildi (1 olguda intraoperatif anafilaksi, 1 postop hemoraji, 3 hastada kiste ulaşmada anatomik zorluk).

Sonuç: Kist boyutu ile nüks arasında ilişki saptanmazken komplikasyon gelişimi kist boyutu arasında anlamlı ilişki bulundu. Başlıca açığa geçiş nedeni kiste ulaşmadaki anatomik güçlük oldu. Komplikasyon gelişen hastaların hastanede kalış süreleri uzadı. Hiç mortalite gözlenmedi. Karaciğer kist hidatikli uygun vakalarda laparoskopik cerrahinin daha az ağrı, işe erken dönüş ve daha iyi kozmezis gibi avantajları hedeflenerek, minimal invaziv teknikler güvenle ve etkili biçimde kullanılabilir.

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - II

KOLON VE REKTUM CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Ekmel Tezel - *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi*
Bülent Tırnaksız - *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00
Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-II

S7

LAPAROSKOPİK KOLON REZEKSİYONU DENEYİMLERİMİZ: 19 OLGU

Sunucu: Serdar Aksoy

Mehmet Tekinel, Serdar Aksoy, Atilla Kurt

İstanbul Cerrahi Hastanesi / İstanbul

Amaç: Laparoskopik kolon rezeksiyonu yapılan hastaların retrospektif olarak incelenerek açık cerrahiye göre olan avantajlarını belirlemektir.

Yöntem: Eylül 2002 - Ağustos 2005 tarihleri arasında 19 hastaya laparoskopik kolon rezeksiyonu operasyonu uygulandı. Hastalar, morbidite, mortalite, post-operatif ağrı, hastanede yatış süresi, çıkarılan lenf nodu sayısı, rezeksiyon sınırları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Laparoskopik kolon rezeksiyonu operasyonu yapılan 19 hastadan 9'u sigmoid tümör, 3'ü rektum tümörü, 3'ü divertikülit, 2'si çekum tümörü, 1'i çekumda adenom, 1'i dolikosigmoid kolon idi. Üç olguda açığa dönüldü. Mortalite görülmedi. Operasyon sonrası 1 hastada komplikasyon gelişti (ince barsak yaralanması). Ortalama operasyon süresi 160 dakika, çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 25, ortalama yatış süresi 5.7 gün idi.

Sonuç: Litaratür ile karşılaştırıldığında ortalama ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, hastanın postoperatif ağrısının açık cerrahiye oranla daha az gözlenmesi ve yapılacak olan büyük batın insizyonundan hastanın korunabilmesi açısından laparoskopik kolon cerrahisinin avantajlı olduğu gözlemlendi.

S8

KOLOREKTAL KANSER CERRAHİSİNDE İLK LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZ

Sunucu: İlker Sücüllü

Sezai Demirbaş, A İlker Filiz, M Levhi Akın, Yavuz Kurt, Tuncay Çelenk

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Amaç: Kolorektal kanserde (KRK) açık operasyonlar kadar olmasa da laparoskopik yaklaşım ileri laparoskopik cerrahi uygulayan merkezlerde yapılmaktadır.

Materyal ve Yöntem: 2001-2004 yılları arasında tanı konulan 153 KRK vakasının 12'si laparoskopik olarak ameliyat edilmiştir. Bu hastaların 1 tanesi çıkan, 2 tanesi transvers, 3 adedi inen-sigmoid kolon ve 1 tanesi de üst 1/3 rektum, 3 tanesi hem çıkan hem transvers kolon adeno kanseri, 2'si FAP idi. AJCC sınıflamasına göre 3'ü Evre I, 3'ü II ve 4'ü de III'tü. Total kolektomide 4 torakar, hemikolektomiler ise 3 trokar kullanılarak yapıldı. Ameliyat süreleri total kolektomide ortalama (SD) 231 (86) dk, sağ hemikolektomi 97 (54) dk ve sol hemikolektomi de 121 (47) dk idi. Ileorektal ve kolorektal anastomozlar stapler ile diğerleri elle yapıldı. Gerekteğinde anastomoz için 6-7 cm'lik median veya phannesteil kesiler kullanıldı. IMA ve IMV aorta en yakın yerden bağlandı ve parakolik en az 3 cm'den mezo diseke edildi. Kan kaybı 1 üniteden az değerlendirildi.

Bulgular: Postoperatif komplikasyon olarak 1 hastada IMV kanaması, 1 hastada duodenum yaralanması, 1 hastada da anaostomoz kaçağı oldu, reopere edildiler. Ortalama 7 (2-17) aylık takip sonrasında port yerinde ve lokal nüks tespit edilmedi. 1 hastada açığa dönüldü ve mortalite görülmedi. IRA yapılan 4 hastanın postoperatif 12 hf.da anal fonksiyonu manometre değerleri (MRP: 67(23) mm Hg - MSP: 109 (44) mm Hg) ve FISI skorlaması (>3) ile normal değerlendirildi. Üç hastada (%88) aynı zamanda uygulanan SF-36 fekal fonksiyon değerlendirme anketi menüniyet bildirdi.

Sonuç: Laparoskopinin bilinen faydaları yanında belirli sayıda ileri laparoskopik cerrahi uygulayan deneyimli ekipler tarafından laparoskopik KRK cerrahisi postoperatif komplikasyon ve lokal-cilt nüksüne hemen hiç rastlanılmadan emin olarak yapılabilmektedir.

S9

LAPAROSKOPIK KOLOREKTAL CERRAHİ: ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Ender Onur

Neşet Köksal, Ediz Altınlı, Ender Onur, Aziz Sümer, Atilla Çelik

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Amaç: Kliniğimizde yapılmış olan laparoskopik kolorektal cerrahi girişimin sonuçlarını irdelemek.

Yöntem: 2003-2005 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik kolorektal cerrahi işlem uygulanmış dokuz olgu, yaş, cinsiyeti, transfüzyon ihtiyacı, ameliyat süreleri, postoperatif analjezi ihtiyacı, oral başlanma süreleri, mobilizasyon süreleri, hastanede kalış süreleri, postoperatif komplikasyonları ve maliyet açısından retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Olguların beşi erkek dördü kadın olup, yaş ortalaması 53.7±14.3 yıl, transfüzyon ihtiyacı 321±220 mL, ameliyat süresi 192±40 dakika, postoperatif analjezi ihtiyacı 2.4±0.98 gün, oral başlanma süresi 2±0.8 gün, mobilizasyon süresi 1.43±0.5 gün, hastanede kalış süresi 5.43±0.98 gün, ortalama maliyeti 4571±618 YTL olarak bulundu. Dokuz olgunun birinde teknik nedenlerden dolayı açık ameliyata geçildi.

Sonuç: Kolorektal hastalıklarda minimal invaziv cerrahinin avantajlarından dolayı laparoskopik cerrahi uygulamaların özellikle eğitim ve araştırma hastanesi statüsünde olan merkezlerde yaygınlaşmalı, maliyeti düşürmek amacıyla re-usable malzeme kullanımı artırılmalı ve sonuçlar geniş prospektif randomize klinik çalışmalar ile irdelenmelidir.

S10

KOLON CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPIK REZEKSİYONUN YERİ

Sunucu: Kürşat Rahmi Serin

Oktar Asoğlu, Kürşat Rahmi Serin, Fatih Altıntoprak, Muhammet Akyüz, Mahmut Müslümanoğlu, Abdullah İğci, Vahit Özmen, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

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

Amaç: Kolon kanserinin tedavisinde laparoskopik girişimlerin onkolojik prensiplere bağlı kalarak ve güvenle yapılabileceğinin gösterilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2003 - Mayıs 2005 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi'nde habes ve selim kolon patolojisi tanılarıyla laparoskopik olarak cerrahi tedavi uygulanmış 15 olgu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Olguların 5'i erkek, 10'u kadın (1/2) olup yaş ortalaması 52 (17-78) idi. Olgulardan 11'i kolon tümörü (%73), 1'i villöz polip (%6.6), 1'i FAP (%6.6), 2'si rektal invaginasyon (%13) tanılar ile ameliyat edildi. Kolon tümörlü 11 olgudan 7'sine (%63) sigmoid kolon tümörü tanısıyla anterior rezeksiyon, 1'ine (%9) sol hemikolektomi uygulandı, bir olguda (%9) teknik nedenlerden dolayı açığa geçildi. İki olguya (% 18) çekum tümörü tanısıyla sağ

hemikolektomi yapıldı. Bir olguya (% 6.6) FAP tanısıyla subtotal kolektomi, 2 olguya (%13) rektal invajinasyon tanısıyla anterior rezeksiyon uygulandı. Olguların patolojik incelemesinde 1 olguda T3 N1 (%9), 5 olguda T3 N0 (%45), 5 olguda T2 N0 (%45), 1 olguda tubulovillöz polip (%6.6) saptandı. Ortalama tümör çapı 2.28 cm (0-4), ortalama cerrahi sınıra uzaklık 6.0 cm (2-14), ortalama ameliyat süresi 144.6 dakika (80-220) idi. Olgulara ortalama 3. günde (2-6) oral gıda başlandı ve ortalama yatış süresi 9.53 gün (5-14) olarak saptandı. Sigmoid kolon tümörü tanısıyla ameliyat edilen bir olgu (%6.6) alet ezilmesine bağlı gelişen ince barsak yaralanmasına bağlı perforasyon sonucunda kaybedildi. Bir olguya ileus nedeniyle ameliyat sonrası 3. gününde laparoskopik eksplorasyon yapıldı, patoloji saptanmadı. Ortalama takip süresi 14.3 ay (4-28) olan hastaların hiçbirinde nüks saptanmadı.

Sonuç: Günümüzde tüm gastrointestinal sistem hastalıklarının cerrahisinde kullanılan laparoskopik yaklaşımlar kolon hastalıkları cerrahisinde de deneyimli ekipler tarafından onkolojik prensiplere bağlı kalınarak güvenle uygulanabilir.

S11

REKTUM KANSERİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Sunucu: Fatih Altıntoprak

Oktar Asoğlu, Fatih Altıntoprak, Mahmut Müslümanoğlu, Abdullah İğci, Vahit Özmen, Muhammet Akyüz, Esin Kabul, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

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

Amaç: Laparoskopik yaklaşımların rektum kanseri tedavisinde onkolojik prensiplerden ayrılmadan uygulanabileceğinin vurgulanması.

Metod: Eylül 2002 - Ağustos 2005 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi C Servisi'nde rektum kanseri tanısı ile laparoskopik rezeksiyon yaptığımız 24 hastadan, ameliyatı laparoskopik olarak tamamlanan 20'sinin sonuçları ameliyat süresi, patolojik evreleri, çıkarılan lenf nodu sayısı, hastanede yatış süresi, postoperatif morbidite ve mortalite açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Olguların 10'u kadın 10'u erkek (K/E: 1/1) olup yaş ortalamaları 54 (19-84)'dü. Olguların 6'sına (%30) anterior rezeksiyon, 10'una (%50) aşağı anterior rezeksiyon, 3'üne (%15) miles ameliyatı, 1'ine de (%5) total kolektomi ameliyatları yapıldı. Olguların patolojik incelemesinde 2 olgu (%10) T2N0, 14 olgu (%70) T3N0, 1 olgu (%5) tubulovillöz adenom, neoadjuvan tedavi uygulanmış olan 3 olgu (%15) T3N1 olarak değerlendirildi. Total kolektomi yapılan olgunun patolojik incelemesinde polipozis koli zemininde gelişmiş adenokarsinom saptandı. Neoadjuvan tedavi uygulanmış olan 3 olguda fibrotik yapışıklık-tümör invazyonu ayırımı yapılamadığı için, 1 olguda da teknik nedenlerden dolayı ameliyat açık olarak tamamlandı (%16). Ameliyat süresi ortalama 152 dakika (80-260), çıkarılan lenf nodu sayısı ortalama 14 (10-24), cerrahi sınıra en yakın uzaklık ortalama 3 cm (1-7) idi. Olgulara ortalama 2. gün (1-5) oral gıda başlandı. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 6 gün (3-13) olarak saptandı. Aşağı anterior rezeksiyon yapılan 1 hastada (%5) oluşan üreter yaralanması intrakorporeal olarak onarıldı. Median takip süresi 21 ay (1-35) olup miles ameliyatı yapılmış olan 1 olguda (%5) 24. ayda stoma yerinde lenf ganglionundan kaynaklanan nüks gelişti.

Sonuç: Laparoskopik yaklaşımlar, deneyimli cerrahlar tarafından rektum kanseri tedavisinde de en az açık cerrahi yaklaşımlar kadar güvenli ve onkolojik prensiplere sadık kalınarak uygulanabilir.

S12

TOTAL REKTAL PROLAPSUSLU HASTALARDA, REKTAL FONKSİYONU İYİLEŞTİRMEK İÇİN LAPAROSKOPİK REZEKSİYON REKTOPEKSİ UYGUN BİR YOL MUDUR?

Sunucu: A. İlker Filiz

Sezai Demirbaş, A. İlker Filiz, İlker Sücüllü, Yavuz Kurt, M. Levhi Akın, M. Yıldız, Tuncay Çelenk

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Amaç: Total rektal prolapsus hayat kalitesini bozan bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı, laparoskopik cerrahi uygulanan askeri personelde, ağrı duyumsama, hastanede kalış süresini, konstipasyon ve kontinans durumunu değerlendirmektir.

Hasta ve Metod: 40 hastaya laparoskopik rektopeksi (LR) ve laparoskopik rezeksiyon rektopeksi (LRR) uygulandı. Kolon transit zamanı, postoperatif ağrı skorlaması, anal fonksiyonun pre ve postoperatif değerlendirilmesi yapıldı ve konstipasyon ile birlikte görülen semptomlardaki değişiklikler incelendi.

Bulgular: Ortalama ameliyat süresi LR ve LRR için sırasıyla yaklaşık 126 ve 233 dakika idi. Ortalama hastanede kalış süresi LR ve LRR için sırasıyla yaklaşık 3 ve 6 gündü. Hastaların erken postoperatif dönemde daha az analjezi gereksinimleri oldu. Fakat her iki grupta analjezi ihtiyaçları açısından fark yoktu. İnkontinans hastalarının %83'ünde düzelme göstermesine rağmen konstipasyon hastaların ancak %50'sinde tedavi edilebildi. LRR ve LR gruplarında sırasıyla 13 ve 22 aylık takip periyotlarında rekürrens görülmedi. Birinci yılın sonunda LR uygulanan hastalarda yaşam kalitesi LRR grubundaki hastalar kadar iyi değildi.

Sonuç: Laparoskopi ile total rektal prolapsusu tamamen, inkontinans yakınmasının da hemen tamamını tedavi edebildik. Uzun ameliyat süresi, konstipasyonda ve birlikte görülen semptomlardaki suboptimal iyileşmeye rağmen, LRR'nin inkontinans ve konstipasyonun elimine edilmesindeki baskınlığı bunun yanında kısa hospitalizasyon süresi ve kısa süreli analjezi ihtiyacı ile yaşam kalitesini arttırmada ve askeri personelde kısa süre içerisinde ağır eğitim ortamına dönmeyi hızlandırmada oldukça uygun bir yöntemdir.

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - III

FİTİK VE ACİL CERRAHİ

Oturum Başkanları: Nihat Yavuz - *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi*
Selman Sökmen - *9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00
Taksim The Marmara Otel / Opera Salonu-III

S13

LAPAROSKOPIK PARASTOMAL HERNİ ONARIMI: OLGU SUNUMU

Sunucu: Uğur Deveci

Umut Barbaros, Ahmet Dinççağ, Uğur Deveci, Taylan Çelik
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Parastomal hernilerin açık teknikle onarımlarında %40'a varan nüks oranlarının bildirilmesi, cerrahları yeni onarım yöntemleri bulmaya itmiştir. Videoskopik yöntemlerde meydana gelen gelişmelere ek olarak batın içi yapışıklığa yol açmayan çift yüzlü yamaların kullanıma girmesi, parastomal hernilerin tamirinde yeni bir ufuk açmıştır. Bu çalışmada nüks parastomal herni nedeniyle laparoskopik onarım yaptığımız hastayı video görüntüleri ile birlikte sunduk. 50 yaşında kadın hasta. Dört yıl önce distal rektum kanseri nedeni ile Miles ameliyatı yapılmış. Batın sol alt kadranda bulunan stoma çevresinin şişmesi ve ağrması şikayetiyle ünitemize başvurdu. Hastaya 1 yıl evvel aynı şikayetlerle başvurduğunda parastomal herni tanısı konularak açık teknikle prolen yama ile onarım yapılmıştı. Hasta nüks parastomal herni tanısıyla hazırlıkları tamamlanarak ameliyata alındı. 3 port kullanılarak 20x20 cm boyutlarında kompozit yama ile laparoskopik intraperitoneal olarak onarım yapıldı. Ameliyat süresi 90 dk idi. Ameliyat sonrası 3. günde hasta, şifa ile taburcu edildi. Hastanın 3 aylık takibinde herhangi bir sorunla karşılaşmadı. Literatürde laparoskopik parastomal herni onarımı ile ilgili geniş ve karşılaştırmalı çalışma bulunmamasına rağmen mevcut küçük serilerde nüks oranı %0-20 arasındadır. Nüks oranının açık tekniğe göre düşük olması, geniş doku diseksiyonuna gerek duyulmaması, dren gereksinimi olmaması ve hastanın fizik aktiviteye erken dönebilmesi yöntemin üstünlüğüne işaret etmektedir.

S14

INTRAMURAL İNCEBARSAK KANAMASINDA DİAGNOSTİK LAPAROSKOPI'NİN YERİ

Sunucu: Kağan Zengin

Kağan Zengin, İlknur Kılıç, Sinan Çarkman, Melih Paksoy, Metin Ertem
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

İncebarsağın oral antikoagülan kullanımına bağlı intramural hematoma oldukça nadir görülen bir komplikasyondur. Tedavi seçeneği konservatif olmakla birlikte tanısı şüpheli, bağırsak nekrozu veya peritonit bulguları gösteren hastalarda düşünülmelidir.

Burada 5 yıldır serebrovasküler hastalık nedeni ile warfarin kullanımı olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil cerrahi polikliniğimize başvuran bir olguya diagnostik laparaskopi 24 saat sonra sekond-look laparaskopi yapıldı. Bu olguda olduğu gibi visceral iskeminin ve barsak canlılığının değerlendirilmesi için second-look yapılması gereken vakalarda ilk ameliyatta yerleştirilen trokar yerinden yapılan second-look laparaskopi, laparotominin hastaya yükleyeceği riski önler. Bu yöntem laparotomiye göre teknik olarak daha basit ve daha kısa sürede uygulanabilen minimal invaziv bir işlemdir.

S15

AKUT ALT KADRAN AĞRILARINDA DIAGNOSTİK LAPAROSKOPİ FAYDALI MI?

Sunucu: Hüseyin Bakkaloğlu

Hüseyin Bakkaloğlu, Hakan Yanar, Cemalettin Ertekin, Korhan Taviloğlu, Recep Güloğlu
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi Servisi / İstanbul

Amaç: Karın ağrısına yol açan etyolojinin ortaya konmasında çeşitli tanı yöntemleri bulunmakla birlikte bu yöntemler bazı olgularda yetersiz kalmaktadır. Bu tür olgularda son yıllarda giderek sık kullanılan laparoskopinin etkinliğini bu çalışmada araştırılmıştır.

Yöntem: Ocak 2002 - Ağustos 2005 tarihleri arasında kliniğimize başvuran akut alt kadranda ağrısı nedeni ile diagnostik laparaskopi uygulanan 93 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Direkt karın grafisi, karın ultrasonografisi ve bazı olgularda bilgisayarlı tomografide patoloji saptanmayan, fizik muayenede kesin laparotomi endikasyonu olmayan, 24 saatlik takiplerde lökosit değerlerinde ve fizik muayenede bulgularında gerileme saptanmayan hastalara diagnostik laparaskopi yapılmıştır. Travma sonrası karın ağrıları çalışma dışında tutulmuştur. Supraumbilikal 10-mm lik trokar yerleştirilmesini takiben 12 mm Hg basınçla pnömoperitoneum oluşturulmuş gereğinde ek trokarlar yerleştirilmiştir.

Bulgular: Toplam 93 hastada ortalama yaş 27 (16-67), kadın erkek oranı 33/60 olarak belirlenmiştir. Altmış bir hastada akut apandisit, 10 hastada overlere ait patoloji, 6 hastada ise pelvik inflamatuvar hastalık, üç hastada bride bağlı ileus belirlenmiştir. On üç hastada karın içi patoloji saptanmamıştır.

Sonuç: Diagnostik laparaskopi müphem karın ağrılı fizik muayene ve laboratuvar bulgularının kesin tanı koymada yetersiz olduğu durumlarda gereksiz laparotomiye önleyen, insizyon yerini belirlemede önemli bir tanı ve tedavi aracıdır. Özellikle bayan hastalarda ameliyat gerektirmeyen ancak akut karın sendromu ile sıklıkla karışan jinekolojik patolojilerde hastayı gereksiz laparotomiden korumaktadır.

S16

LAPAROSKOPİK İNSİZYONEL HERNİ TEDAVİSİNDE ERKEN SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Uğur Deveci

Umut Barbaros, Uğur Deveci, Oktar Asoğlu, Yeşim Erbil, Alp Bozbora, Rıdvan Seven, Selçuk Mercan, Demir Budak
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: Laparoskopik kolesistektominin 1987 yılında ilk defa yapılmasından bu yana, videoskopik cerrahi alanı giderek genişlemiş ve 1992'den beri ventral herni tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Bu prospektif çalışmada, insizyonel herni nedeniyle kliniğimizde laparoskopik cerrahi onarım uygulanan hastalar incelenmiş ve sunulmuştur.

Materyal ve Metod: Bu prospektif çalışmaya Ağustos 2003 - Haziran 2005 arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na insizyonel herni nedeniyle başvuran ve laparoskopik onarım yapılan 8 hasta alındı. Hastaların 7'si kadın 1'i erkek idi. Fıtık tamirinde sepramesh (polypropylene mesh coated sodium hyaluronate and carboxymethylcellulose), dual mesh (ePTFE) ve wallmesh (polyester and polyurethane macroperforated) yama olarak kullanıldı. Yamalar hazırlanırken, defekt kenarından en az 3 cm. geniş olmasına dikkat edildi. Hastalar, vücut kitle indeksi (BMI), ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, yama çapı, ameliyat sonrası ağrı ve morbidite açısından incelendi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 42 (32-64) idi. Hastaların tamamının BMI değeri 25'in üzerinde, %81'inde ise 30'un üzerinde idi. Ortalama ameliyat süresi 122 dk.(80-150) idi. Ortalama defekt alanı 29 cm² (9-70) idi. Hastanede kalış süresi ortalama 4 gün (1-10) idi. Ortalama ağrı skoru 3 (0-10) idi. Ortalama takip süresi 10 (3-23) ay idi. Ameliyat sonrası dönemde 1 hastada brid ileus gelişmesi üzerine bridotomi uygulandı. 1 hastada iyatrojenik ince barsak yaralanması nedeniyle ileostomi açıldı.

Sonuç: İnsizyonel hernilerin laparoskopik tedavisi, ameliyatlı batına müdahale edildiği için yüksek düzeyde minimal invaziv cerrahi tecrübe ve yeterli teknik donanım gerektirir. Öğrenme eğrisi sırasında karşılaşılan zorluklar girişimin ciddiyetini ortaya koymaktadır. Günümüzde insizyonel herninin tedavisinde minimal invaziv cerrahi başatlı bir şekilde sıklıkla uygulanmaktadır.

S17

PENETRAN SOL TORAKOABDOMİNAL YARALANMALARDA DIAGNOSTİK LAPAROSKOPİNİN ROLÜ

Sunucu: Hakan Yanar

Hakan Yanar, Korhan Taviloğlu, Cemalettin Ertekin, Hüseyin Bakkaloğlu, Recep Güloğlu, Muhammet Akyüz
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Travma ve Acil Cerrahi Servisi / İstanbul

Amaç: Karına penetran yaralanmalarda rutin eksplorayris laparotomi yüksek oranda negatif veya nonterapötik laparotomi ile sonuçlanmakta ve azımsanmayacak morbiditeye neden olmaktadır. Diğer tarafta torakoabdominal yaralanmalarda diafragma yaralanmaları çeşitli kaynaklarda %20-40 oranında saptanmıştır. Bu çalışmada asemptomatik sol torakoabdominal penetran yaralanmalarda diagnostik laparoskopinin (DL) öneminin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2001 ile Mayıs 2005 tarihleri arasında sol torakoabdominal bölgeye penetran yaralanma sonrası kliniğimize başvuran hastalar prospektif olarak değerlendirilmiştir. Başvuruda yeterli resüsitasyon sonrası hemodinamik instabilitesi bulunan hastalar, mutlak laparotomi endikasyonu bulunan hastalar, sağ taraf yaralanmalı hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Ameliyat öncesi tüm hastalara PA Akciğer grafisi, karın ve prekardial US incelemesi yapılmış, > %10 pnömotoraks saptanan hastalara kapalı toraks drenajı uygulanmıştır. Supraumbilikal 10-mm'lik trokar yerleştirilmesini takiben 12 mm Hg basınçla pnömoperitoneum oluşturulmuş gereğinde ek trokarlar yerleştirilmiştir. Diafragma yaralanması saptanan hastalarda laparoskopik onarım uygulanmış, başarısız olundugunda laparotomi yapılmıştır.

Bulgular: Toplam 61 hastada ortalama yaş 26,4 (17 -52), saptanmış kadın erkek oranı 4/57 olarak belirlenmiştir. Dört hastada US de dalak yaralanması ve perisplenik sıvı, 1 hastada pelviste serbest sıvı saptanmıştır. PA AC grafisinde 20 hastada > %10 pnömotoraks ya da hemotoraks saptanarak ameliyat öncesi dönemde toraks drenajı uygulanmış, 3 hastada ise pnömoperitoneum sonrası pnömotoraks gelişmesi sonrası toraks drenajı uygulanmıştır. Beş hastaya diafragma yaralanması nedeniyle laparoskopik diafragma onarımı uygulanmış. Dört hastada ise eşlik eden yaralanmalar nedeniyle laparotomi yapılmıştır. Diafragma yaralanmasına eşlik eden organ yaralanması olarak 5 olguda dalak, 1 olguda mide ve 1 olguda splenik fleksurada kolon yaralanması belirlenmiştir.

Sonuç: Sol taraf torakoabdominal penetran yaralanmalarda DL gereksiz laparotomi ve geç dönem diafragma hernilerine bağlı komplikasyonları azaltan bir yöntemdir. Diğer taraftan eşlik eden karın içi organ yaralanmalarının saptanmasında oldukça faydalıdır.

S18

LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Sunucu: Hatim Mahmoud

Atıl Çakmak, Hakan Buluş, Hatim Mahmoud, Ethem Geçim, Bülent Erkek, Rojbin Karakoyun
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İbni-Sina Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı/Ankara

Amaç: Laparoskopik yöntemle gerçekleştirilen apendektomilerin sonuçlarını değerlendirmek. Gereç ve Yöntem: Kasım 1998-Agustos 2005 tarihleri arasında gerçekleştirilen toplam 80 (34K), yaş ortalaması 27 (12-56) laparoskopik apendektomi vakası prospektif olarak takip edilmiştir. Ameliyatlar yeniden kullanılabilir malzemelerle gerçekleştirilmiş, hastaların tümünde göbek altı 10 mm trokar ile karına girilerek laparaskopi yapılmıştır.

Bulgular: Hastalardan 10'unda teknik güçlük (6), perforasyon (3) ve trokar giriş yerinden kanama (1) nedeniyle açığa dönmüştür. Ortalama ameliyat süresi 53 dakika olarak gerçekleşmiştir. Ancak başlangıçta 210 dakika olan süre, ultrasonik dissektör kullanımı ile bazı vakalarda 15 dakikaya kadar indirilmiştir. Apendiküler arter 24 hastada klip, 34 hastada sütür, 22 hastada ultrasonik dissektör yardımıyla kontrol altına alınmış, hiçbir hastada güdük gömülmemiştir. 7 hastada pelvik jinekolojik patoloji saptanmış (2 endometriozis, 5 over kisti) ve kadın doğum bölümü ameliyata davet edilerek işlem laparoskopik olarak sonlandırılmıştır. Hastanede ortalama kalış süresi 1.7 gün (2-5) olmuştur. Hastalardan 3'ünde trokar giriş yeri enfeksiyonu drenaj ve antibiyotik kullanımı ile tedavi edilmiştir. Başka bir komplikasyon olmamıştır.

Sonuç: Laparoskopik apendektomi öğrenme eğrisi tamamlandığında ve özellikle ultrasonik dissektör yardımı ile son derece hızlı ve güvenilir olarak gerçekleştirilebilmektedir. Ayrıca eşlik eden patolojilerin tanınmasında kolaylık sağlamaktadır.

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - IV

DALAK CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Recep Güloğlu - *İstanbul Tıp Fakültesi*
Neşet Köksal - *Haydarpaşa Numune Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Otel / Opera Salonu-I

S19

LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ SIRASINDA ERKEN SPLENİK ARTER LİGASYONU
TOPLAM KAN KAYBINI AZALTIR MI?

Sunucu: Beyza Özçınar

V Özmen, B Özçınar, O Asoğlu, H Karanlık, A İğci, M Akyüz, M Müslümanoğlu, M Keçer, M Parlak
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çapa / İstanbul

Amaç: Laparoskopik splenektomi (LS), daha çok hematolojik hastalıklarda ve masif olmayan splenomegalilerde yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, laparoskopik splenektomide splenik arterin erken bağlanmasıyla kanama miktarı, ameliyat süresi, laparotomiye geçiş oranı ve hastanede kalış süresini azaltıp azaltmadığını göstermektir.

Yöntem: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1993-2003 yılları arasında hematolojik hastalığı nedeni ile tedavi gören ve splenektomi indikasyonu konulan 37 hastaya laparoskopik splenektomi ameliyatı yapıldı. Splenik arter ligasyonu, 27 hastaya (%72.97, Grup 1) dalağın mobilizasyonu öncesi, 10 hastaya (%27.03, Grup 2) dalak mobilize edildikten sonra uygulandı. Gruplar, toplam kan kaybı, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi ve laparotomiye geçiş oranlarına göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 29'u kadın (%78.37), 8'i erkek (%21.63) olup, ortalama yaş 27.3 (14-33) bulundu. Tanılar; idiyopatik trombositopenik purpura (ITP) (30 hasta, %81), lenfoma (2 hasta), hasta hairy cell lösemi (1 hasta), otoimmün hemolitik anemi (1 hasta), trombotik trombositopenik purpura (TTP, 1 hasta), dalak kist hidatigi (1 hasta) ve dalak basit kisti (1 hasta) olarak belirlendi. Laparoskopik splenektomi 33 hastada (%89). başarılı ile tamamlandı. Dört hastada intraoperatif kanama ve görüş kaybı nedeniyle laparotomiye geçildi (%10.82). Birinci grupta ortalama kan kaybı 165 mL (70-350 mL), ikinci grupta ortalama kan kaybı 274 mL (100-700mL) olarak saptandı ($p < 0.05$). Ortalama ameliyat süresi 1. grupta 130.40 dakika (60-240), 2. grupta 141.88 dakika (80-200) idi ($p > 0.05$). Hastanede kalış süresi 1. grupta 2.76 gün (2-5), 2. grupta 3 gün (2-6) olarak bulundu ($p > 0.05$). Her iki grup arasında hastanede kalış süresi, laparotomiye geçiş oranı ve ameliyat süreleri arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç: Laparoskopik splenektomi selim splenik hastalığı olan normosplenik hastalarda güvenle uygulanabilen, morbidite ve mortalitesi açık cerrahiye oranla daha az olan standart bir cerrahi bir yöntemdir. Splenik arterin erken ligasyonu dalağın daha güvenle mobilize edilmesine ve daha az kan kaybına neden olmaktadır.

S20

LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ VE AÇIK SPLENEKTOMİ KARŞILAŞTIRMASI: TEK MERKEZ DENEYİM

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Hakan Buluş, Ulaş Sözen, Atıl Çakmak, Bülent Erkek, Kaan Karayalçın
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi / Ankara

Laparoskopik splenektomi (LS) 1991 yılında ilk yapılmaya başlandığından bu yana büyük önem kazanmıştır. Son dönemlerde pek çok dalak patolojisinin tedavisinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmamızda Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda Ocak 1999 - Temmuz 2005 yılları arasında splen-

nektomi yapılan 130 hasta değerlendirilmiştir. 68 hastaya açık splenektomi (A S) 62 hastaya ise LS yapılmıştır. AS hasta grubunda toplam hasta sayısı 68 olup, 46'sı kadın (%67.7), 22'si (%32.3) erkektir. Yaş ortalaması 45.7 yıldır. LS hasta grubunda 38'i kadın (%61.3), 26'sı (%38.7) erkektir. Yaş ortalaması 36.11 yıldır. Bu iki grup ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, barsak hareketi ve oral başlanması, analjezik ihtiyacı ve yara enfeksiyonu bakımından değerlendirilmiştir, Sonuçlarımız literatür ile uyumlu bulunmuştur. Ameliyat süresi, yara enfeksiyonu bakımından fark saptanmadı. Analjezik ihtiyacı, oral ve barsak hareketi başlanma süresi ve hastane kalış süresinin karşılaştırılması, LS grubunun lehine sonuç vermiştir.

Sonuç olarak laparoskopik splenektomi deneyimli elerde güvenilir ve açık yöntemle göre daha avantajlı bir yöntemdir. Hasta yaşam kalitesi ve normal aktiviteye dönüş süresi açısından LS daha avantajlıdır.

S21

LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİLERDE LIGASURE KULLANIMI

Sunucu: Muhammet Akyüz

Umut Barbaros, Ahmet Dinççağ, Muhammet Akyüz, Nihat Aksakal

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: Bazı selim hematolojik hastalıkların tedavisinde splenektominin laparoskopik olarak yapılması tercih edilmeye başlanmıştır. Splenektomi sonrası major komplikasyon kanamadır. Laparoskopik splenektomi sırasında minör ve major vasküler yapıların bağlanması Ligasure® (Walleylab, USA) kullanımının güvenli ve başarılı bir hemostaz tekniği olup olmadığını araştırmak istedik.

Yöntem: Ocak 2005 - Ağustos 2005 tarihleri arasında kliniğimizde 12 hastaya (3 E, 9 K) laparoskopik splenektomi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 37.1 idi. Biri hariç tüm hastalara sağ semilateral pozisyonda 3 port kullanılarak laparoskopik splenektomi uygulandı. Bir hastada kolesistektomi de yapıldığı için 5 port kullanıldı. Tüm hastalarda dalak hilusu ve kısa gastrik damarların bağlanmasında Ligasure kullanıldı.

Bulgular: Hiçbir ameliyatta açığa dönülmedi. Ameliyat sırasında ortalama kan kaybı < 100 mL idi. Ameliyat süresi ortalama 88 dakika (40-120 dakika), ortalama hastanede kalış süresi 3.6 gün (2-7 gün) idi. Yapılan splenektomilerde dalagın ortalama çapı 10.75 cm (8-17 cm) bulundu. Hastaların ameliyat öncesi trombosit değerleri ortalama 179 000 (35 000 - 427 000), ameliyat sonrası ortalama 160 600 (74 000- 370 000) bulundu. Ameliyat sonrasında komplikasyon olarak 1 hastada pankreas fistülü, 1 hastada da DVT gelişti. Mortalite görülmedi.

Sonuç: Laparoskopik splenektomi Ligasure®(Walleylab, USA) kullanılarak ameliyat sırasında ve sonrasında ciddi kanama yaşanmadan güvenli ve hızlı bir şekilde yapılabilir.

S22

LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ SONRASI OLUŞAN SPLENOZİSTE MİNİMAL İNVAZİV GİRİŞİM

Sunucu: Esin Kabul

Umut Barbaros, Ahmet Dinççağ, Esin Kabul

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Splenozis, sıklıkla travmatik dalak rüptürü ve splenektomi sonrası ortaya çıkan splenil dokunun ototransplantasyonudur. Aynı zamanda bu ototransplantasyon embriyolojik gelişim sırasında da görülebilir. Literatürde intraperitoneal, intratorasik ve retroperitoneal splenozisten bahsedilmektedir. Özellikle selim hematolojik hastalıkların tedavisi sırasında splenozis görülmesi hastalığın tekrar etmesine sebep olabilir. Bu durumda splenozisin tedavisinde minimal invaziv tekniklerde faydalı olabilir. 32 yaşında, kadın hastamıza 5 yıl önce bir üniversite hastanesinde idiopatik trombositopenik purpura tanısı ile laparoskopik splenektomi uygulanmış. Ameliyat sonrası takipleri normal seyrederken, son üç aydır başlayan diş eti kanamaları nedeniyle yapılan tam kan sayımında trombositopeni saptanmış. Yapılan tüm batın tomografisinde ve ultrasonografisinde splenektomi lojunda multipl dalak implantları ile uyumlu görüntüler saptandı. Yapılan sintigrafisinde dalak lojunda ve sol böbrek üst pol komşuluğunda multipl splenozis odakları saptanan hastaya laparoskopik eksplorasyon yapıldı. Batın içinde daha önceki iki port yerinde splenozis odağı görüldü. Ayrıca splenektomi lojuna yapışmış omentum majus üzerinde irili ufaklı bir çok splenozis odağı görüldü. Ayrıca sol böbrek üst polde 2cmlik dalak çıkartıldı. Tüm batın eksplorasyonu sonrasında 1 adet aspiratif dren konularak ameliyata son verildi. Ameliyat 10 mm'lik 3 port ile tamamlandı. Ameliyat sonrası hastanın trombosit sayısı steroid almaksızın 265000 olarak belirlendi. Ameliyat sonrası 1. gününde hasta taburcu edildi.

Bir ay sonra yapılan sintigrafide splenozis odaklarının tamamen kaybolduğu görüldü. Literatürde splenozis odaklarının laparoskopik tedavisinden bir kaç çalışmada bahsedilmektedir. Minimal invaziv cerrahi girişimle splenozisi tedavi etmek güvenilir, başarılı ve etkili bir yöntem olarak kullanılabilir.

S23

LAPAROSKOPIK VE AÇIK SPLENEKTOMİNİN TRAVMAYA SİSTEMİK STRES YANITI BAKIMINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu: Yücel Polat

Gökhan Adaş, Murat Bağ, Yücel Polat, Yaşar Doğan, Servet Karahan
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi / İstanbul

Organizma travmaya maruz kaldığında temel amacı travmaya karşı sistemik lokal yanıtlar oluşturarak homeostazisi düzenlemek ve korumaktır. Travmada oluşan nöroendokrin yanıt mediatör salınımı, hücre içi ve hücreler arası metabolik değişiklikler travmanın süre ve şekline göre değişir. Boyutu ne olursa olsun ameliyat bir travmadır ve bu travma vücutta değişik metabolik endokrin yanıtlar zincirini başlatan bir nedendir. Amacımız splenektomi endikasyonu konan hastalarda konvansiyonel ve laparoskopik cerrahi travmasına oluşan metabolik yanıtı değerlendirmek; avantaj ve dezavantajlarını istatistiksel olarak belirlemektir. Kasım 2003 ve Ocak 2005 tarihleri arasında splenektomi endikasyonu konup splenektomi yapılan 29 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Birinci gruba (n: 16) laparoskopik splenektomi, ikinci gruba (n: 13) açık splenektomi uygulandı. Laparoskopik ve açık ameliyat endikasyonu kararı verilirken hastanın kendi seçimi ve dalak boyutu kriterlerine göre tercih yapılmıştır. Bütün hastalarda ameliyat süresi, ameliyat ve sonrası kanama miktarı, komplikasyon, transfüzyon ihtiyacı, hastanede yatış süresi, ameliyat sonrası ağrı ve analjezik ihtiyacı ile işe dönüş zamanına bakıldı. Ayrıca cerrahi travmaya metabolik ve endokrin yanıt göstergelerinden ameliyat öncesi ve sonrası kan kortizol, kantitatif CRP, troid hormon ve TSH düzeyleri ile solunum fonksiyon testleri yapıldı. Kanama miktarı, analjezik kullanımı, işe dönüş zamanı laparoskopik grup lehine anlamlı bulundu ($p<0.05$). Venöz kanda ölçülen plazma CRP (kantitatif) ve kortizol düzeyleri yine birinci grup lehine anlamlı bulundu ($p<0.05$). Solunum fonksiyon testlerinde de vital kapasite laparoskopik grup lehine anlamlı bulundu. Literatürde laparoskopik splenektominin üstünlükleri ameliyat süresinin uzun olmasına rağmen kanama miktarının ve kan transfüzyonu ihtiyacının azalması, ameliyat sonrası komplikasyonlarının az olması, ameliyat sonrası ağrının az olması, analjezik ihtiyacının az olması ve işe dönme süresinin kısa olmasıdır. Biz çalışmamızda laparoskopik splenektominin literatürde belirtilen üstünlüklerini bir kez daha kanıtlamış olduk. Gelişen teknoloji ve cerrahi tecrübe sayesinde hematolojik hastalıklarda laparoskopik splenektomi; kanama miktarının az olması, transfüzyon ihtiyacının az olması, travmaya stres yanıtının az olması, postoperatif pulmoner fonksiyon bozukluğunun az olması, postoperatif ağrının az olması, postoperatif komplikasyonlarının az olması ve işe dönme süresinin erken olması nedeniyle uygun vakalarda altın standarttır.

S24

LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Sunucu: Mehmet C. Kahya

Yasin Peker, Mehmet C. Kahya, Fatma Tatar, Necat Cin, Enver Reyhan
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği / İzmir

Amaç: Laparoskopik splenektominin teknik özelliklerini ve ameliyat sonuçlarını incelemek

Yöntem: İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniğinde Kasım 2004 - Temmuz 2005 tarihleri arasında 11 olguya splenektomi uygulandı. Hematolojik hastalıkları nedeni ile operasyonu planlanan olgular yaş, cinsiyet, operasyon yöntemi, operasyon süresi, komplikasyon, hastanede yatış süresi yönünden incelendi.

Bulgular: Olguların 6 (%54.5)'si kadın, 5 (%45.5)'i erkek olup yaş ortalaması 41 (20-75) idi.

Laparoskopik operasyon 7 (%63.6), açık operasyon ise 5 (%45.4) hastaya planlandı. Anatomik diseksiyondaki zorluk nedeni ile bir (%14.2) olguda açık operasyona geçildi. Diğer altı (%85.8) olgu laparoskopik olarak bitirildi. Operasyon süresi laparoskopik girişimlerde 146 (90-205) dakika, açık girişimlerde ise 111 (70-140) dakika idi. Laparoskopik yöntemle opere edilen bir olgumuzda postoperatif 1. gün batın içi kanama bulguları gelişti ve aynı gün kanama kontrolü yapıldı. Komplikasyon gelişen başka olgumuz olmadı. Hastanede yatış süresi laparoskopik işlem sonrası 3. 5 (2-5) gün, açık işlem sonrası 6.25 (5-8) gündür.

Sonuç olarak laparoskopik splenektomi güvenli ve etkili bir yöntemdir.

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - V

ADRENAL VE ÖZEFAGUS CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Orhan Kozak - *Ankara GATA Tıp Fakültesi*
Şerafettin Özer - *Kasımpaşa Deniz Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-II

S25

ADRENAL CERRAHİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIM:

33 ADRENALEKTOMİ DENEYİMİ

Sunucu: Uğur Deveci

Umut Barbaros, Selçuk Mercan, Rıdvan Seven, Alp Bozbora, Yeşim Erbil, Selçuk Özarmağan, Uğur Deveci
İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: 1987 yılında ilk laparoskopik kolesistektominin uygulanmasından bu yana videoskopik cerrahi giderek gelişmiş ve 1992 yılında adrenal cerrahide de kullanılmaya başlanmıştır. Bu retrospektif çalışmada adrenal kitle nedeniyle videoskopik adrenalectomi uyguladığımız hastalar incelenmiş ve sunulmuştur.

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Eylül 1993 - Haziran 2005 tarihleri arasında kliniğimize adrenal kitle ile başvuran 172 hastadan 29'üne 33 videoskopik adrenalectomi uygulandı. 24 hastaya posterior, 8 hastaya anterior yaklaşımla videoskopik adrenalectomi uygulandı. Hastalar ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, per op komplikasyon ve morbidite açısından incelendi

Bulgular: Hastaların 26'si kadın, 3'ü erkek idi. Hastaların 7'sinde non fonksiyonel adrenal adenom, 4'ünde adrenal kist, 4'ünde Cushing hastalığına bağlı bilateral hiperplazi, 4'ünde Cushing sendromu, 4'ünde feokromasitoma, 3'ünde Conn sendromu, 1'inde akciğer tümörü metastazı, 1'inde korteks karsinomu, 1'inde ganglionörom mevcuttu. Yaş ortalaması 42 (21-65) idi. Ortalama ameliyat süresi 130 dk (60-300) idi. Ortalama hastanede kalış süresi 3,6 (2-6) gün idi. 1 hastada perop vena cava yaralanması oldu ve lomberotomi uygulanarak tamir yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde, 1 hastada pankreas fistülü gelişti ve konservatif tedavi ile iyileşti. 2 hastada port yeri infeksiyonu meydana geldi, antibiyotik ile tedavi edildi.

Sonuç: Minimal invaziv adrenal cerrahisi, daha az ağrı, iyi kozmetik sonuç, erken fizik aktiviteye dönüş gibi önemli avantajlarının olması nedeniyle günümüzde uygun vakalarda altın standart haline gelmiştir. Videoskop ile elde edilen görüş sahası, cerrahların adrenal lojda daha rahat ve güvenli çalışabilmesini sağlamıştır.

S26

LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ

Sunucu: Mehmet Görgün

Mehmet Görgün, Hidayet Çatal, Hakan Köse, Önder Tosun, Alper Çalışkan

S. B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği / İzmir

Adrenal bez cerrahisi son 10 yılda laparoskopik yöntemlerle yapılmaya başlanmıştır. Bu yörelinde teknolojik gelişim ve deneyim artışı yanında adrenal bez patolojilerinin genellikle küçük çapta ve malinite oranlarını düşük olması da rol oynamıştır. Laparoskopik adrenalectomi azalmış postoperatif ağrı, kısalmış hastanede kalış süresi, azalmış morbidite, daha hızlı iyileşme, daha iyi kozmetik sonuç avantajlarına sahiptir. Kliniğimizde Mart 2001 ile Ağustos 2005 arası 13 olguya adrenalectomi uygulanmıştır. Bunların 8'i laparoskopik transperitoneal yöntemle yapılmıştır. 8 hastanın 6'sı kadın, 2'si erkektir. Yaşları ortalama 45'dir (33-72). Olguların birinde açık ameliyata geçilmiştir. Ortalama ameliyat süresi 170 dakikadır (120 dk - 220 dk) ortalama kitle ağırlığı 13.4 gramdır (6 gr - 20 gr). Hiçbirinde postoperatif komplikasyon gelişmedi. Sonuç olarak laparoskopik adrenalectomi emniyetli ve yeterli bir yöntemdir. Yakın gelecekte adrenal bez patolojilerinde bu yöntem "altın standart" olacaktır.

S27

FEOKROMASİTOMANIN TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ GİRİŞİM

Sunucu: Nihat Aksakal

Umut Barbaros, Nihat Aksakal, Uğur Deveci, Alp Bozbora, Yeşim Erbil, Selçuk Özarmağan, Selçuk Mercan

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: Videoskopik adrenalektomi ilk kez 1991'de tanımlanmış ve giderek yaygınlaşarak günümüzde feokromasitoma hastalarında da kullanılır olmuştur. Bu retrospektif çalışmada feokromasitoma tanısı ile videoskopik adrenalektomi yapılmış hastalar incelenmiş ve sunulmuştur

Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya Aralık 2002 - Temmuz 2005 tarihleri arasında feokromasitoma tanısı ile videoskopik adrenalektomi uygulanan 4 hasta alındı. 2 hastaya posterior, 2 hastaya da anterior yaklaşımla videoskopik adrenalektomi uygulandı. Hastalar ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, peroperatuar komplikasyon ve morbidite açısından incelendi.

Bulgular: Hastaların 3'ü kadın 1'i erkek idi. Yaş ortalaması 39 (33-47) idi. Ortalama ameliyat süresi 157 dk (120-180) idi. Ameliyat sırasında komplikasyon ile karşılaşılmadı. Ortalama hastanede kalış süresi 3 (2-4) gün idi. Ortalama takip süresi 19 ay (2-31) idi. Ameliyat sonrası dönemde 1 hastada port yeri enfeksiyonu gelişti. Antibiyoterapi ve yara pansumanı ile iyileşti.

Sonuç: Minimal invaziv adrenal cerrahisi, daha az ağrı, iyi kozmetik sonuç, erken fizik aktiviteye dönüş gibi önemli avantajlarının olması nedeniyle günümüzde uygun vakalarda altın standart haline gelmiştir. Özellikle feokromasitomada, disseksiyon sırasında kitleye olan basının en aza indirgenmesi meydana gelebilecek hipertansif atakların gelişimini engellemektedir.

S28

ADRENAL BEZ CERRAHİSİNDE LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ İLE AÇIK ADRENALEKTOMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Hakan Buluş, Ulaş Sözen, Atıl Çakmak, Bülent Erkek, Savaş Koçak, Mehmet Gürel, Semih Aydınтуğ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

Giriş: Adrenal bez cerrahisinde minimal invazif tekniklerin kullanılması gün geçtikçe önem kazanmaktadır. Bu çalışmada laparoskopik transabdominal adrenalektomi ile açık posterior adrenalektomi intraoperatif ve postoperatif dönemdeki sonuçları açısından karşılaştırılmıştır.

Materyal ve Metod: 1998-2005 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde yapılmış olan 43 laparoskopik adrenalektomi (LA) ve 49 açık adrenalektomi (AA) karşılaştırılmıştır.

Sonuçlar: LA yapılanlarda yaş ortalaması 44.2, AA yapılanlarda ise 46.3'tür. AA yapılan hastalarda 22'ü feokromasitoma, 18'si Cushing hastalığı, 1 tanesi Sürrenal kanama, 7 tanesi malignite nedeniyle yapılmıştır. LA yapılanlardan 17'si Cushing hastalığı, 24'ü feokromasitoma, 2'si de adrenalde kist nedeniyle opere edilmiştir. Ortalama operasyon sürtesi AA için 120 dakika, LA için 150 dakikadır. Hastanede ortalama kalış sürtesi AA'de 7.1 gün, LA'de 5.1 gündür. AA yapılan hastaların %6'sında yara yeri enfeksiyonu, %10'unda akciğer komplikasyonları, %6'sında kardiyak komplikasyonlar, %4'ünde böbrek kaynaklı komplikasyonlar, %2'sinde postoperatif hemoraji gözlenmiştir. LA yapılanlarda ise %11 akciğer komplikasyonları, %2'sinde gluteus absesi, %2 yara yeri enfeksiyonu, %1 hastada ise sağ ayakta paralizi gelişmiştir. %2 hastada ise subileus gözlenmiştir. LA'de açığa dönme oranı %9.3'tür (4 hasta).

Yorum: Sonuç olarak laparoskopik adrenalektomi, açık adrenalektomiye göre daha kısa hastanede kalış, daha düşük postoperatif komplikasyon oranları ile etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Laparoskopik ve endokrin cerrahisi üzerine uzmanlaşmış kliniklerde ve deneyimli ellerde uygulandığında minimal invazif cerrahinin tüm faydalarını sağlamaktadır.

S29**VIDEOLAPAROSKOPIK TRANSHİATAL ÖZOFAJEKTOMİ (KARINDAN ELLE YARDIM OLMAKSIZIN)****Sunucu: Mehmet Görgün**

Mehmet Görgün, Önder Tosun, Hakan Köse, Esmâ Demirtosun, Serdar Civelek

S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği / İzmir

Teknolojideki hızlı gelişim ve cerrahların deneyimlerinin artmasıyla videoskopik cerrahi ameliyatlar da çeşitlilik kazandı ve olgular yüksek sayılarla yayınlanmaya başlandı. Bugüne kadar literatürde yayınlanan transhiatal özefajektomilerin hepsinde karınıci rezeksiyon ve mide tüpünün hazırlanması ve tümöral bölümün çıkarılması karın kesişi yapılarak el yardımı ile yapılmıştır. Bizim iki olgumuzda da karın kesişi yapılmayıp el yardımı olmaksızın videoskopik olarak tamamlanmış ve özefagus, tümöral doku ve mide küçük kurvaturunu içeren dokular sol servikal kesinden çıkarılıp mide yukarıya çekilmiştir.

1. Olgu: A.T., 33 yaşında, kadın, Tanı: Distal Özefagus CA.

Preoperatif tedavi (radyoterapi) uygulanmadı. Mart 2003 tarihinde videoskopik transhiatal özefajektomi uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Patolojik Tanı: Orta Derecede Diferansiye Epidermoid Karsinom + Lenf Bezi Metastazı. Evre III. Ek Tedavi: İki kür 5FU+Endoksan+Farmarubisin uygulandı. Ancak daha sonra kemoterapi hastanın kabul etmemesi üzerine kesildi. Radyoterapi uygulandı. 1 yıl sonra çöliak bölgede lokal tümör yayılımı nedeniyle eksplore edilip Witzel jejunostomi uygulandı. Hasta 5 ay sonra eks oldu.

2. Olgu: M.B., 48 yaşında, kadın, Tanı: Distal Özefagus CA.

Preoperatif tedavi uygulanmadı. Haziran 2004 tarihinde videolaparoskopik transhiatal özefajektomi uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Patolojik Tanı: Orta Derecede Diferansiye Epidermoid Karsinom + Lenf Bezi Metastazı. Evre III. Ek Tedavi: Ek tedavi olarak Elokstatin kemoterapisi uygulandı. Hasta 6 aylık aralarla kontrollerini yaptırmaktadır. Hala hastaliksiz sağ kalımda olup normal yaşamını sürdürmektedir.

Sonuç olarak yaptığımız iki olgudaki kanaatimiz videoskopik yöntemin transhiatal özefajektomi için daha güvenilirdir, kontrollü ve daha az travmatik olduğu yönündedir.

S30**TORAKOSKOPIK VE LAPAROSKOPIK TOTAL ÖZOFAJEKTOMİ: VAKA SUNUMU****Sunucu: Beyza Özçınar**

B Özçınar, V Özmen, O Asoğlu, A İğci, M Keçer, M Müslümanoğlu, F Altıntoprak, M Akyüz, M Parlak

İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çapa / İstanbul

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi ile başlayan minimal invazif cerrahi girişimler, tüm torakal ve abdominal organların cerrahi tedavisinde giderek artan bir sıklıkta uygulanmaktadır. Elde edilen sonuçlar, bu yöntemin açık transtorakal ve transhiyatal özofajektomiye güvenilir bir alternatif olduğunu ortaya koymaktadır. Torakoskopik ve laparoskopik olarak başarı ile tedavi ettiğimiz ve verilere göre ülkemizde ilk olarak uygulanan bir olgu nedeni ile konu gözden geçirilmiş ve sunulmuştur.

Yöntem ve Bulgular: Mayıs 2005'te İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği C Servisi'nde 53 yaşındaki bir erkek hastaya, endoskopi ve biyopsi ile distal 1/3 özofagus kanseri tanısı konuldu. Yapılan kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde tümörün adventisyayı invaze etmediğine (T2) karar verildi. Yaklaşık 40 yıldır günde 3 paket sigara içen hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı mevcuttu. Hasta erken evre özofagus tümörü kabul edilerek, ameliyata hazırlandı. Ameliyat sırasında, torakoskopik olarak özofagus ve para-özofajeal lenf diseksiyonu yapıldı. Daha sonra laparoskopik olarak mide tüp haline getirildi, çölyak lenf bezleri spesmen üzerinde kalacak şekilde disseke edildi. Boyun sol tarafına yapılan bir kesi ile özofagus bulunarak serbestleştirildi, özofagus ve tüp haline getirilen mide boyuna doğru çekildi. Daha sonra tümörlü özofagus ve proksimal mide eksize edildi ve özofago-gastrostomi yapıldı. Hastaya 5. gün pasaj grafisi çekilerek oral gıda başlandı. Postoperatif 7. gün sağ akciğer alt lob atelektazisi olan hasta, 12. gün taburcu edildi.

Sonuç: Torakoskopik özofagus mobilizasyonu, laparoskopik midenin tüp haline getirilmesi ve çölyak lenf diseksiyonu yapılan özofagus kanserli hasta serilerindeki erken sonuçlar, bu cerrahi girişimin güvenle yapılabileceğini göstermektedir. Morbidite ve mortalite oranlarının daha düşük olması, deneyimin artması ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte bu girişimler, erken evre özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde transhiyatal veya torakotomi-li özofajektomilere alternatif olarak görülmektedir.

SERBEST BİLDİRİ OTURUMU - VI

GASTRO-ÖZEFAGEAL REFLÜ CERRAHİSİ

Oturum Başkanları: Mehmet Çağlıkülekcı - *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi*
Mustafa Şahin - *S. B. Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonu-III

S31

LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYON SONUÇLARI: TEK MERKEZ

Sunucu: Adem Karataş

Erhun Eyüboğlu, Turgut İpek, Adem Karataş

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi / Istanbul

Amaç: Laparoskopik fundoplikasyon işlemi gastroesophageal reflü (GER) hastalığının tedavisinde altın standart haline gelmiştir. Bu çalışmada Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anabilim Dalı'nda Ağustos 1993 - Mart 2005 tarihleri arasında GER tanılı 490 hastaya uyguladığımız Laparoskopik (Lap.) Nissen fundoplikasyon işleminin sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ağustos 1993 - Mart 2005 tarihleri arasında GER tanılı 490 hastaya Lap. Nissen fundoplikasyon uygulandı. Yaş ortalaması 34.8 (20-75) olan hastaların 244'ü kadın (%49.7) 246'sı (%50.3) erkekti. Hastalara preoperatif endoskopi, PH meter ve pasaj grafisi uygulandı. Ana yakınmalar heartburn (%97.3), epigastrik ağrı (%77.4), regürjitasyon (%80.7), disfaji (%12.0), ses değişikliği (%64.3), kronik öksürük (%63.8), wheezing (%9.2) olarak belirlendi. Preoperatif PPI kullanım oranı %99.6 idi. Preoperatif hiatal herni oranı %59.1 olarak saptandı. Endoskopik New Savary-Miller sınıflamasına göre hastaların %77.1'i grade II, %19.7 grade I, %2.6 grade III ve %0.6 grade IV idi. Cerrahi tedavi için endikasyonlar medikal tedaviye direnç, uzun süreli ilaç kullanımı, özefajit ve baret özefagusu olarak belirlendi.

Bulgular: Ortalama ameliyat süresi ilk 10 olguda 152 dakika iken son 10 olguda 60 dakikaydı. Konversiyon gerekmedi. Hastanede kalış süresi 1.7 (1-8) gündü. Hastaların %0.4 (2 hasta) lokal dalak iskemisi, %0.2 (1 hasta) pneumothorax, %1.4 (7 hasta) reflü nüksü gözlemlendi. Mortalite oranı % 0.2 (1 hasta) idi. Hastalara postop 1. günde kontrol AC grafisi çekilerek oral baslandı. Disfaji şikayeti postop 1. ay içinde %11.2 (55 hasta), 1-3 ay içinde %3.0 (15 hasta), 3 ay - 1 yıl içinde %0.6 (3 hasta), 1 yıldan sonra %0.2 (1 hasta) oranında görüldü. Hastaların %57.8'i QOL skorlamasını mükemmel, %30.0'ı çok iyi, %11.5'i iyi, %0.5'i kötü olarak yanıtladı. Bu skorlamayı çok kötü olarak cevaplayan hasta olmadı.

Sonuç: Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu GER'in tedavisinde etkili ve efektif bir tedavi yöntemidir. Bu işlemle ilgili deneyimin artmasının ameliyat süresi, hastanede kalış süresi morbidite ve mortalite oranları üzerine olumlu etkisi vardır. Lap nissen fundoplikasyonu GER hastalığının cerrahi tedavisinde tercih edilmesi gereken tedavi metodu olmalıdır.

S32

NİSSEN FUNDOPLİKASYON ASİT REFLÜSÜNÜ NE KADAR ENGELLER?

Sunucu: Halil Alış

Halil Alış, Erşan Aygün, Mustafa Kalaycı, Kemal Dolay, Ahmet N. Turhan, Berge Ede

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / Istanbul

Giriş: 1990'ların başlarından itibaren laparoskopik cerrahideki gelişmeler sayesinde Nissen fundoplikasyon gastro-özefageal hastalığın tedavisinde giderek yaygın olarak kullanılmaktadır.

Materyal ve Metod: Ekim 2004 - Temmuz 2005 tarihleri arasında prospektif bir çalışma olarak devam eden GÖRH tanısıyla laparoskopik fundoplikasyon yaptığımız hastaların ameliyat öncesi ve sonrasında 3. haftadaki mide sıvısının reflüsü 24 saatlik pH monitorizasyon sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 33 olgunun 20'si kadın 13'ü erkekti. Ortalama yaş 43.4 idi (19-72). Şikayetlerin süresi 6 yıl olarak hesaplandı. 24 saatlik pH monitorizasyonda DeMeester skoru 63.6, toplam reflü zamanı 19.6, Reflü sayısı 84, 5 dakikadan uzun süren reflü sayısı 7.3, uzun reflü zamanı 63.9 dk olarak bulundu. Semptom skoru 8 idi. Ameliyat sonrası 3. haftada yapılan değerlendirmede DeMeester skoru 29.6, toplam reflü zamanı 10.3, Reflü sayısı 34.5, 5

dakikadan uzun süren reflü sayısı 2.9, uzun reflü zamanı 39.8 dk olarak bulundu. Semptom skoru postop 6. ayda 3 olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Nissen fundoplikasyon mide içeriğinin özefagusa olan reflüsünü engellemede etkin bir yöntemdir.

S33

LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYON DENEYİMİMİZ

Sunucu: Beyza Özçınar

V Özmen, B Özçınar, A İğci, O Asoğlu, M Müslümanoğlu, M Keçer, E Şen Oran, H Karanlık, M Parlak
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çapa / İstanbul

Amaç: Gastroözofajeal reflü hastalığının (GÖR) tedavisinde, laparoskopik antireflü cerrahi girişimler son on yıl içerisinde giderek artan sıklıkta uygulanmaktadır. Bu çalışmada İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi'nde 1995-2003 yılları arasında yapmış olduğumuz ve takip edilebilen laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu olgularımıza ait sonuçlar sunulmaktadır.

Yöntem: Genel Cerrahi kliniğimizde 1995-2003 yılları arasında laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı uygulanan ve takip edilebilen toplam 143 hasta demografik özellikleri, hastaneye başvuru şikayetleri, endoskopik bulguları, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri, ameliyat sırasındaki komplikasyonları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 79'u (%55.24) kadın, 64'ü (%44.76) erkek ve ortalama yaş 39.5'ti (17-81). En sık yakınmalar; epigastrik ağrı (%49), regürjitasyon (%35), retrosternal yanma (%34), disfaji (%8) olarak saptandı. Gastroskopi ve distal özofagus biyopsisi rutin yapıldı. Endoskopide; 96 hastada (%67.13) GÖR'e bağlı özofajit, 41 hastada (%28.67) GÖR+Barrett metaplazisi, tüm hastalarda hiyatal herni (%100) saptandı. Gerekli olgularda ameliyat öncesi; özofagografi, özofagus manometresi ve 24 saat pH monitorizasyonu yapıldı. Hastaların tümü ameliyat öncesi bir süre medikal tedavi almıştı. Laparoskopik krus tamiri ve gevşek (floppy) Nissen Fundoplikasyonu ameliyatları yapıldı. Bir hastada kanama nedeni ile açık cerrahiye geçildi (%0.7). Ortalama ameliyat süresi 66 dakika (35-205) olarak bulundu. Hastalara ameliyat akşamı oral sulu gıda başlandı. Ameliyat sonrası 30 hastada geçici disfaji (%21), 5 hastada (%3.49) subkütan amfizem ve pnömotoraks, 1 hastada ameliyattaki pozisyona bağlı omuz dislokasyonu, 1 hastada batın içi kanama saptandı. Ameliyata bağlı mortalite görülmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 1.6 gündü (1-5 gün), ortalama takip süresi 19 ay (3-76 ay) idi. Yapılan kontrol endoskopi ve biyopsi sonuçlarına göre, Barrett metaplazisinde kısmi gerileme (10 hasta, %24), tam gerileme (7 hasta, %17) saptandı. Barrett metaplazisi, 23 hastada (%56) değişmedi, 1 hastada hafif displaziye progresyon görüldü. Klinik olarak değerlendirildiğinde; hastaların 74'ünde (%52) mükemmel, 56'sında (%39) iyi, 10'unda (%7) orta derecede iyileşme olduğu belirlendi. Üç hasta ise ameliyattan fayda görmediğini ifade etti. Yakınmaları ameliyattan 1 yıl sonra tekrarlayan ve yapılan tetkiklerinde nüks GÖR hastalığı saptanan 1 hasta yeniden ameliyat edildi.

Sonuç: Laparoskopik anti-reflü cerrahi girişimler, GÖR hastalığının tedavisinde mükemmel sonuçlar veren, hasta yaşam kalitesini artıran, Barrett metaplazisinde regresyona neden olan altın standart bir cerrahi yöntemdir.

S34

AKALAZYA HASTALIĞININ TEDAVİSİNE LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

Sunucu: Fatih Altıntoprak

Abdullah İğci, Fatih Altıntoprak, Oktar Asoğlu, Mahmut Müslümanoğlu, Vahit Özmen, Muhammet Akyüz, Onur Peşluk, Mustafa Keçer, Mesut Parlak

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: Laparoskopik özofagokardiomyotomi (Heller) ameliyatı sonuçlarımızı retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: 1992-2005 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi C Servisi'nde akalazyaya tanısı konulmuş 10 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların 9 tanesi kadın, 1 tanesi erkek olup yaş ortalaması 40 (28-68)'di. Tüm olgulara tanı konulması aşamasında endoskopi, özofagus pasaj grafisi ve manometrik incelemeler yapıldı. Ameliyat sonrası 14. günde manometrik inceleme ve pasaj grafileri tekrarlandı. Ameliyat öncesi yapılan manometrik incelemelerde alt özofagus sfinkter basıncı ortalama 43 mmHg (37-49) olarak ölçüldü.

Bulgular: Ameliyat süresi ortalama 60 dakika (30-90) olup, hastanede yatış süresi ortalama 3 gün (2-4)'dü. 9 olguda ameliyat sorunsuz olarak tamamlanırken, 1 olguda (%10) gelişen mukozal yaralanma intrakorporeal olarak tamir edildi. Üç olguda (%30) ameliyata anterior fundoplikasyon eklendi. Ameliyat sonrası 14. günde yapılan manometrik incelemede alt özofagus sfinkter basıncı ortalama 11 mmHg (3.2-18) olarak saptandı, pasaj grafisinde patoloji

saptanmadı. Olgular ortanca 44 ay (2-105) takip edildi. Sadece 1 olguda (%10) 6. ayda grade-I özofajit saptandı ve medikal olarak tedavi edildi, diğer olgular semptomsuzdu.

Sonuç: Ameliyat sonrası hastanede yatış süresini kısaltan ve hasta konforu açısından daha iyi sonuçları olan laparoskopik girişimler, deneyimli ekipler tarafından akalazyalı hastalarda güvenle uygulanabilir. Laparoskopik özofagokardiyomyotomi (Heller) ameliyatına antireflü girişimlerinin eklenip eklenmemesi güncel tartışmasını korumakta olup, cerrahın deneyimi ve hastanın özelliklerine göre uygulanıp uygulanmayacağına karar verilmelidir

S35

ÖZEFAJİTİ OLAN OLGULARDA 24 SAATLİK PH MONİTORİZASYONUN ÖNEMİ

Sunucu: Halil Alış

Halil Alış, Erşan Aygün, Mustafa Kalaycı, Kemal Dolay, Berge Ede, Berrin Dodur

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Amaç: Endoskopik olarak özefajit düşünülen ve patolojik olarak ispatlanan hastalarda yaptığımız 24 saatlik pH monitorizasyonu sonuçlarımızı paylaşmak.

Materyal ve Metod: Ocak 2004 - Ağustos 2005 tarihleri arasında reflü benzeri şikayetlerle başvuran ve endoskopik olarak özefajit saptanarak alınan patolojik örneklerde özefajiti ispatlanan hastalara 24 saatlik pH monitorizasyonu uygulandı. Uygulama lokal anestezi ile tek kullanımlık çift probu pH kateteri (MMS Orion pH meter; Medical Measurement Systems BV; Holland) kullanılarak yapıldı. Kateter uygulandıktan sonra hasta bilgilendirilerek eve gönderildi. 24 saat sonra kateter çıkartılarak veriler orijinal programda değerlendirildi. Prospektif olarak yürütülen çalışmada ardışık 75 testin sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: 67 olguda 75 pH monitorizasyonu yapıldı. 8 olgunun ameliyat sonrası sonuçları incelemeye dahil edilmedi. Olguların 28'i erkek ve 39'u kadın idi. Ortalama yaş 42 (22-60) olarak bulundu. Olguların total reflü zamanı 187.9 dk; toplam reflü yüzdesi %14.65, reflü sayısı 68.5, 5 dakikadan uzun reflü sayısı 4.7 ve en uzun reflü zamanı ortalama 41 dk olarak bulundu. Reflü indeksi ortalama 5.2 olarak hesaplandı. Reflü döneminde pH'ın 3'ün altına düştüğü zaman dilim %89 olarak bulundu. Bu değerlendirmelerin sonucunda ADS (adult skor sonuç)'e göre toplam reflü zamanı 14.2 (≤ 4.2), reflü periyodunun sayısı 77.9 (≤ 50), 5 dakikadan uzun reflü sayısı 5.3 (≤ 4.0) ve en uzun reflü zamanı 40.9 (≤ 9.2) olarak saptanmıştır. DeMeester skoru 47.6 (N: 14.72 üst limit %95 yüzde) olarak saptandı. Olguların 38'i normal DeMeester skoruna, 34 olgu normal toplam reflü zamanı, 33 olgu normal reflü sayısına ve 45'i normal 5 dakikadan uzun reflü sayısına sahiptiler.

Sonuç: 24 saat pH monitorizasyonu özefagus içindeki asid ölçümü sayesinde reflü hastalığının varlığını yüksek oranlarda saptamaktadır. Mukozal hasarın varlığını endoskopiden daha yüksek oranlarda gösterdiği belirtilmektedir. Serimizde ortaya çıkan yüksek orandaki normale yakın klinik ve endoskopik olarak şüpheli gastroözefageal reflü hastalığı düşünülen hastalarda yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip olması nedeniyle hastalığı ispatlamak amacıyla kullanılmalıdır.

S36

GASTROEZOFAGEAL REFLÜ (GÖR) HASTALIĞININ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK NISSEN FUNDOPLİKASYONU

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Hakan Buluş, Ulaş Sözen, Süleyman Özdemir, Ahmet Gökhan Türkçapar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

Gastroezofageal reflü (GÖR) hastalığının tedavisinde laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 1998-2004 yılları arasında GÖR tanısıyla Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu yapılan 812 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 47'dir. Hastaların 310'u erkek (%38.2), 502'ki kadındır (%61.8). Hastalarda 11'inde daha önce geçirilmiş abdominal cerrahi mevcuttu (7 kolesistektomi, 2 laparotomi, 3 gastrik ülser). Ortalama ameliyat süresi 90+/-15 dakikadır. Morbidite %0.1'dir (geç fundur perforasyonu). Mortalite %0'dır. 3 vakada açığa dönmüştür (%0.4). Ameliyat sonrası takiplerde 24 hastada eski şikayetleride bir tekrarlama görülmüştür (%8). Hastaların %78'i operasyondan fayda gördüğünü ve şikayetlerinde tamamen düzelme olduğunu belirtmiştir. %12'i şikayetlerinde anlamlı bir gerileme olduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu, gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde, oldukça etkili bir yöntemdir. Deneyimli ellerde primer semptomların kontrol etmede, yüksek oranda başarılı ve güvenli bir yöntemdir.

POSTER OTURUMU - I

Oturum Başkanları: Aslan Sakarya - *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi*
Kemal Yandakçı - *S. B. Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

19.09.2005 Pazartesi / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonları Önü

P1

RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI GELİŞEN LENFOSELİN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Sunucu: Burhan Mayir

Burhan Mayir, Okan Erdoğan, Alper Demirbaş, Ayhan Dinçkan, Alihan Gürkan

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Antalya

Renal transplanasyon sonrası lenfösel %0.6-18 oranında görülür. Asemptomatik seyredebileceği gibi bası sonucu idrar miktarında azalma, kreatin düzeyinde artış, batında kitle, karın ağrısı, iliak vene bası sonucu bacakta ağrı, ödemle ortaya çıkabilir. Semptomatik lenfösellerin tedavi gerektirir. Perkütanöz drenaj, iğne aspirasyonu ve sklerozan madde enjeksiyonu veya açık veya laparoskopik internal drenaj gibi çeşitli tedavi yöntemleri vardır. Bu çalışmada renal transplant sonrası lenfösel gelişen üç hastada laparoskopik internal peritoneal drenaj uygulanması tartışılmıştır.

Olgu 1: 57 yaşında bayan hasta renal transplant sonrası bacakta ödem ile başvurdu. Serum kreatin düzeyi 2.0 mg/dl'ye yükselmisti. USG'de 63x74 mm lenfösel saptandı. Perkütanöz drenaj uygulandı. Drenaj sonrası tekrar lenfösel gelişimi gözlemlendi. Bunun üzerine laparoskopik internal drenaj uygulandı. Operasyon sonrası kreatin düzeyinde normal seviyeye geriledi.

Olgu 2: 33 yaşında erkek hastanın rutin takiplerinde seviyesinde yükselme saptandı. USG'de 100x77 mm boyutlarında lenfösel saptandı. Perkütanöz drenaj sonrası tekrar lenfösel gelişti. Laparoskopik internal drenaj uygulandı. 6. ay takibinde rekürrens izlenmedi.

Olgu 3: 48 yaşında erkek hastada rutin takiplerinde kreatin seviyesinin 1.1 mg/dl'den 3.1 mg/dl'ye yükseldiği görüldü. Ultrasonografik incelemede 100x75 mm boyutlarında lenfösel uyumlu görünüm izlendi. Öncelikle perkütan drenaj uygulandı. Tekrar lenfösel gelişmesi üzerine olguya laparoskopik internal drenaj uygulandı. Operasyon sonrası kreatin seviyesi normale geriledi. Ultrasonografik takiplerde tekrara lenfösel birikimi gözlemlendi. Olguya daha sonra açık internal drenaj uygulandı. Daha sonraki takiplerde tekrar birikim gözlenmedi.

Tartışma: Renal transplantasyon sonrası gelişen lenfösel tedavisinde laparoskopik yaklaşım bir çok merkez tarafından yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu yaklaşımın hastanede yatış süresinde kısılma, düşük morbidite ve düşük rekürrens oranı gibi avantajları vardır. Lenfösel tedavisinde laparoskopik internal peritoneal drenaj güvenli ve etkin bir tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir. Bilgilerimize göre bu olgular Türkiye'de laparoskopik internal peritoneal drenaj uygulanan ilk olgulardır.

P2

İLERİ LAPAROSKOPİ UYGULAMALARINDAKİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Onur Hoca

Onur Hoca, Adnan Bulut, Zafer Ergül

S. B. Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

Amaç: Kolesistektomi haricindeki laparoskopik operasyonları ve sonuçlarını irdelemek.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, SSK Ankara Eğitim Hastanesi (S. B. Ankara Dışkapı E.A.H.) 3. Genel Cerrahi kliniğinde Ocak 2000 ve Mayıs 2005 dönemin arasında ileri laparoskopi teknikleri uygulanarak opere edilen 34 bayan ve 57 erkek toplam 91 olgunun bilgilerinin retrospektif olarak incelenmesi ile yapıldı. Tüm olgular aynı cerrahi ekip tarafından opere edilmişlerdir.

Bulgular: 91 hastanın yaş ortalaması 44.8 idi (min 19, max 61). Yapılan ileri laparoskopik girişimler incelendiğinde; 29 gastroözefageal reflü ve 13 hiatus hernisi olgusuna laparoskopik Nissen fundoplikasyonu, 16 olguya laparoskopik splenektomi, 14 olguya tanısal amaçlı laparoskopik eksplorasyon, 6 akalazya olgusuna laparoskopik Heller miyotomi, 5 sürrenalde kitle olgusuna laparoskopik adrenalektomi, 3 inguinal herni olgusuna laparoskopik mesh herniorafi, 3 morbid obezite olgusuna laparoskopik gastrik banding ve 2 kolon tümörü olgusuna da laparoskopik yolla rezeksizyon operasyonları yapıldığı görüldü. Tüm olgularda konversiyon oranı %8.79 (8 olgu), revizyon oranı %5.49 (5 olgu) olarak bulunmuştur. En az konversiyon laparoskopik Nissen fundoplikasyonu grubunda (3 olgu %7.14), en çok konversiyon ise kolon tümörü grubunda (1 olgu %50) oluşmuştur. Aynı seansta 11 olguya laparoskopik kolesistektomi de yapılmıştır. Ortalama operasyon süresi 72 dakika (min 49, max 256) olarak bulunmuştur. Ortalama hastanede kalış süresi 1.9 gün olarak saptanmıştır (en az 1, en çok 7 gün).

Sonuç: İleri laparoskopik girişimler konvansiyonel yolla yapılabilen operasyonların yerini yavaş yavaş almaya başlıyor gibi görünmektedir. Kliniğimizde Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu ve laparoskopik splenektomi ile tanısal amaçlı laparoskopik işlemler genel bir laparoskopik kontrendikasyon yoksa ilk seçenek haline gelmiştir. Daha az hastanede kalış, daha az ağrı, daha iyi kozmetik sonuçlar, daha erken işe ve sosyal yaşama dönüş laparoskopiyi daha da ön plana çıkartmaktadır.

P3

LAPAROSKOPIK HELLER MİYOTOMİDE İLK DENEYİMLERİMİZ

Sunucu: Onur Hoca

Onur Hoca, Adnan Bulut, Zafer Ergül, Oskay Kaya, Alper Özkardeş, Duray Şeker, Gaye Şeker

S. B. Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

Amaç: Laparoskopik Heller Miyotomili 6 Akalazya olgusunu sunmak

Giriş: Akalazya, alt özefageal sfinkterde (AÖS) gangliyonik hücrelerin dejenerasyonu ve kaybı sonucu AÖS'te gelişen istirahat basıncı artışı ve disfaji ile karakterize bir hastalıktır. Tedavide farmakolojik ajanlar, pnömatik dilatasyon ve AÖS'e botulinium enjeksiyonu gibi modaliteler uygulanıyorsa da en etkin tedavi cerrahi miyotomidir. Son yıllarda minimal invaziv cerrahinin bir komponenti olan laparoskopik Heller miyotomi ön plana çıkmaya başlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Ocak 2002 ve Ocak 2004 dönemi arasında SSK Ankara Eğitim Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği'nde (S. B. Ankara Dışkapı E.A.H.) laparoskopik Heller miyotomi uygulanarak opere edilen 4 bayan ve 2 erkek toplam 6 olgunun bilgilerinin retrospektif olarak incelenmesi ile yapıldı. 4 olguya laparoskopik Heller miyotomi, diğer iki olguya da laparoskopik Heller miyotomi + Toupet anti reflü prosedürü uygulandı.

Bulgular: 6 olgunun yaş ortalaması 42.33 idi (min 19, max 57). Hastaların tamamında disfaji saptanmış olup diğer sık semptomlar regürjitasyon ve kilo kaybı (%83.3) ile anjina (%66.6) olarak bulunmuştur. Özefageal manometri çalışmalarında ortalama AÖS dinlenme basıncı 33.6 mmHg olarak tesbit edildi (normal değer 15-25 mmHg). Postoperatif dönemde hiçbir olguda disfaji görülmedi ve olguların tamamında AÖS basıncının 25 mmHg'nin altına indiği görüldü. Miyotomi yapılan gruptaki bir hastada daha sonraki dönemde reflü şikayetleri oldu ancak endoskopik olarak gerçek reflü saptanmadı. Genel olarak başarı oranının (olguların genel şikayetlerindeki düzelme, endoskopik ve radyolojik iyileşme göstergeleri) %90 civarında olduğu görüldü.

Tartışma: Yapılan çalışmalar klasik miyotomi ile laparoskopik miyotomi arasında uzun dönemli bir fark olmadığını ortaya koymaktadır. Laparoskopik cerrahinin getirdiği daha az hastanede kalış, daha az ağrı, daha iyi kozmetik sonuçlar, daha erken işe ve sosyal yaşama dönüş laparoskopik Heller miyotomiyi daha ön plana çıkartmaktadır. Cerrahi teknik trokar yerleşimi, miyotomi ve antireflü prosedürü uygulaması aşamalarını içerir. Antireflü prosedürünün eklenmesi tartışmalı olup genel eğilim eklenmesi yönündedir.

Sonuç: Akalazya'nın cerrahi tedavisinde laparoskopik Heller miyotomi güvenli ve etkin bir yöntemdir.

P4

LAPAROSKOPIK KOLON CERRAHİSİNDE, PNÖMOPERİTONYUM VE POZİSYON DEĞİŞİKLİKLERİNİN SOLUNUM MEKANİĞİNE ETKİSİ

Sunucu: Şener Demirelolu

Şener Demirelolu, Ziya Salihoglu, Güner Kaya, Serpil Çakmakkaya, Mefkür Bakan, Fatış Altıntaş

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Rean. Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: Bu çalışmada laparoskopik kolon cerrahisi ameliyatlarında uygulanan pozisyon değişiklikleri ve pnömo-peritonyumun solunum mekanikğine olan etkieri araştırıldı.

Yöntem: Laparoskopik kolon cerrahisi uygulanacak, ASA II-III gruplarına dahil 15 olgu çalışmaya dahil edildi. Tüm olgulara standart genel anestezi uygulandı. Karbondioksit akım hızı 2 L/dak ve intraabdominal basınç 12 mmHg olarak sağlandı. VenTrak (Orlando, USA) cihazı ile solunum mekanikliği değerleri ölçüldü. Dinamik kompliyans (Cdyn), havayolu direnci (Raw), tepe havayolu basıncı (PIP) monitörize edildi. Ölçümler 5 dönemde yapıldı. Anestezi indüksiyonunda (Supin, periyot I), pnömoperitonyum sonrası (supin, periyot II), Cerrahi 20. dakikada (45° Trendelenburg, periyot III), desüflasyondan önce (geç Trendelenburg, periyot IV) ve desüflasyondan sonra (supine, periyot V). Eş Zamanlı olarak kan gazı ve hemodinamik değerler kaydedildi. İstatistik analizinde "repeated measures ANOVA" kullanıldı. $p < 0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Ölçülen tüm periyotlarda Cdyn, PaO₂ ve pH azaldı, PaCO₂ arttı. Hemodinamik değerler değişmedi. Dinamik kompliyans değerleri dönemler için sırası ile 61,42,47,43 ve 53 mL/cm H₂O olarak belirlendi.

Sonuç: Laparoskopik kolon cerrahisinin dinamik kompliyans ve kan gazları üzerinde olumsuz etkisi belirlenirken hemodinamik değerler ameliyat süresince değişmedi.

P5

SİTUS İNVERSUS TOTALİSLİ BİR HASTADA LAPAROSKOPIK GASTRİK BAND UYGULAMASI

Sunucu: Hande Deniz

Hande Deniz, Osman Kurukahvecioğlu, Bahadır Ege, Ekmel Tezel, Emin Ersoy

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

Morbid obezite, kişiye yüklediği ek hastalıklar nedeniyle kronik, ilerleyici ve hayatı tehdit edici bir durum olarak kabul edilmektedir. Tedavide davranış modifikasyonları, diyet, egzersiz ve medikal yöntemler denenmekle beraber uzun dönemde etkili tek tedavi yöntemi cerrahidir. "Laparoskopik gastrik banding" uygulaması gastrointestinal sistemin fonksiyonel bütünlüğünün bozulmaması ve hastaya ek morbidite riski yüklememesi nedeniyle minimal invaziv bir yöntem olarak tercih edilmektedir. Burada "laparoskopik gastrik banding" ameliyatı uygulanan situs inversus totalisli morbid obez bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: 33 yaşında kadın hasta, morbid obezite yüzünden gelişen hipertansiyon ve kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları nedeniyle hastanemize başvurdu. Fizik muayenede, hastanın boyu 157 cm, vücut ağırlığı ise 132 kg olup vücut kitle indeksi 53 kg/m² idi. Ameliyat öncesinde yapılan akciğer grafisi, üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve abdominal ultrasonografi ile hastada situs inversus totalis olduğu saptandı. Ameliyatta cerrah standart yerini aldıktan sonra, pnömoperitoneumu takiben orta hat trokarından 30° kamera girildi. Diğer trokarlar laparoskopik görüş altında ayna görüntüsü şeklinde yerleştirildi. Diseksiyon normal yerleşimli organları olan hastalara oranla daha zor ve daha uzun zaman almasına rağmen; cerrahın ve kameramanın görsel ve motor adaptasyonundan sonra işlem başarıyla tamamlandı. Hasta postoperatif 3. günde problemsiz olarak taburcu edildi. Birinci yıl kontrolünde vücut kitle indeksinin 44 kg/m² olduğu görüldü. Situs inversus totalis saptanan morbid obez hastalarda da "laparoskopik gastrik banding" uygulaması, diseksiyon güçlüğüne rağmen, deneyimli laparoskopik cerrahlar tarafından teknikteki modifikasyonlar ile başarıyla gerçekleştirilebilir.

P6

TÜBERKÜLOZ PERİTONİTTE LAPAROSKOPİNİN YERİ

Sunucu: Osman Kurukahvecioğlu

Osman Kurukahvecioğlu, Hande Deniz, Ekmel Tezel, Emin Ersoy

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

Peritonit, tüberkülozun nadir görülen bir şekli olup ülkemizde yaygın olarak görülmektedir. Tanıda kullanılan laboratuvar yöntemlerinin çoğu duyarlı değildir. Adenozin deaminaz (ADA) aktivitesi tüberküloz peritonitin tanısında kullanılan noninvaziv bir yöntem olmakla beraber kesin tanı laparoskopi veya laparotomi sırasında alınan periton biyopsilerinin histolojik ve bakteriyolojik incelemesi ile konmaktadır.

Olgu: 77 yaşında kadın hasta yaklaşık 3 aydır giderek artan karında şişlik, zaman zaman şiddeti artan ve kusmanın da eşlik ettiği karın ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 2 yıl önce geçirilmiş pnömöni ve hipertansiyon mevcuttu. Sistem sorgusunda 3 aydır giderek artan karın ağrısı, gece terlemesi ve 3 ayda 10 kg kilo kaybı vardı. Yapılan fizik muayenede karın bombe görünümdeydi ve grade 3 asit saptandı. PA akciğer grafisinde patoloji görülmüdü. Karın ultrasonografisinde perihepatik, perisplenik alanda ve barsak ansları arasında serbest sıvı izlendi. Asit etiolojisini araştırmak üzere yapılan tetkiklerde tümör belirteçlerinde patoloji saptanmadı. Parasentez sıvısının yaymasında her alanda 1-2 polimorfonükleer lökosit izlendi, bakteri görülmüdü. Bakteri ve

mantar kültüründe üreme olmadı. Sıvının biyokimyasal incelemesinde albumin ve protein değerleri düşük; LDH değeri yüksek olarak saptandı. ADA aktivitesi negatif olan hastaya etiyojolojiyi aydınlatmak üzere tanışal laparoskopiyi yapıldı. Ameliyat sırasında karın içinde yaygın sıvı ve yoğun yapışıklık tespit edildi. Parietal peritonda en büyüğü 2 cm çapında olan, beyaz renkli, sert görünümlü, granülamatöz lezyonlar saptandı ve biyopsiler alındı. Asit sıvısından da örnek alınarak işleme son verildi. Biyopsi materyalinden yapılan mycobacterium tuberculosis PCR'ı negatif olarak geldi. Sitoloji sonucu benign gelen hastanın patoloji sonucu tüberküloz granülomu ile uyumlu geldi ve hastaya antitüberküloz tedavisi başlandı. Asit etiyojolojisi araştırılırken sıvıdan alınan örneğin rutin biyokimyasal ve bakteriyolojik incelemesi yanında adenozin deaminaz aktivitesi de araştırılmalıdır. Kesin tanı konulamayan olgularda, 1 cm'den küçük lezyonları yakalayabilmesi nedeniyle laparoskopi tercih edilmeli ve gerek asit sıvısının gerekse direk görüş altında alınan biyopsi materyalin mikrobiyolojik ve histolojik incelemeleri yapılmalıdır.

P7

PEROPERATUVAR ENDOSKOPİ YARDIMI İLE YAPILAN BİR LAPAROSKOPİK ÖZOFAGUS DİVERTİKÜL REZEKSİYONU OLGUSU

Sunucu: Osman Kurukahvecioğlu

Osman Kurukahvecioğlu, Ekmel Tezel, Bahadır Ege, Hande Deniz, Emin Ersoy
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

Alt özofagus divertikülleri özofagusun motor fonksiyon bozuklukları ile birliktelik gösterir. Kimi hasta grubunda özofagus divertikülü ile eş zamanlı hiatal herni de tespit edilebilir. Semptomatik olan özofagus divertiküllerinde divertikül eksizyonu yapılması gereken tedavidir. Ancak divertikülün lokalizasyonuna bağlı olarak genellikle torakotomi yapmak gerekir. Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatının popülarite kazanması ile alt özofagus yerleşimli divertiküllerine cerrahi yaklaşım da değişmeye başlamıştır. Bu hastalar laparoskopik olarak torakotomi gerekmezsin opere edilebilmektedirler. Biz de alt özofagus divertikülü ve hiatal hernisi olan bir hastaya laparoskopik divertikülektomi ve Toupet onarımı yaptık.

Olgu: Epigastrik yanma, regürjitasyon belirtileri, kusma ve zaman zaman olan kolik tarzında epigastrik ağrı şikayetiyle başvuran 68 yaşındaki bayan hastanın yapılan özofagus-mide-duodenum grafisinde özofagus alt uçta 2 adet divertikül saptandı. Mide ve duodenum normal olarak değerlendirildi ve trendelenburg pozisyonunda reflü saptanmadı. Üst GIS endoskopisinde ise özofagus alt uçta büyüğü yaklaşık 3 cm, küçüğü de yaklaşık 1 cm'lik iki adet divertikül ve hiatal herni tespit edildi. Hasta özofagus divertikülü ve hiatal herni tanılarıyla operasyona alındı. Laparoskopik başlanan operasyonda öncelikle cruslar açıldı ve özofagus divertikülleri ortaya kondu. Bu sırada endoskopi ile divertiküller kontrol edildi. Büyük olan epifrenik divertikül endostapler yardımı ile rezeke edildi. Daha sonra endoskopi ile rezeksiyon alanı tekrar değerlendirildi. Özofagus hava ile şişirildi ve kaçak olmadığı tespit edildi. Daha sonra cruslar 2/0 vicryl sütürlerle kapatıldı ve laparoskopik Toupet yapılarak operasyona son verildi. Postoperatif dönemde olağan seyretti ve hasta şifa ile taburcu edildi. Alt özofagus divertikülü olan hastalar laparoskopik olarak daha düşük mortalite ve morbidite oranları ile ameliyat edilebilmektedirler. Operasyon sırasında endoskopi ile divertikülün tam rezeke edildiği ve kaçak olmadığından emin olunması morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azaltır.

P8

LAPAROSKOPİK ANTİREFLÜ AMELİYATLARINDA HASTA MEMNUNİYETİ

Sunucu: Ali Aktekin

Ali Aktekin, Kemal Atayoglu, Mehmet Odabaşı, Günay Gürleyik, Tolga Müftüoğlu, Abdullah Sağlam
Haydarpaşa Numune Hastanesi, 4.Genel Cerrahi Servisi, Üsküdar / İstanbul

Giriş: Medikal tedaviye cevap vermeyen veya medikal tedaviye devam etmek istemeyen gastroözefajeyal reflülü hastalarda antireflü ameliyatı tercih edilmektedir. Laparoskopik tekniklerin gelişmesi ile de bu ameliyatlar minimal invaziv olarak daha sık yapılmaya başlanmıştır. Farklı antireflü ameliyatları yapılan hastalarımız sunulmuştur.

Hastalar ve Metod: Eylül 2001 tarihleri ile ağustos 2005 tarihleri arasında laparoskopik olarak antireflü ameliyatı yapılan hastalara ameliyat öncesi endoskopi, baryumlu üst GIS grafileri, 24 saat pH monitorizasyonu yapıldı. Hastalar modifiye Visick skoru ile değerlendirildi.

Bulgular: On kadın ve 11 erkek olmak üzere 21 hastaya laparoskopik antireflü ameliyatı yapıldı. Tüm hastalara özefagogastroduodenoskopi ve baryumlu üst GIS grafileri çekildi, 8 hastaya 24 saatlik pH monitorizasyonu yapıldı. On sekiz hastaya floppy Nissen fundoplikasyon, 1 hastaya Toupet fundoplikasyon, 2 hastaya akalazyaya nedeni ile Heller myotomi ve floppy Nissen fundoplikasyon yapıldı. Hastanede ortalama yatış süresi 4 (2-9) gündür. Has-

ta ların hiç birine kan transfüzyonu gerekmedi. Sadece 1 hasta ilk ameliyatından 6 ay sonra paraözefajeyal herni nedeni ile tekrar ameliyat edildi. Bu hastaya ilk ameliyatında hiatal herni ve gastroözefajeyal reflü nedeni ile floppy Nissen fundoplikasyon ve hiatal defekte laparoskopik olarak küçük bir polipropilen mesh kondu. Fakat hastada gelişen paraözefajeyal herni nedeni ile 6 ay sonra ikinci defa ameliyata alınarak torakotomi ile Collis gastroplasti, antireflü amacı ile önceden yapılan floppy Nissen fundoplikasyon bozularak Belsey Mark IV antireflü ameliyatı yapıldı. Hiatal herni onarımı için subdiafragmatik alana geniş bir polipropilen mesh yerleştirildi. Ameliyat sonrası değerlendirilmede 17 hastanın Visick I-II, 1 hastanın Visick III, 1 hastanın ise Visick V olduğu tespit edildi. İki hastaya ise ulaşamadı. Visick V olan hastamız tekrar değerlendirildiğinde, özefagusun manometrik çalışmasında hiperkontrakte (nutcracker özefagus) olduğu, hasta seçiminde hata olduğu görüldü.

Sonuç: Hastalarımız değerlendirildiğinde laparoskopik antireflü ameliyatları hastalarda %89.47 memnuniyet ile sonuçlanan, %94.73 hastada normal sosyal ve ekonomik hayatının devam etmesini sağlayan bir minimal invazif cerrahi yöntemdir.

P9

KOLESİSTEKTOMİ SONRASI GÖRÜLEN ALKALEN REFLÜ GASTRİT TEDAVİSİNDE URSODEOKSİKOLİK ASİTİN ETKİNLİĞİ

Sunucu: Uygur Demir

Uygur Demir, Samet Kalender, Halil Coşkun, Cemal Kaya, Özgür Bostancı, Mehmet Mihmanlı

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İstanbul

Amaç: Alkalen reflü gastrit gelişimi için birçok teori öne sürülmüştür. Bunlar arasında geçirilmiş kolesistektomi ameliyatları da bulunmaktadır. Ursodeoksikolik asitin (UDKA), alkalen reflü gastrit tedavisindeki yerini prospektif klinik çalışma ile değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2002 - Ocak 2005 tarihleri arasında kolesistektomi ameliyatı olan ve dispeptik yakınmaları olan hastalar çalışmaya alındı. Endoskopide duodenogastrik safra reflüsü değerlendirildi ve antrum biopsisi alındı. Hastalara 1 aylık UDKA tedavisi sonrası endoskopi tekrar yapıldı ve tekrara biopsi alındı. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası, semptomları, endoskopik bulguları ve patolojik bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma döneminde ameliyat olan 25 hasta çalışmaya alındı. Tedavi sonrası 23 hastada klinik olarak düzelme saptandı, istatistiksel olarak anlamlı derecede azalmıştı ($p < 0.001$). Endoskopide saptanan safra miktarında anlamlı derecede azalma saptandı ($p < 0.001$). Histopatolojik tetkiklerde kullanılan; kronik enfeksiyon, nötrofil aktivasyon, glandüler atrofi, intestinal metaplazi, helicobakter pilori pozitifliği skorları açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda UDKA'nın safra reflüsünü azalttığı ve buna bağlı olarak bilier dispeptik şikayetlerin azalmasında etkili olduğu görülmüştür. Kolesistektomi sonrasında dispeptik yakınması olan ve endoskopisinde safra reflüsü tespit edilen hastalarda UDKA'nın kullanılması gerektiği sonucuna varıldı.

P10

LAPAROSKOPİK REKTOSİGMOİD KOLON KANSERİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu: Serdar Kaçar

Serdar Kaçar, Alp Gürkan, Cezmi Karaca, Lütfi Dalkılıç, Nihat Zalluhoğlu

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Alsancak / İzmir

Amaç: Rektosigmoid kanserleri ülkemizde cerrahi kliniklerinde en sık görülen kanser türlerinden biridir. laparoskopik ameliyat yöntemi de cerrahide her alanda açık yöntemle iyi bir alternatif olmaktadır. Biz de rektosigmoid kanserleri için uyguladığımız laparoskopik yöntem ile yapılan cerrahi tedavi sonuçlarını irdledik.

Yöntem: Nisan 2000 - Aralık 2004 tarihleri arasında 7 rektosigmoid bölge kanserli hastaya laparoskopik cerrahi yöntemi uygulandı. Hastaların 4'ü kadın, 3'ü erkek idi. Yaş ortalaması 56.9 (38-72) yılı. 6 hastada tümör anal kanaldan 20-40 cm uzaklıkta idi. Bu hastaların tümünde tümör iyi diferansiye adenokarsinom idi. 1 hastada ise tümör anal kanaldan 2 cm mesafede olup, patolojisi pigmente malign melanom olarak saptandı. Adenokarsinom olan hastalardan biri preoperatif radyoterapi gördü. Hastalar ortalama 52.4 ay takip edildiler.

Bulgular: Tüm hastalarda işlem laparoskopik olarak tamamlandı. 2 hastada ayrıca kolesistektomi uygulandı. Ameliyat süresi 145-310 dk. idi. Hiçbir hastada perioperatif komplikasyon görülmedi.

lay uygulanması, kullanım kolaylığı ve etkinliği açısından seçilmiş hastalarda PEG'in diğer enteral beslenme yöntemlerine tercih edilmesi gerektiği kanısındayız.

P13

ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOPANKREATOGRAFİ, İLK 58 OLGUNUN ANALİZİ

Sunucu: Fatih Başak

Fatih Başak, Kerim Özakay, Selim Sarı, Erdal Kaleli, Mahsuni Sevinç, Ali Tardu, Erdem Kınacı, Acar Aren
S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Amaç: Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP) tanı ve tedavi amaçlı kullanılabilen, belirli komplikasyonları bulunan invazif bir yöntemdir. Bu çalışmada hastanemiz endoskopi ünitesinde ERCP'nin yeni uygulamaya başlandığı bu dönemde ilk olgularımızı ve komplikasyonlarımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Hastanemiz Endoskopi ünitesinde Ocak 2005 - Ağustos 2005 tarihleri arasında uygulanan ERCP olgularını uygulamanın tipi, kanülasyon başarısı, terapötik girişim başarısı, komplikasyon ve mortalite açısından irdeledik. Bulgular: Olguların 35'i kadın, 23'ü erkek, yaş aralığı 23-95, yaş ortalaması 64 olduğu görüldü. ERCP uygulaması 43 (%74) olguda tanısal, 15 (%26) olguda terapatikdi. 14 (%24) olguda papilla kanüle edilemedi. Sfinkterotomi 42 (%72) olguda gerçekleştirildi ve altı olguda precut tekniği kullanıldı. Terapötik başarısızlık oranı %25 olarak bulundu. Taş ekstraksiyonu %73 oranında başarılıydı. Uygulama esnasında gelişen komplikasyon oranının %8 (papilla ödemi ve kanaması) olduğu görüldü. Geç komplikasyon oranımız %4 (pankreatit, kolanjit) olarak tespit edildi. Mortalite ile seyreden bir komplikasyon görülmüdü.

Sonuçlar: ERCP uygulamasının komplikasyonları akut pankreatit, kanama, perforasyon ve kolanjittir. Literatürde %7-11 komplikasyon oranları bildirilmiştir. Bu çalışmada hastanemizde 8 aydır uygulanan ERCP'nin ilk verilerini sunduk. Serimizdeki komplikasyon oranı literatür verisinden düşüktür. Olguların %74'ünde ERCP tanısal amaçlı kullanılmıştır. Magnetik rezonans kolanjiopankreatografinin uygun olgularda kullanımı invazif bir yöntem olan ERCP'nin tanısal amaçlı kullanımını azaltacağı kanısındayız.

P14

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ'DE LAPAROTOMİYE KONVERSİYON NEDENLERİ

Sunucu: Mert Mahsuni Sevinç

Mert Mahsuni Sevinç, Fatih Başak, Ali Tardu, Hakan Özkan, Şefika Aksoy, Acar Aren
S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Genel Cerrahi Kliniği / İstanbul

Giriş: Laparoskopik Kolesistektomi (L.K.) günümüz kolelitiazis vakalarında altın standart olarak kabul edilmektedir. Biz bu çalışmamızda L.K'de konversiyon neden ve sonuçlarını irdeledik.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2004 - Ağustos 2005 tarihleri arasında semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle L.K uyguladığımız 450 olguyu retrospektif olarak irdeledik. Hastaları yaş, cins, yandaş hastalık ve cerrahi ekibin tecrübesi yönünden araştırdık.

Bulgular: 13 olgu kadın, 4 olgu erkek. Yaş ortalaması 52 (35-77). Serimizde toplam konversiyon oranımız %3.7 (n= 17)'dir. En sık konversiyon nedenimiz karın içi yapışıklık olup 9 olguda (%52.9) görüldü. Diğer konversiyon nedenlerimiz; 3 olguda (%17.6) anatominin yeterince ortaya konulamaması, 1 olguda (%5.8) kolesistoduedunal fistül saptanması, 2 olguda (%11.8) teknik yetersizlik, 2 olguda (%11.8) karaciğer yatağından kanama mevcut. Açık kolesistektomiye dönülen tüm vakalarımız servisimizin deneyimli cerrahları tarafından yapılmıştır. Hiçbir olguda major safra yolu yaralanması olmadı. Mortal seyreden vakamız olmadı.

Sonuç: L.K'den Açık Kolesistektomiye dönüş açısından yüksek risk taşıyan hastalarda tecrübeli cerrahların ameliyatta bulunması ve gereğinde açığa dönüş kararının erken alınması komplikasyonları ve post.op morbiditeyi azaltmada etkili faktörler olacağı kanısındayız.

POSTER OTURUMU - II

Oturum Başkanları: Settar Bostanoğlu - *Ankara Numune Hastanesi*
Selim Sarı - *S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

20.09.2005 Salı / Saat: 17.00-18.00

Taksim The Marmara Oteli / Opera Salonları Önü

P15

KOLOREKTAL KANSERE BAĞLI KARACİĞER METASTAZLARINDA LAPAROSKOPİK CERRAHİ GİRİŞİM (OLGU SUNUMU)

Sunucu: Gökhan Adaş

Gökhan Adaş, Yaşar Doğan, Yücel Polat, Muharrem Battal

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği / İstanbul

Kolorektal kanserli hastalarda karaciğer metastazı %40-70 olarak bulunur. Karaciğer metastazları %15-30 arasında senkron olup, metakron metastazlar ise sıklıkla üç yıl içinde gelişir. Son yıllarda karaciğer metastazlarında minimal invazif cerrahi girişim uygun vakalarda yapılmaktadır. Amacımız kolorektal kansere bağlı olarak gelişen metakron karaciğer metastazında laparoskopik cerrahi girişimi olgu sunumumuzla birlikte literatür eşliğinde irdelemektir.

Olgu: 68 yaşında kadın hasta. 2002 yılında rektum tümörü nedeniyle Miles operasyonu uygulanmış. Patolojik tanı adenokarsinom olarak gelmiş. Mart 2004 de karaciğer sol lob medial segmentte 2 cm çapında metastaz tespit edilip onkoloji servisinde konsülte edilerek kliniğimize yatırıldı. Laparoskopik cerrahi girişim ile 1 cm'lik sağlam sınır bırakılarak metastazektomi yapılan hasta taburcu edilerek takibe alındı. Patoloji sonucu metastatik adenokarsinom gelen hastanın yapılan son kontrolünde (20/08/2005) nüks ve yeni metastaza rastlanılmadı. Doğru kriterler uygulandığında kolorektal kansere bağlı oluşan karaciğer metastazlarının %10-20'si rezektablardır. Laparoskopik cerrahi düşünülen hastalar çok iyi tetkik edilmelidir. Hastalarda ekstrahepatik bir yayılım ve metastatik lenf nodları olmamalıdır. Karsinoembriyonik antijen seviyesi normal olmalıdır. Laparoskopik cerrahi, multipl olmayan metastazlarda ve tümör çapı 3 cm'yi aşmayan durumlarda kolaylıkla uygulanabilmekte olup hasta açısından son derece konforludur. Metastazın anteriorda bulunması laparoskopik cerrahisinde uygulanmasında kolaylık sağlamıştır. Uygun hasta seçimi ile bu yöntem kolaylıkla uygulanabilmektedir. Laparoskopik cerrahi girişimin karaciğer metastazlarında iyi seçilmiş vakalarda daha yaygın kullanılabileceğine inanmaktayız.

P16

KARACİĞER HİDATİK KİSTİNDE LAPAROSKOPİK PERİKİSTEKTOMİ: OLGU SUNUMU

Sunucu: Ahmet Nuray Turhan

Ahmet Nuray Turhan, Selin Kapan, Ersen Kütükcü, Barış Demiriz, Berrin Dodur, Erşan Aygün

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İstanbul

Amaç: Karaciğer hidatik kisti ülkemizde olduğu gibi birçok endemik bölgede halen sıklıkla görülen bir hastalıktır. Medikal tedaviden laparoskopik girişimlere kadar değişen çeşitli tedavi şekilleri mevcuttur. Bu çalışmada tedavi seçenekleri içinde gittikçe sık başvurulmaya başlanan laparoskopik perikistektomi yöntemiyle tedavi edilen karaciğer kist hidatiği olgusu sunulmuştur.

Olgu: 23 yaşında bayan hasta karın ağrısı ve şişlik şikayeti ile Mart 2005'te polikliniğimize başvurmuştur. Fizik muayenesinde bir patoloji saptanmayan hastaya yapılan batın ultrasonografisinde karaciğer sol lob lateralde 46x31x42 mm boyutlarında Gharbi 4 kist hidatik saptanmıştır. Aynı tarihli batın tomografisinde (BT) de karaciğer sol lob lateral segment inferior komşuluğunda anteriorda yaklaşık 35 mm çapında duvarında minimal kontrast tutulumu gösteren kistik lezyon olduğu doğrulandı. Serolojisi pozitif olan hastaya 10 mg/kg/gün Albendazol tedavisi başlanarak takibe alındı. Ancak 4 aylık tedavi sonunda yapılan kontrol batın ultrasonografisinde mevcut kistin 60x55x30 mm boyutlarına büyümesi üzerine perkütan drenaj planlandı. Ancak kist içinin çok yoğun olması nedeniyle BT eşliğinde drenajın başarısız olması üzerine laparoskopik operasyon planlandı. Gerekli hazırlıkları takiben umblikustan 10 mm trokardan 30° teleskop girildi. Sol pararektal bölgede midklavikular hatta umblikusun yaklaşık 5 cm üzerinden 10 mm, sağ pararektal bölgede aynı lokalizasyona 5 mm trokar ve sağ lomber bölge kot kavsinin biraz altı ile midklavikular hattın kesişme noktasına 10 mm trokar yerleştirildi. Yapılan eksplorasyonda karaciğer sol lobda 3 segment inferiorunda kısmen falsiform ligamana yapışık kist ortaya konarak künt ve keskin diseksiyonlarla

ayrıldı. Monopolar koter yardımıyla yapılan bu diseksiyonlarla çıkartılan kist batın içine atılan bir eldivenin içine konarak kontaminasyon riski ortadan kaldırılarak batın dışına alındı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 3. gün üç aylık Albendazol tedavisi önerilerek taburcu edildi. Patolojik inceleme sonucu germinatif membran içeren kist hidatikle uyumlu geldi.

Sonuç: Periferik yerleşimli karaciğer kist hidatik olgularında laparoskopik perikistektomi daha az karın içi kontaminasyon riski, daha kısa hastanede kalış süresi ve daha kaliteli postoperatif dönem avantajları ile etkin ve güvenilir bir seçenek olarak yerini almaktadır.

P17

AKALAZYA TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV CERRAHİ: 8 OLGUDA LAPAROSKOPİK HELLER MİYOTOMİ - DOR FUNDOPLİKASYONU

Sunucu: Barış Gürcü

Özer Makay, Barış Gürcü, İsmail Özsan, Serhat Bor, Ömer Özütemiz, Ulus S. Akarca, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

Amaç: Son yıllarda, üst gastrointestinal sistem hastalıkları da dahil olmak üzere, genel cerrahi ile ilişkili pek çok hastalıkta laparoskopik cerrahi giderek artan sıklıkta uygulanmaya başladı. Bu çalışma ile özofagusun benign hastalıklarından olan 8 akalazyasında uygulanan minimal invaziv cerrahinin etkinliğini ve erken dönem sonuçlarını değerlendirilmeyi amaçladık.

Yöntem: Laparoskopik olarak opere edilen, radyolojik, endoskopik ve manometrik çalışmaları tam olan, akalazyaya tanısı almış 8 olgu klinik verileri eşliğinde retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 48 (24-78 yaş) olan hastaların 5'i (%63) kadın, 3'ü (%37) erkek idi. Ortalama yakınma süresi 3.2 yıl (2-5 yıl) idi. Tüm semptomatik olan hastalarda en sık yakınmalar sırasıyla %85 ve %57 oranlarında görülen disfaji ve regürjitasyon idi. Olgularının tümünde preoperatif dönemde yapılan radyolojik tetkiklerde alt özofagusta (sfinkter üzerinde) dilatasyon ve mide geçiş zamanında uzama bulgusu saptandı. Preoperatif yapılan manometri testi ile hastaların tamamında alt özofagus sfinkter basıncı ölçülerek kaydedildi. Olgulara, intraoperatif endoskopi eşliğinde, laparoskopik Heller miyotomi ve Dor fundoplikasyonu uygulandı. Tüm operasyonlar laparoskopik olarak tamamlandı. Operasyon süresi ortalama 90 dakika idi. Postoperatif dönemde 5. günde oral gıdaya başlandı. Peroperatif ve postoperatif dönemde öngörülen plevra açılması, özefagus yaralanması ve kanama gibi komplikasyonlar gelişmedi. Ancak 3 hastada peroperatif dönemde mukoza açıklığı meydana geldi. Mukoza açıklıkları primer sütür ile onarıldı. Mortalite izlenmedi. Postoperatif hastanede kalış süresi ortalama 6.1 gün (2-7 gün) idi.

Sonuç: Özofagusun benign hastalıklarından olan akalazyanın cerrahi tedavisinde laparoskopi, açık cerrahiye güçlü bir alternatif oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra, yöntemin etkinliğine dair kanıtların artması nedeniyle gastroenteroloji uzmanları tarafından tedavi algoritmindeki yeri değiştirilerek günümüzde nonoperatif yöntemlere alternatif olarak sunulmaktadır.

P18

LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ: EGE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Sunucu: Barış Gürcü

Barış Gürcü, Özer Makay, Murat Sözbilen, Hasan Kaplan, Murat Tombuloğlu, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

Amaç: Laparoskopik splenektominin dalağın primer ve dalağı etkileyen benign hematolojik hastalıklardaki etkisini ve sonuçlarını ortaya koyarak güvenilirliğini irdelemek.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışma, kliniğimizde Aralık 1998 - Ağustos 2005 tarihleri arasında laparoskopik splenektomi uygulanan 22 hastada gerçekleştirildi. Hastaların demografik verileri, preoperatif hastalık tanıları, operasyon ve hastanede kalış süreleri ve komplikasyonları irdelendi.

Bulgular: Yaş ortalaması 41 (16-78) olan hastaların 18'i (%81) kadın, 4'ü (%19) erkek idi. İki hasta trombotik trombositik purpura (TTP), 18 hasta immün trombositopenik purpura (ITP), bir hasta dalakta kist hidatik ve bir hasta dalakta basit kist (preoperatif tanısı kisthidatik) tanılarıyla opere edildi. Dalağın kraniokaudal uzunluğu ortalama 12.6 cm (9-20 cm) idi. Operasyon süresi ortalama 106 dk (45-195 dk), peroperatif kan kaybı ortalama 309 cc (50-550) idi. Üç hastada operasyon sırasında tespit edilen aksesuar dalak rezeke edildi. Peroperatif gereken kan transfüzyonu ortalama 0.4 ünite idi. Onaltı olguda peroperatif kan transfüzyonu uygulanmadı. Hastaların 19'unda (%86) peroperatif ve postoperatif dönemde sorun gelişmezken, 3 olguda (%13) kontrol edilemeyen splenik hiler kanama nedeni ile laparotomiye geçildi. İki hastada postoperatif dönemde ateş gelişti. Mortalite izlenmedi. Hematolo-

jik hastalarda postoperatif trombosit sayısı tüm olgularda $>100.000/\text{mm}^3$ olduğu saptandı. Postoperatif hastanede kalış süresi 5.9 gün (2-7 gün) idi.

Sonuç: Güvenli ve etkili olduğu bertilen, ancak ileri laparoskopik cerrahi beceri eğitimi gerektiren laparoskopik splenektomi ile deneyim arttıkça operasyon süresi kısaltmakla birlikte komplikasyonlar ve hastanede kalış süresi azalmaktadır. Günümüzde bütün dünyada hemen hemen tüm elektif splenektomi endikasyonları için geleneksel splenektomi yerini alan bu minimal invaziv yöntemin hastalıklar algoritminde daha erken değerlendirilmesi gerektiği göze çarpmaktadır.

P19

ÖZOFAGUS KANSERİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK TRANSHİATAL ÖZOFAJEKTOMİ: 3 OLGUNUN İNCELENMESİ

Sunucu: Murat Sözbilen

Murat Sözbilen, Özer Makay, Barış Gürcü, Hasan Kaplan, Ömer Özütemiz, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

Özofagus rezeksiyonu, günümüzde rezektabl özofagus kanseri tedavisinde standart tedavi olma özelliğini sürdürmektedir. Konvansiyonel yaklaşımlarda süregelen mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaya yönelik olarak öne sürülen minimal invaziv cerrahi girişimler, cerrahinin bu alanında da kendine yer bulmuştur. Günümüzde, kanserli olgularda minimal invaziv transhiatal özofajektomi birçok merkezde başarıyla uygulanmakta ve pek çok açıdan açık cerrahi ile karşılaştırılabilmektedir. Bu olgu sunumunda, özofagus kanseri tanısı alan üç hastanın laparoskopik transhiatal özofagus rezeksiyonu sonrası erken dönem sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık. Özofagus kanserli üç hastaya laparoskopik transhiatal özofajektomi uygulandı. Bu hastalardan ikisinde tümör distal özofagusta yerleşim göstermekte iken, birinde orta özofagusta idi. Tüm olgulara total laparoskopik transhiatal özofagus rezeksiyonu ile birlikte servikal yaklaşımla gastroplastik rekonstrüksiyon uygulandı. Toplam 5 trokarın kullanıldığı ameliyatın aşamaları başlıklar halinde gastrik mobilizasyon, transhiatal disseksiyon, rezeksiyon, gastrik tüp oluşturulması, servikal anastomoz ve beslenme amaçlı jejunostomi uygulanması idi. Tüm operasyonlar laparoskopik olarak tamamlandı. İki hastada jejunostomi kaçağı gelişti. Bunlardan biri konservatif izlemde kontrol altına alınırken diğerine revizyon uygulandı. Özofagus rezeksiyonu için en uygun cerrahi yöntem konusunda henüz bir uzlaşma sağlanmış değildir. Uygulanan cerrahi ile mortalite ve morbidite oranlarını azaltan, hayat kalitesini arttıran ve konuyla ilgili tüm onkolojik sorulara yanıt veren ideal bir teknik hedeflenmektedir. Minimal invaziv bir girişim olan laparoskopik transhiatal özofagus rezeksiyonu, günümüzde özofagus kanseri tedavisinde alternatif bir tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Ancak, bu uygulamanın küratif kanser tedavisindeki rolü halen bilinmemektedir.

P20

ÖZOFAGUS DİVERTİKÜLLERİNDE LAPAROSKOPIK CERRAHİ: 2 OLGUNUN SUNUMU

Sunucu: İsmail Özsan

İsmail Özsan, Barış Gürcü, Özer Makay, Serhat Bor, Ömer Özütemiz, Sinan Ersin

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İzmir

Amaç: Özofagusun benign hastalıklarından olan ve oldukça ender görülen epifrenik divertiküllü 2 olguda uygulanan minimal invaziv cerrahi ve bunun erken dönem sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Laparoskopik olarak opere edilen, radyolojik ve endoskopik çalışmaları tam olan, epifrenik özefagus divertikülü tanısı almış 2 olgunun klinik verileri değerlendirildi.

Olgular: Epifrenik özofageal divertiküllü olguların her ikisi de erkek idi, yaşları sırasıyla 43 ve 53 idi. Şikayet süresi ise 1 yıl ve 5 yıl idi. Her iki hasta da regürjitasyon ve kilo kaybından yakınmakta idi. Hastalara yapılan endoskopi ve pasaj grafilerinde distal özofagusta 5 ve 6 cm çaplarında epifrenik divertikül olduğu görüldü. Hastalardan 53 yaşındaki olguda özefagus divertikülüne hiatus hernisi, 43 yaşındaki olguda ise gastroözofageal reflü hastalığı eşlik etmekte idi. Olgulara lineer stapler eşliğinde laparoskopik divertikülektomi ve Heller miyotomi uygulandı. Ayrıca eşlik eden patolojilere yönelik sırasıyla laparoskopik Toupet ve Dor operasyonları uygulandı. Her iki operasyon laparoskopik olarak tamamlandı. Yine her iki olguda intraoperatif endoskopi uygulandı. Operasyon süresi ortalama 90 dakika idi. Postoperatif dönemde 4. günde oral gıdaya başlandı. Peroperatif ve postoperatif dönemde öngörülen kaçak, özofagus yaralanması ve kanama gibi komplikasyonlar izlenmedi. 53 yaşındaki olguda postoperatif 1. günde minimal pnömotoraks saptandı. Konservatif izlemde pnömotoraks spontan geriledi. Postoperatif hastanede kalış süreleri 7 ve 15 gün idi.

Sonuç: Özofagusun benign hastalıklarından epifrenik divertikülün cerrahi tedavisinde laparoskopinin etkin bir yeri vardır. Ancak ender görülmeleri ve olası morbidite riskleri nedeniyle üst gastrointestinal sistemin cerrahi tedavisinde ileri laparoskopik beceri eğitimi almış kişilerce uygulanmalıdır. Yöntemin etkin olması için cerrah ile gastroenterolog arasında işbirliğinin şart olduğunu düşünmekteyiz.

P21

INTRAGASTRİK BALON UYGULAMALARININ MORBİD OBEZİTE TEDAVİSİNDEKİ YERİ

Sunucu: Kağan Zengin

Kağan Zengin, Yeliz Ersoy, Osman Şimşek, Fatih Aydoğan, Mustafa Taşkın

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: Günümüzün en ciddi sağlık problemlerinden olan morbid obezite tedavisinde zaman içinde birçok tedavi yöntemi uygulanmış olup, bu çalışmada intragastrik balon (İGB) tatbikinin morbid obezite tedavisindeki etkinliği incelenmiştir.

Method: Kliniğimize Ocak 2002 - Ocak 2005 tarihleri arasında morbid obezite nedeni ile başvuran ve VKE'i 50'nin üzerinde olan 40 hastaya intragastrik balon uygulaması yapıldı. 40 hastanın 26'sı bayan 14'ü erkek olup, yaş ortalaması 36.72 ± 10.93 (19-62 yaş) yıl idi.

Bulgular: Çalışma başlangıcında hastaların ortalama VKE'i 56.43 ± 4.70 kg/m² ($50.28-67.74$ kg/m²) iken 6. ay sonunda 47 ± 3.76 kg/m² ($55.06-37.63$ kg/m²) olduğu görüldü. Hastalarımızda balon 6 aydan fazla mide içinde bırakılmadı. En fazla kilo kaybı ilk ayda görüldü. Birinci ay sonunda ortalama kilo kaybı 13.27 ± 4.21 kg (8-25 kg) iken 6. ay sonunda 24.97 ± 8.32 kg (10-45 kg) idi.

Sonuç: İGB uygulaması morbid obezite tedavisinde basit, güvenli, düşük komplikasyon riski olan bir uygulama olarak, kesin bir antiobezite tedavisi öncesinde kilo kaybında anlamlı başarı sağlamaktadır.

P22

LAPAROSKOPIK GASTROSTOMİ NE ZAMAN YAPILMALI?

Sunucu: Kağan Zengin

İlknur Şahin, Fatih Aydoğan, Melih Paksoy, Metin Ertem, Kağan Zengin

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / İstanbul

Amaç: Beslenme desteği gereken hastalara günümüzde gastrostomi işlemi endoskopik, laparotomi ve laparoskopik olmak üzere 3 yolla uygulanmaktadır. Anatomi yolları tıkayan ve endoskopun geçişini engelleyen bir tümör mevcutsa seçilen yöntem laparotomi ve laparoskopik yolu ile gastrostomi tatbikidir.

Yöntem: İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na endoskopun geçişini engelleyen özofagus tümörlü 3 ve dil kökü tümörlü 1 hastaya yapılan Laparoskopik Gastrostomi işlemi yapıldı.

Bulgular: Olgularımızın yaş ortalaması 62.2 (47-74) olup, 3'ü erkek birisi bayandı. Ortalama ameliyat süresi 41.25 (35-45) dakika olup bütün hastalarımız operasyon sonrası 2. gün gastrostomiden beslenmeye başlatılıp 3. gün taburcu edilmişlerdir.

Sonuç: Uzun dönem beslenme gereksinimi gereken hastalarda eğer baş-boyun bölgesi ve ösafagus tümörü gibi anatomik yolları tıkayan bir tümör varlığında Laparoskopik Gastrostomi güvenle gerçekleştirilebilir.

P23

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ESNASINDA MEYDANA GELEN SAFRA KESESİ

PERFORASYONLARININ SOLUNUM FONKSİYONLARINA ETKİSİ

Sunucu: Mustafa Uygur Kalaycı

Mustafa Uygur Kalaycı, Barış Veli Akın, Halil Alış, Kemal Dolay, Hakan Yiğitbaş, Berrin Dodur, Erşan Aygün

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

Giriş: Bu çalışmada amacımız, laparoskopik kolesistektomi ameliyatları sırasında meydana gelen perforasyonlar sonucunda peritonun safra ile karşılaşmasının, hastaların postoperatif dönemdeki solunum parametrelerine olan etkisini değerlendirmektir

Materyal ve Metod: Kliniğimizde ardışık olarak laparoskopik kolesistektomi uygulanan ve başarıyla tamamlanan 100 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgular ameliyat esnasında perfore olanlar ve olmayanlar olarak ikiye ayrılarak gruplandırıldı. Her iki grup için de, preoperatif ve postoperatif arter kan gazları (Ph, PO₂, PCO₂, HCO₃, % SO₂ parametreleri için), preoperatif, postoperatif 4. saat ve postoperatif 12. saat solunum fonksiyon testleri (FEV₁, FEV

6, FEV 1 / FEV 6 ve % PEF değerleri için) prospektif olarak değerlendirildi. İstatistiki analizde multivariante analizlerinden tekrarlı ölçümler testi kullanıldı ($p < 0.05$ anlamlı).

Bulgular: Çalışmada yer alan 100 hastanın 17'si erkek, 83'ü kadındı (%17-%83). 27 hastada safra kesesi perforasyonu kolesistektomi esnasında, 6 hastada da safra kesesini batin dışına alırken meydana geldi. Preoperatif pH değerleri ile postoperatif pH değerleri karşılaştırıldığında kese perforasyonunun pH değerlerini anlamlı ölçüde değiştirmedikleri görüldü ($p > 0.05$). preoperatif PCO2 değerleri postoperatif PCO2 değerleri, preoperatif % SO2 değerleri postoperatif % SO2 değerleriyle karşılaştırıldığında, safra kesesi perforasyonunun % SO2 değeri üzerine etkisinin olmadığı görüldü ($p > 0.05$). Preoperatif % PEF değerleri, postoperatif 4. ve 12. saatte, kese perforasyonu olan ve olmayan grupta anlamlı ölçüde azalma gösterirken ($p < 0.05$), postoperatif 4. saatteki % PEF değeri ile postoperatif 12. saatteki % PEF değerleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p > 0.05$). Safra kesesi perforasyonunun % PEF değerlerini etkilemediği görüldü.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi operasyonları sırasında meydana gelen safra kesesi perforasyonlarının, hastaların solunum fonksiyonlarına ve kan gazlarına etkisinin olmadığı görüldü.

P24

AKALAZYA: LAPAROSKOPİK HELLER MYOTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Süleyman Özdemir, Ahmet Gökhan Türkçapar

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

Akalazya özefagusun en yaygın primer motor hastalığıdır. Her iki cinsiyette görülme olasılığı aynıdır. Her yaşta görülmesi mümkündür. Fakat en sık 20-50 yaş arasında görülmektedir. Esas sorun alt özefagus sfinter gevşememesidir ve bunun sebebi bilinmemektedir. Makroskobik özefagus sirküler kas liflerinde kalınlaşma görülebilir. Disfajia hastalığın kardinal semptomudur, ama aspirasyon kilo kaybı ve göğüs ağrısı eşlik edebilir. Akalazya hastalarında tedavi prensibi alt özefagus sfinkteri disfonksiyone hale getirmektir. Biz Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Ankara Güven Hastanesi'nde 2002-2005 yılları arasında 12 hastaya laparoskopik Heller myotomi yaptık. Hastaların 11'i kadın, 1'i erkek idi. Yaş ortalaması 50, en genç hasta 24 yaşında idi. 12 hastadan 2 hastaya (%16.7) daha önce herhangi bir işlem yapılmamış, sadece medikal tedavi almışlardır, 8 hastaya (%66.6) medikal tedavi yanı sıra birer kez dilatasyon uygulanmıştı ve son 2 hastaya (16.7) ise 3 kez dilatasyon uygulanmıştı ama iyileşme sağlanamamıştı. Ameliyat ortalama süresi 120 dakikadır. 9 hastaya Heller myotomi + Toupet funduplikasyonu, 3 hasta ise Heller myotomi + Dor funduplikasyonu yapılmıştır.

Komplikasyonlar: İntraoperatif olarak 3 hastada (%20) mukoza perforasyonu izlendi ve kapalı ortamda sütür edilerek bu komplikasyon ortadan kaldırıldı. Bir hastada reflü gelişmesi üzere ilaç kullanılmaktadır.

Sonuç: Akalazya hastaların tedavisinde laparoskopik giriş mükemmel sonuç vermektedir. Hastaya az ağrı, kısa hastane kalış süresi ve erken oral gıda alımına başlanmasını sağlamaktadır. Bu nedenle her zaman bu tedavi seçeneği göz önünde bulundurmalıyız

P25

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDUPLİKASYONU SONRASI TROKAR GİRİŞ YERİ FITİK OLUŞMAMASI

Sunucu: Hatim Mahmoud

Hatim Mahmoud, Evren Üstüner, Atıl Çakmak, Bülent Erkek, Hakan Buluş, Fırat Kocaay,

Ahmet Gökhan Türkçapar

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı / Ankara

Laparoskopik girişim, Genel Cerrahi pratiğine girdiğinden beri (1985) 10 mm ve daha geniş trokar giriş yerinin primer olarak kapatılıp kapatılmaması tartışması devam etmektedir. Fears'in ilk trokar fitiği raporundan sonra bu tartışma daha da şiddetlenmiştir. Trokar fitiği görülme olasılığı %0.5-%1'dir. Daha önce yaptığımız laparoskopik kolesistektomi sonrası fitik oluşumu isimli çalışmamız da bu oran %2.5 bulunmuştur. Bazıları bu oranın daha da azaltılması için 10 mm'lik trokar yerinin (fasya), primer olarak kapatılmasını savunurken; bazıları ise primer olarak kapatılmasına gerek olmadığını düşünmektedir. AÜTF Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda laparoskopik Nissen funduplikasyonu olan 400 hasta, trokar fitiği araştırması için çalışmaya alınmıştır. Bu 400 hastanın 250'si kadın, 150'si erkek, yaş ortalamaları 47, vücut kütle indeksi ortalamaları ise 30 kg/m²'dir. Ameliyatın ortalama süresi 60 dakikadır. Nissen funduplikasyonun ameliyatında trokar giriş yerini kapatmamaktayız. Bu çalışmada hastaların değerlendirilmesinde fizik muayene ve karın ön duvarı ultrasonografisi kullanılmıştır. Trokar giriş yerini primer olarak kapatmadığımız hastalarda trokar giriş yerinde fitik oluşmamıştır. Bunun sebebi bize göre trokarların yerleşim yerine bağlıdır. Sonuç olarak trokar fitiği oluşumunun önlenmesinde, klasik trokar giriş yerini, alternatif trokar giriş yeriyle değiştirmek önlem olabilir.

P26**BENİGN ÖZEFAGEAL SORUNLARDA SELF EKSPENDİBL COVERED METAL STENT KULLANIMI: OLGU SUNUMU****Sunucu: Halil Alış**

Halil Alış, Mustafa Kalaycı, Kemal Dolay, Berrin Bodur, Hakan Yiğitbaş, Erşan Aygün

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

Olgu 1: 52 yaşında erkek hasta. Tavuk yerken boğazda ağrı ve takiben yutma güçlüğü olan hasta 24 saat sonra kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde ve laboratuvar-radyolojik tetkiklerinde özellik saptanmayan ogunun yapılan üst GIS endoskopisinde üst kesici dişlerden itibaren 25. cm'de yaklaşık 4 cm uzunluğunda ve her iki ucundan özefagus mukozasına penetre lades kemiği izlendi. Endoskopik girişimler ve GAA'da rigid özefagoskopi ile çıkarılamadı. Servikal eksplorasyonda özefagus perforasyonu saptandı. Kemik ekstirpasyonu + primer tamir yapılan olguda 2 günde tamir yerinden kaçak saptandı. Self ekspendibl covered metal stent (micro-tech metal stent konuldu. 48 saatte yapılan kontrolde kaçak saptanmayan olgu oral gıdaya başlanarak taburcu edildi. 10 ve 30. günde kontrol pasaj graflerinde özellik saptanmadı. 4. haftada ilk denemede çıkarılamayan stent 8. haftada endoskopik olarak çıkarıldı.

Olgu 2: Meme Ca tanısıyla 8 yıl önce sağ MRM ve 6 yıl önce sol tümörektomi aksiller küraj uygulanan hastada 1 yıl önce vertebra ve akciğerde ortaya çıkan metastazlara radyoterapi uygulanmış. 1 ay önce pneumoni ve ARDS tanısıyla mekanik ventilasyona bağlanan hastada 2 gün önce nasogastrige bol miktarda hava gelmeye başlamış. Yapılan endoskopide sinus priformisten 3 cm distalde yaklaşık 2 cm'lik trakeoözefageal fistül saptandı. Endoskopik olarak 10 cm self ekspendibl covered metal stent yerleştirildi. Yapılan kontrollerde fistül traktının kapandığı izlendi. Reentübasyonlar uygulanan hasta 24 günde stentin migre olduğu izlendi. Olgu 25. günde MOF tanısıyla ex oldu.

Olgu 3: Korozyon madde içimine bağlı özefagus perforasyonu tanısıyla parsiyel özefajektomi + özefagogastrotomi uygulandı. Postop. 34. gününde toraksta ampiem tanısıyla opere edilen hastada anastomozun tamamen ayrıştığı görüldü. Peroperatuar endoskopik olarak 12 cm'lik self ekspendibl covered metal stent yerleştirildi. KTD uygulanarak ameliyata son verildi.

Tartışma: Özefagus stentlerinin ilk ve halen en yaygın kullanımı inoperabl olan malign obstrüksiyonlarda palyasyon sağlanmasıdır. Bunun yanında malign kaynaklı trakeoözefageal fistüllerde de kullanım alanı bulmuş olarak görülmektedir. Ancak ameliyatı riskli olan benign hastalıklarda da kullanımı konusunda tartışmalar başlamıştır. Özellikle anastomoz kaçakları, radyoterapiye bağlı trakeoözefageal fistüller ve benign darlıklarda covered metal stentler kullanım alanı bulmaya başlamaktadır. Benign hastalıklarda silikon stentlerin kullanımı önerilmektedir. Ancak trakeada yaygın olarak kullanılan plastik stentlerin migrasyon oranlarının yüksekliği nedeniyle özefagusta kullanımları konusunda tereddütler söz konusudur. Migrasyon oranlarının düşüklüğü nedeniyle kompike olgularda stent üzerinden epitel yürümesi ortaya çıkmadan alınmak üzere metal stentlerin kullanımı önerilebilir.

P27**LAPARASKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU DENEYİMİMİZ****Sunucu: Halil Alış**

Halil Alış, Erşan Aygün, Mustafa Kalaycı, Berge Ede, Ahmet N. Turhan, Kemal Dolay, Sinan Hatipoğlu

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

Giriş: Gastroözefageal reflü hastalığı (GÖRH) toplumda sık rastlanılan ve tedavisinde klinikler arasında uzlaşma olmayan bir hastalık grubudur. Laparoskopik fundoplikasyon GÖRH'nın etkil tedavi yöntemlerinden birisidir.

Materyal ve Metod: Ekim 2004 - Temmuz 2005 tarihleri arasında prospektif bir çalışma olarak devam eden GÖRH tanısıyla laparoskopik fundoplikasyon yaptığımız hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Değerlendirme kriterleri endoskopik bulgular, DeMeester skoru, Adult skorumlama sistemi, ameliyat ve yatış süreleri, morbitide ve mortalite açısından değerlendirdik. Semptom skorları visuel analog değerlendirme sistemi ile değerlendirildi.

Bulgular: 33 olgunun 20'si kadın 13'ü erkekti. Ortalama yaş 43.4 idi (19-72). Şikayetlerin süresi 6 yıl olarak hesaplandı. 2 olguda kolelitiasis, 1 olguda insizyonel herni mevcuttu. Olguların tamamında endoskopik olarak özefajit saptandı (2 Los Angeles A, 20 B ve 11 C). Z line'dan alınan biopsilerin tümünde histolojik olarak özefajit saptandı. 24 saatlik pH monitorizasyonda DeMeester skoru 63.6, toplam reflü zamanı 19.6, reflü sayısı 84, 5 dakikadan uzun süren reflü sayısı 7.3, uzun reflü zamanı 63.9 dk olarak bulundu. Semptom skoru 8 idi. Ortalama ameliyat süresi 75 dk (60-120 dk) 2 saatte verilen sulu gıdayı 2 olgu tolere etmemiş, 2 olguda kendiliğinden ortadan kalan disfaji ve 2 olguda ateletaksi, 1 olguda pneumotoraks gelişmiştir. Olgular 2.4 gün hastanede yatırılmışlardır.

3. haftada ve 6 ayda yapılan endoskopik ve 24 saatlik pH metri kontrollerinde hastalarda Nissen Fundoplikasyonun patent olduğu izlenmiştir. Semptom skoru postop 6. ayda 3 olarak değerlendirilmiştir.

Sonuç: Nissen fundoplikasyon gastroözefajeal reflü hastalığının tedavisinde nispeten kolay uygulanması, açık cerrahi girişimlere göre daha az invaziv olması, daha hızlı etkili olması ve sonuçları açısından etkili bir yöntemdir.

P28

SİSTOSKOPİ SIRASINDA OLUŞAN REKTAL YARALANMA SONRASI IDRAR FİSTÜLÜNÜN ENDOSKOPİK FİBRİN YAPIŞTIRICI VE KLİPLEME İLE TEDAVİSİ

Sunucu: Kemal Dolay

Kemal Dolay, Erşan Aygün, Barış Demiriz, Halil Alış, Mustafa Kalaycı, *Ali İhsan Taşçı

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi ve *Üroloji Kliniği / İstanbul*

Rektoüretal fistül konjenital veya travma sonucu (enfeksiyon, neoplazm, iyatrojenik) zor bir problemdir. Kendi kapanabileceği gibi çoğu vaka cerrahi tamir gerektirir. Cerrahi tedavi için uygun yaklaşım halen net değildir. Bununla birlikte rektoüretal fistüllerin nadir görülmesi nedeniyle tüm seriler küçüktür ve yaklaşımlar genellikle cerrahin tercihinin kalmıştır. Biz burada, transvezikal prostatektomi sonrası üretral darlık gelişen ve sistoskopi sırasında iatrojenik rektum perforasyonu ve rektoüretal fistül gelişen hastaya uyguladığımız fibrin yapıştırıcı ve endoskopik kliplleme işlemini sunduk.

Olgu: 66 erkek hasta, benign prostat hipertrofisi tanısı ile hastaya 27/09/2005 tarihinde transvezikal prostatektomi operasyonu uygulandı. Postoperatif 7. günde foley sondası çekilerek şifa ile taburcu edildi. Mea ve üretra darlığı tanısı ile 19/01/2005 tarihinde meatotomi ve üretrotomi intern operasyonu yapılan hastanın postop 1. gün idrar sondası çalışmadı ve glop gelişmesi üzerine sistofiks takıldı. Anal yoldan idrar gelmesi üzerine çekilen sistografi ve alt batin BT'de kontrast maddenin mesane alt kesiminde prostatik lojdan rektuma doğru ekstrevaaze olduğu ve rektumu doldurduğu saptandı. 26/01/2005'te yapılan üretrosistografide veru montanum arkasından rektuma doğru fistül traktı saptandı. Posterior üretrada darlığın açılmadığı gözlemlendi. Üretrotomi intern yapılarak foley sonda takıldı. Hastaya 27/01/2005'te Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde kolonoskopi yapıldı. Kolonoskoide anal kanal geçilerek yaklaşık 6 cm'de 4 mm'lik fistül ağzı görüldü. Endoskopik kateter ile trakt serum fizyolojik ile yıkandı. Tissell yapıştırıcı ile trakt dolduruldu ve endoskopik klip ile mukoza birbirine yaklaştırıldı. İşlem sonlandırıldı. Sistofiksi kapatılan hastanın sorunu olmayınca sitofix 01/02/2005'te çekilerek hasta sondalı olarak taburcu edildi. 6. ay kontrolünde hastanın şikayeti yoktu.

Sonuç: Ürolojik endoskopik girişimlerde ortaya çıkan iyatrojenik rektal yaralanmalar sonrası idrar fistüllerinde fibrin yapıştırıcı uygulama ile endoskopik kliplleme yöntemlerinin kombine kullanımı yeterli ve başarılı bir yaklaşım olmuştur.

P29

EKSTRAADRENAL FEOKROMOSİTOMA: LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Sunucu: Umut Barbaros

Alp Bozboru, Umut Barbaros, Uğur Devenci, Yeşim Erbil, Selçuk Özarmağan, Selçuk Mercan

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Mesane feokromositomaları oldukça nadir karşılaşılan tümörlerdir. Primer mesane tümörlerinin %0.005'inden azını oluşturlar. İlk başvuru semptomları genellikle hipertansiyona bağlı şikayetlerden oluşmakla beraber, miksiyon sonrası ortaya çıkan hipertansif krizler tanı koydurucu olabilir.

Olgu: 29 yaşındaki bayan olgumuzdaki temel şikayet miksiyon sonrası hipertansiyona bağlı bayılma, terleme idi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde serum katekolamin ve idrar kotekalamin yıkım ürünleri miktarı yüksek bulundu. Yapılan batin manyetik rezonans incelemesi ve bilgisayarlı tomografisinde mesane kubbesinde anterolateral yerleşimli 3x3x4 cm'lik düzgün konturlu kitle saptandı. 4 port ile laparoskopik olarak mesane tümörü rezektö edildi. Açılan mesane duvarı primer olarak tamir edildi. Ameliyat sonrası dönemde 10 gün hastanede kalan hasta drenajları alındıktan sonra taburcu edildi. Tümörün histopatolojik incelemesi feokromositoma ile uyumlu geldi. Ameliyat sonrası takiplerinde laboratuvar değerleri normale döndü ve hipertansiyonu geriledi.

Sonuç: Bu olgu literatürde transüretal rezeksiyon desteği olmadan sadece laparoskopik teknik kullanılarak yapılan ilk mesane feokromositomasıdır. Bu nadir görülen patolojide de minimal invaziv cerrahi girişimin başarı ile kullanılabileceği görülmektedir.

Basit Karaciğer Kistine Laparoskopik Fenestrasyon: Olgu Sunumu ve Literatür Derlemesi

Miraç İlker PALA, Mustafa KEREM, Emin ERSOY, Tefik Tolga ŞAHİN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Özet

63 yaşında kadın hasta Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Dahiliye Polikliniği'nde karında şişlik, ağrı ve erken doyma nedeniyle değerlendirilirken yapılan abdomen ultrasonografisinde karaciğer segment 6'da 7x6 cm boyutlu kistik lezyonla karşılaşılması üzerine tarafımızca konsülte edilerek servisimize kabul edildi. Yapılan laboratuvar tetkikleri sonucunda anlamlı bulgu saptanmayan hastanın abdominal bilgisayarlı tomografisinde basit kist ile uyumlu bulgular saptanması üzerine; hastaya perkütan drenaj yapılmış ve sıvının analizinde transuda vasfında olduğu saptanmıştır. Hastanın takiplerinde kısa bir iyileşme süreci sonrası semptomların nüks etti görüldüğü hastaya laparoskopik fenestrasyona karar verilmiştir. Hastanın postoperatif izleminde sorun olmadı ve postoperatif 1. gününde taburcu edildi. Hastanın postoperatif 3. ayında nüksü saptanmadı ve semptomlarının yatıştığı gözlemlendi. Sonuç olarak; laparoskopik cerrahi girişimlerde bilgi ve becerilerimiz her geçen gün artmaktadır. Laparoskopik kist fenestrasyonu da; uygun olgularda, düşük nüks oranları, hospitalizasyon süresi kısaltması ve yüksek hasta konforu gibi avantajları ile güvenle tercih edilecek bir yöntemdir.

Anahtar sözcükler: Laparoskopik teknikler, laparoskopik fenestrasyon, karaciğer kistleri.

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2005; 12(3): 145-149

Summary

Laparoscopic phenestration in a patient with liver cyst: report of a case and review of literature

63 year old female patient was evaluated in Gazi University Medical School Department of Internal Medicine by the complaints consisting abdominal distention, dull abdominal pain and early satiety. During her diagnostic work up in abdominal ultrasound; a cystic lesion in liver at segment 6 was observed and thus the patient was consulted by our department and was admitted to our hospital. Her laboratory findings were normal and abdominal computed tomography revealed the lesion to a simple cyst of the liver. Therefore, percutaneous drainage of the cyst was performed and the cystic fluid was analyzed to be a transuda. During her follow up after a period of convalescence the symptoms alleviated for which a control abdominal ultrasound was performed and revealed the recurrence of the cyst. For this reason were planned a laparoscopic phenestration in order to definitely drain the cysts. The postoperative period was uneventful and the patient was discharged on the postoperative first day. After the operation the patient showed no signs and findings of recurrence in her 3rd month of follow up. In conclusion with increasing experience in laparoscopic techniques laparoscopic phenestration of the liver

cysts is a safe and effective method. Furthermore it can be the method of choice in selective cases due to reduced morbidity, mortality and hospital stay.

Key words: Laparoscopic technique, laparoscopic phenestration, liver cysts.

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2005; 12(3): 145-149

Giriş

Karaciğer basit kistleri, genel cerrahi pratiğinde oldukça sık karşılaşılan benign karaciğer lezyonlarıdır. Günümüzde, laparoskopik girişimlerin cerrahinin birçok alanında sıkça kullanılması ve bu uygulamaların güvenliğini kanıtlaması, karaciğer basit kistlerinin cerrahi tedavilerinde de laparoskopinin kullanılması fikrini doğurmuştur. Bu olgu sunumunda; merkezimize başvurmuş ve semptomatik basit karaciğer kisti tespit etmiş olduğumuz hastaya yapılan laparoskopik girişim anlatılmıştır.

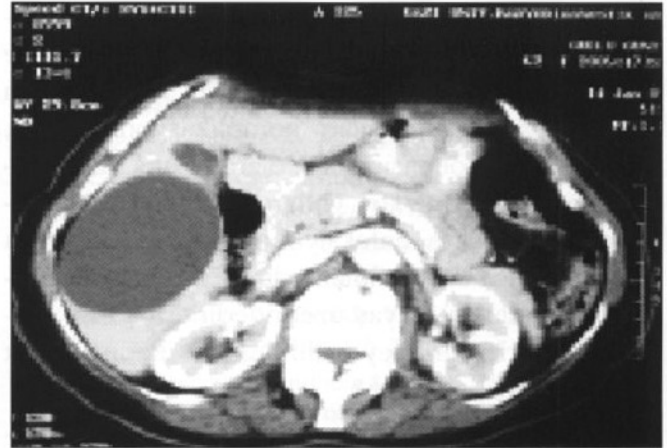
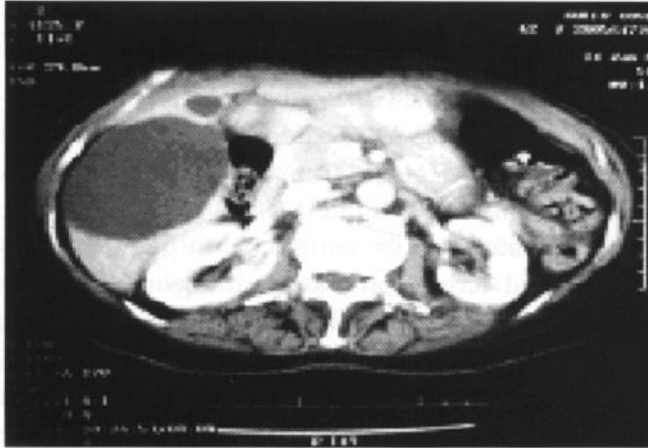
Olgu Sunumu

63 yaşındaki bayan hasta; Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Eğitim Hastanesi Genel Dahiliye Polikliniği'ne şişkinlik, sağ yan ağrısı ve çabuk doyma şikayetleri ile başvuruyor. Yapılan tam kan ve biyokimyasal çalışmalarda herhangi bir patoloji saptanmıyor. Yapılan abdominal ultrasonografide, karaciğer sağ lob anterior-posterior segment yerleşimli, yaklaşık 7x6 cm boyutlu düzgün sınırlı, basit kist ile uyumlu lezyon saptanıyor. Bunun üzerine hasta kliniğimize konsülte edildi ve hasta tarafımızca servisimize kabul edildi.

Özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik olmayan hastanın bir abdominal cerrahi öyküsü de yoktu. 3 çocuk annesi ve ev hanımı olan hastanın, fizik muayenesinde patoloji bulguya rastlanılmadı. Hasta kliniğimizde yattı süre içinde herhangi bir enfeksiyon bulgusu göstermedi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın kist hidatik hemagütinasyonu negatif olarak saptandı. Hepatit ve tümör markerları normaldi. Son olarak abdominal bilgisayarlı tomografi planlandı ve karaciğerde segment 6'da subkapsüler yerleşimli, inferior konturda taşmaya yol açan 8x6.5x10 cm boyutlarında düzgün konturlu kistik lezyon saptandı (Resim 1).

Bunun üzerine hastaya ultrasonografi eşliğinde perkütan drenaj yapıldı. İşlem esnasında yaklaşık 400 ml, açık sarı berrak sıvı drene edildi ve kist lojuna yerleştirilen katater 24 saat takip edildi. Takip süresince drenajın olmaması ve kontrol ultrasonografide kistin boyutunun 2x2 boyutlarına inmesi üzerine katater çekildi. İşlem sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi ve hasta sorunsuz geçirilen 36 saatin sonunda taburcu edildi. Aspirasyon sıvısının sitolojik incelenmesinde hücre izlenmedi. Gram boyamasında ve kültüründe mikrobiyolojik ajan tespit edilmedi. Biyokimyasal analizlerde sıvı transuda olarak değerlendirildi.

Hasta 1 ay sonra kontrole çağrıldı. Semptomlarının ilk haftalarda gerilediğini ancak son günlerde eski şikayetlerinin yeniden başladığını belirten hastaya yapılan abdominal ultrasonografi incelemesinde karaciğerdeki lezyonun ölçüleri 5x5x6 cm olarak rapor edildi. Lezyonun nüks ettiği düşünülerek üzerine laparoskopik girişim ile fenestasyon planlandı. Karına 2 adet 10 mm'lik, bir adette 5 mm'lik toplam 3 adet trokar ile girildi. Lezyon, karaciğer sol lob anterior kenarında egzofitik yerleşimli olarak gözlemlendi. Öncelikle veres iğnesi yardımıyla perkütan olarak kist sıvısı tamamen boşaltıldı. Daha önceki örnekleme benzer bir sıvı görüldü. Sağlam karaciğer parankiminine girmeksizin, fibröz kist duvarının egzofitik bölümü eksize edildi ve yaklaşık 5 cm çaplı bir pencere oluşturuldu (Resim 2). Eksizyon endo-makas ve elektrokoater ile yapıldı. Kesi yapılan alanlarda herhangi bir kanama olmadı. Eksize edilen duvar patolojik çalışmaya için 10 mm'lik trokarda dışarı alındı. Takiben kistin iç duvarı yakından incelenerek kist ile ilişkili safra yolu varlığı ekarte edildi. Kist lojuna bir adet silikon dren yerleştirildi. İşlem yaklaşık 30 dakika sürdü. Hastanın dreninden herhangi bir drenaj olmaması üzerine postoperatif 1. gün sabahı



Resim 1

Karaciğer segment 6 yerleşim gösteren ve kontürleri subkapsüler alana uzanan kistik lezyonun tomografik görüntüleri.

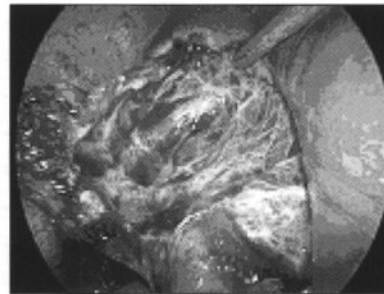
dreni çekildi ve oral başlandı. Postoperatif 1. gün akşamında ise hasta sorunsuz taburcu edildi. Eksiz edilen dokuda ise herhangi bir malignensi izlenmez iken, materyalin büyük kısmı fibröz doku ile uyumlu geldi. Postoperatif 1. hafta ve 3. ay da yapılan biyokimyasal tetkiklerde patoloji izlenmezken kontrol ultrasonografisinde nüks görülmedi. Hastanın şikayetlerinin kaybolduğu görüldü.

Tartışma

Basit karaciğer kistlerin etyopatogenezi bilinmemekle beraber kabul gören görüş, bu kistlerin konjenital malformasyonlar olduğu şeklindedir. Bu konjenital malformasyonun gelişimi ise çeşitli teorilerle açıklanmaya çalışılmaktadır. Bir kısım çalışmacı, basit kistlerin aberan obstrükte safra ka-

nallarından geliştiğini savunmakta iken, bir kısım çalışmacı ise bu kistlerin pluripotent foregut epitelinin malformatif oluşumları olduğu görüşündedir. Karaciğerin basit kistlerinin duvarını safra yolları epiteli döşer ve bu epitel safra içermeyen berrak bir sıvı salgılar.^{1,2,3}

Hepatik basit kistler, toplumda %2.5 ile %5 arasında görülür. Olguların çok büyük bir kısmı insidental olarak tespit edilir. Başta ultrasonografi olmak üzere birçok görüntüleme yönteminin daha sık kullanılması semptomsuz hastalardaki kistlerin fark edilmesine neden olur. Tanı konan vakaların ancak %15'de kistin varlığına sekonder semptomlar vardır. Semptomların başında künt sağ üst kadranda ağrısı gelir. Ağrı karaciğer kapsülünün gerilimine bağlıdır. Diğer sık semptomlar olan bulantı, kusma, çabuk doyma, şişkinlik ise lezyonun mide



Resim 2

Hastanın laparoskopik fenestrasyonu sonrası kalan 5 cm'lik kist penceresi ve kist duvarının eksplorasyon görüntüleri.

ve duedenuma basısı sonucu ortaya çıkar.^{4,5} Soliter basit karaciğer kistlerinin komplikasyonları ise oldukça nadirdir. Kanama, rüptür, torsiyon son derece nadir karşılaşılan komplikasyonlar iken, kistin enfekte olması rölatif olarak daha sık görülür. Basit kistlerin safra yolları ile direkt ilişkisi olmamakla birlikte enfeksiyonun hematojen yolla ortaya çıktığı düşünülmektedir. Semptomatik hastalar çoğunlukla 50 yaş üzerindedirler ve tüm hastalar değerlendirilmeye alındığında kadın erkek oranı 4:1 şeklindedir.⁶⁻⁸

Bu kistlerin tanısında ultrasonografi maliyet-yarar açısından öndedir. Tetkikin non-invazif olması, takipler esnasında istenilen sıklık ve sayıda yapılabilmesi, kistin içeriğini, çevre karaciğer parankimini değerlendirmede yüksek güvenilirlikte olması tercih sebebidir. Bilgisayarlı tomografi, lezyonun eksiksiz değerlendirilmesini sağlamakla beraber, yukarıda sayılan avantajlar nedeniyle ultrasonografi tanı aşamasında tercih edilen yöntemdir.⁹ Bizim hastamızda da tanı aşamasında öncelik ultrasonografi yönünde olmuş olup, kistin ayırıcı tanısı ve komşu yapılarla ilişkisini değerlendirmek için abdominal bilgisayarlı tomografi kullanılmıştır.

Karaciğerin basit kistlerinin tedavisinde çeşitli modaliteler vardır. Ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi eşliğinde perkütan aspirasyon en basit yöntem olarak akla gelmekle beraber nüks oranı %90 civarındadır. Ancak kistin aspirasyonunu takiben kist içine sklerozan ajan uygulanması başarı oranını %80'e çıkarır. PAIR (percutaneous aspiration, instillation and reaspiration) adı verilen bu yöntemde kistin boşaltılmasını takiben kist içine etanol, pantopaque ve minosilin gibi ajanlar enjekte edilir. Amacı sekretuar kist epitelini devitalize etmek olan bu yöntemde ise enfeksiyon ve sklerozan ajanlara karşı alerjik reaksiyonlar gibi komplikasyonlar azda olsa görülebilir.¹⁰⁻¹³ Bizim hastamızda ise ultrasonografi eşliğinde perkütan aspirasyon yapılmış olup, işlem esnasında veya sonrasında herhangi bir sklerozan ajan uygulanmamıştır. Perkütan girişimde kullanılan katater, kistin aspirasyonu sonrasında yerinde bırakılmış olup, ertesi gün ultrasonografi kontrolünde rezidu olmaması ve kataterden drenajın olmaması üzerine çekilmiştir. Böylece aspirasyon sonrası rezidu, erken

dönemde safra kaçağı veya kanama gibi olaylar gözlenmiş olundu.

Perkütan aspirasyonlar kolay uygulanabilirliklerine rağmen yüksek rekürens oranları nedeniyle asıl tedavi edici girişim olmaktan çok tanı amaçlı olarak tercih edilmelidirler. Kistin içeriğinin tayini, kistin aspirasyonu ile semptomların gerileyip gerilemesi asıl tedavi protokolünün belirlenmesinde yol göstericidir. Özellikle büyük ve semptomatik basit karaciğer kistlerinde cerrahi tedavi asıl modalite olup, mümkün olan maksimum kist duvarının eksize edilmesi ön plandadır. Sağlıklı karaciğer dokusuna mümkün olan en az zararı vererek, kistin nüksünü engellemeye yetecek fenestrasyonun yapılması cerrahın dikkat edeceği ana unsurdur.¹¹ Bizim hastamızda da aspirasyon sıvısının non enfekte, non malign gelmesi ve semptomlarının aspirasyonla geçicide olsa gerilemesi, hastaya cerrahi girişimin gerekliliğini göstermiştir. Cerrahi tedaviler; intraoperatif aspirasyon, unroofing, kistojejunostomi, kistin total eksizyonu, parsiyel karaciğer rezeksiyonu, lobektomi olarak sıralanabilir. Kistin unroof edilmesi ilk olarak 1968 yılında Lin¹⁴ ve arkadaşlarınca tarif edilip uygulandı. Bu yöntem kistin serbest duvarının drenajın yeteri şekilde devam edebileceği kadar fenestre edilmesidir. İlk olarak 1991 yılında, tarif edilen işlem Paterson-Brown-Garden¹⁵ tarafından laparoskopik olarak gerçekleştirildi. Laparoskopik olarak açık cerrahi ile aynı başarıların sağlanması, daha az morbidite ve komplikasyon görülmesi laparoskopik yöntemi çok daha tercih edilir bir hale soktu. Bir çok cerrah laparoskopik yöntemi modifiye ederek rekürens oranlarını düşürmeye çalışmaktadır. Rezüdüel kaviteye alkol enjeksiyonu, argon veya elektrokoater ile rezidu kist duvarının fulgure edilmesi, kavitinin omentum ile doldurulması bu girişimlere örnek olarak verilebilir.¹¹

Klinger ve arkadaşları; gerçekleştirdikleri 21 laparoskopik fenestrasyon girişiminde, 6 hastada komplikasyon gördüklerini (1 hastada kanama, 2 hastada asid, 1 hastada plevral efüzyon, 1 hastada dispne, 1 hastada bilioma) bildirmişler ve erken mobilizasyon, daha az analjezik ihtiyacı, daha erken işe dönüş gibi avantajlarının altını çizmişlerdir.¹⁶

Yu-Meng ve arkadaşları; semptomatik basit karaciğer kisti olan 40 hastanın 13'üne açık cerrahi ile parsiyel karaciğer rezeksiyonu, 27'ine ise laparoskopik kist fenestrasyonu gerçekleştirmiştir. 13 hastalık grupta nüks görülmezken, 27 hastalık grupta 6 hastada (%22) nüks görülmüş ve bu 6 hastanın 4'ü non semptomatik seyretmesi üzerine takibe alınmış, 2'si ise açık cerrahi ile parsiyel karaciğer rezeksiyonuna gitmiştir.¹⁷

Civello ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği 6 laparoskopik kist fenestrasyonunda 2 yıllık takipte hiçbir komplikasyon ve nüks izlenmemiştir.¹⁸ Gloor'un konu ile ilgili yaptığı meta-analizde ise laparoskopik fenestrasyonun oldukça etkin ve güvenli olduğu belirtilmiş olup rekürens oranları %10 ile %25 arasında belirtilmiştir.⁴ Bizim hastamızda yapılan laparoskopik işlem sonrası kontrollerde hastanın semptomlarının gerilediği ve radyolojik olarak kistin kaybolduğu görülmüştür.

Sonuç olarak; laparoskopik cerrahi girişimlerde bilgi ve becerilerimiz her geçen gün artmaktadır. Laparoskopik kist fenestrasyonu da; uygun olgularda, düşük nüks oranları, hospitalizasyon süresi kısaltması ve yüksek hasta konforu gibi avantajları ile güvenle tercih edilecek bir yöntemdir.

Kaynaklar

- Longmire WP, Mandiola SA, Gordon HE. Congenital cystic diseases of the liver and biliary system. *Ann Surg* 1971; 174: 711.
- Dardik H, Glotzer P, Silver C. Congenital hepatic cysts causing jaundice. *Ann Surg* 1964; 159: 585.
- Regev A, Reddy KR, Berho M, et al. Large cystic lesions of the liver in a western hepatobiliary center. *World J Surg* 2002; 26: 462.
- Gloor B, Ly Q, Candinas D. Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery. *Dig Surg* 2002; 19(6): 494-9.
- Lai EC, Wong J. Symptomatic non-parasitic cysts of the liver. *World J Surg* 1990; 14(4): 452-6.
- Wilcox DM, Weinreb JC, Lesh P. MR imaging of a hemoragic hepatic cyst in a patient with polycystic liver disease. *J Comput Assist Tomogr* 1985; 9: 183.
- Fernandez M, Cacioppo JC, Davis RP, et al. Management of solitary nonparasitic liver cyst. *Am Surg* 1984; 50: 205.
- Yoshida H, Tajiri T, Mamada Y, et al. Infected solitary hepatic cyst. *J Nippon Med Sch* 2003; 70(6).
- Hira PR, Shweiki H, Lindberg LG, et al. Diagnosis of cystic hydatid disease-role of aspiration cytology. *Lancet* 1988; 2: 655.
- Pozniczek M, Wysocki A, Bobrzynski A, et al. Sclerosant therapy as first-line treatment for solitary liver cysts. *Dig Surg* 2004; 21(5-6): 452-4.
- Chan CY, Tan CHJ, Chew SP, Teh CH. Laparoscopic Fenestration of a simple hepatic cyst. *Singapore Med J* 2001; 42(6): 268-70.
- Pitale A, Bohra AK, Diamond A. Management of symptomatic liver cysts. *The Ulster Med J* 2002; 71: 106-10.
- Ammori BJ, Jenkins BL, Lim PC, et al. Surgical strategy for cystic diseases of the liver in a western hepatobiliary center. *J Am Coll Surg* 2001; 193: 36.
- Lin TY, Chen CC, Wang SM. Treatment of non-parasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. *Ann Surg* 1968; 168(5): 921-7.
- Paterson-Brown S, Garden OJ. Laser-assisted laparoscopic excision of liver cysts. *Br J Surg* 1991; 78(9): 1047.
- Klinger PJ, Gadenstatter M, Schmid T, et al. Treatment of hepatic cysts in the era of laparoscopic surgery. *Br J Surg* 1997; 84: 438-44.
- Yu-Meng Tan, Alexander Chung, Peter Mack, et al. Role of fenestration and resection for symptomatic solitary liver cysts. *ANZ Journal of Surgery* 2005; 75: 7, p 577.
- Civello IM, Matere D, Maria Gnigro C, Brandara F, Brisinda G. Laparoscopic fenestration of symptomatic non-parasitic cysts of the liver. *Hepatogastroenterology* 2005; 52(63): 849-51.

Distal Özofagus Kanseri İçin Torakoskopik ve Laparoskopik Total Özofajektomi: Olgu Sunumu

Beyza ÖZÇINAR, Vahit ÖZMEN, Oktar ASOĞLU, Abdullah İĞCİ, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU, Mustafa KEÇER

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

Özet

Giriş: Laparoskopik kolesistektomi ile başlayan minimal invaziv cerrahi girişimler, tüm torakal ve abdominal organların cerrahi tedavisinde giderek artan bir sıklıkta uygulanmaktadır.

Olgu: Mayıs 2005'te İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi'nde 53 yaşındaki bir erkek hastaya, endoskopi ve biyopsi ile distal 1/3 özofagus kanseri tanısı konulmuştur. Yapılan kontrastlı toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde tümörün adventisyayı invaze etmediğine (T2) ve bölgesel lenfatiklere yayılmadığına (No) karar verilmiştir. Hastaya torakoskopik olarak özofagus ve paraözofajeal lenf diseksiyonu yapılmıştır. Daha sonra laparoskopik olarak mide tüp haline getirilmiştir, çölyak lenf bezleri çıkarılacak spesmen üzerinde kalacak şekilde disseke edilmiştir. Boyun sol tarafına yapılan bir kesi ile özofagus bulunarak serbestleştirilmiş ve özofagus ile birlikte tüp haline getirilen mide boyuna doğru çekilmiştir. Daha sonra tümörlü özofagus ve proksimal mide eksize edilmiş ve özofago-gastrostomi yapılmıştır. Postoperatif 7. gün sağ akciğer alt lob atelektazisi olan hasta, 12. gün taburcu edilmiştir.

Sonuç: Torakoskopik özofagus mobilizasyonu, laparoskopik midenin tüp haline getirilmesi ve çölyak lenf diseksiyonu yapılan özofagus kanserli hasta serilerindeki erken sonuçlar, bu cerrahi girişimin güvenle yapılabileceğini göstermektedir. Morbidite ve mortalite oranlarının daha düşük olması, deneyimin artması ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte bu girişimler, erken evre özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde transhiatal veya torakotomili özofajektomilere alternatif olarak görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Torakoskopi, laparoskopi, özofajektomi.

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2005; 12(3): 150-157

Summary

Thoracoscopic and laparoscopic total esophagectomy for distal esophagus cancer: a case report

Introduction: After laparoscopic cholecystectomy gained wide acceptance for surgical treatment of gallbladder disease in the end of 1980s, laparoscopic and thoracoscopic procedures have been used for other intra-abdominal and intra-thoracic benign or malignant diseases.

Case: In May 2005, at Istanbul University, Istanbul Medical Faculty, Department of Surgery, Service C, we have performed a successful thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy with esophagogastrostomy to 53 years old man. The patient had a complication of right pulmonary atelectasis and pneumonia in POD#7 which were treated by antibiotics and conservative measurements. He was discharged from the hospital in postoperative day 12 in a healthy situation.

Conclusions: Early results of the studies have demonstrated that thoracoscopic mobilization and para-esophageal lymph node dissection of the esophagus together with laparoscopic creation of gastric tube and celiac lymph node dissection are technically safe and associated with low morbidity and mortality rate. These procedures may be an alternative to open transthoracic esophagectomy and transhiatal esophagectomy in relatively early esophageal cancer or patients with partial or complete remission after primary chemoradiation therapy.

Key words: Thoracoscopy, laparoscopy, esophagectomy.

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2005; 12(3): 150-157

Giriş

Minimal invazif cerrahi yöntemler, ilk olarak 1987 yılında laparoskopik kolesistektominin yapılmasından sonra, diğer abdominal ve torakal organların cerrahisinde de kullanılmaya başlanmıştır. Aynı girişimin bu yöntemle ve aynı başarı oranı ile yapılması, daha küçük kesilerle postoperatif travmanın azaltılması arzu edilmektedir.

Özofagus kanserinin, özellikle distal özofagus ve kardia tümörlerinin tüm dünyadaki insidansı giderek artmaktadır.^{1,2} Bunun nedeni olarak gastro-özofajeal reflü hastalığı ve Barrett's metaplazisinin artışı gösterilmektedir. Ancak, ne yazık ki tanı konulduğunda özofagus kanserlerinin %40-60'ı rezeke edilemeyecek durumdadır.³ İleri evre olgularında, neo-adjuvan kemoradyoterapi ve cerrahi girişim, operabl olgularda ise, transtorakal ve transhiyatal özofajektomi yapılmaktadır. İki alan veya üç alandisseksiyonu yapılması da tartışmalı bir konudur. Cerrahi morbidite ve mortalite oranlarının yüksek VE yapılan tedavilere rağmen 5 yıllık sağkalım oranının %30'larda olması, henüz bu hastalığın tedavisinde arzu ettiğimiz bir yerde olmadığımızı göstermektedir.⁴

Distal özofagus için ilk laparoskopik girişim 1991 yılında hiyatal herni için yapılmıştır.⁵ Klasik cerrahi girişimi oldukça kompleks ve zaman alıcı olan özofagus kanseri, laparoskopik ve torakoskopik yöntemler kullanılarak da tedavi edilmektedir.⁶⁻⁸ Bu çalışmaların çoğunda torakoskopi ile özofagus sebestleştirilmekte, laparotomi eklenerek abdominal faz tamamlanmaktadır.⁹⁻¹² Az sayıdaki çalışmada ise tamamen torakoskopik ve laparoskopik yaklaşımla özofajektomi yapılmıştır.^{6,7,9,13,14} Elde edilen sonuçlar, bu yöntemin açık transtora-

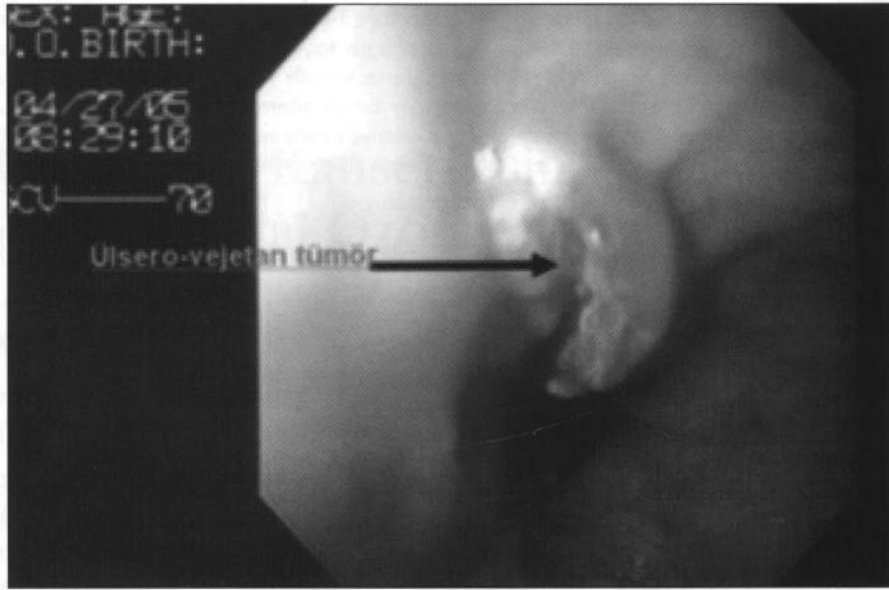
kal ve transhiyatal özofajektomiye güvenilir bir alternatif olduğunu ortaya koymaktadır.

Torakoskopik ve laparoskopik olarak başarı ile tedavi ettiğimiz ve verilere göre ülkemizde ilk olarak başarı ile uygulanan bir olgu nedeni ile özofagus kanserinde torakoskopik ve laparoskopik girişimler gözden geçirilmiş ve sunulmuştur.

Olgu

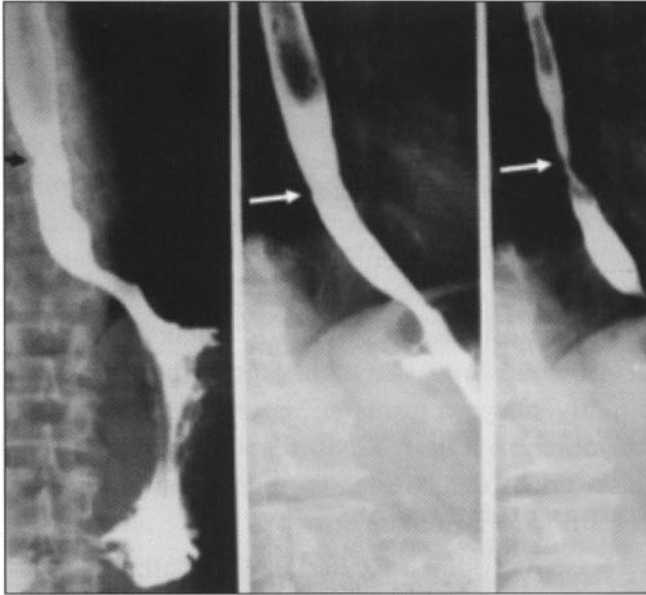
2 Mayıs 2005'te İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğimize 2 aydır olan yutma güçlüğü şikayeti ile başvuran 53 yaşındaki, erkek hastanın yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagogastrik bileşkenin 3 cm proksimalinde ülserojetan kitle tespit edildi (Resim 1). Yapılan endoskopik biyopsinin sonucu skuamöz hücreli karsinom olarak gelen hastaya özofagus pasaj grafisi (Resim 2), toraks ve batin kontrastlı bilgisayarlı tomografisi (Resim 3) yapıldı. Toraks bilgisayarlı tomografisinde, distal özofagusta lümeni daraltan adventisyaya taşmamış, çevre lenf bezi tutulumu olmayan kitle (cT2N0) tespit edilmesi üzerine hasta erken evre özofagus tümörü kabul edilerek cerrahi için hazırlandı.

Hastanın bilinen ek hastalığı ve daha önce geçirilmiş cerrahi girişimi bulunmamaktaydı. Sadece 40 yıldır günde üç paket sigara kullanmaktaydı. Ameliyat öncesi hazırlık olarak solunum fonksiyon testi uygulandı (FEV1: 3.5 (N)). Protein kalori malnütrisiyonu yoktu. Anestezi ile konsülte edilerek postop yoğun bakım koşulları sağlandı ve ameliyata alındı. Entübasyon çift lümenli endobronşiyal tüp ile yapıldı ve sağ akciğer söndürüldü. Hasta sol lateral dekübitüs pozisyonuna getirildi, silinip, örtüldü. Dört adet torakoskopik port ile sağ torak-



Resim 1

Gastroskopiye özofagogastrik bileşkenin 3 cm proksimalinde ülserovejetan kitle.

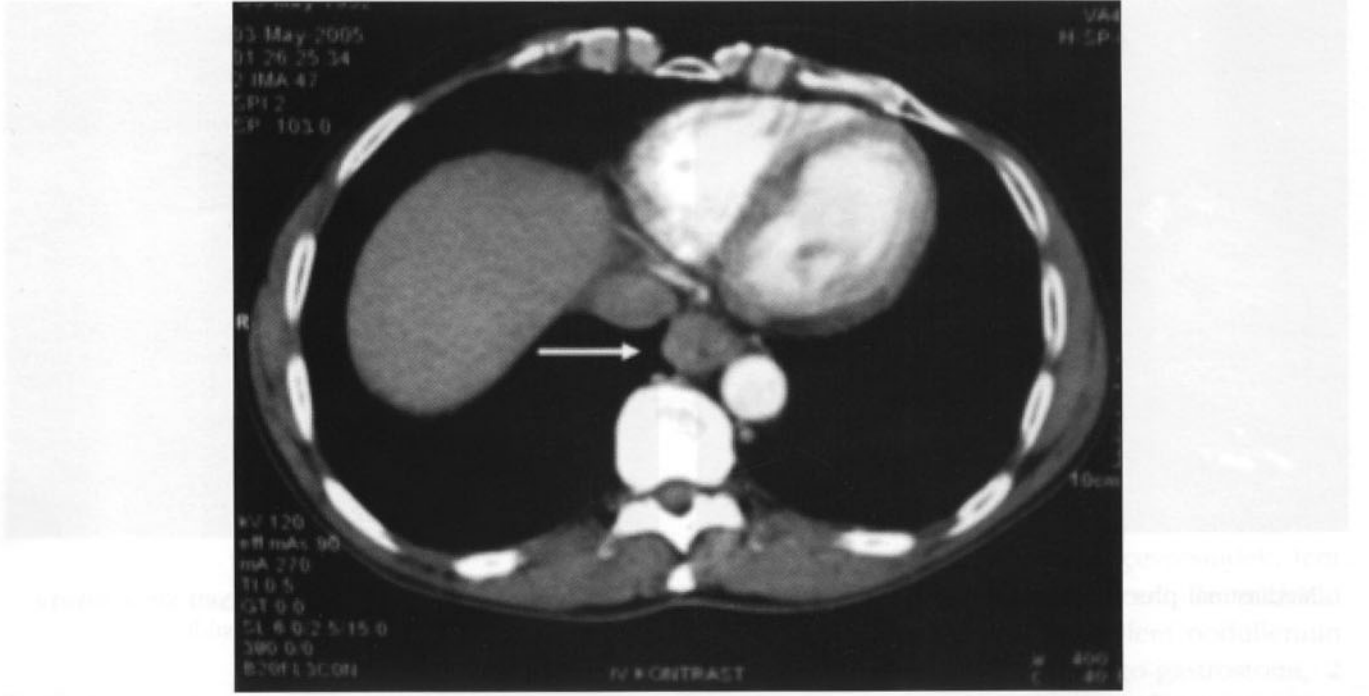


Resim 2

Özofagus pasaj grafisinde distal özofagusta duvar düzensizliği.

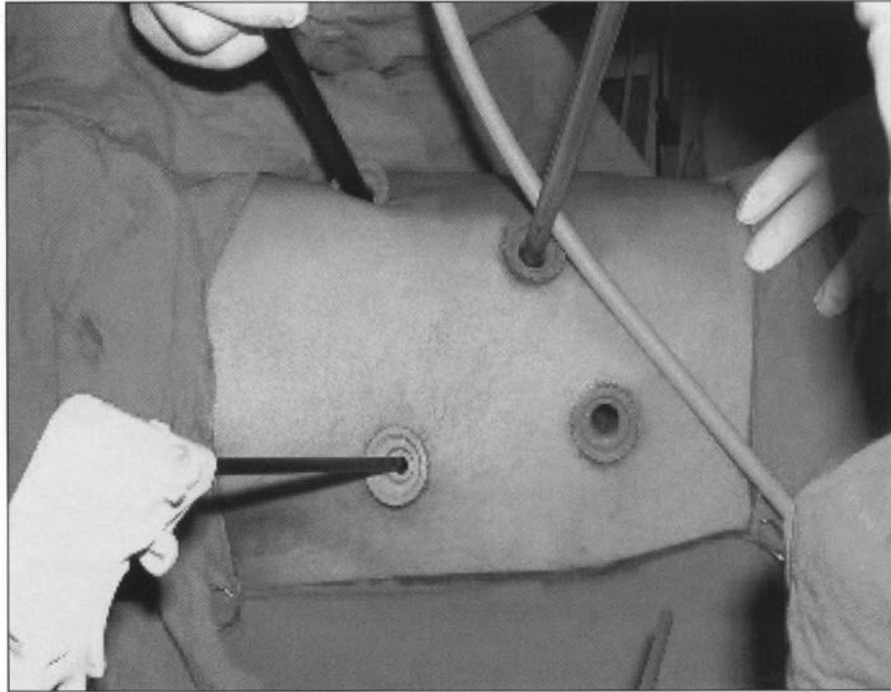
sa girildi (Resim 4). Endoskopik ekartör ile sağ akciğer mediyale doğru çekildi. Mediastinal plevra açılarak özofagusa ve etrafındaki yağlı dokulara ulaşıldı (Resim 5). Lenf diseksiyonu yapılarak, lenfatik dokular trokardan dışarıya alındı. Azigos

ven, vena kavaya dökülme yerinden 30 mm'lik EndoGIA ile kesildi (Resim 6). Özofagus etraf yağlı dokular ile birlikte toraks giriminden hiyatusa kadar tamamen serbestleştirildi. En alttaki trokar yerinden 30 F toraks tüpü yerleştirilerek kapalı su altı sistemine bağlandı, portlar çıkarıldı, port yerleri kapatıldı. Hasta sırtüstü pozisyona getirilerek, tekrar silinip örtüldü. Beş abdominal port ile batına girildi (Resim 7). Sağ gastrik arter ve sağ gastroepiploik arter korunarak, midenin büyük ve küçük kurvaturaları serbestleştirildi. Çölyak lenf nodları diseke edildi. Mide tamamen serbestleştirildikten sonra 60 mm'lik 3 adet, 30 mm'lik 1 adet EndoGIA kullanılarak mide tüp haline getirildi (Resim 8). Boyunda sol sternokleidomastoid kasının üzerinden yapılan oblik bir kesi ile servikal özofagusa ulaşıldı ve serbestleştirildi. Özofagus ve proksimal mide servikal insizyondan çekilerek dışarı alındı, total özafajektomi ve proksimal gastrektomi yapıldı. Hipofarinks ile mide arasına çift kat el ile anastomoz yapıldı. Servikal bölgeye ve laparoskopik trokar yerinden mediastene bir adet toraks tüpü yerleştirilerek kapalı su altı sistemine bağlandı ve insizyonlar kapatıldı (Resim 9). Bütün girişimler toplam 360 dakika sürdü. Hasta bir gün yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Ertesi gün ekstübe



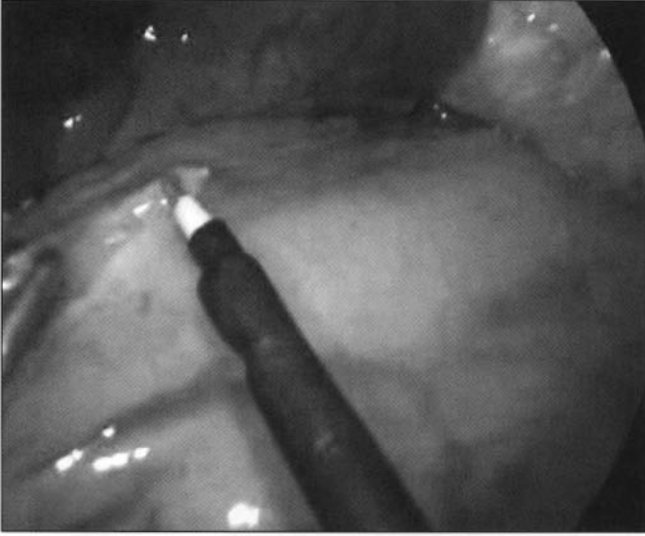
Resim 3

Batın bilgisayarlı tomografi incelemesinde distal özofagusta adventisya invazyonu olmayan duvar kalınlaşması.



Resim 4

Dört adet torakoskopik port ile sağ hemitoraksa girilerek pnömotoraks oluşturuldu.



Resim 5

Mediastinal plevra açılarak özofagus ve etraf yağlı dokulara ulaşıldı.



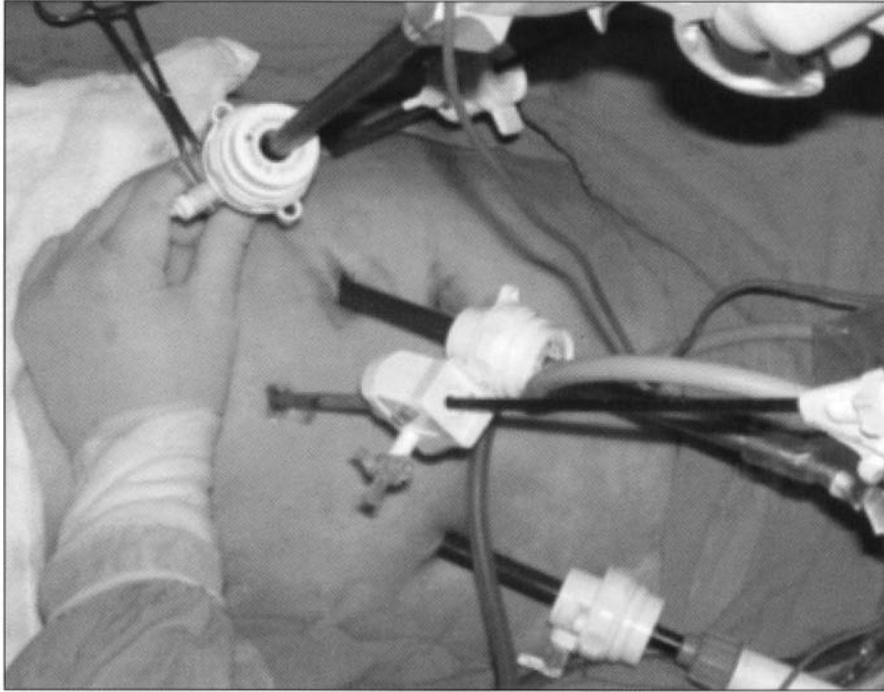
Resim 6

Laparoskopik EndoGIA ile azigos ven vena kavaya dökülme yerinden kesildi.

edilerek servise alındı. Beşinci gün pasaj grafisi çekilerek anastomozun salim olduğu görüldü ve oral gıda başlanıp, drenleri alındı. Hasta onikinci gün hastaneden taburcu edildi.

Tartışma

Fizik muayenede farkedilemeyen özofagusun kanseri, genellikle daha geç dönemde disfaji ve kilo kaybı ile ortaya çıkmakta ve yapılan mültidisip-



Resim 7

Beş adet abdominal port ile batına girildi.



Resim 8

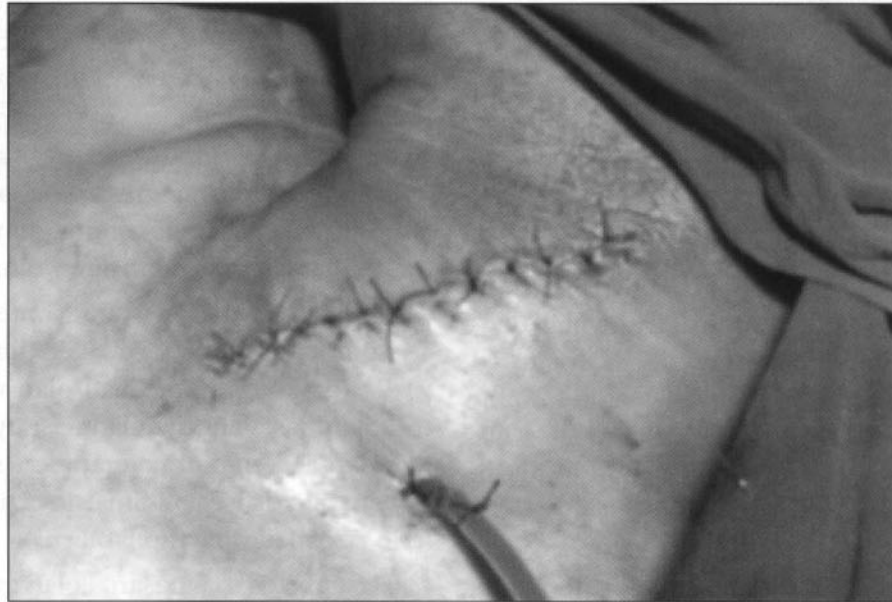
Laparoskopik EndoGIA ile mide tüp haline getirildi.

liner tedavilere rağmen 5 yıllık sağkalım oranı %50'nin altında kalmaktadır.^{4,15} Tarama programının (endoskopi) uygulanmaması, vertebraların önünde gizlenmesi, serozasının olmaması ve lenfatik drenajının özellik göstermesi kanserin yayılımı için önemli faktörlerdir. Cerrahi girişimi bu konuda deneyim gerektirmekte olup, tedavi öncesi

ve sonrası yoğun bakım ve parenteral beslenme imkanlarının bulunması gerekir.

Özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde iki önemli konu üzerinde durulmaktadır. Birincisi yapılacak olan rezeksiyonun genişliği, ikincisi ise yapılacak insizyon(lar)dır. Özellikle solunum fonksiyonları bozuk hastalarda uygulanan transhiyatal özofajektomi, morbidite ve mortalitesi daha düşük olan bir girişimdir ve transtorasik girişim ile karşılaştırıldığında sağ kalım oranları arasında fark saptanmamıştır.^{15,16}

Kanserin lokalizasyonuna göre 2 alan veya 3 alan disseksiyonu yapılması, bu şekilde örneğin distal özofagusta yerleşen bir kanserin tedavisi için, torakotomi ile özofagus ve çevresindeki lenf bezlerinin disseksiyonu, laparotomi ile midenin tüp şekline getirilmesi ve çölyak lenf nodüllerinin disseksiyonu daha sonra özofago-gastrotomi, 2 alan lenf disseksiyonlu radikal özofagus cerrahisine örnek oluşturur. Üç alan disseksiyonda ise, bunlara servikal özofagus çevresindeki lenf bezlerinin disseksiyonu eklenir, ancak özofagus totale yakın çıkarılarak, anastomoz boyunda özofago-gastrotomi şeklinde yapılır. Açık cerrahide morbidite oranları %30-%80 arasında, mortalite oranı



Resim 9

Sol sternokleidomastoid kası üzerine yapılan oblik insizyon ile servikal anastomoz yapıldı.

%4-6, beş yıllık sağkalım oranları ise %13-%48 arasında verilmektedir.^{15,17,18}

Tachibana ve arkadaşları toplam 287 adet özofagus kanserli hastalarının 141'ine üç alan diseksiyonlu total özofajektomi ameliyatını uygulamışlardır. Ortalama 41 aylık takip süreleri sonunda ortalama sağ kalım oranları sırasıyla bir yıl için %76, üç yıl için %58 ve beş yıl için %48 olarak bulunmuştur.¹⁸ Radikal en blok özofajektomi ameliyatı, özofagusun, perikardiumun ve subplevral dokuların aynı embriyolojik oluşumdan kaynaklandığı esasa dayanır. Bu ameliyatta sağ torakotomi, laparotomi ve bilateral kolye tarzı servikal insizyon uygulanarak azigos ven, sağ bronşiyal arter bağlanır. Sol bronşiyal arter, reküren laringeal sinirler, süperior vena cava, sağ subklavian arter ve vagus siniri korunarak, özofagus, servikal, üst, orta ve alt mediastinal, abdominal lenf nodları ile birlikte çıkarılır.^{18,19} Enblok radikal özofajektomi teorik olarak ideal cerrahi yöntemdir. Fakat teknik olarak uygulaması zordur ve ancak cerrahi deneyimi yüksek olan cerrahi kliniklerce uygulanması uygundur. Bu yöntemde bilateral rekürren laringeal sinirleri korumak zordur. Tachibana ve arkadaşlarının çalışmalarında 141 hastanın 113'ünde (%80) komplikasyon görülmüştür. 40 (%28.4) hastada reküren sinir paralizisi görülmüş ve üç hastada trakeostomi ihtiyacı doğmuştur. Toplam çıkarılan lenf nodu sayısı 15 ile 107 arasında değişmiş olup, alt özofagus yerleşimli tümörlerin hiçbiri abdomen veya mediastende lenf nodu tutulumu yapmadan servikal lenf nodu tutulumu yapmamıştır.¹⁸ 1990'lı yıllardan sonra, özofagus kanserinin cerrahi tedavisinde minimal invazif cerrahi teknikler uygulanmaya başlamıştır.^{6,7,9,13,14,20} Minimal invazif cerrahi teknikler arasında; laparoskopik transhiyatal özofajektomi, torakoskopik özofagus disseksiyonu ve laparotomi, torakoskopi ve laparoskopinin kombine edildiği yöntemler yayımlanmıştır.^{6,7,9,13,14} İlk olarak, torakoskopiye ek olarak laparotomi ile özofajektomi ameliyatı yapılmıştır.⁹⁻¹² Nguyen ve arkadaşları 46 hastanın 44'üne torakoskopik ve laparoskopik girişim ile özofajektomi, ikisine ise laparoskopik transhiyatal özofajektomi yapmışlardır. Çalışma sonucunda torakoskopik ve laparoskopik girişimin cerrahi teknik olarak daha güvenilir oldu-

ğu, cerrahi morbiditenin ve hastanede kalış süresinin azaldığı sonucuna varmışlardır. Ortalama ameliyat süreleri 350±75 dakika, ortalama yoğun bakım ünitesinde kalış süresi iki gün, ortalama hastanede kalış süreleri ise sekiz gündür. Ortalama 26 aylık takip süreleri sonunda ortalama sağkalım oranları %57'dir.⁷ Bizim deneyimimizde cerrahi girişim süremiz 360 dakikadır. Hastamız 1 gün yoğun bakım ünitesinde entübe olarak takip edildikten sonra servise alınıp, 12. günde hastaneden taburcu edilmiştir. Nguyen ve arkadaşlarının çalışmalarında, bütün hastalarda postoperatif dönemde beslenme amaçlı beslenme jejunostomisi yapılmıştır.⁷ Hastamızda, protein kalori eksikliği olmadığından ve total parenteral beslenme düşünüldüğünden beslenme jejunostomisi yapılmamıştır.

Torakoskopik ve laparoskopik cerrahi girişim laparoskopik transhiatal girişim ile karşılaştırıldığında teknik olarak uygulaması daha kolay bir yöntemdir. Transhiatal girişimde özellikle orta 1/3 özofagusun mobilizasyonu mediastende yeterli hareket alanı olmadığından ve aletlerin boyutlarının yetmemesinden dolayı daha zordur. Transhiatal girişimle yeterli mediastinal lenf nodu disseksiyonu yapılamamaktadır. Cerrahi morbidite ve mortalitesi de transhiatal girişim ile kıyaslanabilecek düzeydedir.⁷

Torakoskopik ve laparoskopik cerrahi girişimin önemli bir dezavantajı, kullanılan laparoskopik, torakoskopik aletlerin ve staplerlerin maliyetidir. Ülkemiz gibi ekonomik düzeyi sınırlı olan ülkelerde bu girişimlerin uygulanması tartışılabilir, ancak getirdiği avantajlar gözönüne alındığında bu yöntemin uygulanmasında ısrarcı olunmalıdır.

Minimal invaziv cerrahi yöntemin (lokal ileri) T4 tümör tutulumu olan, geçirilmiş torakoskopik ya da torakotomi ameliyatı olan ve morbid obesitesi olan hastalara uygulanması uygun değildir. Bu hastalarda, kemoradyoterapiden sonra operabilite sağlanabiliyor ise, minimal invazif cerrahi girişimlerle özofajektomi yapılabilir.

Hastamızda da başarı ile uygulanabildiği gibi, torakoskopik ve laparoskopik özofajektomi ameliyatı özofagus kanserinde transhiyatal ve transtoraksik özofajektomilere alternatif bir yöntem olarak

uygulanabilir. Ancak küratif bir cerrahi girişim olup olamayacağına, daha geniş serilerin daha uzun süreli takiplerinin sonucunda karar verilebilecektir.

Kaynaklar

1. Blot WJ, Devesa SS, Fraumeni JF. Continuing climb in the rates of esophageal adenocarcinoma: an update. *JAMA* 1993; 270: 1320.
2. Heitmilller RF, Sharma RR. Comparison of prevalence and resection rates in patients with esophageal squamous cell carcinoma and adenocarcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 112: 130-6.
3. Daly JM, Fray WA, Little AG, et al. Esophageal cancer: results of an American College of Surgeons patient care evaluation study. *J Am Coll Surg* 2000; 190: 562-73.
4. Xiao ZF, Yang ZY, Miao YJ, et al. Influence of number of metastatic lymph nodes on survival of curative resected thoracic esophageal cancer patients and value of radiotherapy: report of 549 cases. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; 62: 82-90.
5. Geagea T. Laparoscopic Nissen's Fundoplication: Preliminary reports on ten cases. *Surg Endosc* 1991; 5: 170-3.
6. Nguyen NT, Follette DM, Wolfe BM, Schneider PD, Roberts P, Goodnight JE Jr. Comparison of minimally invasive esophagectomy with transthoracic and transhiatal esophagectomy. *Arch Surg* 2000; 135: 920-5.
7. Nguyen NT, Roberts P, Follette DM, Rivers R, Wolfe WM. Thoracoscopic and laparoscopic esophagectomy for benign and malignant disease: Lessons learned from 46 consecutive procedures. *J Am Coll Surg* 2003; 197: 902-13.
8. Luketich JD, Alvelo-Rivera M, Buenaventura PO, et al. Minimally invasive esophagectomy: outcomes in 222 patients. *Ann Surg* 2003; 238: 486-95.
9. McAnena OJ, Rogers J, Williams NS. Right thoracoscopically assisted esophagectomy for cancer. *Br J Surg* 1994; 81: 236-8.
10. Law S, Fok M, Chu KM, Wong J. Thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer. *Surgery* 1997; 122: 8-14.
11. Peracchia A, Rosati R, Fumagalli U, Bona S, Chella B. Thoracoscopic esophagectomy: are there benefits? *Semin Surg Oncol* 1997; 13: 259-62.
12. Kawahara K, Maekawa T, Okabayashi K, et al. Video assisted thoracoscopic esophagectomy for esophageal cancer. *Surg Endosc* 1999; 13: 218-23.
13. Du JJ, Meng L, Chen JH, et al. Hand assisted video thoracoscopy for resection of esophageal cancer. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 2005; 43: 351-3.
14. Lin TS, Kuo SJ, Lai CY, Chou MC. Combination of video assisted thoracoscopic surgery and hand assisted laparoscopic surgery for early cancer of the thoracic esophagus. *Int Surg* 2004; 89: 131-5.
15. Gockel I, Heckoff S, Messow CM, Kneist W, Junginger T. Transhiatal and transthoracic resection in adenocarcinoma of the esophagus: Does the operative approach have an influence on the long-term prognosis? *World J Surg Oncol* 2005; 24: 40.
16. Chou SH, Kao EL, Chuang HY, Wang WM, Wu DC, Huang MF. Transthoracic or transhiatal resection for middle- and lower-third esophageal carcinoma? *Kaohsiung J Med Sci* 2005; 21: 9-14.
17. D'Journo XB, Doddoli C, Michelet P, et al. Transthoracic esophagectomy for adenocarcinoma of the oesophagus: standard versus extended two-field mediastinal lymphadenectomy? *Eur J Cardiothorac Surg* 2005; 27: 697-704.
18. Tachibana M, Kinugasa S, Yoshimura H, et al. Clinical outcomes of extended esophagectomy with three field lymph node dissection for esophageal squamous cell carcinoma. *Am J Surg* 2005; 189: 98-109.
19. Shackelford's surgery of the Alimentary Tract, 1991. Carcinoma of the esophagus and cardia, 246-75.
20. Korst RJ. Surgical resection for esophageal carcinoma: speaking the language. *W J Gastroenterol* 2005; 11: 2211-2.

A

Adaş, Gökhan 124, 136,138
Akarca, Ulus S. 139
Akçal, Tarık *Moderatör*
Akdeniz, Ali 115
Akın, Barış Veli 113, 141
Akın, M. Levhi *Konuşmacı*, 116, 118
Aksakal, Nihat 123, 126
Aksoy, Serdar 116
Aksoy, Şefika 137
Aktan, Özdemir *Moderatör*
Aktekin, Ali 134
Akyüz Muhammet 114, 117, 118, 121, 122, 123, 127, 129
Alış, Halil 113, 128, 130, 141,143,144
Alper Aydın *Moderatör, Konuşmacı*
Alponat, Ahmet *Moderatör*
Altınlı, Ediz 117
Altıntaş, Fatış 132
Altıntoprak, Fatih 114, 117, 118, 127, 129
Aren, Acar *Moderatör*, 136,137,
Asoğlu, Oktar 114, 117, 118, 120, 122, 127, 129, 150
Atayoglu, Kemal 134
Aydınoğlu, Semih 126
Aydoğan, Fatih 141,
Aygün, Erşan 113, 115, 128, 130, 138,141, 143,144
Avcı, Cavit *Moderatör*
Avtan, Levent *Konuşmacı*

B

Bağ, Murat 124
Bakan, Mefkür 132
Bakkaloğlu, Hüseyin 120, 121
Barbaros, Umut 119, 120, 123, 125, 126, 144
Başak, Fatih 136, 137
Battal, Muharrem 138
Baysal, Zeynep 114
Bor, Serhat 139,140
Bostancı, Özgür 135
Bostanoğlu, Settar 138
Bozbora, Alp *Moderatör, Konuşmacı*, 120, 125, 126, 144
Bozkurt, Şükrü *Konuşmacı*
Budak, Demir 120
Buğra, Dursun *Moderatör, Konuşmacı*
Buluş, Hakan 121, 122, 126, 130, 142
Bulut, Adnan 131,132
Bulut, Türker *Moderatör*

C

Carıllı, Şenol 113
Cengiz, Mustafa 114
Cin, Necat 124

Civelek, Serdar 127
Coşkun, Halil 113, 135

Ç

Çağlıkülekçi, Mehmet 128
Çakmak, Atıl 121, 122, 126, 142
Çakmakkaya, Serpil 132
Çalışkan, Alper 125
Çarkman, Sinan 119
Çatal, Hidayet 125
Çelenk, Tuncay 116, 118
Çelik, Atilla 117
Çelik, Faik *Konuşmacı*
Çelik, Taylan 119
Çoker, Ahmet *Konuşmacı*
Çukurova, Zafer 115

D

Dalkılıç, Lütfi 135
Demir, Uygur 135
Demirbaş, Alper 131
Demirbaş, Sezai 116, 118
Demiriz, Barış 138,144
Demirogluk, Şener 132
Demirtosun, Esmâ 127
Deniz, Hande 133,134
Deveci, Uğur 119, 120, 125, 126, 144
Dinçağ, Ahmet 119, 123
Dinçkan, Ayhan 131
Dodur, Berrin 115, 130, 138, 141, 143
Doğan, Yaşar 124, 136,138
Dolapçı, Mete 113
Dolay, Kemal 128, 130, 141,143, 144
Düren, Mete *Konuşmacı*

E

Ede, Berge 113, 115, 130, 143,128
Ege, Bahadır 133, 134
Engin, Atilla *Moderatör*
Erbil, Yeşim 120, 125, 126, 144
Erdoğan, Okan 131
Eren, Gülay Asik 115
Ergül, Zafer 131,132
Ergüney, Sabri *Moderatör*
Erkek, Bülent 121, 122, 126, 142
Ersin, Sinan *Konuşmacı*, 139, 140
Ersoy, Emin *Konuşmacı*, 133,134, 145
Ersoy, Yeliz 141
Ertekin, Cemalettin *Moderatör*, 120, 121
Ertem, Metin *Moderatör*,119, 141
Eyüboğlu, Erhun *Moderatör*, 128

F

Filiz A. İlker 116, 118

G

Geçim, Ethem 121
 Görgün, Mehmet 125, 127
 Gönüllü, Nuri *Konuşmacı*
 Güloğlu, Recep 120, 121, 122
 Gürcü, Barış 139, 140
 Gürel, Mehmet *Moderatör*, 126
 Gürkan, Alihan 131
 Gürkan, Alp 135
 Gürleyik, Günay 134

H

Hamzaoglu, İsmail *Konuşmacı*
 Harlak, Ali 115
 Hatipoğlu, Sinan 113, 143
 Hoca, Onur 131, 132

İ

İğci, Abdullah *Moderatör*, 114, 117, 118, 122, 127, 129, 150
 İpek, Turgut *Konuşmacı*, 128

K

Kabaoğlu, Burçak 113
 Kabul, Esin 114, 118, 123
 Kaçar, Serdar 135
 Kahya, Mehmet C. 124
 Kalaycı Mustafa 128, 130, 143, 144
 Kalaycı, Mustafa U. 113, 141
 Kaleli, Erdal 137
 Kalender, Samet 135
 Kama Nuri Aydın *Konuşmacı*
 Kapan, Selin 115, 138
 Kaplan, Hasan *Moderatör*, 139, 140
 Karaca, Cezmi 135
 Karahan, Servet 124
 Karakoyun, Rojbin 121
 Karanlık, Hasan 122, 129
 Karataş, Adem 128
 Karatepe, Oğuzhan 136
 Karayalçın, Kaan *Konuşmacı*, 122
 Kaya, Cemal 135
 Kaya, Güner 132
 Kaya, Oskay 132
 Keçer, Mustafa 114, 117, 118, 122, 127, 129, 150
 Kerem, Mustafa 145
 Kılıç, İlknur 119
 Kınacı, Erdem 136, 137
 Kurt, Atilla 116
 Kurt, Yavuz 116, 118
 Kurukahvecioğlu, Osman 133, 134
 Kocaay, Fırat 142
 Koçak, Savaş 126

Korkmaz, Atilla *Moderatör, Konuşmacı*

Kozak, Orhan 125
 Köksal, Neşet 117, 122
 Köse, Hakan 125, 127
 Kütükçü, Ersen 115, 138

M

Mahmoud, Hatim 121, 122, 126, 130, 142
 Makay, Özer 139, 140
 Malazgirt, Zafer *Konuşmacı*
 Mayır, Burhan 131
 Menteş, Öner 115
 Mercan, Selçuk *Konuşmacı*, 120, 125, 126, 144
 Mihanlı, Mehmet 135
 Müftüoğlu, Tolga 134
 Müslümanoğlu, Mahmut *Konuşmacı*, 114, 117, 118, 122, 127, 129, 150

O

Odabaşı, Mehmet 134
 Onur, Ender 117
 Oral, Ceyhun *Konuşmacı*
 Oran, E. Şen 129

Ö

Öğünç, Güner *Konuşmacı*
 Ögüş, Mehmet *Moderatör*
 Öner, Köksal 113
 Öner, Osman 115
 Ören, Durkaya *Moderatör*
 Özakay, Kerim 136, 137
 Özarmağan, Selçuk 125, 126, 144
 Özçınar, Beyza 122, 127, 129, 150
 Özdemir, Süleyman 130, 142
 Özer, Şerafettin 125
 Özerhan, İsmail Hakkı 115
 Özgönül, Abdullah 114
 Özkan, Hakan 137
 Özkardeş, Alper 132
 Özmen, Vahit *Moderatör*, 114, 117, 118, 122, 127, 129, 150
 Özsan, İsmail 139, 140
 Özütemiz, Ömer 139, 140

P

Paksoy, Melih *Konuşmacı*, 119, 141
 Pala, Mirac İ. 145
 Parlak, Mesut 114, 117, 118, 122, 127, 129
 Peker, Yasin 124
 Pekmezci, Salih *Konuşmacı*
 Peşluk, Onur 129
 Polat, Yücel 124, 136, 138
 Poyanlı, Arzu *Konuşmacı*

R

Reyhan, Enver 124

S

Sağlam, Abdullah *Konuşmacı*, 134
 Sakarya, Aslan 131
 Salihoglu, Ziya 132
 Sarı, Selim 137, 138
 Serin, Kürşat Rahmi 117
 Seven, Rıdvan 120, 125
 Sevinç, M. Mahsuni 136,137
 Sökmen, Selman 119
 Sözbilen, Murat 139,140
 Sözüner, Ulaş 122, 126, 130
 Sözüner, Erdoğan *Moderatör*
 Sungurtekin, Uğur *Konuşmacı*
 Sücüllü, İlker 116, 118
 Sümer, Aziz 117

Ş

Şahin, İlknur 141
 Şahin, Mustafa 128
 Şahin, Tefik T. 145
 Şeker, Duray 132
 Şeker, Gaye 132
 Şenocak, Rahman 115
 Şimşek, Osman 141

T

Tardu, Ali 136,137,
 Taşçı, Ali İhsan 144
 Taşçı, Hasan *Moderatör*
 Taşkın, Mustafa *Konuşmacı*, 141
 Tatar, Fatma 124
 Taviloğlu, Korhan 120, 121

Tekant, Yaman *Moderatör*

Tekinel, Mehmet 116
 Tezel, Ekmel 116, 133, 134
 Tırnaksız, Bülent 116
 Tombuloğlu, Murat 139
 Tosun, Önder 125, 127
 Tufan, Turgut 115
 Turhan, Ahmet Nuray 115, 128, 138, 143
 Türkçapar, Ahmet Gökhan *Konuşmacı*, 130, 142

U

Uras, Cihan *Moderatör*
 Uzunköy, Ali 114

Ü

Üstüner, Evren 142

Y

Yanar, Hakan 120, 121
 Yandakçı, Kemal 131
 Yavuz, Nihat 119
 Yıldız, M 118
 Yiğitbaş, Hakan 141, 143
 Yol, Sinan *Konuşmacı*
 Yorgancı, Kaya *Konuşmacı*
 Yücel, Osman *Konuşmacı*
 Yücel, Tayfun *Moderatör*

Z

Zalluhoğlu, Nihat 135
 Zengin, Kağan 119, 141
 Zeytunlu, Murat *Konuşmacı*

Serbest Bildiri ve Poster Özetleri yazarları tarafından gönderildiği şekilde baskıya alınmıştır.
 Muhtemel yazım hatalarının sorumluluğu yazarlara aittir.

Digital Through And Through.

IMAGE 1™ - The New KARL STORZ Camera System

STORZ
KARL STORZ — ENDOSKOPE

THE DIAMOND STANDARD



Gentek
Medikal ve Teknik Cihazlar
Ticaret Ltd. Şti.
Ahmet Hâşim Cad. No:29
Dikmen - Ankara Türkiye
Tel: +90(312) 480 00 65
Fax: +90(312) 480 00 11
http://www.gentek.com.tr

KARL STORZ GmbH & Co. KG, Mittelstraße 8, D-78532 Tuttlingen/Germany, Phone: +49 7461 / 70 80, Fax: +49 7461 / 70 81 05, E-Mail: info@karlstorz.de
KARL STORZ Endoscopy America, Inc, 600 Corporate Pointe, Culver City, CA 90230-76 00, USA, Phone: +1/310/ 3 38 81 00, Fax: +1/310/ 2 10 55 27, E-Mail: info@ksea.com
KARL STORZ Endoscopia Latino-America, 815 N. W. 57 Av., Suite No. 480, Miami, FL 33126-2042, USA, Phone: +1/305/ 2 62 89 80, Fax: +1/305/ 2 62 89 86, E-Mail: info@ksela.com
www.karlstorz.com

BE CONFIDENT WITH TURCom's SUPERIOR "ICT" SOLUTIONS

TURCom Group of Companies is a leading supplier of ICT (Information and Communication Technologies) solutions. Partners with 3Com, ADC, Alcatel, Allied Telesyn, Avaya, BEA Systems, Check Point, Cisco Systems, Entrasys, Sun Microsystems, Symantec and others, TURCom is an ISO 9001 - 2000 certified company.

TURCom has a very strong team of certified and experienced engineers. Now, for over a decade TURCom has been serving enterprises with proven, modern technological solutions and services. With core competence in ICT, TURCom's wide ranges of products include:

- Engineering, Consulting and Training,
- System Integration (WAN/LAN-Data/Voice/Video),
- Corporate ISP Solutions,
- Sector based ASP Solutions,
- Wireless Solutions,
- IP Solutions,
- Video Conference and Remote Monitoring Solutions,
- Network Security Solutions,
- Global Managed Data Network Solutions,
- Managed IP VPN Solutions,
- Satellite Connectivity Services,
- Hosting & Co-location Services,
- Value Added GPRS Services,
- Hardware and Software Distribution Services,
- Outsourcing Services,
- 7/24 Support and Warranty Services,
- TELEMEDICINE APPLIANCES,
- NATIONAL & INTERNATIONAL HEALTH NETWORK SOLUTIONS.

With 12 offices spread throughout Turkey, and POP centres in Europe, TURCom is able to offer timely services. TURCom's mission is to establish a link of advantages between the Information & Communication Technologies and the corporate customers. TURCom's up-to-date, timely and advantageous ICT solutions, its commitment to service quality and customer satisfaction; coupled with the high dynamism, experience and current knowledge of TURCom Team continue to be appreciated and welcomed by ever growing market segments.

TURCom
Sirketler Grubu
Group of Companies



7.Ulusal
Endoskopik - Laparoskopik
Cerrahi Kongresi
Teknik Sponsoru

Head Office: Incesu Sok. No:7, Etiler, ISTANBUL **Tel:** +90 (0) 212 359 29 29 **Fax:** +90 (0) 212 359 29 30

e-mail: turcom@turcom.com.com **www.turcom.com.tr**

www.turcommuniqué.com.tr