



Endoskopik Laparoskopik

& Minimal Invaziv **Cerrahi Dergisi**



9. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

28-31 Ekim 2009

BİLDİRİ ÖZETLERİ

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Yıl/Year 2009 Cilt/Volume 16 Sayı/Number 3 Eylül/September



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

**9. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi
28-31 Ekim 2009**

BİLDİRİ ÖZETLERİ

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Yıl/Year 2009 Cilt/Volume 16 Sayı/Number 3 Eylül/September



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)
Eren BERBER (Cleveland, USA)
Jean BOULEZ (Lyon, France)
Gerard BUESS (Tübingen, Germany)
Guy Bernard CADIERE (Brussels, Belgium)
Gérard CHAMPAULT (Paris, France)
Alfred CUSCHIERI (Dundee, UK)
Bernard DALLEMAGNE (Liege, Belgium)
Ara DARZY (London, UK)
François DROUARD (Saint Quentin, France)
François DUBOIS (Paris, France)
Jean Louis DULUCQ (Bordeaux, France)

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

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

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi / Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery (ISSN 1300-6533) Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Dernei (ELCD)'nin yayın organı olup Deomed Medikal Yayıncılık tarafından yayımlanmaktadır. Dergi  c ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) yayımlanır ve dört sayıda bir cilt tamamlanır. Dergide yer alan yazı, flekil, tablo ya da resimlerin telif hakkı (Copyright   2005 Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Dernei (ELCD)'ne aittir. Bir bölümlü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılmaz. Dergiden alıntı yapacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak olarak belirtmesi gereklidir. Yayımlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu yazarlara aittir. Yayın 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, Istanbul, and each volume consists of four issues. Copyright   2005, 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

PROMAYS

ORGANİZASYON VE MATBAAA HİZMETLERİ
T: 0212 216 70 01 - 216 79 02
www.promays.com info@promays.com



Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery

Cilt / Volume 16

Sayı / Number 3

Eylül / September 2009

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

Levhi AKIN (İstanbul)	Mehmet GÜREL (Ankara)	Kaya SARİBEYOĞLU (İstanbul)
Aydın ALPER (İstanbul)	İsmail HAMZAOĞLU (İstanbul)	Yunus SÖYLET (İstanbul)
Ahmet ALPONAT (Kocaeli)	Abdullah İGCI (İstanbul)	Erdoğan M. Sözüer (Kayseri)
Ediz ALTINLI (İstanbul)	Tayfun KARAHASANOĞLU (İstanbul)	Mustafa TAŞKIN (İstanbul)
Nusret ARAS (Ankara)	Atila KORKMAZ (Ankara)	Korhan TAVİLOĞLU (İstanbul)
Oktar ASOĞLU (İstanbul)	Neşet KÖKSAL (İstanbul)	Cem TERZİ (İzmir)
Bilgi BACA (İstanbul)	Sezai LEVENTOĞLU (Ankara)	Bülent TIRNAKSIZ (Ankara)
Erdal Birol BOSTANCI (Ankara)	Zafer MALAZGİRT (Samsun)	Ahmet TÜRKÇAPAR (Ankara)
Dursun BUĞRA (İstanbul)	Selçuk MERCAN (İstanbul)	Ali UZUNKÖY (Şanlıurfa)
Yılmaz BÜYÜKUNCU (İstanbul)	Güner ÖGÜNÇ (Antalya)	Veli YALÇIN (İstanbul)
Ahmet ÇOKER (İzmir)	Mehmet Kemal ÖGÜŞ (Antalya)	Sümer YAMANER (İstanbul)
Sezai DEMİRBAŞ (Ankara)	Ceyhun ORAL (İstanbul)	Hakan YANAR (İstanbul)
Sinan ERSİN (İzmir)	İlgin ÖZDEN (İstanbul)	Nihat YAVUZ (İstanbul)
Emin ERSOY (Ankara)	M. Mahir ÖZMEN (Ankara)	Yunus YAVUZ (İstanbul)
Erhun EYÜBOĞLU (İstanbul)	Vahit ÖZMEN (İstanbul)	Osman YÜCEL (İstanbul)
Rasim GEÇOSMANOĞLU (İstanbul)	Salih PEKMEZCİ (İstanbul)	Mustafa YÜKSEL (İstanbul)
Haldun GÜNDOĞDU (Ankara)	Yavuz Selim SARI (İstanbul)	Kağan ZENGİN (İstanbul)

Redaksiyon ve Düzelti / Editing: Umut Barbaros - Fatih TUNCA

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 40 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

9. Ulusal Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Kongresi

Sözlü Bildiri Özetleri	101 - 132
Video Bildiri Özetleri	133 - 142
Poster Bildiri Özetleri	143 - 200

Genel Cerrahi / General Surgery

Tek kullanımlık Laparoskopik Aletlerin Tekrar Kullanımının Ameliyat Sonrası Enfeksiyonu Üzerine Etkisi	201 - 205
---	------------------

Erdal KARAGÖLLE, Emin TÜRK, Gökhan MORAY

Bu klinik çalışmada tek kullanımlık malzemelerin, sterilize edilerek tekrar kullanımının ameliyat sonrası enfeksiyon üzerine etkisi araştırıldı. Bu çalışmanın sonucuna göre sterilize edilerek tekrar kullanılan tek kullanımlık laparoskopik malzemelerin ameliyat sonrası enfeksiyon oranında artışa neden olmadığı söylenebilir.

Effect Of Reusing Sterilized Disposable Laparoscopic Devices On Postoperative Infection

In this study, the effect of re-utilization of disposable surgical materials after sterilization on postoperative infection rate. According to the results of this study it can be concluded that re-utilization of disposable surgical materials for laparoscopic surgery dose not increase the rate of postoperative infectious complications.

Bildiri Yazar İndeksi	209 - 213
------------------------------	------------------

S 1

**NEDENİ BULUNAMAYAN ALT GASTRO-
INTESTİNAL SİSTEM KANAMALARINDA LA-
PAROSKOPİNİN TANI VE TEDAVİDEKİ ÖNEMİ**

M. ERTEM*, V. ÖZBEN*, E. ÖZVERİ**, S. YILMAZ**

* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD
** Genel Cerrahi, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi

Amaç: Araklı tarzda alt gastrointestinal sistem (GİS) kanaması olan ve tanıları ortaya konamayan hastalarda laparoskopik cerrahinin tanı ve tedavideki önemini vurgulamayı amaçladık. **Yöntem:** Ocak 2008-Haziran 2009 tarihleri arasında araklı alt GİS kanaması nedeni ile kliniğimize refere edilen toplam 5 (4 kadın [80%], 1 erkek) hastanın bilgileri prospektif olarak incelendi. Hastaların klinik, endoskopik, radyolojik, operatif ve patolojik bulguları literatür eşliğinde sunuldu.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 49 yıl (43-55) saptandı. Tüm hastaların başvuru nedeni araklı olarak devam eden melena tarzı rektal kanama ve 2 hastada (40%) karın ağrısı idi. Alt ve üst GİS endoskopide hiçbir hastada kanamaya ait patoloji bulunamadı. Bir hastada çift balon endoskopisi denendi; ancak başarısız oldu. Karın bilgisayarlı tomografisi 3 hastada (60%) tanıya yönelik yardımcı bilgiler verdi. Tüm hastalara tanısal laparoskopi işlemi uygulandı. Kanamaya neden olan lezyonlar laparoskop görüşü altında tespit edildi. Göbek trokar yeri genişletikten sonra ilgili ince bağırsak segmenti karın dışına alınarak laparoskopi yardımıyla kısmi ince bağırsak rezeksiyonu ve fonksiyonel entero-enterostomi işlemi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonrası kanamaların ince bağırsakta nadir görülen 5 farklı patolojiye bağlı olduğu tespit edildi; jejunumda submukozal lipom, jejunum divertikülü, invajinasyona neden olan ileal adenomatöz polip, jejunumda akciğer kanseri metastazı ve jejunumda gastrointestinal stromal tümör. Ameliyat sonrası tüm hastalar 7 gün içerisinde taburcu edildi. Takiplerde herhangi bir komplikasyon ve kanama nüksü izlenmedi.

Sonuç: Laparoskopi nedeni bulunamayan ve tekrarlayan alt GİS kanamalarının tanısında etkili bir yöntemdir. Kanamaya neden olan sorumlu lezyon laparoskopi yardımıyla enterektomi ve entero-enterostomi ile kolaylıkla tedavi edilebilir. Yapılan işlem güvenli ve sonuçları yüz güldürücüdür.

Anahtar Kelimeler: Alt GİS kanama laparoskopi tanı tedavi

Telif hakları Endoskopik Laparoskopik Cerrahi Dergisi'ne aittir. Bu makaledeki tüm hakları saklıdır.

Sıra No	Yaş (Yıl)	Cinsiyet	Yaşadığı Yer	Ameliyat Öncesi Tanı	Ameliyat Sonrası Tanı	Ameliyat Türü
1	43	Kadın	İstanbul	Alt GİS kanaması	İnce bağırsak lezyonu	Enterektomi
2	45	Kadın	İstanbul	Alt GİS kanaması	İnce bağırsak lezyonu	Enterektomi
3	47	Kadın	İstanbul	Alt GİS kanaması	İnce bağırsak lezyonu	Enterektomi
4	48	Kadın	İstanbul	Alt GİS kanaması	İnce bağırsak lezyonu	Enterektomi
5	55	Erkek	İstanbul	Alt GİS kanaması	İnce bağırsak lezyonu	Enterektomi

Tablo. Demografik ve klinik özellikler.

S 2

**MİDE BANDI DİSLOKASYONU GELİŞEN MOR-
BİD OBEZ HASTADA AYNI SEANSTA LAPA-
ROSKOPİK MİDE BANDI ÇIKARILMASI VE
SLEEVE GASTREKTOMİ**

M. ERTEM, V. ÖZBEN, M. PAKSOY

İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

Amaç: Morbid obezite nedeni ile daha önce laparoskopik ayarlanabilir mide bandı işlemi uygulanan bir hastada band dislokasyonu komplikasyonu gelişmesi üzerine aynı seansta laparoskopik mide bandı çıkarılması ve sleeve gastrektomi ameliyatını teknik ayrıntıları ile sunmayı amaçladık. **Yöntem:** Vakanın klinik, radyolojik, ameliyat bulguları ile cerrahi işlemin ayrıntıları ve ameliyat sonrası takibi değerlendirilmiştir.

Bulgular: İki yıldır kilo verememe şikayeti ile kliniğimize başvuran 35 yaşında kadın hastanın özgeçmişinde 3 yıl önce morbid obezite nedeni ile laparoskopik ayarlanabilir mide bandı ameliyatı ve ameliyattan 2 yıl sonra port yeri enfeksiyonu nedeni ile port revizyonu yapıldığı tespit edildi. Başvuru anındaki vücut kitle indeksi 39.1 kg/m² saptandı. Üst gastrointestinal sistem endoskopide band erozyonu tespit edilmedi. Hasta ameliyata alınarak 5 adet trokar ile karına girildi. Laparoskopik eksplorasyonda mide ile karaciğer sol lobu ve karın ön duvarı arasında ileri derecede yapışıklıklar olduğu tespit edildi. Yapışıklıklar serbestlendiğinde mide bandının fundustan inferiora doğru disloke olduğu görüldü. Mide bandı çıkarıldıktan sonra mide büyük kurvatur tarafı sleeve gastrektomi için ligasure yardımı ile iskeletize edildi. Pilonun 6 cm proksimalinden His açısına doğru 3 adet lineer kesici stapler ile sleeve gastrektomi işlemi tamamlandı. Loja 1 adet dren

yerleştirildikten sonra ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası 4. günde metilen mavisi ile yapılan kontrolde kaçak saptanmayan hastaya aynı gün oral sıvı gıda başlandı ve hasta ameliyat sonrası 7. günde sorunsuz taburcu edildi.

Sonuç: Morbid obezite nedeni ile daha önce mide bandı takılan ve band komplikasyonu gelişen hastalarda laparoskopik sleeve gastrektomi uygun bir alternatiftir ve tecrübeli merkezlerde güvenle yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Sleeve gastrektomi laparoskopik ayarlanabilir mide bandı morbid obezite

S 3

SİGMOİD VOLVULUS'TA TEK PORT İLE LAPAROSKOPİK SİGMOİD REZEKSİYON

İ. HAMZAOĞLU, T. KARAHASANOĞLU, B. BACA, A. KARATAŞ, E. AYTAÇ, A. S. KAHYA

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

Giriş: Laparoskopik kolorektal cerrahi elektif şartlarda uygulanabildiği gibi acil durumlarda da güvenli bir şekilde uygulanmaktadır. Burada dekompresif tedavi sonrası karın distansiyonu tam olarak gerilemeyen 80 yaşındaki sigmoid volvulus olgusunun tek port laparoskopik yaklaşım ile tedavisi sunuldu.

Yöntem: Konservatif yaklaşım ile dekompresye edildikten sonra hastaya tek port ile laparoskopik sigmoid rezeksiyon yapıldı. Umbilikusa çok kanallı port yerleştirilmek üzere cilt insizyonu yapıldı. Kolon laparoskopik olarak detorsiyon edildi. Sigmoid kolon mezenterisi 2/0 ipek dikişle intrakorporeal olarak karın duvarına asıldı. Promontoryum hizasından başlayarak pankreas alt ucuna kadar Harmonic Scalpel yardımıyla peritoneal insizyon yapıldı. Diseksiyon sigmoidal arterlerin 5 mm endoklipler kullanılarak ligasyonu ve kesilmesi ile devam etti. Endoskopik lineer rotikülatör staplerler ile sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı. Piyes umbilikal insizyondan çıkarıldı. Anal kanaldan yerleştirilen sirküler stapler yardımıyla intrakorporeal anastomoz yapıldı.

Bulgular: Ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmedi. Ameliyat süresi 91 dakikaydı. Hasta ameliyat sonrası dördüncü günde taburcu edildi. Ortalama keşi uzunluğu 2.5cm idi. **Sonuç:** Tek port laparoskopik sigmoidektomi sigmoid volvulusun dekompresyon sonrası cerrahi tedavisinde uygulanabilir, altın standart tedavi olabilecek minimal invaziv cerrahinin tüm avantajlarını hastaya sunan bir girişimdir.

S 4

NÖROLOJİK HASTALARDA VE YOĞUN BAKIM HASTALARINDA PEG UYGULAMALARI, BAŞARIYI ARTTIRMAK

M. A. KAYA, S. BOZKURT, H. COŞKUN, Y. E. KILIÇ, T. AKAY

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

Amaç: Yoğun Bakım ve kronik nörolojik hastalığı olan hastalarda beslemede yöntemler/yardımcı yöntem olarak PEG uygulamaları ve sonuçları değerlendirmek

Materyal ve Metod: 2005- 2009 yılları arasında 21 outpatient ve 87 yoğun bakımda yatan hastaya perkutan endoskopik gastrotomi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 59 (28- 79) idi. 1 hastaya ventriküloperitoneal shunt, 1 hastaya standart teknikle PEG yapılamadığı için US eşliğinde PEG uygulandı. 1 hastada hepatomegali ve US'den yeterli yardım alınamadığı için single port laparoskopik assisted PEG uygulandı. **Sonuçlar:** PEG takılmayan hasta olmadı. 5 hastada 2 seanslı işlem gerekti. 7 hastada tedavi gerektirmeyen lokal kanama, 1 hastada işlem sonrası eroziv gastrit nedeni ile üst GIS kanama, 7 hastada yara yeri enfeksiyonu görüldü. 9 hastada işlem sonrası 1 ay içinde stoma etrafında erezyon veya enfeksiyon ile PEG spontan çıktı.

Değerlendirme: PEG hasta beslenmesinde pratik, deneyimli ellerde kolay uygulanabilir, güvenli bir tekniktir. Zorlu olgularda yardımcı yöntemler başarı oranlarını artırır.

Anahtar Kelimeler: PEG laparoskopik yoğun bakım US

S 5

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU SIRASINDA OLUŞAN PARSİYEL DALAK ENFARKTLARINDAKİ TECRÜBELERİMİZ

T. İPEK, E. EYÜBOĞLU, S. ÇARKMAN, V. ÖZBEN

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

Amaç: Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu (LNF) ameliyatında mide fundusunun mobilizasyonu kısa gastrik damarların kesilmesi ile sağlanmaktadır. Ancak bu damarların kesilmesi dalakta parsiyel iskemi veya enfarktlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada kendi serimizde oluşan parsiyel dalak enfarktlarındaki tecrübemizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ağustos 1993 - Ağustos 2009 tarihleri arasında gastroözofajeal reflü nedeni ile LNF uygulanan toplam 2200 olgunun 20'sinde (%0.9) parsiyel dalak enfarktı gelişti. Olguların demografik bilgileri, ameliyat tekniği ve süresi, postoperatif radyolojik bulguları, hastanede kalış süreleri ile postoperatif takipleri literatür eşliğinde sunuldu.

Bulgular: Hastaların 11'i kadın (%55) ve 9'u erkek (%45) olup yaş ortalaması 35.2 yıl (dağılım, 25-68) idi. Mide büyük kurvatur tarafını serbestlemek için tüm olgularda Ligasure® kullanıldı. Olguların tamamında parsiyel dalak enfarktı tanısı kısa gastrik damarların kesilmesini takiben intraoperatif olarak kondu. Enfarkt alanı olguların %100'ünde dalağın üst polünde lokalize edildi. Ortalama ameliyat süresi 55 dk (45-95) idi. Ameliyat sonrası devam eden sol üst kadranda ağrısı nedeni ile tekrar başvuran 2 olgunun (%10) karın tomografisinde enfarkt alanının genişlemediği saptandı. Hiçbir olguda ek bir işleme gerek duyulmadı. Tüm olgular 1.2 gün (1-2) hastanede ortalama kalış süresi ile taburcu edildi. Mortalite izlenmedi.

Sonuç: LNF sırasında splenik arterin periferik dallarının hasarına bağlı olarak parsiyel dalak enfarktı gelişebilmektedir. Risk faktörleri içerisinde en sık anatomik varyasyonlar yer almaktadır. Disseksiyon için Ligasure® ün kullanılmasının dalak hasarına neden olmadığı gösterilmiştir. Intraoperatif parsiyel dalak enfarktı gelişen bu tür olgularda postoperatif dönemde devam eden sol üst kadranda ağrısı olabileceği unutulmamalı ve tedavi enfarkt alanının radyolojik boyutuna bağlı olarak şekillendirilmelidir. Konservatif tedavi ile gereksiz parsiyel ve total splenektomilerin önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Laproskopik Nissen fundoplikasyonu Parsiyel dalak enfarktı tedavi takip

S 6

ELEKTİF SPLENEKTOMİLERDE CERRAHİ TEKNİK SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

A. HARLAK*, S. DEMİRBAŞ*, İ. SÜCÜLLÜ**, A. İ. FİLİZ**, G. YAĞCI*, T. YİĞİT *

* GATA, Genel Cerrahi

** GATA HEH, Genel Cerrahi

Amaç: Elektif splenektomi uygulanan hastalarda kullanılan farklı cerrahi tekniklerin sonuçları karşılaştırılarak, vakaya uygun cerrahi teknik seçimine yardımcı olacak ek bilgilere ulaşmaktır.

Yöntem: Sekiz yıllık bir dönemde yapılan elektif splenektomilere ait veriler retrospektif olarak

incelendi. Hastalar açık (n=87), laparoskopik (n=17) ve el yardımcı laparoskopik (n=11) splenektomi gruplarına ayrılarak, demografik veriler, vücut kitle indeksi, splenektomi nedeni, dalak boyutu, operasyon süresi, açık ameliyata geçiş, major ve minör cerrahi sonrası komplikasyonlar yönünden karşılaştırıldı.

Bulgular: Gruplar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, ameliyat süresi bakımından anlamlı farklılık saptanmadı. El yardımcı laparoskopik splenektominin (EYLS) daha büyük dalaklarda uygulandığı tespit edildi. Diğer gruplarda ilk sıradaki splenektomi nedeni idiyopatik trombositopenik purpura (İTP) iken, el yardımcı laparoskopik splenektomi grubunda 11 hastanın sadece ikisi İTP hastasıydı. Her iki laparoskopik gruptan birer hastada açık ameliyata geçilmiş, açık cerrahi ve el yardımcı laparoskopik gruplarında birer hastada ameliyat sonrası kanama nedeniyle relaparotomi uygulanmıştı. Açık cerrahi grubunda 5 diğer gruplarda ise birer adet minör cerrahi komplikasyon gözlemlendi.

Sonuç: Sonuç olarak, EYLS dalak boyutlarının artmış olduğu hastalarda daha fazla tercih edilmekte ve ameliyat süresini kısaltmaktadır. Laparoskopik splenektomi ve EYLS, kabul edilebilir komplikasyon oranları ile güvenle uygulanabilecek tekniklerdir.

S 7

KOLOREKTAL KANSER OLGULARINDA LAPAROSKOPIK YAKLAŞIMLAR

C. VATANSEV, A. TEKİN, H. YILMAZ, F. AKSOY, B. ÇOLAK, E. KARATEPE, İ. ECE

S.Ü. Meram Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

Giriş: Batı toplumlarında kolorektal kanserler kanserle ilişkili ölüm nedenleri arasında ikinci sıklıkta görülmektedir. Kolorektal kanserlerin birincil tedavisi cerrahi rezeksiyondur. Radyoterapi ve kemoterapi cerrahiye yardımcı olmakla beraber cerrahi rezeksiyonun alternatifi değildir. Minimal invazif cerrahinin popularite kazanması ve yeni laparoskopik aletlerin geliştirilmesi ile her türlü kolorektal rezeksiyonun laparoskopik yapılması gündeme gelmiştir. Laparoskopik kolon rezeksiyonu ilk uygulandığında trokar giriş yerinde nüks, onkolojik ilkelerin ihlali konusunda endişeler ortaya çıkmıştır ancak günümüzde yapılan çalışmalar bunun aksini ispat eder yöndedir.

Yöntem: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde 2006-2009 yılları arasında kolorektal kanser tanısıyla opere edilen

13 hasta değerlendirilip erken dönem sonuçlar yorumlanmıştır. Ortalama yaşı 58 (45-70) olan 9 erkek 4 kadın hasta yaş, cins, tümörün yeri, yapılan ameliyatın tipi, ameliyat süresi, kan kaybı, ameliyat süresince oluşan komplikasyonlar, açık cerrahiye geçilip geçilmemesi, ameliyat sonrası morbidite, oral gıda başlangıç zamanı, mortalite, çıkarılan spesimenin boyu, tümörün çapı ve hastanede kalış süreleri açısından incelendi.

Bulgular: Ortalama 140 (100-250) dakika süren operasyonlar sonrasında hastalara ortalama 3 (2-5) günde ağızdan gıda başlandı 4. günde drenleri çekildi. Median hastanede kalma süresi 6 (4-12) gün olarak bulundu. Ortalama izlem süresi 9 (6-15) ay olan olguların birinde 11. ayda karaciğer metastazı görüldü. Hastaların hiçbirinde postoperatif kanama ve intestinal kaçak görülmedi. Port yerinde nüks ve erken postoperatif mortalite olmadı. 13 hastanın 1'inde açığa geçildi.

Sonuç: Laparoskopik kolorektal kanser cerrahisi, laparoskopik ve açık kolorektal cerrahi girişimlerde deneyimli merkezlerde güvenle yapılabilir. İzlemde olgularımızın hiçbirinde laparoskopinin oluşturduğu olumsuz bir etki görülmemiştir. Bu çalışmanın amacı açık ve laparoskopik kolektominin erken sonuçları arasında fark olmadığını ortaya konmasıdır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi kolorektal kanser kolektomi

kolektomilerde yaşa göre dağılım

Ortalama Yaş	Operasyon süresi (dk)	Oral gıda başlangıç zamanı (gün)
58 (45-70)	140 (100-250)	3(2-5)

Lokalizasyon ve yapılan ameliyatlar

Tümör lokalizasyonu	Yapılan operasyon	Açık cerrahiye geçilme	Spesmen boyu (ortalama cm)	Tümör boyutu (ortalama cm)
Sağ kolon (2)	Sağ Hemikolektomi (2)	-	25 (23-27)	5 (3-7)
Sigmoid kolon (6)	Anterior rezeksiyon (6)	1 (Üreterin ortaya konulması)	15 (12-18)	4 (2-5)
Üst-orta rektum (5)	Aşağı anterior rezeksiyon (5)	-	13 (10-18)	4 (3-5)

S 8

REKTUM KANSERİ TEDAVİSİNDE TEK-PORT İLE LAPAROSKOPİK SFİNKTER KORUYUCU MEZOREKTAL EKSIZYON: KLİNİK UYGULAMADA İLK DENEYİM

İ. HAMZAOĞLU*, T. KARAHASANOĞLU*, B. BACA*, A. KARATAŞ*, E. AYTAÇ*, A.S. KAHYA **

* İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
** Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Giriş ve amaç: Laparoskopik rektum rezeksiyonu deneyimli merkezlerde uygulanabilen ileri laparoskopik cerrahi teknik gerektiren bir yöntemdir. Tek porttan uygulanan laparoskopik cerrahi, minimal invaziv cerrahinin avantajlarını arttıran bir yöntem olarak günümüzde uygulanmaya başlamıştır. Bu çalışmada laparoskopik rezeksiyona benzer şekilde onkolojik prensiplere uyularak tek port ile laparoskopik rektum rezeksiyonun yapılabilirliği ve bu yöntemle ilgili deneyimler gösterildi.

Yöntem: Rektum tümörü tanısı konan hastalara tek port ile laparoskopik rektum rezeksiyonu uygulandı. Ameliyat bulguları, hastanede kalış süresi, komplikasyonlar ve histopatolojik veriler incelendi.

Bulgular: Yaş ortalaması 58 (51-68) olan iki erkek ve iki kadın toplam dört hastaya rektum tümörü nedeniyle tek port laparoskopik low anterior rezeksiyon yapıldı. Hastaların ikisine sfinkter koruyucu total mezorektal eksizyon, ikisine de parsiyel mezorektal eksizyon uygulandı. Ameliyat süresi ortalama 347 (240-480) dakika ve ameliyat sonrası hastanede yatış süresi ortalama 4 (4-5) gündü. Tümör boyutu ortalama 3.2 (2-4) cm ve umbilikal insizyon boyutu ortalama 3.5 (3-4) cm idi. Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 15 (8-27) idi. Ameliyat sonrası dönemde komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Tek port laparoskopik rektum rezeksiyonu şu an ki laparoskopik aletlerle uygulandığında ameliyat süresi uzun ve laparoskopik ameliyatlara göre daha pahalı olmasına rağmen onkolojik prensiplere uygun bir şekilde yapıldığında hastalara ameliyat sonrası daha iyi konfor ve kozmetik sonuç sağlayan güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Tek port laparoskopi total mezorektal eksizyon rektum kanseri sfinkter koruyucu rektum cerrahisi

S 9

KOLOREKTAL KANSERLERDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ UYGULAMALARIMIZ

A. MESÇİ*, B. ÖZCAN*, D. DİNÇER**, T. ÇOLAK*, B. DİNÇ*

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji AD

Kolorektal tümörlerde, laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye göre daha avantajlı ve üstün bir yöntem olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Çalışmamızda, kliniğimizde Şubat 2006-Haziran 2009 tarihleri arasında kolorektal kanser tanısıyla laparoskopik rezeksiyon yapılan 46 hasta değerlendirildi. Hastalar aynı ekip tarafından opere edildi. Hastaların 32'si erkek, 12'si kadındı. Yaş ortalamaları 58.3 (23-82). Hastaların tümör lokalizasyonuna göre dağılımına baktığımızda; 21 hastada rektum tümörü, 9 hastada sigmoid kolon tümörü, 2 olguda transvers kolon tümörü, 2 olguda splenik flexura tümörü, 10 hastada çekum ve çıkan kolon tümörü ve 2 olgudada yaygın polip mevcuttu. Olguların kolonoskopik değerlendirmeleri ve patolojik tanıları operasyon öncesi mevcuttu. Hastalara preop antibiyotik profilaksisi yapıldı. Operasyonlar genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda yapıldı. Rektum tümürlü 21 hastadan 4'üne 1/3 alt rektum tümörü olması nedeniyle Lap. Abdominoperineal Rezeksiyon yapıldı. Diğer 17 olguya Lap. Low Anterior Rezeksiyon yapıldı. Bunların 6'sına koruyucu ileostomi açıldı. 8 hastaya anterior rezeksiyon, 12 hastaya sağ hemikolektomi, 2 hastaya total proktokolektomi+ ileoanal j-pouch, 3 hastaya sol hemikolektomi uygulandı. Operasyonlarda diseksiyon ve vasküler ligasyon amaçlı harmonic scalpel, ligasure, elektrokoter ve hem-o-lok klip kullanıldı. Rektum ve sigmoid kolon tümörlerinde ve total kolektomi yapılan olgularda anastomozlar çift stapler tekniği kullanılarak intrakorporal, sağ kolon lokalizasyonlu tümörlerde stapler kullanılmadan ekstrakorporal elle yapıldı. Ortalama 2. günde oral beslenmeye başladılar. Hastanede kalış süresi 5 gün (3-9 gün) idi. 2 hastada kesiyeri enfeksiyonu gözlemlendi. 1 olguda anastomoz yetmezliği gözlemlendi ve diversiyon amaçlı loop ileostomi açıldı. Anterior rezeksiyon yapılan 2 hastada adezyon ve tümörün çevre dokulara invaze olması nedeniyle açığa geçildi. Mortalite olmadı. Ameliyatlarda hastalarımızda morbidite, hastanede kalış süresi, hasta memnuniyeti, fiziksel ve sosyal hayata dönüş açısından memnun edici sonuçlar alınmıştır. Bu nedenle yeterli teknik donanım ve tecrübeyle uygulandığında laparoskopik

kolorektal cerrahi açık cerrahiye tercih edilebilir bir prosedür olmuştur.

Spesmendeki Lenf Nodu Sayısı

Operasyon - Lenf Nodu Sayısı

Lap.LAR - 23 adet

Lap.Ant rezeksiyon - 21 adet

Lap.Sol Hemikolektomi - 24 adet

Lap.Sağ Hemikolektomi - 26 adet

Lap.Total Kolektomi+ileoanal j-pouch - 37 adet

Operasyon Süreleri

Lap.LAR: 173 dk(120 dk-300dk).

Lap.Ant rezeksiyon:122 dk (120 dk-150 dk)

Lap.Sol Hemikolektomi: 180 dk

Lap.Sağ Hemikolektomi: 135 dk (120dk -150 dk)

Lap.Total Kolektomi+ileoanal j-pouch: 220dk

S 10

LAPAROSKOPİK YARDIMLI KOLON KANSERİ CERRAHİSİNDE 6 YILDA GELİNEREN NOKTA: TEK MERKEZ SONUÇLARI

B. İLHAN, G. ÇITLAK, E. BALIK, O. ASOĞLU, S. YAMANER, T. BULUT, Y. BÜYÜKUNCU, A. AKYÜZ, N. SÖKÜCÜ, D. BUĞRA

* İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Günümüzde minimal invaziv cerrahi pek çok alanda olduğu gibi kolorektal cerrahi alanında da artan sıklıkta onkolojik prensiplere uygun olarak uygulanmaktadır. Bu çalışmada 6 yıl boyunca kolon kanseri nedeniyle laparoskopik girişim yapılan olguların erken dönem sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

Araç: Mart 2003 – Temmuz 2009 tarihleri arasında kliniğimizde 348 laparoskopik kolon rezeksiyonu yapılmıştır. Bu olgulardan kanser nedeniyle ameliyat edilenler demografik, ameliyat patolojik inceleme, mortalite ve morbidite nedenleri, hastanede kalış süreleri, açığa geçiş oranları, vücut kitle indeksi, en uzun kesi boyu, pasaj ve gıda başlama süreleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Laparoskopik teknikler kullanılarak altı yıllık dönemde 331 kanserli olgu ameliyat edildi. Hastaların yaş ortalamaları 59.2±13.6 idi. Tümör lokalizasyonları ve yapılan ameliyatlarda tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 25.9±2.8 idi. Hastaların gaz pasajı ortalama 2.4±1 günde, gaita pasajı 3.5±1.3 günde gerçekleşirken; oral alımlarına ortalama 3.1±2.3 günde başlanılmıştır. Kesi uzunluğu ortalama 5

cm'dir. Hastanede kalış süresi ortalama 4.6 ± 0.8 gün iken açığa dönüş oranı %11.2'dir. Erken dönemde mortalite olmayıp, genel morbidite oranı %17 (n=53)'dir. Major komplikasyon (anastomoz kaçağı, batin içi abse, batin içi kanama, vs) seride sadece 20 (%6) olguda görülmüştür. Diğer 33(%11) morbiditeler minör komplikasyon grubunda değerlendirilmiştir. Patolojik incelemeler sonucunda çıkarılan piyeslerin ortalama uzunluğu 30.7 ± 20.7 cm iken ortalama tümör çapı 5.1 ± 2 cm, diseke edilen lenf nodu sayısı ortalama 27 ± 14.8 adet olarak saptanmıştır.

Sonuç: Laparoskopik kolon cerrahisindeki erken ve geç dönem sonuçlarımız gerek teknik açıdan gerekse de onkolojik yeterlilik açısından literatür verileriyle eş doğrultuda gitmektedir. Erken dönem sonuçları umut verici ve yüz güldürücü olan bu teknik, ileri laparoskopi deneyimi olan merkezlerde uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi Kolon Kanseri

Tümör Lokalizasyonları

Tümörün Yeri	n	%
Sağ Kolon	121	39
Sol Kolon	169	54,3
Çok Odaklı	21	6,7
Toplam	311	100

Yapılan Ameliyatlar

Ameliyat	n	%
Sağ Hemikolektomi	121	39
Sol Hemikolektomi	44	14
Anterior Rezeksiyon	103	33
Aşağı Anterior Rezeksiyon	18	6
Total Proktokolektomi	25	8

S 11

LAPAROSKOPİK REKTUM CERRAHİSİNDE AÇIĞA DÖNÜŞÜN ERKEN DÖNEM SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

E. KUNDUZ, B.İLHAN, C.AYDOĞAN, E.BALIK, O.ASOĞLU, S. YAMANER, T. BULUT, Y. BÜYÜKUNCU, A. AKYÜZ, D. BUĞRA

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Rektum kanserinde cerrahisinde laparoskopik cerrahi altın standart olma yolundadır. Açığa dönüş tüm laparoskopik

girişimlerde sorun olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada rektum kanseri açığa dönüşün erken sonuçlar üzerine etkileri incelendi. Materyal ve Metod: Ocak 2002 ile Temmuz 2009 tarihleri arasında kliniğimizde rektum kanseri nedeniyle laparoskopik girişim yapılan hastaların sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu, cerrahi teknik, neoadjuvan tedavi, vücut kitle indeksi, kesi uzunluğu rezeksiyon türü, neoadjuvan tedavi, ameliyat ve hastanede kalış süreleri, patolojik sonuçlar ve komplikasyon ve sağ kalım parametreleri açığa dönülen ve laparoskopik olarak tamamlanan gruplar arasında değerlendirildi. Bulgular : Ocak 2002 ile Temmuz 2009 döneminde 229 erkek ve 164 kadın olmak üzere toplam 393 olguya laparoskopik rezeksiyon planmış olup bu olgulardan sadece 34'ünde (%8.6) açığa dönüş gerekmiştir. Laparoskopik bitirilen olgularda BMI %25.1 iken açığa dönülen olgularda %26.6 (p <0.005) saptanmış olup, ameliyat süresi laparoskopik bitirilen olgularda açığa dönülen olgulara göre daha kısa bulundu (161.6 dk, 191.6 dk, p<0.001), kesi boyutları (4.52±3.1, 20.2±8.1, p<0.001), hastanede kalış süresi de laparoskopik grupta daha kısaydı (6.4 ±4.1, 10.4±5.5 p<0.05). Diğer erken dönem sonuçlar açısından istatistiksel olarak fark saptanamazken açığa dönülen grupta kan transfüzyonu laparoskopik gruba göre fazla bulundu (0.4 ±1.2, 0.9±1.3 ü, p<0.021). Her iki grup arasında patolojik sonuçlar açısından da benzerlik mevcuttu. Sonuç: Rektum kanseri tedavisinde cerrahi kuralların dikkatli olarak uygulanması sonucunda açığa dönüşün onkolojik parametreler üzerine olumsuz etkileri saptanamamakla beraber, erken dönem sonuçlar üzerine negatif etkileri saptanmıştır.

S 12

LAPAROSKOPİK TEDAVİ EDİLEN REKTUM KANSERİ OLGULARINDA NEOADJUVAN RADYOTERAPİNİN CERRAHİYE ETKİLERİ

E. BALIK, E. KUNDUZ, H. KARANLIK, B. İLHAN, Y. İŞCAN, N. SÖKÜCÜ, Y. BÜYÜKUNCU, T. BULUT, S. YAMANER, O. ASOĞLU, A. AKYÜZ, D. BUĞRA

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Laparoskopik rezeksiyon uygulanmış, neoadjuvan radyoterapi (NAT) gören ve görmeyen grupların cerrahi ve onkolojik sonuçlarının karşılaştırılması **Method:** 2002 -2009 yılları arasında 393 rektum tümörü olgusuna laparoskopik girişim uygulanmıştır. 200 olgu NAT görmüştür (% 51). 193

olguya ise doğrudan cerrahi tedavi uygulanmıştır (%49). Tüm olgular yaşam süresi ve komplikasyonlar açısından prospektif olarak izleme alınmıştır.

Sonuç: NAT grubundaki 200 hastanın 123'üne sfinkter koruyucu cerrahi (%62), 77'sine ise rektum amputasyonu (%38) uygulanmıştır. NAT grubundaki 20 olguda açığa dönüş gerçekleşmiştir (%10). 20 olgunun sadece 2'sinde yaygın yapışıklık ve fibrozise bağlı açığa dönüş gerçekleşmiştir (%1). NAT grubunda ortanca çıkarılan lenf nodu sayısı 10 () diğer grupta ise 36'dır. Her iki grupta da 14 olguda radial sınır pozitifliği görülmüştür (%7). NAT grubunda 6 olguda anastomoz kaçağı görülmüştür (%3). NAT olmayan gupta ise 11 (%5) hastada anastomoz kaçağı görülmüştür. NAT grubunda ortalama hastanede kalış süresi 8 gün (2 gün-45 gün), NAT olmayan grupta ise ortalama hastanede kalış süresi 9 (4 gün-60 gün) gündür.

Sonuç: Laparoskopik rektum cerrahisi onkolojik olarak uygulanabilir bir tekniktir. Her iki gruptaki olgular onkolojik sonuçlarda ve komplikasyonlar açısından incelendiğinde istatistiki anlam yoktur. Neoadjuvan radyoterapi laparoskopik rektum cerrahisinin yapılabilirliğini ve hem cerrahi hem de onkolojik sonuçları değiştirmez. Neoadjuvan radyoterapi uygun vakalarda uygulanabilir.

S 13

LAPAROSKOPİK REKTUM CERRAHİSİNDE KULLANILAN ENDOSTAPLER SAYISININ ANASTOMOZ KAÇAĞI ÜZERİNE ETKİSİ

G. ÇITLAK, E. BALIK, O. ASOĞLU, S. YAMANER, T. BULUT, Y. BÜYÜKUNCU, A. AKYÜZ, D. BUĞRA

I. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

AMAÇ: Güncel literatürde laparoskopik rektum cerrahisinde kullanılan endostapler sayısı ile anastomoz kaçağı arasında bir ilişki olduğunu belirten yeni yayınlar mevcuttur. Rektum kanseri nedeniyle laparoskopik girişim uyguladığımız hastalarda ortaya çıkan anastomoz kaçaklarında endostapler sayısı ile olan ilişkisinin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ocak 2002- Mart 2009 tarihleri arasında rektum kanseri nedeniyle İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda laparoskopik cerrahi uygulanan 349 rektum kanserli olgunun demografik özellikleri, ameliyat bulguları, patolojik evreleri, tümör lokalizasyonları, ameliyat süreleri, distal rezeksiyon sırasında kullanılan endostapler

sayıları ve anastomoz kaçakları arasındaki ilişki retrospektif değerlendirildi.

BULGULAR: Bu tarihler arasında kliniğimizde 349 ardışık hastaya laparoskopik cerrahi uygulandı. Sfinkter koruyucu cerrahi uygulanan ve distal rezeksiyon sırasında endostapler kullanılan 272 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların % 44'üne ameliyat sırasında (n=154) saptırıcı stoma uygulandı. 272 olgudan %5,88'inde (n=16) anastomoz kaçağı saptanırken, anastomoz kaçağı 16 olgudan 9'unda (%56) saptırıcı stoma mevcutken, stoması olmayan 7 hastadan (%44) 4'üne anastomoz kaçağı sonrasında stoma açıldı. Diğer üç hasta ise konservatif olarak tedavi edildi. Tüm seride endostapler uygulama sayısı 1,3±1,2 olarak saptandı anastomoz kaçağı olan grupta bu sayı 1,6±0,8 iken anastomoz kaçağı olmayan grupta bu sayı 0,75±0,8 saptandı Her iki grup arasında endostapler kullanımı ve anastomoz kaçağı oluşumu arasında istatistiksel anlamlı sonuç saptanamadı

SONUÇ: Güncel yayınlarda rektum rezeksiyonu esnasında kullanılan endostapler sayısının anastomoz kaçağı riskini artırdığına yönelik sonuçlar bildirilmiştir. Bizim serimizde ise bu açıdan anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik rektum cerrahisi anastomoz kaçağı endostapler

S 14

ERKEN MİDE KANSERİ TANISINDA YETERLİ MİYİZ? 37.768 GASTROSKOPİK İNCELEMEDE ERKEN MİDE KANSERİ SONUÇLARIMIZ

Ö. KOÇ*, Y. S. SARI*, O. ŞAHİN*, H. BEKTAŞ**, K. ÖZAKAY***, V. TUNALI*

* S.B. İstanbul Eğitim ve Araş. Hast., 4. Cerrahi

** S.B. İstanbul Eğitim ve Araş. Hast., 2. Cerrahi

*** S.B. İstanbul Eğitim ve Araş. Hast., 1. Cerrahi

Amaç: Ünitimizde yapılan gastroskopik incelemelerin retrospektif analizlerinin yapılarak, mide kanseri tanılı hastalar içerisinde, erken mide kanseri (EMK) tanısı oranının belirlenmesi. **Yöntem:** 2000-2009 yılları arasında yapılan endoskopik incelemelerin kayıtları gözden geçirildi. Mide kanseri tanılı hastaların endoskopik biyopsileri ve ameliyat piyeslerinin patolojik tanıları elde edilerek EMK olguları saptandı.

Bulgular: Bu süre içerisinde toplam 37.668 olguya gastroskopi yapılmıştır. 2000-2005 yılları arasında yapılan 15.174 gastroskopide 536 (%3,5) mide kanseri olgusu yakalanmıştır. Mide

kanseri olgularından toplam 21 (%3,9) olgunun patoloji sonucu EMK olarak rapor edilmiştir. Aynı şekilde 2005-2009 döneminde 22.594 olguya gastroskopi yapılmış, 973 (%4,3) mide kanseri olgusunda toplam 61 (%6,3) EMK olgusu belirlenmiştir. En sık karşılaşılan EMK makroskopik tipi; Tip I, Tip IIa ve Tip IIb olarak saptanmıştır. Bu hastaların tamamı total yada subtotal gastrektomi yapılarak tedavi edilmiştir. **Sonuç:** EMK olgusu sayımız, toplam endoskopi ve toplam mide kanserli hasta sayıları dikkate alınarak Japon ve batı literatür verileri ile karşılaştırıldığında, oldukça düşük olarak gerçekleşmiştir. Elde edilen bu düşük sonuca etkili faktörlerde; hastaların başvuruda gecikmesi yada tanı koymadaki gecikmeler olabileceği düşünülmüştür. Bu durumun düzeltilmesi amacıyla özellikle risk grubu hastalarda mutlaka boyama endoskopilerinin yapılması ve magnifiye endoskopi gibi yeniliklerin öncelikli olarak hayata geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca konservatif tedavi yöntemlerinin hiç kullanılmamış olması diğer bir üzerinde tartışılması gereken eksiklik olarak gözükmektedir.

Anahtar Kelimeler: Erken Mide Kanseri
Gastroskopi

S 15

BİLİYER DARLIK ŞÜPHESİ OLAN HASTALARDA TANISAL ERCP'YE GÖRE MRCP'NİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ö. ÖZCAN*, F. ERSÖZ*, S. ARIKAN*, H. BEKTAŞ*, H. A. GÖKÇE**, D. ALTINOK*, S. PURİSA***

* S.B. İstanbul Eğitim ve Araş. Hast., 2. Cerrahi
** S.B. İstanbul Eğitim ve Araş. Hast., 1. Cerrahi
*** İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyoistatistik

GİRİŞ Endoskopik retrogradkolanjiopankreatografi, karaciğer, safra yolları ve pankreas hastalıklarının tanı ve tedavisinde çok önemli gelişmeler sağlanmıştır. ERCP, safra yolları ve pankreas kanallarının gösterilmesinde halen altın standart olarak kabul edilmektedir ancak ERCP'ye bağlı morbidite ve morbidite tanı yöntemi olarak önceliğini MRCP'ye bırakmıştır. Safra yolları darlığı şüphesi olan hastalarda MRCP'nin etkinliğini değerlendirmek için prospektif klinik çalışma planlandı.

MATERYAL METOD Daha önce klinik değerlendirme ve tanı amaçlı MRCP yapılmış, ERCP endikasyonu konmuş 108 hasta prospektif olarak değerlendirmeye alındı. Hastaların ERCP

öncesi demografik, laboratuvar ve radyolojik bulguları, ERCP sonuçları, uygulama sırasında ve sonrası komplikasyonlar hasta değerlendirme formuna kaydedildi. MRCP bulguları ile ERCP bulguları karşılaştırıldı.

BULGULAR 108 hastanın MRCP raporuna ulaşıldı, bu hastalara 118 ERCP yapıldı. Hastaların 67'si erkek, 41'i kadın, yaş ortalaması 59,6 yıl, idi. MRCP'de 60 hastada (%55,5) safra yollarında taş, 14 (%12,9) hastada malignite, 69 (%63,8) hastada safra yollarında genişleme, 11 (%10,1) hastada normal MRCP bulguları saptanmıştır. Koledokolitiasis saptama yönünden MRCP raporları ERCP sonuçları ile karşılaştırıldı. ERCP'ye göre tanı testi olarak MRCP'nin duyarlılığı: 0,82 özgünlüğü: 0,72, doğruluğu 0,76, pozitif kestirim değeri: 0,68, negatif kestirim değeri: 0,84 olarak saptandı (tablo 1).

SONUÇ Çalışmamızda MRCP istenen hastalarda en sık safra yollarında taş ve genişleme tespit edilmiştir. MRCP'de taş saptanan 60 hastanın 19'unda ERCP'de taş saptanmaması dikkat çekicidir. Sonuç olarak MRCP de mm kalkül saptanan hastalar için ERCP endikasyonu koymadan önce hastanın kliniği ve laboratuvar bulguları değerlendirmeli, mm kalküllerin kendiliğinden düşebileceği, böylece gereksiz ERCP'den kaçınarak morbidite ve mortalitenin azaltılabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ERCP MRCP Etkinlik
Koledokolitiasis

Tablo 1: Safra kanalı taşları tanısında MRCP ile ERCP karşı

Taş varlığı	ERCP de taş var	ERCP de taş yok	Toplam
MRCP de taş var	41	19	60
MRCP de taş yok	9	49	58
Toplam	50	68	118

S 16

KLİNİĞİMİZ İLK 58 DEFEOGRAFI OLGUMUZ

S. BOZKURT, H. ALIŞ, O. ÖNER, A. TURHAN, E. TULUBAS, M. KARABULUT, C. DENİZTAŞ, S. KAPAN, E. AYGUN

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

Giriş: Videocinedefkografi obstruktif defekasyon olarak tanımlanan çıkış patolojisinin etyolojisinin

aydınlatılmasında önemli bir role sahiptir. Bu bildiride videocinedefekografi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Materyal Metod: Kliniğimiz Genel Cerrahi Endoskopi Ünitesinde video cinedefekografi işlemi yapılan 58 olguya ait veriler prospektif olarak kaydedildi.

Bulgular: Olguların 45 i kadın ve yaş 42(16-71) olarak bulundu. en sık başvuru şikayeti kabızlık ve defekasyon sonrasında tam boşalamama hissi olarak belirlendi. Olgular şikayetlerine göre Roma 2 kriterleri kullanılarak gruplandırıldı. Olgularda saptanan patolojiler sırası ile rektosel (N:27), internal mukozal prolapsus (n:23), rektal prolapsus, puborektal spazm, megarektum olarak belirlendi.

Sonuç: Videocinedefekografi kabızlık ile başvuran olguların % 80 de patolojiyi açıklamakta yeterli olarak görülmüştür. ancak işlemin patolojiyi açıklamasının yanında cerrahi gerektiren olgularda cerraha yön gösterici olması nedeniyle işlemin cerrahi grup tarafından yapılması gerekliliğini de düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Defekografi

S 17

KARACİĞER HİDATİK HASTALIĞININ SAFRA YOLU AÇILIM KOMPLİKASYONLARININ ERCP İLE TEDAVİSİ

M. AKAYDIN, F. ERÖZGEN, A. ÇELİK, F. ÇELEBİ, R. KAPLAN, N. MEMMİ, C. KIZILKAYA

Vakıf Gureba Eğitim ve Araş. Hast., 2. Cerrahi

Hidatik hastalığın operasyon sonrası oluşan eksternal safra fistüllerinin ve yine operasyon öncesi ve sonrasında oluşan bilier tıkanıklıklarının en önemli tedavi yöntemi endoskopik bilier drenajdır. Ünitimizde 2000-2009 yılları arasında karaciğer hidatik hastalığının safra yolu komplikasyonları nedeniyle toplam 53 olguya 69 ERCP işlemi gerçekleştirildi. 53 olgunun 23 ü erkek 40 i ise kadındı. En genç hastamız 18, en yaşlı hastamız ise 80 yaşında olup yaş ortalaması 48.5 bulundu. Operasyon öncesi yapılan 25 ERCP girişiminin 15 in de en önemli yakınma tıkanma ikteri 10 olguda ise geçirilmiş sarılık hikayesiydi.

Operasyon sonrası yapılan 44 ERCP girişiminde endikasyonları; 29 olguda oluşan safra kaçağı, 7 olguda kaçağa eşlik eden tıkanma sarılığı, 2 olguda kaçakla birlikte sarılık hikayesi, 4 olguda ise postoperatif dönemde oluşan sarılık yakınması oluşturmaktaydı. Preoperatif dönemde ERCP

yapılan 3. postoperatif dönemde ise 8 olguya stentle drenaj sağlandı. İki postoperatif dönemde olmak üzere 6 olguda normalin 3 katını aşan hiperamilazemi tespit edildi. Bu olguların dördünde amilaz seviyesi 622-2240 U/L arasında değişmekte klinik ve görüntüleme ile akut ödematöz hidatik pankreatit tespit edildi. Tüm olgularda kist hidatiğe bağlı komplikasyonlar endoskopik bilier girişimle tedavi edildi. 3 olguda post ERCP pankreatiti gelişti. Kısa süreli yatış gerektiren bu komplikasyonda önemli pankreatit geliştiği düşünülüyor.

Anahtar Kelimeler: ERCP Hidatik hastalık Safra kaçağı Tıkanma ikteri

S 18

GASTRO İNTESTİNAL SİSTEME SEMS YERLEŞTİRME

M. AKAYDIN, F. ERÖZGEN, A. ÇELİK, D. GÜZEY, R. KAPLAN, N. MEMMİ, E. FERLENGEZ

Vakıf Gureba Eğitim ve Araş. Hast. 2. Cerrahi

GIS in tıkaçıcı hastalıklarının palyatif tedavisi için kullanılan SEMS (kendiliğinden genişleyebilen metal stentler) genel durumu bozuk bir çok olgunun ciddi bir operasyon geçirmeden özellikle beslenmeleri için pasaj sağlamaktadır. İleri cerrahi endoskopi deneyimi gerektiren bu işlem günümüzde hızlı güvenli olarak yapılabilmektedir. Son yıllarda kolonik tıkanıklıkla acil olarak başvuran bir çok olgu yerleştirilen SEMS sonrasında tek aşamalı hatta laparoskopik cerrahi şansı yakalamaktadır. Ünitimizde son 8 yıl içerisinde 38 olguya 43 sems yerleştirildi. 21 olgu erkek, 17 olgu ise kadındı. En genç hastamız 47 en yaşlısı ise 85 yaşındaydı. Palyatif amaçlı SEMS endikasyonları sırasıyla 28 olguda özofagus tm, 2 olguda sigmoid kolon tm, 3 olguda mide antrum tm di. 3 olguda total gastrektomi sonrası lokal nüks ve 1 olguda özofagus dıştan bası mevcuttu. Özofagus tümörü 2 olguda trakeaözofageal fistül mevcuttu. Bir olguya sigmoid kolon obstruksiyonu nedeniyle stent konuldu ve hasta ileus bulguları geriledikten sonra laparoskopik girişimle opere edildi. Özofagus tm li 2 olguda stent kayması bir olguda ise uzun segmentli tutması nedeniyle aynı seansta 2. stent yerleştirildi. Sigmoid kolon tümörü bir olguda tümörün uzun bir segmentli tutması nedeniyle aynı seansta 2. SEMS yerleştirildi. Bir olgumuza ise ilk girişimden 4 ay sonra overgrowth nedeniyle 2. stent yerleştirildi. Özofagus alt uç tm nedeniyle

SEMS yerleştirilen bir olgu kanama nedeniyle kaybedildi. 2 olguda gıda sıkışmasına bağlı stent tıkanıklığı endoskopik olarak tedavi edildi. SEMS; GİS in tıkayıcı lezyonlarının palyatif tedavisinde ve tek girişimle operasyon planlanan kolorektal kanserler de güvenle uygulanabilen bir cerrahi endoskopik girişimdir.

Anahtar Kelimeler: sems özofagus sigmoid kolon tümör

S 19

ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİYOPAN-KREATİKOGRAFİDE (ERKP) BAŞARISIZLIĞIN ÖN GÖRÜLMESİNDE KULLANILABİLECEK PARAMETRELER

M. KESKİN, E. BALIK, Y. BÜYÜKUNCU, T. BULUT, A. AKYÜZ, N. SÖKÜCÜ, D. BUĞRA, S. YAMANER

* İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: ERKP (ENDOSKOPİK RETROGRAD KOLANJİYOPANKREATİKOGRAFİ) karaciğer, safra yolları ve pankreas hastalıklarının tanı ve tedavisinde sık kullanılan bir endoskopi yöntemidir. Bu çalışmamızda ERKP'de Başarısızlığın Öngörülmesinde Kullanılabilecek Parametrelerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Materyal ve metod: Çalışmamızda 1991 – 2006 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Cerrahi Gastroenteroloji Endoskopi Ünitesinde 5079 hastaya yapılan 5884 ERKP işlemi, hasta yaşı, cinsiyeti, işlem yapılma nedeni, periampuller divertikül varlığı, kanülasyon başarısı, geçirilmiş üst karın cerrahisi, son tanı, endoskopist, ERKP işlemi sırasındaki ek bulgular, işlem tekrar sayısı açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: İşlem başarısı olarak kabul edilen kanülasyon 4482 (%88.2) hastada mümkün olurken, 597 (%11.8) hastada papilla kanüle edilememiştir. Her bir yaş artışı ise kanülasyon başarısızlığını 1,01 kat arttırmaktadır (p=0,002). Üst karın cerrahisi geçirmiş olmak kanülasyon başarısızlığını 0,487 kat düşürmektedir (p<0,001). Endoskopi sırasındaki ek bulgulara bakıldığında ek bulgu olmayanlara göre ampullayı infiltrate etmiş tümör olması 78, gastrointestinal pasaj problemi olmak 28, peptik ülser hastalığı 3,47 kat başarısızlığı arttırmaktadır (p<0,001). Çok değişkenli analize bakıldığında en başarılı endoskopist 3 olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: ERKP'de kanülasyon başarısını cinsiyetin, duodenal divertikülün etkilemediğini; yaş, Billroth II ve Roux en Y gastrojejunostomi ameliyatının,

endoksozun geçişine engel olan gastrointestinal sistemin selim-habis darlık veya tıkanıkların ve duodenal ülserin kanülasyon başarısını düşürdüğü, karaciğer safra yolları ameliyat geçirmiş olmanın kanülasyon başarısını arttırdığı belirlenmiştir. Ayrıca endoskopistelerin hepsinin eşit deneyimde olmalarına rağmen, kanülasyon başarısı açısından endoskopistler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ERCP Kanülasyon Başarısızlık

S 20

LAPAROSKOPİK KOLEDOK EKSPLOASYONU

A. TEKİN, Z. ÖGETMAN

IMC Hastanesi, Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi endike olduğunda, koledokolithiazisin ideal LAPAROSKOPİK KOLEDOK EKSPLOASYONU tedavisi tartışmalıdır. Teknolojideki hızlı gelişim ve laparoskopide deneyimlerin artmasıyla günümüzde pek çok cerrah rutin olarak tek seans işleme yönelmektedir ve sfinkteretomi veya sfinkteretomisiz preoperative endoskopik retrograde kolanjiopankreatografinin gerekliliğini sorgulamak- tadır. Bu çalışmada kolesisto-koledokolithiazisin tedavisinde tek aşamalı laparoendoskopik teknikler irdelenmiştir.

Yöntem: Ekim 2002-ağustos 2009 tarihleri arası kolesisto-koledokolithiazisi olan 141 hastaya tek aşamalı laparoskopik koledok ekplorasyonu yapıldı. Koledok ekplorasyonu 118 hastada endoskopik sfinkteretomi (42 hastada retrograde, 76 hastada antegrad), 11 hastada laparoskopik koledokotomi tekniği ile gerçekleştirildi. On yedi hastada ise transsistik taş ekstraksiyonu yapıldı. Bulgular: Koledok taşlarının tamamen alınma oranı endoskopik sfinkteretomi tekniğinde %93.2, laparoskopik koledokotomi tekniğinde % 100 transsistik teknikte ise % 83.4 olarak gerçekleşti. Hastane yatış süresi endoskopik sfinkteretomi tekniğinde 2.8 gün, laparoskopik koledokotomi tekniğinde 4.1 ve transsistik teknikte ise 1.1 gün olarak belirlendi

Sonuç: Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar; kolesisto-koledokolithiazisin tedavisinde kombine laparoendoskopik tekniklerin rutin olarak uygulanmasının güvenli ve efektif olduğunu göstermiştir.

S 21

LAPAROSKOPIK AYARLANABİLİR GASTRİK BAND UYGULAMALARI

M. M. ÖZMEN, M. MORAN, H. DİZEN, C. İ. BİLGİÇ, E. DİLEKTAŞLI, E. GÜNDOĞDU, A. E. AKGÜN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 7. Genel Cerrahi

Amaç: Giderek artan sayıda obez hasta diğer tedavilerden yarar görmediğinde cerrahi tedavi seçeneğine yönelmektedir. Morbid obezite tedavisinde ayarlanabilir gastrik band (LAGB) uygulaması minimal invaziv ve geri dönüşlü bir yöntem olması nedeniyle giderek popülerite kazanmış bir yöntemdir. Çalışmada kliniğimizde morbid obezite tanısı ile LAGB uygulaması yapılan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde 2007-2009 arasında LAGB uygulanan 35 hastanın 28 (%80)'si kadın 7 (%20)'si erkekti ve hastaların ortalama yaşı 36.3 (19-59)'di. Hastaların 33 (%94)'ünde operasyon laparoskopik tamamlanırken 1 hastada teknik zorluklar, 1 hastada özofagus perforasyonu şüphesi nedeniyle açığa dönülerek operasyon tamamlandı. Tüm olgulara silikon dren yerleştirilerek postoperatif 1. günde çekildi. Diyet programına alınan hastalar aralıklarla kontrol edildi.

Bulgular: Preoperatif hastaların ortalama vücut ağırlığı 129 (95-174) kg ve beden kitle indeksi (BKİ) 45 (35-58) olarak ölçüldü. Operasyon genellikle 4 trokarla gerçekleştirildi ve ortalama süresi 38 (25-90) dakikaydı. 2 atelektazi, 2 yara enfeksiyonu olmak üzere 4 olguda komplikasyon gelişirken, mortalite gözlenmedi. Postoperatif hastanede kalış süresi 3.3 (1-14) günken hastalar ortalama 18 (2-24) ay takip edildiler. Son muayenede ortalama vücut ağırlığı 103 (72-145) kg ve ortalama BKİ 36.4 (24-50) olarak saptandı. 5 hastaya reoperasyon uygulandı. Bu hastalardan ikisi yutma güçlüğü hissinden rahatsız olduklarından kendi istekleri ile gastrik bandları çıkarıldı (10. gün ve 4. ayda). 1 hasta 8 ayda yaklaşık 55 kg kayıp, gebelik ve dehidratasyon nedeniyle, 1 hasta silikon materyale karşı gelişen inflamatuvar reaksiyon nedeniyle reopere edilerek gastrik bandları çıkarıldı. 1 hasta slippage nedeniyle reopere edildi.

Sonuç: Morbid obez hastalarda laparoskopik ayarlanabilir gastrik band ameliyatı laparoskopi deneyimi bulunan merkezlerde güvenle gerçekleştirilebilen ve ilk 2 yıl içinde etkin kilo kaybı sağlayan bir yöntemdir.

S 22

OBEZİTE TEDAVİSİNDE ENDOSKOPIK INTRAGASTRİK BALON UYGULAMASININ SONUÇLARI: 270 VAKANIN RETROSPEKTİF ANALİZİ

H. COŞKUN, S. BOZKURT, M. A. KAYA

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Obezite tedavisinde intragastrik balon uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Ağustos 2004 Ağustos 2009 tarihleri arasında endoskopik intragastrik balon uygulanan 270 hasta retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların 263 tanesine Bioenterics Intragastrik Balon, 5 tanesine Silimed Intragastrik Balon ve 2 tanesine de Heliosphere BAG uygulanmıştır. 270 hastanın 165 i kadın 105 i erkektir. Hastaların ortalama yaş, kilo ve VKİ sırasıyla 34.3 yıl (16-61), 112 kg (70-250) ve 38.7 kg/m² (27-77.1) dir. Balon uygulama süresi ortalama 10 dk (5-14) dir. Toplam balon çıkartılması uygulanan hasta sayısı 189 dur. Bu hastalarda ortalama VKİ 34.1 kg/m² (21-61), kilo kaybı 11.7 kg (0-55), fazla kilo kaybı yüzdesi %30.4 (0-99.2) dir. Balon çıkartılma süresi ortalama 10.1 dk (5-45) olarak bulunmuştur. Uygulamalar sonrasında ilk bir haftada bulantı %74.8, abdominal kramp %66, kusma %62.8, balon intoleransı %8.6, hıçkırık %2 olarak tespit edilmiştir. Balon çıkartılma zamanı gelen hastaların değerlendirilmesinde ishal %6.9, ağız kokusu %4.3, reflü %2.6, kabızlık %2.1, özofajit %1.6, balon sönmesi %1.58, balon enfeksiyonu %1.05 olarak bulunmuş, hiç bir hastada ileus ve mortalite gelişmemiştir.

Sonuç: Intragastrik balon teknik olarak uygulaması ve çıkartılması kolay, efektif ve minimal risk içeren bir prosedürdür.

Anahtar Kelimeler: obezite intragastrik balon bariatrik cerrahi endoskopi

S 23

MORBİD OBEZİTENİN CERRAHİ TEDAVİSİ İÇİN LAPAROSKOPIK ROUX-N-Y GASTRİK BY-PASS: İLK 15 OLGU

K. TEKİN*, A. G. TÜRKÇAPAR**, M. ÖZBAN*, O. BİRSEL*, A. SARAÇ*, A. GÜL*

* Pamukkale Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi
** Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi

Amaç: Morbid obezite cerrahi tedavisinde etkinliği bilinen "laparoskopik Roux-N-Y gastrik bypass" (LRGB) ülkemizde son birkaç yılda çeşitli merkezlerde uygulanmaya başlanmıştır. Biz de iki farklı merkezde uygulamaya başladığımız bu teknik ile ilgili ilk deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Temmuz 2008 - Eylül 2009 tarihleri arasında Ankara ve Pamukkale Üniversitesi hastanelerinde morbid obezite nedeni ile LRGB uygulanan hastalar bu çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, ameliyat öncesi ortalama vücut kitle endeksi, ortalama operasyon ve hospitalizasyon süresi, erken dönem komplikasyonlar ve fazla kiloların verilme oranları belirlendi.

Sonuçlar: İki merkezde toplam 15 hastaya (12 kadın, 3 erkek) LRGB uygulandı. Serimizde ortalama yaş 33.2 ± 10 ve ortalama ameliyat öncesi vücut kitle endeksi 46.55 ± 5.3 idi. Operasyon süresi ortalama 231.2 ± 53.8 dk olarak tespit edildi. Hastanede kalış süreleri ortalama 6 ± 0.6 gün olan grubumuzda ameliyat esnasında 1 (%6.6) hastada açık ameliyata geçildi, diğer 1 (% 6.6) hastada ameliyat esnasında trokar yeri kanaması oldu. Erken ameliyat sonrası dönemde 2 (%13.3) hastaya stapler hattı kanaması nedeniyle kan transfüzyonu yapıldı. 1 (%6.6) hastada sirküler stapler'in geçtiği trokar yerinde enfeksiyon gelişti. Ortalama takip süresi 5.69 (0.3-13.9) ay olan serimizde 1 yılını tamamlayan 4 hastada fazla kilo kaybı oranı ortalama $\% 60.1 \pm 8.3$ olarak bulundu. Serimizde anastomoz, stapler hattı kaçağı ve mortalite olmadı. Yargı: Serimizdeki hasta sayısındaki azlık ve takip süresinin kısalığına rağmen, teknik olarak zor bir yöntem olan LRGB'ın kabul edilebilir komplikasyon oranları ile morbid obezitenin cerrahi tedavisinde etkin bir yöntem olarak ülkemizde de yaygın kabul göreceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: gastrik bypass morbid obezite laparoskopik cerrahi

S 24

LAPAROSKOPİK MİDE AMELİYATLARINDA UYGULADIĞIMIZ TEKNİKLER: TOTAL, SUB-TOTAL VE WEDGE REZEKSİYONLAR

M. ERTEM *, V. ÖZBEN*, E. ÖZVERİ** , S. YILMAZ**

* İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
**Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Laparoskopik mide ameliyatlarındaki tekniklerimizi sunmayı amaçladık. Yöntem: Dört

hastaya ait klinik bilgiler verildikten sonra laparoskopik mide ameliyatlarında (total-subtotal gastrektomi, mide wedge rezeksiyonu) uyguladığımız teknik ayrıntılar sunuldu.

Bulgular: Tüm hastalar gastrointestinal kanama nedeni gastroenteroloji servisinde takipleri sonrası malignite ön tanısı ile cerrahi kliniğimize refere edildi. 1. vaka; 35 yaşında erkek hasta melena nedeni ile yapılan gastroskopi ve endoskopik biyopside mide tümörü (GİST?) ön tanısı konuldu. Yapılan laparoskopik eksplorasyonda kardial yerleşimli 3 cm çapında kitle tespit edildi. Biyopsi sonrası frozen incelemede adenokarsinom saptanması üzerine laparoskopik D2 total gastrektomi ve R-Y özefagojejunostomi işlemleri gerçekleştirildi. Çıkarılan 22 adet lenf düğümünde metastaz saptanmadı. 2. vaka; 38 yaşında erkek hasta hematemez ve melena şikayetleri nedeni ile yapılan tetkiklerinde mide antrumda dev ülser krateri bulunan 4 cm çapında tümoral kitle saptandı. Hastaya laparoskopik antrektomi ve Billroth II gastrojejunostomi işlemi uygulandı. Patolojik incelemede düşük evre GIST saptandı. 3. vaka; 78 yaşında erkek hastaya sağ kolon adenokarsinom tanısı ile sağ hemikolektomi işlemi planlandı. Yapılan laparoskopik eksplorasyonda mide korpus ön yüzde 2 cm çapında ayrı bir tümöral kitle daha tespit edildi. Aynı seansta laparoskopik sağ hemikolektomi ve mide wedge rezeksiyonu işlemi yapıldı. Patolojik incelemede kolonda adenokarsinom ve midede GİST tanısı kondu. 4. vaka; hematemez bulgusu nedeni ile yapılan endoskopik biyopside GİST tanısı alan 36 yaşında erkek hastaya yapılan tanısal laparoskopide mide korpus ön yüzde 2 cm'lik tümöral kitle saptandı ve wedge rezeksiyon işlemi uygulandı. İntraoperatif ve erken postoperatif dönem takiplerimizde hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Mide tümör cerrahisinde laparoskopinin önemi giderek artmaktadır. İşlem tecrübeli merkezlerde güvenle yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Mide tümörü laparoskopik total gastrektomi subtotal gastrektomi wedge rezeksiyon

S 25

KOROZİV ÖZOFAJİT VE ÖZOFAGUS KANSERLERİNDE VIDEO YARDIMLI TORAKOSKOPİK ÖZOFAGUS SERBESTLEŞTİRİLMESİ DENEYİMİMİZ

N. A. ŞAHBAZ, F. TUNCA, GÖ. ERTUĞRUL, Y. GİLES, S. TEZELMAN, T. TERZİOĞLU

* İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Koroziv özofajite bağlı ileri derece özofagus darlıklar ve özofagus kanserinde video yardımcı torakoskopik özofagus serbestleştirilmesi deneyimimizi aktarmak.

Gereç ve Yöntem: Eylül 2006 ve Ocak 2009 tarihleri arasında İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı A servisinde videoyardımlı torakoskopik özofagus serbestleştirilmesi yapılan 5 hasta retrospektif olarak incelendi. Ortalama yaş 36,8 (17-48)'di. Hastaların 4'ü erkek 1'i kadın hastaydı. Dört (%80) hastada koroziv özofajite bağlı selim striktür nedeniyle 1(%20) hastada ise özofagus kanseri tanısıyla torakoskopi yardımcı özofagus serbestleştirilmesi yapıldı. Koroziv özofajitli 3(%60) hastaya total özofajektomiyle birlikte total gastrektomi ve kolonik interpozisyon; 2 (%40) hastaya ise mide tüpü ile rekonstrüksiyon uygulandı. Ortalama torakoskopi yardımcı özofagus serbestleştirme süresi selim striktürlü hastalarda 70±13,9 dakika olarak saptandı. Özofagus kanserli hastada girişim 125 dakika sürdü. Ortalama hastanede kalış süresi 9,2 ± 4,8 gündü. Ameliyat sonrası dönemde hastaların hiçbirinde atelektazi ya da pnömoni gibi pulmoner komplikasyonlar saptanmadı. Hastalara postoperatif 2 ve 4. günlerde derin inspiryumda Vizüel Analog Skala (VAS) uygulandı. Ameliyat sonrası 2. günde ortalama 3,2, dördüncü günde ise ortalama 1,8 değerleri elde edildi. Özofagus kanseri tanısıyla ameliyat edilen hastada 17'si mediastinal olmak üzere toplamda 38 lenf nodu diseke edildi.

Sonuç: Video yardımcı torakoskopik özofagus serbestleştirilmesi özofagus cerrahisinde dünyada giderek artan oranlarda başarıyla uygulanmaktadır. Video yardımcı torakoskopik özofagus serbestleştirilmesi tüm minimal invaziv cerrahi teknikler gibi postoperatif ağrı yönetimindeki başarısı ve pulmoner komplikasyonları azaltması nedeniyle özofagus cerrahisinde uygulanan konvansiyonel yöntemlere iyi bir alternatif olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: torakoskopi koroziv özofajit özofagus kanseri

S 26

TNBS İLE İNDÜKLENEN DENEYSEL KOLİT MODELİNDE LAPAROSKOPİNİN ORGAN HASARI ÜZERİNE ETKİLERİ (DENEYSEL ÇALIŞMA)

O. KARATEPE*, S. KÖKDAŞ*, E. YÜNEY*, S. KAMALI*, A. KEMİK**, GÜ. KAMALI***, O. BENDER*

* Okmeydanı Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi

** İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Biyokimya

*** Okmeydanı Eğitim Hastanesi Patoloji

Giriş ve Amaç: İltihabi barsak hastalığı (IBH) barsak iltihabının yanı sıra uzak organlarda örneğin pankreasta pankreatit benzeri inflamatuvar hadiselerle yol açan kronik bir hastalıktır. Son yıllarda ülseratif kolit te cerrahi gereksinimler laparoskopi ile başarılı bir şekilde karşılanmaktadır. Bu çalışmada amacımız IBH da laparoskopik cerrahi ile açık cerrahi yi karşılaştırmak idi.

Metod: Ortalama ağırlıkları 230gr olan 40 adet wistar albino dişi rat çalışmamıza dahil edildi. %50 lik etanolde çözülmüş TNBS (Sigma,USA) 0.25ml 10 mg / kg dozunda tatbik edilerek kolit indüklendi. Grup1 (n=10): Sham grubu Grup2 (n=10): kolit + laparotomi grubu Grup 3(n=10): kolit + laparoskopi TNBS ile kolit sonrası 15. gün sıçanlar sakrifiye edilerek histopatolojik ve biyokimyasal inceleme için kan ve doku örnekleri alındı. Kanda Lökosit, amilaz, lipaz, LDH, IL-1 ve TNF alfa. Kolon ve pankreas dokusunda ise NO.MDA, caspas-3 aktivitesi, IL-1, pancreatitis spesifik protein (PAP I) ve TNF alfa ya bakıldı.

Sonuçlar: Gruplar arasında kan biyokimyasal değerleri karşılaştırıldığında laparoskopi grubunda kan TNF alfa , il 1 , MDA ve NO düzeyleri laparotomi grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı idi (p<0.05). Kolon dokusunun histopatolojik ve biyokimyasal incelemesinde oksidatif hasar parametreleri ve inflamasyon açısından laparoskopi ve açık grup arasında anlamlı fark yoktu. Pankreas dokusu biyokimyasal incelemesinde PAP1 düzeyleri laparoskopi ve açık grup arasında istatistiksel olarak anlamlı idi.(p<0.05).

Tartışma: Çalışmamızda gösterildiği gibi ülseratif kolitte kliniğe yansımayan fakat spesifik testlerle(PAP1) tanısı konulabilen hafif düzeyde pankreatit görülmektedir. Ayrıca laparoskopik cerrahi ve açık cerrahi karşılaştırıldığında laparoskopinin daha az travmatik olduğu ve pankreatit düzeyinin açık cerrahiye göre daha düşük olduğu tespit edildi.

S 27

KOLOREKTAL KANSERLERDE LAPAROSKOPİK REZEKSİYON YAPILAN OLGULARDA, VÜCUT KİTLE İNDEKSİ AMELİYAT SIRASI VE SONRASI ERKEN DÖNEM SONUÇLARI ETKİLİYOR MU ?

E. AYTAÇ, T. KARAHASANOĞLU, İ. HAMZAOĞLU, B. BACA, E. KIRBIYIK

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Giriş: Obezite, günümüzde gereğinde cerrahi tedaviyi gerektiren bir hastalık haline gelmiş olmakla birlikte birçok cerrahi girişimin de uygulanmasını ve sonuçlarını etkileyebilmektedir. Çalışmamızda laparoskopik kolorektal rezeksiyon yapılan olgularımızın vücut kitle indeksi (VKİ) ile erken dönem sonuçlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kolorektal kanser nedeniyle laparoskopik rezeksiyon yapılan olguların VKİ, ameliyat sırasında ve sonrasında erken dönem (ilk 30 gün) gelişen komplikasyonlar ilişkilendirilerek değerlendirildi. Veriler Mann Whitney U ve x2 testi ile değerlendirildi. Bulgular: Serideki 157 (88 E, 69K) olgunun dağılımları; sağ hemikolektomi 27; sol hemikolektomi 35; parsiyel mezorektal eksizyon 37 ve total mezorektal eksizyon 58 olgu şeklindeydi. Tüm olguların VKİ' i $26,35 \pm 3,92$ olarak saptandı. Genel komplikasyon oranı %9,55 idi. Olguların VKİ temel alınarak yapılan sınıflamada: VKİ ≥ 30 olan 19 olgunun komplikasyon oranı %10,53 olarak saptandı. VKİ' ine göre yapılan gruplandırmada gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Komplikasyon gelişen olguların VKİ ile komplikasyonsuz olguların VKİ arasında anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Yeterli tecrübe ve teknik donanıma sahip merkezlerde, obezite laparoskopik kolorektal cerrahinin başarısını etkileyen bir faktör olmayabilir. Bu konuda literatürde birbiri ile çelişen veriler yer almaktadır. Standardize edilmiş, daha fazla olgunun yer aldığı serilerde değerlendirme yapmak daha güvenilir bilgiler sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser laparoskopi vücut kitle endeksi komplikasyon

S 28

LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

İ. YAVASCAOĞLU, Y. KORDAN, H. S. DOĞAN, H. VURUŞKAN, B. OKTAY

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD

Amaç: Adrenal kitlelerin tedavisinde laparoskopik cerrahi deneyimimizin sunulması ve ürologların dikkatinin bu konuya çekilmesi.

Yöntem: Mart 2004 – Haziran 2009 tarihleri arasında laparoskopik transabdominal adrenalectomi uygulanan 22'si kadın 14'ü erkek toplam 36 adrenalectomi olgusu retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hiçbir olguda açık cerrahiye geçiş gerekmedi. Hastaların ortalama yaşı $49,4 \pm 11,5$ yıl (21-72) olarak saptandı. Onaltı olguya sağ, 19 olguya sol ve 1 olguya ise bilateral adrenalectomi uygulandı. Ortalama kitle boyutu $36,6 \pm 14,2$ mm (23-80) idi. Olguların ortalama operasyon süresi $147 \pm 50,7$ dk (80-330) ve ortalama kan kaybı $47,5 \pm 15,2$ ml (30-100 ml) olarak ölçüldü. Bir olguda intraoperatif distal pankreas yaralanması gelişti. Bunun dışında majör bir komplikasyon izlenmedi. Olguların hastanede ortalama kalış süresi $3 \pm 1,8$ gün (1-10) ve ortalama takip süresi $14,2 \pm 12,4$ ay (1-60 ay) dir. Hiçbir hastada postoperatif erken veya geç komplikasyon izlenmedi. Patolojik olarak 23 olguda adenom, 3 olguda adrenokortikal hiperplazi, 5 olguda feokromasitoma, 1 olguda adrenokortikal kanser, 2 olguda metastatik adenokarsinom ve 2 hastada onkositom saptandı.

Sonuç: Transperitoneal laparoskopik adrenalectomi, adrenal kitlelerin tedavisinde düşük morbiditesiyle güvenli ve minimal invaziv bir yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: adrenal kitle adrenalectomi laparoskopi transperitoneal

S 29

LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ

N. YAVUZ*, S. TEKSÖZ*, E. AKIN*, E. AYTAÇ*, M. DÜREN*, S. ERGÜNEY*, Y. BÜKEY*, P. KADIOĞLU**, N. GAZİOĞLU***

* İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

** İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD

***İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Beyin Cerrahisi AD

Giriş: Laparoskopik transperitoneal adrenalectomi adrenal bez patolojilerinin cerrahi tedavisinde giderek yaygınlaşan bir yöntemdir. Enerji kaynaklarının kullanımı ile laparoskopik solid organ cerrahisinde hızlı bir ilerleme kaydedilerek laparoskopik transperitoneal adrenalectomi adrenal cerrahisinde ilk seçenek haline gelmiştir. Kliniğimizde son beş yıl içinde laparoskopik adrenalectomi uyguladığımız olguları ve ameliyat tekniği ile ilgili detayları sunduk.

Yöntem: Ocak 2003 / Aralık 2008 tarihleri arasında, 115 olguda 130 laparoskopik

transperitoneal adrenalectomi uygulandı. Olguların 30'u erkek ,85'i kadın olup ort. yaş 44,8 (18-77) idi. Tüm olgular, klinik ve hormonal durumlarına göre gerekli hazırlıkları tamamlanıp tedbirleri alındıktan sonra ameliyata alındılar, Genel anestezi altında, decubütis lateralis pozisyonunda işlem gerçekleştirildi. Piyes torbaya konup, trokar yerinden çıkartıldı. Bilateral lezyonlarda önce sol adrenal torba içinde karında bırakıldıktan sonra, pozisyon değiştirilip, sağ adrenalectomi yapıldı ve her iki torba sağ taraftaki trokar yerinden çıkartıldı. Bulgular: Olguların 44' üne sol, 56' sına sağ ve 15' ine bilateral adrenalectomi uygulandı. 7 olguda (%6) açığa geçildi. Ortalama ameliyat süresi tek taraflı olgularda 45±10 dk, bilateral olgularda 130±34 dk idi. 61 olguda (%53) dren uygulandı. Drenler postoperatif birinci gün alındı. Replasman tedavisi gereken olgulara kortizon ve fludrokortizon uygulandı. Hastanede kalış süresi ortalama 1.09(1-3) gün idi. 7 olguda(% 6) trokar yeri enfeksiyonu görüldü.

Sonuç: Laparoskopik transperitoneal adrenalectomi; minimal invaziv cerrahinin tüm avantajlarına ilaveten güvenilir ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir .

Anahtar Kelimeler: Transperitoneal Adrenal Laparoskopi

S 30

LAPAROSKOPİK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL HERNİ ONARIMI: YAMA SABİTLENSİN Mİ? PROSPEKTİF RANDOMİZE BİR ÇALIŞMANIN ÖN SONUÇLARI

M. KAPLAN*, H. İ. İYİKÖŞKER**, H. C. YALÇIN**, S. GÜNAŞTI***

* Medical Park Gaziantep Hastanesi, Genel Cerrahi

** Av. Cengiz Gökçek Gaziantep Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi

*** Medical Park Gaziantep Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Amaç: Laparoskopik kasık fıtığı onarımında yamanın sabitlenmesi sinir hasarı riskini ve ameliyat maliyetlerini arttırdığı söylenebilir. Bir çok cerrah fıtık nüksünün önlenmesi için sabitlemenin gerekli olduğuna inanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Medical Park Gaziantep Hastanesi'nde gerçekleştirilen laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) kasık fıtığı onarımlarında yamanın sabitlendiği ve sabitlenmediği hasta gruplarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Prospektif randomize bir çalışma dizayn edildi. İki hasta grubu oluşturuldu: 1) yamanın sabitlendiği grup ve 2) yamanın sabitlenmediği grup. Laparoskopik total ekstraperitoneal kasık fıtığı onarımı yapılacak toplam 120 hasta randomize edildi. Fıtık nüksü, postoperatif nöralji sıklığı, diğer morbidite sıklığı, ameliyat süresi ve hastane masrafları karşılaştırılan ana değişkenlerdi. Hastalar ameliyat sonrası 1. hafta, 1. 6 ve 12. aylarda kontrol muayenesine çağrılarak değerlendirildi. Kasık, skrotal bölge veya uyluk orta üst kesiminde ağrı olması nöralji olarak kabul edildi. Hastane tarafından sağlanan bilgisayar verileri ile temel hastane masrafları hesaplandı.

Bulgular: İstatistiksel çalışmada hastaların demografik özellikleri, fıtık tipi, ameliyat süresi, morbidite ve fıtık nüksü yönünden gruplar arasında önemli bir farklılık olmadığı görüldü (p>0.05). Ancak yamanın sabitlenmediği gruptaki hastalarla karşılaştırıldığında, yamanın sabitlendiği grupta hastane masraflarının daha yüksek olduğu saptandı (p<0.05).

Sonuç: Laparoskopik total ekstraperitoneal kasık fıtığı onarımında yamanın sabitlenmesi istatistiksel olarak anlamlı bir yarar sağlamadığı gibi hastane masraflarını da arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi total ekstraperitoneoskopik fıtık onarımı TEP yama sabitleme

S 31

LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ YAPILAN 28 OLGUNUN TAKDİMİ

E. SÖZÜER, C. KÜÇÜK, A. AKCAN, T. ARTIŞ, B. ÖZ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi

Giriş: Laparoskopik adrenalectomi ilk defa 1992'de Gangler tarafından yapılmıştır. Bu metod malign olmayan adrenal patolojilerinde tercih edilmektedir. Bu tekniğin açık tekniğe göre azalmış postoperatif ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi, azalmış intraoperatif kanama ve daha iyi anatomik görüş gibi avantajları gösterilmiştir. Kliniğimizde son 6 yıl içinde yapılan laparoskopik adrenalectomi olgularını retrospektif olarak değerlendirdik.

Metod: Çalışmamız Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde Genel Cerrahi Kliniğinde son 6 yıl içinde çeşitli adrenal patolojileri nedeniyle 28 laparoskopik adrenalectomi işlemi yapılmıştır. Hastaların demografik özellikleri yanında, patolojik ve klinik tanıları, lezyonun lokalizasyonu,

operasyon zamanı, intraoperatif kan kaybı, açığa geçme oranı, hastanede kalış süresi değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 45 (30-75 yaş aralığı) olup 16 tanesi erkek 12 tanesi kadın idi. Patolojik ve klinik tanıları ele alındığında 5 hastada feokromastoma (%18), 5 hastada Cushing sendromu (kortikal adenom, %18), 8 hastada Conn sendromu (7 kortikal adenom-1 hiperplazi, %28), 4 hastada insidentaloma (nonfonksiyonel kortikal adenom, %14), 1 hastada adrenal kist (%3), 3 hastada normal sürrenal dokusu (%14), 1 hastada Schwannoma (%3) ve 1 hastada heterotropik pankreas dokusu (%3) tespit edilmiştir. Tek taraflı olgularda ortalama operasyon süresi 80±15, bilateral olgularda (3 hasta) 140±20 dakikadır. Lezyonların 13'ü sol tarafta, 12'si sağ, 3'ü ise bilateral yerleşimlidir. Ortalama kan kaybı 100±25 cc dir. Dört olguda (%9) cerrahi diseksiyon zorluğu nedeniyle açığa geçildi. Ortalama hastanede kalış süresi 2±0.5 gündü.

Sonuç: Kliniğimizde laparoskopik adrenalektomi güvenli ve etkin bir şekilde yapılmaktadır. Bu teknik benign adrenal lezyonları için iyi bir tercihtir. Özellikle insidentalomaların fonksiyonel olması veya malignite şüphesi varlığında laparoskopik cerrahi tedavi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik adrenal adrenalektomi

S 32

LATERAL TRANSABDOMİNAL YAKLAŞIMLA LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ DENEYİMİMİZ

H. BAKKALOĞLU, F. TUNCA, G. ÇITLAK, N. A. ŞAHBAZ, Y. GİLES, S. TEZELMAN, T. TERZİOĞLU

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Lateral transabdominal yaklaşımla laparoskopik adrenalektomi yapılan hastalar ve sonuçlarıyla ilgili deneyimlerimizi aktarmak.

Gereç ve yöntem: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. A servisinde Ocak 2004-Haziran 2009 tarihleri arasında adrenal tümör tanısıyla transabdominal yaklaşımla laparoskopik girişim uyguladığımız 75 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tamamına ameliyat öncesi dönemde endokrin ve biyokimyasal değerlendirme ve batin BT/MRG uygulandı. Hastalar ortalama ameliyat süresi, ortalama

hastanede kalış süresi ve komplikasyon oranları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Preoperatif hazırlık sonrası 18(%24) hasta cushing sendromu, 26(%34,6) hasta feokromastoma, 8(%10,7) hasta conn sendromu, 17(%22,7) hasta nonfonksiyonel adenom, 3(%4) hasta metastatik sürrenal tm ve 3 (%4) hasta sürrenal kisti tanısı aldı. Adrenal kitle 33(%44) hastada sol 42(%56) hastada sağ adrenal yerleşimliydi. Ortalama tümör çapı 4.7±1.5 cm olarak saptandı. 68(%90,7) hastada girişim laparoskopik olarak tamamlandı. Yedi(%9,3) hastanın 4(%5,3)'ünde teknik nedenlerle 3(%4) hastada ise durdurulamayan kanama nedeniyle açığa geçildi. Ortalama ameliyat süresi sol adrenal kaynaklı kitlelerde 67.57±23.05 dakika, sağ adrenal kaynaklı kitlelerde 69,2±19,33 dk olarak hesaplandı. Hastaların ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi laparoskopik tamamlanan olgularda 3±1.19 gün, açığa dönülen olgularda 5.6±0.5 gün olarak saptandı. Laparoskopik girişim uygulanan hastaların; 5(%6.7) 'inde görülen port giriş yeri etrafında ekimoz dışında komplikasyon saptanmadı. Patolojik değerlendirme 65 (%86.7) hastada adenom, 1 (%1.3) hastada anjiyomyolipom, 1 (%1.3) hastada lenfanjiom, 2 (%2.7) hastada karsinom, 3 (%4) hastada adrenal kist ve 3 (%4) hastada akciğer ca metastazı olarak sonuçlandı. Hastalar ortalama 27.1±17.6 ay takip edildi.

Sonuç: Lateral transabdominal yaklaşımla laparoskopik adrenalektomi açık cerrahiye oranla daha kısa ameliyat süresi, daha az postoperatif ağrı ve daha kısa hastanede yatış süresi gibi avantajları olan güvenli ve etkin bir girişim şeklidir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi adrenalektomi

S 33

LAPAROSKOPİK VE PREPERİTONEAL FITİK ONARIMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

M. M. ÖZMEN*, M. MORAN*, N. ÖZALP**, C.İ. BİLGİÇ*, B. ZÜLFİKAROĞLU**, H. DİZEN*

*Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Cerrahi Kliniği

** Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Cerrahi Kliniği

Amaç: İnguinal herni onarımları cerrahi kliniklerinde en sık yapılan operasyonlardır. Posterior duvara prostetik materyal konulması ile yapılan onarım açık veya laparoskopik yöntemle gerçekleştirilebilir. Laparoskopik total

ekstraperitoneal (TEP) ve açık preperitoneal fıtık onarımlarının karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Aynı ekip tarafından 1999-2009 arasında tek taraflı veya bilateral kasık fıtığı nedeni ile preperitoneal ve TEP onarım uygulanan 224 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. TEP fıtık alanına uygun olarak yerleştirilen 3 trokarla gerçekleştirilirken açık yöntemde preperitoneal prostetik mesh tek taraflı veya bilateral (Stoppa) olarak uygulandı. Hastalar yaş, cinsiyet, Nyhus tip, tek ya da bilateral oluş, operasyon süresi, hastanede kalış süresi, komplikasyon ve rekürrens açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Aynı ekip tarafından bu iki yöntemle fıtık onarımı yapılan 121 kadın 103 erkek 224 hastanın yaş ortalaması 44(18-83) idi. Hastalar ortalama 32(3-62) ay takip edildiler. Olguların 116'sına TEP ve 108'ine preperitoneal onarım uygulandı. Olguların verileri tabloda özetlendi. Her iki gruptaki hastalar yaş, cinsiyet açısından benzerdi. Nüks ve bilateral olguların preperitoneal grupta daha fazla olduğu izlendi. Operasyon süresi ve hastanede kalış süreleri TEP grubunda daha kısa olarak saptanırken, erken ve geç komplikasyon sayısı da bu grupta daha azdı. TEP uygulanan iki olguda erken dönemde mesh boyutlarının yetersizliği ve mesh katlanması nedeni ile rekürrens gelişti ve ikincil operasyon gerekti. Uzun dönem nüks oranları için hastaların 136(%60)'sıyla telefonla yapılan değerlendirmede TEP'te 2 hastada, preperitoneal grupta 1 hastada rekürrens geliştiği saptandı.

	TEP	Preperitoneal
n	116	108
Cins(K/E)	14/102	7/101
Yaş(yıl)	43(19-75)	49(25-83)
Nyhus tip		
I	18	13
II	54	45
IIIa	14	15
IIIb	19	16
IIIc	3	5
IV	8	14
Tek/bilateral	80/36	69/39
Op süresi(dakika)	51(25-100)	63(35-125)
Hastanede kalış	1,5(1-4)	3,1(1-6)
Komplikasyon	13	22
Rekürrens		
Erken	2	0
Geç	2	1

Sonuç: Inguinal hernide posterior yaklaşım planlandığında TEP uygulaması güvenli başarılı ve düşük komplikasyon oranlarına sahip bir yöntemdir.

S 34

KASIK FITIĞI ONARIMINDA TOTAL EKSTRA-ABDOMINAL PREPERİTONEAL (TEP) YÖNTEM İLE AĞ ÖRME ONARIM (MOLONEY DARN) YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

H. BEKTAS*, T. MUTLU*, S. ARIKAN*, Ö. ÖZCAN*, F. ERSÖZ*, M. E. GÜNEŞ*, S. PURİSA**

* İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi

** İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik

GİRİŞ: Kasık fıtık ameliyatları genel cerrahi pratiğinde önemli yer tutan uygulamalardır. Bu alanda yeni gelişmelerden biri TEP yöntemidir. Minimal invazif olması, ameliyat sonrası daha az ağrı, erken mobilizasyon,erken işe dönüş daha yüksek hasta memnuniyeti avantajlı yönleridir.

AMAÇ: Amacımız fıtık tamirinde TEP yöntemi ile ağ örme tamir (AÖT, Moloney Darn) tekniği sonuçlarını karşılaştırmaktır.

MATERYAL METOD: S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde 2006-2008 yılları arasında prospektif olarak 166 erkek hasta randomize edildi.

BULGULAR: 78 hastaya TEP ameliyatı, 88 hastaya AÖT ameliyatı yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 48,7 yıl bulundu. Her iki grubun yaş ve Nyhus fıtık tiplerinin dağılımında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Ameliyat süresi ortalama TEP grubunda 42.15±16.0 dakika, AÖT grubunda 35,63±14,7 dakika olarak hesaplandı. İki grup arasında AÖT lehine anlamlı fark saptandı. Ameliyat sonrası yatış süreleri TEP grubunda 0,91±0,28 gün, AÖT grubunda 1,25±0,69 gün olarak hesaplandı, istatistiksel bakımdan anlamlı fark saptandı. Erken komplikasyonların iki grup arasında istatistiksel olarak fark yaratmadığı görüldü. Kronik ağrı her iki grupta en sık görülen geç komplikasyon oldu; TEP grubunda %2,6, iken AÖT grubunda %12,2 olarak saptandı. Geç komplikasyonların AÖT grubunda anlamlı olarak fazla olduğu görüldü. Ortalama 16 ay takip süresinde nüks AÖT grubunda %3,4, TEP grubunda %2,6 yineleme saptanmıştır, iki grup arasında anlamlı fark yoktur Hasta memnuniyeti TEP grubu lehine anlamlı bulundu.

SONUÇ: TEP yöntemiyle AÖT yöntemi benzer komplikasyon ve nüks oranlarına sahip bulundu. TEP sonrası daha az ağrı, erken normal aktiviteye dönüş, yüksek hasta memnuniyeti saptandı. TEP ile AÖT yöntemlerinin uzun dönem sonuçlarının daha geniş randomize çalışmalarla karşılaştırılması gerektiğini gibi düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Kasık fıtığı Total ekstraabdominal preperitoneal Ağ örme takviye karşılaştırma

S 35

TEK İNSIZYONLU TRANSUMBLİKAL LAPAROSKOPİK (SILS) APANDEKTOMİDE ERKEN SONUÇLARIMIZ

U. DEVECİ*, M. MANUKYAN*, A. KEBUDİ*, S. KAPAKLI*, A. MİDİ**, S. ŞİMŞEK***

* Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

*** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon AD

GİRİŞ Akut apandisit, akut batın sendromlarının halen en sık nedenidir. Laparoskopik cerrahinin tüm avantajlarına imkan vermesi ve mükemmel kozmetik sonuçların elde edilmesi bu yöntemin apandektomide de tercih edilmesini sağlamıştır. Bu sunuda kliniğimizde uygulanan SILS apandektomi tecrübemizi paylaştık.

MATERYAL – METOD Haziran 2009 – Ağustos 2009 arasında kliniğimize başvuran, görüntüleme yöntemleri ile gösterilemeyen ancak klinik bulguları akut apandisit ile uyumlu 4 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalarda intraumbilikal 1,5 cmlik linear cilt kesisi ve 2 cmlik fasya kesisi uygulanarak SILS kiti yerleştirildi ve 14 mmHg pnömoperitoneum oluşturuldu. Ameliyat sırasında artikülasyonlu cihazlar ve 5 mmlik 30 derece videoskop kullanıldı. Eksplozasyonda 4 hastada da akut apandisit saptandı. Apandiks mezosu Ligasure Atlas™ yardımı ile ayrıldı. Apandiks köküne intrakorporal çift düğüm konuldu ve apandiks batın dışına endocatch ile alındı. Fasya polipropilen dikiş ile onarıldı ve cilt subkutan sütür ile kapatıldı. Hastalar ameliyat süresi, hastanede kalış süresi ve ağrı skoru açısından incelendi. Hesaplamalar için SPSS 12.0 programı kullanıldı.

BULGULAR Akut apandisit kliniği ile uyumlu, diyagnostik laparoskopi kararı verilen 4 hasta bu çalışmaya alındı. Hastaların 3'ü kadın, 1'i erkekti. Ortalama yaş 35,25(28-43)±7,36, ortalama vücut kitle indeksi 30,75 (23-41)±8,34 idi. Anestezi skoru

1,25(1-2)±0,5 idi. Ortalama ameliyat süresi 67,5(40-90)±26,29 dakikaydı. Ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyonla karşılaşmadı. Tüm hastalar ameliyat sonrası 24. saatte taburcu edildi. Ortalama ağrı skoru 2 (1-3) ±0,81 idi.

SONUÇ Laparoskopik apandektomi hakkındaki tartışmalar devam etmektedir. Ancak diyagnostik laparoskopi kararı verilen hastalardaki avantajlar tartışmasız kabul görmektedir. Laparoskopinin tüm avantajlarını taşıması ve mükemmel kozmetik kazanımlar sunması nedeniyle SILS apandektominin laparoskopide deneyimli cerrahlar tarafından yapılmasını öneriyoruz.

Anahtar Kelimeler: SILS laparoskopik apandektomi

S 36

ACİL CERRAHİDE VİDEOENDOSKOPİK CERRAHİNİN KOLESİSTEKTOMİ DIŞINDA KULLANIMI: 1348 OLGUDA %0,07 MORTALİTE

S. PEKMEZCİ, K. SARİBEYOĞLU, E. AYTAÇ, B. BACA, S. ÇARKMAN, A. KARATAŞ, F. AYDOĞAN, S. TEKSÖZ, E. CANBAY

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Acil Cerrahi Birimi

Giriş: Laparoskopinin acil cerrahide kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Buna karşın minimal invaziv cerrahinin kolesistektomi dışında kullanımı halen tartışmalıdır. Bu çalışmada İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Birimi'nde laparoskopik veya torakoskopik olarak tedavi edilen penetran karın ve alt torakal bölge yaralanmaları (PY), akut apandisit (AA), peptik ülser perforasyonu (PÜP) ve karın içi yapışıklıklara bağlı akut mekanik intestinal obstrüksiyon (AMİO) olguları sunulmuştur.

Yöntem: Veriler, Ocak-1997 ve Ocak-2009 döneminin retrospektif olarak değerlendirilmesiyle toplandı. Demografik veriler, endikasyon ve kontrendikasyon kriterleri, klinik ve ameliyat sırasındaki bulgular, cerrahi teknik, ameliyat sonrası hastanede kalış süreleri, ameliyat sonrası erken dönem komplikasyonlar değerlendirmeye alındı.

Bulgular: Çalışmaya toplam 1348 (792 erkek, 556 kadın) olgu dahil edildi. Onsekiz torakoabdominal yaralanmaya torakoskopik, 116 karın penetran yaralanmasına laparoskopik olarak müdahale edildi. Ayrıca 105 olgu PÜP, 1075 olgu AA, 34 olgu ince bağırsak seviyesi AMİO nedeniyle opere edildi. Açığa geçiş: PY olgularında % 17,16; PÜP olgularında % 28,57; AA olgularında % 6,51; ince bağırsak seviyesi AMİO olgularında ise % 11,77 idi.

Açığa geçişin en sık nedenleri geçirilmiş enfeksiyon ya da cerrahiye bağlı yapışıklıklar ve teknik yetersizlik olarak sıralanmaktaydı. PÜP nedeniyle opere edilen 88 yaşındaki bir kadın hasta ameliyat sonrası ikinci günde sepsis nedeniyle yoğun bakım ünitesinde kaybedildi. Seride başka mortalite saptanmadı (% 0,07). Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 4,3 gün (1 - 25) idi.

Sonuç: PÜP, AA, PY ve AMİO tedavisinde videoendoskopik cerrahi etkin ve güvenlidir. Bu geniş serinin sonuçları minimal invaziv cerrahinin acil cerrahide rutin olarak uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi apendektomi peptik ülser penetran yaralanma intestinal obstrüksiyon

S 37

PERFORE DOUDENAL ÜLSERLİ HASTALAR VE ENDOSKOPİ BULGULARI

H. UZUN, H. F. KÜÇÜK, H. E. SIKAR, M. ESER, M. GÖKÇEİMAM, L. KAPTANOĞLU, N. KURT

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

Amaç: 20-60 yaşları arasında görülen ve insidansı son yıllarda azalan peptik ülserle ilgili komplikasyonlarda azalmakla birlikte perforasyona bağlı acil ameliyatlara hala devam etmektedir. Perforasyon nedeniyle ameliyat edilen hastaların sonraki dönemde endoskopik bulgularını da takip ederek hastalığa yaşın etkisini belirlemeye çalıştık.

Method: 2005-2008 yılları arasında acil kliniğimize başvuran ve ülser perforasyonu tanısı ile ameliyat edilen hastalar incelendi. Hastalar yaş durumuna dikkate alınarak 40 yaşından büyük (grup 1) ve küçük (grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Cinsiyet mortalite, komplikasyon ve yatış süreleri ve endoskopi bulgularına göre prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar, proton pompası inhibitörü ve H. pilori eradikasyon tedavileri ile taburcu edildi. Ameliyat sonrası 2. ayda Üst GIS endoskopisi önerildi.

Bulgular: Ülser perforasyonu tanısı ile ameliyat edilen 90 hastada kadın/erkek oranı 8/82, yaş ortalaması 39,03(18 -83) yıl idi. Grup 1'de hasta sayısı 41, grup 2'de ise 49 idi. Ameliyat sonrası kontrole gelen 63 hastaya endoskopi yapıldı. Grup 1 de yatış süresi ortalama 4,47 gün, mortalite 3, yoğun bakım gereksinimi 3 hastada görüldü. Bu grupta endoskopi bulguları basit gastroduodenit veya normal bulgular 12, ülser 3, deformasyon 18

hastada saptandı. Grup 2 de yatış süresi ortalama 4,06 gün, yoğun bakım endikasyonu ve mortalite ise saptanmadı. Endoskopi bulguları basit gastroduodenit veya normal bulgular 18, ülser 3, deformasyon 9 hastada saptandı.

Sonuç: Genç yaşlarda daha sık görülmesine rağmen ileri yaşlarda ülser perforasyonu daha ciddi bir durum göstermektedir. Endoskopik inceleme hem ülserle ilgili değişiklikleri hem de ülser dışı hastalıkları tanımlayabilmesi nedeni ile yararlanması gerekli bir uygulamadır.

Anahtar Kelimeler: peptik ülser cerrahi endoskopi yaş

S 38

ERCP'YE BAĞLI GASTROİNTESTİNAL PERFORASYONLARDAKİ TECRÜBEMİZ

V. ÖZBEN, E. AYTAÇ, A. AGAYEVA, B. BACA, K. SARİBEYOĞLU, S. PEKMEZCİ

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

Amaç: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) sonrası gastrointestinal perforasyon saptanan hastaların tanı ve tedavisindeki tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Eylül 2007-Nisan 2009 tarihleri arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Cerrahi Polikliniği'ne başvuran toplam 6 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik bilgileri, klinik semptom ve bulguları, ameliyat öncesi görüntüleme, ameliyat bulguları, cerrahi tedavi, hastanede yatış süreleri ve ameliyat sonrası komplikasyonlar sunuldu.

Bulgular: Hastaların 4'ü kadın (%67), 2'si erkek ve yaş ortalaması 64,5 yıl idi (47-84 yıl). Tüm hastalarda akut karın semptom ve bulguları mevcuttu. ERCP işlemi, 5 hastada koledokolityazis ve 1 hastada mekanik iktar nedeni ile yapıldığı tespit edildi. Ameliyat öncesi radyolojik görüntülemelerde 5 hastada intraperitoneal serbest sıvı - hava ve/veya apse, 1 hastada retroperitoneal serbest hava izlendi. Dört hasta acil ameliyata alınırken 2 hasta konservatif tedavi ile takip edildi. Ameliyat olan hastalarda perforasyon yerleri afferent jejunum anısı (daha önce Billroth II yapılmış hastalar), koledok, duodenum 2. kilit posteromedial bölge ve duodenum 3. kilit olarak belirlendi. ERCP işlemi ile ameliyat arasındaki geçen süre 4 saat ile 23 gün arasında değişmekte idi. Perforasyon yerine ve eksplorasyon bulgularına bağlı olarak hastalara kolesistektomi, koledok eksplorasyonu, kısmi bağırsak rezeksiyonu, hepatikojejunostomi, primer duodenum onarımı, lüp

duodenostomi/jejunostomi işlemleri uygulandı. Hastaların ortalama yatış süresi 17,4 gün idi (13-30 gün). Bir hasta ağır sepsis nedeniyle ameliyat sonrası 6. günde ex oldu.

Sonuç: ERCP sonrası akut karın bulguları ile başvuran hastalarda perforasyon açısından şüpheli olunmalı ve erken radyolojik görüntüleme ile tanı doğrulanmalıdır. Klinik ve radyolojik bulgular doğrultusunda cerrahi veya konservatif tedavi şekli belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: ERCP perforasyon akut karın cerrahi tedavi konservatif tedavi

S 39

İKİ YENİ TEKNİK: AMELİYAT SIRASINDA KILIFIÇI BARSAK İRRİGASYONU VE SUALTI VIDEOSKOPİK KOLONOSKOPİ

O. BÜYÜKGEBİZ

* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

AMAÇ Acil kolon cerrahisinde etkin bir kalın barsak irrigasyonu ve ameliyat sırasında videoskopik kolonoskopi yapılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM Acil olarak ameliyatı yapılan yedi hastanın (Yaş:58-68, Erkek:4, Kadın:3) altısında sol taraflı tkayıcı kolon tümörü birinde de steroid kullanımına ikincil kalın barsak perforasyonu saptanmıştır. Saptanan lezyonun proksimalinde klemler konularak rezeksiyon uygulanmış, proksimal uca bir kese ağız dikişi konulmuştur. Bu uç naylon bir kamera kılıfı içerisine alınarak kılıf ucun proksimaline sızdırmaz şekilde dikilmiştir. Kılıfın diğer ucu da ameliyat masası yakınındaki bir kova içerisine bırakılmıştır. Daha sonra appendiks lümeninden bir 18 veya 20F Foley kateter yerleştirilerek kolon irrigasyonu yapılmıştır. Sıvının temiz geldiği görüldükten sonra kamera kılıfına 1 cm lik bir delik açılarak 0 bir laparoskopik lens lümenine ilerletilip sualtı kolonoskopi yapılmıştır. Hastalara 3 ay sonra rutin kolonoskopi uygulanmıştır.

BULGULAR Birincil lezyonlar; 5 hastada sol kolondaki (splenik fleksura:3, sigmoid kolon:2) adenokarsinomdu. Diğer 2 hastada transvers kolon yerleşimli perforasyon ve villöz adenom saptandı. Sualtı kolonoskopi ile villöz adenom hastada çekum tümörü, sigmoid kolon tümörü hastanın çekumunda ise dev villöz adenom saptandı. Perforasyonlu hastada yaygın mukozal ülserler görüldü ve ülserlerin bulunmadığı kolon segmenti görülerek rezeksiyon ve primer

anastomoz yapıldı. Dört hastada sol hemikolektomi, bir hastada genişletilmiş sağ hemikolektomi, 2 hastada subtotal kolektomi uygulandı. Ameliyat sonrası dönemde yapılan kolonoskopilerinde hastalarda ek patoloji saptanmadı.

SONUÇ Sualtı Videoskopik Kolonoskopi, acil cerrahide konvansiyonel kolonoskopi imkanı olmadığına uygulanabilir bir yöntemdir. Kılıfçı kolon irrigasyonu ise uygulamada klasik yöntemin sorunlarını ortadan kaldıran etkin bir yöntemdir. Bu yöntemler acil kalın barsak cerrahisinde lümenin temizlenmesi ve ameliyat sırasında endoskopi yapılabilmesini sağlayarak güvenli bir rezeksiyon-anastomoz imkanı vermektedir.

Anahtar Kelimeler: sualtı kolonoskopi irrigasyon yeni teknik

S 40

APANDEKTOMİ LAPAROSKOPİK YAPILMALIDIR

L.V. TÜMAY, O. S. GÜNER, A. ZORLUOĞU

Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Apandektomi olgularımızı çok yönlü incelemek. Mart 2006- Haziran 2009 tarihleri arasında Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde apandektomi yapılan olgular, ameliyat yöntemi, demografik özellikleri, ameliyat ve hastanede kalış süreleri ve morbidite açısından retrospektif incelendi. Sonuçlar patoloji raporlarına göre akut apandisit, perfore apandisit, lenfoid hiperplazi ve diğer olarak irdelendi.

Toplam 178 olgu. Erkek (93)/ Bayan (85) oranı: 1,1. Yaş (16-79) ortalaması 30,2. Ortalama yatış süresi 1,4 gün. 2 olguda açığa geçildi. Açığa geçilme oranı % 1,1. Anestezi süresi 59,4 dk. Patoloji sonucuna göre akut apandisit % 81,7, perfore apandisit % 2,3, lenfoid hiperplazi %14,9, diğer patolojiler %1,1 olarak saptandı. Yara enfeksiyonu oranı % 0,06 olup (1 olgu) hiçbir olguda postop dönemde intraabdominal abse gelişmemiştir.

Laparoskopik apandektomi, perfore olgular dahil enfeksiyon oranı çok düşük, kısa anestezi ve hastanede kalış süresi ile güvenle uygulanabilecek, teknik imkanların uygunluğunda ilk tercih edilmesi gereken yöntemdir.

S 41

DUODENUM PERFORASYONUNDA KLASİK CERRAHİ TEKNİKLERİNİN AMELOGENİN VE FİBRİN YAPIŞTIRICI İLE YAPILAN SÜTÜRSÜZ ONARIM TEKNİKLERİ İLE KARŞILAŞTIRILMASI

V. ÖZBEN*, A. KARATAŞ*, E. AYTAÇ*, C. KARACA*, Z. SALİHOĞLU**, H. UZUN***, S. ERDAMAR****, K. ULUALP*

* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD
** İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon AD

*** İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya AD
**** İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji AD

Amaç: Peptik ülser perforasyonunun laparoskopik tedavisinde son yıllarda önemi giderek artan sütürsüz onarım teknikleri ameliyatın süresini kısaltmakta ve girişimi basitleştirmektedir. Çalışmamızda sıçanlarda oluşturulan duodenum perforasyonunda (DP) dış minesinde bulunan ve ekstrasellüler bir protein olan amelogeninin klasik cerrahi teknikler ve fibrin yapıştırıcı ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Toplam 32 adet Wistar albino yetişkin erkek (200-250 gr) sıçan n=8 olarak 4 gruba ayrıldı. Grup 1: Primer onarım, Grup 2: Primer onarım+omentoplasti, Grup 3: Fibrin yapıştırıcı ve Grup 4: Amelogenin grubu. Laparotomiden sonra tüm sıçanlarda post-pilorik duodenum ön duvarına 0,2 cm.'lik perforasyon alanı oluşturuldu. Grup 1 ve 2'de onarım 4/0 ipek sütürlerle yapıldı. Sütürsüz onarım gruplarında (Grup 3-4) perforasyon alanlarında fibrin yapıştırıcı veya amelogenin uygulandı. Postoperatif 5. günde tüm sıçanlar sakrifiye edilerek tekrar laparotomi yapıldı ve perforasyon tamir hattında patlama basıncı ölçümü yapıldı. Histopatolojik inceleme ve hidroksiprolin miktar tayini için örnekler alındı. Data analizi ortalama ve standart deviasyon olarak (ortalama ± SD) ve 95% güvenilirlik intervali olarak değerlendirildi. Datalar one way ANOVA ve pos hoc Tukey testi ile SPSS 12.0 (SPSS: Statistical Package for Social Sciences) kullanılarak, P< 0.05 değeri anlamlı kabul edilecek şekilde değerlendirildi. Bulgular: Fibrin yapıştırıcı ve amelogenin grupları arasında patlama basınçları açısından anlamlı fark bulunmazken (p>0.05), her iki grubun patlama basınçları diğer gruplardan anlamlı olarak düşük bulundu (p<0.001). Hidroksiprolin seviyeleri ve histopatolojik sonuçlar karşılaştırıldığında tüm gruplar arasında istatistiksel fark saptanmadı.

Sonuç: Amelogenin ile yapılan sütürsüz onarım ilerleyen yıllarda peptik ülser perforasyonun laparoskopik tedavisini daha da basitleştirebilir. Ancak amelogeninin güvenilirliğini ve etkinliğini destekleyecek yeni deneysel ve klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Amelogenin duodenum perforasyonu sütürsüz teknik laparoskopi

Dinamik Gruplar	Zatlıca basıncı (mm Hg)	Dünya hidroksiprolin seviyesi (µg/g)
Primer onarım	101.0±12.2*	1102.3±102.3*
Primer onarım + omentoplasti	117±8.2*	1102.3±102.3*
Fibrin yapıştırıcı	88.7±12.2**	1007.6±117.2*
Amelogenin	82.7±12.2**	1102.3±102.3*

* Diğer tüm grupların diğer gruplara oranında istatistiksel olarak anlamlıdır (P<0.001).

** Diğer tüm grupların diğer gruplara oranında istatistiksel olarak anlamlıdır (P<0.05).

S 42

LAPAROSKOPİK PANKREAS CERRAHİSİ DENEYİMİMİZ: 9 OLGUNUN KLİNİK SONUÇLARI

U. BARBAROS, A. DİNÇÇAĞ, G. SARIÇAM, O. GÖZKÜN, A. ÖZTÜRK, G. ERTUĞRUL, K. SERİN, A. BOZBORA, O. BİLGE, S. MERCAN

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

AMAÇ: Laparoskopik yaklaşım birçok cerrahi girişim için standard teknik hale gelmiş olsa da pankreasın laparoskopik rezeksiyonu halen yaygın olarak uygulanmamaktadır. Bu çalışmanın amacı pankreas hastalıklarında uygulamış olduğumuz laparoskopik tedavinin sonuçlarını ve elde ettiğimiz deneyimleri aktarmaktır.

YÖNTEM: Kasım 2006 ile Ağustos 2009 tarihleri arasında pankreas hastalığı nedeniyle 9 hastaya laparoskopik rezeksiyon uygulandı. Hastalar yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, kan kaybı, açık ameliyata geçme oranı, morbidite, pankreas kaçığı insidansı, mortalite ve hastanede kalış süresi açısından retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 50.1 yıl (26-71 yıl) ve kadın erkek oranı 7:2 idi. 2 hasta diferansiye nöroendokrin tümör, 3 hasta insülinoma, 1 hasta müsinöz kist adeno, 1 hasta adenokarsinom, 1 hasta intrapancreatik ektopik dalak ve 1 hasta da renal hücreli karsinom metastazı tanısıyla opere edildi. 9 hastanın 4'ünde dalak koruyucu laparoskopik distal

pankreatektomi, 4'ünde laparoskopik distal pankreatektomi ve sadece 1 hastada laparoskopik enükleasyon uygulandı. Tüm olgulardan birisi dünyada ilk kez tek insizyondan laparoskopik tekniği ile yapıldı. Sadece bir hastada açık cerrahiye geçildi ve tekrar ameliyat edilen hasta olmadı. Ortalama ameliyat süresi 170 dakika (100-330), ortalama kan kaybı 100 ml (50-100) ve ortalama hastanede kalış süresi 13 gün (4-30) idi. **SONUÇ:** Laparoskopik distal pankreatektomi deneyimli cerrahlar tarafından uygulandığında güvenilir ve etkili bir cerrahi yaklaşımdır. Laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye üstünlükleri; çabuk iyileşme, kısa hastanede kalış süresi ve günlük aktiviteye erken dönülmesidir.

Anahtar Kelimeler: pankreas laparoskopisi

S 43

KARACİĞER KİST HİDATİĞİNDE LAPAROSKOPIK DENEYİMİMİZ

E. HATİPOĞLU, K. KARABULUT, K. ZENGİN, M. TASKIN, B. KAYABASI

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

AMAÇ: Kist hidatiğin laparoskopik olarak açık cerrahide olduğu gibi güvenli ve başarılı bir şekilde tedavi seçeneği olduğunu göstermek.

YÖNTEM: Ocak 1998 ile Ağustos 2009 tarihleri arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. 3 cerrah tarafından laparoskopik ameliyat edilen 16 kist hidatik olgusunun kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Olgularımızın 10'u erkek ve 6'sı kadın olup yaş ortalamaları 36,1 (16-68) olarak bulundu. Tanıları USG ve BT ile konuldu. Kist çapı ortalama 8,45 cm (4-17 cm) olarak tespit edildi. Operasyon 10 olguda 3, 6 olguda 4 port ve 10 mm lik perforoaspiratör (Bahadır Tıbbi Aletler A.Ş. Samsun Türkiye) kullanıldı. 16 olguda 25 adet kistotomi + parsiyel kistektomi + drenaj işlemi uygulandı. Tüm olgulara dren yerleştirildi. Postop Ortalama hastanede kalış süresi 5,8 (3-24) gün olarak tespit edildi. 1 olguda safra fistülü gelişti. ERCP sonrası 24. günde safra fistülü kapanıp taburcu edildi.

SONUÇ: Kist hidatik olguları başarılı bir şekilde laparoskopik olarak tedavi edilebilir, fakat lezyonun lokalizasyonu açısından hasta seçiminde dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kist Hidatik Laparoskopisi

S 44

SILS İLE KOMBİNE LAPAROSKOPIK TOTAL HİSTEREKTOMİ, BİLATERAL SALPINGOOFEREKTOMİ, BURCH KOLPOSÜSPANSİYON: DÜNYADAKİ İLK OLGU

Ö. SÜRĞİT*, İ. İNEGÖL GÜMÜŞ**

* Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi

** Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Son yıllarda minimal invazif cerrahi yaklaşım tüm dünyada geniş kabul gören bir uygulama olmuştur. Sadece genel cerrahiye ilgilendiren prosedürlerde değil, diğer cerrahi alanlarda da sıklıkla uygulanmaktadır. Günümüzde cerrahi travmayı daha da azaltmak ve çok daha iyi kozmetik sonuçlar elde etmek için natural-orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) ve single-incision laparoscopic surgery (SILS) teknikleri üzerinde yoğun bir tartışma sürmektedir. Çünkü yapılan her insizyon kanama, insizyonel herni, organ yaralanması riskini beraberinde getirmekte ve morbidite oranı artmaktadır. Biz de dünyada ilk kez yapılmış olan tek port kombine laparoskopik total histerektomi, bilateral salpingooferektomi ve burch kolposüspansiyon olgusunu sunuyoruz. Olgu 49 yaşında, gravida 2, para 2, postmenapozal hasta vaginal kanama ve idrar kaçırma şikayeti ile kliniğimize kabul edildi. Ayrıntılı hikaye alındı, ürojinekolojik muayene ve Q-tip test yapıldı. Ultrasonografisinde intramural 30x30 ve 12x16 mm'lik 2 adet myom saptandı. Operasyon tekniği Hasta jinekolojik pozisyonda iken idar sondası ve uterin manipülatör yerleştirildi. Umblikus altından yapılan 2 cm'lik kesiden SILS port ve üzerindeki 3 giriş yerinden bir 10 mm'lik ve iki adet de 5 mm'lik trokarlar yerleştirildi. CO2 insüflasyonu yapıldı. Operasyonda standart laparoskopik el aletleri ve damarlar için 5 mm'lik ligasure damar kapama sistemi kullanıldı. Uterus, salpenks ve overler birlikte vagen yoluyla çıkarıldı. Vagen güdüğü standart portegü kullanılarak sütüre edildi. Sonrasında karın ön duvarından periton indirilerek preperitoneal bölgeye girildi. 3x2 cm boyutunda 2 adet polypropelen mesh kullanılarak mesane boynu, her iki tarafındaki paravaginal fasiadan cooper ligamentine asıldı. Periton karın ön duvarına sütüre edilerek preperitoneal bölge kapatıldı. Sonuç Hasta herhangi bir komplikasyon olmadan postoperatif 1. günde taburcu edildi.

S 45

SILS GERÇEKTEN FARKLI MI? SILS SPLENEKTOMİ İLE STANDARD 3 PORT SPLENEKTOMİNİN PROSPEKTİF RANDOMİZE KARŞILAŞTIRILMASI

U. BARBAROS*, B. KILIÇ*, A. SÜMER**, S. SARI***, O. GÖZKÜN*, N. KARAKULLUKÇU*, A. DİNÇÇAĞ*, R. SEVEN*, S. MERCAN*, D. BUDAK*

* İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

** Kaş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi

*** İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: 1991 de dünyada ilk laparoskopik splenektomi uygulandığında girişim 5 portla yapılmakta iken günümüzde bizim dünyada ilk kez uyguladığımız teknikte tek porta inmiştir. Her ne kadar biz tek insizyondan splenektominin yapılabilirliğini göstermiş olsak da, gerçekten yapılmalı mı sorusunu yanıtlamak için prospektif çalışma düzenledik. Standard 3 port splenektomi ile SILS (tek insizyondan splenektomi) prospektif randomize olarak karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntem: Şubat 2009 - Eylül 2009 tarihleri arasında (SILS) tek insizyondan laparoskopik splenektomi(n=10) ile standart 3 port laparoskopik splenektomi(n=12) uyguladığımız olguları prospektif randomize karşılaştırdık.

Bulgular: Çalışmada Şubat 2009 ile Eylül 2009 tarihleri arasında yapılmış olan tek insizyondan laparoskopik splenektomi ile Standard laparoskopik splenektomi olguları karşılaştırdık. Girişimler değerlendirildi. Demografik bulgular ve ameliyat tanıları (tüm hastalar immün trombositopenik olguları) iki grupta benzer idi. SILS grubunda 1 hastada açığa geçiş oldu. 1 hastada da ameliyat sonrası stapler hattından kanama olduğu için tekrar cerrahi girişim yapıldı. İki grup arasında anlamlı fark ameliyat süresinde (SILS grubunda daha uzun) ve ameliyat sonrası erken dönem ağrı(SILS grubunda daha az) skorlamasında saptandı. (p<0.05) SILS grubunda özellikle 1 ay sonraki kontrollerde port yeri değerlendirilmesinde daha kozmetik olduğu görüldü.(p<0.05)

Sonuç: Minimal invaziv cerrahi deneyimine sahip ellerde tek insizyondan laparoskopik splenektomi başarı ile uygulanabilir bir tekniktir. İki girişim arasındaki en önemli fark port sayısının azlığı, ve erken dönemde ameliyat sonrası ağrı skorlamasında saptandı. Daha geniş serilerde daha anlamlı sonuçlar bu konuda daha aydınlatıcı

olacak olmasına rağmen erken sonuç olarak iki tekniğin farklılıkları olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyon, Laparoskopi, Splenektomi

S 46

LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ SONUÇLARI

E. SÖZÜER, C. KÜÇÜK, A. AKCAN, T. ARTIŞ, B. ÖZ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Selim ve habis hematolojik hastalıklarda splenektomi endikasyonları son yirmi yılda genişletilmiştir. Hatta pek çok çalışma tarafından selim hematolojik hastalıkların tedavisinde laparoskopik splenektomi (LS) altın standart olarak gösterildi. Kliniğimizde, LS uygulanan vakalarla ilgili deneyimlerimizi paylaşmak istedik.

Yöntem: Çalışmamızda Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında çeşitli sebeplerle 77 hastaya LS yapılmıştır. Anterior yaklaşımda 4 trokar, lateral yaklaşımda ise 3 trokar kullanılmıştır.

Bulgular: Olguların 45 tanesi kadın, 32 tanesi erkek iken ortalama yaş 35 (aralık, 20-63) idi. Tanılar idiopatik trombositopenik purpura (ITP) (55 hasta), herediter sferesitoz (7 hasta), otoimmün hemolitik anemi (7 hasta), Hodgkin hastalığı (4 hasta), kist hidatik (3 hasta) ve konjestif splenomegali (2 hasta) idi. Ameliyat süresi ortalama 110±50 dakika olarak saptandı. Ameliyat tekniği olarak 47 hastada anterior yaklaşım, 30 lateral yaklaşım uygulandı. Kan kaybı miktarı ortalama 210±120 cc idi. Laparoskopik cerrahiden açık cerrahiye geçme zorunluluğu 5 hastada (%6.4) ortaya çıktı. Hastanede yatma süresi ortalama 2.7±1.5 gün idi. Postoperatif 5 hastada atelektazi (%6.49), 2 hastada iyatrojenik organ yaralanması (%2.5), 4 hastada plevral effüzyon (%5.1), 7 hastada kanama (%9) gibi komplikasyonlar meydana geldi. Erken ve geç post operatif mortalite olmadı.

Sonuç: Deneyimin artması ve daha işlevsel aletlerin kullanılması sonrası azalan ameliyat süresi ve konvansiyonel tekniğe geçiş oranı, daha az hastanede kalma süresi ve daha az ameliyat sonrası komplikasyon oranıyla hematolojik hastalıkların cerrahi tedavisinde LS hematolojik hastalıkların cerrahi tedavisinde etkin tedavi şekli olmuştur.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik dalak splenektomi

S 47

KRONİK ITP TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK SPLENEKTOMİ

M. GÜLER, İ. BAŞKONUŞ, MARALCAN, M. K. ÖZDOĞAN, A. BALIK, A. GÖKALP

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik splenektomi (LS) son yıllarda hematolojik hastalıkların cerrahi tedavisinde standart bir yöntem haline gelmiştir. Bu çalışmada merkezimizde medikal tedaviye dirençli kronik ITP tedavisi için yapılan LS sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Hastanesinde Kasım 2007–Temmuz 2009 tarihleri arasında medikal tedaviye dirençli ITP tanısı olan 21 hastaya LS uygulandı. Hastalardan 6'sı erkek, 15'i kadındı. Yaş aralığı 16–63, yaş ortalaması 33.4 idi. Dalak büyüklüğü uzun ekseninde 8–17 cm arasında değişiyordu. Tüm hastalara ameliyat öncesi pnömokok aşısı yapıldı. Ameliyat öncesi $50.000/mm^3$ altında trombosit sayısı olan 8 hastaya IV immün globulin uygulandı. Dalak sintigrafisi yapılabilen 9 hastada aksesuar dalağa ait bulgu saptanmadı. Tüm ameliyatlar modifiye lateral dekübit pozisyonda yapıldı. Diseksiyon için ultracision®, 3 mm'den geniş polar arterler için ligasure®, hilusun ayrılması için ise endovasküler stapler kullanıldı.

Bulgular: Açık cerrahiye dönüş gerektiren vaka olmadı. Splenik arterin kolaylıkla izole edilebildiği 7 hastada 0 no ipek intrakorporeal düğümle erken ligasyon uygulandı. Sintigrafi yapılamayan 12 hastanın 3'ünde eksplorasyonda aksesuar dalak saptandı ve çıkartıldı. Minimal düzeyde stapler yetmezliği gözlenen iki hastada kanama kontrolü endoklipele tamamlandı. Ameliyat süresi 50–165 dk. ortalama 94 dakikaydı. Ameliyat sonrası kan transfüzyonu gereken hasta olmadı. Bir hastada iki gün süren distansiyon, üç hastada trokar giriş yerlerinde ekimoz gözlemlendi. Majör komplikasyon olmadı. Trombosit sayısı 19 hastada (%90,5) ilk 24 saat içinde, bir hastada 9. gün, bir hastada ise 17. gün normal düzeye yükseldi.

Sonuç: Medikal tedaviye dirençli kronik ITP tedavisinde laparoskopik splenektomi etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Kronik ITP Laparoskopik splenektomi

S 48

LAPAROSKOPIK DONÖR NEFREKTOMİ: ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

İ. YAVAŞCAOĞLU, Y. KORDAN, H. S. DOĞAN, H. VURUŞKAN, B. OKTAY

Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD

Amaç: Laparoskopik donör nefrektomi ile elde edilen erken dönem sonuçlarımızın değerlendirilerek sunulması

Yöntem: Kliniğimizde Mart 2008 – Haziran 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilen 23 transperitoneal laparoskopik donör nefrektomi sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. 23 vakanın birine sağ diğerlerine sol nefrektomi uygulandı.

Bulgular: Hastaların 12'si kadın, 11'i erkek ve yaş ortalaması 55 ± 8.02 (40-73) idi. Tüm olgular başarıyla sonuçlandırılmış olup hiç açık operasyona geçilmemiştir. Ortalama ameliyat süresi 148.9 ± 40.5 dakika (90-240) ve ortalama takip süresi 6.8 ± 4.9 (1-15) aydır. Ortalama sıcak iskemi süresi 176.7 ± 58.2 (90-320) saniyedir. Ortalama postoperatif yatış süresi 2.9 ± 0.7 (2-4) gündür. Hiçbir vericide intraoperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmemiştir. Vericilerin preoperatif ortalama kreatinin kleransı 98.3 ± 10.8 ml/dk (80-122) iken ortalama postoperatif kreatinin kleransları 90.2 ± 10.6 ml/dk (64-112) olarak saptandı ($p < 0.001$).

Sonuç: LDN; ameliyat sonrası ağrı, hastanede yatış süresi, iyileşme süresi ve estetik sonuçlar gibi avantajları yanında, greft sağkalımında da açık cerrahi ile karşılaştırılabilir sonuçları olan etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Donör nefrektomi laparoskopik transplantasyon

S 49

GASTROÖZEFAJEAL REFLÜ HASTALIĞINDA (GÖRH) KLİNİK SPEKTRUMUN LAPAROSKOPIK ANTI-REFLÜ CERRAHİSİ (LARC) VE FONKSİYONEL SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ

N. ŞENGÜL*, T. TOYDEMİR**, M. Ali YERDEL**

* Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

** İstanbul Cerrahi Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç GÖRH noneroziv (NE), eroziv hastalık (E),

Barrett (B) gelişimi şeklinde geniş bir klinik spektruma sahiptir. Bu çalışmanın amacı GÖRH'da klinik spektrumun LARC ve fonksiyonel sonuçlar üzerine etkisini ortaya koymaktır

Hastalar-Metod Mart 2004-Temmuz 2009 yılları arasında LARC yapılan 981 hasta prospektif olarak değerlendirildi. Olgular NE (n=316), E (n=583) hastalık ve B gelişen olgular (n=82) olarak gruplandırıldı

Sonuçlar NE hastalıktan B gelişimine doğru hasta yaşı ve vücut kitle indeksi (VKİ) artmaktadır. (B;E;NE: yaş ortalamaları: 42.8, 39.9, 38.5; p=0.003/ VKİ: 26.2, 25.7, 24.8; p=0.002). Ortalama özefagus kontraksiyon basınçları(ÖKB) ve LES basınçları E ve B'de daha düşüktü. (B;E;NE: ÖKB: 38.5, 39.2, 45.5; p=0.0001/ LES: 10.3, 7.7, 10.3; p=0.0001). E ve B'de daha geniş hiatal herni mevcuttu. (Geniş herni : B;E;NE: % 46.7, % 40, %21.8; p=0.0001). Uygulanan antireflü girişim seçiminde (Nissen veya Toupet) gruplar arasında fark yoktu. Hiatal herni tamirinde greft uygulaması B ve E hastalıkta NE'ye göre daha fazla idi. (Greft: B;E;NE: % 69.5, % 69.4, %47.5; p=0.0001). Ortalama 32 aylık takipte (2-60 ay) 14 hastada disfaji nedeniyle 17 ikincil girişim uygulandı (11 revizyonel cerrahi ve 7 endoskopik dilatasyon). Olguların tümünde ilk operasyon tipi Nissen'di ve disfajiye sekonder ikincil girişim riski açısından anlamlıydı. Reflü nüksü 12 hastada gelişti. Postoperatif disfaji ve reflü nüksü açısından gruplar arasında fark yoktu Tartışma E hastalık NE'ye kıyasla daha fazla özefagus motilite bozukluğu ve geniş hiatal herni gibi karmaşık hastalık spektrumu ile beraberdır. Özefagus dismotilitesi müdahale gerektiren disfaji sıklığını artırmaktadır. Öte yandan etkin anti-reflü mekanizmanın uygun restorasyonu ile etkin sonuç almak mümkündür

Anahtar Kelimeler: Gastroözefageal Reflü Hastalığı Laparoskopik Anti-Refli Cerrahi Eroziv Hastalık Noneroziv Hastalık Barrett

S 50

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON YAPILAN 63 OLGU'NUN SONUÇLARI

E. SÖZÜER, C. KÜÇÜK, A. AKCAN, B. ÖZ, T. ARTIŞ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH)'nin tedavisinde Nissen fundoplikasyon tekniğinin laparoskopik olarak uygulanması ilk defa 1991'de

Belçikalı cerrah Dallemagne tarafından yapıldı. Bu tarihten sonra yöntem giderek popülerite kazandı ve pek çok klinikte rutin uygulanan bir teknik haline geldi. Kliniğimizde laparoskopik Nissen uygulanan vakalarla ilgili deneyimlerimizi paylaşmak istedik.

Yöntem: Anabilim Dalımız'da GÖRH nedeniyle laparoskopik Nissen fundoplikasyon yapılan hastalar retropektif olarak değerlendirildi

Bulgular: Hastaların demografik özellikleri, cerrahi endikasyonlar, post operatif erken ve geç komplikasyonlar, açık cerrahi işleme dönme oranı, operasyon süresi değerlendirildi. Hastaların yaş ortalaması 42 (28-75 yaş aralığı) olup 34 tanesi erkek, 29 tanesi kadın idi. İlaçlara rağmen ciddi reflü yakınmalarının düzelmemesi (28 hasta, %45), yaşam boyu medikal tedaviyi kabul etmemeleri (16 hasta, %25), medikal tedaviye rağmen reflü yinelemesinin olması (10 hasta, %16), proton pompa inhibitörleri kullanımının yan etkisinin olması (5 hasta, %8), uzun süre reflü sonucunda barret özofagus gelişmesi (4 hasta, %6) cerrahi endikasyonlar olarak saptandı. On beş hastaya aynı anda hiatus hernisi nedeniyle primer onarım yapıldı. Bir hastada özefagus yaralanması, 2 hastada cerrahi diseksiyon zorlukları nedeni ile toplam 3 hastada (%5) açığa geçildi. Post-operatif erken dönemde 1 hastada mide nekrozu gelişmesi, 1 hastada da kanama nedeniyle reoperasyon yapıldı. Operasyon süresi ortalama 100±30 dakika olup son 15 vakada ortalama 80±30 dakikaya gerilemiştir.

Sonuç: Kliniğimizde Nissen fundoplikasyonu başarı ile yapılmaktadır. Laparoskopik Nissen fundoplikasyon erken işlevsel sonuçlarda açık cerrahisi kadar etkin olup azalmış morbidite, mortalite, daha kısa hastanede kalma süresine ve iyileşme sürecine sahiptir. Olgu sayısı arttıkça, cerrahi deneyim ile sonuçlar daha iyi olacaktır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik nissen fundoplikasyon gastroözofageal reflü hastalığı

S 51

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU SIRASINDA ANTERİÖR VAGUS SİNİRİNİN HEPATİK DALININ KESİLMESİNİN SAFRA KESESİ FONKSİYONLARINA ETKİSİ

A. KUVVETLİ*, A. AKOVA*, B. ABAYLI, K. DAŞ*, S. ÖNEL*, Y. C. GÜLNERMAN*, M. R. PEKÇİCİ***, M. AYDIN*, M. ÖZDOĞAN***

* Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

** Çukurova Devlet Hastanesi Gastroenteroloji

*** Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu yapılırken anterior vagus sinirinin hepatic dalının kesilmesi ameliyatı teknik olarak kolaylaştırmaktadır. Buna karşın bu dalın korunması ya da kesilmesinin postoperatif safra kesesi fonksiyonları üzerine olan etkileri hakkında çok sınırlı bilgi mevcuttur. Bu çalışmanın amacı laparoskopik fundoplikasyon sırasında hepatic dalın kesilmesinin safra kesesi fonksiyonlarına olan etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak – Nisan 2009 tarihleri arasında Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gastroözofageal reflü hastalığı nedeniyle laparoskopik Nissen fundoplikasyonu yapılan 40 hasta çalışmaya alındı. Hastalar başvuru sıralarına göre randomize edilerek iki gruba ayrıldı. 1. grupta 20 hastada diseksiyon sırasında hepatic vagus dalı kesildi. 2. grupta hepatic dal korundu ve fundoplikasyon hepatic dalın proksimalinden gerçekleştirildi. Postoperatif 3. ay hastaların safra kesesi ejeksiyon fraksiyonları ve safra kesesi boşalma zamanları sintigrafik olarak, açlık safra kesesi hacimleri ise ultrasonografik olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hepatic dalın kesildiği 1. gruptan 17, korunduğu 2. gruptan ise 16 olmak üzere toplam 33 hasta takip edilebildi. Gruplar arasında demografik parametreler açısından ve ameliyat sonrası semptomlar arasında fark mevcut değildi. Her iki grupta açlık safra kesesi hacmi ve safra kesesi ejeksiyon fraksiyonu ölçümleri arasında farklılık saptanmadı. Buna karşılık, safra kesesi boşalma zamanı ölçümleri arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu (1. grupta 27.4 ± 12.3 , 2. grupta 18.9 ± 6.9 , $P=0.028$).

Sonuç: Anterior vagus sinirinin hepatic dalının korunması laparoskopik Nissen fundoplikasyonu yapılan hastalarda erken postoperatif dönemde safra kesesi boşalma zamanının kısalmasına yol açmaktadır. Bu bulgunun uzun dönemde safra kesesi sonuçları üzerindeki etkisi bilinmemektedir. Bu konuda daha geniş hasta sayılarını ve daha uzun süreli takip sürelerini içeren klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Nissen vagus hepatic dal safra kesesi laparoskopik

S 52

GASTRO-ÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞININ CERRAHİ TEDAVİSİNDE 125 ARDIŞIK LAPAROSKOPIK FLOPPY NİSSEN - ROSSETTI MODİFİKASYONU DENEYİMİMİZ

G. ÇITLAK, F. TUNCA, N. A. ŞAHBAZ, M. S. BOSTAN, H. BAKKALOĞLU, L. AVTAN

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: İ.Ü., İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi A.B.D. A Servisinde Gastro-özofageal reflü hastalığı (GÖRH) tanısıyla Floppy-Nissen, Rossetti modifikasyonu uygulanan hastalar prospektif olarak değerlendirildi.

Yöntem: Mayıs 2005- Haziran 2009 tarihleri arasında Floppy- Nissen Rossetti girişimi uygulanan 125 ardışık hastanın demografik özellikleri, ameliyat öncesi şikayetleri, endoskopi bulguları, De Meester skorları, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri, komplikasyonları ve sonuçları değerlendirildi. Tüm hastalar ameliyat öncesinde özofagogastroskopi, özofagus manometrisi ve 24 saatlik Ph monitörizasyon ile değerlendirildi. Hastalar ameliyat sonrası pH monitorizasyon (50, %40), semptom sorgulaması, ve ameliyat sonrası memnuniyet (Visick 1-5) skalası ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 39.4 ± 12.5 , hastaların 72(%57.6)'si kadın, 53(%42.4)'ü erkekti. Ortalama şikayet süresi 38.4 ± 28.6 aydı [rejürjitasyon (n=125) (%100), hearth burn 96(%76.8), solunumsal yakınmalar 30(%24)]. Ameliyat öncesi özofago-gastroskopik incelemede 86(%68.8) hastada özofajit, 37(%29.6) hastada özofajit + hiatal herni ve 2 (%1.6) hastada Barrett metaplazisi saptandı. Ortalama De Meester skoru 28 ± 7.2 olarak hesaplandı. Tüm hastalara Floppy-Nissen fundoplikasyonu, Rossetti modifikasyonu ameliyatı yapıldı. Ortalama ameliyat süresi 58 ± 24.4 dakika, hastanede kalış süresi 30.6 ± 6.3 saat olarak saptandı. Ortalama takip süresi 28.5 ± 11.4 ay olarak hesaplandı. Ameliyat sonrası 13(%10.4) hastada erken dönemde takılma hissi şeklinde disfaji yakınması oldu. 19(%15.2) hastada hava yutma ve postprandiyal dolgunluk şikayeti oldu ve 3. ayda spontan olarak geriledi. Visick memnuniyet değerlendirmesine göre 40(%32) hastada mükemmel, 82 hastada (%65.6) iyi, 3(%2.4) hastada ise orta derecede iyileşme saptandı.

Sonuç: GÖRH tanısıyla ameliyat edilen hastalarda kısa gastrik damarların rutin olarak ayrıştırılması ameliyat süresini uzatmakla birlikte kanama komplikasyonu riskini artırmaktadır.

Rossetti modifikasyonu Floppy- Nissen tekniği ile birleştirilerek uygulandığında Floppy-Nissen tekniğine benzer sonuçlar elde edilmektedir, uygulaması kolay, ameliyat süresi daha kısa ve komplikasyon oranları düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Gastroözofageal reflü hastalığı laparoskopik floppy nissen rossetti modifikasyonu

S 53

AKALAZYALI HASTALARDA LAPAROSKOPİK MODİFİYE HELLER KARDİOMYOTOMİ VE DOR FUNDOPLİKASYON DENEYİMİMİZ

N. A. ŞAHBAZ, F. TUNCA, H. BAKKALOĞLU, G. ÇITLAK, L. AVTAN, C. AVCİ

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Akalazyaya tanısıyla laparoskopik modifiye heller kardiyomyotomi ve dor fundoplikasyon uyguladığımız olgular retrospektif olarak değerlendirildi.

Gereç ve yöntem: İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D. A servisinde Ocak 2004-Ocak 2009 tarihleri arasında akalazyaya tanısıyla laparoskopik Modifiye Heller Kardiyomyotomi ve Dor Fundoplikasyon uyguladığımız 10 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların tamamına ameliyat öncesi dönemde üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve özofagus pasaj grafisi yapıldı. Hastalar ortalama ameliyat süresi, ortalama hastanede kalış süresi ve komplikasyon oranları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Yedisi kadın 10 hastaya akalazyaya tanısıyla laparoskopik modifiye heller kardiyomyotomi ve dor fundoplikasyon uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 53±14,4 idi. Ameliyat öncesi dönemde 8(%80) olguya endoskopik balon dilatasyon işlemi ve 1 (%10) olguya hem balon dilatasyon hem de botulinum toksini enjeksiyonu uygulanmıştı. Ortalama ameliyat süresi 62 ±17,6 dakika idi. İki(%20) olguda ameliyat esnasında özofagus mukoza perforasyonu meydana geldi, bu olgulardan biri laparoskopik olarak onarıldı. Bir (%10) olguda açığa dönüldü. Ameliyat sonrası erken dönemde komplikasyon olmadı. Ortalama hastanede kalış süresi 2,3 ± 0,6 gündü. Bir (%10) hastada geç dönemde trokar giriş yerinde kesi fibriği meydana geldi. Ortalama takip süresi 29,3±14,2 ay idi. Ameliyat sonrası dönemde hiç bir olguda disfaji ve semptomatik gastro-özofageal reflü yakınması olmadı.

Sonuç: Akalazyaya tedavisinde cerrahi myotomi etkili yöntemdir. Laparoskopik girişimlerin morbiditeyi azaltması akalazyaya tedavisinde cerrahi ilk tercih haline getirmiştir. Gastro-özofageal reflü riskini ve özofageal mikroperforasyonlar sonucu oluşabilecek komplikasyonları azaltması nedeniyle myotomiye anterior fundoplikasyon eklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: akalazyaya laparoskopik modifiye heller kardiyomyotomi dor fundoplikasyon

S 54

HİATAL HERNİNYE EŞLİK EDEN GÖRÜDE PERİFER HASTANEDEN TEK CERRAHİN DENEYİMİ

T. DEMİREL

Sehitkamil Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç-Yöntem: Mayıs 2007 ve Eylül 2009 tarihleri arasında iki farklı devlet hastanesinde aynı cerrah tarafından Laparoskopik Floppy Nissen ve Rozetti modifikasyonu girişimi uygulanan 21 hastanın demografik özellikleri, ameliyat öncesi şikayetleri, endoskopi bulguları, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri, komplikasyonları ve sonuçları değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 42.80±14.14 (22-78) ve 7'si kadın, 14'ü erkek (E/K: 2/1) olarak saptandı. Ortalama vücut kitle indeksleri (BMI) 24.94±3.23 (18-34.8) ve ortalama şikayet süreleri 7.6±4.79 (2-40) yıl olarak saptandı. Hastaların başlıca şikayetleri rejürjitasyon (n:21 %100) ve retrosternal yanma (n: 20 %95) idi. Ameliyat öncesi endoskopik değerlendirmede tüm hastalarda Hill Grade III-IV Hiatal Yetersizlik ve Sliding Tip Hiatal Herni saptandı (n:21 %100), Özofajit 8 (%38) hastada saptanırken Barret metaplazisi saptanmadı. Hastaların 17'sinde Standart Floppy Nissen uygulanırken kalan 4 hastaya Rozetti modifikasyonu uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 69.33±21.74 (35-134) dakikaydı. Ortalama hastanede kalış süresi 44.4±29.28 (1-6) saat olarak saptandı. Ortalama takip süresi 11,76 (1-29) ay olarak saptandı. Bir hastada gastrosplenik ligaman mobilizasyonu esnasında olan kanama nedeniyle laparotomi yapıldı ve ameliyat tamamlandı (n:1 % 4,7). Hastaların 3 tanesinde disfaji oldu (n:3 %14). İki tanesinde 2 ay civarında geriledi. Visick değerlendirme skoruna göre 17 hasta mükemmel (Visick I, n: 17 %81), 2 hastada iyi (Visick II, n: 2 %9,5) ve 2 hastada da (1 hasta standart, 1 hasta Rozetti modifikasyonu) semptom

ve şikayetlerde orta derecede gerileme saptandı (Visick II, n: 2 %9,5).

Sonuç: Anti-reflü cerrahi yapmaya yeni başlayan cerrahların hiatal hernisi olmayan ve vücut kitle indeksi 25 ve altında olan vakalarla başlamaları daha uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hiatal Herni Gastroözofageal Reflü Nissen Rozetti

S 55

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ HASTALIĞININ LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYONU İLE TEDAVİSİ: 124 HASTANIN ÖN SONUÇLARI

M. KAPLAN*, İ. KORUK**, S. GÜNAŞTI***, H. İ. İYİKÖŞKER****, H. C. YALÇIN****

* Medical Park Gaziantep Hastanesi, Genel Cerrahi

** Gaziantep Üniversitesi Gastroenteroloji

*** Medical Park Gaziantep Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon

**** Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi

Amaç: Gastroözofageal reflü hastalığının laparoskopik cerrahi ile tedavisi ülkemizde de gittikçe yaygınlaşmaktadır. Bu çalışmanın amacı laparoskopik Nissen fundoplikasyonu ile tedavi edilmiş 124 hastanın sonuçlarının değerlendirilmesi ve literatürdeki benzer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırılmasıdır.

Metod: Eylül 2007 ile Temmuz 2009 tarihleri arasında Medical Park Gaziantep Hastanesi ve Özel Hatem Hastanesi'ne başvurarak gastroözofageal reflü Hastalığı (GER) tanısı almış 124 hastaya Laparoskopik anti reflü cerrahisi uygulandı. Bir yıldan fazla bir süredir reflü şikayetleri olup daha fazla ilaç kullanmak istemeyen veya ilaç tedavisinin etkili olmadığı veya reflüye bağlı respiratuar ve diğer komplikasyonların geliştiği hastalara ameliyat endikasyonu kondu. Tüm Hastalara 360° floppy Nissen veya Nissen-Rosetti tipi fundoplikasyon uygulandı.

Sonuçlar: Tüm hastalarda ameliyatlar laparoskopik olarak tamamlandı. Hastaların 74'ü erkek (%59,6), 50'si kadın (%40,4), yaş ortalaması 43,68 ± 10,93 olan toplam 124 hasta çalışmaya alındı. Preoperatif tetkiklerde hastaların %41,93'ünde hiatal herni, %53,22'ünde değişik derecelerde reflü özofajit, %5,6'sında Barret özofagusu saptandı. Ortalama ameliyat süresi 86,29±17,86 dakika, ortalama hastane yatış süresi

1,14±0,4 idi. Mortalite olmadı. 13 (%10,48) hastada komplikasyon gelişti. Bunlardan 2 hastada subkutanöz amfizem, 1'inde atelektazi ve 7'sinde pnömotoraks saptandı. Plevra perforasyonları intrakorporeal sütürle onarıldı ve tüm hastalar konservatif tedavi ile düzeldi. Postoperatif dönemde ise 2 hastada gastroözofageal darlık nedeniyle başarıya sonuçlanan endoskopik balon dilatasyonları yapıldı. Bir hasta fundoplikasyonun hiyatusa migrasyonu nedeniyle 14 ay sonra yeniden opere edildi. Semptomlar 96 (%77,42) hastada tamamen, 21 (%16,93) hastada kısmen olmak üzere hastaların %94,35'inde düzeldi. 7 hastada ise semptomlar değişmedi.

Tartışma: Laparoskopik Nissen-Rosetti fundoplikasyonu gastroözofageal reflü semptomlarının düzeltilmesinde minimal invaziv cerrahinin tüm avantajları ile birlikte etkili ve güvenilir şekilde uygulanabilir.

S 56

SILS KOLESİSTEKTOMİDE ARTROSKOPİ KANÜLÜ VE TACKER İLE İKİ FARKLI TEKNİK

M. ERTEM*, V. ÖZBEN*, S. YILMAZ**, E. ÖZVERİ**

* İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

** Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Yirmi yılı aşan süreden beri uygulanan laparoskopik cerrahide gelişmiş ve tarif edilmiş tekniklere, belirlenmiş port giriş yerlerine ve sayılarına rağmen gelişen teknolojinin katkıları ile son zamanlarda tek insizyondan girilen ve birden fazla aletin aynı girişten kullanılmasını sağlayan yeni yöntemler kullanılmaya başlanmıştır. 'Single Insizional Laparoscopic Surgery (SILS)' tekniği ile gerçekleştirdiğimiz 23 kolesistektomi olgusunun sonuçlarını ve uyguladığımız teknikleri sunuyoruz. Yöntem: 10 Nisan-12 Ağustos 2009 tarihleri arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. ve Acıbadem Kozyatağı Hastanelerinde semptomatik kolelitiazis nedeni ile SILS kolesistektomi yaptığımız toplam 23 hasta çalışmaya dahil edildi. Ameliyatlar genel olarak literatürde tarif edilen şekilde uygulandı. Ancak literatürde daha önce tanımlanmayan iki teknik uygulandı; küçük çaplı artroskopi kanülleri ile karına giriş tekniği (19 hasta) ve 'tacker' ile kese fundusunu karın duvarına asmaya olanak sağlayan 'tack tekniği'(5 hasta).

Bulgular: Olguların tümü kadın olup yaş ortalamaları 34 ve BMI<30 kg/m2 idi. İlk 2 olguda trokarlar birbirleri ile çakıştığından diğer olgularda iki adet 5 mm'lik artroskopi trokarları ve bir adet 5

mm'lik standart laparoskopik trokarı kullanıldı. İlk 5 olguda, kese fundusu 10. kostanın altında midklavikular hattın kesişme noktasından, daha sonraki olgularda ise 8. veya 9. interkostal aralıktan yerleştirilen atravmatik sütün materyali ile asıldı. Son 5 olguda Pro-tact ile kese fundusu batin ön duvarına tespit edildi. Ameliyat süresi ortalama 46 dk. olarak bulundu. Hiçbir olguda farklı bir insizyon yapılmadı ve açığa dönülmedi. Hastalar ameliyat sonrası 4 saat içinde mobilize edildi, 6 saat içinde sıvı gıda başlandı ve 18 saat içinde taburcu edildi. Komplikasyon görülmedi.

Sonuç: SILS tekniğine bağlı teknik zorluklar basit modifikasyonlar ile aşılabılır.

Anahtar Kelimeler: SILS kolesistektomi artroskopik kanülü tacker teknik

S 57

TEK İNSİZYONDAN YAPILAN LAPAROSKOPİK CERRAHİ (SILS). İLK DENEYİMLERİMİZ

N. YAVUZ*, S. TEKSÖZ*, E. HATİPOĞLU*, S. ERGÜNEY*, O. B. TORTUM*, T. YILDIRIM**, S. ÖZKAN**, B. ÖZVEREN***

* İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
** Acıbadem Kadıköy Hastanesi Genel Cerrahi
*** Acıbadem Kadıköy Hastanesi Üroloji

Giriş: Laparoskopik cerrahi uygulandığı ilk günden itibaren teknolojik gelişmelere paralel olarak hızlı bir değişim göstermektedir. Son yıllarda insizyonsuz cerrahi amacıyla laparoskopik cerrahide yapılan gelişmelerden biri de, tek portla yapılan laparoskopik cerrahidir. Çalışmamızda tek insizyondan laparoskopik cerrahi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Tek insizyonla laparoskopik cerrahi tek port(SILS port) ile rotasyon ve artikülasyon yapabilen el aletleri kullanılarak yapılır. Serimizde tüm olgular SILS port (COVIDIEN®) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Göbeğe SILS port yerleştirilerek pnömoperitoneum oluşturulur. Uygulanacak olan ameliyata göre hastalara uygun pozisyon verilip, gerekli el aletleri kullanılarak işlem gerçekleştirilir. İşlem gerçekleştirildikten sonra varsa piyes endobag içerisine konularak SILS portla birlikte göbekten dışarıya çıkarılır. Fasya 1 no polipropilen ile kapatıldıktan sonra cilt insizyonu 4/0 absorbl sütün ile dikilir.

Bulgular: SILS yöntemiyle 24 olgu ameliyat edildi. Olguların 19'u kadın,5'i erkekti. Ort. yaş 37.75 (16-61)idi. 18 olguya kolesistektomi, 3 olguya apendektomi ,bir olguya Nissen fundoplikasyonu

ve iki olguya da böbrek kisti eksizyonu yapıldı. Ort. ameliyat süresi kolesistektomi için 50.5 dk (25-90), apendektomi için 40 dk(30-45), Nissen fundoplikasyonu için 120 dk ve böbrek kisti eksizyonu için 35 dk(25-45) idi. Bir olguda perop. komplikasyon görüldü. Hastanede kalış süresi tüm olgular için 1.05 (1-2) gündü. Mortalite görülmedi.

Sonuç: Tek insizyondan laparoskopik cerrahi göbekten ulaşılabilen tüm karın içi organ patolojilerinde uygulanabilir.Minimal invaziv cerrahinin birçok avantajının yanı sıra skarsız cerrahi olması nedeniyle özellikle kozmetik açıdan üstün bir yöntemdir.

S 58

TEK KESİDEN İKİ PORT İLE LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

C. VATANSEV*, İ. ECE*, H. YILMAZ**, A. TEKİN*, M. ERİKOĞLU*, G. ŞİMŞEK*

* S. Ü. Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
** Özel BSK Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi 90'lı yılların başından itibaren safra kesesi taşlarına yönelik cerrahide altın standart haline gelmiştir, 2000'li yıllarla birlikte tek kesiden laparoskopik cerrahi (SILS) minimal invaziv cerrahide yeni bir adım olmuştur. Çalışmamızda tek kesiden sadece iki port kullanarak yaptığımız çeşitli karın içi organlara yönelik laparoskopik girişimlerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: S.Ü.M. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde Şubat-Eylül 2009 arasında ameliyat edilen 42 hastadan oluşan çalışmamızda transumbilikal yapılan cilt kesisi çamaşır penleriyle yükseltilerek 10 mm'lik trokar karın içine girildi. 5 mm'lik trokar aynı kesiden CO2 kaçağını engellemek için farklı bir fasyal defekt oluşturularak girildi. Safra kesesi fundusundan ve hartman poşundan iki adet 2/0 prolen sütünle karın duvarına asılarak Calot üçgeni ortaya kondu. Standart kolesistektomiye benzer şekilde kolesistektomi yapıp safra kesesi göbekten dışarı çıkarıldı. İmmun trombositopenik purpura tanısı alan ve endokrinoloji tarafından operasyon önerilen, radyolojik olarak aksesuar dalağı olmayan 3 hastada damar mühürleme cihazı ve traksiyon-askı sütünü yardımıyla splenektomi yapıldı. Akut apendisit tanısı konulan 5 hastada da benzer şekilde apendiks karın duvarına asılıp apendektomi yapıldı. Bulgular: 34 hastada kolesistektomi, 5 hastada apendektomi, 3 hastada ise splenektomi uygulandı. Hastaların ortalama

yaşı 44(17-76) idi. Hiç bir hastada konvansiyonel laparoskopiyeye dönmeye ihtiyaç olmamıştır. Ortalama operasyon süresi 50(35-190) dakika olup önemsenmeyecek düzeyde kan kaybı olmadı. Hastanede kalma süresi ortalama 28(18-120) saat olarak saptandı. Kolesistektomi yapılan bir hastada düşük debili safra kaçağı oluştu göbek sütürü alınarak konulan dren ile tedavi edildi.

Sonuç: çalışmamızda standart laparoskopiyeye benzer operasyon süresi ve komplikasyon oranları elde edilirken ağrı ve estetik açıdan daha tatminkar sonuçlara ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Transumbilikal tek kesi çift port laparoskopik cerrahi

Tek kesi çift portla gerçekleştirilen operasyonların dağılımı

Yapılan Operasyon	Yaş	Cinsiyet	Vücut kitle indeksi	Ortalama operasyon süresi (Dk)
Kolesistektomi	48 (21-76)	26/8	28 (22-34)	47 (35-190)
Apendektomi	22 (17-25)	1/4	26 (24-30)	62 (45-100)
Splenektomi	34 (30-39)	3/0	27 (22-32)	60 (45-75)

S 59

TEK VS İKİ VS ÜÇ VS DÖRT KESİLİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ: PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

M. MORAN, E. GÜNDOĞDU, C. İ. BİLGİÇ, A. E. AKGÜN, H. DİZEN, M. M. ÖZMEN

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Genel Cerrahi

Amaç Minimal invaziv cerrahi girişimler giderek yaygınlaşmakta ve sınırlar zorlanmaktadır. Bu çalışmada amaç laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastaları trokar sayılarına göre karşılaştırmaktır.

Hastalar ve Yöntemler Kliniğimizde taşlı kolesistit tanısı ile opere edilerek ardışık 40 hasta dört gruba ayrılarak tek kesi (single incision=SI), iki trokar, 3 trokar ve 4 trokar laparoskopik kolesistektomi uygulanarak sonuçlar karşılaştırıldı. Hastaların 33(%83)'ü kadındı ve ortalama yaş 46(20-69) olarak saptandı. Tüm hastalarda operasyon laparoskopik olarak tamamlandı ve operasyon sırasında major komplikasyon gelişmedi. SI göbek altına uygulanan yaklaşık 2,5 cm'lik insizyonla gerçekleştirildi. Olguların ikisinde bu amaçla üretilen port ve açılanabilir el aletleri kullanılırken diğerlerinde konvansiyonel düz aletler ve standart trokarlar kullanıldı. İki trokar kolesistektomide göbek altı kamera trokarına ek

olarak xyphoid altına yerleştirilen trokar ile işlem gerçekleştirildi. Bulgular Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktu. Operasyon süresi açısından değerlendirildiğinde SI'de ortalama operasyon süresi 45(25-65) dakika, 2 trokar kolesistektomide 35(20-50) dakika, 3 trokar kolesistektomide 25(15-55) dakika ve 4 trokar kolesistektomide ise 20(15-50) dakika olarak saptandı. Hastaların operasyon sonrasında ortalama hastanede kalış süresi 1.5(1-6) gün olup gruplar arasında fark gözlenmedi. Postoperatif SI uygulanan bir hastada safra fistülü gelişti ve takiple 4 gün sonunda düzeldi. Hastalara operasyon açısından memnuniyet anketi uygulandığında özellikle az kesi ile opere edilen hastaların özellikle kozmetik açıdan yüksek memnuniyet seviyesi gösterdikleri saptandı. Yorum Sonuç olarak kolesistektomi deneyimli cerrahi ekipler tarafından gerçekleştirildiğinde daha az sayıda kesi, daha kısa hastanede kalış ve daha yüksek hasta memnuniyeti ile güvenle ve kabul edilebilir operasyon süreleri nedeniyle tercih edilebilecek bir uygulamadır.

S 60

TEK İNSİZYONDAN LAPAROSKOPİK CERRAHİ (TİLC) DENEYİMLERİMİZ

U. BARBAROS, F. TUNCA, O. BİLGE, K. SERİN, S. SARI, O. GÖZKÜN, N. KARAKULLUKÇU, L. AVTAN, A. DİNÇÇAĞ, R. SEVEN, S. MERCAN, C. AVCI

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç Laparoskopik cerrahların çoğu insizyon morbiditesini azaltmak ve daha iyi kozmetik sonuç elde etmek amacı ile port sayılarını ve çaplarını azaltmak için girişimlerde bulunmuşlardır. Tek insizyondan laparoskopik cerrahi yeni bir uygulamadır. Biz burada tek insizyondan laparoskopik cerrahi deneyimimizi sunmak istedik. **Gereç ve Yöntem** Ocak 2009 - Haziran 2009 tarihleri arasında tek insizyondan laparoskopik cerrahi uygulanan 31 hastanın verileri prospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular Çalışmada Ocak 2009 ile Eylül 2009 tarihleri arasında yapılmış olan tek insizyondan laparoskopik cerrahi girişimler değerlendirildi. On olguya splenektomi, 16 olguya kolesistektomi, 3 olguya apendektomi, 1 olguya distal pankreatosplenektomi, 1 olguya transperitoenal adrenalektomi ve 1 olguya da karaciğer rezeksiyonu ameliyatı uygulandı. Serimizdeki dalak, pankreas ve karaciğer olguları dünyada tek

insizyondan laparoskopik olarak yapılan ilk olgulardı. Bir splenektomi olgusunda açığa geçildi. Diğer hiçbir olguda açığa geçiş olmadı. Hiçbir olguda ameliyat sonrası erken dönemde mortalite görülmedi.

Sonuç Minimal invaziv cerrahi deneyimine sahip ellerde tek insizyondan laparoskopik cerrahi zor olgular dahil çoğu girişimlerde başarı ile uygulanabilir bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyon, Laparoskopi, Cerrahi

S 61

TEK İNSİZYONLU TRANSMİBLİKAL LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE ERKEN SONUÇLARIMIZ

U. DEVECİ*, M. MANUKYAN*, A. KEBUDİ*, M. OLTULU*, A. MİDİ**, R. ÇUBUK***

* Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji

*** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji

GİRİŞ Minimal invaziv cerrahi teknolojisindeki ilerlemeler laparoskopik kolesistektominin tek insizyon ile uygulanabilmesine imkan sağlamıştır. Bu çalışmada kliniğimizde uygulanan tek insizyonlu transmişkal laparoskopik (SILS) kolesistektomi vakaları sunulmuştur.

MATERYAL – METOD Nisan 2009 - Eylül 2009 arasında kliniğimize başvuran ve kolesistektomi kararı alınan 13 hasta bu çalışmaya alındı. Hastalardan 11'i kronik kolelityazis, 2'si akut kolesistit tanısı almıştı. Hastalarda intraumblikal 1,5 cmlik cilt ve 2 cmlik fasya kesisi uygulanarak SILS kiti yerleştirildi ve 14 mmHg basınçlı pnömoperitoneum oluşturuldu. Ameliyatta artikülasyonlu cihazlar ve 5 mmlik 30 derece videoskop kullanıldı. Fasya polipropilen dikişlerle onarıldı, cilt subkutan suture kapatıldı. 2 kronik kolelityazisli hastada yapışıklık nedeniyle 2 port daha açılarak konvansiyonel laparoskopik kolesistektomiye geçildi. Hastalar ameliyat süresi, hastanede kalış süresi ve ağrı skoru açısından incelendi. Hesaplamalarda SPSS 12.0 programı kullanıldı.

BULGULAR Hastaların vücut kitle indeksi (VKİ), şikayet süresi ve akut ataklar geçirip geçirmemesine bakılmaksızın laparoskopi kontrindikasyonu olmayanlar, rastlantısal olarak çalışma grubuna dahil edildi. Hastaların 10'u kadın, 3'ü erkekti. Ortalama yaş 45,69(25-68)±12,86, ortalama VKİ 31,46(24-38)±3,77 idi.

Anestezi skoru 1,38(1-2)±0,5 idi. Ortalama ameliyat süresi 99,61(60-180)±42,74 dakika idi. Uzun ameliyat süreleri öğrenme eğrisinin başına rastlamaktaydı. Son olgularda 1 saatlik kabullenilebilir süreye ulaşıldı. Kronik kolelityazisi olan 2 hastada yaygın yapışıklıklar nedeni ile 3 portlu laparoskopik kolesistektomiye geçildi. Ortalama hastanede kalış süresi 1,15(1-2)±0,37 gün, ağrı skoru 2,76(1-6)±1,3 idi. Hastaların 3,07(1-5)±1,55 aylık takibinde sorunla karşılaşmadı.

SONUÇ SILS kolesistektomi, laparoskopik ameliyatların tüm avantajlarını taşımasının yanında mükemmel kozmetik sonuçların sağlanması, hasta memnuniyetini artırmaktadır. Laparoskopide deneyimli cerrahlarca yapıldığında, konvansiyonel laparoskopik kolesistektomi kadar etkin, güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir.

Anahtar Kelimeler: SILS, laparoskopi, kolesistektomi

S 62

SILS (TEK İNSİZYONLU LAPAROSKOPİK CERRAHİ) KOLESİSTEKTOMİ İLE 3 PORT LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

U. DEVECİ*, M. MANUKYAN*, A. KEBUDİ*, A. MİDİ*, S. ŞİMŞEK**

* Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon AD

GİRİŞ Laparoskopi, günümüzde tek insizyonla uygulanabilir hale gelmiştir. Bu prospektif çalışmada uyguladığımız SILS kolesistektomi olgularıyla, 3 port laparoskopik kolesistektomi olgularını karşılaştırdık.

MATERYAL – METOD Nisan 2009 - Eylül 2009 arasında kliniğimizde kolesistektomi kararı alınan 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 13'üne SILS kolesistektomi (Grup1), 17'sine 3 port laparoskopik kolesistektomi (Grup2) denendi. Grup1'deki hastaların 11'i kronik kolelityazis, 2'si akut kolesistit, Grup2'deki hastaların 14'ü kronik kolelityazis, 3'ü akut kolesistit tanısı almıştı. Grup1'de intraumblikal 1,5 cmlik cilt kesisi ve 2 cmlik fasya kesisi uygulanarak SILS kiti yerleştirildi. Grup 2'de göbek üzerinden veress iğnesi ile 14 mmHg pnömoperiton oluşturuldu. Grup2'de göbek içi 10 mm, epigastrik 10 mm ve sağ subkostal 5 mmlik 3 port kullanıldı. Gruplar ameliyat süresi, kalış süresi, ağrı skoru ve

komplikasyon açısından karşılaştırıldı. Hesaplamalarda SPSS 12.0 programı kullanıldı.

BULGULAR Gruplar yaş, vücut kitle indeksi, ve anestezi skoru açısından homojendi. Grup1'de ameliyat süresi daha uzundu ($p<0,05$). Grup1'de 2 hastada yapışıklık nedeni ile 3 port laparoskopiyeye geçildi. Grup 2'de 1 hastada yapışıklık, 2 hastada yeterli disseksiyon sağlanamaması nedeni ile 4 portlu laparoskopiyeye geçildi. Grup2'de 2 hastada port yeri infeksiyonu gelişti, pansuman ve antibiyotik tedavisi ile iyileşti. Grupların hastanede kalış süresinde farklılık saptanmadı ($p>0,05$). Ağrı skoru her iki grupta aynıydı ($p>0,05$). Hastaların 3,03(1-5) \pm 1,40 aylık takibinde sorunla karşılaşmadı.

SONUÇ SILS kolesistektominin, konvansiyonel laparoskopiyeye olan en büyük üstünlüğü kozmetik başarısıdır. Uzun ameliyat süresi olgu sayısı arttıkça kabullenilebilir seviyeye ulaşmaktadır. SILS kolesistektomi, tecrübeli laparoskopik cerrahlar tarafından yapıldığında güvenli, uygulanabilir ve etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: SILS Laparoskopi Kolesistektomi

Grupların Demografik Özellikleri

	Grup 1(n=13)	Grup 2 (n=17)	p
Yaş	45,69 (25-68) \pm 12,86	46,05 (29-67) \pm 11,65	>0,05
Cinsiyet	10 K, 3 E	13 K, 4 E	>0,05
Vücut kitle indeksi	31,46 (24-38) \pm 3,77	28,52 (23-36) \pm 3,78	>0,05
Anestezi skoru	1,38 (1-2) \pm 0,5	1,35 (1-3) \pm 0,6	>0,05

Gruplar arası karşılaştırmalar

	Grup 1	Grup 2	p
Ameliyat süresi (dk)	99,61(60-180) \pm 42,74	47,35(30-70) \pm 10,17	<0,001
Hastanede kalış süresi (gün)	1,15(1-2) \pm 0,37	1,17(1-2) \pm 0,39	>0,05
Ağrı skoru	2,75 (1-6) \pm 1,3	2,88 (1-6) \pm 1,49	>0,05
Komplikasyon	Yok	2 yara infeksiyonu	>0,05
Başarı oranı	%84	%82	>0,05
Takip (ay)	3,07 (1-5) \pm 1,55	3 (1-5) \pm 1,32	-

V 1

INTRALÜMİNAL SUBMUKOZAL MİDE TÜMÖRÜNÜN LAPAROSKOPIK TRANSGASTRİK WEDGE REZEKSİYONU: EVERSİYON METODU

M. KAPLAN*, M. ERTÜRK**, H. İ. İYİKÖŞKER***, H. C. YALÇIN***, G. SÖĞÜTLÜ*, S. GÜNAŞTI****

* Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi
** Gaziantep Amerikan Hastanesi Gastroenteroloji
*** Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
**** Medical Park Gaziantep Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon

Midenin submukozal tümörlerinin cerrahi tedavisinde birçok yöntem uygulanmaktadır. Ancak son yıllarda laparoskopik wedge rezeksiyon tercih edilen tedavi seçeneklerinden biri olmaya başlamıştır. Tanısal endoskopinin yaygın kullanılmaya başlanmasıyla beraber daha çok sayıda submukozal mide tümörleri saptanmaktadır ve buna paralel olarak da laparoskopik wedge rezeksiyonlar da daha sık yapılmaya başlanmıştır. Midenin submukozal tümörlerinde laparoskopik wedge rezeksiyon tekniğini tarif eden birçok makale yayımlanmıştır. Bunların çoğu midenin arka duvarı ve özofagogastrik bileşkeye yerleşen tümörlerle ilgili tekniklerdir. Midenin ön duvarından orijin alan ve özellikle ekstralüminal yerleşimli tümörlerin wedge rezeksiyonu genellikle kolay bir girişim olarak kabul edilmektedir. Ancak eğer tümör intralüminal ise ve büyükse normal mide duvarının geniş bir kısmı çıkarılacak olduğundan mide lümeni daraltılmadan rezeksiyonun yapılması oldukça zor olabilmektedir. Bu video sunumunda; büyük bir intralüminal submukozal mide tümörünün eversiyon metodu kullanılarak ve rezidüel mide kapasitesinin yeterli oranda korunduğu başarılı bir laparoskopik wedge rezeksiyon tekniği gösterilmektedir. Burada sunulan vakanın postoperatif patolojik tanısının primer gastrik lenfoma olarak rapor edilmesi de vakaya ayrı bir özellik kazandırmaktadır. Primer mide lenfoması nadir rastlanan ve bazen tanı konması güç olan submukozal kitle şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Vakamız, birkaç endoskopik biyopsi girişiminin tanı koymada yetersiz kalması üzerine yapılan laparoskopik wedge rezeksiyon ile primer gastrik lenfoma tanısı başarılı olarak konmuş bir hasta örneğidir. Submukozal mide tümörlerinin laparoskopik rezeksiyonu kesin histolojik tanı ve tedavi için doğru, güvenilir ve minimal invazif bir yöntemdir ve açık cerrahinin alternatifi olarak kabul edilebilir.

Anahtar Kelimeler: gastrik submukozal tümör laparoskopik wedge rezeksiyon

V 2

TEK İNSİZYON VE TEK BİR PORTTAN LAPAROSKOPIK TRANSPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ

İ. YAVAŞCAOĞLU, Y. KORDAN

Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji AD

Amaç: Adrenal kitlelerin tedavisinde minimal invazif bir tedavi seçeneği olarak literatürde az sayıda olan tek insizyon ve tek bir porttan yapılan laparoskopik transabdominal adenalektomi operasyonu deneyimimizin sunulması

Yöntem: 43 yaşındaki erkek hasta alt üriner sistem semptomları nedeniyle üroloji polikliniğinde tetkik edilirken yapılan abdominal ultrasonografide sol sürrenal lojunda 45 x 48 milimetre boyutunda heterojen hipoekoik kitle görünümü saptandı. Hastaya yapılan sürrenal manyetik rezonans görüntülemesinde sol sürrenal glandta 50x40x30 milimetre boyutlarında ovoid yapıda T1 sekansta karaciğer parankimine göre izo/hipointens T2 sekansta heterojen hipo/hiperintens; kimyasal shift substrasyonu sekansında hipointens lezyon (+) saptanarak oluşum non-adenomatöz lezyon olarak değerlendirildi. Yapılan endokrin değerlendirmede lezyonun hormon inaktif olduğu saptanarak hastaya Haziran 2009 tarihinde tek insizyon ve tek porttan laparoskopik transabdominal adenalektomi uygulandı.

Bulgular: Olguda açık cerrahiye geçiş gerekmesizin operasyon komplikasyonsuz olarak 120 dakikada tamamlandı. Kan kaybı 50 ml olarak ölçüldü. Postoperatif dönemi sorunsuz olan hasta postoperatif 2. gün taburcu edildi. Spesimenin patolojik inceleme sonucu onkositoma olarak bildirildi.

Sonuç: Tek insizyondan tek portla laparoskopik transperitoneal adenalektomi seçilmiş adrenal kitleli olguların cerrahi tedavisinde konvansiyonel yöntemlere göre daha az invazif olması ve kozmetik avantajları ile tedavi seçenekleri arasında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal kitle adenalektomi laparoskopik tek port tek insizyon

V 3

LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ DENEYİMİMİZ

E. AYGUN, O. ÖNER, E. TULUBAS, H. ALİS, A. TURHAN, S. BOZKURT, S. KAPAN

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Giriş: Laparoskopik distal pankreatektomi açığa dönme oranı yüksek olmasına rağmen kullanışlı ve güvenilir bir cerrahi prosedür olarak tanımlanmaktadır. Sunumuzda ilk laparoskopik distal pankreatektomi deneyimimizi paylaşmayı amaçlamaktayız.

Metod: 46 yaşında bayan hasta karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan tetkiklerinde pankreasın korpus kuyruk bileşkesindeki 3x 2.5 cm ebadındaki kistik komponentli kitlede radyolojik olarak pseudokist ile kist içerikli tümör ayırıcı tanısı radyolojik olarak koyulamayan olguda distal pankreatektomiye karar verildi. Olguya 4 port ile laparoskopik distal pankreatektomi ameliyatı uygulanmıştır. Ameliyat laparoskopik olarak sonuçlandı, olgu ameliyat sonrası 5. Gün taburcu edildi.

Tartışma: Laparoskopik distal pankreatektomi ameliyatının seçilmiş olgularda güvenle uygulanabilir bir prosedür olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Distal pankreatektomi laparaskopi

V 4

BESLENME JEJUNOSTOMİ TÜPÜNE AİT NADİR BİR KOMPLİKASYON: BAĞIRSAK LÜMENİNE MİGRASYON

V. ÖZBEN, O. B. TORTUM, A. KARATAŞ, D. ATASOY

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Beslenme amaçlı tüp jejunostomi işlemi yapılan ve takiplerinde bağırsak lümenine tüp migrasyonu komplikasyonu gelişen bir olguda kolonoskopi yardımı ile jejunostomi tüpü çıkarılması işlemi literatür eşliğinde sunuldu.

Yöntem: Vakanın klinik, radyolojik, endoskopik bulguları ile kolonoskopi işleminin ayrıntıları ve işlem sonrası takibi değerlendirilmiştir.

Bulgular: İnoperabl mide tümörü nedeni ile laparaskopi yardımı ile Stamm jejunostomi (28 F Pezzer tüp) işlemi uygulanan 65 yaşında erkek hasta iki ay sonra jejunostomi tüpünün kaybolması

ve sağ alt kadrın ağrısı nedeni ile başvurdu. Fizik muayenede jejunostomi tüpü yerinde olmayan hastanın akut karın bulguları saptanmadı. Pasaj grafisinde jejunostomi traktının patent olduğu ve karın bilgisayarlı tomografide de tüpün distal ileumda lümen içerisinde olduğu izlendi. Traktan yeni bir beslenme tüpü takılarak enteral nutrisyon desteğine devam edildi. Kontrol direkt grafilerde tüpün lümen içerisindeki migrasyonu takip edildi. Dokuzuncu günde çekilen karın BT'de tüpün sağ kolonda olduğunun görülmesi nedeni ile kolonoskopi ile çıkarılmasına karar verildi. On sekizinci günde yapılan kolonoskopide tüpün sağ kolonda kink yaptığı tespit edilmesi üzerine tüp endoskopi yardımı ile transvers kolona doğru geçirilebildi. Hasta işlemden 22 saat sonra tüpü spontan olarak defekasyon ile birlikte çıkardı. Hastanın 4 aylık takibinde komplikasyon görülmedi.

Sonuç: Bağırsak lümeni içerisine jejunostomi tüpü migrasyonu çok nadir görülmekle birlikte bu tür hastalarda akut karın bulguları yok ise cerrahi girişim için acele edilmemelidir. Radyolojik görüntüleme ile tüp migrasyonu takip edilmeli ve kolonoskopik girişimler ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Jejunostomi tüpü migrasyon kolonoskopi

V 5

YENİ BİR ENDOSKOPİK REZEKSİYON TEKNİĞİ: ÇEK VE KES

H. ALIŞ, O. ÖNER, S. BOZKURT, A. TURHAN, E. TULUBAS, M. KARABULUT, S. KAPAN, E. AYGUN

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Gastrointestinal sistemin Erken evre kanserlerinde Endoskopik Mukozal - Submukozal Rezeksiyon (EMR ESR) konvansiyonel - laparoskopik cerrahi girişimlere alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Gerçekte de ilk bulgular, erken evre kanserlerin tedavisinde EMR -ESR nin kullanımının uzun dönem sonuçlarının klasik cerrahi yaklaşımlarla karşılaştırılabilir olduğunu göstermektedir. Endoskopik rezeksiyonlar teknik olarak, band yardımcı veya submukozal alana yapılan enjeksiyon materyallerinin yardımı ile endoskopik disektörler kullanılarak yapılmaktadır. Ancak her iki yöntemde teknik, süre ve maliyet açısından dezavantajları mevcuttur. Biz bu video sunumundaingilizce literatürde daha önceden

örneğini bulamadığımız ve bu nedenle ilk olarak yapıldığını düşündüğümüz çek ve kes yöntemini sunmak ve tartışmak istiyoruz. Bu yöntemde özellikle midenin mukoza ve submukozal dokusunun kalın ve mobil olmasından yararlanarak, çift kanallı endoskopun her iki kanalından uzun ağızlı bir forceps ve snare kullanarak hedef doku çıkarılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: EMR ESR Endoskopi Erken evre kanser Çek-kes

V 6

PROBLEMLİ KOLEDOK TAŞLARINDA RİJİT SKOP İLE LAPAROSKOPİK KOLEDOK EKSPLOASYONU

A. TEKİN, Z. ÖGETMAN

IMC Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kolesistektominin minimal invaziv yöntem olarak açık kolesistektominin yerini almasını takiben koledok taşlarının endoskopik sfinkteretomi yöntemi ile tedavisinde devrim yaşanmıştır. Bu çalışmada endoskopik yöntemle taş ekstraksiyonunun başarısız olduğu olgularda yeni bir laparoskopik koledok eksplorasyon tekniği sunulmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2006'den itibaren endoskopik sfinkteretomi yöntemi ile taş ekstraksiyonunun başarısız olduğu 10 hasta (7 preoperatif 3 perioperatif) ve 2.3 cm impakte taş olan bir hasta olmak üzere toplam 11 hastaya rijit skop (24-Fr nefroskop) ile laparoskopik koledok eksplorasyonu yapıldı. Beş hastada tek taş, 6 hasta da ise multiple taş mevcuttu. Taşların çapı 12 mm ile 29 mm arasında olup ortalaması 16.7 ±3.8 mm olarak belirlendi.

Bulgular: Papilla tüm hastalarda balon ile dilate edildi. İki hastada taş fragmente etmek için pnömatik lithotripter kullanıldı. Diğer hastalarda rijit grasping forseps ile taşlar fragmente edilerek duodenuma itildi. İşlem tüm hastalarda başarılı olarak tamamlandı. Koledokun taşlardan temizlenmesini takiben koledok 8 hastada primer olarak kapatıldı. Perioperatif antegrad sfinkteretomi teşebbüsü esnasında mikroporasyon gelişen bir hasta da ise koledok T tüpü üzerinde kapatıldı. Ortalama ameliyat süresi 124 ±26.7 dk (dağılım 84-165 dk) ve ortalama yatış süresi 4 ±1.7 gün (dağılım 3-7 gün) olarak belirlendi.

Sonuç: Preoperatif veya intraoperatif endoskopik sfinkteretomi tekniğinin başarısız olduğu, özellikle büyük taş olan hastalarda rijit skop ile

laparoskopik koledok eksplorasyonu başarı oranı yüksek ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Koledok taşı Laparoskopik koledok eksplorasyonu Kolanjit

V 7

SAFRA YOLLARINA ACILAN DEV KARACİĞER KİST HİDATİĞİN ERCP YARDIMLI LAPAROSKOPİK CERRAHİ TEDAVİSİ

E. HATİPOĞLU, A. GÜMÜSOĞLU, F. C. KARACA, D. ATASOY, K. ZENGİN

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

39 yaş, erkek hasta Enfeksiyon Hastalıklarında Kist Hidatik tanısıyla 2 ay süreyle Albendazol tedavisi uygulanan olgu kliniğimize refere edildi. USG ve BT sonrası Karaciğer sağ lob superiorunda 17*16*16 cm boyutunda içinde çok sayıda hipodens lezyonların izlendiği kistik kitle saptandı (Gharbi tip 3). Kistin safra yollarına açılmasıyla ilgili bir bulguya rastlanmadı. Olgu operasyona alındı. Eksplorasyonda kistin diyafragma yapışık olduğu görüldü. 2 adet 10 mm lik, 1 adet 5 mm lik port ve 10 mm lik perforo-aspiratör yardımıyla kistotomi+parsiyel kistektomi yapıldı. Kist içine ve sağ subdiaframatik bölgeye dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Postop 3.günde safra fistülü gelişti. Postop 10. günde ERCP yapıldı. Postop 15. günde fistülü kapanan olgu taburcu edildi.

SONUC:Kist Hidatik,laparoskopik olarak güvenli ve başarılı bir şekilde tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik laparoskopik cerrahi safra fistülü

V 8

STANDART LAPAROSKOPİK APPEDEKTOMİ: AKUT, PERFORE VE RETROÇEKAL APANDİSİTTE AŞAMA AŞAMA TEKNİK DETAYLAR VE PÜF NOKTALARI

M. KAPLAN

Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi

Apandisit değişik klinik tablolarla ortaya çıkabilen ve kendisini taklit eden bir çok başka patolojinin bulunduğu ve en çok rastlanan karın içi cerrahi acillerden biridir. Ömür boyu görülme riski erkeklerde %8.6, kadınlarda %6.7 iken

apendektomi riski erkeklerde %12, kadınlarda ise %23.1'e kadar yükselmektedir. Bu farklılığın nedeni negatif veya insidental apendektomi oranının kadınlarda daha yüksek olmasıdır. Özellikle atipik durumlarda tanı koymak oldukça güç olabilmektedir. Bu durum ya cerrahi tedavinin gecikmesine veya gereksiz bir laparotomi yapılmasına neden olmaktadır. Ultrasonografi ve tomografi gibi bir çok tanı yöntemleri bulunsa da hepsinde bazı sınırlamalar, riskler ve maliyeler vardır. Laparoskopik, apandisit için güvenilir bir tanı ve tedavi yöntemidir. Günümüzde sağ alt kadranda ağrısı olan hastalarda tanısal laparoskopik ve laparoskopik apendektominin yararı hemen tüm cerrahlar tarafından kabul edilmektedir. Özellikle tanının kesin olmadığı hastalar ile doğurganlık çağındaki kadınlardaki üstünlüğü artık tartışılmamaktadır. Laparoskopik apendektominin tarif edildiği 1983 yılından bu yana açık tekniğe göre daha avantajlı olduğu anlaşılmıştır. Bir çok teknik tarif edilmesine rağmen, günümüzde bir kaç küçük farklılık dışında neredeyse standart bir ameliyat haline gelmiştir. Bu video sunumunda 2000 yılından bu yana 1000'den fazla bir vaka serisiyle elde edilen deneyimlerin ışığında laparoskopik apendektominin aşama aşama teknik detayları ve püf noktaları tartışılmaktadır. Akut, perforasyon ve retroçekal apandisit gibi değişik prezentasyonlarda dikkat edilecek noktalar, teknik modifikasyonlar ve enstrümantasyon konuları irdelenmektedir.

Anahtar Kelimeler: apandisit laparoskopik tanısal laparoskopik laparoskopik apendektomi apendektomi

V 9

TEK TROKARDAN LAPAROSKOPİK KOLESİS-TEKTOMİ

A. S. KAHYA*, İ. HAMZAOĞLU**, T. KARAHASANOĞLU**, B. BACA**, A. KARATAŞ**, E. AYTAÇ**

* Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

** İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Giriş: Laparoskopik cerrahi son yıllarda hemen hemen tüm karın içi patolojilerin tedavisinde uygulanabilmektedir. Laparoskopik minimal invaziv cerrahinin evrimi içerisinde el yardımcı laparoskopik cerrahiden; tek insizyondan laparoskopik, tek trokardan laparoskopik ve doğal açıklıklardan cerrahiye ilerlemektedir.

Çalışmamızda tek trokardan gerçekleştirilen kolesistektomi tecrübemizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Hastalar demografik özellikleri, ameliyat süresi, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi, ameliyat sırasında ve sonrası gelişen erken dönem komplikasyonları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Seride 12 hasta (8 K, 4 E) mevcuttu. On olgunun semptomatik safra kesesi taşı, iki olgunun safra kesesinde polip mevcuttu. Bir olguya aynı seansta apendektomi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 47.5 (20-79) ti. Ortalama ameliyat süresi 84.23 dk. (60-180) idi. Bir olguda ek trokar kullanılarak ameliyat tamamlandı. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi 1.25 (1-4). Seride mortalite yoktu. Ameliyat sırasında komplikasyon gelişmedi. Bir olguda kolesistektomi sonrası koledokolithiasis gelişti ve ERCP ile taş ekstrasyonu yapıldı, ameliyat sonrası dördüncü gün taburcu edildi.

Sonuç: Tek trokardan laparoskopik kolesistektomi, güvenle uygulanabilir ve laparoskopik cerrahinin tüm avantajlarını cerraha ve hastaya sunar. Ayrıca üstün kozmetik sonuç elde edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: tek port tek insizyon laparoskopik kolesistektomi

V 10

SINGLE İNSİZYON LAPAROSKOPİK KOLESİS-TEKTOMİ: İLK ALTI OLGU

M. GÜLER, Ü. AYDIN, E. BORAZAN, B. AKSOY, S. ARSLAN, A. GÖKALP

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Bu çalışmada halen gelişme aşamasında bir yöntem olan Single Insizyon Laparoskopik Kolesistektomi(SILK) tekniğinin merkezimizdeki ilk uygulamalarına ait sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gaziantep Üniversitesi Hastanesinde Mart-Ağustos 2009 tarihleri arasında 6 hastaya SILK ameliyatı yapıldı. Olgular 40 yaşın altında, akut atak geçirme öyküsü olmayan, ASA grup I-II hastalar arasından bilgilendirilmiş olur alınarak seçildi. Hastaların 2'si erkek, 4'ü kadındı. Ameliyatta modifiye litotomi pozisyonu ve umblikus evert edilerek yapılan 2 cm'lik transvers kesi kullanıldı. İlk 5 mm port, fasiya kesisi yapılmaksızın umlikustan girildi. 12 mmHg. intraabdominal basınç oluşturuldu ve 5 mm 30° teleskop ile görüntü sağlandı. İkinci 5 mm port 1

cm süperiyordan, üçüncü 5 mm port 1 cm sağdan girildi. Kесе fundusunun traksiyonu midklavikular hat 5. interkostal aralıktan 5 no etibond excel® askı dikiş i ile sağlandı. Fleksibl özelliğe tutucu, disektör ve L hook elektrokoter kullanıldı. Standart laparoskopik kolesistektomi basamakları izlendi. Sistik arter ve kanal için 5 mm Hem-o-lok® ML kullanıldı. Safra kesesi orta hattaki port yerleri birleştirilerek oluşturulan kesiden çıkartıldı.

Bulgular: Açık cerrahiye veya standart laparoskopik kolesistektomiye dönüş gerektiren vaka olmadı. Ameliyat süresi 50–115 dk, ortalama 72 dakikaydı. Bir hastada 5 gün süren ve kendiliğinden düzelen öksürük şikâyeti dışında komplikasyon olmadı. Ortalama yatış süresi 1,3 gündü. Hastaların umblikusta ağrı yakınmalarının nispeten arttığı ancak kozmetik yönden memnuniyet düzeyinin yükseldiği gözlemlendi.

Sonuç: SILK erken serilerde güvenle uygulanmış olmasına karşın hasta pozisyonu, cerrahi ekip yerleşimi ve insizyonda port yerleşimi konuları henüz standardize olmamıştır. Ergonomik sorunlar, aletlerin sık sık görüntü alanı dışına kayma eğilimi ve çakışması yöntemle ilgili aşılması gereken temel problemler olarak değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Single Insizyon Laparoskopik Kolesistektomi

V 11

SILS PORT İLE TEK DELİKTEN LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİ: VIDEO SUNUMU

T. İPEK, E. EYUBOĞLU, D. ATASOY

İ. Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Kapalı ameliyat yöntemi olarak bilinen laparoskopik cerrahi, tıpta 20 yıla yakın süredir uygulanan bir yöntemdir. Laparoskopik yani minimal invaziv cerrahinin temel hedefi büyük bir kesiden kaçınmaktır. Tıbbın birçok alanında kullanılan "laparoskopik cerrahi"de, "SILS" (Single Incision Laparoscopic Surgery) Tek Delikten Laparoskopik Cerrahi denilen yöntemle, vücuda tek delikten girilerek yapılan ameliyatlara ilk olarak 2007 yılında uygulandı. SILS yöntemi ile kolesistektomi göbük deliğinden girilerek uygulanıyor. Göbük deliğinin içinde kalan ve dışarıdan bakınca hiç görülmeyen 2 santimlik minik bir kesi açılarak özel tasarlanmış SILStm port içinden kolesistektomi gerçekleştiriliyor. Yöntemin avantajı; 4 delik yerine tek delik açılması, böylece hastanın daha az ağrı

hissetmesi ve estetik sorunların ortadan kalkmasıdır. SILStm port'un avantajı ise 2 adet 5mm ve 1 adet 5-12mm trokar girişi sağlayarak hava kaçıışı olmadan ameliyatın gerçekleştirilebilmesidir. SILS ile kolesistektomide hastalar ameliyatın etkilerini az hissediyor, hasta ameliyatın ardından aynı gün ya da ertesi günü taburcu oluyor ve günlük yaşamına dönebiliyor. SILS yöntemi, kolesistektomide yerini alırken, laparoskopik cerrahinin pek çok alanında kozmetik ve estetik açıdan hastaların tercih edeceği ve cerrahların ilgi göstermesi gerekeceği bir yöntem olacaktır.

Anahtar Kelimeler: SILS KOLESISTEKTOMİ LAPAROSKOPIK CERRAHI

V 12

BİKİNİ HATTINDAN LAPAROSKOPIK KOLESISTEKTOMİ

F. ERSÖZ, Ö. ÖZCAN, H. BEKTAŞ, S. SARI, S. ARIKAN

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Gelenksel Laparoskopik kolesistektomi prosedürünü Bikini hattından gerçekleştirerek skarların görünmez oluşunu sağlamak ve daha iyi kozmetik sonuçlar elde etmek.

Yöntem: Taşlı kolesistit tanısıyla 32 yaşında kadın ve 43 yaşında üzerinde çalışıldı. Genel anestezi altında 10mm lik ilk port orta suprapubik bölgede 10mm lik transvers kesi yapılarak açık yöntem ile batına sokuldu. Bu port hem kamera hemde batını şişirmek için kullanıldı. İkinci 10 mm lik port yine transvers 10mm lik cilt kesisi ile hastanın sol tarafından ilk potta yakın ve paralel olarak batına sokuldu. İki adet 5mm lik port hastanın sağ tarafından yine ilk porta yakın ve paralel olacak şekilde batına sokuldu. Tüm ameliyat için standart reusable laparoskopik enstürümanlar kullanıldı.

Bulgular: Her iki ameliyatta suprapubik bölge dışında insizyon yapılmaksızın tamamlandı. Ameliyat süreleri ilk hastada 65 dk ikinci hastada 45 dk sürdü. Hastaların ikisinde 2 gün hastanede tutuldu. Her iki hastada da ameliyata bağlı komplikasyon oluşmadı.

Sonuç: Bu yöntem güvenlidir, kolaydır ve etkilidir. Standart laparoskopik malzemeler ile kolaylıkla yapılabilir. Öğrenme eğrisine gerek yoktur. En önemli avantajı cilt kesilerinin gizlenmesine olanak sağlayarak olumlu kozmetik sonuç sağlamasıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparaskopi kolesistektomi iz cerrahi teknik

V 13

SILS TEKNİĞİ İLE LAPAROSKOPIK TEP HERNİ ONARIMI YAPILMIŞ UNİLATERAL VE BİLATERAL İNDİREKT HERNİ OLGULARI

Ö. SÜRĞÜT, A. İNAN

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Inguinal herni onarımında laparoskopik yaklaşım, rekürren, bilateral ve hasta isteğine bağlı olarak tek taraflı hernilerde uzun zamandan beri uygulanmakta olan bir yöntemdir. Laparoskopik cerrahide uygulanan her insizyon ya da yerleştirilen her trokar kanama, organ yaralanması, insizyonel herni ve daha kötü kozmetik sonuç gibi potansiyel risklere sahiptir. Bu nedenle insizyon sayısını minimize etmek girişimlerde önemli bir amaç haline gelmiştir. Biz de bu amaca uygun olarak SILS tekniği ile laparoskopik TEP herni onarımı uygulanmış iki olguyu ve operasyon tekniğimizi sunuyoruz. Olgu 1 ve 2 68 yaşında unilaterale sağ ve 24 yaşında bilaterale inguinal hernisi olan erkek hastalar. Cerrahi Teknik Genel anestezi altında ve supin pozisyonda umblikusun hemen etrafını; unilaterale herni vakalarında herni tarafından, bilaterale hernilerde ise büyük olan herni tarafından dolaşan 2 cm'lik kesi yapıldı. Rektus kası ön kılıf longitudinal olarak yaklaşık 2.5 cm kadar açıldı. Kas ile arka kılıfı arasına girildi. Preperitoneal operasyon bölgesi buradan girilen balon dissektör ile açıldı. Sonrasında rektus abdominis kası ile arka kılıf arasına SILS port yerleştirildi. Port üzerindeki 3 giriş yerinden bir 10 mm'lik ve iki adet de 5 mm'lik trokarlar yerleştirildi. CO2 insüflasyonu sonrası açılanabilen ve standart laparoskopik el aletleri ile disseksiyon, repozisyon, meshin (15x11 cm.) yerleştirilmesi ve fiksasyon gerçekleştirilerek klasik laparoskopik TEP herni onarımı uygulandı. Klinik seyir Operasyonlarda komplikasyon olmadı ve her iki hasta da post operatif 1. günde aburcu edildi. Sonuç SILS tekniği ile laparoskopik TEP herni onarımı açılanabilen el aletleri kullanıldığında teknik olarak daha kolay uygulanabilen ve estetik sonuçları mükemmel bir operasyondur.

V 14

LAPAROSKOPIK OLARAK TEDAVİ EDİLEN BİR GASTROPLEVRAL FİSTÜL: OLGU SUNUMU

S. BOZKURT, H. ALI*, O. ÖNER, E. TULUBAS, M. KARABULUT, A. TURHAN, C. DENİZTAŞ, S. KAPAN, E. AYGUN

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Gastroplevral fistüller akciğere yönelik cerrahi girişimler, travma veya kansere bağlı olarak ortaya çıkabilen, tedavi edilmediği zaman hayatı tehdit eden, cerrahi tedavinin zorunlu olarak görüldüğü çok nadir rastlanılan lezyonlardır. Bu lezyonların tanısı radyografik çalışma, endoskopi veya cerrahi girişimler sırasında konulmaktadır. Biz bu video oturumunda 2004 yılında göğüs duvarı Ewing tümörü tanısıyla ameliyat edilen ve oluşan defekte metil metakrilat konulan hastada 4 yıl sonra greftin çıkarılması ile ortaya çıkan, yenilen gıdaların toraks tüpünden gelmesi ile bulgu veren, tarafımızca endoskopi ile gastroplevral fistül +toraks ampiemi tanısı konularak laparoskopik mide wedge rezeksiyon ve diafragmatik defekte prolen greft tamiri uygulanan hastayı sunmak istedik. Olgunun önemi İngilizce literatürde endoskop ile toraks boşluğunun kanule edildiği ilk, lezyonun laparoskopik tamininin uygulandığı ikinci olgu olmasından kaynaklanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gastroplevral fistül Laparaskopi

V 15

TÜRKİYE'DE BİR İLK: AYARLANABİLİR GASTRİK BAND ÇIKARILMASI VE AYNI SEANSTA LAPAROSKOPIK ROUX EN Y GASTRİK BYPASS UYGULANMASI

M. GÖRGÜN, M. A. TEPELİ, T. Ö. SEZER, L. DALKILIÇ, S. TAN

S.B İzmir Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Morbid obesite nedeni ile laparoskopik yöntem ile ayarlanabilir gastrik band uygulaması yapılan iki hastada yetersiz kilo verimi ve yeniden kilo geri kazanımları nedeni ile laparoskopik yöntemle bandın çıkarılması ve aynı seansda Roux en Y gastrik bypass uygulaması yapılmıştır. Postop dönemlerde komplikasyon gelişmeyen hastaların

takiplerinde beklenen düzeylerde kilo verimleri gerçekleşmiştir. Her iki hastada laparoskopik olarak işlem tamamlanmış olup , postop dönemde 3.gün oral beslenmeye geçildi ve hastalar 5.gün taburcu edildi.Komplikasyon gelişmeyen hastaların postop takibinde fazla kilo kayıpları istenen düzeylere geldi. Hastalarda postoperatif dönem komplikasyonsuz seyretmiştir.Hastaların takibi halen devam etmekte olup yaşam kalitelerinin düzeldiği görülmüştür.

V 16

PANKREAS PSÖDOKİSTLERİNİN TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK KİSTOGASTROSTOMİ (VIDEO SUNUM)

S. PEKMEZCİ, K. SARİBEYOĞLU, E. AYTAÇ, H. TAŞÇI

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Akut pankreatit sonrası gelişen pankreas psödokistlerinin (PP) tedavisinde uyguladığımız laparoskopik cerrahinin sonuçlarını irdelemek.

Gereç ve Yöntem: PP' lerin tümü AP sonrası gelişmiş, klinik takip ile gerilemeyen ve semptomatik kistlerdi. Etiyolojide safra taşları ve hiperlipidemi mevcuttu. Ameliyat öncesi takip bilgisayarlı tomografi (BT) ve ultrasonografi (US) ile yapıldı. Anterior transgastrik ve posterior kistogastrostomi işlemleri uygulandı. Uygulanacak tekniğe gastrokolik ligaman açıldıktan sonra kistik lezyonun mide arka duvarı ile ilişkisi değerlendirildikten sonra karar verildi. PP mide arka duvarına sıkıca yapışıkta transgastrik anterior kistogastrostomi, aksi durumda posterior kistogastrostomi işlemleri uygulandı. Transgastrik kistogastrostomide, mide ön duvarına gastrotomi yapıldıktan sonra arka duvar insizyon yeri US bulguları ve PP basısı sonucu oluşan bombeleşmeye göre belirlendi. Kistik lezyon Veress iğnesi ile aspire edilerek konfirme edildi. Laparoskopik stapler (Endo-GIA Rotikülatör TM 45 mm) yardımıyla kistogastrostomi anastomozu yapıldı. Ön mide duvarı primer olarak intrakorporeal olarak kapatıldı. Posterior yaklaşımda ise, PP ön duvarına ve mide arka duvarına yapılan insizyona, stapler uygulamasını kolaylaştırmak amaçlı bir dikiş kondu ve stapler ile anastomoz yapıldı. Kalan lümen açıklıklar intrakorporeal dikişlerle kapatıldı.

Bulgular: Yedi hastanın (6 kadın, 1 erkek) üçüne transgastrik, dördüne posterior kistogastrostomi yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 58,7 (52-69) ve PP'lerin ortalama çapı 15,1 cm (7-20) olarak

saptandı. Biliyer pankreatit etiyojisi olan 6 hastaya eşzamanlı kolesistektomi yapıldı. Hiçbir ameliyatta açığa geçilmedi. Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi ortalama 13,4 gün (6-30) idi. Ameliyat sırasında ve ameliyat sonrası erken dönem komplikasyon ve mortalite görülmedi. Ameliyat sonrası birinci gün kontrol BT' de hiçbir hastada kistik lezyon görülmedi.

Sonuç: Laparoskopik kistogastrostomi PP tedavisinde etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: pankreas psödokisti laparoskopik kistogastrostomi

V 17

KOLESİSTODUODENAL FİSTÜL TANILI BİR OLGUDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ VE DUODENUM TAMİRİ

M. ERTEM*, V. ÖZBEN*, E. ÖZVERİ**, S. YILMAZ**

*Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
**Genel Cerrahi Bölümü, Acıbadem Kozyatağı Hastanesi

Safra kesesi taşlarına bağlı kolesistoduodenal fistül tanısı alan bir olgumuzda laparoskopik kolesistektomi ve primer duodenum tamirini teknik ayrıntıları ile sunmayı amaçladık. Yöntem: Vakanın klinik, radyolojik, endoskopik, ameliyat bulguları ile cerrahi işlemin ayrıntıları ve ameliyat sonrası takibi değerlendirilmiştir. Bulgular: Bir aydır bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleri ile kliniğimize başvuran 80 yaşında bayan hastanın fizik muayenesinde karın sağ üst kadrın ve epigastrik bölgede hassasiyet ve defans dışında bulgu izlenmedi. Laboratuvar incelemede karaciğer enzimleri ve bilirubin değerleri normal sınırlarda saptandı. Karın ultrasonografisi ve oral kontrastlı bilgisayarlı tomografide kolelitiazis, duodenum 1 ve 2. kıtasında dolun defekti ve safra kesesine oral kontrast geçişi tespit edildi. Üst gastrointestinal sistem endoskopide duodenum 1. ve 2. kıtasının safra taşları ile impakte olduğunun görülmesi üzerine hasta biliyoenterik fistül tanısı ile ameliyata alındı. Trokarlar konvansiyonel laparoskopik kolesistektomi işleminde olduğu gibi intraperitoneal alana yerleştirildi. Eksplorasyonda safra kesesi fundusunun duodenuma ileri derecede yapışık olduğu tespit edildi. Yapışıklıklar ayrıldığında safra kesesi ile duodenum arasındaki fistül ortaya konarak taşlar temizlendi. Sistik arter ve duktus kliplenerek kesildi ve piyes endobag ile karın dışına alındı. Duodenumdaki fistül orifisi primer tamir

edildikten sonra subhepatik alana dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı. Ameliyat sonrası 4. günde nasogastrik sondadan metilen mavisi verilerek kaçak kontrolü yapıldı. Duodenal kaçak saptanmayan hastaya aynı gün oral sıvı gıda başlandı ve dren 6. günde çekildi. Onuncu günde sorunsuz taburcu edilen hastanın 5 aylık takiplerinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Sonuç: Safra taşına bağlı kolesistoduoneal fistüller nadir görülmektedir. Tanı konulan hastalarda genel tercih açık cerrahi olmakla birlikte uygun vakalarda ve tecrübeli merkezlerde laparoskopik güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kolesistoduodenal fistül safra taşı laparoskopik

V 18

LAPAROSKOPİK HEPATEKTOMİ DENEYİMİMİZ

H. ASTARCIOĞLU, T. ÜNEK, S. KARADEMİR, T. EGELİ, İ. ASTARCIOĞLU, M. B. KIRMACI

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

GİRİŞ VE AMAÇ: Günümüzde laparoskopik cerrahide deneyimin giderek artması ve laparoskopik aletlerdeki teknolojik gelişmeler, birçok abdominal cerrahi uygulamada olduğu gibi karaciğerin primer ve metastatik tümörlerinin ve karaciğerdeki diğer yer kaplayan oluşumların tanı ve tedavisinde laparoskopik girişimlerin başarıyla yapılabilir hale gelmesini sağlamıştır. Bu bildiride karaciğere yönelik olarak kliniğimizde uyguladığımız laparoskopik girişimler video eşliğinde sunulmaktadır.

YÖNTEM: Şubat 2009-Temmuz 2009 tarihleri arasında 3 olguya karaciğere yönelik laparoskopik cerrahi işlem uygulandı. Olguların ilki çekum karsinomu nedeniyle sağ kolektomi uygulanmış ve adjuvan tedavi sonrası karaciğer segment 2'de 9 mm çapında metakron metastaz gelişen erkek hastaydı. Bu hastaya formal laparoskopik segment 2 ve 3 rezeksiyonu uygulandı. İkinci olgu primeri saptanamayan tümöre bağlı karaciğer segment 2'de diafragma komşuluğunda kitlesi olan kadın hastaydı ve bu hastaya karaciğer segment 2 ve 3'ü içeren geniş eksizyon yapıldı. Üçüncü olgu karaciğer segment 5-6 bileşkesinde, safra kesesi posteriorunda 4 cm çapında kist hidatigi olan hastaydı ve bu hastaya laparoskopik kolesistektomi ve total kistektomi yapıldı. Tüm hastalarda karaciğer parankimi harmonik scalpel ile bölündü. İlk iki olguda damarların kapatılıp bölünmesinde laparoskopik lineer stapler kullanıldı.

BULGULAR: Hastaların 2'si erkek, 1 tanesi kadındı. Ortalama yaş 55 (50-62)'ti. Ortalama kan kaybı 133 (50-250) mL olarak saptandı. Hastanede kalma süresi ortalama 1,66 (1-2) gündü. Hastalarda kan ürünü kullanılmadı ve postoperatif komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Laparoskopik hepatektomi, hastanede kalış süresi, postoperatif ağrı, yara yeri komplikasyonlarının açık hepatektomiye oranla daha az olduğu, kozmetik olarak belirgin üstünlüğü olan ve seçilmiş olgularda güvenle uygulanabilen bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik hepatektomi hepatektomi kolon kanseri kist hidatik

V 19

DÜNYADA YAPILAN İLK TEK İNSIZYONDAN LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATO SPLENEKTOMİ OLGUSU

U. BARBAROS*, S. SARI**, A. SÜMER***, N. KARAKULLUKÇU*, B. BATMAN*, Y. İŞCAN*, O. GÖZKÜN*, A. ÖZTÜRK*, A. DİNÇÇAĞ*, S. MERCAN*

* İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

** İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

*** Kaş Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Giriş: Transumbilikal tek insizyondan laparoskopik cerrahi (TILC) mükemmel estetik sonuçlar vaat etmekte olup postop ağrı, analjezi ihtiyacını azaltmaktadır. Bu yazıda pankreas korpus ve kuyruğunda renal hücreli kanser metastazı olan bir hastaya uygulanan dünyadaki ilk transumbilikal SILS pankreatektomiden bahsedilecektir.

Materyal-metod: 59 yaşında, kadın hasta, pankreastaki metastatik lezyona 2 cm lik umbilikal insizyon ile subtotal pankreatektomi uygulandı.

Bulgular: TILC pankreatektomi SILS portu denen özel bir port ve açılı akipmanlarla gerçekleştirildi. İşlem 330 dakika sürdü, 100 cc kadar kan kaybı oldu. Operasyon sırasında komplikasyon gelişmedi. Hasta postop 7. gününde 20cc/günlük pankreas fistülü ile taburcu edildi. Piyesin patoloji sonucu renal hücreli karsinom metastazı geldi.

Sonuç olarak; ilk SILS pankreatektomi gösterdi ki ileri cerrahi prosedürlerde dahi SILS tekniği deneyimli merkezlerde uygulanabilir. Transumbilikal SILS pankreatektomi deneyimli merkezlerde güvenle uygulanabilir. SILS, kozmetik üstünlük sağlarken

kanser hastalarında dahi iyileşme dönemini hızlandırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tek insizyon laparoskopik pankrealektomi

V 20

TEK İNSIZYONDAN LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ; İKİ OLGU SUNUMU

E. TUNÇAL, AVTAN, İ. C. SORMAZ, G. ÇITLAK, Y. GİLES ŞENYÜREK, T. TERZİOĞLU, S. TEZELMAN

İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Amaç: Tek insizyondan laparoskopik transabdominal sol adrenaletomi deneyimimizi aktarmak.

Gereç ve yöntem: Eylül-Ekim 2009 tarihleri arasında İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında 2 hastaya tek insizyondan laparoskopik sol adrenaletomi yapıldı. Hastaların her ikisinde kadın ve yaşları 43 ve 46 idi. Ameliyat öncesi yapılan endokrinolojik hazırlık ve görüntüleme yöntemleri ile hastaların ilkinde Conn sendromuna (Primer hiperaldosteronizm) yol açan 2x2.5cm'lik adrenal lezyon, İkinci hastada ise nonfonksiyonel 4x5 cm'lik sol adrenal kitle saptandı. Ameliyatta hastalara standart sol lateral dekübitus pozisyonu verildi. Sol ön ve orta aksiler çizgilerin arasından ve sol Kosta kavsinin yaklaşık 2-2,5 cm altından yapılan 2 cm'lik kesi ile SILS port (Covidien; Norwalk, USA) yerleştirilerek her iki hastaya tek insizyondan laparoskopik transabdominal adrenaletomi uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 53 dk olarak saptandı. Hastaların her ikisinde ameliyat sonrası 8. saatte oral gıda başlandı. İki hastada ameliyat sonrası 2. Günde herhangi bir komplikasyon yaşanmadan taburcu edildi.

Sonuç: Tek insizyondan laparoskopik adrenaletomi ile ilgili bilgi ve tecrübeler henüz kısıtlı olmasına rağmen deneyimli ellerde standart laparoskopik uygulamalar kadar güvenli, ağrı yönetimi daha kolay ve daha iyi kozmetik sonuçları olan girişimler olacağını düşünmekteyiz.

V 21

ERKEN ÖZEFAGUS KANSERİNDE ENDOSKOPİK MUKOZAK REZEKSİYON: OLGU SUNUMU

H. ALIŞ, O. ÖNER, S. BOZKURT, A. TURHAN, E. TULUBAS, M. KARABULUT, C. DENİZTAŞ, E. AYGÜN

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Endoskopik mukozal/submukozal rezeksiyon (EMR-ESR); erken evre gastrointestinal sistem kanserlerinin (T1Nx) tedavisinde cerrahi rezeksiyonlara alternatif olarak ortaya çıkmıştır. Özellikle mukozal ve SM1 ile sınırlı lezyonlarda lenf nodu metastazının %2 nin altında olması nedeniyle EMR-ESR uzun dönemde açık cerrahi girişimlerle eşdeğer sonuçlara sahip oldukları bilinmektedir. Bu nedenle tecrübeli merkezlerde EMR-ESR açık cerrahi girişimler yerine yapılması tavsiye edilmektedir. Biz bu video sunumunda 60 yaşında özefagus 28 cm de 1 cmlik alanda kromoendoskopi ile şüpheli lezyon belirlenen hastanın alınan biyopsisinde, karsinoma in situ saptanan olguya yapılan ESR işlemini sunmak istedik. Olguda ESR işlemi band yardımcı olarak gerçekleştirilmiş ve komplikasyon ortaya çıkmadan lezyon sağlam sınırlarla çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Erken evre kanser EMR ESR Endoskopi

V 22

GASTROÖZOFAGEAL REFLÜ TEDAVİSİNDE YENİ BİR YÖNTEM ENDOLUMİNAL FUNDOPLİKASYON

T. YALTI*, F. İLKOVA**

* Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi

** Amerikan Hastanesi Gastroenteroloji

GÖRH tedavisinde yeni bir endoluminal yöntem olan esophyx ile transoral olarak fundoplikasyon uygulanmasının klinik sonuçları prospektif olarak değerlendirildi.

Materyel Metod:14 hasta çalışmaya alındıTüm alınan hastalar GÖRH tanısı konmuş PPI bağımlılığı olan ve özofagus motilite bozukluğu olmayan hastalardı. Ortalama GÖRH süresi 50 ay idi. Hastalara işlem genel anestezi altında ameliyathanede uygulandı Ortalama süre 55 dak idi. Tüm hastalar işlem sonrası evlerine aynı gün gittiler

Sonuç: esophyx yaklaşık 4 cm lik yeni bir valv yarattı.ve 270 derecelik fundoplikasyon yaptı. Ortalama konulan dikişler 15 idi. Görülen komplikasyonlar: farenks irritasyonu hıçkırık ve göğüs ağrısı idi. 1. ayın sonunda PPI lar kesildi. 80 oranında düzeldi. Semptom skoru % 80 oranında düzeldi. % 90 hasta ilaçsız devam ettiler

% 85 hasta porsedürden memnun ve tekrar yaptırabileceğini söyledi.

Sonuç: Esophyx GÖRH tedavisinde kolay ve etkili bir yöntemdir

Anahtar Kelimeler: gasroözofageal reflü fundoplikasyon esophyx

V 23

PEUTZ-JEGHERS SENDROM'LU HASTANIN MULTİPL İNCE BARSAK POLİPLERİNİN TEDAVİSİNDE İNTRAOPERATİF ENTEROSKOPIK POLİPEKTOMİ

O. ALİMOĞLU*, S. AKTAŞ*, İ. E. SUBAŞI*, İ. OKAN**, M. YÜCEL*, G. BAŞ**, K. ÖZDİL***, M. ÇALIŞKAN*

* Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

** Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

*** Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji

AMAÇ: Peutz-Jeghers sendromu (PJS), gastrointestinal hamartomatöz polipler ve mukokutanöz melanin pigmentasyonu ile karakterize, otozomal dominant geçişli nadir görülen kalıtsal bir hastalıktır. Bu çalışmada PJS tanısı ile takip edilen bir hastanın intraoperatif enteroskopik polipektomi videosunun sunulması amaçlandı.

YÖNTEM: PJS tanılı hasta, fizik muayene, endoskopi, görüntüleme ve laboratuvar bulguları ile takip edildi. Tekrarlayan karın ağrısı ve kilo kaybı şikâyetleri olan hastanın yapılan enteroklizis tetkikinde çok sayıda ince barsak polipleri tespit edilmesi üzerine farklı zamanlarda iki kez intraoperatif enteroskopik polipektomi uygulandı.

BULGULAR: Yirmialtı yaşında kadın hasta şiddetli karın ağrısı ve kilo kaybı şikâyetleri ile yedi yıl önce acil servisimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 9-18 yaşları arasında üç defa mekanik intestinal obstrüksiyon nedeni ile ince barsak rezeksiyonu uygulandığı öğrenildi. Mekanik intestinal obstrüksiyon nedeni ile laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda terminal ileumda invajinasyon izlendi. İnce barsakların rezeke edildiği ve yaklaşık 220 cm uzunluğunda olduğu tespit edildi. Barsak rezeksiyonu yapılmadan invajinasyon manuel olarak düzeltildi ve intraoperatif enteroskopi yöntemi ile multipl polipektomi yapıldı. Kontrol gastroskopi ve kolonoskopilerinde tespit edilen poliplere polipektomi uygulandı. Yedi yıllık takip sonucunda şiddetli karın ağrısı ve kilo kaybının ortaya çıkması ve enteroklizis'

de ince barsaklarda poliplerin görülmesi üzerine hastaya laparotomi yapılarak ince barsak rezeksiyonu yapılmadan intraoperatif enteroskopi ile multipl polipektomi uygulandı. Tetkik ve histopatolojik incelemelerinde malignite izlenmedi.

SONUÇ: Poliplerin yol açtığı invajinasyona sekonder mekanik intestinal obstrüksiyon nedeni ile mükerrer ameliyat adayı olan PJS'li hastalarda, kısa barsak sendromundan kaçınmak için intraoperatif enteroskopik polipektomi tercih edilecek bir yöntemdir.

V 24

VİLLOZ ADENOM ZEMİNİNDE GELİŞEN T1N0 ADENOKARSİNOM VAKASINDA TRANSANAL ENDOSKOPIK MİKROCERRAHİ (TEM) UYGULAMASI: VİDEO SUNUMU

T. İPEK, E. EYUBOĞLU

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD Medical Park Bahçelievler Hastanesi

Rektum selim ve habis tümörlerinde rektoskopik yada kolonoskopik çıkarılması mümkün olmayan olgularda invaziv girişimlere alternatif noninvaziv bir yöntem olan transanal endoskopik mikrocerrahi (TEM) uygun olgularda iyi bir cerrahi seçenektir. Özel bir ekipman ve eğitim gerektiren TEM yönteminde büyük sesil adenomlar, erken kanserler (T1) iyi sonuçlar elde edilen indikasyonlardır. Eylül 2007-Eylül 2009 tarihleri arasında 10 olguda TEM uyguladık. Büyük sesil adenom, rektal ülser, anastomoz darlığı indikasyonları dışında 2 olgumuz T1 rektum tümörü idi. Video sunumu 75 yaşında, kadın hastamızda rektum anal vergden 8cm uzaklıktaki villöz adenom zemininde gelişen orta derecede diferansiye adenokarsinom olgusu idi. ERUS incelemesinde T1N0 olarak değerlendirilen olguya TEM ile tam kat rezeksiyon uyguladık. Patolojik incelemede invazyon derinliği submukoza olarak tesbit edildi. Lenfatik, perinöral, kan damarı invazyonu mevcut değildi ve cerrahi sınırlar temiz olarak tesbit edildi. Hasta 1 gün sonra normal yaşantısına geri döndü. Diğer olgularımızın takibinden yola çıkarsak aynı gün mobilize olan ve kısa zamanda yaşantısına geri dönen ortalama 1 yıllık takiplerinde sorunla karşılaşmayan noninvaziv cerrahi bir yöntem olarak TEM değerli bir alternatif yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: TEM ERUS REKTUM KANSERİ TRANSANAL ENDOSKOPIK MİKROCERRAHİ

P 1

ADRENALEKTOMİ SONUÇLARIMIZ: 27 OLGUNUN (21'İ LAPAROSKOPİK) ANALİZİ

Z. ÇETİNKAYA*, R. ÇOLAK**, Y.ÖZKAN**, Y. S. İLHAN*, E. AYGEN*, R. AYTEN*, A. TÜRKOĞLU*

* Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
** Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları

Laparoskopik adrenalectomi (LA), adrenal bezlere yönelik cerrahi tedavi gereken çoğu durumda altın standart haline gelmiştir. Laparoskopik adrenal cerrahinin güvenilirliği ve etkinliği konusunda genel anlamda ortak bir kanaat oluşmuştur. Bu çalışmada 21'i Laparoskopik olan 27 adrenalectomiyi içeren klinik deneyimimizi sunmayı amaçladık. Fırat Üniversitesi Tıp fakültesi'nde Mayıs 2004 ile Temmuz 2009 arasında adrenalectomi yapılan 27 olguya ait kayıtlar incelendi. Ameliyat endikasyonları ve süresi, tümör boyutu, histopatolojik inceleme sonuçları, morbiditeler ve hastanede yatış süreleri değerlendirildi. Hastaların 7'si erkek ve 20'si kadın olup, ortalama hasta yaşı 46,2±15,5 idi. Hastaların 21'i Laparoskopik, 6'sı açık yöntemle ameliyat edildi. 13 hastaya sağ, 14 hastaya sol adrenalectomi yapıldı. Ameliyat endikasyonları; Cushing sendromu (n=8), feokromasitoma (n=9), nonfonksiyonel adenom (n=6), primer hiperaldosteronizm (n=2), nonfonksiyonel kist (n=1) ve metastaz (n=1) idi. Ortalama tümör boyutu 4.3±2.2 cm olup, laparoskopik yaklaşımla çıkarılanlarda 3.7 ±1.9 cm idi. Ortalama ameliyat süresi laparoskopik ameliyat edilenlerde 108.1 ± 23.4, açık ameliyat edilenlerde ise 125.0 ± 29.5 dakika idi. Ameliyat sonrası ortalama hastanede kalış süresi açık ameliyat edilenlerde 6.2±1.6, laparoskopik ameliyat edilenlerde 4.3±2.1 gündü. Mortalite gözlenmedi. Komplikasyon oranımız % 8,3 olup, Laparoskopik adrenalectomi uygulananlardabu oran % 11,1 idi. Sonuç olarak; laparoskopik adrenalectomi, benign adrenal kitlelerde öncelikli cerrahi tedavi seçeneği olarak değerlendirilmelidir.

P 2

BARTIN DEVLET HASTANESİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

A. S. KARACA, M. ÇAPAR, R. ALİ

Bartın Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Bir devlet hastanesi genel cerrahi kliniğinde laparoskopik kolesistektomi deki 4.5 yıllık deneyimi belirlemek.

Hastalar ve Metod : Ocak 2005 ve Haziran 2009 yılları arasında, laparoskopik kolesistektomi uygulanan 672 hasta incelendi. Yaş, cinsiyet, erken ve geç komplikasyon oranları, laparoskopik kolesistektomiden açığa geçiş oranları, geçiş nedenleri saptandı.

Bulgular : Ocak -2005 ve Haziran-2009 yılları arasında 672 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 594 hasta kronik kolesistit (% 88.3), 48 hasta akut kolesistit (%7.1), 30 hasta safra kesesi polibi (% 4.4) tanısına sahipti. 46 hastaya mekanik ikter nedeniyle ERCP yapıldı. Açık cerrahiye dönüş oranı % 3.5 idi.(24 / 672) Calot üçgeninin disseksiyonundaki zorluk ve farklı anatomi açık cerrahi tekniğe dönüşün ana sebebi idi. Kanama riski olan 44 (% 6.5) hastaya hemovak dren yerleştirildi. Mortalite oranı % 0, morbidite oranı % 7.7 (52 / 672) şeklinde gerçekleşti. Dört olguda insizyonel fıtık, 48 olguda ameliyat esnasında kese perforasyonu oldu ve safra kesesi taşları karın içerisine döküldü.(% 7.1)

Tartışma : Laparoskopik kolesistektomi öğrenme eğrisi tamamlanınca basit bir işlem olarak görülmektedir. Ancak safra yolu yaralanmaları günümüzde de yüksek oranda (1.4) görülmektedir. Bu da ekonomik ve adli problemlere yol açabilmektedir. Kliniğimizde major komplikasyonlardan herhangi bir tanesi görülmemiştir .

Sonuç : Kolesistektomi, açık ya da laparoskopik yöntemle kurallara uyulmak koşulu ile güvenle uygulanabilir.

P 3

SAFRA KESESİ POLİPLERİNDE DENEYİMİMİZ

A. S. KARACA*, M. ÇAPAR**, R. ALİ**

* Rize Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
** Bartın Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Safra kesesi polipoid lezyonlarında kliniğimizin deneyimlerini aktarmak.

Materyal-Metod : Kliniğimizde Ocak 2005 ile Haziran 2009 tarihleri arasında preopeeratif safra kesesi polibi tanısı alan olgular demografik özellikleri, klinik ve abdominal ultrasonografi bulguları, yapılan cerrahi tedavi, histopatolojik tanıları, morbidite ve mortalite açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Kolesistektomi yapılan 840 olgunun otuzunda (%3,5) preoperatif safra kesesi polibi tanısı almıştır. Karın ağrısı en sık rastlanılan semptom idi. Tüm olgulara abdominal ultrasonografi ile tanı konulmuş olup görüntüleme, 3 olguda sesil, 27 olguda ise pediküllü polip bulunurken, 7 olguda ek olarak kolelithiasis saptandı. Tedavide 29 olguda laparoskopik, 1 olguda ise yine laparoskopik başlandı ancak açık olarak kolesistektomi tamamlanamadı. Histopatolojik incelemede ; 13 olguda sadece kolelithiasis ve kronik kolesistit, 14 olguda kolesterol polibi, 2 olguda adenomatöz polip, 1 olguda ise adenokarsinom saptandı.

Sonuç: Safra kesesi poliplerinde cerrahi tedavi, tüm semptomatik, beraberinde kolelithiasis olan, polip boyutu 10 mm geçen ve ultrasonografik olarak malignite riski taşıyan olgularda yapılmalıdır.

P 4

SİTUS INVERSUS TOTALİSLİ BİR HASTADA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ

A. KONAN, F. Ü. MALYA, K. YORGANCI

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Sol üst kadranda ağrısıyla polikliniğimize başvuran 31 yaşında, bayan hastaya yapılan ultrasonografide situs inversus totalis ve safra kesesi içerisinde 12 milimetre çaplı çok sayıda taş saptanmıştır. Hastaya laparoskopik kolesistektomi yapılmıştır. Situs inversus totalis 5.00 ila 20000 doğumda bir görülen ve organların normalde olmaları gereken lokalizasyonun orta hatta göre simetrik yerleşimde olmasıdır. Bu hastalarda eşlik eden kardiyovasküler ve santral sinir sistemi ile ilgili konjenital anomaliler görülebilir. Literatürde situs inversusu totalisli hastalara bildirilmiş 40 kadar açık 20 tane de laparoskopik kolesistektomi ameliyatı vardır. Bu yayınlarda çeşitli teknikler tanımlanmıştır. Situs inversus totalisli hastalarda laparoskopik yöntemler güvenle uygulanabilmektedir. Sunumda ameliyat videosu eşliğinde teknik detaylar tartışılacaktır.

P 5

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ESNASINDA OLUŞAN SAFRA YOLU YARALANMALARINA YAKLAŞIM, KİŞİSEL SERİ

A. UZUNKÖY

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi esnasında gözlenen safra yolu yaralanmalarının görülme sıklığı laparoskopik cerrahide artan tecrübe ve teknolojik imkanlar nedeni ile giderek azalmaktadır. Türkiye'deki gerçek sıklık tam olarak bilinmemekle birlikte, özellikle öğrenme eğrisinin tamamlanmadığı durumlarda laparoskopik kolesistektomi esnasında gözlenen safra yolu yaralanma sıklığının beklenenden biraz fazla olduğu sanılmaktadır. Bu komplikasyon geliştiğinde en önemli sorun bunun nasıl yönetileceğidir. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi esnasında safra yolu yaralanması gözlenen 12 olguya yaklaşım sunulmaktadır.

Hastalar ve Sonuçlar: Olguların 9'u kadın ve 3'ü erkekti. Olguların 10'u başka bir merkezden refere edildi veya ilgili merkeze gidilerek tamir gerçekleştirildi. Sekiz olguda yaralanma tanısı operasyon esnasında konulmuş iken, 4 olguda postoperatif olarak tanı konulmuştu. İki olgu dışında tüm olgularda, yaralanmaya neden olan cerrah tarafından başarısız bir tamir girişimi denenmişti. Olguların 10'u Roux en Y hepatikojejunostomi yöntemi ile tamir edildi. Kalan 2 olgunun birisinde tamir 3. segmente yapılan hepatikojejunostomi yöntemi ile gerçekleştirilir iken, parsiyel koledok kesisi olan bir olguda T tüp üzerinden primer tamir gerçekleştirildi. Postoperatif takipte bir olguda antibiyotik tedavisine cevap veren kolanjit atakları gözlemlendi.

Çıkarım: Özellikle öğrenme eğrisininin tamamlanma sürecinde, laparoskopik kolesistektomi esnasında safra yolu yaralanma sıklığında artış gözlenebilir. Yeterli tecrübeye sahip olunmadan bu olgularda yapılan tamir girişimleri, çoğunlukla yaralanmanın şiddetini arttırmakta ve başarısızlıkla sonuçlanmaktadır. Böyle bir komplikasyon ile karşılaşıldığında, bu olguların hepatobilier cerrahide tecrübeli bir merkeze refere edilmesi yapılacak tamir işleminin başarı şansını artırır ve uzun dönem sonuçlarının iyileşmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi kolesistektomi safra yolu yaralanması hepatikojejunostomi hepatobilier cerrahi

P 6

LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ, İLK KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

A. İ. FİLİZ, Y. KURT, İ. SÜCÜLLÜ, E. YÜCEL, M. L. AKIN, M. YILDIZ

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Bu çalışmada laparoskopik adrenalectomi uyguladığımız ilk 8 olguyu sunmayı amaçladık. **Yöntem:** 2006-2009 yılları arasında altısı kadın, ikisi erkek toplam 8 olguya LA uyguladık. Dört olguda Cushing sendromuna yol açan adrenal kitle, birinde Conn sendromu, üçünde insidentaloma saptandı. Tümüne lateral abdominal dekübitis pozisyonunda lateral transabdominal yaklaşıldı. Adrenal kitlelerin beşi sağda, üçü soldaydı. Sağdaki adrenal kitlelere 4 port soldakilere ise 3 port ile girişim yapıldı. Solda öncelikle splenik fleksura düşürüldü, ardından dalağın lateral ligamanları kesilerek dalak mediale devrildi ve adrenal loja ulaşıldı. Sağda ise karaciğerin lateral ligamanları kesilerek sağ lob ek bir port ile ekarte edilmek suretiyle adrenal loja ulaşıldı. Lateral, superior ve böbreğe komşu inferior yağ dokusu diseksiyonu sırasında ortaya çıkan vasküler yapılar damar ligasyon cihazı ile diseke edildi. Solda adrenal ven tek başına, sağda ise vena kavaya doğru açılan üç ya da dört ven dikkatli diseksiyonla izole edildi, kliplendi ve kesildi. Adrenal bez batın içine gönderilen bir torba içinde dışarıya alındı.

Bulgular: Ortalama yaş 32, ortalama ameliyat süresi 105 dakikaydı. Olguların hiçbirinde açığa dönüş olmadı ve kan transfüzyonu yapılmadı. Hiçbir hastaya dren konmadı. Ortalama yatış süresi 2.6 gün idi. Cushing sendromuna yol açan adenomların ortalama çapı 3.8 cm olup birinin patolojisi makronodüler hiperplazi, diğerleri adenom olarak rapor edildi. Aldosteron salgılayan adenomun çapı 1.5 cm, insidentalomaların boyutları 4,5 cm (iki olguda) ve 5 cm olarak bulundu.

Sonuç: Laparoskopik adrenalectomi, adrenal bez cerrahisinde dikkatli ve sabırlı bir diseksiyon gerektiren yöntem olmasının yanı sıra, kısa hastanede kalış süresi, daha iyi kozmezis ve erken aktiviteye dönüş ile avantajlı bir girişimdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi adrenal gland adrenalectomi

P 7

HEMATOLOJİK SELİM DALAK HASTALIKLARINDA LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

A. İ. FİLİZ, Y. KURT, İ. SÜCÜLLÜ, E. YÜCEL, M. L. AKIN, M. YILDIZ

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Son yıllarda özellikle dalağın selim hematolojik hastalıklarında laparoskopik splenektomi seçilmiş hastalarda iyi bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Laparoskopik yaklaşımının avantajları arasında kısa hastanede kalış süresi, daha az postoperatif ağrı, daha iyi kozmezis ve erken işe dönüş sayılabilir.

Yöntem: Servisimizde 2005-2009 yılları arasında yapılan laparoskopik splenektomi olguları retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastaların ameliyat endikasyonları, hastanede kalış ve ameliyat süreleri, morbidite ve mortalite sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: Dört yıllık dönem içerisinde 18 hastaya laparoskopik splenektomi uygulandı. Hastaların 11'i erkek, 7'si kadın ve ortalama yaşları 35 (21-65) olarak bulundu. Hastaların dokuzuna idiyopatik trombositopenik purpura, altısına hereditör sferositoz, birine hipersplenizm ve ikisine dalak kisti nedeniyle laparoskopik splenektomi uygulandı. İlk 5 olgu el yardımcı yapılırken, son 13 olgu sol lateral dekübit pozisyonunda lateral transabdominal posterior yaklaşım ile tamamen laparoskopik olarak yapıldı. Önce splenik fleksura düşürüldü ardından dalağın lateral ve superior bağları diseke edilerek dalak mediale devrildi. Ardından damar ligasyon cihazı ve endoklip kullanılarak hilusta dalağın arter ve veni ayrı ayrı diseke edilerek kesildi. Dalak büyük boy endo-bag içine yerleştirildikten sonra port giriş yerlerinden biri genişletildi ve dalak torba içinde parçalanarak dışarıya alındı. Ortalama ameliyat süresi 110 dakika (80-140), hastanede kalış süresi 3 gün (2-5) ve intraoperatif kanama miktarı 57 ml (0-180) olarak bulundu. Hastaların birinde kanama, diğerinde ise hiler lenfadenopati görülmesi üzerine açığa geçildi (2/18, %11). Hastaların ikisinde (%11) postoperatif dönemde atelektazi gelişti.

Sonuç: Hematolojik selim dalak hastalıklarında, laparoskopik splenektominin güvenli ve avantajlı bir uygulama olduğunu gördük. Açığa geçiş oranı yüksekliği ve ameliyat süresi uzunluğunun olgu sayısı ve tecrübe arttıkça ile azalacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik splenektomi benign dalak hastalığı

P 8

ERCP İLE TEK SEANSTA KOLEDOKTAN MULTİPL TAŞ EKSTRAKSİYONU

A. H. GÖKÇE*, A. ÖZAKAY*, A. AREN*, F. S. GÖKÇE**, Ö. ÖZCAN*

* S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

** Balıklı Rum Hastanesi Genel Cerrahi

AMAÇ: Günümüzde koledokolithiasisde en çok tercih edilen tedavi yöntemi ERCP ile taş ekstraksiyonudur. Multipl koledok taşlarında ERCP ile taş ekstraksiyonu yapılabilmektedir. Bizim olgumuzda tek seansta ERCP yöntemiyle koledoktan 30 adet taş ekstrakte edilmiştir. Tek seansta bu kadar çok sayıda koledoktan taş ekstrakte edilmesini ilginç bulduğumuz için sunmaya karar verdik.

YÖNTEM: Batın ultrasonografi(USG), üst batın MR ve MRCP ile koledokolithiasis teşhisi konulan hastada ERCP yöntemi ile koledoktaki taşlar çıkartıldı, kolanjiyografi yapılarak rezidü taş olmadığı saptandı.

BULGULAR: 82 yaşında bayan hasta sarılık şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Yapılan batın USG de koledok dilatasyonu saptanan hastaya üst batın MR ve MRCP de koledokolithiasis teşhisi konması üzerine ERCP planlandı. ERCP yöntemiyle bir seansta koledoktan 30 adet taş çıkartıldı. Kolanjiyografiyle yapılan kontrolden rezidü taş saptanmadı. Elektif şartlarda laparoskopik kolesistektomi yapıldı.

SONUÇ: Koledokta ne kadar çok sayıda taş olsa da tedavi yöntemi olarak ilk ERCP'ı tercih etmeliyiz. Ancak ERCP ile başarısız olunan vakalarda operasyon düşünmeliyiz. Böylece hastaya ERCP sonrası laparoskopik kolesistektomi operasyonu, koledokotomiye göre çok daha kısa sürede taburcu olma ve konforlu bir tedavi süreci şansı vermiş oluruz.

ANAHTAR KELİMELE: ERCP, Koledok Multipl Taş

P 9

GENC YASTA SAFRA TASI HASTALIKLARI

B. AYDOĞAN*, M. KIVRAK* , M. GÜNER* , M. DOKUR**

* Kilis Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

** Kilis Devlet Hastanesi Acil Tıp

Giriş: Safra taşı hastalıkları genel cerrahi kliniklerinde en sık karşılaşılan sorunlardandır. Safra taşı görülme oranı ülkeler arasında farklılık gösterir. Beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı ve genetik nedenler bu farklılıktan sorumludur. Safra taşı hastalıkları genellikle 40 yaş üzerinde görülür ve yaşla birlikte görülme sıklığı artar.

Amaç: Ülkemizin doğu ve güneydoğu bölgelerinde görev yapan doktorların, karın ağrısı şikayeti ile başvuran genç yaşta hastalarda safra taşı hastalıkları olabileceğini akla getirmeleri ve bu açıdan tetkik etmeleridir.

Yöntem: Ocak 2007 ile Haziran 2009 tarihleri arasında Kilis Devlet Hastanesi'nde kolesistektomi yapılan 376 hastanın dosyaları retrospektif incelendi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, yapılan ameliyat tipleri, komplikasyonları ve klinik gidişleri incelendi.

Bulgular: 376 hastanın 322 (%85.6) 'si kadındı. Hastaların yaşları 15 ile 92 arasında değişmek üzere ortalama yaş 49.6 idi. 40 hasta (%10.6) 30 yaş ve altında idi. Genç yaş grubundaki hastaların da ileri yaşta hastalara benzer şikayetlerle başvurduğu ve benzer safra taşı komplikasyonları geliştiği görülmüştür. 376 hastanın 326'sına (%86.7) kolesistektomi laparoskopik yapıldı.

Sonuç: Diyetin temelini hayvansal gıdaların oluşturduğu doğu ve güneydoğu Anadolu bölgelerimizde, genç yaşta safra taşı hastalıkları görülebilmektedir. Bu bölgelerde görev yapan doktorların genç yaşta hastalarda da safra taşı hastalıkları olabileceğini öngörmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: kolesistektomi genc yas safra tası

P 10

İLK SILS KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİ

B. EKÇİ, A. DEMİRAĞ, M. ÇAĞLIKÜLEKÇİ, Ö. GÖKÇE

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi laparoskopik cerrahiler içerisinde altın standart kabul edilmektedir. Sıklıkla üç ya da dört port ile yapılan bu ameliyat son yıllarda tek insizyon ya da tek port ile (SILS) yapılmaya başlandı. İyi kozmetik sonuçlar, günlük aktivitenin daha hızlı normale dönmesi ve minimal invaziv cerrahiye olan ilgi ile bu yöntemle ameliyatların yapılma oranı artmıştır.

Bu çalışmada, bu yöntem ile yapılan ameliyatlara değerlendirildi.

Yöntem: Yeditepe Üniversitesi Genel Cerrahi ABD da Ocak-Ağustos ayı içerisinde ameliyat edilmiş 4 kadın hasta değerlendirildi. Hastaların üçü yapılan tek insizyonla birisi tek port ile ameliyat edildi. Yaş ortalaması 49 yıldır (41-53). Ortalama ameliyat süresi 81 dakika idi (45-122). Göbekten yapılan bu insizyonların uzunluğu 2 cm idi. Hastanede yatış süresi 1 gündü. Herhangi bir komplikasyon ya da mortalite görülmedi.

Sonuç: Yaygınlaşmaya başlayan tek insizyon ya da tek port ile laparoskopik kolesistektomi uygulanabilir bir yöntemdir. Ameliyatta kullanılan aletlerin gelişmesi ve ameliyat sayılarının artması ameliyat süresini daha da kısaltacağı kanısındayız. Ancak şüphesiz daha çok olguyu içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: SILS Kolesistektomi

P 11

SILS LAPAROSKOPIK APANDEKTOMİ DENEYİMİ

B. EKÇİ, M. ÇAĞLIKÜLEKÇİ, A. DEMİRAĞ, Ö. GÖKÇE

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik apandektomi laparoskopik deneyimin artması ile çoğu hastanede standart ameliyat yaklaşımı olmuştur. Üç trokar ile yapılan bu ameliyatlara tek insizyon ile de yapılabilmektedir. Bu yöntem ile yapılmış ameliyatlara değerlendirildi.

Yöntem: Yeditepe Üniversitesi Genel Cerrahi ABD da Haziran ayı içerisinde ameliyat edilmiş 2 kadın ve 1 erkek hasta değerlendirildi. Hastaların üçü de tek insizyon ile yapıldı. İki hastada mikroporasyon ve lokal peritonit, bir hastada yaygın peritonit mevcuttu. Yaş ortalaması 38 yıldır (28-48). Ortalama ameliyat süresi 35 dakika idi (30-45). Hastanede yatış süresi 1 gündü. Tüm hastaların batını serum fizyolojik ile yıkandı. Yaygın peritonit olan hastaya bir adet batın dreni konuldu. Taburcu olduğu gün dren alındı. Herhangi bir komplikasyon ya da mortalite görülmedi.

Sonuç: Laparoskopik apandektominin yerini şu an için almaya da yeni uygulamaya konulacak aletler ile yaygınlaşabileceği kanısındayız. Daha az insizyon skarı, daha az ağrı olması nedeniyle tercih edilecek bir yöntem gibi görülmekte olsa da şüphesiz daha çok olguyu içeren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: SILS apandektomi

P 12

TEK İNSİZYON YA DA TEK PORT LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATLARININ ARTI VE EKSİLERİ

B. EKÇİ, Ö. GÖKÇE, M. ÇAĞLIKÜLEKÇİ, A. DEMİRAĞ

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi

Cerrahi tekniklerin ve teknolojinin ilerlemesiyle birlikte laparoskopik cerrahi hakettiği yeri almıştır. Günümüzde ise tek insizyon ya da tek port laparoskopik ameliyatlara yavaş yavaş yaygınlaşmaktadır. Bazı cerrahlar tarafından bu yöntem ile ameliyatlara artık ilk seçenek olarak sunulmaktadır. Açık cerrahiye göre daha az yara yeri enfeksiyonu, daha iyi kozmetik sonuçlar, daha az ağrı gibi nedenlerle tercih edilen laparoskopik ameliyatlara, teknolojik ilerlemelerle birlikte şimdi ise tek insizyon ya da tek port laparoskopik ameliyatlara ile karşılaştırılmaya başlanmıştır. Laparoskopik ameliyatlara göre port yerinin tek ve göbek çukuru içerisinde yapılması daha iyi kozmetik sonuçlar veriyor olmasına rağmen cerrahlar açısından sıkıntılı bir ameliyat olmayı da sürdürmektedir. Özellikle kullanılan el aletlerinin daha temel düzeyde olması, cerrahi sırasında aletlerin çakışma sorununun devam etmesi, tek bir açıdan bakıyor olması laparoskopik cerrahiye göre zorluk gösteren kısımlardır. Daha az ağrı, daha iyi kozmetik sonuç, yeni bir teknolojik yatırıma ihtiyaç duyulmaması ve uygulanabilir olması ise avantajları arasında sayılabilir. Sonuç olarak; gelişime açık ve teknolojik ilerlemelerle çok ilgili olan cerrahiye yeni giren bu yöntem kullanılabilir, güvenli, hasta tarafından tercih edilebilir olmasına rağmen yaygın kullanımı için daha zamana ihtiyaç var gibi görülmektedir. Bu konuda daha çok prospektif ve randomize çalışmalar gerekliliği kanısını taşımaktayız.

Anahtar Kelimeler: SILS kolesistektomi zorlukları faydaları

P 13

BİR YILDA LAPAROSKOPIK PANKREAS CERRAHİSİ DENEYİMİMİZ: EGE ÜNİVERSİTESİ

A. UĞUZ, B. GÜRCÜ, A. ÇOKER

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Laparoskopik cerrahi günümüzde genel cerrahinin her alanında yer bulmaya başlamıştır. gerek anatomik varyasyonlar gerek ise retroperitoneal yerleşim yeri nedeniyle solid organ cerrahisi olarak pankreas laparoskopik cerrahinin en zorlandığı vakaları olmuştur. biz 2008 yılında yapılan laparoskopik pankreas uygulamalarımızı sunacağız. 2008 yılında toplam 4 olguya laparoskopik başlanan ve tamamlanan girişim uygulandı. 2 olgu erkek 2 olgu bayandı. yaş ortalaması 61,5 (52-75) idi. tüm olguların preoperatif lezyonları 1 cm küçük ve pankreas ön yüzünde yer almaktaydı. sonuç olarak gelişen teknoloji ile laparoskopik pankreas cerrahisi, daha kolay uygulanabilir bir minimal invaziv cerrahi tipi olabilir. Henüz altın standart olmasa bile yakın gelecekte açık cerrahi ile eşit morbidite oranlarına sahip olarak rekabet edebilir.

Anahtar Kelimeler: pankreas laparoskopik

P 14

LAPAROSKOPİK OLARAK TEDAVİ ETTİĞİMİZ SOLİTER ÇEKAL DİVERTİKÜLİT DENEYİMİMİZ

H. ALTUN, B. MANTOĞLU, M. OKUDUCU, K. MEMİŞOĞLU

İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Giriş: Soliter çekal divertikül kolonun benign bir hastalığı olup, batı toplumunda 300 apendektomide 1 sıklıkta rastlandığı rapor edilmiştir. Soliter çekal divertiküllerin etyolojisi tam aydınlatılmamış olmasına rağmen genellikle konjenital orjinli olup, kolonun tüm katlarını içeren gerçek divertiküllerdir.

Vaka sunumu: 21 yaşında bayan hasta acil servisimize sağ alt kadranda ağrısı bulantı ve kusma nedeni ile başvurdu. Preoperatif olarak akut apandisit düşünülen hastaya diagnostik laparoskopi planlandı, fakat operasyon sırasında çekumda inflame yaklaşık 3-4 cm boyutlarında kitle görüldü ve malignite ayırımı yapılamadığı için hastaya laparoskopik sağ hemikolektomi yapıldı. Hasta post op. 5. gün şikayetsiz bir şekilde taburcu edildi.

Sonuç: Sağ alt kadranda ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda çekal divertikülit tanısının düşünülmesi ve bu tanıyı koymanın gelişmiş radyolojik tekniklere rağmen zorluğunu, bu tür hastalarda tanı ve tedavi yöntemi olarak laparoskopik tekniklerini kullanılmasının yararlı olacağını düşünmekteyiz.

P 15

TEK TARAFILY VE BİLATERAL İNGUİNAL HERNİLERDE TEP YÖNTEMİNİN ETKİNLİĞİ

B. ÇİTGEZ, G. YETKİN, M. ULUDAĞ, S. KARAKOÇ, İ. AKGÜN, F. FERHATOĞLU

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği Genel Cerrahi

Amaç: İnguinal Herni onarımında Laparoskopik yöntemler gittikçe daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. Özellikle bilateral inguinal hernilerde laparoskopik onarım yöntemlerin artan sıklıkla uygulandığı gözlenmektedir. Çalışmamızda bilateral inguinal herni onarımında laparoskopik yöntemin etkinliğini sunmayı amaçladık.

Yöntem: 01.09.07-01.09.09 tarihleri arasında inguinal herni tanısıyla kliniğimizde Total Extraperitoneal (TEP) yöntemi ile opere edilen 96 olgu çalışmaya alındı. Olguların dosyaları taranarak demografik özellikleri, ameliyat süresi, perioperatif ve postoperatif komplikasyonları, Vizual Analog Skalasına (VAS) göre hesaplanmış postoperatif 24.saat ağrı dereceleri retrospektif olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Olguların 74'ü tek taraflı herni, 22'si bilateral herniydi ve hepsine laparoskopik fitk onarımı (TEP) yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 54.6 (22-66) idi. Tek taraflı hernilerin 50'ü sağ, 24'ü sol tarafta idi. 49'u indirekt, 25'i direkt herni idi. Ortalama ameliyat süresi tek taraflı onarımda 42 dakika, bilateral onarımda 52 dakika olarak bulundu ve istatistiki olarak fark bulunmadı ($p<0.05$). Hastanede kalış süresi tek taraflı grupta 1.8 (1-3) gün, çift taraflıda 2 (1-3) gün olarak hesaplandı. Operasyon sonrası tek taraflı onarımda 4 olguda yama alanında hematoma, çift taraflı onarımda da 2 olguda hematoma gelişti. Tek taraflı onarımda ortalama ağrı derecesi 1,5 (0-5) iken, bilateral onarımda ağrı derecesi 1,7 (0-5) bulundu. Komplikasyon gelişimi açısından her iki grupta da anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Laparoskopik onarımın özellikle bilateral inguinal hernisi olan olgularında daha sık kullanıldığı dikkat çekmektedir. TEP'in bilateral inguinal herni onarımında, tek taraflı onarımla karşılaştırıldığında yatış süresi ve komplikasyon oranını arttırmaması nedeniyle güvenli bir şekilde kullanılabilirliği düşüncesindeyiz.

P 16

İATROJENİK SAFRA YOLU YARALANMALARINDA LAPAROSKOPİK T-TÜP UYGULAMALARIMIZ

Y. YÜKSEL, B. DİNÇ, A. DİNÇKAN, B. ÖZCAN, A. GÜRKAN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kolesistektomiye (LC) bağlı safra yolu yaralanmaları ciddi mortalite ve morbidite ile sonuçlanmaktadır. Safra yolu yaralanmalarından sonra uygulanan cerrahi girişimler nedeni ile morbiditenin artış göstermesi, endoskopik ve laparoskopik uygulamaları gündeme getirmiştir. Bu çalışmada LC sonrası gelişen safra yolu yaralanmalarında uyguladığımız koledokotomi ve T-tüp drenaj (KTD) yöntemi tartışılmıştır.

Olgu Sunumu: Vaka I: 22 yaşında bayan hasta, kolelithiyasiz nedeni ile LC uygulandıktan sonra peritonit bulgularının gelişmesi üzerine hospitalize edildi. Abdominal ultrasonografide (USG) karaciğer etrafında serbest sıvı saptanması üzerine tanısal laparoskopi yapıldı. Amsterdam Kriterlerine göre Tip B koledok yaralanması ve buradan olan safra kaçağı gözlendi. Laparoskopik KTD uygulandı. Postoperatif şikâyetleri gerileyen hastanın 21 gün sonra yapılan t-tüp kolanjiografi sonrası kaçak olmaması üzerine T-tüp çekildi. Vaka II: 60 yaşında erkek hasta 15 gün önce kolelithiyasiz nedeni ile uygulanan LC' nin ardından, postoperatif dönemde peritonit gelişmesi üzerine muhtemel safra yolu yaralanması ön tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Abdominal USG' de batın içinde serbest sıvı saptanması üzerine tanısal laparoskopi yapıldı. Batın bol miktarda serbest safra ve Amsterdam Kriterlerine göre Tip B koledok yaralanması tespit edildi. Laparoskopik KTD uygulandı. Postoperatif şikâyeti olmayan hastanın 41. gün T-tüp drenajı çekildi.

Sonuç: LC safra kesesi cerrahisinde sık kullanılan bir uygulama olmasına rağmen % 2-11 komplikasyon riski vardır. LC'de safra yolu yaralanmaları %0,8-%1,4 arasında görülmektedir. Tedavi için yapılan ek cerrahi müdahaleler mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır. Bu çalışmada LC' ye bağlı safra yolu yaralanması olan ve laparoskopik KTD uygulanan iki hasta sunulmuştur. Sonuçlar başarılı olmuş hastalarda ek bir morbidite görülmemiştir. LC sonrası laparoskopik KTD uygulaması seçilmiş vakalarda düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi koledok yaralanması koledokotomi

P 17

ENDOSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİLERDE HEM-LOK KLİPLERİN GÜVENİLİRLİĞİ

N. AY*, B. DİNÇ*, V. T. YILMAZ**, Y. YÜKSEL*, A. DİNÇKAN*, A. GÜRKAN*

* Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi
** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Nefroloji

Giriş: Donör nefrektomilerde, vasküler kontrol amacıyla hem-o-lok (polymer) klipler uzun süredir kullanılmaktadır. Ancak son yıllarda, kliplerin yerinden ayrılması sonucu donör kayıplarının bildirilmesi nedeniyle, hem-o-lok klip kullanımının güvenilirliği sorgulanmaktadır. Çalışmamızda endoskopik donör nefrektomilerde hem-o-lok klip kullanımının güvenilirliği değerlendirilmiştir.

Hasta ve metod: Mayıs 2006-Ağustos 2009 tarihleri arasında merkezimizde uygulanan transabdominal laparoskopik donör nefrektomi (TLN) ile retroperitonoskopik donör nefrektomi'den (RPN) oluşan 85 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Ortalama donör yaşı 38.44 + 10.95 (19-60)'idi. Renal pedikülde vasküler kontrol hem-o-lok klipler ile sağlandı. Renal arterler için large klipten, renal ven için ise x-large klipten 2'şer adet kullanıldı. Kliplerin kullanımı esnasında, damar duvarı dışında araya doku girmemesine, her iki klip arasında 1-2 mm mesafe olmasına dikkat edildi. Kliplerin güvenli konulduğundan emin olmak için, vasküler yapılar tekrar kontrol edildi. Takiben klip konulan bölgenin 2 mm distalinden vasküler yapılar eksize edilerek, nefrektomi tamamlandı.

Sonuç: Olguların 59'una TLN, 26'sına ise RPN uygulandı. TLN uygulanan olguların 4'ünde, RPN uygulanan olguların 3'ünde 2 arter mevcuttu. Sağ TLN 4 olguda, sağ RPN ise 2 olguda uygulandı. Tüm olgularda renal ven birer adetti. EDN yapılan 5 olguya, vasküler yapıların çevre dokudan diseksiyonunda yetersizlik nedeni ile konversiyon uygulandı. Konversiyon uygulanan olguların 3'ü sol TLN, 1'i sol RPN ve diğeri sağ RPN idi. Her iki yöntemle nefrektomi uyguladığımız hiçbir olguda, intraoperatif, perioperatif ve postoperatif dönemde hem-o-lok klip ayrışmasına bağlı kanama veya donör kaybı gözlenmedi.

Tartışma: Endoskopik donör nefrektomilerde vasküler kontrol için kullanılan hem-o-lok klip tekniğinin basit ve güvenilir bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Hem-o-lok klip nefrektomi donör güvenilirlik

P 18

LAPAROSKOPİK İNGUİNAL HERNİ ONARIMI DENEYİMİMİZ

C. KARA, S. YÜREKLİ, A. UĞUZ, A. EL, M. GÖL

Karşıyaka Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Bu çalışmayla inguinal hernilerin tedavisinde güncel yaklaşımlardan biri olan laparoskopik onarım ile ilgili deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2000 ile Ağustos 2009 tarihleri arasında opere edilip laparoskopik herni tamiri yapılan inguinal herni tanılı 119 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların 12' si kadın olmak üzere toplam 119 hastanın 53' üne total ekstraperitoneoskopik preperitoneal onarım tekniği (TEP), kalan 66 hastaya transabdominal preperitoneal fıtık onarımı (TAPP) uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 42.25 (21-62) idi. TEP uygulanan hastalardan 24' ünde sağ, 21' inde sol ve kalan sekiz hastada ise bilateral inguinal herni vardı. TAPP uygulanan hastaların ise 41' inde sağ, 22' inde sol ve kalan üç hastada ise bilateral inguinal herni vardı. İki bilateral olmak üzere toplam 13 hastada nüks inguinal herni mevcuttu. TEP yapılan hastaların ise beş tanesinde yüksek spinal anestezi uygulanmış olup, diğer tüm vakalar genel anestezi altında gerçekleştirildi. TEP yapılan beş hastada, TAPP yapılan altı hastada işlem laparoskopik tamamlanamayarak açığa geçildi. Açığa geçilen vakaların yedi tanesi nüks vakalar idi. Her iki grupta en önemli erken komplikasyon hematomdu. TEP yapılan dört hastada, TAPP yapılan üç hastada hematoma görüldü. Müdahaleye gerek kalmadan spontan rezorbe oldu. Yine TEP yapılan iki, TAPP yapılan üç hastada da seroma gelişti. Hepsinde iğne ponksiyon ile seroma drene edildi. Mortalite görülmedi. Hastanede yatış süresi ortalama 1.7 gün idi.

Sonuç: Inguinal herni onarımında laparoskopi güvenle kullanılabilen bir yöntemdir. Deneyimin artmasıyla hem operasyon süresi önemli ölçüde azalmakta, hem de açığa geçiş daha az olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi inguinal herni

P 19

LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ, SPLENEKTOMİ VE SAĞ SÜRRENALEKTOMİ

M. M. ÖZMEN, H. DİZEN, C. İ. BİLGİÇ, E. DİLEKTAŞLI, E. GÜNDOĞDU, M. MORAN

Ankara Numune EAH, 7. Cerrahi Kliniği

GİRİŞ ve AMAÇ: Ailevi feokromasitoma genetik olarak baskın olarak geçiş gösteren nadir bir hastalıktır. Bu hastalık sıklıkla diğer endokrin sistem hastalıkları ile birlikte görülür. Eşlik eden diğer neoplazilerle eş zamanlı olarak laparoskopik yöntemle tedavisine dair literatürde herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Bu bildiri ailesel feokromasitoma ve pankreasta kitle tanısı alan ve tek seansta laparoskopik olarak sağ sürrenalektomi, distal pankreatektomi ve splenektomi uygulanan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 55 yaşında karın ağrısı, kontrolsüz hipertansiyon şikâyeti ile başvuran kadın hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus dışında bir özellik yoktu ancak aile hikâyesinde oğlunda opere bilateral feokromasitoma, baba ve dedesinde erken yaşta ani ölüm hikâyesi mevcuttu. Hastanın görüntüleme tetkiklerinde pankreas distal kesiminde 40x75 mm çapında ve sağ sürrenalde 20x25x22 mm çapında kitle saptandı. Multiple endokrin neoplazi araştırması yapılan hastanın kan ve tükürük kortizol düzeyleri, 2 mg deksametazon süpresyon testi, ayakta ve yatarak renin-aldosteron düzeyleri, ön hipofiz hormonları ve 3 gün VMA diyeti sonrası 24 saatlik idrarda katekolamin düzeyleri normal sınırlarda saptandı. Uyarılmış kalsitonin testinde kalsitonin ve gastrin düzeyi normal sınırlardaydı. Yapılan ultrasonografi ve sintigrafi incelemelerinde paratiroid patolojisine rastlanmadı. Hasta operasyona alınarak 4 trokar ile laparoskopik olarak pankreas kuyruğu ve dalak serbestleştirilerek endovasküler stepler yardımı ile distal pankreatektomi ve splenektomi yapıldı. Ardından hasta sol flank pozisyonuna getirilerek 3 trokarla sağ sürrenalektomi gerçekleştirildi. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta 4 gün sonra taburcu edildi. Çıkarılan materyalin patolojik incelemesinde pankreasta mikrokistik seröz kistadenoma, feokromasitoma olarak geldi. Hastanın yakınları tarandığında oğlunda nüks feokromasitoma ve pankreasta malign kitle ve diğer 6 aile üyesinde feokromasitoma ve bazılarında pankreas lezyonları saptandı.

SONUÇ: Pankreas kitlelerinde laparoskopik cerrahi deneyimli ekipler tarafından güvenle uygulanabilir ve aynı seansta birden fazla

abdominal kompartmanı ilgilendiren laparoskopik işlemler ek morbidite oluşturmaksızın gerçekleştirilebilir.

P 20

AKUT KOLESİSTİTTE LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ ZAMANLAMASI

S. YÜKSEKDAĞ*, G. BAŞ*, İ. OKAN*, O. ALİMOĞLU*, A. KARAKELLEOĞLU*, A. AKÇAKAYA*, C. ÇAKIR*, M. ŞAHİN**

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Günümüzde akut kolesistitlerde laparoskopik kolesistektominin (LK) zamanlaması hala tartışmalı bir konudur. Çalışmamızın amacı; akut kolesistitli hastalarda semptomların başlamasından ameliyata kadar geçen sürenin sonuçlara etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak 2007-Haziran 2009 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve akut kolesistit tanısıyla acil LK yapılan hastalar alındı. Çalışmaya alınmama kriterleri; komorbid hastalıklarının olması (ASA 4 hastalar), yaygın peritonit bulgularının olması, bilirubin yüksekliği, pankreatit, hastanın cerrahi reddetmesi ve gebelik olarak belirlendi. Hastalar semptomların başlama zamanından, ameliyata alınma zamanına kadar geçen süre esas alınarak üç gruba ayrıldı. Semptom başlangıcından sonraki ilk 3 günde ameliyat edilen hastalar Grup 1, 4-7. günde ameliyat edilen hastalar Grup 2 ve 7. günden sonra ameliyat edilen hastalar Grup 3 olarak sınıflandırıldı. Her üç gruptaki hastalar; yaş, cins, hastaneye başvuru ile ameliyata alınma arasında geçen süre, ameliyat süresi, organların safra kesesine yapışıklık skorları, perforasyon, kanama, safra yolu yaralanması, açığa dönme oranları, hastanede yatış süresi, morbidite, mortalite, safra kültür sonuçları ve histopatolojik değerlendirme parametreleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Grup 1'de 18, Grup 2'de 20, Grup 3'de 8 olmak üzere toplam 46 hasta çalışmaya alındı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, ameliyata alınma süreleri açısından fark saptanmadı. Grup 1'deki hastaların ameliyat ve hastanede yatış süresi anlamlı olarak daha kısa, açığa dönme oranlarının daha düşük bulundu. Dört ila yedi gün arası ameliyat edilen hastaların hastanede yatış ve ameliyat süresi 7. günden sonra ameliyat edilen hastalara göre daha kısa bulundu.

Sonuç: Akut kolesistitli hastalarda ilk yedi günde LK güvenle uygulanabilir, 7. günden sonra rutin kullanımı için daha geniş serili prospektif çalışmalar gerekir.

P 21

İTP NEDENİYLE SPLENEKTOMİ SONRASI NÜKS GELİŞEN VAKALARDA LAPAROSKOPIK AKSESUAR SPLENEKTOMİ: VAKA TAKDİMİ

G. BAŞ*, İ. OKAN*, O. ALİMOĞLU*, A. KARAKELLEOĞLU*, C. ÇAKIR*, A. AKÇAKAYA*, M. ŞAHİN**

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği

** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik splenektomi günümüzde İTP nin tedavisinde en etkili yöntemdir. Bu ameliyat sonrası karşılaşılan en sık problem aksesuar dalaktır. Literatürde açık ve laparoskopik splenektomi sonrası benzer rekürren İTP oranları bildirilmiştir. Burada İTP nedeniyle splenektomi sonrası aksesuar dalağa bağlı rekürrens görülen ve laparoskopik aksesuar splenektomi (LAS) uygulanan 3 vakayı sunmayı amaçladık. Vaka sunumları: Vaka 1: 18 erkek hasta İTP nedeniyle açık splenektomi sonrası 36. ayda semptomatik rekürren trombositopeni ile başvurdu. Yapılan Technesium 99 m dalak sintigrafisi ve üst karın BT'sinde sol üst kadranda 2 adet aksesuar dalak tespit edildi. Hastaya LAS uygulandı. Perioperatif komplikasyon gelişmeyen hastanın 27'lik ayda takiplerinde sorun saptanmadı. Vaka 2: 28 yaşında kadın hasta İTP nedeniyle laparoskopik splenektomi yapılmasından 4 ay sonra semptomatik rekürren trombositopeni ile başvurdu. Yapılan Technesium 99 m dalak sintigrafisi çalışmasında splenik hilus bölgesinde aksesuar dalak tespit edildi. Medikal tedaviye yanıt alınamayan hastaya LAS uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen 26 aylık takiplerinde problem gelişmedi. Vaka 3: 45 yaşında kadın hasta İTP nedeniyle açık splenektomi yapılmasından 8 yıl sonra semptomatik rekürren trombositopeni ile başvurdu. Yapılan Technesium 99 m dalak sintigrafisi ve üst karın BT çalışmasında 3 farklı alanda aksesuar dalak ile uyumlu lezyonlar tespit edildi. Bu hastada 2 adet aksesuar dalak laparoskopik olarak çıkarıldı ancak sol diyafragma bölgesindeki aksesuar dalağa ulaşamadı ve açığa dönülerek aksesuar splenektomi yapıldı. **Sonuç:** İTP nedeniyle splenektomi yapılmış

hastalarda gelişen nüks vakalarında LAS güvenle uygulanabilmektedir. Buna rağmen ilk ameliyatta aksesuar dalak varlığının titizlikle araştırılması ve materyalin karın dışına çıkarılırken ekim yapılmaması önemle vurgulanmalıdır.

P 22

PEPTİK ÜLSER PERFORASYONLARINDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

C. ÇAKIR*, İ. OKAN*, G. BAŞ*, A. KARAKELLEOĞLU*, B. YILMAZ*, A. AKÇAKAYA*, M. ŞAHİN**

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Giriş: Peptik ülser perforasyonları genel cerrahi alanında en sık karşılaşılan ve acil cerrahi girişim gerektiren hastalıklardandır. Minimal invaziv tekniklerin gelişmesi ile birlikte peptik ülser perforasyonunda laparoskopik onarım başarıyla yapılmaya başlanmıştır.

Yöntem: Şubat 2008 ile Eylül 2009 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 7 hastaya peptik ülser perforasyonu tanısıyla laparoskopik peptik ülser onarımı ameliyatı uygulandı. Umblikus altından yapılan insizyonla kamera trokarı yerleştirilerek batın eksplere edildikten sonra her iki midklavikuler hattın umblikustan geçen transvers çizgi ile kesiştiği noktadan bir adet 5 mm lik ve bir adet 10 mm lik trokarlar yerleştirildi. Gerek duyulduğunda ksifoid altından bir adet 10 mm lik trokardan yerleştirilen ekartör ile karaciğer ekarte edildi. Ters trendelenburg pozisyonunda perforasyon yerine 2/0 ipek sütün geçilerek rafi uygulandı. Batın serum fizyolojikle irrigate edildikten sonra Morrison poşuna bir adet silikon dren yerleştirilerek ameliyat sonlandırıldı.

Bulgular: Hastaların tümü erkekti. Ortalama yaş 27.4 (18-43) olarak tespit edildi. Ortalama ameliyat süresi 79.2 (60-120) dakika olarak bulundu. Peroperatif komplikasyon gelişmedi. Ortalama yatış süresi 5.4 (4-11) gün olarak tespit edildi. Bir hastada postoperatif dönemde subhepatik abse gelişti, yapılan perkutan drenajla başarıyla tedavi edildi. Mortalite saptanmadı. Hastaların takiplerinde ek sorun gözlenmedi.

Sonuç: Peptik ülser perforasyonlarında laparoskopik cerrahi güvenli bir şekilde uygulanabilir. Rutin kullanıma girmesi için prospektif randomize kontrollü çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: peptik ülser perforasyonu laparoskopik rafi

P 23

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ KLİNİĞİNDE UYGULANAN AÇIK VE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

D. ALBAYRAK*, A. C. İBİŞ**, A. R. HATİPOĞLU**, Z. HOŞÇOŞKUN**

* Kızıltepe Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
** Trakya Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda; kliniğimizde kolesistektomi uyguladığımız olguların morbidite ve mortalite oranlarının belirlenmesi ve mortalite ve morbiditeye etkisi olan faktörlerin ortaya konulması ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2002 ve Haziran 2008 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı kliniğinde kolesistektomi uygulanan 802 (511 kadın, 291 erkek; ort. yaş 54,4; dağılım 14-89) hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalar uygulanan ameliyat tekniğine göre laparoskopik kolesistektomi uygulananlar (Grup I) ve açık kolesistektomi uygulananlar (Grup II) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Grup I' de toplam 483, Grup II' de ise 319 hasta mevcuttu.

Bulgular: Grup I'deki hastaların 24 (% 5)'ünde çeşitli nedenlerle açığa geçildi. Açığa geçilme nedenleri içerisinde yapışıklıklar (% 4) ilk sırayı almaktaydı. Gruplar arasında ağrı kesici gereksinimi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). Gruplar arasında hastanede kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı (p<0,05). Öğretim üyeleri ve 4. 5. yıl asistanları tarafından gerçekleştirilen ameliyatlar arasında açığa geçilme oranları ve hastanede kalış süreleri açısından fark olduğu saptandı (p<0,05). Aspartat aminotransferaz değeri yüksek olarak tespit edilen hastaların postoperatif komplikasyon oranlarının daha yüksek olduğu saptandı (p<0,05). Akut kolesistit hecmesi geçiren hastaların açığa geçilme ve peroperatuvar komplikasyon oranları daha yüksek olarak tespit edildi (p<0,05).

Sonuç: Açığa geçilme oranlarının operasyonu yapan kişinin cerrahi deneyimi ile yakından ilişkili olduğunu ve deneyim arttıkça açığa geçilme oranının azalacağını düşünüyoruz. Laparoskopik konusunda deneyim kazanmamızın yanı sıra kullanılan el aletleri ve videoskopik cihazlardaki teknolojik gelişmelerinde peroperatuvar

komplikasyon oranlarındaki gerilemede etkili olduğu kanaatindeyiz.

P 24

LAPAROSKOPİK NİSSEN OLGULARIMIZ AMELİYAT SONRASI 2. AYDA DİSFAJİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ:

F. CELAYİR*, M. KÖKSAL*, S. YILDIRIM*, K. BULUT*, A. BAYKAN*

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: 2007-2008 yılları arasında Şişli Etfal 1.Genel Cerrahi Kliniğinde elektif olarak ameliyat ettiğimiz 10 laparoskopik nissen funduplikasyonlu hasta retrograd olarak ameliyattan sonraki 2.ayda disfaji sıklığı ve ağırlığı yönünden incelendi.

Gereç ve yöntem: 2 si kadın toplam 10 hasta post operatif 2. ayda kontrol amaçlı çağrıldı. 10 hastanın altısı eskiye göre daha iyi olduklarını, yanma ve ekşime gibi şikayetlerinin gerilediğini yutmada bir zorluk duymadıklarını ifade ettiler.4 hasta yutmada zorluk çektiklerini ama bunu tolere edebildiklerini belirttiler.Disfaji derecesi görsel bir skala ile belirlendi. Ameliyattan önce disfaji şikayeti olan hastamız yoktu.

Bulgular: Hastaların hepsine endoskopi yapıldı. Endoskopide retrograd inceleme ile hiatusun tam kapandığı yutma güçlüğü olan hastalarda bile bir darlık söz konusu olmadığı gözlemlendi. Yutma güçlüğü ifade eden 4 hastanın ameliyatın ilk 2 haftasında daha belirgin olan yutma güçlüğünün, zamanla azaldığını, sıklık ve derecesinin günden birden az ve sıvı alımı ile tolere edilebilir olduğunu söylediler. Görsel skala da disfaji derecesi 3-5 arası değişiyordu.

Sonuç: Laparoskopik Nissen ameliyatı gastroözafajial reflü hastalığının cerrahi tedavisinde altın standarttır.Ameliyattan sonra görülen disfaji funduplikasyonun dar olduğu hastalarda görülebilir ve balon dilatasyonu gibi endoskopik girişimlerle aşılabilir. Bizim hastalarımızda darlık olmadan ve zamanla azalan disfaji şikayetleri ise bir komplikasyon değil, literatürde de görülebilen ve ameliyatın normal iyleşme süresine bağlı olduğu düşünülen semptomlar olarak değerlendirilmiştir.

P 25

SAĞ ELLİ CERRAH İLE SİTUS İNVERSUS TOTALİSLİ HASTADA LAPAROSKOPİK KOLE-SİSTEKTOMİ

F. ERSÖZ*, D. ALTINOK*, H. BEKTAŞ*, O. KOÇ*, Ö. ÖZCAN*, M.E. GÜNEŞ*, N. GÖZCÜ*

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Safra kesesi ameliyatını laparoskopik yöntem ile yapmak altın standart olarak kabul edilmektedir. Yaklaşık 1/10000 oranında görülen situs inversus totalisli hastalarda da laparoskopik kolesistektomi kontraendikasyon olmamakla beraber portlar ayna görüntüsünde yerleştirildiği zaman sağ eli cerrahlar için tehlikeli olabilir. Biz bu amaçla sağ eli cerrahların daha iyi orientasyon sağlaması için port yerleşiminde modifikasyon yaptık.

Yöntem:Situs inversus totalisli olduğu bilinen 56 yaşındaki bir erkek hasta taşlı kolesistit nedeniyle ameliyat edilmek üzere servisimize yatırıldı. Genel anestezi altında subksifoid bölgeden yerleştirilecek 10mm lik port epigastriumdan yerleştirildi. Diğer üç port geleneksel metodun ayna görüntüsünde yerleştirildi. Monitör hastanın sol omuz kısmına konumlandırıldı. Sağ eli cerrah hastanın sağ kısmına, kamerayı tutacak 1. asistan cerrahın sağ kısmında, 2. asistan hastanın solunda fundus retraksiyonu için pozisyon aldılar. Cerrah epigastrik porttan sağ eliyle diseksiyonu ve klipsleri koydu. Tüm ameliyat için standart reasuble laparoskopik enstürümanlar kullanıldı. Safra kesesi epigasrik porttan karın dışına alındı.

Bulgular: Ameliyat ek port yerleştirmeksizin tamamlandı. Ameliyat süresi 50 dk sürdü. Hasta 1 gün hastanede tutuldu. Ameliyata bağlı komplikasyon oluşmadı.

Sonuç: Situs inversus totalisli hastalarda laparoskopik kolesistektomi sağ eli cerrah ile subksifoid portun epigastriumdan yerleştirilmesi ile daha kolay yapılır ve orientasyondan dolayı olabilecek tehlikeleri önler.

Anahtar Kelimeler: Situs inversus totalis laparoskopik kolesistektomi teknik

P 26

AYNI CERRAHİ EKİP TARAFINDAN YAPILAN AÇIK KOLESİSTEKTOMİLERLE İLK LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

G. ÇİPE, M. KARAKAYA

Dr. Hulusi Alataş Elmadağ Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

AMAÇ Video-laparoskopik sistemin olmaması nedeniyle açık kolesistektomi (AK) yapılan merkezimizde, sistemin alınmasıyla laparoskopik kolesistektomi (LK) yapılmaya başlanmıştır. Laparoskopik cerrahi eğitimi almış ancak uzun süredir uygulayamayan cerrah ve laparoskopik cerrahi deneyimi olmayan ameliyathane personeli ile yapılan ilk LK ameliyatlarının, aynı cerrahi ekip tarafından yapılmış olan AK ameliyatlarına üstünlüğünün olup olmadığı araştırılmıştır.

YÖNTEM Ocak-Mayıs 2008 tarihleri arasında yapılan son 25 AK ameliyatı ile Haziran-Ağustos 2008 tarihleri arasında yapılan ilk 25 LK ameliyatı karşılaştırıldı. Hasta dosyaları incelenerek hastaların demografik özellikleri, ameliyat süreleri, hastanede yatış süreleri ve postoperatif komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR Her iki grupta da 3 erkek, 22 kadın hasta mevcuttu. LK grubunun yaş ortalaması (46.7 ± 14 yaş) ile, AK grubunun yaş ortalaması (49.6 ± 11 yaş) arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.42$). LK grubunun ortalama ameliyat süresi (73.4 ± 22 dk) ve hastanede yatış süresi (1.3 ± 0.7 gün) AK grubuna göre (sırasıyla 101.4 ± 34 dk, 4.5 ± 2.3 gün) anlamlı olarak daha kısaydı ($p<0.001$). Postoperatif komplikasyon AK yapılan hastalarda daha çok görülmekle birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0.22$). Yapılan ilk 12 LK ile sonraki 13 LK ameliyat süreleri karşılaştırıldığında (sırasıyla 72.5 ± 20 dk, 74.2 ± 26 dk) anlamlı fark saptanmadı ($p=0.85$).

SONUÇ Merkezimizde yapılan LK ameliyatları ilk olmasına rağmen; ameliyat süresini, hasta yatış süresini ve postoperatif komplikasyonu azaltması nedeniyle AK ameliyatlarından üstün bulunmuştur. Laparoskopik cerrahi eğitimi almış bir cerrahın uzun bir süre (3.5 yıl) laparoskopik ameliyat yapmasa da bu bilgi ve becerisini güvenli ameliyat yapacak kadar koruyabildiği görülmüştür. Yapılan ilk laparoskopik ameliyatlara sonrakilerin ameliyat sürelerinde farklılık olmaması ve peroperatif komplikasyon görülmemesi yardımcı personelin öğrenme sürecinin ameliyat süresi ve güvenliğini etkilemediğini göstermiştir.

P 27

LIGASURE, ULTRACISION VE BAĞLAMA YÖNTEMİYLE SIÇANLARDA OMENTUM REZEKSİYONU SONRASI OLUŞAN İNTRAPERİTONEAL ADEZYONLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

G. O. KÜÇÜK, M. ERTEM

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç Ligasure, Harmonic Scalpel ve bağlama yöntemiyle omentektomi sonrası intraabdominal adezyon oluşumunun gösterilmesi amacıyla yapılmıştır

Gereç ve yöntem Bu çalışmada 40 adet Wistar-Albino cinsi sıçan kullanıldı. Sıçanlar, randomize olarak 4 gruba ayrıldı. Grup A'da klasik bağlama yardımıyla, grup B'de Ligasure yardımıyla, grup C'de Harmonic Scalpel yardımıyla parsiyel omentektomi yapıldı. Kontrol grubu Grup D'de ise sadece laparotomi yapıldı. Rezeke edilen ilk parça aynı gün incelenerek lateral termal hasar ölçümü yapıldı. Geri kalan doku ise, 15 gün sonra rezeke edilip incelemek üzere bırakılıp, karın kapatıldı. Relaparotomi yapılarak makroskopik olarak adezyon oluşumu gözlemlendi. Geri kalan omentum dokusu, histopatolojik değişimi tespit etmek üzere rezeke edildi. Bu amaçla polimorf nüveli lökosit, mikroabse oluşumu, lenfosit infiltrasyonu, granülasyon dokusu oluşumu ve fibrozis incelendi.

Bulgular Harmonic Scalpel grubunda makroskopik adezyon skorunun Ligasure ve bağlama grubuna göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p<0.05$ ve $p<0.01$). Ligasure ve bağlama grubunun mikroskopik adezyon skorları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.01$). Lateral termal hasar, Ligasure grubunda daha yüksek bulundu. Fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Sonuç Harmonic Scalpel, daha az adezyona neden olmaktadır. Bu sonucun muhtemelen teknik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ligasure Ultracision Adezyon

P 28

HASTANEMİZİN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİ

H. H. EREM, Z. BAYHAN

Erzincan Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Erzincan Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde Şubat 2003 – eylül 2009 tarihleri arasında 65 hastaya ardışık olarak yapılan laparoskopik kolesistektomi operasyonlarının geriye dönük incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde yapılan laparoskopik operasyonların kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, tanı, açık ameliyata geçiş nedenleri analiz edildi.

Bulgular: Hastaların 46'sı (% 71,2) kadın, 19'u (% 28,8) erkek idi. Genel yaş ortalaması 37.1 ± 11.3

yıl, kadınların yaş ortalaması 37.8 ± 10.7 yıl ve erkeklerin yaş ortalaması 36 ± 12.9 yıldır. Toplam 65 vakanın 46'sı kolelityazis, 18'i akut taşlı kolesistit, 1'i safra kesesinde polip tanısıyla ameliyat edilmiştir. Bir vakada eş zamanlı umbilikal herni tamiri, diğer bir vakada da eş zamanlı sol noduler guatr nedeniyle sol lobektomi ameliyatları yapılmıştır. Açık ameliyata geçiş nedenleri; Yapışıklıklar (3 hasta), anatomik varyasyon nedeniyle koledok yaralanması (1 hasta), duktus sistikus kaçağı (1 hasta) olarak tespit edildi.

Sonuç: Kliniğimizde laparoskopik kolesistektomi operasyonu tüm hastalara öncelikli olarak önerilmiş ve hastanın tercihi de dikkate alınarak uygulanmıştır. Vaka sayısı az olmakla birlikte ileri yaş ve yapışıklıklar açık ameliyata geçişteki en önemli faktörler olarak saptandı.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi kolesistektomi açık ameliyat

P 29

MINİMAL İNVAZİV CERRAHİDE NANOTEKNOLOJİ VE NANOMALZEMELER

H. H. EREM*, A. DURAL EREM**

* Erzincan Asker Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
** İTÜ Tekstil Teknolojileri ve Tasarımı Fakültesi, Tekstil Mühendisliği

Amaç: Nanoteknoloji ve nanomalzemelerin minimal invaziv cerrahideki kullanım alanlarını, ileride neleri değiştirebileceğini ve nelere umut olabileceğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Medline literatürü nanoteknoloji ve nanomalzemelerle ilgili makaleler referansları ile birlikte detaylı olarak incelendi.

Bulgular: Nanoteknoloji bilimin bütün dallarında (özellikle fizik, kimya, biyoloji, mühendislik ve tıp gibi) kullanılan ve birbirini etkileyerek geliştiren disiplinler arası bir çalışma alanıdır. Nanoteknolojinin tıpta hem tanı hem de tedavi amacıyla kullanılmasına yönelik çok yoğun araştırma ve geliştirme çalışmaları devam etmektedir. Minimal invaziv cerrahide femtosaniye lazer, nanokabuk partiküller, nanoatımlar, akıllı sensörler, antimikrobiyal nanokompozitler, yapay hücre ve organlar, nanorobotlar gibi nanoteknoloji ürünlerinin klinik kullanım potansiyeli yüksektir.

Sonuçlar: Nanoteknolojideki gelişmeler düşük maliyetli, lokal anestezi altında uygulanabilen (daha az ağrı ve daha iyi kozmetik sonuç ile) ayaktan minimal invaziv cerrahi tedaviye imkan verecektir.

Anahtar Kelimeler: nanoteknoloji nanomalzeme minimal invaziv cerrahi

P 30

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN ALKALEN REFLÜ GASTRİT VE İNTESTİNAL METAPLAZİ GELİŞİMİ ÜZERİNE ETKİSİ.

İ. ATAĞ*, K. ÖZDİL**, M. YÜCEL*, M. ÇALIŞKAN*, A. KILIÇ*, H. ERDEM*, O. ALİMOĞLU*

*Genel Cerrahi, Ümraniye Eğitim ve Hastanesi

**Gastroenteroloji, Ümraniye Eğitim ve Hastanesi

Amaç: Semptomatik safra kesesi taşları için altın standart olarak kabul edilen laparoskopik kolesistektomi sonrası duodenogastrik reflü gelişebilmektedir. Bu prospektif araştırmanın amacı kolesistektomi sonrası mide mukozasında endoskopik ve histopatolojik değişiklikleri değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya semptomatik safra kesesi taşı nedeniyle laparoskopik kolesistektomi yapılan 50 hasta alındı. Hastalara ameliyattan önce ve ameliyattan 6 ay sonra üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılarak açlık mide sıvısında safra varlığı ve mukozal değişiklikler araştırıldı. Antrum mukozasında ödem ve eritem varlığı gastrit olarak tanımlandı. Mide mukozasındaki histopatolojik değişiklikler ve H. Pylori varlığı için Sydney sınıflamasına göre toplam 5 adet biyopsi alındı. Mukozadaki foveolar hiperplazi, villiform transformasyonlar, glandlarda uzama, tortiozite, hiperselülerite, muskularis mukozadan mukozaya doğru kas liflerinde hipertrofi olması kimyasal gastrit (alkalen reflü gastrit) olarak tanımlandı. Ameliyat öncesi ve sonrası bulgular karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 11'i erkek, 39'u kadın olup yaş ortalamaları 45.18 ± 10.20 idi. Ameliyat öncesi ile karşılaştırıldığında endoskopik gastrit bulguları ($p=0.011$) ve açlık mide sıvısında safra varlığı ($p=0.001$) belirgin artmış olarak bulundu. Ameliyat öncesinde hiçbir hastada kimyasal gastrit yokken, sonrasında 3 hastada kimyasal gastrit tespit edildi ($p=0.250$). İntestinal metaplazi ameliyat öncesi 3, ameliyat sonrası 10 hastada ($p=0.065$), H.Pylori ise ameliyat öncesi 37, sonrası 30 hastada tespit edildi ($p=0.167$).

Sonuç: Kolesistektomiden altı ay sonra endoskopik gastrit bulguları ve açlık mide sıvısında safra artmış olarak tespit edildi. Mide mukozasında kimyasal gastrit ve intestinal metaplazideki artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. H.Pylori sıklığında değişiklik olmadı.

P 31

LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

C. VATANSEV, A. KARTAL, A. TEKİN, I. ECE

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Günümüzde seçilmiş olgularda açık adrenalectomi yerini laparoskopik adrenalectomiye bırakmış durumdadır. Laparoskopik adrenalectomi için retroperitoneal ve transperitoneal olmak üzere iki farklı yaklaşım mevcuttur. Çalışmamızda transperitoneal adrenalectomi uygulanan hastalar adrenal hastalığın tipi, operasyon süresi, kan kaybı, komplikasyonlar ve erken dönem takipleri yönünden retrospektif olarak incelendi.

Yöntem: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi servisinde 2004-2009 yılları arasında 4 Erkek 7 Kadın toplam 11 hastada transperitoneal adrenalectomi uygulandı. 1 olgu primer hiperaldosteronizm, 2 olgu Cushing hastalığı, 8 Olgu insidentelyoma nedeniyle opere edildi. 11 operasyonun 10 tanesi laparoskopik olarak tamamlandı. 1 hastada tümör boyutlarının tahmin edilenden büyük olması nedeniyle açık cerrahiye geçildi.

Bulgular: Ortalama ameliyat süresi 112 (70-245) dakika ve kan kaybı ortalama 100 (50-300) ml idi. Ortalama tümör boyutu 4.2 (3.5-6) cm olarak tespit edildi. Ortalama hastanede kalma süresi 5 (3-8) gün olarak bulundu. Hiçbir hastada komşu organ yaralanması ciddi boyutlarda kan kaybı olmadı.

Sonuç: Sonuç olarak transperitoneal laparoskopik adrenalectomi adrenal tümörlerde güvenle uygulanabilecek bir teknik olduğuna inanılmaktadır.

P 32

TEK KESİDEN ÇİFT PORT İLE LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

C. VATANSEV, I. ECE, G. ŞİMŞEK

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Günümüzde minimal invaziv cerrahiye hasta ve cerrahlar tarafından artan ilgi ile laparoskopik splenektomi (LS) hematolojik hastalıkların tedavisinde altın standart haline gelmiştir (1). Laparoskopik cerrahi deneyimin artması ve geliştirilen yeni damar mühürleme cihazları ile laparoskopik cerrahideki port sayısının azaltılması ve tek kesiden operasyonların gerçekleştirilmesi

gündeme gelmiştir (2). Bu çerçevede tek kesiden laparoskopik kolesistektomiden sonra tek kesiden çift port ile laparoskopik splenektomiye gerçekleştirmeyi planladık. İmmün trombositopenik purpura (ITP) tanısı ile hematoloji kliniğinde yaklaşık 1 yıldır tedavi gören 30, 33 ve 39 yaşındaki 3 bayan hasta splenektomi için hazırlandı. Göbekten yapılan ters U şeklindeki 2 cm'lik kesiden 2 adet 10 mm'lik trokar girildi. Dalak kranialden başlayıp kaudale doğru transparankimal üç adım devamlı 60 mm düz iğneli 0 no prolen sütürle karın duvarına asıldı. Damar mühürleme cihazı yardımıyla yapılan splenektomi sonrasında laparoskopik torba içine alınan dalak parçalanarak çıkartıldı. Benign hematolojik hastalıklarda altın standart olan LS yeterli cerrahi deneyim ve uygun enstruman seçimiyle tek insizyondan güvenli bir şekilde yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesi laparoskopik splenektomi çift port

P 33

KARACİĞER HİDATİK KİSTLERİNDE LAPAROSKOPİK PARSİYEL KİSTEKTOMİ

C. VATANSEV, A. KARTAL, A. TEKİN, I. ECE, Ş. TEKİN

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Karaciğer hidatik kisti endemik bölgelerde sık görülen bir hastalıktır. Kist boyutuna, cerrahın tecrübesine bağlı olarak çok çeşitli cerrahi prosedürler izlenebilir. Günümüzde karaciğer hidatik kisti tedavisinde laparoskopik yaklaşım giderek önem kazanmaktadır. Çalışmamızın amacı laparoskopik parsiyel kistektomi yapılan hastaların hastanede kalış süresi, postoperatif komplikasyonlar ve erken dönem takip sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde 2005-2009 yılları arasında ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile tanı konulan ve perkutan tedaviye uygun olmayan hidatik kisti bulunan 8'i kadın 4'ü erkek 12 hastaya laparoskopik cerrahi girişim yapıldı. Biri dışında kistler sağ lob lokalizasyonlu idi. Sağ lateral pozisyonda yatırılan bu hastalar üç yada en fazla dört trokarla çevre organlar hipertonic solusyona batırılmış rulo gazlarla korunduktan sonra kist içeriği hipertonic solusyonla irrige edildi. Endomakas ile oluşturulan pencereden kist içeriği tamamen aspire edildi

kalan kız vezikül parçaları endobag içine konularak çıkarıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 58 (45-72) olarak bulundu. Sağ loba'daki kistlerin 6'sı segment 6'da, 3'ü segment 6-7'de, 2'si segment 7'de yerleşmişti. Hastalara operasyon sonrası 20. saatte (12-24) oral gıda verildi. Karın içine yerleştirilen drenler ortalama 4. günde (3-9) çekildi. Hastalar ortalama 6 günde (4-12) taburcu edildi.

Sonuç: Postoperatif dönemde 1 hastada drenden safra gelmesi üzerine 4. günde endoskopik sfinkterotomi yapıldı ve safra kaçağı 8. günde kesildi. Çalışmada mortalite olmadı. Hastaların hiçbirinde cerrahi alan enfeksiyonu ve kist poşunda abse gelişmedi. Hastalar üç aylık albendazol tedavisi ile taburcu edildi. Ortalama 22 aylık takipte nüks saptanmadı. Sonuç olarak karaciğer hidatik kisti cerrahi tedavisinde uygun ekipmanla laparoskopik parsiyel kistektominin güvenle yapılabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer hidatik kisti laparoskopi parsiyel kistektomi

P 34

TEK KESİDEN ÇİFT PORT İLE LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİ

C. VATANSEV, İ. ECE, G. ŞİMŞEK

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Günümüzde minimal invaziv cerrahiye hasta ve cerrahlar tarafından artan ilgi ile laparoskopik splenektomi hemotolojik hastalıkların tedavisinde altın standart haline gelmiştir. Laparoskopik cerrahi deneyimin artması ve geliştirilen yeni damar mühürleme cihazları ile laparoskopik cerrahideki port sayısının azaltılması ve tek kesiden operasyonların gerçekleştirilmesi gündeme gelmiştir. Bu çerçevede tek kesiden laparoskopik kolesistektomiden sonra tek kesiden çift port ile laparoskopik splenektomiyi gerçekleştirmeyi planladık.

Yöntem: İmmün trombositopenik purpura tanısı ile hematoloji kliniğinde yaklaşık 1 yıldır tedavi gören 30, 33 ve 39 yaşındaki 3 bayan hasta splenektomi için hazırlandı. Göbekten yapılan ters U şeklindeki 2 cm'lik kesiden 2 adet 10 mm'lik trokar girildi. Dalak kranialden başlayıp kaudale doğru transparankimal üç adım devamlı 60 mm düz iğneli 0 no prolen suture ile karın duvarına asıldı. Damar mühürleme cihazı yardımıyla

yapılan splenektomi sonrasında laparoskopik torba içine alınan dalak parçalanarak çıkartıldı.

Bulgular: Her 3 olgudada sadece iki port kullanıldı. Ortalama 60 (45-75) dakikada tamamlanan operasyonlar sırasında ciddi kanama ve organ yaralanma şüphesi olmadı. Ortalama kan kaybı 50 ml (25-85ml) olarak tespit edildi. Hastaların 8 saat sonra nazogastrik sondası çıkartıldı, 12. saatte oral gıda başlandı ve 36 (24-48) saatte taburcu edildi.

Sonuç: Benign hematolojik hastalıklarda altın standart olan LS yeterli cerrahi deneyim ve uygun enstrüman seçimiyle tek insizyondan güvenli bir şekilde yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesi laparoskopik splenektomi çift port

Hastalara ait preoperatif ve postoperatif değerler

Yaş Cinsiyet	Preop Hb (gr/dl)	Postop Hb (gr/dl)	Preop Trombosit	Postop Trombosit	Operasyon süresi	Vücut Kitle İndeksi	Dalak Büyüklüğü (cm)
33/K	11.2	10.1	70	130	45	22	12
39/K	13.5	11.2	32	96	75	32	13
30/K	12.0	11.2	48	102	60	26	11

P 35

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ

O. ALİMOĞLU, K. TEKESİN, İ. ATAĞ, M. ÖZBAĞRIÇIK, M. ÇALIŞKAN, İ. E. SUBAŞI

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

AMAÇ: Robot yardımcı laparoskopik girişim en gelişmiş minimal invazif yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada robot [da Vinci S® Cerrahi Sistemi (Intuitive Surgical, Sunnyvale, ABD)] yardımcı laparoskopik kolesistektomi uygulanan bir olgunun sunumu amaçlandı.

OLGU: Kırk iki yaşında kronik taşlı kolesistit tanısı konan kadın hastanın aydınlatılmış onamı alınarak robot yardımcı laparoskopik kolesistektomi planlandı. Cerrahi sırasında hastaya ters Trendelenburg ve sol yana yatırılarak pozisyon verildi. Bir adet 12 mm'lik kamera trokarı, 2 adet 8 mm'lik robotik kollar için trokarlar, 1 adet 10 mm'lik assist port trokarı olmak üzere, toplam 4 adet trokar karına yerleştirildi. Robotun hasta ünitesi (patient side-cart) hastanın sağ üst kısmından gelecek şekilde 3 kol kullanılmak üzere ameliyat pozisyonuna getirilerek kenetlenme (docking)

işlemi yapıldı. Cerrah aynı odada yerleştirilen konsolda, robot yardımlı işlemi gerçekleştirdi. Duktus sistikus ve arteria sistikus ayrı ayrı hazırlandı, kliplendi ve kesildi. Safra kesesi karaciğer yatağından ayrılarak 10 mm'lik assist porttan çıkartıldı. 10 mm ve 12 mm'lik port yeri fasiyaları onarıldı ve ameliyat sonlandırıldı. Robotun kurulum süresi 25 dakika iken, kolesistektomi 75 dakika sürdü. Perioperatif komplikasyon gelişmeyen hasta, 2.gün şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Semptomatik safra kesesi taşlarının cerrahi tedavisinde robot yardımlı laparoskopik kolesistektomi güvenle uygulanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Robotik cerrahi kolesistektomi

P 36

İNSİZYONEL HERNİLERDE LAPAROSKOPIK İNTRAPERİTONEAL MESH UYGULAMALARIMIZ

M. ALTINTAŞ*, N. BİLDİK*, H. EKİNCİ*, A. ÇEVİK*, G. DALKILIÇ*, C. ULUBEY*, Y. ÖZCABI*

Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi

GİRİŞ ve AMAÇ: İnsizyonel herniler batin ameliyatlarından sonra uzun dönemde sık görülebilen patolojilerden birisidir.Bu hernilerin onarımında prostetik meshlerin kullanıma sunulması ve gerginlik olmadan defektin kapatılmasını sağlaması nüks oranlarını oldukça azaltmıştır. Son yıllarda laparoskopik teknikler cerrahi tedavide klasik cerrahiye önemli bir alternatif olmuştur.Bizde laparoskopik insizyonel herni onarımı yaptığımız vakaların sonuçlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğinde Eylül 2006-Eylül 2009 tarihleri arasında laparoskopik olarak tedavi ettiğimiz 24 insizyonel hernili hastalarımızın sonuçları retrospektif olarak incelendi.Hastaların tümünün onarımında intraperitoneal olarak Polytetrafluoroetien'den (PTFE) yapılmış nonadeziv mesh kullanıldı.Tüm vakalarda, fitik defektini en az 3-4 cm aşacak şekilde mesh yerleştirildi ve intraperitoneal mesh'in tespitinde,titanyum spiral tacker kullanıldı.

BULGULAR:Hastalarımızın 8'i erkek,16'sı kadındı ve yaş ortalaması 46(29-76)idi. Vakaların 8'i göbüküstü ve altı median, 6'sı göbükaltı median, 4'ü sağ paramedian ve 6'sı pfannenstial insizyonluydu. Hastalardan 5'i nüks insizyonel herniydi. Bir hasta hem nüks insizyonel herni hem de nüks sağ inguinal herniydi ve her iki defektide kapatacak şekilde mesh

yerleştirildi. Hastalardan 3'ünde ince barsak yaralanması oldu ve 2'si laparoskopik olarak onarıldı, birinde ise geniş bir yarılanma olduğu için açık yöntemle geçildi. Ortalama hastanede kalış süresi 1,5 (0-3)gün olarak bulundu. Tüm hastalar komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.Hastaların 5'inde kalan fitik kesesi içinden seroma yaklaşık 2 hafta süreyle aspire edildi. 2 hastada postoperatif birinci haftada subileus tablosu gelişti ve dekompresyonla tedavi edildi. Trokar yerlerinde enfeksiyona rastlanmadı. Hastaların takibinde nüks görülmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Laparoskopik intraperitoneal nonadeziv mesh kullanımıyla, açık yöntemde görülen yara yeri enfeksiyonları, meshe bağlı komplikasyonlar az, nüks oranları düşük ve hastanede kalış süresi kısadır. İnsizyonel herni tedavisinde laparoskopik yaklaşımın ideal bir seçenek olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi insizyonel herni Genel Cerrahi

P 37

İNGUİNAL FITİK TAMİRİNDE LAPAROSKOPIK TOTAL EKSTRAPERİTONEAL YAKLAŞIMDA MESH TESPİTİNİN, TESPİTSİZ YÖNTEMLE KARŞILAŞTIRILMASI

M. ALTINTAŞ*,N. BİLDİK*, A. ÇEVİK*, H. EKİNCİ*, G. DALKILIÇ*, S. ZENGER*, M. ŞENOL

Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi

Laparoskopik inguinal fitik tamiri son yıllarda popüler bir yöntem olarak gelişmiş ve günümüzde total ekstraperitoneal (TEP)mesh yerleştirilmesi noktasına varmıştır. Bizde TEP uygulanırken tacker yardımıyla tespit edilen hastaları, nüks,komplikasyonlar ve maliyet açısından tespit edilmeyen hastalarla karşılaştırmayı amaçladık. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği'nde Eylül-2008 ve Eylül-2009 tarihleri arasında inguinal fitik tanısıyla ameliyat edilen 40 hasta 2 guruba ayrılarak laparoskopik TEP ameliyatı uygulandı. Hastalar her tür fitik için eşit sayıda olacak şekilde hangi guruba gireceği preoperatif olarak karar verildi.20 hastaya polypropylene mesh tacker yardımıyla tespit edilerek yerleştirildi. Diğer 20 hastaya ise aynı mesh tespit edilmeden preperitoneal alana defekti tamamen örtecek şekilde yayılarak bırakıldı. Çalışmadaki hastaların 30'u erkek, 10'u kadındı ve ortalama yaş 29 (17-68) idi. Hastaların 18'inde indirekt,12'sinde direkt

ve 10'unda nüks inguinal fıtık mevcuttu. 8 hasta bilateral herniydi ve bu hastalarda eşit sayıda iki guruba dağıtıldı. İntraoperatif 2 hastada inferior epigastrik yaralanması oldu. Ameliyat süresi iki gurupta yakındı ve ortalama unilateralde 45, bilateralde 75 dakikaydı. Postoperatif komplikasyon olarak her iki gurupta 3'er olmak üzere 6'sında seroma (% 15) ve mesh tespit edilen 4 hastada uyluk ön yüzünde parestezi (% 20) gelişti. Hastanede kalış süresi ortalama 1,5 (1-3) gündü. Mesh tespiti uygulanan bir hastada nüks saptandı. Mesh tespit edilmeyenlerde nüks saptanmadı. Tespit kullanılmayan hastalarda maliyet düşükdü ve açık cerrahi ile aynı olduğu saptandı. TEP yaklaşımıyla fıtık onarımı güvenilir bir yöntem olması yanında, periton boşluğuna girilmemesi gibi üstünlükleriyle oldukça ideal bir yöntemdir. Her iki guruptaki sonuçlar değerlendirildiğinde mesh tespit edilmeyen gurupta komplikasyon oranları daha az olmakta ve nüks beklenen kadar olmamaktadır. Daha geniş serili çalışmalar bize yol gösterici olacaktır. TEP uygularken mesh tespiti yapılmayabilir ve böylelikle dezavantaj gibi görünen maliyet düşürülebilir düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi inguinal fıtık total ekstrapitoneal yaklaşım.

P 38

ACIK KOLESİSTEKTOMİ YAPILAMAYAN HASTAYA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ: OLGU SUNUMU

M. ALTINTAŞ, N. BİLDİK, A. ÇEVİK, H. EKİNCİ, G. DALKILIÇ, İ. DEMİR, S. ZENGER

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi

Bugün ülkemizde ve dünyada en çok uygulanan laparoskopik cerrahi girişim, laparoskopik kolesistektomidir. Bu olguda açık kolesistektomi yapılamayan bir hastada yapılan laparoskopik kolesistektomiyi sunmayı amaçladık. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniğine karın ağrısı şikayetiyle başvuran 64 yaşında erkek hastanın özgeçmişinde; 3 yıl önce başka bir sağlık kuruluşunda kolelithiazis tanısıyla açık kolesistektomi planlandığı ancak ameliyatında yapışıklıklardan dolayı safra kesesinin çıkarılmadığı öğrenildi. İstenen batın ultrasonografisinde safra kesesi içerisinde en büyüğü 7-8 mm olan multipl taşlar tespit edildi. Laboratuvar değerleri normaldi. Yapılan muayenesinde batında sağ subkostal

insizyonu ve hemen lateralinde drene bağlı 1cm skar dokusu mevcuttu. Batında sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet görülmekteydi ve defans reband bulgusu yoktu. Hastaya açık yöntemle göbek altı 10'luk trokar yerleştirildi. Kamera yapılan eksplorasyonda; Subkostal insizyona omentum, transver kolon ve ince barsakların yapışık olduğu görüldü. Epigastriuma 10'luk trokar ve sağ alt kadrana iki adet 5'lik trokar yerleştirildi. Tüm yapışıklıklar makas ve dissektör yardımıyla ayrılarak safra kesesine ulaşıldı. Karaciğerin batın ön duvarına yapışık olması gazla şişirilen batında safra kesesinin askıya alınmasını sağladı. Hartman ortaya konuldu ve bu bölgede duodenum ve midenin yapışık olduğu görüldü. Bunlarda ayrılarak sistik kanal ve artere ulaşıldı. Her ikiside klipslenerek kesildi. Safra kesesi karaciğerden ayrılarak batın dışına alındı. Kese lojuna 24 numara dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Bu hastada tekrar açık kolesistektomi yapılsaydı yapışıklıkların üzerine düşüleceği için daha zor bir cerrahi olacağı kanısına vardık. Literatürde laparoskopiden açığa geçme oranları verilirken bizde bu hastada ayrı zamanlarda açıktan laparoskopiyeye geçtiğimizi belirtirken, laparoskopik diseksiyonun açıktan daha güvenilir olduğunu gözlemledik. Batın operasyonu geçiren hastalarda insizyon altındaki yapışıklıkların yaratacağı güçlüklerden dolayı uygun vakalarda laparoskopinin daha ideal bir yöntem olacağı düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi Genel Cerrahi

P 39

LAPAROSKOPIK APPEDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

M. ALTINTAŞ, N. BİLDİK, A. ÇEVİK, H. EKİNCİ, G. DALKILIÇ, C. ULUBEY, İ. DEMİR

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi

GİRİŞ ve AMAÇ: Akut Appandisit acil cerrahi kliniklerine başvuran hasta sayısının büyük bir çoğunluğunu oluşturmaktadır. Günümüzde laparotomi ile uygulanmakta olan klasik ameliyatların çoğu, laparoskopik yöntemle yapılabilmektedir. Laparoskopik appendektomiler de güncel tedavide oldukça fazla yer tutan bir yöntem olmuştur. İlk laparoskopik apendektomi 1983'de Almanya'da Kurt Semm tarafından yapılmış, konu ile ilk deneyimler 1987'de Schriber tarafından bildirilmiştir. Bizde kliniğimizde güncel tedavi

yöntemlerinden biri olan laparoskopik appendektomiyi uygulayarak avantajlarını irdeledik.

GEREÇ ve YÖNTEM: Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniğinde Eylül-2008 ve Eylül-2009 tarihleri arasında 17 hastaya Laparoskopik appendektomi operasyonu yapıldı.Laparoskopik appendektomi tüm hastalarımıza; göbek altı 10'luk, sol alt kadrana 12'lik ve sağ alt kadrana 5'lik olmak üzere 3 adet trokar yerleştirildi.Appendiksin önce radiksi bulunarak 12'lik endoklips yardımıyla kapatılarak kesildi.Takiben appendiks mezosu klipler yardımıyla kesilerek ayrıldı.Appendiks güdüğü gömülmedi.Appandiks 12'lik trokardan batin dışına alındı.

BULGULAR: Hastaların 10'u erkek,7'si kadın ve yaş ortalaması 26(17-42) idi. Hastaların muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebaund mevcuttu.Hastaların 5'i perforeydi ve bunlardan 3'üne dren konuldu. Kadın hastaların 3'ünde appendiks salımdı ve sağ paraovarian pürülan mayi mevcuttu. Bu hastalarada appendektomi uygulandı ve batin içi yıkanarak dren yerleştirildi. Hastaların tamamında laparoskopik olarak ameliyatı sonlandırıldı ve açığa geçilmedi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi ve yatış süresi ortalama 1,5 gün (1-3) olarak bulundu. Hastalar şifayla taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Laparoskopik appendektomi güvenle uygulanabilecek bir yöntem olup, hastanede kalış süresinin kısa olduğu, karın içi başka patolojilerin de görülebildiği,hem hasta hem de cerrahi ekip için oldukça konforlu bir yaklaşım olduğu kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi Appendektomi Genel Cerrahi

P 40

LAPAROSKOPIK NİSSEN FUNDOPLİKASYON: ERKEN BİR SERİDE BAŞLANGIÇ DENEYİMLERİ

M. GÜLER, A. BALIK, İ. BAŞKONUŞ, M. ASLAN, E. ŞENKÖY, A. GÖKALP

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Gastroözefageal Reflü Hastalığının (GÖRH) cerrahi tedavisinde Laparoskopik Nissen Fundoplikasyon (LNF) uygun endikasyonlarda standart bir cerrahi prosedür olarak kabul edilmesine rağmen, ülkemizde ameliyatın uygulanır halde olduğu merkezlerin sayısı sınırlıdır ve erken deneyimler tartışılmaya değerdir. Bu çalışmada

merkezimizde uygulanan ilk 27 LNF ameliyatının sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Haziran 2007-Mayıs 2009 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Hastanesi gastroenteroloji bölümünde GÖRH tanısı alan hastalardan 32'si ameliyat önerilerek genel cerrahi bölümüne sevk edildi. Bu hastalardan 27'sine floppy tarzda LNF ameliyatı uygulandı. Hastalardan 14'ü erkek 13'ü kadındı. Yaş aralığı 23-57, yaş ortalaması 37,3 idi.

Bulgular: Ameliyatlardan 26'sı laparoskopik tamamlandı, obez bir hastada (BMI:38) açığa dönüldü. Geniş hiatal defekt saptanan 4 hastada hiatoplasti prolen mesh kullanılarak yapıldı. Ortalama ameliyat süresi 108 (80-195) dakikaydı. Bir hastada ameliyat sırasında dalak üst polde, dalak hacminin yaklaşık %20'si oranında iskemi gözlemlendi. Ek müdahale yapılmadı. Hasta izlemde asemptomatik seyretti. Bir hastada plevral efüzyon, bir hastada cilt altı amfizem izlendi. İki hastada ameliyat sonrası erken dönemde endoskopik değerlendirme normal olmasına rağmen klinik düzeyde disfaji görüldü. Her iki hastada da ikinci hafta sonunda spontan düzelme gözlemlendi. İki hastada 3 ay devam eden postprandiyal şişkinlik şikâyeti oldu. Ameliyat sonrası takip süresi 4-28 ay, ortalama 13 aydır. Hastalar arasında ameliyat sonrası tekrar reflü yakınması için ilaç kullanan yoktur. Bugün hala aynı ameliyatı tercih edebileceklerin oranı % 89'dur.

Sonuç:GÖRH cerrahi tedavisinde LNF, erken serilerde karşılaşılabilecek morbiditelere karşın güvenle uygulanabilecek bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Gastroözefageal Reflü Laparoskopik Nissen Fundoplikasyon

P 41

STANDART LAPAROSKOPIK TOTAL EKSTRA-PERİTONEOSKOPIK İNGUİNAL HERNİ ONARIMI: AŞAMA AŞAMA TEKNİK DETAYLAR VE PÜF NOKTALARI

M. KAPLAN

Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi

Kasık fıtığı onarımlarında laparoskopik yöntem her geçen gün daha da yaygınlaşmaktadır. Laparoskopik kasık fıtığı onarımlarında, açık ameliyatla karşılaştırıldığında nüks açısından benzer sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir. Ayrıca postoperatif ağrı ve enfeksiyon riskinin daha düşük olması, hastaların daha erken sürede aktivitelerine dönebilmesi ve kozmetik görünümün

daha iyi olması gibi avantajlara sahiptir. Laparoskopik kasık fıtığı onarımlarında yaygın olarak kullanılan iki yöntem vardır. Bunlardan biri total ekstraperitoneal preperitoneal (TEP), diğeri ise trans-abdominal preperitoneal (TAPP) fıtık onarımıdır. Bu video sunumunda laparoskopik TEP kasık fıtığı onarımı ameliyatının aşama aşama teknik detayları, dikkat edilmesi gereken noktalar ve püf noktaları tartışılmakta, kliniğimizde en çok tercih ettiğimiz yöntem olması nedeniyle geniş vaka serisi ile elde edilen deneyimler paylaşılmaktadır. Sunumda; ekstra peritoneal mesafeye giriş, kamera diseksiyonunda dikkat edilecek noktalar, önemli anatomik landmarklar, tehlike ve ağrı üçgeni üzerindeki diseksiyon, fıtık kesesi diseksiyonu, kolay lateral diseksiyon yöntemi, peritonun perfore edilmemesi için püf noktaları ve perfore olduğunda alınacak tedbirler, yamanın hazırlanışı ve yerleştirilmesi, nüks ve nöralji komplikasyonlarını önlemek için yapılması ve yapılmaması gereken hususlar, desuflasyon sırasında dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: TEP total ekstraperitoneal fıtık onarımı laparoskopi kasık fıtığı

P 42

STANDART LAPAROSKOPİK TRANSABDOMİNAL PREPERİTONEAL (TAPP) İNGUİNAL HERNİ ONARIMI: AŞAMA AŞAMA TEKNİK DETAYLAR VE PÜF NOKTALARI

M. KAPLAN*

Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi

Kasık fıtığı onarımlarında laparoskopik yöntem her geçen gün daha da yaygınlaşmaktadır. Laparoskopik kasık fıtığı onarımlarında, açık ameliyatla karşılaştırıldığında nüks açısından benzer sonuçlar elde edildiği gösterilmiştir. Ayrıca postoperatif ağrı ve enfeksiyon riskinin daha düşük olması, hastaların daha erken sürede aktivitelerine dönebilmesi ve kozmetik görünümün daha iyi olması gibi avantajlara sahiptir. Laparoskopik kasık fıtığı onarımlarında yaygın olarak kullanılan iki yöntem vardır. Bunlardan biri total ekstraperitoneal preperitoneal (TEP), diğeri ise trans-abdominal preperitoneal (TAPP) fıtık onarımıdır. Bu video sunumunda laparoskopik TAPP kasık fıtığı onarımı ameliyatının aşama aşama teknik detayları, dikkat edilmesi gereken yerler ve püf noktaları tartışılmaktadır. TAPP tekniğinin TEP'ye göre nispeten daha kolay

olması, anatomik yapılara adaptasyonun daha iyi olması nedeniyle yeni başlayan cerrahlar ve öğrenme eğrisinin başında bulunanlar için daha uygun olduğu ileri sürülmektedir. Ayrıca TEP tekniğinin uygun olmadığı veya TEP tekniği ile başlanan ancak değişik nedenlerle TAPP tekniğine dönülmesi gereken durumların olması nedeniyle laparoskopik kasık fıtığı cerrahisi ile ilgilenen tüm hekimler tarafından iyi bilinmesi gerekmektedir. Sunumda; Trokar girişleri, periton diseksiyonu, önemli anatomik landmarklar, tehlike ve ağrı üçgeni üzerindeki diseksiyon, fıtık kesesi diseksiyonu, yamanın hazırlanışı ve yerleştirilmesi, nüks ve nöralji komplikasyonlarını önlemek için yapılması ve yapılmaması gereken hususlar, peritonun intrakorporeal sütür ile kapatılma teknikleri tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: transabdominal preperitoneal kasık fıtığı onarımı TAPP laparoskopi.

P 43

STANDART LAPAROSKOPİK FLOPPY NİSSEN VE NİSSEN-ROSETTİ FUNDOPLİKASYONU: AŞAMA AŞAMA TEKNİK DETAYLAR VE PÜF NOKTALARI

M. KAPLAN*

Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi

Rudolf Nissen'in 1955 yılında tarif ettiği orijinal fundoplikasyonda gastrosplenik damarlar ve diyafragmatik hiyatus disseke edilmeksizin mide fundusu özofagus çevresinden sarılarak plike ediliyordu. Ancak klinik sonuçların incelenmesi ve proksimal sindirim kanalının fizyolojisi üzerine modern araçlarla yapılan çalışmalardan sonra Nissen'in tarif ettiği orijinal teknik üzerinde birçok modifikasyonlar yapılmıştır. Günümüzde gastroözofageal reflü hastalığında; Toupet, Guarner ve Dor gibi fundusun kısmi olarak plike edildiği veya anterior plikasyonların yapıldığı ameliyatlara göre 360 derece tam plikasyon yöntemi daha çok tercih edilmektedir. Bu video sunumunda antireflü cerrahisinde en çok gerçekleştirilen 360 derece gevşek Nissen tekniği ve onun bir modifikasyonu olan Nissen-Rossetti ameliyatlarının aşama aşama teknik detayları, temel prensipleri, püf noktaları ve komplikasyonları takdim edilmektedir. Sunumda özetle; total fundoplikasyon tipleri, bölgenin anatomisi, trokar giriş noktaları, kullanılan aletler, diseksiyon alanının hazırlanması, kardiyözofageal bileşkenin diseksiyonu, özofagusun mobilizasyonu

ve mediasten diseksiyonu, mide fundusunun mobilizasyonu, kruroplastisi, fundoplikasyonun oluşturulması, intraoperatif komplikasyonlar ve alınabilecek tedbirler tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nissen Rossetti fundoplikasyon laparoskopik anti-reflü cerrahisi

P 44

LAPAROSKOPİK ANTİREFLÜ AMELİYATI SONUÇLARIMIZ: 120 OLGUNUN GERİYE DÖNÜK İNCELEMESİ

M. YEŞİLTAS*, K. TOPGÜL**

* Ordu Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

** OMÜ Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Günümüzde laparoskopik antireflü ameliyatları(LAR), gastroözofageal reflü hastalığının cerrahi tedavisinde altın standart olmuştur. Biz de GÖRH da standart olarak uyguladığımız antireflü ameliyatı sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Mayıs 2005-Ağustos2009 tarihleri arasında iki ayrı hastanede LAR yapılmış olan 120 olguyu geriye dönük inceledik. Yaş ortalaması 46,3 (18-72) olan hastalarımızın 75 i kadın 45 i erkekti. Tüm olgularda GÖRH nın 2 kardinal semptomu mevcuttu (pirozis ve regürjitasyon). Tüm hastalarımıza preoperatif üst gastrointestinal sistem baryumlu inceleme ve üst endoskopi uygulandı. 54 hastaya 24 saatlik pH metre monitorizasyonu ve özefagus motilite testi yapıldı. Hastalarımızın 3 ünde dev olmak üzere 89 unda kayıcı tipte hiatus fitiği ve tümünde grade 3 veya 4 özofajit vardı. 30 olguda laparoskopik Nissen Rossetti ve 90 olguda laparoskopik short floppy Nissen fundoplikasyonu yapıldı.

Bulgular: LNF ameliyat süresi ortalama 98 dakika (50-190) olarak saptandı. Hiçbir olguda açığa dönülmedi. Dört olguda kolesistektomi işlemi de laparoskopik olarak gerçekleştirilirken bir olguda insizyonel herni onarımı eklendi. Dört olguda diafragmatik hiatus yama ile kapatıldı. Postoperatif ilk ay disfaji, olguların % 50 sinde görüldü. Kalıcı disfaji olmadı. İki hastada kendiliğinden rezorbe olan pnömotoraks, bir hastada kanama (laparoskopik olarak kontrol edildi), iki hastada konservatif olarak iyileşen atelektazi gelişti. Mortalite görülmüdü. Ortalama yatış süresi 2,08 (1-12). Ortalama takip süresi 23 aydı (3-60). Olguların %90 ında klinik sonuç başarılıydı.

Sonuç: Tipik semptomları bulunan ve şiddetli peptik özofajit saptanan gastroözofageal reflü

hastalığı ve/veya hiatus fitiği tanısı almış hastalarda, laparoskopik antireflü işlemi başarılı semptomatik iyileşme sağlanabilmiştir. Ayrıca hastalarda var olan yandaş patolojiler de laparoskopik olarak başarı ile tedavi edilmiştir.

P 45

ABDOMİNAL OPERASYON GEÇİREN OLGULARDA ELEKTİF LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ : 6 OLGU

D. YILDIRIM*, A. PERGEL**, M. MOUNLA*, A. F. YÜCEL***, O. SUNAMAK*

* Özel Yıldız Tabya Bilge Hastanesi Genel Cerrahi

** Özel Avrasya Hospital Genel Cerrahi

*** Rize Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç : İlk uygulanmaya başlandığı dönemlerde abdominal operasyon geçiren hastalarda laparoskopik kolesistektomi mutlak kontrendikasyon olarak kabul edilmekte idi. Özellikle teknik gelişmeler ve cerrahi deneyimlerin artması ile birlikte rölatif kontraendikasyon sınıfına girmiştir. Batın ameliyatı geçirmiş olmasına rağmen elektif laparoskopik kolesistektomi yaptığımız 6 hastayı sunmayı literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

Yöntem: Daha önce üst ya da alt batın ameliyatı geçiren 6 hastaya safra kesesinde taş nedeniyle elektif şartlarda laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Bu hastaların demografik özellikleri ve ameliyat sonuçları değerlendirildi. İlk 10 mm'lik trokar insizyona en uzak nokta olan sağ ön aksiler hattın açık yöntemle girildi. Bu trokar yardımı ile diğer trokarlar yerleştirildi. Hastaların 4'ünde 4 port, 2'sinde 6 port kullanıldı. Batın içinde safra kesesinin anatomisini ortaya çıkacak kadar adhezyolizis yapılarak kolesistektomi tamamlandı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 59,3 (35 – 74). Hastaların tümü 6'sı da kadındı. İki hastada üst batın (mide operasyonu hikayesi), 2 hastada umbilikal herni, 2 hastada ise alt batın ameliyatı (histerektomi) hikayesi mevcuttu. Hastaların tümünde adhezyolizis gerekliydi ve dikkatli bir şekilde uygulandı. Laparoskopik kolesistektomi hastaların tümünde başarılı bir şekilde tamamlandı. Ameliyat sonrası komplikasyonsuz hastalar taburcu edildi.

Sonuç: Geçirilmiş batın ameliyatı olan hastalarda da, ilk trokarın insizyondan uzak ve açık yöntemle girilmek şartı ile laparoskopik kolesistektominin başarılı bir şekilde yapılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: elektif laparaskopi kolesistektomi trokar giriş yeri adhezyon adhezyolizis

P 46

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI DREN KULLANIMI GEREKLİ MİDİR?

D. YILDIRIM*, A. PERGEL**, M. MOUNLA*, A. FİKRET YÜCEL***, O. SUNAMAK*

* Özel Yıldız Tabya Bilge Hastanesi Genel Cerrahi
** Özel Avrasya Hospital Genel Cerrahi
*** Rize Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kolesistektominin günümüzdeki kullanım sıklığının artması operasyona bağlı morbidite ve mortalite nedenlerinin ortaya çıkması ile bunların en az düzeye indirilmesi çalışmalarını da beraberinde getirmiştir. Bu amaçla; oluşabilecek komplikasyonların daha erken fark edilmesi ve tedavinin yönlendirilmesi açısından "Ameliyat sonrası dren kullanımı gerekli midir?" sorusuna cevap aradık.

Yöntem: Avrasya Hospital ve Özel Yıldız Tabya Hastanesi'nde 2004–2009 yılları arasında laparoskopik kolesistektomi yapılan 485 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Ameliyat bitiminde dren konmuş olan 217 hasta çalışma için alındı. Hastaların tümüne sağ üst kadrındaki trokar yerinden dren konmuştu. Hastalar; yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, postoperatif drenaj ve dren çekilme zamanı açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 37'si (%17,2) erkek, 177'si (%82,8) kadındı. Ortalama ameliyat süresi 45 (35 – 100 dakika arası) dakika idi. Karaciğer altına dren konmuş olan vakalar, özellikle diseksiyon zorluğu olan ve kanama nedeniyle kısmen uzamış olan vakalardı. Ameliyat sonrası 1. günde dren patolojik drenajı olmayan hastaların dreni çekildi. Ameliyat sonrası drenen safra içeriği gelmesi nedeni ile yalnızca 3 hastada (% 1,4) dren çekilemedi. Bu hastalar gelen safra miktarına göre takibe alındı. Üçüncü hastanın drenajı 4.günde, 2. hastanın drenajı 6. günde ve 3. hastanın drenajı ise 8. günde azalarak kesildi. Hastanede ortalama kalış süresi 2,4 gün olarak hesaplandı. Ameliyat sonrası drenen kan gelen hastamız olmadı.

Sonuç : Laparoskopik kolesistektomi sonrası seçilmiş vakalarda karaciğer altına dren konulmasının, az sayıda hastada bile olsa batında safra birikmesi sonucu oluşabilecek septik komplikasyonları ve hatta gereksiz müdahaleleri önleyebileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik kolesistektomi dren kullanımı

P 47

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE AÇIĞA GEÇME ORANLARI VE NEDENLERİ: İKİ AYRI MERKEZİN VERİLERİNİN RETROSPEKTİF OLARAK İNCELENMESİ

A. PERGEL*, D. YILDIRIM**, M. MOUNLA**, A. F. YÜCEL***, O. SUNAMAK**

* Özel Avrasya Hospital Genel Cerrahi
** Özel Yıldız Tabya Bilge Hastanesi Genel Cerrahi
*** Rize Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Safra kesesi patolojilerinde laparoskopik kolesistektomi; düşük komplikasyon ve mortalite oranları, postoperatif hasta rahatlığı açısından sık tercih edilen bir operasyon şeklidir. Buna rağmen bazı vakalarda açığa geçme durumunda kalınabilmektedir. Çalışmamızda amaç, laparoskopik başlayıp açığa dönme zorunda kaldığımız vakalarda, açığa dönme oranlarını ve nedenlerini sunmak ve tartışmaktır.

Yöntem: Avrasya Hospital ve Özel Yıldız Tabya Hastanesi'nde 2004–2009 yılları arasında laparoskopik kolesistektomi yapılan 485 hastanın dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Hastalar; demografik özellikleri, ameliyat endikasyonları, ameliyat süreleri, açığa dönme nedenleri ve oranları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 28,7 (20–74 yaş arası) idi. Hastaların 388'i (% 80) kadın, 97'si (%20) erkek idi. Kırk hasta (%8) akut taşlı kolesistit, 435 (%90) hasta kronik taşlı kolesistit ve 10 (%2) hasta da safra kesesi polibi nedeniyle ameliyat edildi. Hastaların 9'unda (%1,8) açığa dönüşmek zorunda kalındı. Açığa geçme nedenleri; 3 hastada sistik arter ve karaciğer yatağından kontrol edilemeyen kanama, 3 hastada callot üçgeninin yeterince açığa konamaması, 2 hastada aşırı adhezyon, 1 hastada da duktus sistikusun olmaması idi. Açığa dönüşen vakalar ilk ameliyat edilen vakalardı. Ortalama operasyon süresi 57,3 dakika (30–120) idi.

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomide açığa geçiş nedenleri arasında; yetersiz fundus ve hartman traksiyonu, callot üçgenindeki diseksiyonda acele edilmesi, bu bölgede keskin diseksiyonun fazla kullanılması, vital yapıların iskeletize edilmemesi vurgulanmaktadır. Deneyim ve hasta seçimi sayesinde laparoskopik kolesistektomide açığa dönme oranlarının daha da azaltılabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik kolesistektomi

P 48

SAFRA KESESİNİN NADİR GÖRÜLEN VE LAPAROSKOPİK OLARAK TEDAVİ EDİLEBİLEN BENİGN LEZYONU: SAFRA KESESİ ADENOMYOMU

A. F. YÜCEL*, A. PERGEL**, İ. AYDIN***, D. YILDIRIM****, M. MOUNLA****, N. DEMİRBAĞ*****, D. A. ŞAHİN*

* Rize Üniversitesi Genel Cerrahi

** Özel Avrasya Hospital Genel Cerrahi

*** Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

**** Özel Yıldız Tabya Bilge Hastanesi Genel Cerrahi

***** Özel Avrasya Hospital Patoloji

Safra kesesi adenomyomu; etyolojisi bilinmeyen, benign, dejeneratif bir hastalıktır. Kolesistektomi piyeslerinin %2-9'unda saptanmaktadır. Safra kesesinin incelmış kas tabakasından epitelin lokal ya da diffüz olarak invaginasyonu ile oluşur ve Rokitansky-Aschoff Sinüsü diye adlandırılır. Genellikle ileri yaşlarda görülür ve kadın erkek oranı 3/1 dir. Ayırıcı tanıda ultrasonografi oldukça değerlidir. Kesin tanı ancak histopatolojik olarak konur. Adenomyom epitelinden displastik değişiklikler, insitu ya da invaziv kanser gelişebilmektedir. Ancak birçok araştırıcı kanser gelişimini adenomyomdan ziyade; taş, kronik inflamasyon ve metaplastik değişikliklere bağlamaktadır. Bu nedenle adenomyom premalign bir lezyon olarak kabul edilmemektedir. Önceleri kolesistektomi önerilmemekle birlikte, son zamanlarda kanser birlikteliği ihtimali nedeniyle kolesistektomi önerilmektedir. S.kesesi polibi saptadığımız ve laparoskopik kolesistektomi sonrası histopatolojik tanısı s.kesesi adenomyomu olan olgumuzu sunmayı düşündük. Elli yaşında kadın hasta zaman zaman oluşan karın sağ üst kısımdaki ağrı nedeniyle polikliniğe müracaat etti. Yapılan batın ultrasonografi tetkikinde s.kesesi fundusunda yaklaşık 1 cm boyutunda polipoid lezyon saptandı. Hastanın şikayetlerinin olması, polibin 1 cm olması ve ultrasonografik şüpheli görünümünden dolayı ameliyata karar verildi. Hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Histopatolojik inceleme sonucunda, s.kesesi fundusunda lokalize adenomyom tanısı kondu. Premalign bir lezyon olmamakla birlikte, ultrasonografik incelemede s.kesesinde polipoid oluşum saptanan olgularda, ayırıcı tanıda s.kesesi adenomyomu da akla gelmelidir.

P 49

ELEKTİF SPLENEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

M. YAPRAK, A. MESCİ, B. ÖZCAN, B. DİNÇ, T. ÇOLAK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

AMAÇ Günümüzde büyük dalaklarda en iyi yöntem açık splenektomiyken (AS), uygun hastalarda laparoskopik yöntem, açık yöntemle iyi bir alternatif olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, elektif splenektomi (ES) yapılan hastalarda laparoskopik splenektomi'lerle (LS), AS'ler arasındaki farkları bulmayı amaçladık.

YÖNTEM Ocak 2006- Eylül 2009 tarihleri arasında, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda ES uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. İstatistiksel analizler SPSS programında Ki-Kare ve Mann-Whitney testleri ile yapıldı.

BULGULAR Toplam 47 hastaya (16 erkek,31 kadın) ES uygulandı. Yılda 10-14 hastaya ES uygulandığı görüldü. 20 hastaya LS(% 42,6), 27 hastaya AS(%56,4) uygulandı. Ortanca yaş LS uygulananlarda 35±3,6 yıl, AS uygulananlarda 37±5,9 yıldı.18 hastaya idiopatik trombositopenik purpura,12 hastaya semptomatik splenomegali,7 hastaya kist veya kitle,6 hastaya lenfoma,4 hastaya ise hemolitik anemi nedeniyle ES uygulandı. LS ve AS'ler arasında, splenektomi endikasyonu açısından fark yoktu(p=0,3). Ortanca ameliyat süresi LS'lerde 90±12dk,AS'lerde 70±6dk bulundu. LS ameliyat süresi anlamlı olarak daha uzundu(p=0.02). Dalak ortanca uzunlukları LS'de 14±1,5cm, AS'de 20±1,7cm bulundu ve fark anlamlı değildi(p=0,1). Ortanca dalak ağırlıkları LS'lerde 223±106gr, AS'lerde ise 695±170gr bulundu. LS'de dalak ağırlığı AS'ye göre 3 kat az olmakla beraber, fark anlamlı bulunmadı (p=0.072).LS ve AS uygulanan hastalardan ikişer hastaya kan transfüzyonu gerekti ve kan transfüzyonu ihtiyacı farklı bulunmadı(p=1).

SONUÇ LS'nin her ne kadar istatistiksel anlam göstermese de, daha küçük boyutlu ve daha düşük ağırlıklı dalağı olan hastalarda tercih edildiği gözlemlendi. Splenektomi endikasyonunun ameliyat yöntemi seçimini etkilemediği saptandı. AS'nin belirgin olarak daha kısa sürede tamamlandığı gözlemlendi. Sonuç olarak bu retrospektif çalışmada, LS'nin ameliyat süresini ortanca 20dk uzattığı ve ES'de ameliyat yöntemi seçiminin ameliyat öncesi USG'de saptanan dalak boyutuna göre yapıldığı kanısına varıldı.

Anahtar Kelimeler: Splenektomi Elektif Laparoskopik Açık

P 50

ERCP ESNASINDA GELİŞEN DORMIA BASKET KIRILMASINA YAKLAŞIM

G. BAŞ*, İ. OKAN*, A. KARAKELLEOĞLU*, M. AKAYDIN**, C. ÇAKIR*, M. ŞAHİN***

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1.Cerrahi Kliniği

** Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Cerrahi Kliniği

*** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: ERCP koledok taşlarının temizlenmesinde altın standart yöntemdir. İşlem esnasında nadiren taş çıkartma kateteri (Dormia Basket) sıkışmakta ve genellikle endoskopik yolla tedavi edilmektedir. Dormia basket kırılması ise oldukça nadir bir komplikasyon olup tedavisi daha zordur. Burada koledoktan taş çıkarma esnasında dormia basket kırılan bir hastaya yaklaşım sunuldu.

Vaka sunumu: Yetmişdokuz yaşında erkek hastaya 4 ay önce akut kolanjite sebep olan koledok taşı nedeniyle ERCP ile kısmi taş ekstraksiyonu uygulanmış ve plastik stent yerleştirilmişti. Klinik ve biyokimya parametreleri düzelen hastada koledoktan stent çıkarılması ve bakiye taşların temizlenmesi amacıyla yeniden ERCP yapıldı. Papilla görüntüledikten sonra stent çıkarıldı, bakiye koledok taşı balon ve basket kateterle ekstrakte edildi. İşlem esnasında dormia basket distal 20 cm'lik kısmı, taşa impakte olarak kırıldı ve koledok içinde kaldı. Otuzbeş milimetrik kırma basketi, balon ve yeni basket kateterle işlem tekrarlandı, ancak sıkışmış basket çıkarılamadı. Hasta ameliyata alınarak açık kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu yapıldı. Koledoktan impakte taşlı kırılmış basket ve 1 cm çaplı koledok taşı çıkarıldı. T-Tüp yerleştirilerek koledok kapatıldı. Postoperatif takiplerinde sorun olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: ERCP komplikasyonlarının çoğu medikal ve endoskopik yöntemlerle tedavi edilmekle birlikte, başarısızlık durumunda cerrahi gerekebilmektedir. Bu nedenle hasta ve yakınları işlem öncesinde geniş olarak bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ERCP Dormia Basket

P 51

TEK-İNSİZYON LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE YENİ BİR ABDOMİNAL GİRİŞ YÖNTEMİ

M. T. ORUÇ*, M. GÜVEN*, S. Y. YILDIZ*, U. KADIR*, Z. BOYACIOĞLU*, K. ÇETİN*, A. ÜNLÜ*

* Kocaeli Derince EAH Genel Cerrahi

Giriş Son yıllarda yeni kolesistektomi teknikleri geliştirilmekte ve bunların kliniğe nasıl yansıtacağı merak edilmektedir. Tek insizyondan laparoskopik kolesistektomi (TİLK) skarsız yapılabilen, daha iyi postoperatif klinik sonuçlar umulan yeni yöntemlerden biridir. Bugüne kadar umbilikal giriş tekniği ile yapılan bu yöntem, el aletlerinin manuplasyon sıkıntısı nedeniyle yaygın kabul görmemiştir. Burada açıklanan ekstraumbilikal giriş tekniği bu sıkıntılarının üstesinden gelebilecek yeni bir TİLK yöntemidir.

Yöntem Hastalara ters trendelenburg pozisyonunda 30 derece sola açılı ve operatörün orta hatta olacağı jinekolojik pozisyon verilir. Umbilikusun 2cm proksimali, 5cm lateralinden, 4cm uzunluğunda horizontal cilt kesisi yapılır. Trokar girişleri için cilt ve cilt altı flebi hazırlanarak, trokarlar batına girilir (Şekil-1). Operasyon standart laparoskopik kolesistektomi (SLK)'ye benzer şekilde gerçekleştirilir.

Sonuçlar Hastaların 12'si kadın, 8'i erkek, ortalama yaş 47, vücut-kitle indeksi 27.2 idi. Açığa dönüş gerekmeksizin tüm ameliyatlarda başarı ile tamamlandı. Ortalama ameliyat süresi 36.4 dakika, kullanılan gaz miktarı 24 lt idi. Peroperatif olarak 2 hastada 1'er adet ek trokar ihtiyacı, 5 hastada safra kesesi perforasyonu, 2 hastada dren ihtiyacı oldu. Hastaların hiçbirinde postoperatif komplikasyon (seroma, yara enfeksiyonu, herni) gözlenmedi. Hastanede kalış hastaların tümünde 24 saatten azdı.

Tartışma TİLK ekstraumbilikal yöntem SLK gibi güvenli bir yöntemdir. Port girişinin laterale taşınması ile umbilikal girişte yaşanan aletlerin çakışması problemi safra kesesi ile giriş yeri arasındaki açı kaybı olduğu için minimize edilmekte, daha güvenli ve rahat ameliyat olanağı vermektedir (Şekil-2). Ayrıca gelecekte yöntemi kolaylaştıracak, örneğin; küçük çaplı trokarlar ve el aletlerinin geliştirilmesi, bu ameliyatı daha güvenli ve daha kolay yapılır hale getirecektir. Biz tek insizyon cerrahi tekniği olarak kullanımının yaygınlaşacağı ve SLK'nın alternatifi olabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: sils laparoscopic cholecystectomy single incision

P 52

LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON TECRÜBEMİZ

M. GÜVEN, S. Y. YILDIZ, U. KADİR, Z. BOYACIOĞLU, H. K. ÇETİN, A. ÜNLÜ, M. T. ORUÇ

* Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

GİRİŞ Laparoskopik cerrahideki ilerlemelerle uyumlu olarak günümüzde hiatal herni ve gastroözafagial reflü hastalığı (GÖR) laparoskopik yöntem ile başarı ile tedavi edilmektedir. Bu çalışmada yeni bir Eğitim Hastanesi kliniği olarak, kliniğimizde uygulanmaya başlanan laparoskopik Nissen fundoplikasyon (LNF) ameliyatlara ait sonuçlarımız irdelendi.

YÖNTEM Ocak-Ağustos 2009 tarihleri arasında GÖR tanısı ile 7, hiatal herni tanısı ile 3, toplam 10 hastaya LNF uygulandı. Operasyon endikasyonları Barret özafagusu ve özafajit saptanan, tıbbi tedaviye cevap vermeyen, hiatal hernili veya 24 saatlik Ph monitorizasyonu ile De.Meester skoru 14.72'nin üzerinde olan hastalardı.

SONUÇLAR Hastalarımızın 8'si kadın, 2'si erkek, yaş ortalamaları 40 idi. Ortalama vucut kitle indeksi 26.5 di. Operasyon süresi ortalama 120 dakika, ortalama yatış süresi 4 gündü. 10 hastanın 7'sinde operasyon laparoskopik olarak tamamlandı. 3 hastada (%30) açık operasyona döndü. Açığa dönüş, 1 hastada özafagus perforasyonu, 1 hastada diseksiyon güçlüğü, 1 hastada sebebi saptanamayan pnomotoraks nedeniyle eksplorasyon amaçlı idi.

TARTIŞMA GÖR tedavisinde LNF son yıllarda altın-standart haline gelmiştir. Sonuçlarımız literatür ile uyumlu olup, öğrenim döneminde bir klinik olarak LNF operasyonu, kliniğimizde de güvenle ve başarı ile uygulanmaktadır..

P 53

LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI ONARIMINDA TEP (TOTAL EXTRAPERİTONEAL) YÖNTEMİYLE 3D-MAX (THREE DIMENSIONAL) ANATOMİK MESH KULLANIMININ SONUÇLARI

M. KALAYCI, A. DEMİRAĞ, T. GÜLÇELİK, B. EKÇİ, Ö. GÖKÇE

Yeditepe Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kasık fıtığı onarımında TEP yöntemiyle 3D-Max (Bard) anatomik mesh kullanımının sonuçlarının irdelenmesi.

Materyal Metod : Eylül 2006 – Eylül 2009 tarihleri arasında Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğinde kasık fıtığı tanısı konup laparoskopik yöntemi tercih edenler çalışma grubuna alındı. Hepsine TEP yöntemiyle 3D-Max (Bard) anatomik mesh konuldu. Tüm olgularda 3D-Max meshler spermatik kord dönülmeden konulmuştur ve meshler tespit edilmemiştir.

Bulgular: Toplam 23 hasta TEP yöntemiyle ameliyat edildi. Bunlardan 12 tanesi tek taraflı, 11 tanesi çift taraflı olduğundan 34 adet 3D-Max anatomik meshlerden kullanıldı. Hastalardan tek taraflı olanların 6 tanesi sol tarafta, 6 tanesi sağ tarafta idi. hastalardan bir tanesi bayan diğer 22 tanesi erkek hasta idi. Yaş ortalaması 45(25-85), ortalama operasyon süresi (35 dk.-155 dk.) 87 dk idi. Çift taraflı ameliyat olanlar dahil, tüm olgular ameliyat sonrası 1.günde taburcu edilmiştir. Vakaların hepsinin operasyonu laparoskopik olarak bitirilmiştir. Olguların hiçbirinde erken dönemde komplikasyon ortaya çıkmamıştır. Ortalama takip süresi 17.5 ay olup (1 ay -36 ay) bu süre içinde sadece bir nüks saptanmıştır.

Sonuç: Kasık fıtığı onarımında TEP yöntemi ile 3D-Max anatomik meshler tespiti gerek duyulmadan güvenli bir şekilde kullanılmıştır. Diğer yöntemlerde kullanılan tespitlerin yol açabileceği ameliyat sonrası ağrı sorunu bu yöntemle ortadan kaldırılmış bulunmaktadır.

P 54

AKUT BİLİYER PANKREATİTLİ 43 HASTADA İLK YATIŞTA İYİLEŞMEYİ TAKİBEN YAPILAN LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ü. BEYAZIT, M. KAPAN, M. GÜMÜŞ, A. ÖNDER, Y. YAĞMUR

* Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Akut biliyer pankreatit (ABP) tedavisinde erken dönemde yapışıklıklar ve diseksiyon güçlüğü nedeniyle laparoskopik kolesistektomi (LK) uygulaması tartışmalıdır. Bu çalışmanın amacı, ABP tanısı ile kliniğimizde yatırılan ve taburcu edilmeden LK yapılan 43 hastanın sonuçlarını değerlendirmektir.

Materyal Metod: Eylül 2006 – Mart 2009 tarihleri arasında ABP tanısıyla tedavi edilen, klinik ve

laboratuvar bulguları düzeldikten sonra LK uygulanan 43 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, laboratuvar bulguları, ultrasonografi (Usg), Manyetik Rezonans kolanjiyopankreatografi (MRCP) ve Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) sonuçları, yapılan ameliyat, ameliyat süreleri, açığa geçme oranları, komplikasyonlar, mortalite ve hastanede yatış süreleri kaydedildi.

Bulgular: Hastaların yaşı ortalama 51,8 (20-83) olup; 29'u (%67.4) kadın, 14'ü (%32.6) erkekti. Hastaların tamamında neden safra taşlarıydı. Ek olarak 1'inde hiperparatiroidi, 1'inde hiperlipidemi mevcuttu. Hastaların tamamına Usg'de safra kesesinde taş saptanmıştı. İntrahepatik safra yolları ve koledokta genişleme saptanan 7 hastaya yapılan MRCP'de koledokta taş tespit edildi. Bu hastalardan 3'ünde klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme sağlanamaması nedeniyle yapılan ERCP ile sfinkterektomi ve taş ekstraksiyonu yapıldı. Hastalarımıza ortalama 11,35. gün (3-23) operasyon uygulandı. 39 (%90.6) hastaya LK uygulanırken, 4 (%9.4) hastada enfeksiyona sekonder intraabdominal yapışıklıklar ve diseksiyon güçlüğü nedeniyle açık ameliyata geçildi. Ameliyat süresi 70 (25-160) dakika olarak bulundu. Postoperatif ortalama yatış süresi 3 (1-6) gündü. LK uygulanan bir hastada (%2.3) komplikasyon gelişti. Bu hastaya; postoperatif 3. gün nekrotizan pankreatit gelişmesi üzerine ikinci operasyona alınarak drenaj uygulandı. ARDS gelişen hasta postoperatif 7. gün kaybedildi.

Sonuç: ABP'li hastalardan; klinik ve laboratuvar olarak iyileşenlere ilk yatışta geç LK güvenli bir şekilde uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut biliyer pankreatit laparoskopik kolesistektomi cerrahi

P 55

LAPAROSKOPİK KASIK FITİK ONARIMLARINDA (TEP) ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

A. ZORLUOĞU, L.V. TÜMAY, O. S. GÜNER

* Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

leri laparoskopik cerrahi teknikleri arasında yer alan laparoskopik TEP yöntemi ile kasık fitik onarımı yaptığımız olguların erken dönem sonuçlarını incelemek. Şubat 2006- Haziran 2009 tarihleri arasında Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde laparoskopik kasık fitik onarımı yapılan

olgular demografik özellikleri, ameliyat süresi, morbidite açısından retrospektif incelendi.

Toplam 85 hastada 94 fitik onarımı yapıldı. Ortalama ameliyat süresi 37 dak'dır. Bir olguda kanama nedeni ile stoppa tekniği ile operasyon tamamlanmıştır. Ortalama takip süresi 14 ay, komplikasyon oranı % 4 olup, en sık seroma görülmüştür. Nüks, greft veya yara enfeksiyonu gelişmemiştir. Laparoskopik kasık fitik onarımları yüksek maliyetine rağmen fizyopatolojiye uygunluğu, greftin en doğru anatomik lokalizasyona yerleştirilmesine olanak sağlaması, düşük rekürrens, düşük yara enfeksiyon oranları, kısa nekahat süresi, ve yüksek hasta memnuniyeti sağlaması nedeni ile ideal cerrahi girişimdir.

P - 56

GÜVENLİ LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ ALGORİTMAMIZ 300 VAKALIK SERİ

O. S. GÜNER, L.V. TÜMAY, A. ZORLUOĞU

Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği Laparoskopik kolesistektomi planlanan olgulardaki uyguladığımız algoritmanın sonuçlarını retrospektif olarak incelemek. Acıbadem Bursa Hastanesi Genel Cerrahi kliniğinde Şubat 2006- Haziran 2009 tarihleri arasında yapılan 300 laparoskopik kolesistektomi olgusu yaş, cinsiyet, başvuru şekli, preoperatif radyolojik değerlendirme, biokimya parametreleri, intraoperatif kolanjiografi, patoloji sonuçları, ek girişim, postoperatif morbidite açısından retrospektif olarak incelendi.

	Yaş (ort)	Cinsiyet (E/K)	ALP	Safra Çamuru	Multip l taş	Kole -dok çapı (cm)	Taş çapı
Akut	46,9	2,7/1	147	% 42	% 68,4	5,8	10,9
Elektif	47,7	1,1/1	81,4	% 20	%66,7	4,8	8,5

300 LK yapılan olgularda K/E oranı ve yaş ortalamaları birbirine benzerdi. 104 olguya akut kolesistit nedeni ile girişim yapıldı. Klinik tanı ile patoloji uyumluluğu %84,6 idi. Akut olguların operasyona alınması ort. 1,3 gün idi. Yalnızca akut olgularda olmak üzere 10 hastada dren kullanıldı (akut olguların %9,6'sı). Karaciğerde laserasyona bağlı kanama nedeni ile 1 olguda açığa döndü. Mortalite % 0, safra yolu yaralanması % 0, trokar giriş yerinde herni % 0, yara enfeksiyonu % 0 saptandı. ALP yüksekliği olan olgulara radyolojik tetkiklerin desteklemesi halinde preoperatif PTK veya ERCP yapıldı. Radyolojinin desteklemediği olgularda ise

intraoperatif değerlendirmede sistik kanalın geniş olması halinde intraoperatif kolanjiografi çekildi. Taş saptanan olgulara postop ERCP yapıldı. 4 'ü preop olmak üzere toplam 10 olguya ERCP, 5 olguya ise preop PTK + duodenuma taş itilmesi yapıldı. 2 olguda postop uzun dönemde (1 yıl içinde) koledokolitiasis hali saptandı ve ERCP yapıldı.

Güvenli laparoskopik kolesistektomi sadece cerrahi tekniği değil , preoperatif değerlendirme, ameliyat zamanlaması ve hastanın bilier patolojilerinin çözümlenmesini de içeren stratejileri kapsamalıdır.

P 57

SPONTAN BİLOMADA KONSERVATİF TEDAVİ YAKLAŞIMI: VAKA TAKDİMİ

İ. OKAN*, G. BAŞ*, M. ŞAHİN**, R. ERYILMAZ***, A. IŞIK*, C. ÇAKIR*

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi

*** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Biloma, safra yolları dışında kapsülle çevrili, sınırlı safra koleksiyonudur. Çoğunlukla iatrojenik yaralanmalar (cerrahi, perkütan transhepatik girişimler) ve karın travmaları sonucu gelişmektedir. Spontan safra yolu rüptürü oldukça nadir bir durumdur. Burada kolesistokoledokolitiazise sekonder gelişen bir hastada konservatif tedavi yaklaşımını tartışmayı amaçladık.

Vaka sunumu: 80 yaşındaki erkek hasta kliniğimize intraabdominal koleksiyon öntanısıyla başka bir merkezden yönlendirildi. Hastanın başvuru karın ağrısı ve kusma şikayeti mevcuttu. Özgeçmişinde ameliyat ve travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede sağ üst kadranda hassasiyet dışında ek patoloji saptanmadı. İlk müracaat ettiği klinikte yapılan karın ultrasonografisi ve tomografisinde sağ üst kadranda geniş sıvı koleksiyonu ve kolelitiasis mevcuttu. Hastaya üst karın MR ve MRCP çekildi. Bilinen safra kesesi taşına ilaveten ana safra kanalında da taş saptandı. Ultrasonografi eşliğinde perkütan kateter yerleştirilerek drenaj yapıldı. Koleksiyonun içeriğinin safra olduğu gözlenerek biloma tanısı kondu. Safra drenajının devam etmesi ve kolodok taşları nedeniyle hastaya ERCP yapıldı. ERCP'de koledokta taş imajı ve safra yolları ile ilişkili biloma saptandı.

Taşlar temizlenerek koledoka bir adet 10 F stent kondu. Safra drenajı kesilen ve şikayetleri gerileyen hasta taburcu edildi. Hastanın 2 ay sonra çekilen kontrol tomografisi normal olarak değerlendirildi.

Sonuç: Spontan biloma tedavisinde öncelikle perkütan koleksiyon drenajı denenmelidir. Koledok taşının eşlik ettiği veya drenajın sebat ettiği durumlarda ERCP yapılarak sfinkterotomi ve/veya koledoka stent konmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spontan Biloma ERCP Koledokolitiasis

P 58

MİRİZZİ SENDROMLU HASTALARA TEDAVİ YAKLAŞIMI: 10 SENELİK DEĞERLENDİRME

G. BAŞ*, İ. OKAN*, A. AKÇAKAYA*, O. ALİMOĞLU**, R. ERYILMAZ***, O. V. ÖZKAN****, S. DEMİRAY*, M. ŞAHİN*****

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

** Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

*** Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

**** Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi

***** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç : Mirizzi sendromu (MS) safra kesesi ya da sistik kanala oturan safra taşının koledoka basısı sonucu oluşur. İleri görüntüleme yöntemlerine rağmen hastaların büyük bir kısmında preoperatif dönemde tanı konulamamaktadır. Bu çalışmanın amacı MS' u nedeniyle kliniğimizde tedavi edilen hastaların tedavi sonuçlarının irdelenmesidir.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 1998- Temmuz 2008 tarihleri arasında safra kesesi taşı nedeniyle ameliyat edilen ve MS tanısı konan hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar McSherry sınıflamasına göre Tip I ve II olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri , klinik müracaat bulguları, tanı araçları, uygulanan cerrahi yöntem, postoperatif komplikasyon ve erken dönem takip sonuçları kaydedildi.

Bulgular: MS tanılı 19 hastadan 10'u kadın, 9'u erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 61 (36- 82 yıl) idi. MS Tip I (kolesistokoledokal fistül yok) 13 hastada, MS Tip II (kolesistokoledokal fistül mevcut) 6 hastada görüldü. Beş hastada tanı preoperatif konurken, 12 hastada peroperatif MS tanısı kondu. Onüç hastada ameliyata laparoskopi

6 hastada laparotomi ile başlandı. Onbir hastaya konversiyon yapıldı. Ondört hastada kolesistektomi, 5 hastada parsiyel kolesistektomi uygulandı. Altı hastaya primer koledok tamiri, 4 hastaya T-Tüp Drenaj, 2 hastaya ise hepatikojejunostomi uygulandı. Beş hastada morbidite, 2 hastada mortalite görüldü. Takiplerde 1 hastada dilatasyonla düzelen anastomoz darlığı saptandı.

Sonuç: MS cerrahlar için tanı ve tedavisi zor bir klinik durumdur. Tıp I lezyonlarda parsiyel kolesistektomi tecrübeli cerrahlarca laparoskopik olarak güvenli bir şekilde yapılabilir. Tıp II lezyonlarda fistülün büyüklüğüne göre; T-Tüp üzerinden primer tamir veya bilio-dijestif anastomozlar uygulanabilir.

P 59

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ AMELİYATI SIRASINDA AÇIĞA DÖNME NEDENLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Z. MALAZGİRT, S.S. YÜRÜKER, K. TOPGÜL

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

Açığa dönme, laparoskopik başlayıp farklı nedenlerle açık ameliyata geçiştir. İki biçimde olur; tedbiren açığa dönüş ve kurtarıcı amaçla açığa dönüş. Açığa dönme safra kesesi ameliyatlarında ortalama % 5 kadardır. Bu oranın çok düşük olması da ameliyatta zorlanma var demektir. Açığa dönüşlerinin çoğu tedbir amaçlı olması; kliniğin güvenli kolesistektomi konusunda uygun davrandığını düşündürür. Kliniğimizde son 10 yılda 1 profesör, 1 doçent ve 1 yardımcı doçentin ameliyat ettiği toplam 425 + 97+ 92 = 614 sayıdaki laparoskopik kolesistektomiden toplam 13 (%3) +11(%11) +14 (%15)=38 tanesinde açığa dönülmüştür (% 6.1). Toplam 38 açığa dönmeden 37'si tedbiren, diğer bir tanesi de kurtarma amaçlıdır. Bunlar içinde en sık 2 tanesi intraoperatif inflamasyon bulgusu (%66) ve karın içi yapışıklıklardır (%24). Diğer nedenler tümör ve anatomik varyasyonlardır. Kurtarma amaçlı açığa dönme uyguladığımız tek olgu ise koledok travması idi. Güvenli kolesistektomi tekniği ile komplikasyonlar nedeniyle açığa dönme oranı belirgin ölçüde azaltılabilmektedir ancak intraoperatif beklenmeyen bazı durumlar koruyucu amaçlı açığa dönme gerektirebilir. Böyle olgularda zorlamak yerine mini laparotomi tekniğiyle güvenli tarafta kalmak en doğru yaklaşımdır. Bu retrospektif değerlendirmede

kliniğimizde gerekli olgularda tedbiren açığa dönebildiğimizi düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik kolesistektomi açığa dönme IOİB

P 60

LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİDE EKSTRAUMBLİKAL TEK-İNSİZYON YÖNTEMİ İLE STANDART YÖNTEMİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ş.Y. YILDIZ, M. GÜVEN, U. KADİR, K. ÇETİN, A. ÜNLÜ, Z. BOYACIOĞLU, M. ORUÇ

Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Giriş Tek insizyondan laparoskopik kolesistektomi (TİLK) skarsız bir yöntem olarak son yıllarda standart laparoskopik kolesistektomiye (SLK) alternatif olarak sunulmaktadır. Bugüne kadar yöntem umbilikal giriş tekniği ile yapılmış ancak operasyon sırasındaki manuplasyon güçlüğü, teknoloji gerekliliği gibi nedenlerle yaygınlaşmamıştır. Bu güçlükleri azaltmak amacıyla kliniğimizde ilk kez ekstraumbilikal-TİLK olarak adlandırdığımız yöntem uygulanmaya başlanmıştır. Bu çalışmanın amacı ekstraumbilikal -TİLK yöntemini aşağıdaki parametreler açısından SLK yöntemiyle karşılaştırarak, yöntemin kabul edilebilirliğini ve güvenliğini test etmektir.

Yöntem Çalışmaya alınan toplam 40 hasta ekstraumbilikal-TİLK (Grup E,n:20) ve standart yöntem (Grup S,n:20) olmak üzere iki grupta toplandı. Ekstraumbilikal-TİLK yöntemi için, ters trendelenburg pozisyonunda 30 derece sola açı ve operatörün orta hatta olacağı jinekolojik pozisyon verildi. Umbilikusun 2cm proksimali, 5cm lateralinden, 4cm uzunluğunda horizontal cilt kesisinden cilt altı flebi hazırlanarak, trokarlar batına girildi (Şekil-1). Operasyon standart laparoskopik kolesistektomi (SLK)'ye benzer şekilde gerçekleştirildi. Çalışmada karşılaştırılan parametreler Tablo 1'de gösterilmiştir. P değerinin 0,05' ten küçük olması istatistiki olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Sonuçlar Çalışmanın sonuçları Tablo 1' de verilmiştir. Karşılaştırılan parametrelerden yaş, BMI, operasyon süresi, verilen gaz miktarı, toplam analjezik miktarı açısından gruplar arasında anlamlı fark yokken, Diklofenak Sodyum (Dikloron) ve Tradamol (Contromal)

ihtiyacının Ekstraumbilikal-TİLK grubunda anlamlı olarak azaldığı saptandı.

Tartışma Çalışmadan elde edilen sonuçlar ışığında ekstraumbilikal-TİLK yönteminin standart laparoskopik kolesistektomi gibi güvenli bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Kliniğimizce geliştirilen bu yeni teknikle umbilikal girişte yaşanan aletlerin çakışması problemi safra kesesi ile giriş yeri arasındaki açı kaybolduğu için minimize edilmekte, daha güvenli ve rahat ameliyat olanağı vermektedir(Şekil-2). Gelecekte daha uygun enstrumanların geliştirilmesiyle umbilikal yöntemin yerini alacağını ve SLK'ye alternatif bir yöntem haline geleceğini düşünüyoruz.

P 61

SAFRA KESESİ DUPLİKASYON ANOMALİSİ; OLGU SUNUMU

S. SÖZEN, C. Ş. ÖZDEMİR, A. BÖYÜK, M. KISAKÜREK, S. ÖZDAL, O. BANLI

Elazığ Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi

GİRİŞ Safra kesesinin duplikasyon anomalileri nadir olup, literatürde çiftsafra kesesi insidansı 3.000 ile 12.000'de bir olarak bildirilmektedir. (1,2). Bilobe safra kesesi sıklığı çok daha nadir görülmektedir. Oldukça nadir görülen safra kesesi duplikasyon anomalilerinden bilobe safra kesesi olgusunu sunduk.

OLGU SUNUMU 48 yaşında, fizik muayene bulgusu olmayan, bazen sağ üst kadran ağrısı olan bayan hasta kolelitiazis şüphesi ile laparoskopik kolesistektomi ameliyatına alındı. Ekspolarasyonda iki ayrı fundus, korpus, infundibulum ve iki ayrı sistik kanalın bulunduğu çift safra kesesi(vesica fellae duplex) mevcuttu. Her iki sistik kanal kliplenerek kolesistektomi tamamlandı. Postoperatif 2. Gün hasta şifa ile taburcu edildi.(Resim1,2)

TARTIŞMA Genellikle rastlantısal olarak saptanmakla birlikte, bu tür anomaliler taş oluşumu ve inflamasyona predispozan olarak kabul edilmektedir(1).Literatürde ultrasonografinin, tek infundibulum ve tek sistik kanal varlığı ile, bifid ya da çift safra kesesi ayrımında yeterli olduğu belirtilmektedir (3). Ancak olgumuzda tek sistik kanal varlığı ultrasonografi ile gösterilememiştir. Duplikasyon anomalilerinin ayırıcı tanısında büküntülü safra kesesi, koledok kisti, frıyalı şapkası, perikolesistik sıvı, safra kesesi divertikülü, kese üzerindeki vasküler bantlar ve fokal adenomiyomatozis yer almaktadır (4).

SONUÇ Sonuç da, duplikasyon anomalilerinin, olası cerrahi komplikasyonların önlenmesi için safra yolları anatomisinin belirlenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR 1. Özgen A, Akata A, Arat FB, Demirkazık M, Özmen N, Akhan O. Gallbladder duplication: imaging findings and differential considerations. *Abdom Imaging* 1999; 24:285-288. 2. Dahnert W. *Radiology Review Manual* 2nd ed. Williams&Wilkins 1993; 426. 3. Martinoli C, Derchi LE, Pastorino C, Cittadini G. Case report: imaging of a bilobed gallbladder. *Br J Radiol* 1993; 66:734-736. 4. Starinsky R, Strauss S, Vinograd I, SegalM. Duplicated gallbladder in a child: sonographic appearance. *J Clin Ultrasound* 1991; 19:575-577.

P 62

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ DENEYİMİMİZ VE AÇIK AMELİYATA GEÇME NEDENLERİ

S. SÖZEN*, Ş. DÖLALAN**, H. ELKAN**, H. Ö. AYTAÇ**, C. Ş. ÖZDEMİR*, F. YILDIZ***

* Elazığ Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi

** Şanlıurfa Balıklıgöl Hastanesi Genel Cerrahi

*** Harran Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Hastanemiz genel cerrahi kliniğinde yapılan laparoskopik kolesistektomi girişimlerinin demografik özelliklerinin saptanması, açık ameliyata geçiş oranının belirlenmesi, açığa geçiş nedenlerinin ortaya konması hedeflenmiştir.

Yöntem: Hastanemizde Ağustos 2004- Ocak 2009 yılları arasında yapılan 568 laparoskopik kolesistektomi girişiminin kayıtları incelendi. Yaş ve cinsiyetleri, açığa geçiş nedenleri, akut kolesistit ve kronik kolelitiazis olguları, yaş gruplarına göre açığa geçiş oranları belirlendi.

Bulgular : Olgularımızın 525' i kadın (% 92.4),43'ü erkektir (% 7.6), kadın/erkek oranı 12.1 idi. Ortalama yaş 45.5 ± 12.7 (18-82), ortalama ameliyat süresi 60.2 (17-200) dakika idi. ameliyat endikasyonları; 525 hasta kolelitiazis (% 92.4), 33 hastanın akut kolesistit (% 4.4) ve 6 hastanın safra kesesi polibi (% 1). 2 hastanın akalkülöz kolesistit (% 0.35) nedeni ile opere olmuştu. Olgularımızın 20'sinde(% 3.5) açığa geçilmiş, 10 olguda (% 1.2) olguda intraoperatif komplikasyonlar gelişmişti. Mortalite yoktur. Hastanede yatış ortalama süresi 1.6 gündür (8 saat-26 gün). Açığa geçiş nedenleri; Calot üçgeninde yapışıklık (3 hasta), akut kolesistit (33 hasta), koledok taşı (2 hasta), geçirilmiş ameliyata

bağlı yapışıklıklar (1 hasta), diseksiyon güçlüğü (2 hasta), organ yaralanması (2 hasta), anatomik varyasyon (1 hasta), taş dökülmesi (1 hasta), olarak belirlendi.

Sonuç: LK'de açığa geçişi arttıran en önemli faktör akut kolesistit gibi görünmektedir. Erkek cinsiyet, ileri yaş ve akut kolesistit halinin açık ameliyata geçiş riskini arttıran faktörler olduğu saptandı. Buna rağmen ilk tercih edilecek girişim şekli LK olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: laporoskopik kolesistektomi akut kolesistit cinsiyet yaş

P 63

DALAK KİST HİDATİK OLGU SUNUMU

S. SÖZEN, C. Ş. ÖZDEMİR, H. ÇELİK, O. BANLI

Elazığ Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi

GİRİŞ Kist hidatik, sıklıkla echinococcus granulosus'un neden olduğu parazitik bir hastalıktır. Afrika, Güney Amerika, Avustralya'nın bazı bölgeleri ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu bazı Akdeniz ülkelerinde endemiktir(1-2). Hastalık, insan vücudunda en sık karaciğer ve akciğeri tutmaktadır (3). Dalak, üçüncü sıklıkta tutulan organ olsa da izole olarak tutulumu, endemik bölgelerde bile nadirdir.

OLGU SUNUMU Otuz dört yaşında bayan hasta 1 yıldan beri aralıklı olarak devam eden karın üst kısımlarda ve sol böğründe ağrı, şişkinlik, çabuk doyma yakınmalarının son dönemde çok artması ve bulantı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkikleri neticesinde dalakta kist hidatik tanısıyla ameliyat önerildi. Abdominal ultrasonografi (USG); dalakta 8 cm çaplı, içinde septası olan kistik kitle mevcut. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT); dalakta 8 cm çaplı, kapsüllü kist hidatik ile uyumlu kitle mevcut. Diğer karın içi organlarda patoloji tespit edilmedi (Şekil). Kist bütünlüğü korunarak laporoskopik splenektomi yapıldı. Post operatif 3.gün hasta önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA Hastalığın tedavisinde seçilecek yöntem cerrahidir. Dalak kist hidatiklerinin tedavisinde, PAIR, unroofing-kısmi sistektomi-omentoplasti, parsiyel splenektomi, laporoskopik splenektomi, hand-assisted laporoskopik splenektomi gibi değişik cerrahi tedavi yöntemleri ortaya konmuştur (7 8).

SONUÇ Son yıllarda minimal invazif cerrahi alanındaki gelişmeler ve cerrahiye alternatif tedavi metodlarının yaygınlaşması dalağın korunmasını gündeme getirmiştir. Ama yine de dalak kist

hidatiklerinde, laporoskopik uygulanmasının özellikle büyük kistlerde halen en uygun yaklaşım olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: endemik kist hidatik

P 64

LAPAROSKOPİK TÜP JEJUNOSTOMİ VE TEKNİK AYRINTILARI

M. ERTEM*, S. YILMAZ **, V. ÖZBEN *, E. ÖZVERİ **

* İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

** Acıbadem Kozyatağı Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Mide lenfomasına bağlı mide perforasyonu nedeni ile total gastrektomi yapılan ve ameliyat sonrası dönemde proksimal jejunum güdüğünden kaçak saptanan hastaya enteral beslenme amacıyla uygulanan laporoskopik tüp jejunostomi işlemini teknik ayrıntıları ile sunmayı amaçladık.

Yöntem: Hastanın klinik ve radyolojik bulguları değerlendirildi. Laporoskopik tüp jejunostomi işleminin teknik ayrıntıları sunuldu.

Bulgular: Pankreas, dalak, sol surlanel ve mide arka yüze invazyon gösteren non-Hodgkin B hücreli mide lenfoması tanısı alan ve iki kür kemoterapi uygulanan 53 yaşında erkek hastanın takiplerinde akut karın bulguları gelişti. Yapılan radyolojik tetkiklerinde mide perforasyonu saptandı. Acil ameliyata alınan hastaya total gastrektomi, splenektomi ve distal pankreatektomi işlemi uygulandı ve rekonstrüksiyon R-Y özefagojejunostomi şeklinde gerçekleştirildi. Ameliyat sonrası 7. günde oral rejim başlanan hastanın takiplerinde batın dreninden pürülan mayi gelmesi üzerine yapılan radyolojik incelemede özefagojejunostomi anastomozunun hemen distalindeki jejunum güdüğünden batın içine kaçak ve gastrektomi lojunda 6 cm çapında apse olduğu izlendi. Perkütan apse drenajı yapıldı. Oral alımı tekrar kesilen ve septik bulguları gerleyen hastaya beslenme amaçlı postoperatif 39. günde laporoskopik tüp jejunostomi işlemi uygulandı. Enteral beslenmeyi tolere eden ve jejunum güdüğünden kaçığı gerileyen hasta kemoterapisi düzenlenerek taburcu edildi. Komplikasyon saptanmadı.

Sonuç: Enteral beslenme gereken hastalarda laporoskopi güvenli bir yöntemdir ve enterotomi için en uygun jejunum ansının bulunmasına olanak sağlayarak işlemi kolaylaştırır.

Anahtar Kelimeler: Tüp jejunostomi laparoskopik enteral beslenme teknik

P 65

KOLESİSTOLİTHİASİS VE UMBLİKAL HERNİ BİRLİKTELİĞİNDE LAPAROSKOPİ

T. ERTÜRK*, G. KÖROĞLU**

* Özel Çapa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
** Şavşat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Semptomatik safra taşı ve umblikal herni birlikteliği olan ve eş zamanda operasyon yapılan olgularımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Özel Çapa Hastanesinde 01 Haziran 2006 – 01 Ağustos 2009 tarihleri arasında ameliyatları yapılan, kolesistolithiasis ile birlikte saptanan umblikal hernisi olan 5 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Olgulardan 4'ü kadın, yaş ortalaması:52, 1'i erkek, yaş:63 idi. Hastaların ortalama 8 yıldır umblikal şişlik şikayetleri mevcuttu. Olguların tamamı kolesistit nedeni ile doktora başvurmuşlardı. Ameliyatlarda öncelikle umblikal herni prepare edilerek fıtık defektini yaratan fasya serbestleştirilmesi sağlandı. Fıtık kesesi serbestleştirildikten sonra 4 olguda umblikal fasya süturlarla daraltılarak hava kaçağı olmaksızın 10mm'lik trochar girişi sağlandı ve laparoskopik kolesistektomi uygulandı. 2 hastada kolesistektomi sonrası daraltıcı süturlar çıkarılarak umblikal herni defekti prolen mesh ile onarıldı. Bir hastada kolesistektomi sonrası umblikal herni defektine prolen süturlar ile primer onarım, bir hastayada kolesistektomi sonrası umblikal herni defektine prolen süturlar ile Mayo takviye yapıldı. Bir hastamızda intraabdominal adhezyonlar nedeni ile açık kolesistektomi ve prolen mesh ile umblikal herni onarımı uygulandı. Olgular komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Umblikal herni onarımı ile birlikte eş zamanda planlanan laparoskopik kolesistektomi operasyonlarında, trochar girişinde ve pneumoperituan'nın sağlanmasında zorluklar yaşanabilir. Açık teknikle umblikal herni onarımı tercih edilebileceği gibi, uygun lokalizasyonlardan girilen trocharlar ile laparoskopik olarak hem kolesistektomi yapılabilir hem de umblikal herni onarılabilir. Olgularımızda umblikal herniye bağlı veya kolesistit nedeni ile intraabdominal adhezyonların olabileceği düşünülerek umblikal herni operasyonlarında açık teknik tercih edilmiştir. Umblikal herni gibi cerrahi girişim

gerektiren ek patolojiler olduğunda, laparoskopik kolesistektominin açık kolesistektomiye kıyasla bilinen post-operatif yararları nedeni ile, teknik olarak güçlükler olsa da, ilk tercih olması gerektiği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Umblikal Herni Kolesistolithiasis Laparoskopik Kolesistit

P 66

LAPAROSKOPİDE SAPTANAN PORTAL VEN ANOMALİSİ: OLGU SUNUMU

T. ERTÜRK*, G. KÖROĞLU**, G. GÖZİŞ*

* Özel Çapa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
** Şavşat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Bu çalışmada laparoskopik esnasında rastlantısal olarak saptanan portal ven anomalili bir olguyu nadir görülmesi nedeni ile sunmayı amaçladık.

Yöntem: Özel Çapa Hastanesinde laparoskopik kolesistektomi yapılması planlanan vaka, diagnostik laparoskopide saptanan portal ven anomalisi nedeni ile olgu sunumu olarak incelenmiştir.

Bulgular: Karın sağ üst kadranda ve epigastrik ağrı nedeni ile başvuran hastanın batin ultrasonografisinde; "safra kesesinde 17mm çapında kalkül saptanmıştır. Kese duvar kalınlığı ve volümü normal, İntra ve ekstra safra yollarında dilatasyon saptanmamıştır. Karaciğer konturları, intrahepatik vasküler yapılar ve portal ven normal sınırlardadır." Pre-operatif tetkikleri normal olan hasta laparoskopik kolesistektomi planlanarak ameliyata alınmıştır. Pneumoperituan sağlandıktan sonra yapılan eksplorasyonda safra kesesi korpusuna yapışık, çapı yaklaşık 1cm olan, preduodenal ve koledok anteriorunda seyreden, tortiyoz damarsal yapı fark edilmiştir. Portal ven anomalisi düşünülerek operasyon esnasında bu durum hasta yakınları ile konuşulmuştur. Açık operasyona geçilebileceği iletilmekle beraber, operasyonda herhangi bir disseksiyon yapılmadan, ameliyatın sonlandırılarak ileri tetkikler yapılabileceği ve ilgili spesifik birime sevk edilebileceği önerilmiştir. Alınan onay ile operasyon sonlandırılarak üst batin ve doppler ultrasonografisi yenilenmiş, Üst batin MR ve MRCP çekilmiştir. Tetkilerin sonucunda anormal yerleşimli, tortiyoz seyirli, safra kesesine yapışık portal ven saptanmıştır. Hasta takip ve tedavi amacı ile bir üniversite hastanemizin hepatobilier cerrahi bölümüne sevk edilmiştir. Bu bölümde

hastanın takibi ve konservatif tedavisi kararı alınmıştır.

Sonuç: Laparoskopik girişimlerde ilk ve önemli adımlardan biri tanısal laparoskopi veya eksplorasyonudur. Bazen rastlantısal saptanan anomaliler nedeni ile bu aşama ameliyatın en önemli safhası olabilir. Bu olgumuzda diagnostik laparoskopi safhasında insidental olarak saptanan portal ven anomalisi nedeni ile, disseksiyona başlanmadan operasyon sonlandırılmış, ileri tetkiklerden sonra konusunda daha tecrübeli bir birime hastanın güvenle sevk edilmesi sağlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Portal Ven Anomalisi Laparoskopi

P 67

LAPAROSKOPİK HİATAL HERNİ CERRAHİSİ UYGULANAN OLGULARIN ANALİZİ

T. KARABUĞA*, C. KARA*, A. SÖZÜTEK**, T. TANSUĞ*, Y. PEKER*, N. CİN*, H. GENÇ*

* İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi
** Bingöl Genç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Bu çalışma ile laparoskopik hiatus hernisi onarımı uygulanan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2007- Ağustos 2009 tarihleri arasında hiatal herni tanısı ile laparoskopik anti reflü ameliyatı uygulanan 16 hasta retrospektif olarak incelendi. Laparoskopik anti reflü ameliyatı tekniği, eksplorasyon bulguları, ameliyat süresi, hastanede kalış süresi, işe başlama süresi, semptomların düzelme süresi değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 10'u kadın, altısı erkekti; yaş ortalaması 52 (25-74) idi. Semptom süresi ortalama dört yıldır. Hastaların hepsine medikal tedavi uygulanmış ve yarar görmemişti. Tüm hastalarda sliding tipi hiatus hernisi mevcuttu. On hastaya laparoskopik Nissen fundoplikasyon (bunlardan iki hastaya hiatusa prolen mesh kondu), iki hastaya Nissen-Rozetti fundoplikasyon, iki hastaya laparoskopik Touppet fundoplikasyon uygulandı. İki hasta da işleme laparoskopik başlandı ancak birinde batin içi hemoraji, diğerinde diyafragma perforasyonu nedeniyle laparotomi ile Nissen fundoplikasyon yapılarak operasyon tamamlandı. Ortalama ameliyat süresi 140 dakika olmakla beraber son vakalarda bu süre 90 dakikaya kadar düştü. Laparoskopik tamamlanan hastaların hepsine postoperatif ilk 24 saat oral sıvı gıdalara başlandı. Ortalama

hastanede kalış süresi 4 gün, işe dönüş süresi 22 gün olarak saptandı. Hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Laparoskopik hiatus hernisi onarımı artan deneyimle daha kolay uygulanabilmekte ve ameliyat süresi önemli ölçüde azalmaktadır. Laparoskopik yaklaşım kozmetik avantajlarının yanı sıra postoperatif yapışıklıkların az olması, daha az analjezi ihtiyacı ve daha kısa işe dönüş süresi ile tercih edilecek cerrahi girişim seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: Hiatal herni laparoskopi anti reflü

P 68

LAPAROTOMİLİ HASTALARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ TECRÜBEMİZ

U. DEVECİ*, M. MANUKYAN*, A. KEBUDİ*, A. MİDİ**, S. ŞİMŞEK***

* Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD
*** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon AD

GİRİŞ Çoğu cerrah batin içi ameliyat geçirmiş hastalarda laparoskopiden kaçınmaktadır. Kliniğimizde kolesistektomi kararı verilmiş batin ameliyatlı tüm hastalarda, ameliyata laparoskopi ile başlanmaktadır. Bu çalışmada göbüküstü median insizyonu olan hastalarda uyguladığımız laparoskopik kolesistektomi tecrübemizi sunduk.

MATERYAL - METOD Ekim 2007 – Ağustos 2009 arasında kliniğimizde kolesistektomi kararı verilen eski batin ameliyatlısı 11 hasta bu çalışmaya alındı. Hastaların tümünde göbükaltından 1,5 cmlik eliptik cilt insizyonu ve fasyaya 2 cmlik kesi yapılarak açık yöntemle port yerleştirildi. Batin içi basınç 14 mmHg olarak ayarlandı. 9 hastada laparoskopik kolesistektomi başarı ile gerçekleştirildi. 4 port ile eksplorasyon uygulandı ve 30 derece 10 mmlik videoskop kullanıldı. Bridotomilerde Ligasure Atlas™ ve endomakas kullanıldı.

BULGULAR Tüm hastaların göbük üstü median insizyonu mevcuttu ve laparotomi uygulanmıştı. 3 hasta parsiyel gastrektomi, 2 hasta peptik ülser perforasyonu onarımı, 2 hasta insizyonel herni onarımı, 1 hasta açık Nissen Fundoplikasyonu, 1 hasta splenektomi, 1 hasta sigmoid kolon rezeksiyonu, 1 hasta abdominoplasti ameliyatı geçirmişti. Hastaların 6'sı kadın, 5'i erkekti. Ortalama yaş 55,45(43-71) ±9,75, ortalama vücut

kitle indeksi 28,36(24-35) \pm 3,77 idi. 1 hastada fasya kesisi sırasında oluşan ince barsak yaralanması nedeni ile, 1 hastada ise aşırı yapışıklık nedeni ile laparotomiye geçildi. Başarılı laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalardaki ortalama ameliyat süresi 71,66 (40-90) \pm 15,81 dakika idi. Hastaların 11(1-24) \pm 7,79 aylık takiplerinde sorunla karşılaşılmadı.

SONUÇ Kliniğimizde batın içi ameliyat geçirmiş hastalar, laparoskopi için kontrendikasyon kabul edilmemektedir. Ancak bu hastalarda batına girişte, fasya açılıp batın içi görülerek portu yerleştirmekteyiz. Bridotomi gerektiren hastalarda ameliyat süresi uzasa da, bu süreler kabullenilebilir düzeydedir. Batın içi ameliyat geçirmiş hastalarda laparoskopik kolesistektomi, tecrübeli kliniklerde güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi kolesistektomi laparotomi

P 69

LAPAROSKOPİK RAT MODELİNDE 10 VE 15 MMHG LİK İNTRABDOMİNAL BASINÇ DEĞERLERİNİN OLUŞTURDUĞU KARACİĞER OKSİDATİF STRES MARKERLARINDAKİ DEĞİŞİKLİKLERİN

C. POLAT*, A. KAHRAMAN**, R. DEMİREL***, B. YAZICIOĞLU* , A. KILIÇASLAN*, Yüksel ARIKAN*

* Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

** Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Biyokimya AD

*** Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Laparoskopik cerrahi günümüzde hemen hemen her türlü benign ya da malign cerrahi patolojinin tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu uygulamada intrabdominal mesafeye belirli miktarda karbondioksit uygulanarak yapılan pnömoperiton ile bir vizüelizasyon oluşturulması yöntemin esasını oluşturmaktadır. Bu amaçla genel olarak 10-15 mm lik bir intrabdominal basınç aralığı kullanılmaktadır. Bu çalışmada oluşan basınç aralığının üst ve alt sınırlarına bağlı olarak oluşan karaciğer hasarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Toplam 24 rat üç çalışma grubuna ayrıldı. 1. grup kontrol grubu olarak kabul edildi. 10 mmHg 2. çalışma grubu ve 15 mmHg ise 3. çalışma grubu olarak planlandı. 10 ve 15 mmHg düzeyindeki pnömoperiton

uygulamaları sonrası karaciğer dokusundaki oksidatif stres markerları olarak malondialdehit ve indirgenmiş glutatyon düzeylerine bakıldı. Pnömoperiton uygulamasının karaciğer dokusunda MDA artışı ile karakterize bir oksidatif stress yanıtı oluşturduğu tespit edildi. 2. ve 3. çalışma gruplarında doku MDA düzeylerinin kontrol gruplarına göre anlamlı oranda artmış olduğu tespit edildi (P=0,002) Oysa GSH düzeylerinde anlamlı bir değişiklik saptanmadı (p=0,58). Yine her iki çalışma grubu arasında herhangi bir fark tespit edilmemiştir (p>0,05). Sonuç olarak, çalışmamız pnömoperitonun belirgin bir oksidatif hasara neden olduğunu göstermiştir. Vena porta basıncını aşan bütün intraabdominal basınç değerlerinde pnömoperiton ile ilişkili ilave bir oksidatif stres oluşturmadığını söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Rat Modeli Karaciğer Oksidatif Stres Markerları

P 70

MORBİD OBEZİTENİN CERRAHİ TEDAVİSİ İÇİN LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ: İLK 3 OLGU

K. TEKİN, O. BİRSEL, M. ÖZBAN, A. SARAÇ, F. KAYA, A. GÜL

Pamukkale Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Morbid obezite cerrahi tedavisinde son yıllarda artan oranlarda uygulama alanı bulan "Laparoskopik Sleeve Gastrektomi" (LSG) tekniği ile ilgili ilk deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Temmuz 2009 - Eylül 2009 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi hastanelerinde morbid obezite nedeni ile LSG uygulanan hastalar bu çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, ameliyat öncesi ortalama vücut kitle indeksi, ortalama operasyon ve hospitalizasyon süresi, erken dönem komplikasyonlar belirlendi.

Sonuçlar: Toplam 3 hastaya (3 kadın) LSG uygulandı. Serimizde ortalama yaş 36,6 \pm 7,5 ve ortalama ameliyat öncesi vücut kitle indeksi 45,13 \pm 4,5 idi. Operasyon süresi ortalama 141,3 \pm 56,3 dk olarak tespit edildi. Hastanede kalış süreleri ortalama 6 \pm 1 gün olan grubumuzda ameliyat esnasında 1 (%33,3) hastada stapler yetersizliği nedeni ile açık ameliyata geçildi. Serimizde anastomoz, stapler hattı kaçağı ve mortalite olmadı.

Yargı: Henüz uzun dönem sonuçları bilinmeyen bu tekniğin LRGB'a oranla daha kolay

uygulanması ve kısa ameliyat süreleri gözönüne alındığında seçilmiş hastalarda uygun bir seçenek olabileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: sleeve gastrektomi laparoskopik cerrahi morbid obezite

P 71

KOLONOSKOPI YAPILACAK HASTALARIN İŞLEM ÖNCESİ İŞLEM HAKKINDAKİ DÜŞÜNCELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ç. EMUCE*, A. YAVUZ**, A. KAÇAR***

* Sağlık Bakanlığı, Çocuk Cerrahi Servisi

** Sağlık Bakanlığı, Yenidoğan Cerrahisi Yoğunbakım Servisi

*** Sağlık Bakanlığı, Sterilizasyon

GİRİŞ: Tüm kolonun incelenmesini sağlayan kolonoskopi maliyeti,riski ve uygulandığı konforsuzluğuna karşın 50 yaşında taramanın başlangıcında kullanılan güvenli bir yöntemdir.

AMAÇ: Çalışma hastaların kolonoskopiye ilişkin işlem öncesi düşüncelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

YÖNTEM: Araştırma evrenini (İstanbul ili Üsküdar ilçesinde yer alan) bir üniversite hastanesinin kolonoskopi ünitesi ile bir özel kolonoskopi merkezine 01 Temmuz 2009-31Ağustos 2009 tarihleri arasında başvuran tüm hastalar oluşturdu.Örnekleme araştırmaya katılmayı kabul eden 83 kişi alındı.Veriler; literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu aracılığıyla elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanıldı.

BULGULAR: Araştırmada yer alan bulguların % 64' ünün ilk defa kolonoskopi işlemi geçireceği ve çoğunluğunun (% 48'nin n=36) hekim tarafından bilgilendirildiği; %43'nün işlemden önceki gece uyuyamadığı, %33a'unun işlemin uygulandığından % 21'nin de işlem sırasında mahremiyetinin korunamayacağından korktuğu,%68'nin girişim sırasında yakın arkadaşları veya aile üyelerinden bir kişinin yanında olmasını istediklerini belirttikleri saptandı.

SONUÇ: Araştırmada yer alan hastaların azınlığının (%33; n=31) işleme yönelik korku ve endişe yaşarken çoğunluğunun (%67 ; n=52) işlem sırasında aile üyelerinden veya yakın arkadaşlarından birisinin yanlarında olmasını istedikleri belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kolonoskopi Kolonoskopi öncesi değerlendirme

P 72

ENDOSKOPIK LAPAROSKOPIK ALETLERİN TEKRAR KULLANIMA HAZIRLANMASI

A. PARLAK

Amerikan Hastanesi Merkezi Sterilizasyon Ünitesi

Hasta bakım ve tedavisinde kullanılan tüm tıbbi/cerrahi araçların yeniden kullanıma hazırlama süreci son derece önemlidir.Boşluklu laparoskopik aletlerin tamamı kan, doku artıkları, kimyasallar ve sıvı artıkları ile dolu olabilir.Steril vücut boşlukları ile temas edecek bu aletlerin (yüksek riskli alanlar) kullanılmadan önce steril edilmeleri gerekmektedir.Gözle görünür bir artığın olmaması güvenli kullanım için yeterli değildir. Steril kir ve kimyasal artıklı veya korozyona uğramış bir alet ciddi bir sağlık tehlikesi oluşturabilir. Laparoskopik aletleri diğer çelik cerrahi aletler ile karşılaştırdığımızda, çok daha komplike olduğunu görebiliriz. Yeniden hazırlama sürecinde temizlik çok önemlidir. Yüksek seviyeli dezenfeksiyon(HLD) ve sterilizasyondan önce malzemelerin tam olarak temizlenmesi gereklidir. Çünkü alet yüzeylerinde kalan organik ve inorganik materyaller (kir) HLD ve sterilizasyonun etkinliğini azaltır. Emniyeti sağlamak ve kontrol için aletler merkezi bir alanda toplanmalı, temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemleri bu merkezde yapılmalıdır. Bu merkezler kendi içinde bölümlere ayrılmalıdır. Böylece paketleme, sterilizasyon ve steril depolanmada kontaminasyon önlenmiş olur. Hastaneler kendi olanakları doğrultusunda yıkama sistemlerine sahip olabilirler.Malzemeler otomatik dezenfektörler veya ultrasonik yıkayıcılar ile işlemde geçirilebileceği gibi manuel olarak el ile de yıkanabilir. Endoskopik, laparoskopik aletler, kateter, reusable iğneler, tüp ve minimal invazif endoskopik malzemeler daha farklı özen gösterilmesi gereken lümenlere sahiptir. Bu aletlerin demontesi ve temizliği için üretici talimatlarına uyulmalıdır. Lümenlerin içindeki kirleri gevşetmek ve temizlemek için uygun fırça ile fırçalama ve ovmak gereklidir. Çalışanlar 6 Aralık 1991'de OSHA tarafından belirlenen standart korunma önlemlerini uygulamalıdır. Sonuç olarak; HLD ve sterilizasyon temizliği zorunlu kılmasına rağmen, temizliğin sağlandığını kanıtlayan, gerçek zamanlı klinik verilere ulaşmak mümkün değildir. Yeterli temizliği kanıtlanmanın tek yolu tekrar işleme sürecini denetlemektir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi lümenli malzeme temizlik hazırlık sterilizasyon

P 73

ANOREKTAL CERRAHİ ÖNCESİ SİGMOİDOSKOPI

A. BOZ*, N. ERKEN**

* Dalaman Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
** İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Kolonoskopinin yaygınlaşmasıyla, anorektal cerrahi girişimler öncesinde yapılacak cerrahi yöntemin planlanması hastayı bilgilendirme morbidite ve mortalitenin azaltılması sağlanabilir. Periferde çalışan genel cerrahi uzmanları operasyon öncesi fleksibil kolonoskopi veya sigmoidoskopiyle en azından distal kolonu değerlendirmekle cerrahi malpraktisi belirgin azaltabilir. Bu çalışmada kliniğimizde benign anorektal lezyonlar için yapılacak cerrahi öncesi 120 hastaya distal kolon temizliği yapılarak sigmoidoskopik işlem uygulandı. Hemorodektomi, perianal fistül ,nüks kronik fissür, anal polip,rektal kanama ayırıcı tanısı için ameliyat öncesinde hastalar sigmoidoskopik olarak değerlendirildi.64 hasta hemeroidektomi öncesi,22 hasta perianal fissür,10 hasta perianal enflamasyon ,15 hasta fistül,2 anal polip,7 hasta rektal kanama nedeniyle sigmoidoskopi yapıldı. 4 hastada divertikül, 9 hastada 0.5 cm den küçük polip, 4 hastada 0.5 cmden büyük polip, 3 hastada karsinom, 2 hasta da inflamatuvar barsak hastalığı, 1 hastada stepler hattında meydana gelen rektovajinal fistül abse , 1 hastada anjodisplazi saptandı. Sigmoid karsinomlu 2 hasta, rektum tümörlü 1 hasta ileri merkeze yönlendirildi. Enflamatuvar barsak hastalığı olan hastalarda medikal tedavi uygun görüldü, Rektovajinal fistül tespit edilen hasta perianal abse drenajı yapılarak ileri merkeze yönlendirildi. Yandaş hastalık olmayan benign perianal- rektal lezyonlar cerrahi yöntemle tedavi edildi. Sonuçta; Sigmoidoskopiye proktolojik muayenenin ve cerrahinin olmazsa olmazı kabul etmeliyiz.

Anahtar Kelimeler: sigmoidoskopi anorektal lezyon cerrahi

P 74

BENİGN GÖRÜNÜMLÜ MALİGN GASTRİK POLİP

A. BOZ*, N. ERKEN**

* Dalaman Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
** İzmir Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Erken gastrik lezyonların ortaya konmasında nonkarakteristik karın ağrısı,kilo kaybı,anemi olan hastalarda endoskopik girişimlerin gecikmeden uygulanmasının büyük önemi vardır.Endoskopik poliplerin ayırıcı tanısında biopsilerin yanlış negatif sonucunun fazlaca olduğu bu nedenle ayırıcı tanıda polipektomi metaryalinin incelenmesi daha doğru olacağı vaka eşliğinde anlatıldı. 35 yaşında epigastrik şikayetle kliniğimize başvuran hasta gis kanam tanısıyla interne edildi.Yapılan endoskopik tetkikte antrumda 11-12 mm boyutlarında komşuluğunda ülserasyon kanama alanları tespit edilen polip izlendi.3 alandan biopsi yapıldı. Mikroskopik incelemede inflamasyonun ön planda olduğu,atipi veya metaplazinin izlenmediği benign gastrik lezyon olarak değerlendirildi.Klinik olarak gastrik şikayeti devam eden hasta benign lezyon olduğu düşünülerek polipektomi için yönlendirildi. Polipektomi neticesinde mukoza yı aşan mide karsinoid tümörü olarak değerlendirildi. Cerrahi rezeksiyon önerildi. Cerrahi rezeksiyonda tümörün serozaya ulaşmadığı 2-3 adet reaktif lenf nodu olduğu ortaya konduğundan erken gastrik tümör olarak değerlendirildi. Gastrik polipler; nonneoplastik ,hemartamoz ,heterotopik doku ,reaktif polip şeklinde veya neoplastik (epitelial,nonepitelial,endokrin) olarak karşımıza çıkabilir.Nadir görülsede endokrin gastrik karsinoid tümör için polipektomi ayırıcı tanıda gerekli görünmekte, biopsi ile takip mobidite açısından risk yaratmaktadır.

Anahtar Kelimeler: gastrik polip karsinod tümör polipektomi

P 75

GASTRODUODENAL ÜLSER KANAMA KONTROLÜ

Ay. H GÖKÇE*, Ö. ÖZCAN*, A. AREN*, F. S. GÖKÇE**, N. DURSUN***

* S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

** Balıklı Rum Hastanesi Genel Cerrahi

*** S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji

AMAÇ Üst gastrointestinal sistem kanamaları acil endoskopik ve cerrahi girişim gerektiren hastalıklardandır. Çalışmada akut gastroduodenal

ülser kanamalarında acil terapötik girişimlerin tanı ve tedavisindeki önemini araştırdık.

MATERYAL-METHOD Ekim 2005-Aralık 2008 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesinde akut gastroduedonal ülser kanaması tanısı konmuş 80 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar endoskopik tanı ve tedavi, acil cerrahi gereksinimi, kan transfüzyonu sayısı, yatış süresi, morbidite ve mortalite açısından değerlendirildi.

BULGULAR Hastaların yaş ortalamaları 57 (23-91), kadın erkek oranı yaklaşık 1/3. hastaların 8 (%10)'ünde gastrik ülser, 72 (%90)'sinde duedonal ülser saptanmıştır.12 (%15) hastada non-steroid antenflamatuar, 6 (%7,5) hastada komadin hikayesi mevcuttu. Hastaların %80'inde hematemez, %60'ında hematokezya ve melana vardı. Şikayetlerin başlamasından sonra ortalama 20 saat içinde üst GİS endoskopisi yapılmıştır. Duedonal ülserler forrest sınıflamasıyla değerlendirildi: 19'u forrest I, 17'si forrest IIA, 18'i forrest IIB, 18'i forrest IIC. 18 hastaya skleroterapi yapıldı, 2 hastaya skleroterapi tekrarlandı. 6 (%7,5) hastaya durdurulamayan kanama nedeniyle laparotomi yapıldı, ameliyata alınan hastaların 5'inde bilateral trunkal vagatomî, piloroplasti ve transfiksiyon sutur ile kanama kontrolü yapıldı. Hastanede yatış süresi ortalama 6 (4-10) gündü. Tüm hastalara peroperatif kan transfüzyonu yapıldı. Ortalama eritrosit tranfüzyonu 7,2 ünite (5-15 Ü) idi. Perop 1, skleroterapi yapılan 3 hasta kaybedildi, 4 (%5) mortalite oldu.

SONUÇ Gastroduedonal ülser kanamaların kontrolünün çoğunda destek tedavi ve endoskopik girişimlerin yeterli olduğu, nadiren cerrahi girişime gerek olduğu kanısına varıldı. Bunun yanında kanama kontrolü yapılamayan, hemostabilitesi sağlanamayan hastalaradada vakit kaybetmeden cerrahi girişime karar vermemiz gerektiğini düşünmekteyiz.

P 76

MİDE POLİPLERİNİN YERLEŞİM YERLERİ, HELİKOBAKTER PİLORİ VARLIĞI VE HİSTOPATOLOJİ SONUÇLARIYLA İLİŞKİSİ

A. H. GÖKÇE*, A. AREN*, F. S. GÖKÇE***, E. ALTINSOY, N. DURSUN**, Ö. ÖZCAN*

* S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

** S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji

*** Balıklı Rum Hastanesi Genel Cerrahi

GİRİŞ: Mide polipleri midede saptanan en yaygın, iyi huylu tümörlerdir. Çalışmada midedeki poliplerin cinsiyet, histopatoloji sonuçları, yerleşim yerleri ve helicobakter pilori varlığı ile arasındaki ilişki araştırıldı.

MATERYAL-METOD: S.B.İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi endoskopi ünitesinde ocak 2008- aralık 2009 arası özefagogastroskopi sonucu mide polibi saptanan hastalar retrospektif olarak araştırıldı. Poliplerin yerleşim yerleri kardial, fundus, antrum, korpus, pilor ve duodenum olarak gruplandırılmıştır. Histopatoloji sonuçları ise bazı biyopsiler polibin doğru yerinden alınmadığı için gastrit sonuçlular, hiperplastik polipler, adenomatöz polipler ve inflamatuvar polipler olarak sınıflandırılmıştır.

BULGULAR: Özefagogastroskopi yapılan 6000 hastanın 156'sında mide polibi saptanmıştır. 68'i kadın(%43,6), 88'i erkekti(%56,4). Erkek hastalarda kardial (23 - %33,8) ve duodenum (4 - %5,9) tutulumları yüksek görülürken, kadın hastalarda korpus (17 - %19,3), fundus (9 -%10,2) tutulumunun yüksek olduğu gözlenmiştir.Erkek hastalarda Adenomatöz Polip (6 -%8,8) ve İnflamatuvar Polip (2-%2,9) tutulumları yüksek görülürken, kadın hastalarda Hiperplastik Poliplerin (66 - %75), yüksek olduğu gözlenmiştir. Hiperplastik polibin duodenumda tutulumu saptanmamıştır. Adenomatöz polibin duodenumda tutulumu yüksek bulunmuştur(%50). Mide polipli hastaların 104'ünde helicobakter pilori (+), 52'sinde helicobakter pilori(-) saptanmıştır. Yaş ortalamaları helicobakter pilori(+) olanlarda 61,02, helicobakter pilori(-) olanlarda ise 58,4'dür. Helicobakter pilori(+) lilerin 48(%46,2)'i erkek, 56(%53,8)'sı kadın, helicobakter pilori(-) lilerin ise 20(%38,5)'si erkek, 32(%61,5)'i ise kadın olarak saptanmıştır.

SONUÇ: Erkek ve kadın hastalarda tutulum yeri (p=0,01), patoloji sonucu (p=0,047) dağılımları arasında istatistiksel farklılık gözlenmiştir. Midedeki tutulum yerlerine göre patoloji sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,011). H.Pilori (-) ve H.Pilori (+) gruplarının yaş ortalamaları cinsiyet,tutulum yeri ve patoloji sonucu dağılımları arasında istatistiksel farklılık gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: mide polip helicobakter pilori

P 77

TRAVMA SONRASI GELİŞEN DUODENAL INTRAMURAL HEMATOM

B. HAZER, O. PEŞLUK, E. ÖZKAN

Diyarbakır Asker Hastanesi Genel Cerrahi

Duodenal obstrüksiyonun sebepleri konjenital ve edinsel olarak sınıflandırılabilir; malign ya da benign sebeplere bağlı olabilir. Proton pompası inhibitörlerinin sıkça kullanıldığı günümüzde benign duodenal darlıklar, duodenum obstrüksiyonunun seyrek görülen sebebi olurken, ana sebep malinitelerdir. Künt travma sonrası duodenum yaralanması ve obstrüksiyonu özellikle erişkinlerde oldukça nadir görülen bir durumdur. 20 yaşında erkek hasta askeri araçtan düşme şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Hemodinamik olarak stabil olan hastada inspeksiyonda sağ lomber bölgede abrazyon dışında patoloji yoktu. Peritoneal iritasyon bulgusu saptanmadı. Ultrasonografik incelemede batın içi solid organ yaralanması ve serbest sıvı saptanmayan hasta taburcu edildi. İlk başvurudan 6 gün sonra safralı kusma şikayetiyle tekrar acil servise başvurdu. Çekilen karın tomografisinde duodenum 2-3. kıta düzeyinde intestinal duvar içerisinde 4x5 cm boyutlarında lümeninde belirgin daralmaya yol açan düzgün sınırlı kistik kitlesel lezyon izlendi. Kontrast ekstrasvasyonu, serbest hava görülmedi. Yapılan gastroskopide duodenum 2. kıtada, papillanın hemen distalinde ve karşısında üzeri ödemli mukoza ile kaplı, lümeni 2/3'ten fazla daraltan, submukozal kitle izlenimi veren görünüm izlendi. Bütün bulgular intramural hematoma ile uyumluydu. Tekrarlayan safralı kusma nedeniyle nazogastrik tüp takıldı ve intravenöz sıvı tedavisine başlandı. Yatışının 8. gününde nazogastrik tüp çekildi ve enteral sulu gıda başlandı, 14. gününde taburcu edildi. 90. günde çekilen tomografide hematomun %80 oranında rezorbe olduğu görüldü. Eşlik eden perforasyon, başka organ yaralanması olmadığı durumlarda intramural hematoma bağlı duodenal obstrüksiyonda konservatif tedavi ilk seçenektir. Literatürde perkütan drenaj ve laparoskopik cerrahi ile tedavi edilmiş vakalar bildirilmektedir. Perkütan girişim planlanan durumlarda hematomun içinde organize pıhtı kalmaması için 2 hafta beklenmesi faydalıdır. Gecikmiş tanıda artan morbidite ve mortalite nedeniyle duodenal perforasyonun ekarte edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: künt batın travması intramural hematoma duodenal obstrüksiyon gastroskopi

P 78

LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

B. ÇİTGEZ, G. YETKİN, M. ULUDAĞ, S. KARAKOÇ, İ. AĞÜN, H. ÖZŞAHİN, A. KARTAL

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Laparoskopi, akut apandisitli hastalarda hem minimal invaziv cerrahinin avantajları hem de karın içini explore etme avantajları nedeniyle konvansiyonel yöntemlere üstünlük göstermektedir. Bu çalışmadaki amacımız, laparoskopik apendektomi yaptığımız hastaların sonuçlarını açık apendektomi yaptığımız hastaların sonuçlarıyla kıyaslamak ve kliniğimiz şartlarında laparoskopik apendektominin güvenilirliğini ve uygulanabilirliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya 01.09.07-01.09.09 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, akut apandisit şüphesiyle yatırılıp opere edilen 149 olgu dahil edildi. Hastaların 67'sine laparoskopik apendektomi (LA), 82'ine açık apendektomi (AA) uygulandı. Yaş, cinsiyet, intraoperatif bulgular, cerrahi patoloji, cerrahinin süresi, hastanede kalış süresi postoperatif komplikasyonlar gibi veriler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmada 149 olgu dahil edildi. Olguların ortalama yaşı 28,9 (18-62) idi. LA uygulanan hastalarda operasyon süresi ortalama 68,3 (30-95) dk, açık cerrahi uygulanan grupta 37,56 (25-110) dk idi (p>0.05). LA hastanede kalış süresi 1,22 (1-2) gün olarak bulunurken bu süre AA'de 2,31 (1-5) gün olarak bulundu (p>0.05). LA grubunda 2 (%2,9), açık cerrahi grubundaki 1 (%1,2) olguda intraabdominal abse gelişti. Gruplar arasında komplikasyon gelişimi açısından anlamlı fark yoktu (p>0.05). Apandisit şüphesiyle opere edilen 149 hastanın 16'inde apandisit normal görünümde idi (Negatif apendektomi %10,7). Bu oran gruplar arasında da benzerdi. Laparoskopik apendektomi yapılan hastalarda bu oran % 10, açık apendektomi yapılan grupta ise %11 idi.

Sonuç: Her iki cerrahi tekniğin benzer morbidite, ameliyat süresine sahip olmasının yanında, laparoskopik tekniğin tanısız olarak şüpheli olgularda batın içi eksplorasyona olanak sağlama nedeniyle laparoskopik apendektominin, apandisit cerrahi tedavisinde açık apendektominin güvenilir bir alternatifi olduğunu ve ilk olarak tercih edilebilecek yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi apendektomi

P 79

LAPAROSKOPİK KOLEKTOMİ İLE TEDAVİ EDİLEN DOLİKOKOLON HASTASI. OLGU SUNUMU

B. KAYA, Y. UÇTUM, R. KUTANIŞ

Vakıf Gureba Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahisi

Kronik konstipasyon, dünyada en sık rastlanan problemlerden birisidir. Normalden uzun sigmoid kolon dolikokolon olarak tanımlanır ve ciddi konstipasyona sebep olabilir. Medikal tedaviye dirençli olgularda cerrahi etkin bir yöntemdir. Minimal invaziv bir yöntem olan laparoskopik sigmoidektomi yöntemi ile tedavi ettiğimiz dolikokolon hastasını sunuyoruz. 72 yaşında erkek hasta yaklaşık 25 senedir devam eden kronik kabızlık ve karında şişkinlik şikayetleri ile cerrahi polikliniğinde görüldü. Yapılan kontrastlı kolon grafisinde sigmoid kolonun aşırı derecede uzun olduğu görülerek dolikokolon tanısı kondu. Ameliyata alınan hastanın eksplorasyonda sigmoid kolonun aşırı derecede uzun ve genişlemiş olduğu görüldü. Laparoskopik sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı. Benign kolon hastalıklarında laparoskopik sigmoidektomi başarı ile uygulanabilir. Cerrahi teknik tecrübenin zaman içerisinde artması ile bir çok olguda laparoskopik kolon rezeksiyonları ilk tercih haline gelecektir.

P 80

EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPİK OPERASYONLAR

C. KARA, S. YÜREKLİ, A. UĞUZ, A. EL, M. GÖL

Karşıyaka Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik cerrahi giderek gelişmektedir. Komplikasyonların azalması ve artan deneyimle beraber çok daha farklı türde ameliyatların yanı sıra aynı anda birden fazla ameliyatlar da güvenle uygulanabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan eş zamanlı laparoskopik operasyonlar sunulmuştur.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2000 ile Ağustos 2009 tarihleri arasında eş zamanlı laparoskopik operasyon uygulanan 34 hasta retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Laparoskopik kolesistektomi ile beraber iki hiatal hernili hastaya nissen funduplikasyon, beş inguinal hernili hastaya hastaya transabdominal preperitoneal fitik onarımı, beş

hastaya tüp ligasyon, beş hastaya umbilikal herni tamiri, koledok taşı olan ve endoskopik olarak çıkartılmayan üç hastaya ise koledok eksplorasyonu ile beraber T- tüp drenaj uygulandı. Teknik nedenlerle perkutan drenaj uyulayamadığımız nonparaziter dev karaciğer kisti(10 cm üzerinde) olan üç hastaya laparoskopik kolesistektomi sırasında kist drenajı ve parsiyet kist duvarı eksizyonu uygulandı. Laparoskopik apendektomi ile beraber ise dört hastaya over kist rüptürü nedeniyle kistektomi ve kanama kontrolü uygulandı. Yine laparoskopik apendektomi uygulanan hastalardan üçünde semptomatik safra kesesi taşı vardı. Laparoskopik eksplorasyonda peritonit hali olmayan bu hastalara önce kolesistektomi ardından ise apendektomi uygulandı. Sadece over kist rüptürü saptanan hastalardan birinde kanama kontrolü sağlanamaması üzerine açığa geçildi. Diğer hastalarımızın hiç birinde komplikasyon veya mortalite gelişmedi. Tanı gruplarına göre hastanede yatış süresi tek operasyon uygulanan hastalardan farklı değildi.

Sonuç: Laparoskopik cerrahinin sınırları artan deneyim ve gelişen teknoloji ile giderek genişlemektedir. Farklı operasyonlarda aynı anda artan deneyim ile güvenle uygulanabilir. Bu sayede hastayı ikinci bir operasyondan kurtarmanın yanı sıra hem maliyette hem de işgücü kaybında önemli ölçüde azalma sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi kolesistektomi

P 81

TIKAYICI KOLON TÜMÖRLÜ HASTADA MİNİMAL İNVAZİF YAKLAŞIM: VAKA SUNUMU

İ. OKAN*, G. BAŞ*, A. KARAKELLEOĞLU*, M. AKAYDIN**, Y. Deniz FIRAT*, C. ÇAKIR*, M. ŞAHİN***

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

** Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği

*** Gaziosmanpaşa Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Sol kolonun obstrüktif tümörlerinde yaygın olarak rezeksiyonu takiben kolostomi açılması uygulanmaktadır. Bu girişim rezeksiyon ve anastomoz yapılan hastalara göre daha güvenli olmasına rağmen ikinci ameliyat gerektirmesi ve düşük hasta konforu nedeniyle eleştirilmektedir.

Endoskopik ve laparoskopik tekniklerin gelişmesi ile bu alanda da morbiditeyi azaltıcı girişimler yaygınlaşmaktadır. Burada sigmoid kolon tümörüne bağlı ileus kliniğiyle müracaat eden bir hastaya kolon stenti yerleştirilerek dekompresyonu takiben laparoskopik anterior rezeksiyonu yapılarak tedavi edilmesini sunmayı amaçladık.

Vaka sunumu: 42 yaşında kadın hasta karın ağrısı, bulantı, kusma şikayetiyle acil polikliniğimize müracaat etti. Ayakta direk karın grafisinde kolona ait hava-sıvı seviyelenmesi saptanması üzerine tıkaçıcı kolon tümörü ön tanısıyla yatırılan hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide anal girimden 35 cm mesafede lümeni sirküler olarak tıkaçan kitle tesbit edildi. Kolon lümeninden kılavuz tel gönderildi. Skopi eşliğinde kontrast madde verilerek kılavuz tel kitlenin proksimal kısmına geçirildi. Tel üzerinden 10 Fr'lik 12 cm metal stent yerleştirildi. İleus bulguları işlemiden hemen sonra gerileyen hastaya 10 gün sonra laparoskopik anterior rezeksiyon yapıldı. Hasta postoperatif 6. gün komplikasyonsuz olarak şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Tıkaçıcı sol kolon tümörü hastalarda cerrahi öncesi stent konması, acil rezeksiyonlarla karşılaştırıldığında, laparoskopik kolon rezeksiyonu, primer anastomoz şansını ve postoperatif hasta konforunu artırması yönünden avantajlıdır. Rutin kullanıma girmesi için daha geniş çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Kolon Stent Kolon Kanseri Laparoskopik Kolektomi

P 82

ERCP'DE SELEKTİF KOLEDOK KANÜLASYONUNUN BAŞARISIZLIĞININ İNCELENMESİ

G. BAŞ*, İ. OKAN*, M. AKAYDIN**, F. CENGİZ**, A. KARAKELLEOĞLU*, C. ÇAKIR*, F. KORKMAZ***, A. AKÇAKAYA*, M. ŞAHİN*

* Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği

** Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği

*** Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü

Amaç: ERCP safra yolları hastalıklarında tanısal ve tedavi amaçlı kullanılan girişimsel bir yöntemdir. ERCP'nin başarılı olabilmesi papillanın kanülasyonu ile mümkündür. Bu çalışmada ERCP sırasındaki

kanülasyon başarısızlığının nedenlerini irdelemeyi amaçladık.

Yöntem: Ocak 2007– Haziran 2009 tarihleri arasında hastanemiz Endoskopi Ünitesinde uygulanan 1424 ERCP işleminden, selektif koledok kanülasyonu yapılamayan 192 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, ERCP indikasyonları, anatomik varyasyonlar ve başarısız koledok kanülasyon sebepleri araştırıldı. Bulgular: Hastaların 79'u kadın (%41,1), 113'ü erkek (%58,9) olup, yaş ortalaması 62 (20- 86 yıl) bulundu. ERCP yapılma indikasyonları; 118 hastada koledokolitiazis, 57 hastada periampüller tümör, 10 hastada postoperatif safra fistülü, 6 hastada benign koledok darlığı (koledok kisti, strüktürü, pankreas psödokisti), bir hastada ise klastkin tümörü idi. Kırkbeş hastada ülser, tümör veya geçirilmiş mide ameliyatları nedeniyle duodenum II kıtaya geçilemedi. Duodenum 2. kıtaya geçilen hastaların 43'ünde oddit, 36'sında tümöral kitle, 12'sinde ankeve taş, 10'unda periampüller divertikül, 8'inde intolerans, 7'sinde malformasyon, 5'inde duodonal foldun papillayı örtmesi, 5'inde hemoraji, 2'sinde papillanın bulunamaması nedeniyle koledok kanüle edilemedi, 19 hastada ise papilla normal görünümü olmasına rağmen koledok kanüle edilemedi. Papillanın görüntülenemediği 145 hastanın 87'sine (%60) ön kesi (pre-cut) yapıldı. Bu hastalardan 26'sında ERCP tekrarlandı ve 4 hastada kanülasyon sağlandı. İlk denemede papillanın tespit edilemediği 3 hastada sonraki girişimlerde papilla bulundu ancak kanüle edilemedi.

Sonuç: Başarısız ERCP nedenleri duodenoskopun duodenum 2. kıtaya geçmesini engelleyen sebepler, papillanın görüntülenememesi, papillada malformasyon, enflamasyon, tümöral kitle ve periampüller divertikül olarak tespit edildi. Standart kanülasyonun başarısız olduğu durumlarda ön kesi faydalı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ERCP Koledok kanülasyonu

P - 83

EPİTELYAL SPLENİK KİSTİN LAPAROSKOPİK PARSİYEL REZEKSİYONU

C. POLAT*, A. KILINÇARSLAN*, Z. T. ÖZKEÇECİ*, Ş. İŞLER**, F. AKTEPE***, Y. ARIKAN*

* Afyon Kocatepe Üniversitesi Genel Cerrahi

** Afyon Kocatepe Üniversitesi Plastik Cerrahi

*** Afyon Kocatepe Üniversitesi Patoloji

Amaç: Dalağın nonparazitik kistleri son derece nadirdir. Çoğunlukla da herhangi bir semptom oluşturmamaktadırlar. Genellikle USG ya da BT

inceleme sırasında saptanmaktadır. Operatif tedavi endikasyonları kist boyutunda ciddi artış ve komplikasyonlardır. Yöntem: 78 yaşında kadın hasta. Sol üst kadranda ağrı hissi ile polikliniğimize müracaat etmiş. USG ve BT 70X40 mm boyutunda multiloküler bir dalak kistini ortaya koymuş. Ekinokokkus granulosusu için yapılan serolojik testler negatif gelmiş.

Bulgular: Tipik sol yan pozisyonunda iken Liga-sure kullanılarak dalak koruyucu laparoskopik kist eksizyonu yapıldı. Herhangi bir intraoperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 3. gün şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Semptomatik ve komplike dalak kistleri cerrahi tedavi edilmektedirler. Genel olarak total splenektomi geleneksel tedavi seçeneğini oluşturmasına karşın, son zamanlarda daha çok parsiyel splenektomi ve unroofing gibi daha konservatif tedavi seçenekleri tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: dalak kist laparoskopi rezeksiyon

P 84

OBEZİTE CERRAHİSİNDE PERİOPERATİF HEMŞİRELİK BAKIMI

S. KOÇAŞLI, D. ÖZTEKİN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Obezite, vücutta aşırı yağ birikiminin bir sonucu olarak, gereksinimlerin ötesinde, vücut ağırlığındaki bir artış olarak tanımlanmaktadır. Obezite, gelişmiş ülkelerin birçoğunda yaygın olarak görülmekle birlikte, ülkemizde de özellikle yetişkin nüfusta sıklıkla görülen beslenme sorunlarından. Günümüzde, Birleşik Devletler'deki yetişkin nüfusunun % 65'e yakını, ülkemizde de nüfusun % 22,3' ü obezdir. Obezite, sebep olduğu sağlık sorunları ile morbidite ve mortalitede artışa yol açtığı gibi, kronik bir hastalık olması nedeniyle hem bireysel hem de toplumsal sorunlara, işgücünde azalmaya ve sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü 1997 yılında aşırı kilo ve obezite için sınırları belirlemiş ve vücut kitle indeksi, 25.0-29.9 kg/m² olanları aşırı kilolu; vücut kitle indeksi \geq 30.0 kg/m² olanları ise, obez kişiler olarak sınıflandırmıştır. vücut kitle indeksi 40'ın üzerinde olan obezler, 5 yıldan fazla tedaviye dirençli iken, 18-50 yaş arası hastalar, bariyatrik cerrahi adaylarıdır. Bariyatrik cerrahide girişimler,

komplikasyonların en alt düzeyde olması sebebiyle, genelde laparoskopik olarak yapılmaktadır. Bunlardan en sık uygulanan cerrahi girişimler; laparoskopik ayarlanabilir gastrik bantlama ve Roux-en- Y bypass'dır. Bariyatrik cerrahide, oksijenasyon, hemodinaminin sürdürülmesi, ağrı yönetimi, mobilizasyon, yara bakımı, beslenme, eğitim, ve psikososyal destek sağlama gibi ameliyat sonrası hemşirelik bakım girişimlerinin yanı sıra, bireysel farklılıklar göz önüne alınarak gereksinimlere ilişkin özelleşmiş, eleştirel düşünme ve karar verme yeteneklerinin de yansıtıldığı bir hemşirelik bakımı verilmesi oldukça önemlidir. Taburculuk sonrası verilecek hasta ve ailesinin eğitimi yoluyla da, obezite cerrahisinin başarısı artmaktadır. Eğitim, obez hastaların geri kalan yaşamlarında sağlıklı olabileme adına dengeli beslenme ve egzersiz gibi aktiviteleri de sürdürmelerine olanak sağlayarak, yaşam kalitelerine önemli bir katkı sunmaktadır.

P 85

ENDOSKOPI ÖNCESİ VE SONRASI HASTA EĞİTİMİ

G. ALTUN UĞRAŞ, T. AYOĞLU, D. ÖZTEKİN

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Endoskopi, dünya çapında tanı ve tedavi amacıyla geniş bir hasta grubunda genellikle gününbirlik olarak uygulanan bir işlemdir. Güvenli ve yaygın olarak uygulanan bir işlem olmasına karşın hastalarda endişe ve korkuya neden olabilmektedir. Bu derlemede amaç; endoskopi uygulanan hastaya bakım veren hemşirelerin hasta eğitimindeki sorumluluğunu literatür bilgisi doğrultusunda irdelemektir. Endoskopi öncesi hastanın bilgilendirilmesinin, işleme bağlı endişenin azaltılması ve hastanın işleme yeterince hazırlanmasında önemli bir yere sahip olduğu vurgulanmaktadır. Hastanın işlem süreci hakkında bilgilendirilmesi, gerek etik, gerekse yasal açıdan bir haktır. Endoskopi işlemi gibi hasta ile kısıtlı zamanda iletişimin sürdürüldüğü gününbirlik girişimlerde, verilecek bilginin yeterli, açık ve anlaşılır olmasında hastanın bilgi gereksiniminin önceden tanınması önemli ve hemşirenin birincil sorumluluğudur. Endoskopi hemşiresi tarafından verilen eğitimin, bakım kalitesini geliştirmede, hasta ve sağlık çalışanlarının memnuniyetini arttırmada, endişe ve korkusunun giderilmesinde, tedaviye uyumunun artırılması ve kaynakların

etkin kullanımının sağlanmasında yararlı olduğu yanı sıra, komplikasyonları azalttığı ve iyileşme sürecini hızlandırarak hastanede yatış süresini kısalttığı bildirilmektedir. Ulusal/uluslararası mesleki örgütler tarafından geliştirilen rehber ve standartlar, hasta eğitimi konusunda hemşireleri yönlendiricidir. İngiliz Gastroenteroloji Derneği'nce hazırlanan ve endoskopi uygulanan hastaya verilmesi gereken bilgileri içeren rehber, bu alanda çalışan hemşirelere yol gösterici niteliktedir. Sonuç olarak, ulusal ve uluslararası örgütlerin önerileri doğrultusunda gerçekleştirilebilen nitelikli hasta eğitimi yoluyla endoskopik girişimlerin başarısı arttırılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Hasta eğitimi endoskopi hemşirelik

P 86

KAPSÜL ENDOSKOPİDE HEMŞİRENİN ROLÜ

S. YÜKSEL, D. ÖZTEKİN

İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Amaç: Bu derleme, yeni bir görsel tanılama yöntemi olan kapsül endoskopi işleminde endoskopi hemşiresinin rolünü literatür ışığında tartışmak amacıyla planlandı.

Giriş: Kapsül endoskopi, özellikle gastrointestinal sistemin ince bağırsak bölümünü görüntülemek için geliştirilmiş, invaziv olmayan, güvenli, kolay uygulanabilir bir tanısal görüntüleme yöntemidir. Günümüz yöntemleriyle yeri tespit edilemeyen gizli ve görünür gastrointestinal kanamalarının nedeninin belirlenmesinde, Chron's hastalığının ve diğer inflamatuvar barsak hastalıklarının tanılanmasında kapsül endoskopinin başarılı bir yöntem olduğu çalışmalarla ispatlanmıştır. Ancak, bu yöntem kullanılırken video görüntülerinin yorumlanması zaman almakta ve tek bir oğuda dahi tüm görüntülerin değerlendirilmesi için iki saatlik bir süreye gereksinim duyulmaktadır. Görüntülerin ön değerlendirmesinin gastroenterolog yerine endoskopi hemşireleri tarafından yapılmasının zaman ve maliyet açısından yararlı olacağı, hekime zaman kazandıracağı, tanılama sürecini hızlandıracağı ve bu uygulamanın gözden kaçırılan lezyon sayısını azaltacağı ileri sürülmektedir. Yapılan çalışmalar, deneyimli bir endoskopi hemşiresinin uygulamalı kapsül endoskopi yorumlama eğitimi aldıktan sonra, videolardaki anlamlı lezyonlardan %93-94'ünü doğru saptayabildiğini, gözden kaçırılan

lezyonların hasta bireyin yaşamı için tehdit oluşturan lezyonlar olmadığını ve yorumlamada bir gastroenterolog kadar başarılı olduklarını ortaya koymuştur. Uzman hekim ve hemşirelerin kapsül endoskopi yorumlarının karşılaştırıldığı çalışmalarda da hekimlerin ve hemşirelerin gözden kaçırdığı lezyonların sayısı ve özellik bakımından benzerlik gösterdiği saptanmıştır. Lezyonların yer ve özelliğinin saptanması, isimlendirilmesi patoloji, fizyoloji ve anatomi bilgisi gerektirmektedir. Endoskopi hemşirelerinin gösterdiği performansın, kuramsal ve uygulama açısından donanımlı olduklarını ortaya koyduğu vurgulanmaktadır.

Sonuç: Literatür bilgileri, endoskopi alanındaki önemli gelişmelerden biri olan kapsül endoskopi işleminde, uygulamalı kapsül endoskopi yorumlama eğitimi alan deneyimli endoskopi hemşirelerinin üstün performans gösterdiğini, ön değerlendirmeyi başarılı bir şekilde yaparak tanılama sürecini kısalttıklarını ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kapsül Endoskopi Endoskopi Hemşiresi Video Yorumlama Hemşirelik Bakımı

P 87

GASTROİNTESTİNAL İŞLEMLERDE BİLİNCİ SEDASYON SONRASI TABURCULUK EĞİTİMİ

G. A. UĞRAŞ, D. ÖZTEKİN

İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Bilinçli sedasyon, küçük gastroenteroloji işlemlerinde yaygınlaşmaya başlayan, tanı ve tedavi işlemlerinin uygulanmasını kolaylaştıran, ilaca bağlı olarak bilincin geçici şekilde baskılanması durumudur. Bu derlemenin amacı, gastrointestinal işlemlerde bilinçli sedasyon uygulanan hastaya bakım veren hemşirelerin işlem sonrası taburculuk eğitimindeki sorumluluğunu literatür bilgisi doğrultusunda irdelemektir. Sedasyon ve analjezinin amacı, hastanın endişesini ve rahatsızlığını azaltmak, değerlendirmenin sonuçlarını geliştirmek ve hastada amnezi yaratmaktır. Hasta, işlem sırasında fiziksel uyarı ve sözel emirlere karşı uygun yanıtlar verir, sağlık profesyonelleriyle sürekli ilişki kurabilir. Buna karşın, amnezi sonucunda işlem sonrası taburculuk bilgilerini hatırlamayabilir. Hastanın taburculuk eğitimine uyumsuzluğu ciddi sağlık sorunlarına neden olabilir ve sağlık bakım organizasyonları açısından

mali zorluklar gündeme gelebilir. Bakımda kaliteyi artırmak, bakım standartlarını yükseltmek ve maliyeti düşürmek hasta eğitimi yoluyla mümkün olabilmektedir. Gastroenteroloji Hemşireleri Derneği ve Birlikleri tarafından 2003 yılında yenilenen "Gastrointestinal Endoskopi Biriminde Belgeleme Rehberi", ayaktan hastalar için taburculuk eğitiminde verilmesi gereken bilgileri kapsamına almaktadır. Bu rehberde hastaya taburculuk eğitimi çerçevesinde, gerçekleştirilen işlemin tipi, normal ve kısıtlanmış aktiviteler, diyet düzenlemeleri, işlem sonrası komplikasyon belirtileri, acil yardım alınması ya da hekime bildirilmesi gereken durumlar, iyileşme süreci belirtileri ile ilgili eğitim, ilaç eğitimi, izlem randevuları gibi konularda bilgiler verilmektedir. İlgili birimlerde çalışan hemşirelerin sorumluluğu, rehberler doğrultusunda planlı biçimde evdeki bakıma yönelik taburculuk eğitimini hasta/ailesine sözel ve yazılı olarak vermek ve tedaviye uyumsuzluk nedeniyle oluşabilecek olumsuzlukları azaltmada etkin rol üstlenmektedir.

P 88

PERİFER HASTANEDE LAPAROSKOPIK KLOREKTAL CERRAHİ GÜVENLE YAPILABİLİR Mİ? OLGU SUNUMU

D. ALBAYRAK*, T. ELİPEK**, A.C. İBİŞ***

* Kızıltepe Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
 ** Edirne Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
 *** Trakya Üniversitesi Genel Cerrahi

Laparoskopik cerrahinin açık yönetime göre olan avantajlarının fark edilmesi ve endoskopinin gelişmesiyle, abdominal cerrahide laparoskopik yöntemlerin önemi artmış ve yeni arayışlar başlamıştır. Günümüzde laparoskopi yöntemi ile cerrahi uygulama; safra kesesi, adrenal, dalak, reflü özefajit hastalığı, morbit obesite, benign ve malign kolon ve rektum hastalıklarında ve daha birçok başka hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Laparoskopik kolorektal rezeksiyonlar, diğer organlara nispeten daha güç olmaktadır. Majör arter, venlerin izolasyonu ve ligasyonu, kolon mezosunun diseksiyonu, kritik retroperitoneal organların ortaya konması ve korunması, barsak devamlılığının sağlanması gibi birçok durumların gereksinimi laparoskopinin kolon ve rektum rezeksiyonundaki majör zorluklarını oluşturmaktadır. Literatür tarandığında Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri dışında, bildirilmiş laparoskopik kolon ve rektum rezeksiyonu

olgusuna rastlanmamıştır. Yazımızda, kliniğimizde rektum kanseri nedeniyle 74 yaşında kadın hastaya uygulanan ilk laparoskopik abdominoperineal rezeksiyon olgusunun literatür bilgileri eşliğinde sunulması ve hastanemiz gibi perifer hastanelerde laparoskopik kolon ve rektum cerrahisi girişiminin yapılabilirliğinin tartışılması amaçlanmıştır. Kolon ve rektum cerrahisi ve laparoskopi konusunda deneyimli genel cerrahi uzmanlarının, makul süreli bir eğitim sonrasında, uygun hastalarda, uygun teknik donanım temin edilmesi sonrasında, perifer devlet hastanelerinde de laparoskopik kolorektal cerrahi yapabileceği düşüncesindeyiz. Laparoskopi konusunda deneyimli olmayan ve laparoskopik kolorektal cerrahi konusunda belirli eğitim aşamalarından geçmemiş cerrahların bu yöntemi uygulamalarının sıkıntı yaratabileceği muhakkaktır.

Anahtar Kelimeler: kolon rektum laparoskopi rezeksiyon

P 89

KIZILTEPE DEVLET HASTANESİNDE UYGULANAN ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM TANISAL ENDOSKOPI SONUÇLARI

D. ALBAYRAK

Kızıltepe Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Üst gastrointestinal sistemin incelenmesinde, flexible ve manevra kabiliyeti yüksek aletlerin kullanıma sunulması ile gastroskopi, baryumlu grafilerin önüne geçen bir teknik olmuştur. Mayıs 2009 tarihinden itibaren gastroskopi işlemi hastanemizde rutin olarak uygulanmaya başlanmıştır. Çalışmamızda, Mayıs 2009 ve Eylül 2009 tarihleri arasında, hastanemiz cerrahi endoskopi ünitesinde tek cerrah tarafından uygulanan ilk 133 üst gastrointestinal sistem endoskopisinin sonuçlarının sunulması ve bölgemizdeki beslenme alışkanlıklarının gastroskopi sonuçlarına etkisinin tartışılması amaçlanmıştır. Hastalarımızın 53 (%39,8)'ü erkek, 80 (%60,2)'i kadın idi. Yaş ortalaması 36,9 (dağılım,18-92) olarak hesaplandı. Bir hastada işlem, hasta tolere edemediğinden, tamamlanamadan sonlandırıldı. Gastroskopi yapılan 132 hastada toplam 214 patolojik bulgu ile karşılaşıldı. Hastaların 26 (%19,5)'sında patolojik bulguya rastlanmadı. Alkalen reflü gastriti en sık karşılaşılan patolojik bulgu idi (Tablo 1). Sıklıkla mide ve safra kesesine yönelik cerrahi girişimler sonrası karşılaşılan alkalen reflü gastritin,

çalışmamızda en sık karşılaşılan bulgu olması dikkat çekici idi. Cerrahi sonrası olmayan, spontan alkalen reflü gastritinin bölgemizde bu denli sık görülmesinin beslenme alışkanlıkları ile doğrudan ilişkili olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: endoskopi alkalen reflü gastriti

P 90

KARIN İÇİ YABANCI CİSİM VE TANISAL LAPAROSKOPI: OLGU SUNUMU

D. ABAYRAK*, E. YEDAN**, A. C. İBİŞ**

* Kızıltepe Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
** Trakya Üniversitesi Genel Cerrahi

Yabancı cisimlerin farkında olmadan veya bilerek oral ağızına oldukça sık rastlanmasına rağmen genellikle bunlar herhangi bir komplikasyona neden olmaksızın anal yolla atılırlar. Tüm yabancı cisimlerin yalnızca %1'i, kesici ve delici cisimlerin %15-35'i gastrointestinal perforasyona neden olur. Yirmi iki yaşında kadın hasta yaklaşık 2 saat önce dikiş iğnesini ağızında oynarken kazaen yuttuğunu ifade ederek polikliniğimize başvurdu. Direkt karın grafisinde metal yabancı cisim görüldü. Hastanın takibinin 45. gününde çekilen direkt karın grafisinde de karın içinde sabit şekilde durduğu görüldü (Şekil 1). Yapılan gastroskopi ve kolonoskopide yabancı cisme rastlanmadı. Hasta operasyona alındı ve göbek altından bir adet 10 mm boyutunda torakar açık yöntem ile karına girildi ve karın karbonmonoksit ile şişirildi. Yapılan eksplorasyonda Treitz ligamanının yaklaşık 10 cm distalinde jejunum duvarına omentumun yapışmış olduğu görüldü. Künt diseksiyon ile omentum buradan ayrıldığında dikiş iğnesinin jejunum duvarını perfor ettiği, ince barsak mezosuna saplandığı ve burada granülasyon dokusu oluşturduğu görüldü. Perfore ince barsak segmenti etraf dokulardan serbestlendi ve mobilize edildi. Ardından bu alanın antimezenterik yüzüne ipek sütür atıldı ve sütür uzun kesildi. Sütür materyalinin ucu epigastrik torakardan dışarı alındı. Torakar giriş alanı genişletildi ve sütür çekilerek ince barsak segmenti parsiyel dışarı alındı. Dikiş iğnesinin perfor ettiği alan lokal eksize edildi ve ardından çift kat tamir edildi. İnce barsak karın içine reddedildi ve torakallar çekilerek karın katları kapatıldı. Dikiş iğnesi ve benzeri delici kesici yapıdaki yabancı cisimlerin yutulmasının sık

olarak karşılaşılmaya bile ortaya çıktığında ağır komplikasyonlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Sindirim sistemini anal yolla terk etmeyen yabancı cisimlerin lokalizasyonun belirlenmesinde tanısal laparoskopi kullanılabilir.

P 91

AYARLANABİLİR SİLİKON MİDE BANDININ İNTRAGASTRİK MİGRASYONU VE ENDOSKOPİK OLARAK ÇIKARTILMASI

N. KÖKSAL*, E. ALTINLI*, A. ÇELİK*, A. T. İNCE**, B. YAŞAR**

* Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2.Genel Cerrahi Kliniği
** Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji-Hepatoloji Kliniği

Mide bandı erozyonu, laparoskopik mide bant (LGB) komplikasyonlarının en istenmeyenlerinden biri olup, %0,5-3,8 arasında görülmektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, bant yerleştirilirken oluşan serozal yaralanmalar suçlanmaktadır. İlave faktörler bant kilit mekanizmasının plikasyon içinde kalması, subklinik kronik enfeksiyon ve fazla yemek yemeğe bağlı tekrarlayan kusmalar sayılabilir. Olgularda belirgin olmayan kronik şikâyetler olabileceği gibi endoskopi sırasında rastlantısal olarak da tespit edilebilir. En belirgin belirtisi tambura enfeksiyonudur. Mideden cilt altına bant üzerinden bakteri göçüyle oluşmaktadır. Olgularda port giriş yeri enfeksiyonu, müphem karın ağrısı ve halsizlik olabilir. Bant fonksiyon görmediğinden kilo alımı olabilir. Çok nadir akut peritonit bulguları ile hasta başvurur. Bandın çıkarılmasını gerektiren bir durumdur. Çıkartma işlemi laparotomi, laparoskopi ya da endoskopik yardımla yapılır. Bu video gösteriminde yaklaşık 30 ay önce LGB uygulanan ve bant erozyonu tespit edilen erkek olguda endoskopik olarak çıkartma tekniği etap etap sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Mide Bandı İntragastrik bant migrasyonu Majör Komplikasyonlar

P 92

ETİYOLOJİSİ BELİRLENEMEYEN REKÜRREN MELENA SEBEBİ MALİGN GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR: OLGU SUNUMU

E. CANBOLANT, A. ASLAN, F. BEYAZ, İ. KURT, M. TEMİZ

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Genel Cerrahi

Gastrointestinal stromal tümörler (GİST), normalde barsak duvarında bulunan intestinal hız üretici hücrelerin neoplastik transformasyonundan orijin alan, gastrointestinal kanalın en çok görülen mezankimal tümürüdür. gastrointestinal sistemin primer tümörlerinin %1'inden azını oluşturur. Gastrointestinal sistem boyunca her yerde görülebilirler, fakat en sık görülen lokalizasyonları mide (%50-60) ve ince barsaktır (%20-30). Klinik olarak genelde mide bulantısı, karın ağrısı, karında kitle, anemi ve melena gibi spesifik olmayan bulgular verir. Tümör boyutu milimetrik boyuttan 40 cm'e kadar ulaşabilir. Tedavide temel prensip tümörü rüptüre etmeden yapılan total cerrahi rezeksiyon yapılmasıdır. 31 yaşında daha önce sağ el bileğinde malign melanom eksizeyon öyküsü bulunan bayan hasta acil servise masif melena, çarpıntı, baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde hipotansif, taşikardik olan hastanın hematokrit değeri %18 olarak saptandı. Masif kan transfüzyonu yapılan hastanın üst GIS ve alt GIS endoskopisi normal olarak saptandı. Vitalleri stabil seyreden ve transfüzyon sonrası hematokrit değeri normale dönen hasta taburcu edildi. İki ay sonra hasta yine masif melena şikayeti ile başvurdu. Hasta enteroklizis yapılması amacıyla dış merkeze sevk edildi. Dış merkezli yapılan çift balon endoskopi sonucunda proksimal jejunumda yaklaşık 20 mm kitle izlenip ve dövme işaretleme yapıldı. İşaretleme sonrası kliniğimize başvuran hastaya geniş segmenter rezeksiyon ve uç uca anastomoz uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Hastanın 1. yıl kontrollerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Bu olgu ile sebebi konvansiyonel endoskopik yöntemlerle belirlenemeyen gastrointestinal kanamaların etiolojisinde gastrointestinal stromal tümörlerin ve tanı yöntemi olarak çift balon endoskopinin önemini vurgulamayı amaçladık.

P 93

AKUT KOLESİSTİTTE TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

H. DİZEN, E. GÜNDOĞDU, M. MORAN, C. İ. BİLGİÇ, E. DİLEKTAŞLI, P. DOĞAN, A. E. AKGÜN, M. M. ÖZMEN

Ankara Numune EAH, 7. Cerrahi Kliniği

Amaç: Akut kolesistit acil servislerde sık karşılaşılan bir tablodur. Hastaların büyük bir kısmında konservatif yöntemlerle tablo gerileyebilir ancak hastalar tekrarlayan ataklar nedeniyle hastaneye başvurabilir.

Yöntem: Eylül 2008-Ekim 2009 tarihleri arasında hastanemiz acil cerrahi servisinde akut kolesistit tanısı ile tedavi edilen 360 olgu yeniden değerlendirildi. Hastaların fizik muayene, ultrasonografi ve laboratuvar tetkikleri akut kolesistit ile uyumluydu. İlgili hekimin tercihine göre hastalar ya konservatif izlenerek semptomları geriledikten sonra elektif kolesistektomi planlandı ya da hastanede kaldıkları süre içerisinde açık veya laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Bu iki gruptaki hastalar yaş, cins, yatış süresi, komplikasyon, sekonder yatış sayısı ve nedenleri açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: 360 hastanın 122'si konservatif olarak takip edilerek elektif kolesistektomi planlanmıştı. Bu hastalardan 16'sı ikinci kolesistit atağı, 5'i üçüncü kolesistit atağı, 3'ü mekanik ikter, 1'i kolanjit nedeniyle tekrar hastaneye yatırılarak tedavi edildi. Bu hastalardan 91'ine laparoskopik 31'ine açık kolesistektomi uygulanmıştı. Bu grupta laparoskopik cerrahi yapılan hastalardan 2'sinde yara yeri enfeksiyonu, 4'ünde safra fistülü, 1'inde ameliyat sonrası kanama oluştu. Açık ameliyat yapılan grupta ise 8'inde yara yeri enfeksiyonu, 1'inde subhepatik abse, 2'sinde safra fistülü gelişti. Hastaların 153'üne erken dönemde açık kolesistektomi yapıldı. Bu hastaların 23'ünde yara enfeksiyonu, 2'sinde karın içi abse, 1 hastada yara ayrışması, 2 hastada safra fistülü görüldü, 4 hasta da tıkanma sarılığı nedeniyle tekrar yatırıldı. Erken dönemde laparoskopik kolesistektomi yapılan 85 hastanın 1'inde yara enfeksiyonu, 3'ünde safra kaçağı görüldü. 1 hastada ileus gelişmesi üzerine yeniden opere edildi. 2 hasta da mekanik ikter nedeni ile tekrar yatırıldı.

Sonuç: Akut kolesistit tedavisinde erken laparoskopik kolesistektomi diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında yatış süresi, komplikasyon ve maliyet açısından açık kolesistektomi ve geç dönem cerrahiye göre daha avantajlı ve uygulanabilir bir yöntemdir.

P 94

LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİDE, LİGASURE KULLANIMININ AMELİYAT SÜRESİNE ETKİSİ (PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA)

E. YÜCEL, A. İ. FİLİZ, İ. SÜCÜLLÜ, Y. KURT, M. L. AKIN, M. YILDIZ

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Çalışmamızda laparoskopik apendektomide, apendiks mezosu diseksiyonunda kullanılan klip uygulama veya Ligasure [Damar mühürleme sistemi (Valleylab, Boulder, CO)] kullanımının ameliyat süresine etkisi araştırılmıştır.

Yöntem: Yaş-cinsiyet ayırımı yapılmaksızın, Ağustos 2007 – Aralık 2007 tarihleri arasında, akut apandisit tanısı konularak apendektomiye karar verilen ve ameliyatta akut apandisit olduğu görülen, 20 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalara profilaktik antibiyotik verildi ve hastalar aynı cerrah tarafından ameliyat edildi. Ameliyat umblikus altından yerleştirilen 10 mm.lik trokar, suprapubik bölgeden yerleştirilen 5 mm.lik tokar ve sol alt kadrandan yerleştirilen 10 mm.lik trokar ile yapıldı. Hastalar randomize olarak (1.grup) mezoapendiks diseksiyonu Ligasure ile yapılan ve (2.grup), mezoapendiks diseksiyonu endo pens (elektrokoterli) ve endoklip ile yapılan olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Apendiks güdüğü ekstrakorporal olarak bağlanan tek sütürle kapatıldı. Apendiks tüm vakalarda endobag ile dışarıya alınarak bölgesel peritoneal lavaj yapıldı. Ameliyat süreleri kaydedildi.

Bulgular: Ameliyat sonrası dönemde hiçbir komplikasyon görülmedi. Birinci grupta erkek/ kadın oranı 8/2 olup, yaş ortalaması 26 idi. Aynı değerler 2. grupta 9/1, 24 idi. Birinci grupta ortalama ameliyat süresi 43,30 ±16,10 dakika (26-78), 2.grupta 60,00 ±13,91 (44-85) olarak ölçüldü ve iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (p=0,023) tespit edildi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre, apendiks mezosunda elektrokoter ile diseksiyon yapmadan, Ligasure uygulaması ameliyat süresini kısaltmaktadır. Ligasure mezoapendiks diseksiyonunda güvenle kullanılabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopi apendiks apendektomi mezoapendiks

P 96

TORAKO-LAPAROSKOPIK TOTAL ÖZOFAJEKTOMİ SONRASI METAKRON SAĞ ADRENAL GLAND METASTAZININ LAPAROSKOPIK REZEKSİYONU

E. AYTAÇ*, B. BACA*, A. S. KAHYA**, T. KARAHASANOĞLU*, İ. HAMZAOĞLU*

* İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
** Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Minimal invaziv cerrahinin gelişmesi ile laparoskopi hemen hemen tüm gastrointestinal sistem cerrahisi ameliyatlarında uygulanabilir hale gelmiştir. Özofagus kanserinde, anatomik özelliklerden dolayı hızlı lenfatik tutulum ve uzak organ metastazı görülmektedir. Literatürde izole adrenal gland metastazı yapan özofagus adenokarsinomu olgusu çok nadirdir. Burada torako-laparoskopik olarak tedavi edilen özofagus kanserli olguda 10 ay sonra gelişen metakron izole sağ adrenal gland metastazının laparoskopik sağ adrenalectomi ile tedavisi sunulmuştur.

Olgu: Distal özofagus yerleşimli adenokarsinom nedeniyle 77 yaşındaki erkek hastaya torako-laparoskopik total özofajektomi, gastrik pull up ameliyatı yapıldı. Hastanın genel durumunun elverişli olmaması (7 yıl önce koroner by pass ve 30 yıl önce tekrarlayan pnömoni tedavisi) nedeniyle ameliyat sonrası ek tedavi yapılmadan takip edildi. Ameliyattan yaklaşık 10 ay sonra yapılan torako-abdominopelvik tomografide sağ adrenal gland yerleşimli yaklaşık 7 cm çaplı metastatik lezyon saptandı. Hastanın PET-CT incelemesinde bu lezyon (SUV ??) dışında eşlik eden ek metastatik lezyon saptanmadı. Laparoskopik sağ adrenalectomi ameliyatı yapılan hasta ameliyat sonrası üçüncü günde komplikasyonsuz taburcu edildi.

Sonuç: Özofagus adenokarsinomunun izole organ metastazlarının tedavisinde cerrahi yaklaşım laparoskopik olarak yapılabilir. Laparoskopi, özofagus kanserinin primer ve metastatik lezyonlarının tedavisinde onkolojik prensiplere uygun olarak uygulanabilen ve olgulara minimal invaziv cerrahinin avantajlarını sağlayan bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Torakoskopi laparoskopi total özofajektomi özofagus kanseri adrenal metastaz

P 96

ENDOSKOPIK RETROGRAD KOLANJİOPAN-KREATOGRAFİ NEDENLİ KOMPLİKASYONLARIN RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

Ö. ÖZCAN*, S. ARIKAN*, H. BEKTAŞ*, F. ERSÖZ*, N. GÖZCÜ*, S. PURİSA**, D. ALTINOK*

* İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği

** İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Biyoistatistik

Giriş ERCP safra yolu ve pankreasın benign ve malign patolojilerinin tanı ve tedavisinde etkin biçimde kullanımı giderek artmaktadır. ERCP bilgi beceri ve pratik gerektiren kompleks bir uygulamadır diğer endoskopik uygulamalardan farklı teknik ve ekipmanın kullanımı, daha fazla komplikasyon görülmesiyle ayrılır. En sık görülen ERCP komplikasyonları pankreatit, kanama, perforasyon ve enfeksiyonlardır.

Amaç Çalışmamızda İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi biriminde yapılan ERCP vakalarına ait sonuçları sunmak, ERCP sonrası komplikasyonların sıklığını belirlemek, her komplikasyon için risk faktörlerini tanımlamak amaçlanmıştır.

Materyal 122 hastaya yapılan 181 ERCP işlemi gözlemsel yöntemle prospektif olarak değerlendirildi. Hastaların ERCP uygulaması boyunca, uygulama sonrası 30 gün süresince takipleri yapıldı, komplikasyonlar ve klinik gelişimleri kaydedildi.

Bulgular Hastaların %40,9'u kadın, %59,1'i erkek, yaş ortalaması 59,7±17,7 yıl idi. ERCP başarısı vakaların %68,5'inde, kanülasyon başarısı %77,3'ünde elde edilmiştir. ERCP uygulamalarının %89'u tedavi amaçlıydı, en sık ERCP endikasyonu koledokolitiasis (%60,2) olmuştur. ERCP sonrası hastaların %25,4'ünde majör komplikasyonlar saptandı. En sık saptanan majör komplikasyon kolanjit (%9,9) oldu, ardından pankreatit (%7,2), kolesistit (%5,5), kanama (%3,9), perforasyon (%1,1) saptandı. Komplikasyonların tümünün sfinkteratomiyle arttığı görüldü (p<0,05). Kolanjit insidansı tıkanıklığı olmayan dilate safra yollarıyla azaltılmış bulundu (p<0,05). Pankreatit insidansı kadın hastalarda, sfinkteratomi ve basket kullanımında, tecrübesiz endoskopist uygulamalarında ve yatan hasta başvurularında artmıştır. Kolesistit insidansı tecrübesiz endoskopist uygulamalarında ve sfinkteratomiyle artmış olarak bulundu (p<0,05).

Sonuç Komplikasyon oranımız literatürün üstündedir, literatürde en sık görülen

komplikasyon pankreatit olmasına rağmen bizim çalışmamızda kolanjit olarak bulunmuştur. Uzun dönem takiplerde asendan kolanjit riskinin arttığını düşünmekteyiz. Endoskopistin klinik olarak etkin, doğru ERCP yapabilmesi için, uygulamanın endikasyonunu doğru belirlemesi, potansiyel komplikasyonlarını bilmesi ve komplikasyon yaratacak ve gereksiz uygulamalardan kaçınması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi major komplikasyonlar sfinkteratomi

P 97

TEK KESİDEN-ÇİFT PORT LAPAROSKOPIK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ: APENDİKS MUKOSELİ OLGUSU

C. VATANSEV, G. ŞİMŞEK, İ. ECE

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Apendiks neoplazmları nadir görülen klinik antiteler olup apendiks mukoseli bu neoplazmlar arasında sık görülenidir. Bu olgular genellikle insidental olarak cerrahi sırasında tespit edilirse de ameliyat öncesinde de tespit edilebilir (2). Apendiks neoplazmlarında laparoskopik apendektomi literatürde halen tartışmalı bir konudur. Olguların laparoskopik tedavisindeki temel endişe yetersiz rezeksiyon ve tümörün rüptürü ile peritoneal boşluğa yayılmasıdır (1). Laparoskopik girişimlerde cerrahi sınırlarda invazyon oranları hafif artmıştır. Ancak laparoskopik apendektomi ile tedavi edilen apendiks neoplazmlarında prognoz açık cerrahiden farklı değildir (3). Literatürde akut apandisit tedavisinde tek kesiden laparoskopik apendektomi ile ilgili başarılı seriler bildirilmektedir. Kliniğimizde apendiks mukoseli tanısı ile 45 yaşındaki erkek hastaya başarı ile tek kesiden çift port laparoskopik apendektomi operasyonu uyguladık. Operasyon esnasında ve operasyon sonrası dönemde herhangi bir komplikasyon olmadı. Literatürde apendiks neoplazmlarının laparoskopik tedavisine ilişkin bazı kaygılar olsa da, biz tek kesiden laparoskopik apendektominin apendiks neoplazmlarında da başarı ile uygulanabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: tek kesi laparoskopik apendektomi apendiks mukoseli

P 98

HASTANEMİZDE YAPILAN 2112 ERCP UYGULAMASININ DEĞERLENDİRLMESİ

H. BEKTAŞ, Y. S. SARI, K. ÖZAKAY, F. ERSÖZ, O. KOÇ, H. A. GÖKÇE, V. TUNALI, E. ERKAN

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

GİRİŞ Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP), safra yolu ve pankreas hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanımı giderek artan kombine endoskopik ve radyolojik prosedürdür. ERCP bilgi beceri ve pratik gerektiren kompleks bir uygulamadır diğer endoskopik uygulamalardan farklı teknik ve ekipmanın kullanımı ve daha fazla komplikasyon görülmesiyle ayrılır

AMAÇ ERCP endikasyonu konup hastanemiz endoskopi ünitesine başvuran yatan ve ayaktan hastaların ERCP bulgularını değerlendirmeyi amaçladık.

MATERYAL METEOD İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde Ocak 2006 ile Mayıs 2009 tarihleri arası yapılmış 2112 ERCP uygulaması retrospektif olarak değerlendirildi. **BULGULAR** ERCP endikasyonu konan 1400 hastaya 2112 ERCP yapılmıştır. ERCP'lerin %33,7'si tekrar uygulamadır. Hastaların 768'i (%54,9) kadın, 632'si (%45,1) erkek, yaş ortalaması 61,4±18,2 (17-98) yıl olarak bulundu. Hastaların %85,4'ünde kanülasyon başarısı elde edilmiş. ERCP uygulamaların %62,2'si tecrübeli endoskopistler, %37,8'i tecrübesiz endoskopistler tarafından yapılmıştır. ERCP endikasyonları hastaların %62,7 sinde koledokolitiasis, %12,1 biliyer ve pankreatik malignite, %9,8'nde akut ve kronik pankreatit, %9,3'nde sekonder biliyer fistül, %6,1 diğer patolojiler olarak saptandı. Hastaların %23,4'ünde mekanik ikter mevcuttu, %41,2'sinde dilate safra yolları saptanmıştır. ERCP'de kullanılan terapötik işlemler değerlendirildi; %54,2 standart biliyer sfinkterotomi, % 55,3 balon ve basket explorasyon, %13,1 biliyer stend yerleştirme, %12,4 mekanik litotriptör kullanımı, %8,1'ne ön kesi papillatomi, %5,3 biopsi alımı yapılmıştır. Hastaların %11,0'ında erken dönem komplikasyonlar saptandı: %5,2 pankreatit, % 2,2 kolanjit, %1,1 kolesistit, %2,3 kanama, %0,2 perforasyon idi. Komplikasyonların toplamının tecrübesiz endoskopist uygulamaları ve ön kesi papillatomiyle istatistiksel olarak arttığı görüldü.

SONUÇ Hastanemiz endoskopi merkezinde ERCP uygulamaları, literatürle uyumlu kanülasyon başarısı ve komplikasyon oranıyla yapılmaktadır. Tekrar ve gereksiz ERCP uygulamaların azaltılması, kompleks uygulamaların tecrübeli endoskopistlerce yapılmasıyla komplikasyonların azalacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi endikasyon komplikasyon endoskopist

P 99

ÖZOFAGUS VARİSLERİNİN ERADİKASYONUNDA VE AKUT KANAMALARIN TEDAVİSİNDE ENDOSKOPİK BAND LİGASYONUNUN ETKİNLİĞİ

H. BEKTAŞ, Y. S. SARI, O. KOÇ, F. ERSÖZ, Ö. ÖZCAN, K. ÖZAKAY, V. TUNALI

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

Giriş ve amaç Özofagus varis kanamaları portal hipertansiyonun hayatı tehdit eden en ciddi komplikasyonudur. Portal hipertansiyon gelişen sirozlu hastalarda, hayatlarının bir döneminde özofagus varis kanaması gelişme insidansı %30, ve bu hastalardaki ilk kanamanın mortalitesi %50'dir. Amacımız özofagus varislerinin eradikasyonunda ve akut kanamaların tedavisinde endoskopik band ligasyonunun etkinliğinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Haziran 2001 ile Nisan 2008 tarihleri arasında varis eradikasyonu yapılan 136 hasta retrospektif olarak incelemiştir. Bulgular 44 kadın, 92 erkek toplam 136 hasta programa alındı. Ortalama yaş 55.4 (19- 82 yaş) yıl olup hastalar ortalama 37 ay (12- 94 ay) süre izlenmiştir. 136 hastaya toplam 192 kez band ligasyonu uygulanmıştır. Bir kez band ligasyonu ile eradikasyon sağlanan hasta sayısı 100 iken, 21 hastaya 2 kez, 11 hastaya 3 kez, 3 hastaya 4 kez ve 1 hastaya 5 kez band ligasyonu yapmak gerekmiştir. Eradikasyon için gerekli ortalama band uygulama sayısı 1,4 olarak gerçekleşmiştir. Ligasyonlarda kullanılan band sayısı uygulama başına, ortalama 4,72 ± 3,38 ve kullanılan toplam band sayısı ise 643 adetti. Hastalarımızın 44'ünde (%32) takipleri sırasında, tekrarlayan aktif kanamaları nedeniyle, normal takip programları dışında ek ligasyon yapılmak zorunda kalmıştır. Hiçbir hastamızda majör komplikasyon gelişmemiştir. Toplam 12 hastamızda (% 7.3)

band ligasyonu yapılan bölgede ülser gelişimi görülmüştür. Özofagus varis eradikasyon programındaki hastalardan 35'i (% 25.7) takipleri sırasında kaybedilmiştir.

Sonuç Endoskopik band ligasyonu deneyimli ellerde hızlı, kolay ve güvenle uygulanabileceği, uygulamanın gerek tedavi ve gerekse profilakside etkin bir teknik olduğu, düşük tekrarlayan kanama oranına ve komplikasyona sahip olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Özofagus varis eradikasyon akut kanama endoskopik band ligasyonu

P 100

REKTAL PROLAPSUS'DA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK REKTAL MOBİLİZASYON

O. ALİMOĞLU, K. TEKEŞİN, İ. ATAK, M. ÇALIŞKAN, H. ERDEM, A. ACAR

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi

AMAÇ: Rektal prolapsus rektum duvarının tam kat olarak anüsden dışarı çıkmasıdır. Tedavisinde cerrahi olarak birçok yöntem tanımlanmıştır. Bu yazıda rektal prolapsuslu bir olguya uygulanan robot [da Vinci S® Cerrahi Sistemi (Intuitive surgical, Sunnyvale, ABD)] yardımcı laparoskopik rektal mobilizasyonun sunulması amaçlandı.

OLGU: Altmış sekiz yaşında bayan hasta 3 yıldır devam eden perianal bölgede ağrı ve makatın dışarı çıkması şikayeti ile cerrahi polikliniğine başvurdu. Muayenede yaklaşık 10 cm lik barsak segmentinin anüsden tam kat olarak dışarı çıktığı tespit edildi. Rektosigmoidoskopik inceleme normaldi. Hastanın aydınlatılmış onamı alınarak robot yardımcı laparoskopik rektal mobilizasyon planlandı. Hastaya Trendelenburg pozisyonu verilip robotun kolları için 4 ve assistans için 1 adet laparoskopik port karına yerleştirildi. Robotun hasta ünitesi (patient side- cart) inferiordan ameliyat sahasına getirilerek 4 kol kullanılmak üzere kenetleme (docking) yapıldı. Cerrah hasta ile aynı odada yerleştirilen konsolda girişimi gerçekleştirdi. Rektum, mezorektal fasiyanın dışından sinirler korunarak 360 derece mobilize edildi. 12 mm lik port yeri fasiyası onarılarak ameliyat sonlandırıldı. Perioperatif komplikasyon olmadı ve hasta 6. günde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Robot yardımcı laparoskopik rektal mobilizasyon güvenli bir şekilde yapılabilir. Kollarının el bileğini model alan ileri dereceye varan hareket kabiliyetine sahip olması, 3 boyutlu

görüntü kalitesi sayesinde, pelvis gibi dar ve derin anatomik bölgelerde robotik cerrahi güvenli ve rahat bir diseksiyon imkânı sağlar.

Anahtar Kelimeler: Robotik cerrahi rektal prolapsus rektal mobilizasyon

P 101

LAPAROSKOPİK GASTRİK BANT UYGULANIMINDA TECRÜBE KOMPLİKASYONLARI AZALTBİLİYOR MU?

M. KORKMAZ, S. UGUR, N. AKGÜL, V. ALP, A. MESCİ, G. OGUNC

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik ayarlanabilir mide bantı uygulamasını kilo kaybının sağlanmasında etkin, minimal invaziv, reversibil ve gerektiğinde ayarlanabilir bir prosedürdür. Bu çalışmanın amacı laparoskopik ayarlanabilir mide bantı uygulamasında tecrübe artışımızın erken ve geç dönem komplikasyonlar üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Haziran 1998- Haziran 2009 tarihleri arasında Swedish bant (SAGB) uygulanan 72 hastanın (50 kadın, 22 erkek) ilk 36 sı (Grup I), 2. 36 hasta (Grup II) BMI' i sırası ile ort. 46.1 ve 48.4 idi. Ameliyatlara ileri laparoskopik cerrahi deneyimi olan aynı cerrah tarafından yapıldı. Tüm prosedürlerde aynı cerrahi teknik kullanıldı. Postoperatif erken ve geç dönem komplikasyonları bilgisayar kayıtlarından sağlandı.

Bulgular: Grup I de Fazla kilonun yüzde olarak kaybı (%EWL) 1. yılda % 40.2, 4. yılda 56.4 idi. Grup II de %EWL 1. yılda % 39.4, 4. yılda 58.6 idi. Grup I de komplikasyonlar 5/36 (% 13.8): Port infeksiyonu (n:1), bant reaksiyonu (n:1), bant migrasyonu (n:1), özofagus motilite bozukluğu (n:1), pouch dilatasyonu (n:1) idi. Grup II de komplikasyonlar 5/36 (%13.8): Bant migrasyonu (n:2), pouch dilatasyonu (n:2), distal özofageal dilatasyon (n:1) idi. Mortalite görülmedi.

Sonuç: Kilo kaybının sağlanması ve korunmasında sık uygulanan ve etkin bir yöntem olan SAGB de komplikasyonların azaltılmasında tecrübe artışımızın olumlu etkisi olmadığı saptandı.

P 102

LAPAROSKOPİK APPEDEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

A. PERGEL* ,D. YILDIRIM, M. MOUNLA** , A. F. YÜCEL***, O. SUNAMAK*** *

* Özel Avrasya Hospital Genel Cerrahi

**Özel Yıldız Tabya Bilge Hastanesi Genel Cerrahi

*** Rize Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik appendektomi teknoloji ve deneyimin artmasıyla beraber son yıllarda cerrahi kliniklerde artan oranda açık operasyona oranla tercih edilmektedir. Laparoskopik appendektomi olgularının sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem : Çift merkezli olarak ocak 2004 - mayıs 2008 yılları arasında acil cerrahi kliniğine başvuran 84 olgu retrospektif olarak incelendi. Akut apandisit; muayene, anamnez, laboratuvar verileri ve görüntüleme yöntemleri ile teşhis edildi.

Bulgular: Hastaların 60'ı (% 71) erkek, 24'ü (% 29) kadın. Ortalama yaş 25 (11-78). Ortalama ameliyat süresi 40 dk (25 - 135 dk), subumbilikal bölgeden 10 mm'lik, sağ alt kadrandan 5 mm'lik, sol alt kadrandan 10 mm'lik olmak üzere toplam 3 adet port ile batına girilerek operasyon tamamlandı. Laparoskopik tamamlanan tüm vakalarda appendiks mezosu koter ve klip kullanılarak kesildi. Güdük 72 (% 85.7) hastada endoloop, 8 (% 9.5) hastada intrakorperal düğüm ile bağlandı. Appendiks sol alt kadranda 10 mm'lik porttan batın dışına alındı. 3 hastada retroçekal apandisit , 1 hastada plastronel yapışıklılar nedeniyle toplam 4 (% 4.7) hastada açık ameliyata geçildi.. Postoperatif dönemde 3 hastada uzamış parolitik ileus, 2 hastada batın sağ alt kadranda trokar giriş yerinde infeksiyon gelişti. Hastalar postoperatif 1.25 (1-4) günde taburcu edildi.

Sonuç : Laparoskopik appendektomi minimal invaziv girişim olup, girişimin klasik avantajlarının yanısıra güvenilir, kolay uygulanabilir operasyon tekniğidir.

Anahtar Kelimeler: laparoskopik apandisit

P 103

APPEKDEKTOMİ SONRASI GELİŞEN BATIN İÇİ APSENİN LAPAROSKOPIK DRENAJİ: OLGU SUNUMU

D. YILDIRIM*, A. PERGEL**, M. MOUNLA*, A. F. YÜCEL***, O. SUNAMAK

* Özel Yıldız Tabya Bilge Hastanesi Genel Cerrahi

** Özel Avrasya Hospital Genel Cerrahi

*** Rize Üniversitesi Genel Cerrahi

Amaç: Batın operasyonları sonrasında batın içinde koleksiyonlar oluşabilmektedir. Küçük boyutlu ve enfekte olmayan koleksiyonlar takip edilebilmekle birlikte, özellikle büyük boyutta ve enfekte olanların drenajı gerekmektedir. Önceleri bu işlem laparotomi ile gerçekleştirilirken, günümüzde minimal invaziv yöntemler (görüntüleme yöntemi ile perkütan , laparoskopik) tercih edilmektedir. Açık appendektomi sonrası gelişen ve laparoskopik olarak başarılı bir şekilde drene edilen enfekte retroçekal hematoma olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 36 yaşında erkek hasta akut apandisit ön tanısı ile ameliyat edildi. Operasyonda apendiks retroçekal yerleşimli olduğu görüldü. Ameliyat başarılı bir şekilde tamamlandı. Ameliyat sonrası 4. günde hastada yüksek ateş ve karın ağrısı gelişti. Bunun üzerine yapılan tetkiklerinde lökosit ve C-reaktif protein (CRP) değerlerinde yükselme saptandı. Diğer laboratuvar değerleri normaldi. Yapılan batın ultrasonografisinde operasyon alanına uyan bölgede retroçekal yerleşimli 115 x 45 mm'lik içinde partiküller içeren loküle sıvı saptandı. Görünümün apse ile uyumlu olduğu düşünülerek drenaja karar verildi. Apselaparoskopik olarak başarılı bir şekilde drene edilerek bir adet lastik dren kondu. Drenaj sonrası hastanın kliniği düzeldi ve 4. günde yapılan kontrol ultrasonografisinde patoloji saptanmayan hastanın dreni çekilerek şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Ameliyata bağlı olmayan batın içi kist, apse ve koleksiyonların drenajında kullanılan ve minimal invaziv yöntemlerden biri olan laparoskopik ameliyat sonrası oluşan koleksiyonlarda da laparoskopik deneyimi olan cerrahlar tarafından başarılı ve güvenli bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: akut apandisit laparoskopik appendektomi apse laparoskopik drenaj

P 104

AKUT HİDATİK PANKREATİTTE ERCP İLE BİLİER DRENAJ

M. AKAYDIN, F. ERÖZGEN, F. ÇELEBİ, R. KAPLAN, A. ÇELİK, S. E. BİROL

Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi

Karaciğer hidatik kistin hiperamylazemi ile seyreden komplikasyonu çok seyrekdir. Ünitimizde kist hidatiğin safra yolu açılım komplikasyonu nedeniyle ERCP yapılan 53

olgunun 2 sinin amilaz seviyesi normalin 3 katından yüksek 4 olguda ise 5 katından yüksek olup 622-2240 U/L arasında değişmekteydi. Olguların ikisinde löksitoz mevcutken, hepsinde tıkanma ikterine bağlı total ve direkt bilirubin artışı tespit edildi. İki olguda MRCP ile yapılan inceleme sonucunda koledok içerisinde hidatik membrana ait dolum defektleri tespit edildi. Klinik olarak hidatik kiste bağlı akut pankreatit düşünülen 4 olgunun en önemli yakınması ağrının eşlik ettiği tıkanma sarılığıydı. Olguların medikal tedavi ve ERCP sonrasında yakınmaları hızla geriledi. Tüm olgularda USG ve BT incelemesi sonucunda önemli pankreatit tespit edildi. ERCP sonrası da akut pankreatite bağlı komplikasyon gelişmedi. 3 olgunun endoskopik incelemesinde papilla da belirgin olarak hiperemi ve itilme mevcuttu. Bir olgudan koledoktan pü ve hidatik membran, bir olguda sadece membran ve 2 olguda enfekte safra çıkartıldı. Karaciğer hidatik hastalığının sonucunda hiperamilazemi ve akut pankreatit çok nadir olmayan bir komplikasyon olup bu olgularda sıklıkla tıkanma ikteri ve kolanjit eşlik etmektedir. En etkili tedavisi ise erken ERCP ile safra yolu drenajdır.

Anahtar Kelimeler: ERCP Hidatik hastalık Akut pankreatit

P 105

LAPAROSKOPİK APANDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

M. KALAYCI, A. DEMİRAĞ, M. ÇAĞLIKÜLEKÇİ, T. GÜLÇELİK, B. EKÇİ, Ö. GÖKÇE

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Akut ve perfore apandisit nedeni ile laparoskopik apandektomi uygulanan hastaların retrospektif incelenmesi.

Yöntem: Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD'da Mart 2007-Eylül 2009 tarihleri arasında akut ve perfore apandisit nedeni ile laparoskopik apandektomi yapılan 60 olgu inceleme altına alındı.

Bulgular: Laparoskopik apandektomi uyguladığımız 60 olgunun 31'u (%51,6) erkek, 29'si (%48,4) kadındı. Olguların yaş ortalaması 35 idi. (19- 78) Ameliyat süresi ortalama 45 dakika idi. (20- 90) Hastanede kalış süresi ortalama olarak 1.2 gün (12 saat – 2 gün) olarak bulundu. 60 apandisit olgusunun 28 tanesi (%47) perfore idi. Tüm olgularda 2. kuşak sefalosporin ile profilaksi yapılmış perfore olanlara ise metranidazol eklenmiştir. Tüm olgularda 3 adet

trokarla batına girilmiş, apandiks mezosu vessel sealing system ile disekte edilmiştir. Apandiks kökünün bağlanması 2 adet endoloop kullanılmış, apandiks tüm olgularda endobağ yardımı ile insizyondan dışarı çıkarılmıştır. Perfore bir olguda açık cerrahiye geçilmiştir. Olguların ortalama takip süresi 16 aydır (1–31 ay). Bu takip süresince olgularda erken (kanama, batın içi abse, yara yeri enfeksiyonu) ya da geç (kesi yeri fitiği, brid ileus vs.) herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. Özellikle perfore apandisitlerde yoğun enflamasyonun yoğun olduğu mezodonun diseksiyonunda vessel sealing system güvenle kullanılmıştır.

Sonuç: Laparoskopik apandektomi; hastanede kalış süresinin kısa, kozmetik sonuçlarının daha iyi ve ameliyat süresinin çok uzun olmamasından dolayı giderek daha çok tercih edilmektedir. Özellikle perfore ve gangrene apandisitlerde; açık cerrahi sonrası batın içi ve yara yeri enfeksiyonunun daha sık görülmesi, laparoskopik apandektomi ile bu oranın daha düşük olması, bu yöntemi daha güvenilir ve uygulanabilir kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: apandektomi laparoskopik

P 106

İNOPERABLE ÖZEFAGUS KANSERLİ HASTALARDA ENDOSKOPİK STENT UYGULAMALARIMIZ

Ö. KOÇ*, Y. S. SARI*, H. BEKTAŞ**, K. ÖZAKAY***, M. ASLAN*, V. TUNALI*

* S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 4. Cerrahi

** S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Cerrahi

***S. B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi

Amaç: Endoskopi ünitemizde 2006–2009 yılları arasında inoperabl özefagus kanserli hastalarda metalik stent uygulayarak palyasyon etkilerini ve stent problemlerini retrospektif olarak literatür bilgisi ışığında değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem: 02/2006-11/2008 tarihleri arasında, 21 erkek -6 kadın toplam 27 inoperabl özefagus kanserli hastada sedasyon anestezisi ile floroskopi altında endoskopik olarak covered self-expandable metallic stent (SEMS) (Ultraflex) uygulandı. Kardio-özefajial bileşkede yerleşen kanserler çalışma dışı bırakıldı. Uygulama yalnızca endoskopide en az 10 yıl deneyimli 5

cerrah tarafından uygulandı. 27 hastada 30 adet stent kullanıldı. Morbidite, disfaji rahatlaması ve stent uygulaması ile ilgili problemler kaydedildi. Takip süresi 10gün-38 ay arasında değişmektedir.

Bulgular: Hastaların hiçbirinde işlem sırasında komplikasyon gelişmedi. 27 hastanın hepsinde kansere bağı darlık orta özefagustaydı. Disfaji skorlaması 7 hastada 4 (Kati-sıvı gıda intoleransı), 12 hastada 3 (Yalnız sıvı gıda atabilir), 8 hastada 2 (Yarı katı gıda alabilir) idi. Stent yerleştirilmesinden sonra 25 hastada disfaji skorlaması 1'e (Katı gıdaları yiyebilme)indi. İki hastada skor 2 oldu. Bu 2 hastanın önceki skoru 4 idi. Takip süresinde 2 hastada migrasyon nedeni ile yeniden stent uygulaması yapıldı. Hiçbir hastada yeniden tümör ile tıkanmaoluşmadı. 24 hasta stent sonrası ilk 8 aylık dönemleri içinde ex oldu. 3 hasta halen hayatta ve oral gıdayı tolere etmekte.

Sonuç: İnoperabl özefagus kanserli hastalarda endoskopik olarak yerleştirilen (SEMS)(Ultraflex), deneyimli ellerde oldukça etkili ve emin bir yöntem olarak gözükmektedir. Bizim bulgularımız da literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir. Bu işlemi yapabilen merkezlerin artması daha morbid ve invazif olabilen diğer palyatif beslenme yolları gereksinimlerini azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: İnoperabl Özefagus Kanseri Disfaji Metalik Stent

P 107

LAPAROSKOPİK CERRAHİ İŞLEM GEÇİREN HASTALARIN GİRİŞİME YÖNELİK DÜŞÜNCELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

S. İPEKÇİ, A. TIRAŞ, R. DEMİRCİ

Marmara Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği-Yükseklisans

AMAÇ: Çalışma laparoskopik cerrahi işlem geçiren hastaların girişime yönelik düşüncelerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

GEREÇ-YÖNTEM; Araştırmanın evrenini İstanbul ve Eskişehir 'de yer alan iki üniversite hastanesinin genel cerrahi kliniklerinde 1 ağustos-10 eylül tarihlerinde laparoskopik cerrahi işlem geçiren hastalar oluşturdu. Örneklemeye katılmayı kabul eden 60 kişi alındı. Veriler; literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan veri toplama formu aracılığıyla elde edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmaya katılanların %57'si kadın (31) %48'ü erkek(29) olup, %36,7'si(22) 40-49 yaş arası olduğu belirlenmiştir. İşlem öncesinde görülen en sık (n:32 ; %53,4) şikayetlerin bulantı ve karn ağrısı olduğu işlemi olacaklarını duyduklarında korktukları (n:24; %40) yada bir şey hissetmedikleri (n:23; %38,3) ,bu işlemi %55 'inin (n:33) kendi tercihleri olduğu, bu yöntemi seçme nedenlerinin çoğunlukla (n:23: %38,3) tedavi süresinin az olması olduğu, işlem hakkında çoğunlukla hekimin bilgi verdiği (n:57; %95) fakat işlemin komplikasyonları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları (n:45; %75) bu işlemi katılımcıların tümünün (n:60 ; % 100) başkalarına önerdiği saptandı. Bu sonuçlar katılımcıların bu işlemi seçme nedenlerinin tedavi süresinin az olduğundan dolayı tercih ettiklerini fakat bu işlem hakkında ve özellikle komplikasyonları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bu bilgilerin hemşireler tarafından verilmemiş olmasını ortaya koymaktadır.

P 108

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE AÇIĞA GEÇİŞ: ACIL CERRAHİ BİRİMİZİN BEŞ YILLIK DENEYİMİ

S. TEKSÖZ, E. AYTAÇ, E. HATİPOĞLU, K. SARİBEYOĞLU, S. PEKMEZCİ

İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Birimi

Giriş: Laparoskopik acil cerrahi yaklaşımlarda hem tanı hem de tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi, kolelithiasis tedavisinde altın standart yaklaşımdır. Birçok çalışmada peroperatif komplikasyon nedenleri ve açığa geçiş nedenleri paralel olarak görülmektedir. Bu çalışmamızda acil cerrahi ünitemizde uyguladığımız laparoskopik kolesistektomi ameliyatlarını açığa geçiş yönünden irdeledik.

Yöntem: Ocak 2004- Aralık 2008 tarihleri arasında İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Birimi' nde laparoskopik kolesistektomi planlanan olgular çalışmaya alındı. Olguların demografik verileri, ameliyat endikasyonları, vücut kitle indeksi, açığa geçiş nedenleri, ameliyat süreleri ve yandaş hastalıklar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: İkiyüzkırküç (159 kadın, 84 erkek) olgunun 26' sında (%10,7) açığa geçildi. Ameliyat endikasyonları arasında sıklık sırasına göre akut kolesistit (n=149), biliyer pankreatit (n=51), kronik kolesistit (n=23), biliyer kolik (n=16), kolanjit (n=3) ve safra kesesi perforasyonu (n=1) olarak sıralandı. Açığa geçiş nedenleri, safra kesesinin

çevre dokulara ileri derecede yapışık olması (n=18), anatomik farklılık (ileri derecede ptotik karaciğer) (n=1), karın içi apse varlığı (n=1), kanama (n=2), koledok hasarı (n=3) ve teknik yetersizlik (n=1) olarak saptandı. Açığa geçiş oranı akut kolesistitte % 13,4, biliyer pankreatitte %9,8 ve kronik kolesistitte %8,7 idi. Laparoskopik tamamlanan olgular ile açığa geçilen olguların yaş ortalaması ve vücut kitle indeksi arasında anlamlı fark saptanmadı. Laparoskopik tamamlanan olgularda dren gereksinimi %59 açığa geçilen olgularda ise %96,2 idi.

Sonuç: Açığa geçişin en sık nedeninin eksplorasyon zorluğu olduğu görülmektedir. Yaş ve kilo açığa geçiş oranını etkilememektedir.

Anahtar Kelimeler: Açığa geçiş kolesistektomi laparoskopisi

P 109

HEMOROİDAL HASTALIKLARDA 8 YILLIK STAPLER ANOPEKSİ DENEYİMİMİZ

S. BOZKURT, M. A. KAYA, T. AKER, K. GÜLER, H. COŞKUN

S. B. İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi 4. Genel Cerrahi

Amaç: Hemoroid ve veya anal mukozal prolapsus nedeniyle stapler anopeksi yapılan hastalarda kısa ve uzun dönem sonuçları değerlendirmek.

Yöntem: SB İstanbul Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi 4 Cerrahi Kliniği'nde Şubat 2001 - Şubat 2009 tarihleri arasında 416 hastaya stapler anopeksi uygulanmıştır. Bu hastalardan 274 tanesi 6 ay ile 8 yıl arasında takip edilmiştir. Bulgular: Hastaların 149'u erkek, 125'i kadın ve sırasıyla yaş aralıkları ve ortalamaları 25-76 (49,75 yıl) ve 25-82 (46,24 yıl) olarak bulunmuştur. Hastaların %9,1'inde grade II, %44,2'sinde grade III, % 46,7'sinde grade IV hemoroid hastalığı, %55,5'inde hemoroide ek olarak mukozal prolapsus nedeniyle operasyon yapılmıştır. Operasyon öncesi en sık semptomlar %71,2 kanama, %67,9 ağrı ve %58,4 prolapse kitle olarak bulunmuştur. Hastaların %24,9'unda daha önce geçirilmiş anorektal operasyon hikayesi, tamamında medikal tedavi hikayesi mevcuttur. Operasyon sırasında en sık genel (%46) daha sonra sırasıyla larengeal maske (%30,3) ve rejional (%23,7) anestezi uygulanmıştır. Operasyonda en sık litotomi pozisyonu tercih edilmiştir (%88,3). Ortalama hastanede kalış süresi ve aralığı sırasıyla 1,7 gün ve 1 - 6 gündür.

Postoperatif erken dönem en sık görülen komplikasyonlar %13,5 ağrı, %5,5 idrar retansiyonu, %5,1 perianal ödem ve submukozal hematoma, %4 kanamadır. Postoperatif 6. ay, 1, 2, 3, 4. yıllarda ve sonrasında yapılan kontrollerde nüks oranı sırasıyla %1,8, %4, %6,6, %7,7 ve sonrasında %8,4 olarak bulunmuştur.

Sonuç: Stapler anopeksi (Longo tekniği) özellikle mukozal prolapsusun eşlik ettiği hemoroid hastalığının cerrahisinde güvenle kullanılabilir bir yöntemdir. Postoperatif takipte tolere edilebilir nüks oranlarına sahiptir ve nüksler sıklıkla ilk 2 yılda ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Stapler Anopeksi Hemoroid Hastalığı Anal Mukozal Prolapsus

P 110

GASTROSKOPİK POLİPEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

T. ERTÜRK*, G. KÖROĞLU**, A. YILDIRIM***

* Özel Çapa Hastanesi Genel Cerrahi ve Endoskopi

** Şavşat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

*** Özel Çapa Hastanesi Endoskopi

Amaç: Gastrik polipler tek veya multipl tümörler olup, genellikle yaşlılarda görülür. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde insidental olarak saptanan polip yada polipoid görünümü lezyonların incelenmesini amaçladık. Yöntem: Özel Çapa Hastanesinde 01 şubat 2009 - 01 Ağustos 2009 tarihleri arasındaki gastrokopik polipektomi yapılan olgular retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Toplam 738 ösofagogastroduodenoskopi yapılan olguda %3.1 (n:23) 'nda üst GIS polipi saptandı. Poliplerin çapları 0.5cm - 2cm arasındaydı ve tamamına polipektomi yapıldı. Olguların %30.4 (n:7) erkek yaş ortalaması:59 olup, %69.6 (n:16) kadın yaş ortalaması: 44.4 olarak bulunmuştur. Poliplerin %69.6 (n:16) korpusta, %13 (n:3) kardiada, %8.7 (n:2) antrumda ve %8.7 (n:2) distal ösofagusda yerleşimliydi. Patolojik incelemelerde olguların %43.5 (n:10)'si hiperplastik polip, %17.4 (n:4) fundik gland hiperplazisi olarak bulundu. Olguların %13 (n:3)'da pseudo-polip saptandı. Olguların %8.7 (n:2)'da mikroskopik olarak polip saptanmadı. Olguların %4.35 (n:1)'i duodenumda mukoza hipertrofisi, %4.35 (n:1)'i distal ösofagusda benign skuamoz papillom olarak bulundu. Olguların %8.7 (n:2)'i korpusta multipl polipler olarak yerleşimli nöroendokrin tümör olarak bulundu. Polipektomi sonrası 1 vakada hot

pens ile koterizasyon yapılarak hemostaz sağlandı. Diğer olgularda hemostaz için ek girişim gerekmedi. Olguların %86.9 (n:20)'unda helicobacter pylori mevcuttu. Poliplerin tamamında inflamatuvar reaksiyon mevcuttu. Nöroendokrin tümör dışındaki olgularda metaplazi veya displazi saptanmadı.

Sonuç: Mide poliplerine üst GIS endoskopik incelemelerinin %2-3'ünde rastlanır. Hiperplastik polipler en sık görülen (%80) mide polipleridir ve sıklıkla kronik atrofik gastrit ve helicobacter pylori ile birlikte görülür. Tek olarak saptanan ve 2cm altındaki üst gastrointestinal sistem polipleri genellikle benign poliplerdir. Düşük malignite oranına rağmen tüm gastrik poliplerden mutlaka biyopsi alınmalıdır. Özellikle multipl polipleri olan vakalara daha kuşkululu yaklaşılmalıdır kanısındayız.

P 111

PERKÜTAN ENDOSKOPIK GASTROSTOMİ SONUÇLARIMIZ

T. ERTÜRK*, K. ÇAĞLAYAN**, Ş. ÇİFTÇİ**, G. KÖROĞLU***, A. YILDIRIM****, F. SARIBIYIK*****

* Özel Çapa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Endoskopi Ünitesi

** Özel Çapa Hastanesi Anestezyoloji ve Reanimasyon Kliniği

*** Şavşat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

**** Özel Çapa Hastanesi Endoskopi Ünitesi

***** Özel Çapa Hastanesi Yoğun Bakım Ünitesi

Amaç: Perkütan endoskopik gastrostomi (PEG), entübe olgularda veya endoskopi ünitesi dışında yatak başında dahi yapılabilen, intravenöz ve lokal sedasyonun yeterli olduğu, cerrahi gastrostomiye göre ucuz ve daha az riskli, işlem süresi daha kısa olan girişimlerdir. Bu nedenlerle uzun süreli enteral beslenmede günümüzde çok yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada, PEG uygulanan hastalarımızı incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Özel Çapa Hastanesinde 01 Ocak 2007 - 01 Ağustos 2009 tarihleri arasındaki PEG yapılan olgular retrospektif olarak incelenmiştir. İşlemlerde Abbott flexiflo inverta PEG seti ve kullanılmıştır.

Bulgular: Olguların %76.2'ü (n:16) yoğun bakım ünitesinde, %23.8'ü (n:5) endoskopi ünitesinde olmak üzere, toplam 21 PEG işlemi uygulandı. Olguların %61.9'u (n:13) entübe idi. 5 olguda, 1 tanesi iki kez olmak üzere, ilk işlemde ortalama 1.5 yıl kadar sonra, gastrostomi tüpünün eskimesi sonucu, 1 olguda da takıldıktan 14 ay sonra tüpün

tıkanması sonucu, 1 olguda tüpünü istemsiz olarak çekmesi sonucu gastrostomi seti değiştirme işlemi uygulandı. Gastrostomi guide iğnesi ile % 14.3 (n:3) hastada ilk seferde mide kanülüze edilemeyerek birden fazla kez denemesi sonrası başarılı olunabildi. Ortalama 6 ay kadar izlenen toplam 11 hastanın tamamında gastrostomi tüpünün kenarında hafif derecede eksüdatif akıntı ve aside bağlı minimal yanık yarası olduğu gözlemlendi. İşlemler sonrası major bir komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Oral yoldan beslenemeyen hastaları enteral beslemenin en kolay yollarından biri PEG uygulamasıdır. PEG diğer gastrostomi yöntemlerine göre komplikasyonlarının az olması, yatak başında uygulanabilir olması, genel anestezi gerektirmemesi ve doğal beslenmeye yakın bir metod olması, maliyetinin daha az olması nedeni ile tercih edilmektedir. PEG uzun dönem enteral beslenmesi planlanan olgularda güvenli ve etkin bir yöntemdir.

P 112

DOKSİSİKLİN KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN ÖSOFAJİT

T. ERTÜRK*, G. KÖROĞLU**, A. YILDIRIM***

* Özel Çapa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Endoskopi Ünitesi

** Şavşat Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

*** Özel Çapa Hastanesi Endoskopi Ünitesi

Amaç: Doksisisiklinin, özofagus ve mide mukozasında hasara yol açtığı bilinmektedir. Doksisisiklin az miktarda suyla alınırsa veya alındıktan kısa süre sonra yatılırsa özofagusta mukozal iritasyona neden olabilir. Bu çalışmamızda özofagogastroduodenoskopi esnasında saptanan doksisisiklin kullanımına bağlı gelişen ösofajit olgularımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Özel Çapa Hastanesinde 01 Ocak 2007 - 01 Ağustos 2009 tarihleri arasında yapılan özofagogastroduodenoskopilerde saptanan doksisisikline bağlı ösofajit olguları retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Doksisisiklin kullanım hikayesi bulunan ve retrosternal yanma, disfaji, yemeklerin takılma hissi olan, toplam 7 hastada, %57.1 kadın (n:4), yaş ortalaması: 24, %42.9 erkek (n:3), yaş ortalaması:28, yapılan özofagogastroduodenoskopilerde ösofajit saptandı. %71.4 (n:5) hastada torakal ösofajit, %28.6 (n:2) hastada servikal ösofajit gözlemlendi. Hastaların 3'ü acne vulgaris ve follikülit tedavisi, 3'ü jinekolojik hastalık tedavisi, 1'i buruselloz tedavisi için son bir yıl içinde doksisisiklin

kullanmışlardı. Patolojik incelemede %42.9 (n:3) hastamızda ülsere, nekrotik ösofagus mukozası (Savary-Miller grade IV) saptandı. 1 hastamızda ösofagus lümeni çepçevre tutulmuştu (Savary-Miller grade III). Tüm hastalar konservatif tedaviye yanıt verdi.

Sonuç: Birçok ilacın özofajite neden olduğu bilinmektedir. Doksisisiklin, tetrasiklin, potasyum klorür, kinidin, non-steroid antiinflamatuvar ajanlar en sık suçlananlar arasındadır. Doksisisiklin, direkt etkiyle özofagus mukozasında hasara neden olabilir. İlaça bağlı özofajit gelişiminde en sık nedenler, ilacın az suyla alınması ve alındıktan kısa süre sonra yatılmasıdır. Doksisisikline bağlı özofajitlerin büyük bir kısmında, hasarın özofagusun orta üçte birlik bölümünde gözlemlendiği bildirilmiştir. İlaça bağlı özofajitlerin tedavisinde, özofajite neden olan ilaç kesildikten sonra sukralfat ve asit baskılayıcı ilaçlar kullanılmaktadır. Hastaların özofajit yapabilecek ilaçları kullanma şekli konusunda uyarılması ve özofajit belirtilerinin anlatılarak erken safhada doktora başvurularının sağlanması ile oluşabilecek potansiyel özofageal hasarının azaltılması veya ilerlemesinin önlenmesi mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Özofajit Doksisisiklin Gastroskopi

P 113

BRONKOSKOPİK GÖRÜNTÜLEME EŞLİĞİNDE PERKÜTAN TRAKEOSTOMİ

T. ERTÜRK*, K. ÇAĞLAYAN**, Ş. ÇİFTÇİ**, A. KIZILKAN**

* Özel Çapa Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği ve Endoskopi Ünitesi

** Özel Çapa Hastanesi Anestezyoloji ve Reanimasyon Kliniği

Amaç: Perkütan Trakeostomi (PT) çeşitli komplikasyonlara neden olabilmektedir. PT'nin Bronkoskopik Görüntüleme Eşliğinde (BGE) yapılmasının daha az komplikasyon yarattığını düşünerek bronkoskopik trakeostomi olgularımızı incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Özel Çapa Hastanesinde 01 Ocak 2009 - 01 Ağustos 2009 tarihleri arasında yoğun bakım ünitesinde yatan, uzamış mekanik ventilasyon desteği veya hava yolu ihtiyacı nedeniyle 23 entübe hastaya BGE trakeostomi yapıldı. Olgular retrospektif olarak incelendi. İşlem öncesi entübasyon tüpü içinden fujinon bronkoskop ile girilerek hava yolu açıklığı kontrol edildi. Entübasyon tüpü BGE trakea girişine kadar çekildi. BGE işlem yeri saptanarak steril şartlarda 2. trakeal halka

arasına 1 cm'lik cilt kesisi yapıldı. Kesiden girilen branülle BGE trakea kanülüze edildi. Branül içinden guide yerleştirildi. Guide üzerinden dilatatör geçirilerek trakea ön duvarı dilate edildi. Dilatatör çıkarılarak guide üzerinden geçirilen forsepsle cilt, cilt altı ve trakea dilate edildi. Forseps çıkarılarak trakeostomi kanülü BGE guide üzerinden trakea içine yerleştirildi. İşlemden Portex soft seal cuff trakeostomi seti kullanıldı.

Bulgular: Toplam 23 olguda %56.5 (n:13) erkek yaş ortalaması:53.2 olup, %43.5 (n:10) kadın yaş ortalaması: 49.6 olarak bulunmuştur. İşlem süresi ortalama 15 dakikadır. %17.4 (n:4) hastada minör hemorajiler olmuş, baskılı tamponla hemostaz sağlanmıştır. Multi organ yetmezliği olan 1 hastada işlem esnasında kardio-pulmoner arrest gelişmiş ve işlem ertelenmiştir. 1 hastada kanül orta hattın laterale yerleştirilebilmiştir. Hiçbir olguda başka akut komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç: Perkütan trakeostomi'ye bağlı gelişebilecek akut komplikasyonlar; kanama, özofagus perforasyonu, trakea arka duvarı yırtılması, kanülün trakea dışına yerleştirilmesi, pnömotoraks, entübasyon tüpünün yanlışlıkla çıkması veya kanülüze edilmesi ve trakea kıkırdak kırığıdır. Bronkoskopi eşliğinde yapılan perkütan trakeostomi işleminin, yonteme ait akut komplikasyonları azaltacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Trakeostomi Bronkoskopi

P 114

ÜÇ TROKAR İLE LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİ

T. TANSUĞ, A. D. BOZDAĞ, T. KARABUĞA

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Bu çalışmada üç trokar ile yaptığımız laparoskopik sleeve gastrektomi olgularımızın değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Mayıs 2009 ile Ağustos 2009 tarihleri arasında kliniğimizde üç trokar ile laparoskopik sleeve gastrektomi uygulanan yedi hasta incelendi. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat tekniği, süresi, eksplorasyon bulguları, postoperatif morbiditeleri değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların altısı kadın, biri erkekti; yaş ortalaması 39(21-51) idi. Hastaların hepsinde vücut kitle indeksi (VKİ)>40 kg/m² (40,5-57,8) idi. Bu çalışmaya dahil ettiğimiz hastalardan ilkinin 14 yıl önce göbek üstü median kesi ile kolesistektomi öyküsü vardı. Hasson tekniği ile batına girildi. Yoğun yapışıklıklar nedeniyle karın duvarında üçüncü

trokardan sonra bir diğer trokar girilebilecek uygun bir alan bulunamadı. İkisi çalışma portu, biri kamera girişi olmak üzere operasyon üç trokar ile tamamlandı. Sonraki altı sleeve gastrektomi hastasına da üç trokar girildi ve operasyon başarı ile tamamlandı. Bir hastada taşlı kese nedeniyle ksifoid altından ek bir trokar girilerek kolesistektomi yapıldı. Ortalama operasyon süresi 215 dakika (170-300) idi. Postoperatif dönemde hastaların hiçbirinde komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Üç trokar ile sleeve gastrektomi deneyim artıka tek insizyondan laparoskopik cerrahi girişime geçişi kolaylaştıracak yararlı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Gastrektomi Sleeve

P 115

LAPAROSKOPİK APENDEKTOMİ DENEYİMİMİZ

T. KARABUĞA*, C. KARA**, A. SÖZÜTEK***, A. D. BOZDAĞ*, T. TANSUĞ*

* Atatürk Eğitim Hastanesi Genel Cerrahi
** Karşıyaka Devlet Hastanesi Genel Cerrahi
*** Genç Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Bu çalışmada akut apandisit nedeniyle laparoskopik apendektomi yapılan hastaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2008 ile Haziran 2009 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik apendektomi uygulanan 18 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalara uygulanan laparoskopik apendektomi tekniği, ameliyat süresi, eksplorasyon bulguları, analjezik ihtiyacı, hastanede kalış süresi, işe dönüş süreleri ile morbiditeleri değerlendirildi.

Bulgular: Preoperatif klinik ve laboratuvar bulguları akut apandisit lehine olan 18 hastanın yaş ortalaması 30,4 (18-62) ve olguların % 61'i (11) erkek idi. Hastalarda semptomların başlangıç süresi ortalama 22 saat idi. Eksplorasyonda hastaların hepsinde görünüm akut apandisit ile uyumlu idi. Bayan hastalarımızdan birinde apandisite ilave olarak sağ over kisti mevcuttu. Laparoskopik kist eksizyonu uygulandı. Hastalarımızın onunda iki 10 mm'lik, bir 5 mm'lik trokar, yedisinde bir 10 mm'lik, iki 5 mm'lik trokar kullanılarak operasyon tamamlandı. Bir vakamızda ise iki trokar aynı insizyondan yerleştirildi. Operasyon süresi ortalama 75 dakika (35-125) idi. Hiçbir hastada komplikasyon gözlenmedi. Hastaların ortalama yatış süresi 20 saat ve işe dönüş süreleri 17 gün oldu.

Sonuç: Laparoskopik apendektomi batin eksplorasyonuna olanak sağlaması ve varsa ikinci

bir patolojiye müdahale imkanı vermektedir. Özellikle obez hastalarda kozmetik avantajlarının yanı sıra açık ameliyata göre daha kolay uygulanabilmektedir. Deneyim artması operasyon süresini kısaltmakta ve uygulama daha pratik hala gelmektedir. Dolayısıyla açık apendektomiye iyi bir alternatiftir.

Anahtar Kelimeler: Apendektomi laparoskopik

P 116

MORBİD OBEZ HASTADA TEK İNSİZYONLU TRANSUMBLİKAL LAPAROSKOPİK (SILS) APANDEKTOMİ : OLGU SUNUMU

U. DEVECİ*, M. MANUKYAN*, A. KEBUDİ*, K. GÖKÇE*, A. MİDİ**, S. ŞİMŞEK***

* Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD
*** Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anestezi ve Reanimasyon AD

GİRİŞ Morbid obez hastaların geniş McBurney insizyonu gerektirmesi, yara infeksiyon oranlarının yüksek olması ve cerrah için ameliyat konforunun iyi olmaması böyle hastalarda laparoskopik girişimleri seçkin yöntem haline getirmektedir.

OLGU SUNUMU 40 yaşında erkek hasta 1 gündür olan karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Klinik muayenesi akut apandisit ile uyumlu olan hastanın tetkik ve görüntüleme yöntemleri tanıyı desteklemiyordu. Hasta için diyagnostik laparoskopik kararı alındı. Vücut kitle indeksi 41 olan hasta için genel anestezi altında intraumbilikal lineer 1,5 cmlik cilt kesisi ve 2 cmlik fasya kesisi uygulanarak SILS kiti yerleştirildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Batın içi basınç 14 mmHg olacak şekilde ayarlandı. Ameliyat sırasında artikülasyonlu cihazlar ve 5 mm çaplı 30 derecelik videoskop kullanıldı. Eksplorasyonda akut apandisit saptandı. Apandiks mezosu Ligasure Atlas™ ile ayrıldı. Apandiks köküne intrakorporal çift düğüm konuldu ve apandiks batin dışına endocatch ile alındı. Fasya polipropilen dikişler ile onarıldı ve cilt absorbabl subkutan sütür ile kapatıldı. Ameliyat süresi 50 dakika idi. Ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyonla karşılaşılmadı. Hasta ameliyat sonrası 6. saatte oral gıdasını aldı ve 24. saatte taburcu edildi. 1 aylık takibinde sorunla karşılaşılmadı.

SONUÇ Morbid obez hastalarda tek insizyonla transumbilikal apandektomi uygulanması laparoskopinin avantajları ile mükemmel kozmetik kazanımı bir araya getirmekte ve cerraha iyi bir

konfor sağlamaktadır. Laparoskopide deneyimli cerrahların, akut apandisit olan morbid obez hastalarda SILS apandektomiye güvenle uygulayabileceğini düşünürüz.

Anahtar Kelimeler: morbid obezite akut apandisit SILS laparoskopisi

P 117

MORBID OBEZİTEDE LAPAROSKOPİK GASTRİK BAND UYGULAMASI

Y. PEKER, N. CİN, M. C. KAHYA, H. KAR, F. TATAR, T. TANSUĞ, T. KARABUĞA

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi

AMAÇ: Klasik tedavi yöntemleri ile kilolarını kaybedemeyen kişilere cerrahi yöntemler uygulanabilir. Laparoskopik gastrik band uygulaması operasyon tiplerinden en çok uygulananlarındandır. Kliniğimizde uygulanan laparoskopik ayarlanabilir gastrik band uygulamalarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kliniğimizde Aralık 1998 - Aralık 2008 tarihleri arasında opere edilen, American Society of Bariatric Surgery kriterlerine uyan 52 morbid obez hasta; yaş, cinsiyet, operasyon öncesi ağırlık ve vücut kitle indeksi, yandaş hastalık, operasyon tipi, komplikasyonlar, postoperatif fazla kilo kaybı yüzdeleri açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Yaş ortalaması 37 (18-59) olan hastaların 43 (%82.7)'ü kadındı. Ortalama ağırlıkları 117.3kg.(87-186), vücut kitle indeksi ise 42.7 (34.9-59.4) kg/m² olarak saptandı. Yandaş hastalık (hipertansiyon, diabetes mellitus, dislipidemi, depresyon, diskopati, menstrüel disfonksiyon, patellar kondroplazi, kolelitiasis, insizyonel herni, migren) toplam 17 (%32.7) hastada mevcuttu. İnsizyonel hernili olan ve açık cerrahiye tercih eden 3 hastaya açık cerrahi ile mide bandı yerleştirildi. Diğer 49 olguya laparoskopik operasyon planlandı. Anatomik zorluk, batin içi yapışıklık ve elektronik nedenlerle 10 (%20.4) hastada konversiyon uygulandı. Son 25 olgu laparoskopik olarak tamamlandı. Kolelitiasisli 3 hastaya aynı seansta laparoskopik kolesistektomi de yapıldı. Peroperatif komplikasyon olmadı. Postoperatif takiplerde özefagogastrik perforasyon (n:1), port yeri enfeksiyonu (n:2), migrasyon (n:3), poş dilatasyonu (n:1) ve özefagusta genişleme (n:1), insizyonel herni (n:1) saptandı. Yedi olguda gastrik bant çıkarıldı. Post operatif 6., 12., 24. ve 36. aylardaki ortalama ağırlıkları sırasıyla 97.1kg., 93.7kg, 90.3kg, 86.2kg.; fazla kilo kaybı yüzdeleri ortalaması ise %29.1,

%39.4, %61.6, %61.9 gerçekleşti. **SONUÇ:** Obezitenin cerrahi tedavisinde laparoskopik gastrik band uygulaması, kabul edilebilecek komplikasyon oranları ile uygun tedavi seçeneklerindedir.

Anahtar Kelimeler: obezite cerrahi tedavi gastrik bant kilo kaybı

P 118

OBEZİTE TEDAVİSİ VE İNTRAGASTRİK BALON: PROSPEKTİF TEK MERKEZLİ ÇALIŞMA SONUÇLARI

Y. PEKER*, U. ÖZGÜRBÜZ**

* İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Cerrahi Kliniği

** İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği

AMAÇ: İntragastrik balon, klasik yöntemler ile fazla kilolarını veremeyen kişilerde, daha az yemeği sağlayarak etkili olan obezite tedavisi yöntemlerindedir.

Method: Bu prospektif çalışma özel merkezde Şubat 2006-Şubat 2009 tarihleri arasında BioEnteric Intragastric Balloon (BIB®) uygulanan 31 hasta üzerinde yapıldı. 18-60 yaş arası ve vücut kitle indeksi oranı(VKO) <30 kg/m² olan diğer koşulları da taşıyan hastalara sedasyon altında yerleştirildi. Endoskopik görüş altında 10 ml. metilen mavisi eklenmiş 600 ml. serum fizyolojik ile şişirildi. Altı aylık takip sonrası sedasyon altında endoskopik özel aletler yardımı ile çıkarıldı.

Sonuç: Hastaların 19(%61,3) tanesi kadın olup yaş ortalaması 35,48±9,31 idi. Hastaların ağırlık, VKO ortalamaları sırasıyla 119,34±22,64 kg., 41,84±8,28 kg/m² olarak saptandı. Altı aylık İGB uygulaması sonunda ağırlık 104,31±21,33 kg. (p=0.000), VKO 36,43±7,36 kg/m² (p=0.000) e geriledi. Düşüşler her iki cinste de anlamlıydı (p=0.000, p=0.000). Balonun çıkarılmasına kadar geçen dönemde fazla kilo kaybetme yüzdesi (%EWL) %29.16±15.99, fazla vücut kitle oranında azalma yüzdesi (%EBMIL) %35.45±19.46 gerçekleşti. Kilo ve VKO da azalma ilk aylarda daha fazla (p<0.05) olup, üçüncü-dördüncü, dördüncü-beşinci aylarda daha az (p>0.05) saptandı. %EBMIL de ise üçüncü aydan itibaren yavaşlama görüldü(p<0.05). Kilo kaybı ve VKO'da azalma obez (VKO:30-39,9 kg/m²) grupta; %EWL ve %EBMIL oranları ise morbid obez (VKO>40 kg/m²) grupta daha yüksek gerçekleşti. Uygulama sonrası en sık görülen yakınma, bulantı, kusma gibi sindirim sistemini ilgilendiren hafif

yakınmalardı. Bir hastamızda balon kendiliğinden doğal yoldan atıldı. Ciddi komplikasyon ve mortalite gelişmedi. Sonuç: İntragastrik balon; uygulaması kolay, riski az, normal sindirimi değiştirmeyen, diğer yöntemlerle başarılı olamamış kişilere uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: obezite intragastrik balon kilo kaybı

P 119

LAPAROSKOPİK TRANS-ABDOMİNAL PREPERİTONEAL HERNİ ONARIMI: YAMA SABİT-LENSİN Mİ? PROSPEKTİF, RANDOMİZE BİR ÇALIŞMANIN ÖN SONUÇLARI

M. KAPLAN*, S. GÜNAŞTI**, H. C. YALÇIN***, H. İ. İYİKÖŞKER***

* Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi
 ** Medical Park Gaziantep Hastanesi Anestezioloji ve Reanimasyon
 *** Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Amaç: Laparoskopik kasık fıtığı onarımında yamanın sabitlenmesi sinir hasarı riskini ve ameliyat maliyetlerini arttırdığı söylene de, birçok cerrah fıtık nüksünün önlenmesi için sabitlemenin gerekli olduğuna inanmaktadır. Bu çalışmanın amacı Medical Park Gaziantep Hastanesi'nde gerçekleştirilen laparoskopik transabdominal preperitoneal (TAPP) kasık fıtığı onarımlarında yamanın sabitlendiği ve sabitlenmediği hasta gruplarının karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Prospektif randomize bir çalışma dizayn edildi. İki hasta grubu oluşturuldu : 1) yamanın sabitlendiği grup ve 2) yamanın sabitlenmediği grup. Laparoskopik TAPP kasık fıtığı onarımı yapılacak toplam 120 hasta randomize edildi. Fıtık nüksü, postoperatif nöralji sıklığı, diğer morbidite sıklığı, ameliyat süresi ve hastane masrafları karşılaştırılan ana değişkenlerdi. Hastalar ameliyat sonrası 1. hafta, 1, 6 ve 12. aylarda kontrol muayenesine çağrılarak değerlendirildi. Kasık, skrotal bölge veya uyluk orta üst kesiminde ağrı olması nöralji olarak kabul edildi. Hastane tarafından sağlanan bilgisayar verileri ile temel hastane masrafları hesaplandı.

Bulgular: İstatistiksel çalışmada hastaların demografik özellikleri, fıtık tipi, ameliyat süresi ve komplikasyonlar yönünden gruplar arasında önemli bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0.05$). Ancak yamanın sabitlenmediği grupta direkt tipte fıtığı olan iki hastada erken nüks saptandı. Her iki grup

direkt fıtık tipi açısından karşılaştırıldığında bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Diğer taraftan yamanın sabitlendiği gruptaki hastaların toplam hastane masraflarında anlamlı bir artış olduğu gözlemlendi ($p<0.05$).

Sonuç: Laparoskopik transabdominal preperitoneal kasık fıtığı onarımında yamanın sabitlenmesi direkt tipteki fıtıklar için istatistiksel olarak anlamlı bir yarar sağlarken, ameliyat masraflarını da artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kasık fıtığı TAPP transabdominal preperitoneal yama sabitleme laparoskopi

P 120

MEZENTERİK KİSTİN LAPAROSKOPİK REZEKSİYONU: VAKA TAKDİMİ VE TEKNİK DETAYLAR

M. KAPLAN*, S. GÜNAŞTI**, G. SÖĞÜTLÜ*, H. C. YALÇIN***, H. İ. İYİKÖŞKER***, S. N. ÖZDEDE*

* Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi
 ** Medical Park Gaziantep Hastanesi Anestezioloji ve Reanimasyon
 *** Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Genel Cerrahi

Mezenterik kistler nadir görülen karın içi kitlelerdir. Erişkinlerdeki prevalansı 1:100.000, çocuklarda ise 1:20.000'dir. Çoğunlukla benign ve asemptomatik karakterdedirler, ancak bazen hastalar değişik ve spesifik olmayan şikayetlerle de başvurabilirler. Bu nedenle preoperatif doğru tanı koymak güç olabilmektedir. Tedavi seçeneği komplet cerrahi eksizyondur. Rezeksiyon laparotomi veya minimal invazif cerrahi ile yapılabilir. Daha önce yayınlanmış oldukça sınırlı vaka bildirilerinden laparoskopik mezenterik kist eksizyonunun güvenli olduğu anlaşılmaktadır. Ancak laparoskopik cerrahinin olumsuz tarafları da olabileceği ileri sürülmektedir. Mezenterik kistlerde %3 oranında malignite saptanması, preoperatif kesin tanının çoğu zaman konamaması ve kistin tamamen çıkarılabilmesi için barsak rezeksiyonuna ihtiyaç duyulması gibi nedenlerle laparoskopik cerrahinin dikkatle yapılması, belli deneyimlere ve donanımlara sahip olunması gerekmektedir. Bu vakada; genç bir bayan hastanın gebeliği sırasında yaptırılan ultrasonda insidental olarak saptanan dev mezenterik kistlerin, vajinal doğumu takiben daha sonra laparoskopik yöntemle disseke edilmesi ve rezeksiyonu ile ilgili teknik detaylar sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: MEZENTERİK KİST
LAPAROSKOPI

P 121

ÜST GASTROİNTESTİNAL SİSTEM ENDOSKO- PİSİNDE SEDASYON AMAÇLI MIDAZOLAM KULLANIMI

M. MANUKYAN, U. DEVECİ, S. KAPAKLI,
U. SEVERGE, M. OLTULU, A. KEBUDİ

Maltepe Üniversitesi Genel Cerrahi AD

AMAÇ: Bu çalışmada üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan hastalarda işlem öncesi sedasyon amaçlı sistemik midazolam uygulanmasının etkileri incelendi.

YÖNTEM: Çalışmaya Maltepe Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Endoskopi Ünitesinde 2007 Ocak- 2009 Nisan tarihleri arasında tanısal amaçlı üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan 600 hasta alındı. İşlem öncesi hastalara 0,1mg/kg iv midazolam verildi. Tüm hastalarda pilor geçildi ve duodenum 1 kıta görüldü. Hastaların bazal, sedasyon sonrası ve işlem sonrası nabız ve oksijen saturasyonu, işlem süresi, anksiyete skor ve hastanın işlem sırasındaki sedasyonu durumu tarafından değerlendirildi.

BULGULAR: İşlem süresi ortalama 312±162 sn olarak tespit edildi. İşlem sırasında yapılan değerlendirmede sedasyon durumu yapılan skora ile 4.1±1 bulundu. İşlem öncesi hastaların sO₂% değeri 97 (99-92) ve nabız 98.3±20.3 atım/dk olarak ölçüldü. 0,1mg/kg iv midazolam verilerek sedatize edilen hastaların nabız sayısında anlamlı olarak düşme tespit edildi. İşlem bittikten sonra yapılan ölçümlerde nabız sayısının daha da düştüğü ve işlem öncesine göre anlamlı derecede düşük olmakla beraber işlem sırasındaki değer ile arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görüldü. sO₂ değerlerinde sedasyon sonrası düşme olmakla beraber anlamlı farklılık görülmedi. İşlem sonrası hastaların belirlediği anksiyete skoru ise gayet düşük olarak (1.97±2.29) bulundu. İşlemler sırasında sadece bir hastada saturasyonda düşme tespit edilmesi üzerine işlem sonrası hastaya flumazenil ve nazal oksijen verildi. Altı yüz hastadan 562'si tıbbi gereklilik olması halinde tekrar üst gastrointestinal sistem endoskopisi yaptıracağını beyan ettiler.

SONUÇ: Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde midazolam kullanımının, gerek işlemin endoskopist tarafından rahatça gerçekleştirilmesi, gerekse hastanın konforunun sağlanması ve daha sonraki endoskopik işlemler öncesi gelişecek

anksiyetenin önüne geçilmesi için gerekli ve güvenli bir yöntem olduğu görüldü.

P 122

NADİR GÖRÜLEN BİR AKUT KARIN NEDENİ: TRIANGULAR LİGAMENTTEKİ ABERAN SAFRA KANALI PERFORASYONU

M. KAPLAN*, S. GÜNAŞTI**

* Medical Park Gaziantep Hastanesi Genel Cerrahi

** Medical Park Gaziantep Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon

Safra kanallarının spontan perforasyonuna bağlı safra peritoniti oldukça nadir görülen bir durumdur. Genellikle safra taşlarına sekonder gelişir ve perforasyon yeri neredeyse her zaman ekstrahepatik ana safra yollarıdır. Triangular ligamandaki aberan safra yolunun spontan perforasyonu şimdiki dek literatürde hiç tarif edilmemiştir. Bu video sunumunda; literatürde ilk kez, safra kesesi taşı veya safra yolu tıkanıklığı olmayan bir hastada triangular ligamandaki bir aberan safra yolunun spontan perforasyonuna bağlı olarak gelişmiş safra peritonitine bağlı bir akut karın olgusunun, laparoskopik cerrahinin tartışılmaz avantajları kullanılarak başarıyla tedavi edilmesi anlatılmaktadır. Spontan safra peritonitinde tedavinin en önemli kısmı, safra kaçağının olduğu bölgenin tespit edilmesi ve uygun tedavinin yapılmasına dayanır. Vakamızda da videoskopik eksplorasyonda görülen yaygın safralı içeriğin kaynağı olarak ilk beklenti akalkülöz kolesistite sekonder gelişmiş bir safra kesesi perforasyonu veya postpilorik ülser perforasyonuna bağlı bilier peritonitti. Ancak bu olasılıkların ekarte edilmesi ve sistematik eksplorasyona devam edilmesiyle kaçağın triangular ligamentten kaynaklanan bir safra sızıntısı olduğu anlaşılacak uygun laparoskopik tedavi sonrası hasta sorunsuz olarak taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: spontan safra yolu perforasyonu spontan bilier peritonit laparoskopi aberan safra yolu

P 123

KOLONOSKOPİK İŞARETLEME SONRASI LAPAROSKOPİK PARSİYEL KOLEKTOMİ UYGULANAN İNSİTU KANSERLİ BİR KOLON POLİPİ OLGUSU

T. TANSUĞ*, T. KARABUĞA*, A. D. BOZDAĞ*,
Z. BUYRAÇ**, G. YÖRÜK**

* Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği

** Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği

AMAÇ: Kolon polipleri çoğu kez kolonoskopik olarak çıkarılabilmektedir. Polibin geniş tabanlı olması gibi durumlarda kolonoskopik polipektomi yapılamadığında lezyonun cerrahi olarak çıkarılması gerekebilmektedir. Bu çalışmada kolonoskopik olarak işaretleme yöntemi sonrası laparoskopik parsiyel kolektomi uygulanan insitu kanserli bir kolon polibi olgusunu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Tarama kolonoskopisinde multipl kolon polipleri saptanan 56 yaşında erkek hastaya polipektomiler uygulandı. Transvers kolonda saptanan 3 cm çaplı sessil polipten ise biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda malignite bildirilmesi üzerine polipin çıkarılması için cerrahi girişim planlandı. Hastanın kolon hazırlığı yapıldıktan sonra ameliyat günü, ameliyattan hemen önce tekrar kolonoskopi yapıldı ve polipin bulunduğu yer metal kliplerle işaretlendi. Ayrıca mukoza altına metilen mavisi verildi.

BULGULAR: Laparoskopik girişim sırasında transvers kolon serozasında metilen mavisi ile boyalı bölge belirlendi. Ayrıca radyoskopik olarak metal klipler görüntülenerek lezyonun yeri tam olarak saptandı. Polipin bulunduğu kolon segmenti rezeke edildi. Cerrahi sınırların donuk kesitlerle kontrolünden sonra ekstrakorporeal olarak kolokolik anastomoz yapıldı. Postoperatif histopatolojik inceleme sonucu tübülovillöz adenom ve insitu karsinom olarak rapor edildi.

SONUÇ: Kolonoskopik polipektomi yapılamayan durumlarda polipin bulunduğu kolon segmentinin kolonoskopi sırasında işaretlenmesinden sonra laparoskopik parsiyel kolektomi uygun bir tedavi seçeneğidir. İşaretleme yöntemi olarak boyar maddeler ve radyopak materyal eşdeğer yarar sağlamaktadır. Olgu vidoposter olarak sunulacaktır

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi Kolon polibi Kolonoskopi

P 124

ATEŞLİ SİLAH YARALANMASI SONRASI OLUŞAN SAFRA FİSTÜLÜNÜN ERCP İLE TEDAVİSİNDE OLUŞAN NADİR BİR KOMPLİKASYON: TANSİYON PNÖMOTORAKS

M. AKAYDIN, F. ERÖZGEN, F. ÇELEBİ, A. ÇELİK, R. KAPLAN, Y. E. ERSOY, N. MEMMİ

Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi 2.Cerrahi

ERCP bazen ciddi mortalite ve morbiditeye yol açabilecek bir cerrahi endoskopik girişimdir. Tansiyon pnömotoraks ERCP nedeniyle oluşan çok seyrek bir komplikasyondur. Genellikle retroduodenal perforasyon sonucu oluşan gaz kaçaklarının retroduodenal mesafeden toraks boşluğuna sızmasıyla meydana gelir. Ancak barsakla toraks boşluğu arasında yol oluşması da başka bir pnömotoraks nedeni olabilmektedir. 18 yaşındaki erkek hasta sağ hemitorakstan ateşli silah yaralanması nedeniyle kliniğimizde tedavi altına alındı. Hasta toraks tüpünden 1500 cc hemorajik drenaj, azalmış kalp sesleri, hipotansiyon ve batin hassasiyeti nedeniyle operasyona alındı. Laparatomide karaciğer 7. segmentte 5x4 cm lik laserayon ve diafragma da 2 cm lik defekt tespit edilerek tamir yapıldı. Postoperatif 6. gün toraks tüpünden safra kaçağı oluştu. Drenajın günlük 500 cc ye ulaşması üzerine ERCP yapıldı. Bu işlemde sağ ve orta hepatik kanalların periferinden safra kaçağı gözlemlendi. Sfinkteretomi sonrası stent yerleştirildi. İşlem sonrası 24 saat sonra çekilen akciğer grafisinde pnömotoraks geliştiği gözlemlendi. Bu komplikasyonun ERCP esnasında verilen havanın sağ hemitoraksa geçişine bağlandı. Hastanın klinik durumu akciğerin yeniden havalanmasıyla hızla düzeldi. Safra kaçağı bir hafta içinde azalarak durdu ve dren alındı. ERCP potansiyel bazı komplikasyonları olsa da ateşli silah yaralanması oluşan safra yolu komplikasyonlarının tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir.

Tek Kullanımlık Laparoskopik Aletlerin Tekrar Kullanımının Ameliyat Sonrası İnfeksiyon Üzerine Etkisi

Erdal KARAGÖLLE, Emin TÜRK, Gökhan MORAY

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Amaç: Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatında kullanılan, tek kullanımlık malzemelerin, sterilize edilerek tekrar kullanımının ameliyat sonrası infeksiyon üzerine etkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, şubat 2007 ile şubat 2008 tarihleri arasında, semptomatik kolelitiazis nedeniyle elektif laparoskopik kolesistektomi ameliyatı planlanan, akut kolesistit olmayan 201 hastada yapıldı. Hastalar ameliyatın planlandığı güne bağlı olarak, rasgele 1. (grup 1), 2. (grup 2) veya 3. (grup 3) sırada ameliyata alındı. Grup 1'de kullanılan laparoskopik malzemeler etilen oksit, grup 2 ve 3'deki laparoskopik malzemeler ise %2 glutaraldehit solüsyonu ile sterilize edilerek ameliyatlara gerçekleştirildi. Hastaların demografik özellikleri, ameliyat bulguları, komplikasyon ve takip sonuçları değerlendirildi.

Bulgular: 1. grupta 139 hasta, 2. grupta 49 hasta ve 3. grupta 13 hasta vardı. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut-kütle indeksi, diabetes mellitus varlığı, geçirilmiş karın ameliyatı, geçirilmiş atak, ameliyatta safra kesesi perforasyonu olmasa, emici dren kullanımı ve hastanede yatak süresi arasında istatistiksel fark bulunmadı. Grup 1'deki ameliyat süresi diğer iki gruptan belirgin kısa bulundu. Grup 1'de 23 hastanın, grup 2'de 6 hastanın ve grup 3'de 1 hastanın safra kültüründe üreme saptandı, fakat fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Grup 1 ve 2'de birer hastada ameliyat sonrası infeksiyon gözlemlendi ve gruplar arasında ameliyat sonrası infeksiyon açısından da istatistiksel fark bulunmadı. Tüm hastalar göz önüne alındığında ameliyat sonrası infeksiyon oranı %1 (2/201) olarak bulundu.

Sonuç: Laparoskopik cerrahi açık cerrahiye oranla pahalıdır. Ülkemizde ve birçok ülkede tek kullanımlık aletler sterilize edilerek kullanılmaktadır. Laparoskopik kolesistektomide ameliyat sonrası infeksiyon oranı %0.4 ile %1.1 arasında bildirilmektedir. Bu çalışmanın sonucuna göre sterilize edilerek tekrar kullanılan laparoskopik malzemelerin ameliyat sonrası infeksiyon oranında artışa neden olmadığı söylenebilir.

Anahtar Sözcükler: Laparoskopik kolesistektomi, tek kullanımlık aletler, sterilizasyon, ameliyat sonrası infeksiyon

Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 2009;16(3)

İletişim adresi: Dr. Erdal KARAGÖLLE
Başkent Üniversitesi Konya Hastanesi, Hocacıhan Mah.
Saray Caddesi No:1 Selçuklu / Konya42080
erenka2000@hotmail.com
erdalk@mail.baskent-kon.edu.tr

Summary

Effect of Reusing Sterilized Disposable Laparoscopic Devices on Postoperative Infection

Aim: In this study, our aim was to evaluate effect of reusing sterilized disposable laparoscopic devices, on postoperative infection after laparoscopic cholecystectomy operation.

Materials and Methods: 201 patients were included. Those were patients with symptomatic cholecystitis, who underwent elective laparoscopic cholecystectomy between years of 2007 and 2008. Cases of acute cholecystitis had been excluded. Patients were randomly chosen in to 3 separate groups. There were 139 patients in-group 1, 49 patients in group 2 and 13 patients in-group 3. Group 1 patients were operated by using laparoscopic devices, which were sterilized by ethylene oxide. 2% glutaraldehyde solution was used for group 2 and group 3. Those groups were compared according to the patients' demographic properties, operational findings, complications and postoperative follow up.

Results: There was no statistical difference of age, sex, body-mass index, presence of diabetes mellitus, history of intra-abdominal operation, history of previous acute cholecystitis, intra-operational gallbladder perforation, usage of suction drainage and hospitalization periods between these three groups. Group 1 was found to have significantly lower intra-operative time period than the other groups. Bile cultures of 23 patients from group 1, 6 patients from group 2 and 1 patient from group 3 were positive. But difference between groups was not statistically significant. Postoperative infection was seen in one patient of group 1 and another single patient of group 2. This result also was not statistically significant. Overall rate of postoperative infection was found to be 1% (2/201), when all three groups were included.

Conclusion: Laparoscopic surgery is more expensive than open surgery. In many countries, including ours, disposable operation devices have been reused after sterilization. Worldwide postoperative infection rates following laparoscopic cholecystectomy are reported to exist between 0.4% and 1.1%. According to our results in this study, reuse of sterilized disposable laparoscopic devices can be considered to have no additional risk for postoperative infection.

Key Words: Laparoscopic cholecystectomy, disposable devices, sterilization, postoperative infection

Turkish Journal of Endoscopic-laparoscopic& Minimally Invasive Surgery 2009;16(3)

Giriş

Laparoskopik cerrahi tüm dünyada gelişmekte ve kullanım alanı artmaktadır. Semptomatik kolelitiyazis tedavisinde ise altın standart olarak kabul edilmektedir. Fakat laparoskopik cerrahi açık cerrahiye oranla pahalı bir yöntemdir. Pahalı olmasının en önemli nedeni kullanılan laparoskopik aletlerden kaynaklanmaktadır. Bu yüzden ülkemizde ve çoğu ülkede tek kullanımlık aletler sterilize edilerek tekrar kullanılmaktadır^{1,2}. Bu uygulama üzerindeki tartışmalar sürmektedir. Geçerli kılavuzlara göre tek kullanımlık laparoskopik aletlerin sterilizasyonu genellikle önerilmemektedir. Buna karşı olanlar ise hem fiyat artışı hem de daha fazla çevre kir-

liliğine yol açılması üzerinde durmaktadırlar². Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi ameliyatında kullanılan, tek kullanımlık malzemelerin, sterilize edilerek tekrar kullanımının ameliyat sonrası infeksiyon üzerine etkisi araştırıldı.

Materyal ve Metot

Şubat 2007 ile şubat 2008 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde semptomatik kolelitiyazis nedeniyle elektif laparoskopik kolesistektomi ameliyatı planlanan, akut kolesistit olmayan 206 hasta çalışmaya alındı. Hastalardan 2 tanesi laparoskopik kolesistektomiden açığa dönüldüğü, 3 tanesinde ameliyat sonrası takibe gelme-

Tablo 1
Hastaların demografik özellikleri, ameliyat bulguları, komplikasyon ve takip sonuçları

	Grup 1 (n= 139)	Grup 2 (n=49)	Grup 3 (n=13)	P
Cinsiyet (erkek/kadın)	33/106	13/36	4/9	0.817
Yaş (yıl)*	50.4±13.3	52.9±13.1	56±11.3	0.217
Diabetes mellitus	21	8	1	0.738
Vücut kütle indeksi(kg/m2)*	29.1±5.2	29.4±4.6	32.9±6.1	0.78
Geçirilmiş karın ameliyatı	28	6	5	0.097
Geçirilmiş atak	35	11	5	0.501
Ameliyat süresi (dk)*	71.3±24.1	79.6±25.7	91.2±27.7	0.006
Safra kesesi açılması	22	14	3	0.145
Emici dren kullanımı	51	19	4	0.868
Hastanede yatma süresi (gün) *	1.5±0.6	1.5±0.6	1.6±0.8	0.713
Kültürde üreme	23	6	1	0.581
Ameliyat sonrası enfeksiyon	1	1	0	0.680

diği için çalışmadan çıkarıldı. Hastalar ameliyatın planlandığı güne bağlı olarak, rasgele 1. (grup 1), 2. (grup 2) veya 3. (grup 3) sırada ameliyata alındı. Grup 1'de kullanılan laparoskopik malzemeler etilen oksit, grup 2 ve 3'deki laparoskopik malzemeler ise %2 glüteraldehit solüsyonu ile en az 20 dakika sterilize edilerek ameliyatlar gerçekleştirildi. Tüm hastalara anestezi indüksiyonu sırasında 1 gr. sefazolin intravenöz yoldan yapıldı. Safra kesesi karın dışına alındıktan sonra safradan örnek alınarak kültüre yollandı. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut-kütle indeksi, diabetes mellitus varlığı, geçirilmiş karın ameliyatı, geçirilmiş atak (en az 6-8 hafta önce akut kolesistit tedavisi görmüş olmak ve/veya perkütan kolesistostomi uygulanmış olmak veya daha önce kolanjit veya biliyer pankreatit geçirmiş olmak ve/veya ameliyat öncesi ERCP yapılmış olması), ameliyat süresi, ameliyatta safra kesesi perforasyonu olması, emici dren kullanımı, hastanede yatış süresi, safra kültürü ve ameliyat sonrası enfeksiyonları kaydedildi.

İstatistiksel Analiz

Üç grubun karşılaştırması Oneway ANOVA testi ile yapıldı. Burada anlamlı çıkan sonuçlarda grupların birbiriyle karşılaştırılması Independent samples T testi ile yapıldı. P<0.05 değeri anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

1. grupta 139 hasta, 2. grupta 49 hasta ve 3. grupta 13 hasta vardı. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut-kütle indeksi, diabetes mellitus varlığı, geçirilmiş karın ameliyatı, geçirilmiş atak, ameliyatta safra kesesi perforasyonu olması, emici dren kullanımı ve hastanede yatış süresi arasında istatistiksel fark bulunmadı (Tablo 1).

Ameliyat süreleri arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. 1. grupta ameliyat süresi diğer iki gruptan anlamlı kısa bulundu. Şöyle ki; 1. grup ile 2. grup arasında (p=0.05) ve 1. grup ile 3. grup arasında (p=0.03) anlamlı fark mevcuttu. Grup 1'de 23 hastanın, grup 2'de 6 hastanın ve grup 3'de 1 hastanın safra kültüründe üreme saptandı fakat istatistiksel olarak fark anlamlı değildi. Grup 1 ve 2'de birer hastada ameliyat sonrası enfeksiyon gözlemlendi ve gruplar arasında ameliyat sonrası enfeksiyon açısından da istatistiksel fark bulunmadı. Bizim çalışmamızda grup 1'de bir hastada ameliyat sonrası 7. günde ateş, karın ağrısı ve göbük insizyonundan akıntı şikayeti oldu. Bu hasta 34 yaşında bayandı ve diabetes mellitusu yoktu. Bu hastada ameliyat sırasında safra kesesi perforasyonu mevcuttu. Bu hastanın safra taşı ve mukoza kültüründe Staphylococcus aureus üredi. Karın ultrasonografisinde subhepatik alanda kolleksiyon saptandı. Sub-

hepatik alandaki sıvının aspirasyon kültüründe ve göbekteki akıntı kültüründe yine *Staphylococcus aureus* üredi. Hastaya subhepatik drenaj sonrası antibiyograma uygun olarak önce yatarak daha ayaktan tedavi verildi ve pansuman yapıldı. 2. grupta ise subksifoid insizyondan ameliyat sonrası 5. günde pürülan akıntısı olan bir hastanın insizyon akıntısı kültüründe koagülaz (-) *staphylococcus* saptandı. Bu hastanın safra kesesi taşı ve mukozası kültüründe üreme yoktu. 50 yaşında erkek olan hastanın, diabetes mellitusu yoktu ve ameliyatta safra kesesi perfore olmamıştı. Tüm hastalar göz önüne alındığında ameliyat sonrası infeksiyon oranı %1 (2/201) olarak bulundu.

Tartışma

Tek kullanımlık aletler tıp alanında yaygın olarak kullanılmaktadır. İdeal olarak bunların reesterilizasyonu önerilmez. Fakat bu malzemelerin pahalı olması nedeniyle ülkemizde ve birçok ülkede reesterilize edilerek yeniden kullanımı da yaygındır. Tek kullanımlık aletlerin kullanımdan sonra atılması bu aletlerin sterilizasyonu ile tekrar kullanımından 6 kat pahalı olmaktadır⁶. Ülkemizde ve birçok ülkede tek kullanımlık aletler sterilize edilerek tekrar kullanılmaktadır. Bir çalışmada Kanada'da birçok büyük hastanede tek kullanımlık aletlerin tekrar kullanıldığı saptanmıştır⁷. Bununla birlikte Kanada'da, eğer kullanıcılar ve hastaneler bu aletleri reesteril edip tekrar kullanmak niyetinde ise aletlerin yeterli ve tam olarak temizlenip reesterilize edilmesinden ve bu aletlerin fiziksel özellikleri ve kalitesinin reesterilizasyon sırasında bozulmayıp güvenli ve efektif çalışmasından sorumlu tutulmuşlardır. Benzer şekilde Amerika besin ve ilaç idaresi (FDA) reesterilize edilen malzemelerin etkinliği ve güvenliğinin tüm sorumluluğunu bunları kullanan hastane ve kullanıcılara yüklemiştir⁸.

Bazı çalışmalar tek kullanımlık aletlerin reesterilize edilemeyeceğini ve bu işlemler sırasında aletlerin kalitesinin azalacağını bildirmektedir⁹. Buna karşılık bazı çalışmalar ise bunun tam tersini söylemektedir⁴. Tek kullanımlık aletler genellikle plastik materyalde içerdiğinden ve bunlar ısıdan zarar görebileceğinden buhar sterilizasyonu bu aletlere önerilmez. Etilen oksit ile sterilizasyon plastik kısımları olan tek kullanımlık

aletlere zarar vermemekle birlikte sterilizasyon süresinin uzun olması kullanılabilirliğini azaltmaktadır. Sterilizasyon için kullanılan çeşitli solüsyonlar bu aletlerin sterilizasyonu için daha pratik gözükmektedir. Ayrıca bu solüsyonların laparoskopik aletler üzerine olan olumsuz etkisi yoktur. Bunlarla disinfeksiyon süresi 10-20 dak arasındadır⁶. Birçok merkezde laparoskopik aletlerin sterilizasyonu için standart uygulama haline gelmiştir. Alkalenize % 2 glutaraldehit solüsyonu en sık kullanılmaktadır⁶. Yapılan çalışmalarda alkalenize %2 glutaraldehit solüsyonu ile yapılan sterilizasyon sonrası infeksiyon oranı %1-2 arasında bildirilmiştir^{10,11}. Bu aletlerin yeterli temizlenememesi ve sterilize edilememesi hastane enfeksiyonlarına yol açabilir¹². Roth ve arkadaşları *Pseudomonas aeruginosa* veya *Staphylococcus aureus* ile infekte edilmiş aletlerin etkin olarak sterilize edilebildiğini göstermişlerdir⁷. Bu çalışmada grup 1'de ameliyat süresinin grup 2'ten ve daha belirgin olarak grup 3'ten kısa olması ameliyat ekibinin yorgunluğuna bağlı olabileceği düşünüldü.

Kullanılan laparoskopik malzemelerden temizlenmesi ve sterilizasyonu en zor olanlar trokarlar olarak gözükmektedir. Bunların reesterilize edilerek kullanıldığı çalışmalarda da çok düşük infeksiyon oranları bildirilmiştir^{10,11}. Mikrobiyolojik olarak yapılan çalışmalarda da reesterilize edilerek yapılan laparoskopik ameliyatlarda belirgin bakteriyolojik üremeye rastlanılmamıştır⁴. % 2 glutaraldehit solüsyonunun; vejetatif bakterileri, bakteriyel sporları, mikobakterileri, mantarları ve virüsleri içeren geniş bir antimikrobiyal aktivitesi mevcuttur. Bu solüsyon ile sterilize edilmiş aletlerle yapılan çalışmalarda çok az sayıda bildirilmiş virüs ve bakteri geçişi vakası mevcuttur¹³. Bu çalışmada biz virüs ve mantar infeksiyonu ve geçişi hakkında inceleme yapmadık. Fakat yapılan çalışmalarda bunların geçişi hakkında değişik sonuçlar bildirilmiştir.

Bu çalışmada da tek kullanımlık aletlerle yapılan laparoskopik kolesistektomi ameliyatından sonra infeksiyon oranı %1 olarak bulundu. Laparoskopik kolesistektomide ameliyat sonrası infeksiyon oranı %0.4 ile %1.1 arasında bildirilmektedir¹⁴⁻¹⁶. Bu çalışmanın sonucuna göre sterilize edilerek tekrar kullanılan laparoskopik malzemelerin ameliyat sonrası infeksiyon oranında artışa neden olmadığı söylenebilir.

Kaynaklar

1. Ayliffe GAJ, Babb JR, Bradley CR. Sterilization of arthroscopes and laparoscopes. *J Hosp Infect* 1992; 22: 265-9.
2. Collignon PJ, Graham E, Dreimanis DE. Reuse in sterile sites of single-use medical devices: how common is this in Australia? *Med J Aust* 1996; 164: 533-6.
3. Linegar AG. Re-use of single-use disposable instrumentation. *S Afr Med J* 2000; 90: 1097-8.
4. Colak T, Ersoz G, Akca T, Kanik A, Aydin S. Efficacy and safety of reuse of disposable laparoscopic instruments in laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study. *Surg Endosc* 2004; 18: 727-31.
5. Campbell BA, Wells GA, Palmer WN, Martin DL. Reuse of disposable medical devices in Canadian hospitals. *Am J Infect Control* 1987; 15: 196-200.
6. US Food and Drug Administration 1987, Compliance policy guide. Reuse of medical disposable devices. 7124.6. Washington (DC): FDA 731.
7. Roth K, Heeg P, Reichl R. Specific hygiene issues relating to reprocessing and reuse of single-use devices for laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2002; 16: 1091-7.
8. Duppler DW. Laparoscopic instrumentation, video imaging and equipment disinfection and sterilization. *Surg Clin North Am* 1992; 72: 1021-32.
9. Rutula WA. APIC guidelines for selection and use of disinfectants. *Am J Infect Control* 1996; 24: 313-42.
10. DesCôteaux JG, Poulin EC, Lortie M, Murray G, Gingras S. Re-use of disposable laparoscopic instruments: a study of related surgical complications. *Can J Surg* 1995; 38: 497-500.
11. Gundogdu H, Ocal K, Caglikulekci M, Karabiber N, Bayramoglu E, Karahan M. High-level disinfection with 2% alkalized glutaraldehyde solution for reuse of laparoscopic disposable plastic trocars. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 1998; 8: 47-52.
12. Chaufour X, Deva AK, Vickery K, Zou J, Kumaradeva P, White GH, Cossart YE. Evaluation of disinfection and reesterilization of reusable angioscopes with the duck hepatitis B model. *J Vasc Surg* 1999; 30: 277-82.
13. Ramesh H, Prakash K, Lekha V, Jacob G, Venugopal A, Venugopal B. Port-site tuberculosis after laparoscopy: report of eight cases. *Surg Endosc* 2003; 17: 930-2.
14. Shea JA, Berlin JA, Bachwich DR, et al. Indications for and outcomes of cholecystectomy: a comparison of the pre and postlaparoscopic eras. *Ann Surg* 1998; 227: 343-50.
15. McGuckin M, Shea JA, Schwartz JS. Infection and antimicrobial use in laparoscopic cholecystectomy. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 624-6.
16. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis. *Ann Surg* 1996; 224: 609-20.

Endoskopik Laparoskopik ve Minimal invaziv Cerrahi Dergisi, Ulusal Endoskopik-Laparoskopik Cerrahi Derneği (ELCD)'nin yayın organı olup, laparoskopi, torakoskopi, endoluminal endoskopi, artroskopi ve girişimsel radyoloji gibi minimal invaziv girişimlerle ilgili deneysel ve klinik araştırmaları, olgu sunumlarını, teknolojik gelişmeleri, derlemeleri, okuyucu mektuplarını, çevirileri ve haberleri içeren hakem denetimli bilimsel bir dergidir. Üç ayda bir yayımlanır ve dört sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yazı dili Türkçedir, ancak yabancı dildeki orijinal yazılar çevirisi ile birlikte yayımlanır.

Yazıların dergide yer alabilmesi için, daha önce başka bir dergide veya kongre kitaplarında tam metin olarak yayımlanmamış olması (yazarlardan, kongre ve benzeri bilimsel toplantılarda sunulan bildirilerin ilgili toplantı kitabında yayımlanmak üzere verilmemesine ilişkin yazı alınır) ve yayın kurulu tarafından uygun görülmesi gereklidir. Bu şekilde uygun görülen yazılar klasik (en az iki) hakem denetimi sürecine girerler. Kabul edilen yazıların dergide yayımlanabilmesi için yazarlardan yayın hakkının ELCD'ye devrine olanak verecek imzalı belge isterir (form örneği için bkz. www.elcd.org).

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel araştırmaların bildirildiği yazıların yöntem bölümünde, bu araştırmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanan işlemlerin anlatıldıktan sonra kendilerinin onaylarının alındığını (informed consent) gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazar(lar), bu tür araştırmalarda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara (1964 Helsinki Deklarasyonu ve bunun daha sonraki düzenlemeleri) ve TC Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen, 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayımlanan diğer yönetmeliklerde belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve kurumdan aldıkları Etik Komite Onay'ının bir kopyasını göndermelidir.

Dergide yayımlanacak yazılar için baskı masrafı alınmaz, ancak aynı baskı talepleri ve renkli resim baskılan ücret karşılığı yerine getirilir.

Yazıların hazırlanması

Yazıların hazırlanmasında, aşağıdaki genel kurallar geçerlidir. Bunların dışında, Uluslararası Tıbbi Dergi Editörleri Komitesi'nin önerdiği ortak kurallara uyulmalıdır (bkz. ICMJE. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Int Med 1997; 126: 36-47. Güncellenmiş içeriğe www.icmje.org adresinden ulaşılabilir.).

Yazılar 11 punto (A4) boyutlarındaki beyaz kağıdın bir yüzüne çift aralıklı olarak kaliteli bir bilgisayar yazıcısı ile yazılmalıdır. Metinlerin ayrıca elektronik ortamlara kaydedilmiş kopyalarının gönderilmesi hazırlık aşamalarını hızlandıracaktır (bkz. elektronik dökümantasyon). Sayfaların üst, alt ve her iki kenarında 2.5 cm'lik boşluk bırakılmalı ve başlık sayfası dışındaki sayfalar sırasıyla numaralandırılmalıdır.

Hazırlanacak metinler (başlık sayfası hariç) 15 sayfayı geçmemeli ve tüm yazarların onay imzalarının bulunduğu bir belge eklenerek, 3 kopya halinde gönderilmelidir.

Yazılarda bulunması gereken bölümler sırası ile şunlardır

1. Başlık sayfası, 2. Tanıtım yazısı, 3. Türkçe özet, 4. İngilizce başlık ve özet, 5. Giriş, 6. Gereç ve yöntem, 7. Bulgular, 8. Tartışma (gerektiğinde Sonuç ve/veya Teşekkür bölümü), 9. Kaynaklar, 10. Tablo, Resim ve Şekiller için altyazılar.

Başlık sayfası: Bütün yazılarda birinci sayfaya yazının başlığı, bunun altına da yazar(lar)ın açık ad ve soyad(lar)ı, unvan(lar)ı ile birlikte yazılmalıdır. Bir satır altta, çalışmanın yapıldığı ya da yazar(lar)ın bağlı bulunduğu kurumun adı ve şehir bulunmalıdır. Bunun da altında, uzun başlıklı yazıların dergide yayımlanması halinde, devam say-

falannın üst tarafında görünmesi arzu edilen ve 80 karakteri geçmeyen kısaltılmış yazı başlığı belirtilmelidir. Başlık sayfasında ayrıca yazışmaların yapılabileceği yazarın adı ile birlikte iletişim adresi ve telefon, varsa faks numarası ile e-posta adresi belirtilmelidir. Bu sayfanın en altına varsa çalışmayı destekleyen fon ya da kuruluşun adı yazılmalı, çalışma daha önce bir kongre ya da benzeri bir bilimsel toplantıda sunulmuş ise (ilgili toplantı kitabında yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere verilmemiş olmak koşulu ile) bu durum aynı bölümde ayrı bir satır olarak belirtilmelidir. İsim ve kurum kimliği gibi bilgiler başlık sayfası dışında hiçbir sayfada belirtilmez.

Tanıtım yazısı: Okura ne gibi mesaj verilmek istendiğini belirten ve iki üç cümleyi geçmeyen Türkçe ve İngilizce tanıtım yazısı. Yazının bu kısa tanıtım bilgisi, derginin içindekiler bölümünde başlık ve yazar isimlerinden sonra yer alacaktır.

Özet sayfası: Türkçe ve İngilizce özetler başlığı takiben 100-250 sözcükten oluşacak şekilde yazılmalı; özetlerde, çalışmanın amacı, yöntemi, bulguları ve sonucu kısaca belirtilmelidir. İngilizce özet, ana dili İngilizce olanlarca yadigarınmayacak şekilde kurallara uygun bir dille yazılmalı, İngilizce başlık unutulmamalıdır. Özet, çalışmanın amacını, yöntem ve gereci, analiz metodlarını ve varılan sonucu kısa ve açık olarak belirtecek şekilde yapılandırılmalı, Türkçe özetinde Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Sonuç ve İngilizce özetinde Objective, Materials and Methods, Results, Conclusion bölümleri yer almalıdır. Özetler takiben en az 3 anahtar sözcük eklenmelidir. Anahtar kelimelerin seçiminde Index medicus'un tıbbi konu başlıkları (MeSH) listesinde yer alan terimler tercih edilmelidir.

Metin bölümleri: Gözlemsel ve deneysel araştırma tipindeki yazılar Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular ve Tartışma; olgu bildirimleri ise Olgu veya Olguların Sunumu ve Tartışma bölümlerinden oluşturulmalıdır. Derlemeler, bağıyazılar ve çevirilerde yazının gerektirdiği düzen kullanılmamalıdır.

Bulgular: Çalışmanın bulguları metin, tablolar ve resimlerdeki mantıksal sıra ile belirtilmelidir.

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

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içindeki geçiş sırasına göre parantez içinde verilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "et al" eklenerek sunulmalıdır. Yazarlardan gerektiğinde kaynak gösterilen makalenin ilk sayfasının fotokopisi talep edilebilir. Dergi adları Index medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Aşağıda temel kaynak sunma örnekleri verilmiştir:

Makale örneği: You CH, Lee KY, Chey RY, Mengury R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 1980; 79: 311-4.

Kitap bölümü örneği: Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sademan WA Jr, Sademan WA, editors. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia Saunders, 1974; 457-72.

Şekil, tablo ve resimler: Metin içinde aynı kategorilerde numaralandırılmalı, numaralandırmada Romen sayıları kullanılmamalıdır. Alt yazılan yazının sonuna aynı sayfa olarak eklenmelidir. Resimler parlak kağıda basılı olmalı, aynı zarf içinde gönderilmeli, kağıtlara yapıştırılmamalıdır. Arka yüzüne yapıştırılan bir etiket üzerine metindeki numarası ve yazar adı yazılmalı ve üst tarafı ok ile belirtilmelidir. Resim boyutlarının 10x15 cm'ye oranlı boyutlarda olmasına özen gösterilmelidir. Şekil ve tablolar aynı kağıda, başlıkların üst gelecek şekilde, lazer yazıcı ile basılmış olmalıdır. İlgili şekil, tablo ya da resimlerde gerektiğinde standart dışı kısaltmalar kullanılabilir. Bu du-

Yazarlara Bilgi / Instructions to the Authors

rumda kullanılan kısaltma ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Daha önce yayınlanmış şekil, tablo ya da resimler, yalnız kesin gerektiği durumlarda karşılaştırma amacıyla, yazar ya da yayıncısından (telif hakkı sahibinden) izin alınarak, kaynak gösterilmek koşuluyla kullanılabilir.

Elektronik dokümantasyon

Dergi için hazırlanan yazıların basılı kopyaları ile birlikte elektronik ortamlarda (3.5 inç'lik disket, ZIP disket, CD-ROM) gönderilmesi baskıya hazırlık aşamalarını hızlandıracaktır. Bu amaçla aşağıda sunulan kurallara uymaya özen gösterilmelidir.

Dökümanların gönderilmesi için kullanılan disket ya da CD-ROM'un etiketlerinin yazar adı, başlık, iletişim adresi gibi bilgileri içermesi gerekmektedir. Ayrıca içerdiği dosyaların adları ve uzantıları açıkça belirtilmelidir.

Metin dosyaları yaygın kullanılan yazı programlarının güncel versiyonlarıyla hazırlanmalıdır. MS-Word yeğlenen yazıdır. Diğer PC yazı programları ve ASCII formatı da kabul edilebilir. Macintosh formatlı dosyalar için disket ya da CD-ROM'a ayrıca ekran ve yazıcı fontları da yüklenmelidir. Mizanpaj uygulamalarından kaçınılmalıdır. Kalın, italik ya da altüst karakter uygulamaları yapılabılır. Noktalama işaretlerinden sonra mutlaka bir boşluk bırakılmalı, kesme (') işaretinden sonra boşluk bulunmamalıdır. Tablolar metin dosyası içinde, en son sırada yer almalıdır. Tablo, şekil ve resim alt yazıları da aynı dosyanın sonuna eklenmelidir.

Şekiller aynı dosyalar halinde sunulmalı, metin içine yerleştirilmemelidir. Çizim ve grafikler TIF, EPS ya da WMF formatında kaydedilebilir. Renkli şekiller RGB (8 bits) olarak TIF formatında kaydedilmelidir. Resimler, taranmış döküman ya da kayıt edilmiş görüntü

olarak gönderilecek ise hem orijinal taranmış hali hem de resim işleme programında işlenmiş hali aynı aynı hazırlanmalıdır. Taramalar, renkli döküman ise RGB (24 bits), siyah/beyaz döküman ise Grayscale (8 bits) olarak, 300 dpi çözünürlükte, TIF formatında, siyah/beyaz çizimler de Line modunda, 800 dpi çözünürlükte, EPS formatında kaydedilmiş olmalıdır.

Kontrol listesi

- Yazının uzunluğu (en fazla 15 sayfa); orijinaline ek olarak iki kopya
- Metin formatı (iki aralıklı satır ve 11 punto)
- Başlık sayfası (yazar ve kurum adları; kısa başlık; iletişim adresi)
- Tanıtım yazısı (Türkçe ve İngilizce; iki-üç cümle)
- Özetler (başlıklarıyla birlikte Türkçe ve İngilizce; 100-250 sözcük)
- Anahtar sözcükler (en az 3 adet)
- Kaynaklar (index medicus' a uygunluk)
- Şekil, tablo ve resimler (numaralandırma; alt yazılar)
- İmzalı belge (tüm yazarlar)

Yazıların gönderilme adresi

Dr. Levent AVTAN

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Çapa 34390 İstanbul

Instructions to the authors

Revised March 2004

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery, the official journal of the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery is a peer reviewed scientific journal. The journal welcomes submission of papers on experimental and clinical researches, on minimal invasive procedures such as laparoscopy, thoracoscopy, endoluminal endoscopy, arthroscopy and interventional radiology, case reports, technological improvements, reviews, letters to the Editor, translations and latest news. The official language of the journal is Turkish, however articles in other languages will be available in both languages (translation into Turkish will be handled by our side).

For a manuscript to be published in the journal, it should not be published previously in another journal or as full text in congress books and should be found relevant by the editorial board. Relevant manuscripts undergo conventional peer review procedure (at least two reviewers). For the publication of accepted manuscripts, author(s) should transfer the copyright to the Turkish Association for Endoscopic-Laparoscopic Surgery (for the Copyright Transfer Form please visit www.elcd.org).

In the materials section of the manuscripts where experimental studies on humans are presented, a statement that informed consent were taken from the volunteers or patients after the explanation of the procedures should be included. This section also should contain a statement that the investigation conforms with the prin-

ciples outlined in the appropriate version of 1964 Declaration of Helsinki. A copy of approval from appropriate ethics committee should be sent.

No publication cost is charged for the manuscripts but reprints and color printings are at authors' cost.

Preparation of manuscripts

During the preparation of the manuscripts, uniform requirements of the international Committee of Medical Journal Editors, a part of which is stated below, are valid (see ICMJE. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann Int Med 1997; 126: 36-47 Updated content is available at www.icmje.org).

The manuscript should be typed with type size 11, double spaced on one side of a 21x 29.7 cm (A4) blank sheet of paper with a laser printer. Sending electronic manuscripts together with the hard copies will accelerate the preparation of the manuscripts for publication (see electronic manuscripts). At the top, bottom and right and left sides of the pages a space of 2.5 cm should be left and all the pages should be numbered except for the title page.

Manuscripts should not exceed 15 pages (except for the title page) and must be accompanied by a covering letter signed by all authors. They should be sent in 3 hard copies.

Instructions to the Authors

The contents of the manuscript should include: 1 Title page, 2. Brief summary, 3. Turkish abstract (see below), 4. English abstract, 5. Introduction, 6. Materials and methods, 7. Results, 8. Discussion (Conclusion and/or Acknowledgement if necessary), 9 References, 10 Legends of tables, pictures and figures.

Title page: In all manuscripts the title of the manuscript should be written at the top and the full names and surnames and titles of the authors beneath. These should be followed with the affiliation of the author. Manuscripts with long titles are better accompanied underneath by a short version (maximum 80 characters) to be published as running headings. In the title page the correspondence address and telephone, fax and e-mail should be written. At the bottom of this page the name of the supporter, if any, should be noted. It also should be indicated in a separate line if the study had been presented in a congress or likewise scientific meeting. Other information such as name and affiliation are not to be indicated in pages other than the title page.

Brief summary: Each paper should include a brief summary not exceeding 50 words, providing the main scope of the study to the reader. This summary will be used in the contents section of the journal following the title and name of the author(s).

Abstract: The Turkish and English abstracts should be written after the title in 100-250 words. For the manuscripts outside Turkey, Turkish translation will be provided by our side. The abstract should be structured in the following captions; objective, materials & methods, results and conclusion. Following the abstract at least 3 key words should be added which are in compliance with the medical subject headings (MeSH) of the Index medicus.

Text: Manuscripts of observational or experimental studies should cover sections of introduction, materials & methods, results and discussion while case reports should have the presentation of case(s) and discussion sections. Reviews, editorials and translations should embody the convenient format.

Results: The results should be presented in the order they have inside the text, tables and illustrations.

Discussion: The new and significant aspects of the study should be discussed as well as the obtained results, and the data or information in the introduction and/or conclusion should not be repeated.

References: Reference numbers should be given in parenthesis according to the order in the manuscript. If the number of authors is 6 or less than 6, all authors; if the number is more than 6 then only first 3 authors should be written and at the end "et al." should be added. If necessary, a copy of the first page of a referred article can be requested from the author(s). Journal names should be abbreviated as in Index medicus. Examples of main reference types are shown below:

Regular papers: You CH, Lee KY, Chey RY, Mengury R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

Chapter in book: Weinstein L, Swartz MN. Pathologic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, editors. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: Saunders, 1974; 457-72.

Illustrations and tables: They should be numbered in different categories in the manuscript and Roman numbers not to be used in numbering. Legends of the illustrations and tables should be added to the end of the manuscript as a separate page. Photographs are to be printed in glossy paper, sent in a separate envelope and not stuck on papers. To the backside of the photo-

graph the number in the manuscript and first author should be written on a sticker and the top to be indicated with an arrow. Attention should be paid to the dimensions of the photographs to be proportional with 10x15 cm. Drawings and tables should be printed with a laser printer on a separate sheet of paper with the headings at the upper part. Some abbreviations out of standards can be used in related illustrations and tables. In this case, abbreviation used, should be explained in the related legend. Illustrations and tables published previously can only be used when necessary for a comparison and only by giving reference after taking permission from the author(s) or the publisher (copyright holder).

Electronic manuscripts

Sending electronic manuscripts (3.5 inch disk, ZIP cartridge, CD-ROM) together with the hard copies will accelerate the preparation of the manuscripts for publication by avoiding the possibility of introducing errors and resulting in reliable and fast delivery of proofs.

The disk should be labeled with the name of the author, the title of the manuscript, correspondence address. A complete list of the file names and extensions should also be included.

Manuscripts should be written with updated versions of frequently used programs. MS-Word is the preferred word-processing package. Some other PC programs or ASCII format can also be accepted. For the files with Macintosh format screen and printer fonts should also be installed in disks or CD-ROMs. No layout is necessary. Bold, italic or subscript/superscript characters can be used. Space must be given after punctuation, no space is necessary after apostrophe ('). Tables should be included at the end in a manuscript. Legends of tables and illustrations should also be added at the end of the manuscript.

Illustrations are to be presented as separate files and not be embedded in the manuscript. Drawings and graphics can be recorded as TIF, EPS or WMF format. Halftone illustrations should be stored as RGB (8 bits) in TIFF format. If illustrations are to be sent as scanned or captured document both the original scanned format and the processed format should be separately prepared. Scanned documents should be recorded as RGB (24 bits) for color illustrations, as Grayscale (8 bits) for monotone illustrations in TIF format with a final resolution of 300 dpi. Scanned documents of black/white line drawings should be recorded in a scan mode of Line with a final resolution of 800 dpi in EPS format.

Control list

- Original manuscript (max. 15 pages) and two copies.
- Text format (double space; type size 11).
- Title page (author names and affiliations; running heading; correspondence).
- Brief summary (max. 50 words).
- Abstract (100-250 words).
- Key words (at least three).
- References (relevant to Index medicus).
- Illustrations and tables (numbering; legends).
- Cover letter (all authors)

Submission

Dr. Levent AVTAN

Istanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Çapa 34390 İstanbul, Turkey

Bildiri Yazarları İndeksi

S - Sözlü / V - Video / P - Poster

A

Bahri ABAYLI	S51
Doğan ABAYRAK	P90
Aylin ACAR	P100
Afag AGAYEVA	S38
Tamer AKAY	S4
MURAT AKAYDIN	S17, S18, P50, P81, P82, P104, P124
Alper AKCAN	S31, S46, S50
Adem AKÇAKAYA	P20, P21, P22, P58, P82
Tamer AKER	P109
Nedim AKGÜL	P101
Ali Emre AKGÜN	S21, S59, P93
İsmail AKGÜN	P15, P78
Emrah AKIN	S29
M. Levhi AKIN	P6, P7, P94
Atilla AKOVA	S51
Başar AKSOY	V10
Faruk AKSOY	S7
Suat AKTAŞ	V22
Fatma AKTEPE	P83
ALİ AKYÜZ	S10, S11, S12, S13, S19
Doğan ALBAYRAK	P23, P88, P89
Halil ALIŞ	S16, V3, V5, V14, V20
Rıdvan ALİ	P2, P3
Orhan ALİMOĞLU	V22, P20, P21, P30, P35, P58, P100
Vahhac ALP	P101
Ediz ALTINLI	P91
Diğer ALTINOK	S15, P25, P96
Ezgi ALTINSOY	P76
Mehmet ALTINTAŞ	P36, P37, P38, P39
Hasan ALTUN	P14
Gülay ALTUN UĞRAŞ	P85, P87
Acar AREN	P8, P75, P76
Soykan ARIKAN	S15, S34, V12, P96
Yüksel ARIKAN	P69
Yüksel ARIKAN	P83
Selçuk ARSLAN	V10
Tarik ARTIŞ	S31, S46, S50
Ahmet ASLAN	P92
Mahmut ASLAN	P40
Mehmet ASLAN	P106
Oktar ASOĞLU	S10, S11, S12, S13
Hüseyin ASTARCIOĞLU	V17
İbrahim ASTARCIOĞLU	V17
İbrahim ATAK	P30, P35, P100
Deniz ATASOY	V4, V7, V11
Cavit AVCI	S53, S80
Levent AVTAN	S52, S53, S60, V20
Nurettin AY	P17
İbrahim AYDIN	P48
Metin AYDIN	S51
Ünal AYDIN	V10
Baki AYDOĞAN	P9

Ceyhun AYDOĞAN
Fatih AYDOĞAN
Erhan AYGÜN
Ersan AYGÜN
Tuluha AYOĞLU
Erman AYTAÇ

Hüseyin Özgür AYTAÇ
Refik AYTEN

B

Bilgi BACA	S3, S8, S27, S36, S38, V9, P95
Hüseyin BAKKALOĞLU	S32, S52, S53
Ahmet BALIK	S47, P40
Emre BALIK	S10, S11, S12, S13, S19
Oktay BANLI	P61, P63
Umut BARBAROS	S42, S45, S60, V18
Gürhan BAŞ	V22, P20, P21, P22, P50, P57, P58, P81, P82
İlyas BAŞKONUŞ	S47, P40
Burçin BATMAN	V18
Zülfü BAYHAN	P28
Adil BAYKAN	P24
Hasan BEKTAŞ	S14, S15, S34, V12, P25, P96, P99, P98, P106
Omer BENDER	S26
Fikret BEYAZ	P92
Ünal BEYAZIT	P54
Nejdet BİLDİK	P36, P37, P38, P39
Orhan BİLGE	S42, S60
Mehlika BİLGİ KIRMACI	V17
Celal İsmail BİLGİÇ	S21, S33, S59, P19, P93
Selim BİRROL	P104
Onur BİRSEL	S23, P70
Ersin BORAZAN	V10
M. Sami BOSTAN	S52
Zehra BOYACIOĞLU	P51, P52, P60
Alper BOZ	P73, P74
Alp BOZBORA	S42
Ali Doğan BOZDAĞ	P114, P115, P123
Samet BOZKURT	V3, V5, V14, S16, V20
Süleyman BOZKURT	S4, S22, P109
Abdullah BÖYÜK	P61
Demir BUDAK	S45
Dursun BUĞRA	S10, S11, S12, S13, S19
Kemal BULUT	P24
Türker BULUT	S10, S11, S12, S13, S19
Zafer BUYRAÇ	P123
Yusuf BÜKEY	S29
Oguzhan BÜYÜKGEBİZ	S39
Yılmaz BÜYÜKUNCU	S10, S11, S12, S13, S19

C - Ç

Emel CANBAY	S36
Elif CANBOLANT	P92
Fevzi CELAYİR	P24

Fevzi CENGİZ	P82		
Necat CİN	P67, P117		
Halil COŞKUN	S4, S22, P109		
Kerem ÇAĞLAYAN	P111, P113		
Mehmet ÇAĞLIKÖLEKÇİ	P10, P11, P12, P105		
Coşkun ÇAKIR	P20, P21, P22, P50, P57, P81, P82		
Müjgan ÇALIŞKAN	V22, P30, P35, P100		
Muzaffer ÇAPAR	P2, P3		
Sinan ÇARKMAN	S5, S36		
Fatih ÇELEBİ	S17, P104, P124		
Akgün ÇELİK	S17, S18, P104, P124		
Atilla ÇELİK	P91		
Hüseyin ÇELİK	P63		
Kürşat ÇETİN	P51, P52, P60		
Ziya ÇETİNKAYA	P1		
Ayhan ÇEVİK	P36, P37, P38, P39		
Gamze ÇITLAK	S10, S13, S32, S52, S53, V19		
Şükrü ÇİFTÇİ	P111, P113		
Gökhan ÇİPE	P26		
Bülent ÇİTGEZ	P15, P78		
Ahmet ÇOKER	P13		
Bayram ÇOLAK	S7		
Ramis ÇOLAK	P1		
Taner ÇOLAK	S9, P49		
Rahmi ÇUBUK	S61		
D			
Gülay DALKILIÇ	P36, P37, P38P39		
Lütfi DALKILIÇ	V15		
Koray DAŞ	S51		
Işıl DEMİR	P38, P39		
Alp DEMİRAG	P10, P11, P12, P53, P105		
Sinan DEMİRAY	P58		
Nilgün DEMİRBAŞ	P48		
Sezai DEMİRBAŞ	S6		
Raziye DEMİRCİ	P107		
Reha DEMİREL	P69		
Tugrul DEMİREL	S54		
Cemal DENİZTAŞ	S16, V20, V14		
Uğur DEVECİ	S35, S61, S62, P68, P121, P116		
Evren DİLEKTAŞLI	S21, P19, P93		
Bülent DİNÇ	S9, P16, P17, P49		
Ahmet DİNÇÇAĞ	S42, S45, S60, V18		
Dinç DİNÇER	S9		
Ayhan DİNÇKAN	P16, P17		
Hayrettin DİZEN	S21, S33, S59, P19, P93		
Hasan Serkan DOĞAN	S28, S48		
Paşa DOĞAN	P93		
Mehmet DOKUR	P9		
Şükrü DÖLALAN	P62		
Ayşin DURAL EREM	P28		
Nevra DURSUN	P76, P75		
Mete DÜREN	S29		
E			
İlhan ECE	S7, S58, P31, P32, P33, P34, P97		
Tufan EGELİ	V17		
Baki EKÇİ	P10, P11, P12, P53, P105		
Hüseyin EKİNCİ	P39, P36, P37, P38		
Atilla EL	P18, P80		
Tufan ELİPEK	P88		
Hasan ELKAN	P62		
Çiğdem EMUCE	P71		
Sibel ERDAMAR	S41		
Hasan ERDEM	P30, P100		
Hasan Hakan EREM	P28, P29		
Sabri GÜNEY	S29, S57		
Mehmet ERİKOĞLU	S58		
Esin ERKAN	P98		
Nazif ERKEN	P73, P74		
Fazilet ERÖZGEN	S17, S18, P104, P124		
Yeliz Emine ERSOY	P124		
Feyzullah ERSÖZ	S15, V12, P25, S34, P96, P98, P99		
Metin ERTEM	S1, S2, S24, S56, V17, P27, P64		
Gökhan ERTUĞRUL	S25, S42		
Muzaffer ERTÜRK	V1		
Türker ERTÜRK	P65, P66, P110, P111, P112, P113		
Ramazan ERYILMAZ	P57, P58		
Mehmet ESER	S37		
Erhun EYUBOĞLU	S5, V11, V23		
F -			
Ferhat FERHATOĞLU	P15		
Ekrem FERLENGEZ	S18		
Yurdakul Deniz FIRAT	P81		
Ahmet Fikret YÜCEL	P45, P46, P47, P48, P102, P103		
Ali İker FİLİZ	S6, P6, P7, P94		
G			
Nurperi GAZİOĞLU	S29		
Hüdayi GENÇ	P67		
Yasemin GİLES	S25, S32, V19		
Avni GÖKALP	S47, V10, P40		
Aylin Hande GÖKÇE	P8, P75, P76		
Feridun Suat GÖKÇE	P8, P75, P76		
Hande Aylin GÖKÇE	S15, P98		
Kağan GÖKÇE	P116		
Özcan GÖKÇE	P10, P11, P12, P53, P105		
Mehmet GÖKÇELMAM	S37		
Ahmet Gökhan TÜRKÇAPAR	S23		
Mehmet GÖL	P18, P80		
Mehmet GÖRGÜN	V15		
Nurhan GÖZCÜ	P25, P96		
Gökhan GÖZİŞ	P66		
Osman GÖZKÜN	S42, S45, S60, V18		
Ayşe GÜL	S23, P70		

Tuba GÜLÇELİK	P53, P105	Haldun KAR	P117
Kadri GÜLER	P109	Cemal KARA	P18, P67, P80, P115
Mehmet GÜLER	S47, V10, P40	Türker KARABUĞA	P67, P114, P115, P117, P123
Yusuf Can GÜLNERMAN	S51	Kagan KARABULUT	S43
Alpen GÜMÜSOĞLU	V7	Mehmet KARABULUT	S16, V5, V14, V20
Metehan GÜMÜŞ	P54	Ahmet Serdar KARACA	P2, P3
Semra GÜNAŞTI	S30, S55, V1, P119, P120, P122	Can KARACA	S41
Emre GÜNDOĞDU	S21, S59, P19, P93	Fatih Can KARACA	V7
Melike GÜNER	P9	Sedat KARADEMİR	V17
Osman Serhat GÜNER	S40, P55, P56	Tayfun KARAHASANOĞLU	S3, S8, S27, V9, P95
Mehmet Emin GÜNEŞ	S34, P25	Memiş KARAKAYA	P26
Barış GÜRCÜ	P13	Atilla KARAKELLEOĞLU	P20, P21, P22, P50, P81, P82
Alihan GÜRKAN	P16, P17	Sinan KARAKOÇ	P15, P78
Murat GÜVEN	P51, P52, P60	Nazlı KARAKULLUKÇU	S45, S60, V18
Deniz GÜZEY	S18	Hasan KARANLIK	S12
H		Adem KARATAŞ	S3, S8, S36, S41, V4, V9
İsmail HAMZAOĞLU	S3, S8, S27, V9, P95	Ekrem KARATEPE	S7
Ali HARLAK	S6	Oguzhan KARATEPE	S26
Engin HATİPOĞLU	S43, S57, V7, P108	Abdulcabbar KARTAL	P78
Ahmet Rahmi HATİPOĞLU	P23	Adil KARTAL	P31, P33
Batuhan HAZER	P77	Bülent KAYA	P79
Zeki HOŞÇOŞKUN	P23	Fatih KAYA	P70
I - İ		Mehmet Altan KAYA	S4, S22, P109
Turgut IPEK	S5, V11, V23	Bayram KAYABASI	S43
Arda İŞİK	P57	Abut KEBUDİ	S35, S61, S62, P68, P116, P121
Abdül Cem İBİŞ	P23, P88, P90	Ahu KEMİK	S26
Halil İbrahim İYİKÖŞKER	S30, S55, V1, P119, P120	Metin KESKİN	S19
Burak İLHAN	S10, S11, S12	Ali KILICASLAN	P69
Y. Selim İLHAN	P1	Ali KILIÇ	P30
Feryal İLKOVA	V21	Berkay KILIÇ	S45
Aydın İNAN	V13	Yusuf Erkan KILIÇ	S4
Ali Tüzün İNCE	P91	Ali KILINÇARSLAN	P83
İlknur İNEGÖL GÜMÜŞ	S44	Ebru KIRBIYIK	S27
Sema İPEKÇİ	P107	Mustafa KISAKÜREK	P61
Yalın İŞCAN	S12, V18	Mine KIVRAK	P9
Şükrü İŞLER	P83	Ayşe KIZILKAN	P113
K		Celal KIZILKAYA	S17
ALİYE KAÇAR	P71	Oguz KOÇ	S14, P25, P98, P99, P106
PINAR KADIOĞLU	S29	Sema KOÇAŞLI	P84
Ufuk KADİR	P51, P52, P60	Ali KONAN	P4
Ahmet KAHRAMAN	P69	Yakup KORDAN	S28, S48, V2
Arif Sami KAHYA	S3, S8, V9, P95	Filiz KORKMAZ	P82
Mehmet Cemal KAHYA	P117	Mehmet KORKMAZ	P101
Murat KALAYCI	P53, P105	İrfan KORUK	S55
Gülçin KAMALI	S26	Süleyman KÖKDAŞ	S26
Sedat KAMALI	S26	Hakan Mustafa KÖKSAL	P24
Sertan KAPAKLI	S35, P121	Neşet KÖKSAL	P91
Murat KAPAN	P54	Gürol KÖROĞLU	P65, P66, P110, P111, P112
Selin KAPAN	S16, V3, V5, V14	Enver KUNDUZ	S11, S12
Mehmet KAPLAN	S30, S55, V1, V8, P41, P42, P43, P119, P120, P122	İsmail KURT	P92
Rafet KAPLAN	S17, S18, P104, P124	Necmi KURT	S37
Levent KAPTANOĞLU	S37	Yavuz KURT	P7, P6, P94
		Rıza KUTANİŞ	P79

Adnan KUVVETLİ	S51	M. Mahir ÖZMEN	S21, S33, S59, P19, P93
Can KÜÇÜK	S31, S46, S50	Hamdi ÖZŞAHİN	P78
Gültekin Ozan KÜÇÜK	P27	Deniz ÖZTEKİN	P84, P85, P86, P87
Hasan Fehmi KÜÇÜK	S37	Alper ÖZTÜRK	S42, V18
		Bora ÖZVEREN	S57
		Emel ÖZVERİ	S1, S24, S56, V17, P64
M		P	
Zafer MALAZGİRT	P59	Melih PAKSOY	S2
Fatma Ümit MALYA	P4	Aliye PARLAK	P72
Barış MANTOĞLU	P14	Mevlüt Recep PEKÇİCİ	S51
Manuk MANUKYAN	S35, S61, S62, P68, P121, P116	Yasin PEKER	P67, P117, P118
Göktürk MARALCAN	S47	Salih PEKMEZCİ	S36, S38, V16, P108
Kemal MEMİŞOĞLU	P14	Ahmet PERGEL	P45, P46, P47, P48, P102, P103
Naim MEMMİ	S17, S18, P124		P77
Selçuk MERCAN	S42, S45, S60, V18	Onur PEŞLUK	P69, P83
Ayhan MESÇİ	S9, P49, P101,	Coşkun POLAT	S15, S34, P96
Ahmet MİDİ	S35, S61, S62, P68, P116	Sevim PURİSA	
Münevver MORAN	S21, S33, S59, P19, P93		
Mourad MOUNLA	P45, P46, P47, P48, P102, P103	S - Ş	
Tahir MUTLU	S34	Ziya SALİHOĞLU	S41
		Ali SARAÇ	S23, P70
O - Ö		Serkan SARI	S45, S60, V12, V18
Güner OGUNC	P101	Y. Selim SARI	S14, P98, P99, P106
İsmail OKAN	V22, P20, P50, P21, P81, P82, P57, P22, P58	Kaya SARİBEYOĞLU	S36, S38, V16, P108
Bülent OKTAY	S28, S48	Filiz SARİBİYİK	P111
Mehmet OKUDUCU	P14	Gülşay SARIÇAM	S42
Melda OLTULU	S61, P121	Kürşat SERİN	S42, S60
M. Tahir ORUÇ	P51, P52, P60	Rıdvan SEVEN	S45, S60
Zekai ÖGETMAN	S20, V6	Utku SEVERGE	P121
Akın ÖNDER	P54	Taykan. Ö SEZER	V15
Safa ÖNEL	S51	Hasan Ediz SIKAR	S37
Osman ÖNER	S16, V3, V5, V20, V14	İ. Cem SORMAZ	V19
Bahadır ÖZ	S31, S46, S50	Gökhan SÖĞÜTLÜ	V1, P120
Abdülkerim ÖZAKAY	P8	Necmettin SÖKÜCÜ	S10, S12, S19
Kerim ÖZAKAY	S14, P98, P99, P106	Selim SÖZEN	P61, P62, PP121
Necdet ÖZALP	S33	Erdoğan SÖZÜER	S31, S46, S50
Mustafa ÖZBAĞRIÇIK	P35	Alper SÖZÜTEK	P67, P115
Murat ÖZBAN	S23, P70	İsmail Ege SUBAŞI	V22, P35
Volkan ÖZBEN	S1, S2, S5, S24, S38, S41, S56, V17, P64	Oğuzhan SUNAMAK	P45, P46, P47, P102, P103
Yetkin ÖZCABI	P36	İlker SÜCÜLLÜ	S6, P7, P6, P94
Barış ÖZCAN	S9, P16, P49	Aziz SÜMER	S45, V18
Özhan ÖZCAN	S15, S34, V12, P8, P25, P75, P76, P96, P99	Önder SÜRGİT	S44, V13
Sabri ÖZDAL	P61	N. Alper ŞAHBAZ	S25, S32, S52, S53
SEDAT Nuri ÖZDEDE	P120	Dursun Ali ŞAHİN	P48
Cengizhan Şan ÖZDEMİR	P61, P62, P63	Mustafa ŞAHİN	P20, P21, P22, P50, P57, P58, P81, P82
Kamil ÖZDİL	V22, P30	Orhan ŞAHİN	S14
Mehmet ÖZDOĞAN	S51	Neriman ŞENGÜL	S49
Mustafa Kemal ÖZDOĞAN	S47	Eyüp ŞENKÖY	P40
Uğur ÖZGÜRBÜZ	P118	Metin ŞENOL	P37
Ergün ÖZKAN	P77	Gürçan ŞİMŞEK	P32, P97, S58, P34
Orhan Veli ÖZKAN	P58	Selçuk ŞİMŞEK	S35, P116, P68, S62
Sırrı ÖZKAN	S57		
Yusuf ÖZKAN	P1	T	
Ziya Taner ÖZKEÇECİ	P83	Sedat TAN	V15
		Tuğrul TANSUĞ	P67, P114, P115, P117, P123

Mustafa TASKIN	S43	Metin YEŞİLTAŞ	P44
Hasan TAŞÇI	V16	Gürkan YETKİN	P15, P78
Fatma TATAR	P117	Aysel YILDIRIM	P110, P111, P112
Kemal TEKEŞİN	P35, P100	Doğan YILDIRIM	P45, P46, P47, P48, P102, P103
Ahmet TEKİN	S7, S20, S58, V6, P31, P33	Sadık YILDIRIM	P24
Koray TEKİN	S23, P70	Tuna YILDIRIM	S57
Şakir TEKİN	P33	Fahrettin YILDIZ	P62
Serkan TEKSÖZ	S29, S36, S57, P108	Mehmet YILDIZ	P6, P7, P94
Muhyittin TEMİZ	P92	S.Yiğit YILDIZ	P51, P52, P60
Mehmet A. TEPELİ	V15	Bahri YILMAZ	P22
Tarık TERZİOĞLU	V19, S25, S32	Hüseyin YILMAZ	S7, S58
Serdar TEZELMAN	V19, S25, S32	Süleyman YILMAZ	S1, S24, S56, V17, P64
Ayşe TIRAŞ	P107	Vural Taner YILMAZ	P17
Koray TOPGÜL	P44, P59	Taner YİĞİT	S6
Osman Baran TORTUM	S57, V4	Kaya YORGANCI	P4
Toygur TOYDEMİR	S49	Gazi YÖRÜK	P123
Erkam TULUBAS	V3, V5, V14, S16, V20	Ergün YÜCEL	P6, P7, P94
Vahit TUNALI	S14, P98, P99, P106	Metin YÜCEL	P30, V22
Fatih TUNCA	S25, S32, S52, S53, S60, V19	Sema YÜKSEKDAĞ	P20
Ahmet TURHAN	S16, V3, V5, V14, V20	Serpil YÜKSEL	P86
L. Volkan TÜMAY	S40, P55, P56	Yücel YÜKSEL	P16, P17
Ahmet TÜRKÖĞLU	P1	Enis YÜNEY	S26
		Semih YÜREKLİ	P18, P80
		S. Savaş YÜRÜKER	P59
U - Ü		Z	
Yalım UÇTUM	P79	Serkan ZENGER	P37, P38
Saadet UĞUR	P101	Kagan ZENGİN	S43, V7
Alper UĞUZ	P13	Abdullah ZORLUOĞLU	S40, P55, P56
Arif UĞUZ	P18, P80	Barış ZÜLFİKAROĞLU	S33
Kenan ULUALP	S41		
Cihangir ULUBEY	P36, P39		
Mehmet ULUDAĞ	P15, P78		
Hafize UZUN	S41		
Hüseyin UZUN	S37		
Ali UZUNKÖY	P5		
Tarkan ÜNEK	V17		
Aslı ÜNLÜ	P51, P52, P60		
V			
Celalettin VATANSEV	S7, S58, P32, P33, P34, P97		
Hakan VURUŞKAN	S28, S48		
Y			
Gokhan YAĞCI	S6		
Yusuf YAĞMUR	P54		
Hüseyin Cahit YALÇIN	S30, S55, V1, P119, P120		
Tunc YALTI	V21		
Sümer YAMANER	S10, S11, S12, S13, S19		
Muhittin YAPRAK	P49		
Bülent YAŞAR	P91		
İsmet YAVAŞCAOĞLU	V2, S28, S48		
Ali YAVUZ	P71		
Nihat YAVUZ	S29, S57		
Burç YAZICIOĞLU	P69		
Eyüp YEDAN	P90		
Mehmet Ali YERDEL	S49		

yıllara dayanan;
yenilikçi ÇALIŞMALARIMIZ, akademik ARAŞTIRMALARIMIZ ve paylaşımcı UYGULAMALARIMIZ



Video Cerrahi – Videoskopik Cerrahi – Tele Cerrahi
Görsel Eğitim – Uzaktan Eğitim – İnteraktif Tele Eğitim
uğraşlarımızdan kazandığımız deneyim ve birikimler sonucunda,
şimdi de;



GELECEĞİN ÇAĞDAŞ EĞİTİM, ÖĞRENİM VE PAYLAŞIM MODELİ

Web Cerrahi

ÜLKEMİZ TIBBININ İHTİYAÇLARI DOĞRULTUSUNDA BAŞLATTIK ve
TÜM MESLEKTAŞLARIMIZIN HİZMETİNE SUNUYORUZ...

Önde gelen Tıp Kurumlarına, başta Türk Cerrahi olmak üzere tüm ilgili Derneklere ve
istekli tüm Meslektaşlarımıza

KATKI ve KATILIM

yönünden devamlı açık olup, sürekli hizmet sunacak olan

Sürekli Tıp Eğitim - Öğrenim - Paylaşım

P L A T F O R M U

1900'lü Yıllar



İSTEM

2000'li Yıllar



ONLINE İNTERAKTİF CANLI YAYINLI

Web Cerrahi

Sürekli Tıp Eğitim-Öğrenim-Paylaşım
P L A T F O R M U

EKİM 2009'dan İTİBAREN

24 SAAT 365 GÜN SÜREKLİ TÜRK CERRAHLARININ HİZMETİNDE...

(webcerrahi.com)



Güçlü Tasarım, Güvenli Cerrahi



echelon.60
ENDOPATH® STAPLER



ETHICON ENDO-SURGERY
a Johnson & Johnson company