SERBEST BİLDİRİ ÖZETLERİ

1. SURRENAL KİSTLERİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Sunucu : ALP BOZBORA (umutbarbaros@yahoo.com)

Yazarlar : UMUT BARBAROS, YEŞİM ERBİL, SELÇUK ÖZARMAĞAN, SELÇUK MERCAN

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.

Sürrenal kitleler arasında sürrenal kistlerin görülme oranı % 16-18 dir. Kistin Bilgisayarlı Tomografi eşliğinde aspire edilerek boşaltılması ilk tedavi seçeneğidir. Aspirasyon sonrası kistin tekrar etmesi cerrahi tedavi gerektirir.
Sürrenal cerrahisinde anterior ve posterior yaklaşım mümkündür. Bunların dışında sağ veya sol lateral dekübit pozisyonunda yaklaşımlar da denenebilir. Sürrenal lojuna kolay ulaşılması, yeterli diseksiyon alanının sağlanması bu tür yaklaşımın avantajlarıdır.
Sol sürrenal kist nedeni ile ameliyat ettiğimiz 26 yaşındaki kadın hastada laparoskopik yöntemi uyguladık. Ameliyat süresi 75 dakikadır. Postoperatif herhangi bir komplikasyon saptanmamıştır. Sürrenal kistlerin transperitoneal laparoskopik cerrahi tekniklerle tedavisi güvenilir ve etkili bir metottur.

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

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

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

Akdeniz U. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Sürekli ayaktan periton diyalizi (CAPD) 20 yıldan daha uzun bir süredir son dönem böbrek yetmezlikli hastaların tedavisinde kullanılmaktadır. Peritoneal kateterle ilgili sorunlar, özellikle mekanik obstrüktif problemler ciddi bir sorun olarak yöntemin başarısını ve CAPD' nin uzun süreli kullanımını engellemektedir. Kateterin çalışmasını engelleyen obstrüktif sorunların başında omentumun neden olduğu tıkanıklıklar (%4.5-30) gelmektedir. Bu sorunun üsteninden gelmek için hastanemizde CAPD kateterlerinin takılmasında Öğünç tarafından tanımlanan ve 1999 tarihinde yayınlanan laparoskopik omental fiksasyon tekniği kullanılmaktadır. Bu prospektif klinik çalışmada kateterleri açık cerrahi (AC) yöntemle takılan olgularla, kateterin laparoskopik omental fiksasyon (LOF) tekniği ile takıldığı olgular postoperatif dönemde obstrüktif komplikasyonlar açısından karşılaştırıldı.
Toplam 48 olgunun 24' ünde (11K, 13E; yaş ort. :48.6-28-67) kateter lokal anestezi ile AC yöntem kullanılarak takıldı. LOF tekniği ile kateterin takıldığı 24 hastada (14K,10 E; yaş ort. :46.2-16-69) genel anestezi altında, omentum heriki inferior lateral kenarlarından paryetal peritona veya omentumun geniş olduğu olgularda ilave olarak orta kısım inferior kenarın falsiform liamente laparoskopik olarak sutüre edilmesini takiben kateter peritoneal kaviteye yerleştirildi. Tüm olgularda eğri uçlu çift kaflı kateter kullanıldı. 1-36 aylık takip süresinde kateterleri AC yöntem ile takılan olguların 5' inde (%20.8) kateterin omentum ile sarılarak tıkandığı diagnostik laparoskopi ile saptandı. LOF tekniği ile kateterlerin takıldığı olguların hiçbirisinde obstrüktif komplikasyon ile karşılaşılmadı.
Bu prospektif klinik çalışmanın sonuçları bize, CAPD' de proflaktik amaçlı yapılan laparoskopik omental fiksasyonun, omentum ile kateterin sarılarak tıkanmasını önlemede oldukça etkili bir laparoskopik cerrahi teknik olduğunu gösterdi.

3. LAPAROSKOPİK CANLI DONÖR NEFREKTOMİ

Sunucu : Serdar KAÇAR (hilmiserdar@ixir.com)

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

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, Organ Nakli Bölümü

Amaç: Laparoskopik cerrahi gittikçe yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Laparoskopik donör nefrektomi bunlardan birisidir. Laparoskopik teknik kullanılarak ilk canlı donor nefrektomi denemesi 1995'te Ratner ve Kavous tarafından bildirilmişti. O zamandan günümüze kadar ABD kaynaklı bazı üniversite transplant programları kendi deneyimlerini geniş serilerle bildirdiler. Ancak bugüne kadar ülkemizden bildirilen vaka yoktur. Bu çalışmada laparoskopik canlı donör nefrektomi uygulanan 25 olgu sunulmaktadır.
Yöntem: Kliniğimizde 30.10.2000-11.2.2002 tarihleri arasında 25 canlı laparoskopik donor nefrektomi gerçekleştirildi. Hastaların 22'sine sol, 3'üne sağ nefrektomi uygulandı.
Çıkarımlar: 25 vakanın 19'unda ameliyat laparoskopik yöntemle başarıyla tamamlanmıştır. Üç hastada kanama, 3 hastada da zor diseksiyon nedeniyle açığa geçilmiştir. Ortalama ameliyat süresi 229 (140-300) dakikadır. Ortalama takip süresi 8.6 (1-16 ay) aydır. Bu yöntemle çıkarılan böbreklerin transplantasyonu sonrası iki hastada (% 8) akut rejeksiyon (AR), beş hastada(% 20) akut tubuler nekroz (ATN) gözlenmiştir. Beş hastada (% 20) ürolojik, 3 hastada (% 12) vasküler komplikasyonlarla karşılaşılmıştır. Bu komplikasyon oranları açık nefrektomiyle benzerlik göstermektedir.
Sonuç: Minimal invaziv laparoskopik tekniğin kullanımı ile kozmetik defekt minimale indirilebilmiş ve postoperatif ağrı kontrolü kolaylaşmıştır. Bu teknik verici açısından güvenli olduğu kadar transplante böbreğin kalitesi bakımından da en az açık nefrektomi kadar yüz güldürücüdür.

4. MEME KANSERİNDE ENDOSKOPİK AKSİLLER LENF NODU DİSEKSİYONU

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

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

SSK Istanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Meme kanserlerinde Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) sonucu tespit edilen lenf bezi sayısı sürvide önemli bir kriterdir. Bunun için meme kanserli hastalarda küratif ve evreleme amaçlı ALND yapılmaktadır. Konvansiyonel ve son yıllarda giderek uygulanımı artan endoskopik yöntemle de bu girişimler yapılabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizce yapılan 14 Endoskopik ALND sonuçlarını sunmayı amaçladık.
Materyal ve Metod: Bu çalışmamızda Eylül 2000 - Ekim 2001 tarihleri arasında, tümör boyutları meme koruyucu cerrahiye uygun, yaş ortalaması 49 (35-66) olan 14 meme kanserli olguya endoskopik ALND yapılmıştır. Tüm hastalara ilk olarak "Parsiyel mastektomi" uygulanmış, ikinci aşama olarak aksiller bölgedeki yağlar için "Liposuction" uygulanmıştır. Aksiller bölgeye yerleştirilen 3 trokar (1 tane 10'luk, 2 tane 5'lik) ile aksiller yapılar gözlemlenmiş, endoskopik yöntemle Level I ve Level II ALND yapılmıştır. Hemostazı takiben aksiller bölgeye dren konularak operasyon sonlandırılmıştır. Klinik olarak hastalarda yara iyileşmesi, kozmetik görünüm, ağrı, hareket kısıtlılığı, takip kriterlerimiz olmuştur. Diseke edilen ortalama lenf nodu sayısı 11,5 (1-21)'dır. Postoperatif kol ve omuzda hareket kısıtlılığı ve ödem görülmedi. Kozmetik olarak sonuçlarımız yüz güldürücü olmuştur. Ortalama ameliyat süresi 95 dakika (Liposuction 20'-35', ALND 60'-75') olarak belirlenmiştir. Bir hastamızda 3 ay sonra aksiller bölgede bir adet palpabl LAP tespit edilmiş, bu hastamıza konvansiyonel aksiller küretaj uygulanmıştır.
Sonuç: Bu yeni teknikle uygun sayıda lenf nodu diseksiyonu yapılabilmektedir. Bu da hastalığın evrelemesini ve lokal kontrolünü yeterli kılmaktadır. Kozmetik açıdan üstünlüğü oldukça açıktır. Operasyon süresinin uzun olmasının yanında, ağrı ve hareket kısıtlılığının hasta tarafından iyi tolore edilmesi bu yöntemin avantajlarındandır. Zamanla artan vaka sayıları ve takip sürelerinin uzamasıyla, uygun meme kanserli olgularda aksillaya endoskopik yaklaşımların alternatif bir yöntem olarak uygulamaya gireceğine inanmaktayız.

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

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

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

Heybeliada Göğüs Cerrahi Merkezi

Amaç: Soliter pulmoner nodüller Göğüs Hastalıları ve Göğüs Cerrahi kliniklerinde oldukça sık rastlanan lezyonlardır. %30-80 malign patolojiye sahip olabilen SPN\'lerin erken tanı ve tedavisi büyük önem arz etmektmekle birlikte benign lezyonlarda ise gereksiz torakotomiden kaçınmak gerekmektedir. Bu çalışmada konservatif yöntemlerle (fiberoptik bronkoskopi, trans torasik ince iğne aspirasyonu, tru-cut biyopsi) tanı konamamış SPN\'lerin incelenmesinde minimal invaziv teknik olan VATS\'ın önemini vurgulamayı amaçladık.
Yöntem: Periferik yerleşimli 24 SPN\'li olguya genel anestezi altında, lateral dekübitis pozisyonda, çift lümenli endotrakeal tüp kullanılarak VATS uygulandı. Hiç bir olguda torakotomiye geçilmedi.
Bulgular: Hastaların 17\'si (%71) erkek, 7\'si (%29) kadın, yaş ortalaması 42.3 (21-70) idi. 12 olguda endostapler kullanılarak wedge rezeksiyon, 9 olguda punch biyopsi ve 3 olguda kistotomi yapıldı. Postoperatif patoloji 16 (%66) hastada benign (9 tüberküloz, 3 kist hidatik, 2 intertisyel fibrozis, 1 organize pnömoni), 7(%30) olguda malign (3 primer akciğer kanseri, 2 adeno CA metastazı, 1 renal hücreli karsinom metastazı, 1 small cell CA) olarak rapor edildi. 1 olguda ise patoloji neticesi nekrotik materyal olarak geldi. Buna göre VATS ile tanı oranı %96 (23/24) olarak bulundu. Postoperatif mortalite olmadı, 4 (%16.6) hastada minör komplikasyonlar meydana geldi.
Sonuç: Konservatif yöntemlerle tanı konamamış soliter pulmoner nodüllü olguların incelenmesinde; sıfıra yakın mortalite ve düşük morbidite oranına sahip minimal invaziz bir teknik olan VATS yöntemi ile tanı konmakta ve benign hastalıkların tedavisi yapılabilmekte, dolayısıyla hastalar gereksiz torakotomiden kurtulmaktadır.

6. LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ (Olgu sunumu)

Sunucu : İlker Ersoy ()

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

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

Böbreğin nefrektomi gerektiren benign lezyonlarında ve donör nefrektomide laparoskopik cerrahi,son yıllarda tüm dünyada yaygın bir uygulama alanı bulmuştur. Bu çalışmada tekrarlayan üriner infeksiyonlara neden olan afonksiyone bir böbreğe başarı ile uygulanan laparoskopik nefroüreterektomi sunulmuştur.
25 y. K. hastada sık tekrarlayan üriner infeksiyon nedeni ile yapılan değerlendirmede ultrasonografisinde sol böbrek boyutları 8x4 cm, korteksi ileri derecede ince ve pelvikalisiyel dilatasyon mevcuttu. Renal sintigrafide sol böbrek GFR' nın ileri derecede azaldığı, sağ böbrek fonfsiyonlarının normal olduğu gözlendi. Retrograd pyelografide sol tarafta vezikoüreteral reflü saptandı. Sol nerfektomi kararı verilen olguda, lateral pozisyonda transperitoneal yaklaşımla Toldt hattı boyunca yapılan diseksiyonla kolon moblize edildi. Retroperitoneal sahaya ulaşıldığında, künt ve keskin diseksiyonlarla renal hilus diseke edildi. Önce renal arter 2-0 ipeklerle laparoskopik intrakorporal sutür tekniği ile bağlandı ve kesidi, renal ven için endoskopik lineer kesici stapler kullanıldı. Böbrek diseksiyonunda ultrasonik disektör, hook koter ve makastan yararlanıldı. Üreter mesane yakınına kadar diseke edildikten sonra endoskopik lineer kesici ile kesildi. Böbrek spesmen torbasına alınarak genişletilen trokar kesisinden çıkarıldı. Böbrek lojuna ve sol retroperitoneal sahaya birer dren konuldu. Trokar fasiya kesileri sutüre edildi. Olgu postoperatif(p.o) 1. gün mobilize edildi ve oral sıvı gıda başlandı.2. günden itibaren analjezik gereksinimi olmadı. Böbrek lojundaki dreni p.o 3. gün çekildi, 5. gün taburcu edildi. Sol retroperitoneal sahadaki dreni, günlük 50-75 cc ' lik drenaj nedeni ile p.o 3 hafta sonra çekilebildi. Bu drenajın sol üreterin mesane yakınına kadar yapılan diseksiyonu ile ilşkili olduğu düşünüldü.
Bir olguluk deneyimimizin sonucu bize, konvensiyonel nefrektomi deneyimlerimizle karşılaştırdığımızda, laparoskopik nefrektominin ameliyat sonrası hasta konforu açısından mükemmel olduğunu gösterdi.

7. AKSİLLER YAKLAŞIM İLE ENDOSKOPİK TİROİDEKTOMİ (2 OLGU)

Sunucu : Feyzullah Ersöz ()

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Dünyada; konvansiyonel cerrahi tekniklerden minimal invaziv cerrahi tekniklere son derece hızlı bir geçiş söz konusudur. Baş ve boyun cerrahisinde endoskopinin kullanımı bu alandaki en yeni gelişmelerden biridir.
Yöntem: Sağ lobda yerleşimli toksik adenoma'lı, 32 ve 38 yaşlarındaki iki kadın hasta ameliyat için hazırlandı.
Sırt üstü yatan hastanın boynu ekstasyona getirildi. Ameliyat edilecek taraftaki kola addiksüyon yapıldı. Aksilladan 25 mm'lik cilt kesisi ile cilt altından boyna doğru tünel oluşturulduktan sonra 10 mm'lik torakar CO2 kaçağını önlemek için Purse-string sütürü yardımı ile yerleştirildi. Bu alan 4-5 mm Hg'lik basınç ile şişirildi. Daha sonra 5 mm'lik ve 10 mm'lik torakarlar yerleştirildi. Endoskopik makas ile subplatismal alan sternokloidomastoid kasa kadar genişletildi. Sternohiyoid kas kesildikten sonra trioid dokusu yukarıya kaldırıldı. Alt pol traksiyona alınıp reküren sinir, arter ve paratiroid dokular vizulialize edildi. İstmus kesilip adenom tarafındaki lob trakeadan yeterince diseke edilerek ultrasonik makas ile hemitiroidektomi uygulandı. Rezeke edilen doku 25 mm'lik kesi yerinden çıkartıldı. Diseksiyon alanına dren yerleştirilerek amellyat sonlandırıldı.
Bulgular: Postoperatif dönem her iki hastamızda da oldukça memnuniyet vericiydi. Ortalama operasyon süresi 3 saatti. CO2 de bağlı hiperkapni sorunu gözlenmedi. Basınç 4-5 mm Hg da tutulduğu için, cilt altı amfizemi sorun yaratmadı.
Sonuç: Ameliyat süresinin uzunluğunu ve karşı taraftaki lobun zor eksplore edilebilmesini deneyimlerimizin artışı ile aşılacağına inanmaktayız. Endoskopik aksiller tiroidektomi yöntemi; boyunda insizyona gerek duyulmamasına, kesi yerinde uyuşukluk ve ağrı hissedilmemesine, aksilladaki kesilerin gizli kalmasına imkan sağlamaktadır. Bu durum minimal skarları dahi kabullenmeyen insanlar için oldukça sevindirici bir yöntemdir.

8. EL YARDIMLI VİDEOENDOSKOPİK CERRAHİ

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

Yazarlar : Metin BERBEROGLU

İleri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi

Giriş: El Yardımlı Laparoskopik Cerrahi dokunma hissinin tekrar kazanıldığı bir teknik olarak gündeme gelmektedir. Operasyonun herhangi bir aşamasında en azından bir elin içeri girceği kadar bir insizyonun yapımasını gerektiren olgularda uygulanması çok uygun bir tekniktir.
Teknik: Karın duvarında uygun bir yerden bir elin içeri girmesini sağlayacak bir insizyon yapılır ve gaz kaçmasını engelleyecek Hand Port (Applied Medical) cihazının uygulaması yapılır. Diğer trokarlar gereken yerlere takılır ve ensüflasyona başlanarak gerekli cerrahi müdahale yapılır. Operasyon sırasında karın içerisine açık cerrahide kullanılan el aletleri de sokularak kullanılabilir.
Yorum: Bu tekniğin en büyük üstünlüğü klasik laparoskopide kaybedilen dokunma hissinin tekrar kazanılması olmakla birlikte tekniğin dezavantajı operasyonda en azından bir elin içeri girmesini sağlayacak bir insizyonun yapılma zorunluluğudur. Bu nedenle endikasyon böyle bir insizyonun zorunlu olduğu radikal nefrektomi, distal pankreatektomi ve splenektomi gibi operasyonlarla sınırlı kalmaktadır.

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

Sunucu : Feyzullah Ersöz ()

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

SSK Istanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Amaç: Laparoskopik cerrahide pneumoperitoneum oluştururken batın içi organ ve damar yaralama olasılığı halen önemli bir sorun teşkil etmektedir. Bu çalışmamızdaki amaç; Verres iğnesi ile modifiye ettiğimiz Hasson tekniğini karşılaştırmaktır. (Prospektif çalışma)
Yöntem: Daha önce abdominal cerrahi girişim geçirmemiş; obesite, yaş ve diğer özellikleri benzer olan doksan hasta çeşitli laparoskopik işlemler için hazırlandı. İlk grup hastaya umblikusun altından 10 mm'lik transvers kesi yapıldı. Kesinin iki tarafındaki cilde çamaşır klempi tutturularak abdominal duvar elevasyonu sağlanmaya çalışılarak, Verres iğnesi ile batına girildi. CO2 gazı ile pneumoperitoneum oluşturularak, 10 mm'lik ilk trokar batına girildi. Diğer grup hastaya da yine umblikus altından transvers cilt insizyonu uygulandı. Rektus ön kılıfına ulaştıktan sonra rektus fasyası iki adet Kocher klempi ile kaldırılıp, batın ön duvarı elevasyonu sağlanarak, 10 mm'lik trokar ile batına girildi. CO2 gazı ile pneumoperitoneum oluşturuldu. Kullandığımız tekniği Hasson tekniğinden ayıran en önemli fark; Rektus ön fasyasına kesi yapılmamış olmasıdır.
Bulgular: Verres iğnesi kullanılan yöntemde majör ve minör komplikasyon oranları, modifiye ettiğimiz Hasson tekniğine göre oldukça fazla 0.05). Verres iğnesi kullanılan yöntemde optiğin batına girişine görüldü (p kadar geçen süre 6 dk. ile 17 dk. arasında değişmekteydi. Diğer yöntemde ise bu süre 1.5 dk. ile 4 dk. arasında idi. İki grup karşılaştırıldığında; laparoskopik 0.01). ameliyata başlama süresi anlamlı derecede farklı saptandı (p
Sonuç: Modifiye ederek uyguladığımız Hasson yöntemi ile pneumoperitoneum oluştururken majör ve minör komplikasyon oranlarının yok denecek kadar az olması, yöntemin basitçe uygulanabilirliği, laparoskopik işleme başlama süresini anlamlı oranda azaltması, hastanın daha az anestezi altında kalması ve dolayısıyla hastane masraflarını düşürmesi; geliştirdiğimiz yöntemin güvenle uygulanmasına olanak sağlamaktadır.

10. İntra ve Ekstraperitoneal Karbondioksit İnsuflasyonunun Perioperatif Kan Gazlarına Etkileri

Sunucu : Mefkür BAKAN (snrdemiroluk@hotmail.com)

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

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

Bu çalışmada, laparoskopik cerrahilerde intraperitoneal ve ekstraperitoneal CO2 insuflasyonunun ameliyat sırasında ve sonrasında kan gazlarına olan etkileri araştırıldı.
Çalışmaya, ASA sınıflamasına göre I. -II. gruplarda, elektif intraperitoneal kolesistektomi (Grup K, n=20) ve ekstraperitoneal inguinal herni (Grup H, n=20) ameliyatları uygulanan 40 hasta dahil edildi. Bütün hastalara standart anestezi tekniği ve ventilasyon parametreleri uygulandı. İntraabdominal ve preperitoneal bölge basınçları 12 mmHg'da sabit tutulurken, akım 2 L/dak kullanıldı..
Anestezi indüksiyonundan 10 dakika sonra (A), insuflasyon başlamasından 10 dakika sonra (B), desuflasyondan 10 dakika sonra (C) ve ameliyat bitiminden 30 dakika sonra derlenme odasında (D) arter kan gazları analizi yapıldı.
Karbondioksit değerleri Grup K için sırası ile 36.8±4, 39.6± 5.9, 40.7 ±4.4, 42.3±4.8 mmHg, Grup L İçin sırası ile 35.8±3.9, 37.4±4, 42.8±6.6, 46.2±5.9 mmHg olarak saptandı. PaCO2 değerlerinde, ameliyat sonrası dönem hariç, iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05). D dönemi PaCO2 değerlerinde C dönemine göre, Grup H'de anlamlı yükseklik tespit edildi (p<0,05).
Çalışmamızda; ekstraperitoneal CO2 insuflasyonunun PaCO2 değerlerinde ameliyatta başlayan ve ameliyat sonrası dönemde de devam eden artışa neden olduğu belirlendi. Bu nedenle erken ameliyat sonrası dönemde bu hastalarda ayrıntılı monitorizasyon ve kan gazı izlenilmesinin yararlı olabileceğini düşünüyoruz..

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

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

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

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

Amaç:Laparoskopik cerrahide özellikle CO2 pneumoperitoneumunun oluşturduğu kardiyak ve pulmoner değişiklikler üzerinde durulmuş ve bunların takibi için bazı noninvaziv hemodinamik monitorizasyon yöntemlerinin özellikle ciddi kardiyovasküler yandaş hastalığı olup laparoskopik cerrahi yapılacak olgularda cerrahi ve anestezi ekibine yardımcı olabileceği düşünülmüştür. Bunlardan biri NICO-Novametrix non invaziv kardiak output monitörüdür.
Bu pilot çalışmada, noninvaziv kardiak output monitorizasyonunun laparoskopik kolesistektomi yapılan olgulardaki değeri incelenmiş ve literatürdeki invaziv monitorizasyon yöntemleri kullanılan serilerle karşılaştırılmıştır.
Yöntem: ANEAH 3.Cerrahi Servisinde taşlı kese nedeni ile laparoskopik kolesistektomiye karar verilen ve anestezi konsültasyonu ile ASA risk I ve II olduğu belirlenen 10 hasta çalışmaya alındı. Bunların 8'i erkek 2 si kadın ve ortalama yaş 42 (31-60) idi. Tüm hastaların operasyonuna horizontal pozisyonda başlandı, insüflasyon sonrası gerektiğinde ters Trendelenburg (baş 20° yukarı) pozisyonuna getirildi Hastalar ameliyat sırasında Non invaziv Kardiyak Output (NICO) cihazı ile monitorize edildi. Kardiyak output (CO), kardiyak indeks (CI), kalp hızı, stroke volüm(SV), arteriyal oksijen saturasyonu(SO2), alveol dakika hacmi, pulmoner kapiller kan akımı(PCBF), ortalama hava yolu basıncı(MAP), dinamik uygunluk(Cdyn) ve end-tidal CO2 (ETCO2) parametreleri ölçüldü.
Ölçüm sonuçları SPSS 9.05 for Windows 98 programına kaydedildi ve istatistiksel analizi yapıldı.
Bulgular: Ortalama operasyon süresi 70dk.(30-90) idi. Tüm hastalar postoperatif 1. gün taburcu edildi. CO ve stroke volüm tüm hastalarda insüflasyondan sonra önemli ölçüde azalırken desüflasyon sonrası normal seviyelere döndü. CI insüflasyondan hemen sonra azalmaya başladı, pnömoperitoneum sırasında düşük kaldı ve desüflasyondan sonra artış gösterdi.Kalp hızı ve O2 saturasyonunda ise değişiklik izlenmedi. İnsüflasyondan sonra alveol dakika hacmi ve pulmoner kapiller kan akımı çok az miktarlarda azaldı. İnsüflasyon sonrası hava yolu basıncında anlamlı bir artış görüldü ($p< 0.001$). Desüflasyon sonrası bu artış insüflasyon öncesi değere geri döndü ,dinamik uygunluk insüflasyonu takiben anlamlı ölçüde azaldı ve desüflasyona kadar sabit kaldı. Desüflasyon sonrası ise ilk değere yakın ölçüldü ($p<0.05$). End-tidal CO2 insüflasyon sonrası anlamlı ölçüde arttı ve desüflasyon sonrası yüksek olarak kaldı ($p< 0.05$).
Sonuç: NICO monitorizasyonu noninvaziv olması, kolay uygulanabilmesi ve sonuçlarının güvenilir olması nedeni ile laparoskopik cerrahide karbondioksit peritoneumu sırasında meydana gelebilecek hemodinamik parametrelerdeki değişikliklerin sürekli monitorizasyonuna olanak sağlamaktadır.

12. LAPAROSKOPİK CERRAHİDE VAPOR-PULSE KOAGULASYON

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

Yazarlar : Feyzan ERCAN

Ileri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi

Giriş: Laparoskopik.cerrahide bipolar koterizasyon tartışmasız olarak birçok üstünlüğe sahip bir teknolojidir. Gelişen teknoloji endoskopik cerrahi alanına yeni bir uygulama sunmaktadır.
Teknik: Her iki elektrodun el aletinin üzerinde olduğu bipolar tekniğin yeni geliştirilmiş bir versiyonudur. Elektrodlar arasında enerji 1 sn kadar uygulanır ve 1 sn kadar bekleme dönemi bırakılır. Doku kalınlığına ve yapısına göre bu siklus 6 ile 10 kez tekrarlanır. Her bir siklusta doku empedansının defalarca ölçülmesi ile verilen enerji otomatik olarak ayarlanır. Bu video sunumunda enerji seviyesi düşük, daha az duman çıkaran ve çok etkin hemostaz sağlayan bu teknolojinin kullanıldığı bazı operasyon tekniklerinin örnekleri sunulacaktır.
Sonuç ve Yorum:
Bu enerji uygulama biçimi monopolar ve bipolar uygulamaların önüne geçecek bir teknoloji izlenimi vermektedir.

13. Mezenter Kistlerinde Laparoskopik Yaklaşım

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

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

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi ABD.

Amaç: İntraabdominal kitlelere laparoskopik yaklaşımla teknik ayrıntıları ve yapılabilirliliğini belirtmek amacıyla yaptığımız mezenter kistlerini sunmayı amaçladık
Metod: İstanbul Üniversitesi İsanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD C Servisince Laparoskopik total kist ekizyonu yapılmış 3 olgu retrospektif olarak değerlendirildi.
Bulgular: Olguların tümü kadın olup, bir olgu retroperitoneal yerleşimli dev surrenal kisti diğer iki olgu ise mezenter kistiydi. Mezenter kistlerinin birisi sağda diğeri ise solda yerleşimliydi. Hiçbir olguda komplikasyon gelişmedi. Ortalama hastanede kalma süresi iki gündü.
Sonuç: Batın içi yerleşimli mezenter kistlerin içi sıvının aspire edilmesini takiben laparoskopik olarak kolaylıkla total olarak eksize edilebildiği alternatif bir tedavi yöntemidir.

14. Laparaskopik Girişim Sonuçlarımız

Sunucu : Hüseyin AKYOL (husakyol@hotmail.com)

Yazarlar : Hasan Fehmi KÜÇÜK,Necmi KURT,Hüseyin UZUN

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

Amaç: Kliniğimizde yapılan laparoskopik girişimlerini ve sonuçlarını incelemektir.
Yöntem:29-2-201 / 5-3-2002 tarihleri arasında Dr. Lütfü Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Genel Cerrahi servisinde yapılan laparaskopik ameliyatları hasta dosyaları incelenerek retrospektif olarak değerlendirildi.
Bulgular: Klinjiğimizde bir yılda yapılan laparoskopik ameliyat sayısı 83 dür.Bu ameliyatların 70'i kolesistektomi ,11'i herni operasyonu,1'i splenektomi ve 1 adet diagnostik laparaskopik LAP eksizyonudur.Hastalarda ortalama yaş 52.9 yıl ve E/K:34/49 ' dır.
10 hastaya akut kolesistit, 60 hastaya kronik kolesistit tanısıyla laparaskopik kolesistektomi yapıldı. Kronik kolesistit tanısı konan hastaların 33'ü daha önce akut kolesistit atağı geçirmişlerdi.Hastaların batın USG'inde 30 tanesinde multıpl kalkül, 30 tanesinde 1-4 kalkül, 1 tanesinde sludge,2 tanesinde polip ve 4 tanesinde taş saptanmıştır.Hastaların 10 tanesine koledokolithiasis ve/ veya akut pankreatit nedeniyle ERCP yapılmış ve daha sonra kolesistektomi uygulanmıştır.
Hastaların 10 tanesinde diabetes mellitus mevcuttu. 5 hatada umblikal herni ve 21 hastada laparatomi öyküsü mevcuttu.
Laparaskopik kolesistektomi operasyonlarındaki ortalama ameliyat süremiz 70 (20-90) dk idi. Hastaların 18' inde iatrojenik olarak safra kesesi perforasyonu meydana gelmiştir.Acil vakalardan birinde kanama kontrolü ve birinde safra kesesinin batın içine düşmesi nedeniyle laparatomi uygulanmıştır.Hastaların 10 tanesine laparoskopik olarak dren konulmuş ve bunların 8'i ertesi gün çekilmiştir. 2 hastada safra kaçağı tespit edilmiş ve ERCP yapılarak kaçak tedavi edilmiştir. 8 hastada torakar giriş yerinde enfeksiyon saptandı.36 hastada ise tedavi dozunda antibiyotik verildi. Hastaların ortalama yatış süresi 2 gün idi. Safra kaçağı olan bir hasta 10 gün yattı.
Laparaskopik herni onarımı yapılan 11 hastada E/K:9/2 idi. Bu hastaların yaş ortalaması 53 idi.. Hastaların 6 tanesi indirek(1 tanesi bilateral), 3' ü direk(1 tanesi bilateral), 1 tanesi femoral herni idi.Hastalardan sadece biri daha önce herni nedeniyle iki kez ameliyat edilmişti. Ameliyat süresi ortalama 70(40-100) dk idi. Hastaların postoperatif yatış süresi 1 gündür.Vakaların 2 tanesinde açığa geçilerek ameliyat tamamlanmıştır.Hiçbir vakada postoperatif komplikasyon gelişmedi.Hastaların 8'ine profilaktik, 3'ünde tedavi dozunda antibiotik uygulanmıştır.
Otoimmün hemolitik anemi nedeniyle 1 hastaya splenektomi, 1 hastayada diagnostik amaçlı lenfadenopati eksizyonu uygulandı.
Sonuç: Laparoskopik girişimler konvansiyonel ameliyatların yerini almaktadır.Özellikle kolelithiazis olgularında altın standart olmuştur.

15. İLERİ YAŞTA LAPAROSKOPİK İŞLEMLERİN YERİ

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

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

Atatürk Ü.Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

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

16. DİAGNOSTİK LAPAROSKOPİ UYGULAMALARIMIZ

Sunucu : Refik AYTEN (drotopuz@yahoo.com)

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

Fırat Ü. Genel Cerrahi nabilim D.

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

17. LAPAROSKOPİK GİRİŞİMLERDE BÜYÜK DAMAR YARALANMALARINA YAKLAŞIM

Sunucu : Murat Aksoy (maksoy@turk.net)

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

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç Genel cerrahi, üroloji ve jinekolojide laparoskopik girişimlerde ender olmakla birlikte ölümcül seyredibilen karın içi büyük damar yaralanmaları görülebilmektedir. Çalışmanın amacı laparoskopik girişimlerde gösterilmesi gereken dikkatin ve iatrojenik damar yaralanmalarındaki gerekli girişimlerin irdelenmesidir.
Yöntem 1994-2002 yılları arasında laparoskopik cerrahi girişim sırasında karın içi büyük damar yaralanması saptanan 5 olgunun kayıtları retrospektif olarak incelendi. Olgularda yaralanma tipi, yaralanan damar, yapılan cerrahi girişim, transfüzyon miktarı, ameliyat sonrası durum ve hastanede kalış süresi değerlendirildi.
Bulgular Beş olgunun 3'ü (% 60) erkek, 2'si (% 40) kadındı. Olguların tümünde yaralanma umblikal trokarın yerleştirilmesi sırasında gelişmişti. Dört (%80) olguda kanamanın fark edilmesi üzerine laparotomi yapıldı. Son olgu başka bir merkezde yapılan laparoskopik aort yaralanmasına yönelik laparotomi ve aortorafi sonrası akut ekstremite iskemisi ve paraparezi ile başvurdu. İki olguda (% 40) aort yaralanması, iki olguda (% 40) a.iliaca com. yaralanması, bir olguda (% 20) iliak arter ve ven yaralanması tespit edildi. Bir olguda primer onarım, 1 olguda patchplasti ve 3 olguda PTFE interpozisyonu uygulandı. Ortalama 2.40 Ü kan transfüzyonu yapıldı. Olguların tümü damar komplikasyonu gelişmeden ortalama 7 gün sonra taburcu edildi.
Sonuç Laparoskopik girişimlerdeki daha titiz çalışmalar gelişebilecek komplikasyonları önleyerek morbidite ve mortalite oranlarını düşürecektir.

18. ÖZOFAGUS LEİOMYOMUNUN LAPAROSKOPİK ENÜKLEASYONU (OLGU SUNUMU)

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

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

Giriş: Özofagusun en sık görülen benign lezyonu leiomyomdur. Özofagusun düz kaslarından orijin alır. Büyüyerek lümeni daraltır. Mukoza normaldır, fakat nadiren büyüyen lezyonun basısı sunucu ülserasyonlar oluşabilir. Prekanseröz değildirler. Asemptomatiktirler, fakat büyüyüp lümeni daralttıkları zaman disfaji oluştururlar. Genellikle lezyonun proksimalinde dilatasyon görülmez ve motilite bozuklukları oluşturmazlar. İnsidental veya semptomatik vakalarda endoskopik, endosonografik ve/veya radyolojik olarak tanı konulur. Biopsi alınmamalıdır. Semptomatik vakalarda lezyon cerrahi olarak (konvansiyonal veya endoskopik) çıkartılır.
Olgu: 37 yaşında bayan hasta, yaklaşık 1 yıldır devam eden yutma güçlüğü, gıdaların yemek borusunda takılma hissi mevcut. Bu şikayetleri için yapılan endoskopik muayenelerde özofagus alt uçta submukozal kitle (Leiomyoma?), endoskopik biopsi normal özofagus mukozası, toraks MR\'da özofagus alt uçta duvarda 4 cm çapında kitle, baryumlu özofagus-mide pasaj grafisinde özofagus alt uçta lümeni daraltan düzgün konturlu kitle mevcuttur. Hastaya daha önce sağ subkostal insizyon ile kolesistektomi uygulanmıştı. Preoperatif hazırlık ve premedikasyonu takiben genel anestezi altında 2 tanesi 10\'luk, 2 tanesi 5\'lik olmak üzere 4 adet trokar ile batına girildi, endoabdominal fasya açılarak gastroözofageal bileşke bulundu, buranın 2 cm proksimalinden intramural yerleşimli kitle enükleasyon ile çıkartıldı. Postoperatif 2. gün oral beslenmeye geçildi, 5. gün taburcu edildi. Patolojik tanı; leiomyom olarak geldi.
Sonuç: Bu olgumuzda endoskopik cerrahi tedavinin üstünlüklerinin tamamını özofagus leiomyom enükleasyonu ile gördük.

19. LAPAROSKOPİK TRANSHİATAL TOTAL ÖZEFAJEKTOMİ

Sunucu : Serdar KAÇAR (hilmiserdar@ixir.com)

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

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği

Amaç: Açık cerrahi yöntemlerle yapılan özefagus rezeksionları, morbidite oranlarının fazla olduğu ve hastaların ameliyat sonrası normal aktivitelerini yapabilmelerinin geciktiği ameliyatlardır. Laparoskopik yöntemlerin gelişmesiyle özefagus rezeksiyonları daha düşük morbidite oranlarıyla bu yöntemle yapılabilir hale gelmiştir ancak bildirilmiş geniş seriler bulunmamaktadır. Bu sunumda, özefagus kanseri nedeniyle laparoskopik transhiatal total özefajektomi yaptığımız bir hastanın sonuçlarının bildirilmesini amaçlamaktadır.
Yöntem ve çıkarımlar: 60 yaşında kadın hastaya özefagus 26-30'uncu cm'ler arasında epidermoid karsinom nedeniyle preoperatif radyoterapi gördükten sonra laparoskopik yöntemle transhiatal total özefajektomi uygulandı. 7 saat 15 dakika süren operasyon sırasında herhangibir peroperatuvar komplikasyonla karşılaşılmadı. Postoperatif dönemde şilotoraks gelişen hasta konservatif yöntemle tedavi edildi ve postoperatif 26. gün sorunsuz taburdu edildi. Şuanda 22. ayında olan hastanın herhangi bir problemi bulunmamaktadır.
Sonuç: Laparoskopik özefajektomi teknik olarak zor ancak uygulanabilir ve güvenli bir cerrahi yöntemdir. Ameliyat süresi uzun olmasına rağmen açık cerrahi ile karşılaştırıldığında postoperatif hastanede yatış süresinin daha kısa olması ve hastaların günlük aktivitelerine daha çabuk dönebilmeleri nedeniyle tercih edilebilecek bir yöntemdir. Bu nedenle palyatif rezeksionlarda laparoskopik cerrahi tercih edilebilir. Ancak, küratif kanser cerrahisinde, laparoskopik yöntemlerin güvenilirliğinin geniş serilerle bildirilmesine kadar açık cerrahi standart cerrahi tedavi yöntemi olmaya devam edecektir.

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

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

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

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Geniş mide rezeksiyonları ve rekostrüksiyonlarının laparoskopik yöntemle yapılabilirliği 1992 yılında tanımlanmış olmasına karşın uygulanırlığı yavaş olmuştur.Bu çalışmada başarı ile yapılmış laparoskopik total intraabdominal Billroth II mide rezeksiyonu sunulmuştur.
62y, K. hasta taze kan kusma yakınması ile kliniğimize başvurdu. Aynı yakınma ile 4 ay önce hastanede yatırılarak medikal tedavi uygulandığını ifade eden olgunun gastroskopisinde mide küçük kurvatüründe 3 cm çapında lümene protrüzyon gösteren, ortası çökük ve ülsere kitle saptandı. Son 4 ayda 12 kg zayıflamış olguya laparoskopik mide rezeksiyonu planlandı. 4' ü 10 mm diğeri 12 mm olan toplam 5 trokar kullanıldı. 30 o videolaparoskop ile yapılan gözlemde mide distali küçük kurvatür lokalizasyonunda kitle gözlendi. Büyük kurvatür diseksiyonu, duodenum mobilizasyonu ve küçük kurvatür diseksiyonu, duodenum traseksiyonunu takiben 2/3 mide rezeksiyonu tamamlandı. Gastrojenustomi antekolik izoperistaltik olarak intraluminal stapler kullanılarak yapıldı. Ameliyat süresi 4.5 saat idi. Postoperatif 6 saat sonra gastrointestinal fonksiyonlar başladı. Olgu 1. gün mobilize edildi. 2. gün NG sondası çekildi, 2. günden sonra analjezik gereksinimi olmadı. 3.' ü gün oral sıvı gıda başlandı. 5. gün sorunsuz olarak taburcu edildi. Histopatolojik tanı bening stromal tümör olarak rapor edildi. 1,5 yıldır takibimizde olan olgunun gastrik yakınması olmadı.
Bir olguluk deneyimimiz, ameliyat süresinin uzun, maliyetinin yüksek, cerrahi eğitimin uzun ve pahalı olmasına karşın, laparoskopik geniş mide rezeksiyonunda postoperatif gastrointestinal fonksiyonların çok erken dönemde başladığını, oral beslenmeye erken geçilebildiğini, mobilizasyonun erken sağlanabildiğini, analjezik gereksiniminin az olduğunu, solunum problemlerinin görülmediğini, hasta konforunun mükemmel olduğunu gösterdi.

21. ÖZOFAGEAL EPİFRENİK DİVERTİKÜLÜN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ (OLGU SUNUMU)

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

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği

Giriş: Özofagusun epifirenik divertikülü (ÖED) nadir rastlanan bir hastalıktır. En sık yerleşim yeri alt özofagusun 10 cm\'lik kısmındadır. Patogenezi hala belirsizdir. ÖED ile birlikte hemen daima özofagus motor fonksiyon bozukluğu da vardır. Müsküler tabakadaki defektten çıkan mukoza ve submukozanın herniasyonu muhtemelen özofageal motor aktivitenin uzun süreli bozulmasından kaynaklanmaktadır. Tanı; özofagusun radyolojik, endoskopik, manometrik çalışmalar ve 24 saatlik pH monitörizasyonu ile konur. Cerrahinin semptomatik hastalar için saklanması konusunda fikir birliği mevcut ise de uygun tedavisi tartışmalıdır. 3 cerrahi tedavi seçeneği vardır; 1-Arkus aortadan kardianın 1,5 cm altına kadar uzanan miyotomi ile birlikte divertikülektomi ve antireflü işlemi, 2-Manometrinin sonuçlarına göre ayarlanmış miyotomi ile birlikte divertikülektomi ve antireflü işlemi ve 3-Motor abnormalite saptanmamış ise sadece divertikülektomi.
Olgu: 59 yaşında erkek hasta, yaklaşık on yıldır devam eden yutma güçlüğü, geğirme, ağız kokusu şikayetleri mevcut. Bu şikayetleri için yapılan özofagus pasaj grafisinde özofagus alt kısmında 6 cm çapında divertikül , endoskopik muayenede kesici dişlerden itibaren 35. cm\'de geniş ağızlı 5-6 cm çapında divertikül mevcut. Preoperatif hazırlık ve premedikasyonu takiben üçü 10 mm\'lik ve ikisi 5 mm\'lik trokarlarla batına girildi. Pneumoperitoneum sağlanarak endoabdominal fasya açıldı, gastro-özefageal bileşke (GÖB) serbestleştirildi. Özofagus askıya alındı. GÖB\'den ve ön nervus vagusun sol yanından özefagus boyunca yaklaşık 10-12 cm miyotomi yapıldı, Sağda GÖB\'den yaklaşık 5 cm proksimalde divertikül prepare edildi ve Endo GIA ile divertikülektomi yapıldı. Ayrıca anteriorden parsiyel fundoplikasyon eklendi. Hemostazı takiben dren konarak operasyona son verildi. Postoperatif komplikasyon çıkmayan hastanın 3. gün dreni alındı, 7. gün oral gastrografin ile pasaj grafisinden sonra oral gıdalara başlandı ve 10. gün cerrahi şifa ile taburcu edildi. Patolojik tanı, Ösofagus divertikülektomi; divertiküle uyan bulgular.
Sonuç:Özofagusun epifirenik divertikülünün nadir görülmesinin yanında, laparoskopik olarak divertikülektomi, miyotomi ve fundoplikasyon şeklinde üçlü girişimi yayınlamayı uygun gördük.

22. Laparoskopik Nissen Funduplikasyon

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

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

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Laparoskopik Nissen Fundiplikasyonu, (LNF) gastroözafageal reflü hastalığının (GERH) tedavisinde son yıllarda önerilen bir tedavi seçeneğidir. Cerrahi tedavisindeki amaç mide içeriğinin özafagusa reflüsünü önleyen yeni bir bariyer oluşturmaktır.
Metod: İstanbul Üniveritesi İsanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD C Servisinde 1992-2001 yılları arasında Laparoskopik antireflü girişimi (Nissen Funduplikasyon) yapılmış 60 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların 34'ü kadın (%56.7), 26' sı erkek (% 43.3) olup ortalama yaş 43'tür. (17-71) Tüm olgulara preoperatif endoskopi ve özafagus biyopsisi uygulanırken, özafagus pasaj grafisi, monometrik ve pH incelemesi seçilmiş vakalara uygulandı.
Sonuçlar: 57 olguda (% 95) GERH, 3 olguda (%5) ise büyük paraözafageal herni tanısıyla LNF uygulandı. Büyük paraözafageal hernili bir olguda (% 1.68) kanama ve yeterli görüş alanı elde edilememesi nedeniyle açık cerrahiye geçildi. Mortalite olmadı, 5 olguda (%8.3) komplikasyon gelişti. Ortalama ameliyat süresi 125 dakika (60-125 dk) olup, hastanede ortalama kalış süresi 2 gün (1-10 gün) idi. Takip süresi ortalama 48 ay (16-110) olup ikincil girişim gerektiren olgu olmadı.
Sonuç: LNF, düşük mortalite ve morbiditeyle GRH' nın tedavisinde uygulanabilecek kolay ve güvenilir bir tedavi alternatifidir.

23. LAPAROSKOPİK NİSSEN FUNDOPLİKASYON

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

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği

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

24. LAPAROSKOPİK GASTRİK BANDING KOMPLİKASYONLARIMIZ

Sunucu : Gökmen Güzel ()

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

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Morbid obezite, fiziksel, emosyonel ve sosyal problemlere neden olabilen, tedavisi zor, ciddi bir hastalıktır. Görülme sıklığı özellikle endüstrileşmiş ve ekonomik yönden gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Hastalığın tedavisinde laparoskopik ayarlanabilir silikon mide bandı, sık karşılaşılan komplikasyonlarına karşın yaygın bir uygulama alanı bulmuştur.
Bu çalışmada kliniğimizde Ekim 1998-Ağustos 2001 tarihleri arasında laparoskopik gastrik banding uygulanan 9 olgunun sonuçları ve karşılaşılan komplikasyonlar sunulmuştur. Olguların 7' si K, 2' si E, yaş ort.' sı: 30.4(17-53), BMI: 43 Kg/m2(33-56) idi. İlk üç olguda pouch laparoskopik yöntemle yerleştirilen Gore-tex vasküler greft ile sağlandı, bu olgulardan 2' sinde stoma ayarı için laparotomi gerekti. 6 olguda Lap-band laparoskopik yöntemle uygulandı. Bir hastada semptomatik kolelitiyazis nedeni ile aynı seansta laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Hastanede yatış süresi ort. : 1.8 gün(1-4) idi, son 4 olgu postoperatif 1. gün taburcu edildi. 7-41 aylık takip süresinde 6 olgu 6-18 ay arasında değişen sürelerde ideal vücut ağılığına ulaşırken(%66.6), 3 olguda başarı sağlanamadı. Başarılı olunan hipertansif 2 olgu kilo kaybı ile birlikte normotansif hale geldi. 3 olguda pouch dilatasyonu (%33.3), 1 olguda rezervuar enfeksiyonu(%11.1), 1 olguda(rezervuar rektus arka kılıfı üzerinde, rektus adele lifleri arasına yerleştirilmişti) post operatif band ayarı için skopi altında banta ulaşılamadığı için bantın xyphoid yakınında cilt altında kolay ulaşılabilir bir lokalizasyona taşınması gerekti(%11.1), Diğer bir olguda post operatif 1. gün şiddetli abdominal ağrı ve hassasiyet gelişti, yapılan laparotomide bant etrafında midede ciddi ödem saptandı ve bant reaksiyonu nedeni ile bant çıkarıldı(%11.1).
Sınırlı sayıdaki deneyimimizin sonuçları bize, morbid obezitenin cerrahi tedavisinde laparoskopik gastrik bandingin, komplikasyonlarının sık görülmesine karşın, kolay uygulanabilir ve başarı oranı yüksek bir yöntem olduğunu düşündürmektedir.

25. LAPAROSKOPİK ÖZOFAGOMYOTOMİ+DOR FUNDOPLİKASYON DENEYİMLERİMİZ

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

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Cerrahi Kliniği

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

26. Akalazya Hastalığının Tedavisinde Laparoskopinin Yeri

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

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

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

AMAÇ : Son yıllarda gastrointestinal hastalıklarda laparoskopik cerrahi girişimler giderek daha artan sıklıkta uygulanmaya başlamıştır. Bu çalışma da akalazyalı 8 hastada antireflü girişimi olmaksızın uyguladığımız laparoskopik özafagokardiyomyotomi girişimimizi retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.
METOD: Olguların tümü kadın olup, ortalama yaş 42 (30-68) 'dir. Tüm olgularda tanı endoskopi ve özafagus pasaj grafisiyle konuldu. Olgulara preoperatif manometrik değerlendirme ve postoperatif 7. günde manometri ve özafagografi yapıldı. Preoperatif monometride alt özafagus sfinkter basıncı ortalama 44 mm olarak ölçüldü.
SONUÇLAR: Cerrahi girişim ortalama 60 dakika (30-90) olup, hastanede kalış süresi 3 (2-4) gündü. 7 olguda girişim sorunsuz olarak tamamlanırken,1 olguda cerrahi girişim esnasında endoskopla saptanan mukozal yaralanma intrakorporal olarak onarıldı ve DOR funduplikasyon eklendi. Operasyonu takiben 12 ve 24 aylık izlemde 7 olgu semptomsuz idi. Bir olguda reflü şikayetleri mevcuttu. Postoperatif 7. gün ortalama alt özafagus sfinkter basıncı 11 mmHg olarak saptandı. Postoperatif 6. ayda endoskopik incelemede 7 olgu özafajit ve hiatal yetersizlik izlenmedi. Bu olguda grade I özafajit mevcuttu.
SONUÇ: Laparoskopik girişim hastanede kalış süresini kısaltırken, postoperatif ağrıyı oldukça azaltan bir minimal invaziv girişimdir. Laparoskopik cerrahide deneyim kazanmış ekipler tarafından akalazya hastalarında, antireflü girişimi yapılmaksızın uygulanabilecek alternatif bir tedavi yöntemidir.

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

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

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

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim D.

Günümüzde, H2 reseptör antagonistleri ve H+-ATPaz inhibitörleri olarak adlandırılan anti-ülser ilaçların tedaviye girmesiyle, peptik ülser hastalığının insidansı ve seyri bariz bir şekilde değişirken, perforasyon ya da kanama gibi komplikasyonlarının sıklığında bir değişiklik izlenmemektedir.
Perfore peptik ülserdeki tedavi yaklaşımlarını, perforasyonun yeri, peptik ülser hastalığı hikayesi, antiülser ilaçların kullanımı, ülserojenik ilaçların kullanımı, perforasyonla tedavi arasında geçen süre, hastanın yaşı ve genel durumu gibi pekçok faktör etkilemektedir.
Perforasyonun onarımında uygulanan cerrahi yöntemler ve uygulama biçimleri de daha az invazive doğru değişim göstermektedir.
Bu çalışmada, perfore peptik ülser tedavisinde, açık cerrahi yaklaşım ile laparoskopik cerrahi yaklaşım karşılaştırılmaktadır. 1998-2001 yılları arasında, 27 hastaya açık primer sütür ve omental yama uygulanırken, 14 hastaya omental yama ile laparoskopik onarım uygulanmıştır. Laparoskopik teknik daha az ağrı, hasta memnuniyetinde artma ve hastanede daha az kalma gibi avantajlarla sonuçlanmıştır. Aynı zamanda geniş bir insizyon olmaksızın, perforasyonun düzgün bir şekilde kapatılması ve yeterli peritoneal tuvaletin sağlanmasına da olanak sağlamıştır. Bu yöntem, deneyim arttıkça daha kısa sürede uygulanabilmektedir.

28. PREOPERATİF TANI KONULAMAYAN AKUT KARIN OLGULARINDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

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

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

SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği

Amaç: Preoperatif kesin tanısı konulamayan akut karın olgularında tanısal laparoskopinin sonuçlarını araştırmak.
Yöntem: Ocak 1999-Ocak 2002 tarihleri arasında non-travmatik akut karın ağrısı ile acil servisimize müracaat eden ve tanısal laparoskopi uygulanan 13 hastanın özellikleri, ameliyat bulguları ve uygulanan girişimler retrospektif olarak araştırıldı.
Bulgular: Hastaların 8'i kadın, 5'i erkek olup yaş ortalaması 27,2 (21-46) idi. Hastaların tamamında laparoskopik eksplorasyon tanıyı koymak için yeterli oldu. Hastaların 6'sında akut apandisit, 1'inde iltihabi barsak hastalığı (ülseratif kolit), 1'inde over kist rüptürü, 1'inde ileus (fitobezoar), 1'inde peritoneal tbc, 1'inde iltihabi pelvik hastalık tespit edildi. İki hastada herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Hastaların 9'unda işlem laparoskopik olarak tamamlanırken 4 hastada açığa geçildi. Tanısal laparoskopinin uygulanması ile 5 hastada negatif laparotomi önlenmiş oldu. Ameliyatları laparoskopik olarak sonlandırılan hastalarda ortalama yatış süresi 1,6 gün (1-3 gün) idi. Laparoskopik apendektomi yapılan bir hastada trokar yerinde enfeksiyon gelişti ve medikal tedavi edildi. Mortalite izlenmedi.
Sonuç: Preoperatif tanısı konulamayan akut karın bulguları ile başvuran hastalarda tanısal laparoskopi tanı koymada etkili olduğu görülmektedir ve negatif laparotomiyi önlemektedir.

29. LAPAROSKOPİK VE AÇIK APENDEKTOMİ: PROSPEKTİF RANDOMİZE KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Sunucu : Emel Canbay (kursatkaradayi@hotmail.com)

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

Cumhuriyet Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

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

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

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

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

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç:Safra taşı nedeniyle ameliyat edilen hastalarda komplikasyonların tanı ve tedavisinde endoskopik retrograd kolanjiyopankreatikografi (ERCP) seçkin bir yöntemdir. Bu çalışmada İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Gastroenteroloji endoskopi ünitesinde safra taşı ameliyatları sonrası gelişen komplikasyonlara yönelik yapılan ERCP verileri incelenmiştir.
Metod: Aralık 1991 ile Mart 2002 tarihleri arasında referans merkezi olarak çalışan birimimize başvuran 540 hastanın verileri bilgisayar ortamında retrospektif olarak incelenmiştir.
Sonuç: Aralık 1991 ile Mart 2002 tarihleri arasında safra taşı ameliyatları sonrası gelişen komplikasyonlar nedeniyle başvuran 540 hastaya toplam 591 ERCP işlemi gerçekleştirilmiştir. ERCP başarı yüzdesi % 95.8 olmuştur. İki yüz sekiz vakada (% 38.5) kolesistektomi sonrasında safra kanalında kalıntı taş, 80 vakada (%15) safra yolları yaralanmaları, 42 vakada (% 7.7) papilla stenozu, 43 vakada (% 8) sistik güdük kaçağı, 22 vakada (% 4) T tüp kaçağı, 23 vakada (% 4.2) tümöral tıkanıklık, 4 vakada (% 0,75) sump sendromu, 3 vakada (% 0.5) aksesuar safra yollarından kaçak, 3 vakada (% 0.5) geride bırakılmış hartman poşu saptanmıştır. 77 vakada (% 14.2) normal bulgular saptanırken, 25 vakada ercp işlemi başarısız (% 4.2) olmuştur. Vakaların 230'na (% 42.6) endoskopik sfinkterotomi, 181 vakaya (% 33.5) ise taş veya safra çamuru boşaltılarak tedavi edilmiştir. ERCP'ye bağlı morbidite oranı sadece % 7 olmuştur. Mortalite yoktur.
Sonuç: Safra taşı nedeniyle ameliyat edilen hastalarda gelişen komplikasyonların tanısında ve tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Safra taşı nedeniyle ameliyat edilen hastalarda safra kanalında unutulan taş nedeniyle ercp gereksinimi giderek artış göstermektedir. ERCP aynı zamanda safra yolu yaralanmaları ve striktürlerinin tanı ve tedavisinde güvenilir ve etkin bir yöntemdir.

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

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

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

Erciyes Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Giriş: Safra yollarının iyatrojenik yaralanması kolesistektominin iyi tanımlanmış bir komplikasyonudur. Laparoskopik kolesistektominin uygulanmaya başlandığı ilk yıllarda safra yolu yaralanma oranları %2.2 olarak bildirilirken son yıllarda bu oran %0.3'e kadar gerilemiştir. Bu çalışmada amaç kliniğimizde veya başka merkezlerde laparoskopik kolesistektomi esnasında safra yolu yaralanması gelişen 13 hastanın cerrahi tedavi sonuçlarını irdelemektir.
Hastalar ve metot: Ocak 1993-Ocak 2002 tarihleri arasında kliniğimizde 1234 hastaya laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Bu hastalardan ikisinde (%0.16) iyatrojenik safra yolu yaralanması gelişti. Ayrıca başka merkezlerde laparoskopik kolesistektomi esnasında safra yolu yaralanması gelişen 11 hasta kliniğimize sevk edildi.
Bulgular: Toplam 13 hastanın 2'si erkek 11'i kadın olup, genel yaş ortalaması 48 olarak bulundu. Hastaların tümünde safra yolu yaralanması cerrahi olarak tedavi edildi ve safra yolu yaralanması ile reoperasyona kadar geçen süre ortalama 21 gün (6-58 gün arasında) olarak bulundu. Safra yolu yaralanmasını ve lokalizasyonu tespit etmek amacı ile 7 hastaya PTK, 6 hastaya ERCP uygulandı. Reoperasyonda 8 hastaya (%62) primer safra yolu tamiri ve T-tüp, 5 hastaya (%38) Roux-en-Y hepatikojejunostomi uygulandı. Postoperatif dönemde bir hastada safra kaçağı, bir hastada subhepatik abse ve iki hastada akciğer enfeksiyonu gelişti. Safra kaçağı gelişen hasta postoperatif 8.günde intraabdominal sepsis nedeni ile kaybedildi (ortalama mortalite %7.7). Hastaların uzun dönem takiplerinde bir hastada (%7.7) sklerozan kolanjit gelişti.
Sonuç: Safra yolu yaralanması laparoskopik kolesistektominin majör komplikasyonlarından olup en iyi tedavisi bu yaralanmalardan kaçınmak için dikkatli cerrahi tekniktir. Eğer yaralanma gelişirse aynı seansda yaralanmanın tamiri önerilmektedir. Hastaların daha sonraki cerrahi tedavileri yüksek morbidite ve mortalite riski taşımaktadır.

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

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

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

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: Karaciğer kist hidatik ameliyatları sonrası gelişen komplikasyonlar ciddi morbidite ve mortaliteye yol açmaktadır. Bu bildiride bu komplikasyonların tanı ve tedavisinde ERCP'nin rolü ve etkinliği incelenmiştir.
Metod: Bu çalışmada karaciğer kist hidatik ameliyatları sonrası komplikasyon gelişen 101 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir.
Bulgular: Safra fistülü gelişen 68 hastaya ERCP ve endoskopik sfinkterotomi uygulanmıştır. On iki (%18) hastaya safra yolu stenti yerleştirilmiştir. Safra kanalında kız vezikül saptanan 9 hasta (% 13) ise endoskopik sfinkterotomi ve vezikküllerin çıkarılması ile tedavi edilmiştir. Safra fistülleri ortalama 13.3 günde iyileşmiştir.. Hastaların 64'sında (% 94) yeni bir cerrahi girişim gerekmezken 4 hastaya (% 6) yeni cerrahi girişimler yapılmıştır. Klinik bulguları olmayan ancak karaciğer enzimleri yüksek seyreden 7 hastada (% 10) endoskopik sfinkterotomi sonrasında enzim düzeylerinde hızlı bir düşme tespit edilmiştir.
Sonuç: ERCP karaciğer kist hidatiği ameliyatları sonrasında gelişen komplikasyonların tanı ve tedavisinde değerli bir yöntemdir. Ameliyat sonrası safra fistülü gelişen hastalara yapılan endoskopik sfinkterotomi sonrasında hızlı bir iyileşme saptanmıştır. Bu nedenle safra fistülü gelişen hastalara mümkün olan en kısa zamanda endoskoik sfinkterotomi yapılmalıdır. Endoskopik sfinkterotomi ayrıca ana safra yollarında yerleşen hidatik memebranlarının temizlenmesine de yardımcı olmaktadır.

33. Dieulafoy Lezyonlarının Endoskopik Tedavisi

Sunucu : UMUT BARBAROS (umutbarbaros@yahoo.com)

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

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Dieulafoy lezyonları nadir karşılaşılsalar da, sebep oldukları kanamalar endoskopistleri zor durumda bırakabilir. Bu lezyonlar endoskopide submukozal yerleşimli ülsersiz arterial kanamalar olarak ortaya çıkar.
Aralık 1998 ile Mart 2002 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi Servisi' ne akut üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran hastalara yapılan endoskopik incelemeler sonrasında 10 (7 E, 3 K) hastada Dieulafoy lezyonu saptanmıştır. Lezyonların 3 tanesi mide dışında tespit edilmiştir (duodenum , özofagus)..Hastalarda ortalama yaş 52 (25-76) olarak saptanmıştır.Tüm hastalara endoskopik tanı ve tedavi metotları denenmiş, iki hastada kanamanın tekrar etmesi üzerine cerrahi tedavi uygulanmıştır. Cerrahi tedavi uygulanan bir hasta ameliyat sonrası dönemde akut myokard enfarktüsü nedeni ile kaybedilmiştir. Endoskopik skleroterapi uygulanan 5 hastadan, 4 'ünde yeniden kanama sebebi ile ikinci bir endoskopik müdahaleye gerek duyulmuştur. Endoskopik bant ligasyonu uygulanan 5 hastanın sadece birisinde yeniden kanama görülmüştür. Endoskopik tedavi sonrası hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.
Sonuç olarak, şunu söyleyebiliriz ki tüm gastrointestinal sistem kanamalarında olduğu gibi, Dieulafoy lezyonlarının tedavisindeki ilk seçenek endoskopik metotlardır. Son yıllarda endoskpik bant ligasyonu kullanım kolaylığı, etkinliği ve güvenilirliği nedeni ile tercih edilen teknik olmaya başlamıştır. Cerrahi herzaman son seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

34. ENDOSKOPİK OLARAK REFLÜ ÖZOFAJİT SAPTANAN OLGULARDA BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ

Sunucu : ()

Yazarlar : Dr. Mithat GÜRAN , Dr. Tayfun YÜCEL , Dr. Sibel GÜRDAL , Dr. Salih GÜÇLÜ

Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

AMAÇ: Reflü özefajitlerin en korkulan komplikasyonu Barret özefajiti zemininde malignite gelişmesidir Endoskopik incelemede gastroözofageal reflüye bağlı özefajit saptanan olgularda endoskopik biopsi ve patolojik inceleme yaparak endoskopik tanının doğruluğunu ve Barret özefajit sıklığını saptamaya çalıştık.
MATERYAL METOD: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde Ekim 2001 ila Mart 2002 yılları arasında gerçekleştirilen 400 özofagogastroduodenoskopik incelemede toplam 43 (%10,75) olguda endoskopik olarak reflü özofajit saptandı. Bu olguların tümünde özefagus alt ucundan dört kadrandan körleme olarak ve/ veya lezyon alanlarından endoskopik biyopsiler alındı. Sonuçların endoskopik görüntülerle uyumu araştırıldı.
BULGULAR : Toplam 43 olgunun 24'ü (%55) erkek , 19'u (%45) kadın ve yaş ortalamaları 54.2(20-83) idi. Olguların 4'ünde endoskopik olarak Barret özefajiti düşünüldü. ancak patolojik olarak 3(%0.75) olgu Barret özofajit olarak rapor edildi. Olguların 9'unda (%20.9) patolojik olarak endoskopide saptanan özefajit hali saptanmadı ve normal özefagus mukozası bulguları olarak rapor edildi. 30 olguda ise(%79.9) patolojik olarak grade 1 ile3 arası özefagit saptandı . Hastalar medikal tedaviye alındı ve tedaviden yarar gördüler.
SONUÇ: Bu çalışmada endoskopik olarak özefajit tanısını %80 oranında doğru olarak saptayabildik. Aynı şekilde 4 Barret özefajiti tanısıda endoskopik olarak düşünülmüş ve histopatolojik olarak 3 olguda Barret özefajiti teyit edilmiştir. Sonuç olarak endoskopistin saptadığı ağır özefajit ya da Barret özefajitinde rutin biyopsilerin yapılması gereklidir,fakat her gastroözefajial reflü olgusunda ve buna bağli olarak minimal özefajit mevcudiyetinde rutin endoskopik biyosilerin gerekliliği sorgulanmalıdır.

35. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SONRASI SIVI KOLLEKSİYONLARI

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

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

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği

Amaç: Sorunsuz şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalardaki postoperatif sıvı kolleksiyonlarının torakal ve üst abdominal ultrasonografik [US] incelemelerle araştırılması; pleural ve subhepatik kolleksiyonların hastaya ait özellikler, intraoperatif etkenler ve birbirleriyle olan ilişkisinin
Amaç: Sorunsuz şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalardaki postoperatif sıvı kolleksiyonlarının torakal ve üst abdominal ultrasonografik [US] incelemelerle araştırılması; pleural ve subhepatik kolleksiyonların hastaya ait özellikler, intraoperatif etkenler ve birbirleriyle olan ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.
Durum Değerlendirmesi: Laparoskopik kolesistektomi [LK] sonrası intraabdominal sıvı kolleksiyonları görülebilmektedir. Genelde subhepatik bölgede lokalize olmakla birlikte pleural boşlukta da sıvı birikimine rastlandığı bildirilmiştir. Son yıllarda, LK olgularını inceleyen çalışmalarda da pleural effüzyon gelişimi yer bulmakla birlikte, doğrudan bu nokta üzerine yoğunlaşmış yayın sayısı çok kısıtlıdır.
Yöntem: Sorunsuz şekilde laparoskopik kolesistektomi uygulanan 50 hastaya postoperatif 1. ve 4.günde, torakal ve üst abdominal US inceleme yapılarak sıvı kolleksiyonlarının yeri, miktarı, karakteri belirlendi.
Sonuçlar: Postoperatif 1.gün ultrasonografi ile 24 hastada (%48) subhepatik kolleksiyon ve 8 hastada pleural effüzyon (%16) saptandı. Bu sıvı birikimlerinin tümü minimal büyüklükteydi. Postoperatif 4.günde tekrarlanan ultrasonografilerde ise, subhepatik kolleksiyon saptanan hastaların sayısı 9'a (%18) gerilerken, hiçbir hastada pleural effüzyona rastlanmadı.
Çıkarımlar: Çalışmamızda ve literatür taramamızda, sorunsuz tamamlanan LK sonrasında sıklıkla subhepatik bölgede ve bazı olgularda da pleural boşlukta sıvı kolleksiyonu geliştiği görülmüştür. Ancak bu kolleksiyonların hemen hiçbiri klinik önem taşımamakta, asemptomatik seyretmekte, özellikle arandığı taktirde saptanabilmekte ve ek tedaviye ihtiyaç duymamaktadır.

36. LAPAROSKOPİK MİLES OPERASYONU DENEYİMLERİMİZ

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

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

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

37. Laparoskopik Abdominoperineal Rezeksiyon

Sunucu : Birol Bostancı (cuneytkayaalp@hotmail.com)

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

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Önemi: Laparoskopik kolorektal kanser cerrahisinde insizyonlardaki potansiyel kanser hücre implantasyonu riski ve anastomoz için abdomenin kısmen açılma mecburiyeti bu konuyu halen tartışmalı kılmaktadır. Ancak abdominoperineal rezeksiyonun perineal kısmının açık ve laparoskopik girişimlerde aynı olması ve bu cerrahi işlemin anastomoz içermemesi diğer laparoskopik kolorektal kanser ameliyatlarına göre avantajlar içermektedir. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan laparoskopik abdominoperineal rezeksiyonların intraoperatif ve erken postoperatif sonuçlarının verilmesi amaçlanmıştır.
Metot ve Hastalar: Yaşları 42-72 (ortalama 59.3)arasında hepsi erkek altı hasta bu çalışmada incelendi. Tümörlerin anal kanaldan mesafesi 1-4 (ortalama 2.8) cm idi. Preoperatif endosonografi ve endorektal MR ile tümörler lokal olarak evrelendi. Beş porttan endomakas, hook ve endostapler yardımı ile kolon ve rektum mobilize edilip, stoma yerinden kolon kesilip proksimal kısmı buradan dışarıya alındı. Perineal işlem klasik yöntemle yapıldı.
Sonuçlar: Operasyonlar ortalama 320 dakika (270-480) dakika sürdü. Hiç bir hastada konversiyon olmadı. Üç hastada morbidite gözlenirken (intestinal fistül, parsiyel intestinal obstrüksiyon, perineal atonik yara) hiç bir hastada mortalite olmadı. Çıkartılan ortalama lenf nodu sayisi 16.6 (6-24) olup bir hasta dışında tüm hastalarda 12\'nin üzerindeydi. Hastalar ortalama postoperatif 12.8 (7-22) gün hastanede yattılar ve ortalama 8.5 ay (1-18 ay) takip edildiler. Bir hasta dışında hiç birisinde lokal nüks veya uzak metastaz bulgusu yoktur.
Yorum: Abdominoperineal rezeksiyonun abdominal komponenti abdomeni açmaya gerek kalmadan laparoskopik olarak yapılabilir.

38. REKTAL PROLAPSUSTA LAPAROSKOPİK SİGMOİDEKTOMİ

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

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

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

39. LAPAROSKOPİK KOLON CERRAHİ DENEYİMLERİMİZ

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

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

SSK İstanbul Eğitim Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği

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

40. LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE TEKNİK PERFORMANSIN SKORLAMA SİSTEMİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

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

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

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Cerrahi Kliniği

Amaç:Uyguladığımız laparoskopik kolesistektomilerde teknik performansımızı ölçmek ve buna etkili faktörleri saptamak.
Yöntem: Taşlı kolesistit tanısı ile yapılan 50 laparoskopik kolesistektomi ameliyatı, Eubanks ve arkadaşları tarafından oluşturulan objektif skorlama sistemi ile değerlendirildi. Skorlama sisteminde işlemin her basamağı ve oluşabilecek hatalar sayısal olarak ifade edildi. Ameliyatlar laparoskopik cerrahi konusunda deneyimli uzmanlar tarafından çift el ve eğitimleri devam eden asistanlar tarafından tek el ile yapıldı. Elde edilen skorlar cerrahın deneyimi ve ameliyat süresine göre karşılaştırıldı. Skoru olumsuz etkileyen faktörler değerlendirildi.
Bulgular: Ameliyat edilen hastaların 41'i kadın (%82), 9'u erkek olup ortalama yaş 54 idi (26-75). Ortalama skor %79.1 (%22.5-100) olarak bulundu. Ameliyatların 33'ü (%66) uzmanlar tarafından yapılmış olup uzmanların ortalama skoru (%79.8) ile asistanların ortalama skoru (%77.5) arasında anlamlı fark saptanmadı. Aynı zamanda uzmanlar çift elli tekniği asistanlar ise tek elli tekniği temsil etmekte idi. Ameliyatların 28'inin (%56) süresi 90 dakika ve altında olup ortalama skoru %90.5 bulundu. Ameliyat süresi 90 dakikadan fazla olan grupta ise ortalama skor %65 olup fark anlamlı bulundu. Sistik kanal ve/veya sistik arter ameliyatların %4'ünde başlangıç diseksiyonunda ortaya konulamadı ve yeterli uzunlukta hazırlanamadı. Safra veya taş kaçağının olduğu safra kesesi yaralanması (%42), kese yatağı dışında oluşan ve kanamayan karaciğer yaralanması (%36), kanamaya neden olan karaciğer yaralanması (%18) ve traksiyon esnasında safra kesesinin istem dışı salıverilmesi (%16) en sık hatalar olarak saptandı.
Sonuç: Ortalama skorumuz kabul edilebilir düzeyde olmakla birlikte teknik alt yapımız ve eğitim programımız performansın yükseltilmesi ve operasyon süresinin kısaltılmasına yönelik olarak tekrar gözden geçirilmelidir.

41. Vaka sunumu Safra kesesi duplikasyonu

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

Yazarlar : Vahit Özmen, Ersin Ünal, Mustafa Keçer, Mahmut Müslümanoğlu, Mesut Parlak, Tuğrul Demirel

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Olgu Sunumu
Çift veya iki loblu safra kesesi çok nadir olarak görülen bir safra kesesi anomalisidir. Yapılan bir çalışmada, 1/4000 sıklıkta olduğu bildirilmiştir.
32 yaşında bir kadının dispeptik yakınmaları nedeniyle yapılan ultrasonografide safra kesesinin çift olarak görülmüştür. Magnetik rezonans görüntüleme yapılarak safra yolu anomalisi olup olmadığı araştırılmış ve safra yolları normal bulunmuştur. Bunun üzerine hastaya laparoskopik kolesistektomi başarıyla uygulanmıştır

42. ELEKTİF LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERDE YARA ENFEKSİYONU VE ETKEN FAKTÖRLER

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

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

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Cerrahi Kliniği

Amaç: Taşlı kolesistit tanısı ile elektif olarak laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastalarda yara enfeksiyonu sıklığını ve buna etkili faktörleri araştırmak.
Yöntem: Taşlı kolesistit tanısı ile laparoskopik kolesistektomi ameliyatına alınan 50 hastaya anestezi indüksiyonu, 8. ve 16. saatlerde 1 gr sefazolin intravenöz olarak yapıldı. Ameliyatlar Eubanks ve arkadaşları tarafından teknik performansı değerlendirmek üzere oluşturulan objektif skorlama sistemi ile skorlandırıldı. Hastalar prospektif olarak yara enfeksiyonu, risk faktörleri ve kullanılan skorlama sistemi ile enfeksiyon arasındaki ilişki değerlendirildi.
Bulgular: Ameliyat edilen hastaların 41'i kadın (%82), 9'u erkek olup ortalama yaş 54 idi (26-75). Hastaların 3'ünde (%6) umblikal port yerinde yara enfeksiyonu gözlendi ve bu grupta ortalama skor %87.5 idi. Yara enfeksiyonu gözlenmeyen grupta ortalama skor %78.8 olup fark istatistiksel olarak anlamsızdı. Safra veya taş kaçağının olduğu safra kesesi yaralanması 21 hastada (%42) gelişti ve yara enfeksiyonu gözlenen tüm hastalar bu grupta idi. Yara enfeksiyonlarında patojen mikroorganizma olarak 2 hastada klebsiella,1 hastada alfa hemolitik streptokok tespit edildi.
Sonuç: Taşlı kolesistit tanısı ile laparoskopik kolesistektomi uyguladığımız hastalarda yara enfeksiyon sıklığı yüksek bulundu. Teknik performans skorunda anlamlı fark olmamakla birlikte, yara enfeksiyonlarının tamamının safra kesesi perforasyonu olan hastalarda olması dikkat çekici idi. Safra kesesinin dikkatli diseksiyonu enfeksiyon oranlarının azaltılmasında etkili olabilir sonucuna varıldı.

43. Laparoskopik kolesistektomi komplikasyonlarımız

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

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

İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

AMAÇ: Günümüzde safra kesesi patolojilerinin standart tedavi şekli laparoskopik kolesistektomidir.Bu çalışmada 11 yıllık laparoskopik kolesistektomi deneyimimizi retrospektif olarak irdelemeyi amaçladık.
YÖNTEM : İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C Servisi'nde 1991-2001 yılları arasında laparoskopik kolesistektomi uygulanmış olup 1158 olgu retrospektif olarak değerlendirilmiştir.
BULGULAR :Hastaların 236'sı (%20,37) erkek , 922'si (%79,62) kadın olup , ortalama yaş 52(20-86) dir. Hastaların 162'sinde (%14) akut kolesistit tanısı ile ameliyat edildi. 25 olguda (%2,15) mekanik ikter vardı. Bu olgulara preoperatif ERCP uygulanarak taş çıkarıldı. 31 olguda (%2,6)da açık cerrahiye geçildi. Bunların altısında; karaciğer yatağından kanama (iki olgu), kolon yaralanması (bir olgu), safrayolu yaralanması (iki olgu), ince barsak mezenterinde kanama (bir olgu) saptandı. 25 olguda ise ileri derecede yapışıklık ve zor anatomi sonucu açık cerrahi uygulandı.
İntraoperatif komplikasyon olarak, iki olguda (%0,17) safrayolu yaralanması, iki olguda (%0,17) karaciğer yatağından kanama, bir olguda (%0,086) ince barsak mezenterinden kanama, bir olguda (% 0,086 diafragma rüptürü saptandı.Postoperatif komplikasyon olarak onbir olguda (% 0,94) intraabdominal koleksiyon, oniki olguda (%1,03) respiratuar kompikasyonlar, onaltı olguda (%1,38) yara yeri enfeksiyonu, yedi olguda (% 0,60) insizyonel herni, iki olguda (%0,17) intra abdomial abse, iki olguda (%0,17) peritonit, üç olguda (%0,25) safra fistülü görüldü.
Üç hasta kaybedildi. (% 0.25) Akut kolesistit tanısı, ile ameliyat edilen iki olguda ameliyat sırasında, fark edilen karaciğer sirozu vardı. Karaciğer yatağından kanama nedeniyle açık cerrahi yönteme dönüldü ancak iki olguda DIK nedeniyle kaybedildi. Diğer olgu ise geç fark edilen bilier sepsis nedeniyle kaybedildi.
SONUÇ : Laporoskopik kolesistektomi taşlı kolesistit için standart bir cerrahi girişim olmasına karşın mobidite ve mortalitesi olan bir ameliyattır. Yeterli deneyime ve eğitime sahip cerrahlar tarafından uygulanması komplikasyonlara açık olan bu cerrahi yöntemi daha güvenilir kılacaktır.

44. ERKEKTE LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ ZORMU?

Sunucu : Adem Akçakaya (aakcakaya@hotmail.com)

Yazarlar : Gürhan Baş, Mustafa Şahin, Orhan Alimoğlu

SSK Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Laparoskopik kolesistektomi(LK) safra kesesinin çıkarılması gereken durumlarda seçkin yöntemdir. Bu işlem esnasında ciddi yapışıklıklar, anatomik anomaliler, kanama, safra yolu ve karın içi organ yaralanması gibi intraoperatif komplikasyonlar açık cerrahiye dönmeyi gerektirebilmektedir.
Bu çalışmada konversiyon sebepleri arasındaki erkek seksin laparoskopik kolesistektomi de zorluk oluşturup oluşturmadığını araştırdık.
SSK Vakıf Gureba Hastanesi 1.Genel Cerrahi Kliniğinde Ocak 1997-Şubat2002 tarihleri arasında yapılan 321 LK ameliyatını retrospektif olarak inceledik. Cinse bağlı yaş, ameliyat süresi, ameliyatı güçleştiren safra kesesi ve komşu organlara bağlı faktörleri irdeledik. Safra kesesinin anatomi ve yapışıklıklarını değerlendiren derecelendirme yaptık. Grade\'lemeyi 0 dan 4' e kadar 5 sınıfa ayırdık.
Hastaların 252 (%78.5)'si kadın 69(%21.5)'u erkek, genel yaş ortalaması 49,5(20-85); kadınların yaş ortalaması 48, erkeklerin yaş orlalaması 54 idi.
21(%16.5) hastada açığa geçildi. Bunların 12'si(%4.7) kadın, 9(%13)'u erkekti. Konversiyon nedeni kadınların 5'inde disseksiyon güçlüğü, 3'ünde kanama, 1'inde Mirizzi send.Tip 2, 1'inde koledok yaralanması,1'inde duodenum perforasyonu, 1'inde insuflasyona bağlı kardiak problemler idi. Erkeklerde en sık sebep 4 olgu ile disseksiyon güçlüğü idi.(Olgulardan birinde kolesistoduedonal fistül mevcuttu). Bunu 3 olgu ile kanama, 1 olgu ile Mirizzi send. Tip 2' ve insuflasyona bağlı kardiak problemler izliyordu. İki cins arasında anlamlı fark mevcuttu($P<0,05$).
Ameliyat zorluklarının derecelendirmesinde iki grup arasında ileri derecede anlamlı fark mevcuttu.($P<0,001$)
Ameliyat süreleri kadında 55+25 dk iken erkeklerde 83+75 dk idi ve anlamlı fark mevcuttu($P<0,001$)
Ameliyatta oluşan komplikasyonlar; kadınlarda olguların 10' unda kanama, 15' inde SK perforasyonu 5'inde safra kaçağı, 1'inde diafragma yaralanması iken; erkek olguların 7'sinde kanama, 9'unda SK perforasyonu, 1'inde safra kaçağı tespit edildi. Gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu.
Erkek cinste LK'i anatomik zorluklar taşımakta, buna bağlı olarakta ameliyat süresi daha uzun, konversiyon oranı ve komplikasyonlar daha fazla izlenmektedir.

45. LAPAROSKOPİK SPLENEKTOMİDE 6 HASTALIK DENEYİMİMİZ

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

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

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi, 1. Genel Cerrahi Kliniği

Haziran 2000- Mart 2002 tarihleri arasında 6 hastaya hematolojik hastalıklarının tıbbi tedavi ile kontrol altına alınamaması nedeniyle laparoskopik yöntemle splenektomi uyguladık.
Hastalarımızın 4 ü ITP,1 i herediter sferositoz, 1 i de hemolitik anemi tanısı almışlardı.
Kadın / erkek oranı 5/1 idi. Hastalarımız 15-30 yaş arasındaydı.
Tüm hastalara sağ lateral pozisyonda ameliyatlar yapıldı. Beş trokar kullanılarak çalışıldı.
Hastaların 4 ünde ameliyat laparoskopik yöntemle tamamlandı, 1 hastada kanama nedeniyle açık ameliyata geçildi, 1 hastada da eksplorasyonda dalağın çok büyük olması nedeniyle laparoskopik yöntemden vazgeçildi.
Laparoskopik splenektomilerin ameliyat süreleri 150 ile 260 dakika arasında oldu.Ameliyat sonrası ağrı yalnızca parasetamol ile kontrol altına alındı.Laparoskopik yöntemle opere edilen hastalarımızın ameliyat sonrası hastanede kalma süreleri 2 ile 4 gün arasındaydı.
Hastalarımızda ameliyat mortalitesi olmadı, 1 hastamızda ameliyattan 15 gün sonra lokal anestezi ile drene edilen sol subfrenik sıvı birikimi ve sol plörezi gelişimi oldu.
Hastaların yakın dönem trombosit sayıları tıbbi destek gerekmeyen düzeylere erişti.
Sonuç olarak laparoskopik cerrahide her geçen gün cerrahi beceri ve deneyimler artmakta, açık cerrahi ile rahatça kıyaslanabilecek daha az invaziv ameliyatlar yapılabilmektedir.

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

Sunucu : Hüseyin Alakuş ()

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

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Splenektomi gereken ITP' li olgularda laparoskopik cerrahi açık cerrahiye tercih edilen bir yaklaşımdır. Laparoskopik splenektomide ameliyat süresinin uzun, maliyetin daha yüksek olmasına karşın, postoperatif hasta konforunun çok iyi hastanede yatış süresinin daha kısa olması, kesiye ait komplikasyonların az, solunum problemlerinin seyrek görülmesi, yöntemin tüm dünyada yaygın bir uygulama alanı bulmasına neden olmuştur.
Bu retrospektif klinik çalışmada, medikal tedaviye yanıt vermeyen splenektomileri konvesiyonel yöntemle yapılmış ITP' li 6 olgu (4 K, 2 E, yaş ort.' sı: 34.6-28-41) ile, aynı endikasyonla laparoskopik splenektomi yapılan 6 olgu (4 K, 2 E, yaş ort.' sı: 28.8-18-48) ameliyat süreleri ve hastanede yatış süreleri açısından karşılaştırıldı. Sonuçların istatistiksel değerlendirmesinde Fisher' ın kesin ki-kare ve Mann-Whitney testi kullanıldı. Heriki grupta yaş ve cinsiyet açısından farklılık yoktu(t>0.05). Konvensiyonel yöntemde sol subkostal insizyon kullanıldı. Laparoskopik yaklaşımda ilk 2 hastada supine, diğer 4 hastada lateral pozisyonda, ilk 2 olguda 5 adet, diğer 4 olguda 3 adet 10 mm' lik trokar kullanıldı. Laparoskopik splenektomide splenik arter dalları 2-0 ipeklerle intrakorporal ligatüre edildi, ven için lineer kesici stapler kullanıldı. Açık cerrahi (AC) grubundaki olgularda ameliyat süresi ort. :76.6 dk (45-120), Laparoskopik cerrahi (LC) grubunda bu süre ort.: 122.5 dk (75-180) idi (p:0.026). Hastanede yatış süresi AC grubunda ort.: 5 gün (3-7), LC grubunda ise bu süre ort.:1.6 (1-3) gün idi(p:0.002), bu gruptaki son 3 olgu postoperatif 1. gün taburcu edildi.
Sınırlı sayıdaki deneyimimizin sonuçları bize, laparoskopik splenektomide ameliyat süresinin uzun olmasına karşın, hastanede yatış süresinin oldukça kısa olduğunu gösterdi.

47. Laparoskopik Splenektomi

Sunucu : Oktar Asoğlu (asogluoktar@yahoo.com)

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

AMAÇ : Laparoskopi tekniğindeki gelişmeler ve edinilen tecrübeler, laparoskopik girişimlerin endikasyonlarını arttırmıştır. Bunlardan birisi de laparoskopik splenektomidir. Bu çalışmadaki amacımız laparaskopik splenektomi deneyimimizi yansıtmaktır.
METOD: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı C servisinde 1993-2001 yılları arasında laparoskopik splenektomi yapılmış 20 olgu retrospektif olarak incelenmiştir.
BULGULAR: Hastaların 7'si (%35) erkek, 13'ü (%65) kadın olup, ortalama yaş 26.9 (14-38)dir.Olguların 1'i (5) hairy cell lösemi,1'i (%5) Evan's Sendromu,18'i (%90) ise idiyopatik trombositopenik purpuraydı. 7 olguda (%35) hiler damarlar endostaplerle kesilirken, 13 olguda (%65) ise arter ve ven keskin diseksiyonla serbestleştirilerek geniş klipslerle ayrıldı. Ortalama ameliyat süresi 153 (80- 240) dakikadır. Hairy cell lösemili olguda büyük dalak, ITP'li 2 olgudaysa kontrol edilemeyen kanama yüzünden toplam 3 olguda (%15) açık splenektomiye dönüldü. Ameliyat esnasında saptanan kan kaybı 250 (80-700) olup, ortalama dalak ağırlığı 199.6 (138-450 gr)' dı. Ortalama hastanede kalış süresi 2.65 (2-6) gündür.
SONUÇ: Laparoskopik splenektomide laparoskopun magnifikasyon özelliği sayesinde yeterli görüş ve diseksiyon alanı sağlanması açısından laparotomiye alternatif emniyetli bir tedavi yöntemi olarak kabul edilebilir. Ancak laparoskopi konusunda deneyimli cerrahi ekip tarafından uygulanabilir.

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

Sunucu : Ayhan Eser ()

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

Akdeniz Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

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

49. ENDOSKOPİK DİKİŞ TEKNİKLERİNDE YENİ GELİŞMELER

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

Yazarlar : Feyzan ERCAN

Ileri Tıp Teknolojileri Eğitim ve Uygulama Merkezi

Giriş: Laparoskopik cerrahinin en büyük problemlerinin başında dokuların birbirine dikilmesi ve greft tespitleri olmuştur. Bu amaçla bu güne kadar sütür atıcılar, staplerler ve zımbalar üretilmiş hepsinin değişik avantaj ve dezavantajları görülmüştür. Özellikle sütür atma yoğun eğitim ve antreman gerektirdiğinden bunu gerektiren endoskopik girişimler yaygınlaşmamıştır.
Teknik: Yakın dönemde geliştirilen ve endoskopik dikiş koymak amacıyla iğnesiz bir dikiş gereci olan Touche Grasper eğitim uyguylamalarımız amacıyla gerçekleştirilen laparoskopik operasyonlarda başarıyla kullanılmış ve ilk tecrübelerden memnuniyet verici sonuçlar alınmıştır. Birbirine dikilmesi planlanan dokular grasper ile tutar gibi yakalanır ve gerecin tel sürücü düğmesine basılır. Çenesinden çıkan çelik tel yeni bir hamle ile tutulur ve çevirici düğüme ile şaft döndürülür. Tel kendi üzerinde burkulmaya başlar. Yeterli tur atılınca kesici tetik ile tel koparılır.
Sonuçlar ve Yourm: Bu gereçle operere edilen olgularda periton kapatılması, anastomoz, greft tesbiti ve crus kapatılması gibi işlemler başarıyla yapıldı. Bu video sunumu ile uygulama alanımıza soktuğumuz bu yeni tekniği endoskopik cerrahi ile uğraşan cerrahlarla paylaşmak istedik.

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

Sunucu : Emre Görgün (egorgun@hotmail.com)

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

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç : Mekanik ince barsak obstrüksiyonuna yol açmış nadir bir klinik tablo olan supravezikal herni olgusu ve tedavisinde seçilen laparoskopik yöntemin sunumu.
Yöntem: Ellidört yaşında erkek hasta, iki gün önce başlayan, karın ağrısı, kusma, gaz- gayta çıkaramama şikayetleri ile acil cerrahi kliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde karın distansiyonu mevcut, barsak sesleri hipoaktif, tuşe rektalde ampulla boş ve ağrısız idi. Çekilen ADBG'de multiple ince barsak tipi hava sıvı seviysi mevcuttu.
Bulgular: Batın-pelvis BT'de ileoçekal valvin proksimalinde obstrüksiyona sebep olan lezyon ve proksimalindeki barsak anslarında dilatasyon saptandı. Bu lezyon invaginasyona yol açan ince barsak tümörü olarak yorumlandı. Olguya uygulanan laparoskopi ile ileoçekal valvden proksimale doğru ince barsaklar eksplore edildi. İleoçekal valvin yaklaşık 80cm. proksimalinde 20 cm.lik ince barsak ansının supravesikal fossadan fıtıklaştığı görüldü. Fıtık halkası kesilerek ince barsaklar redükte edildi. İnkarsere barsak segmentinde herhangi bir viabilite sorunu yoktu. Fıtık defekti tek tek konan intrakorporal sütürler ile tamir edildi. Hasta post-op 1.gün taburcu edildi.
Sonuç: Mekanik ince barsak obstrüksiyonunun, bir nedeni de nadir görülen supravezikal fıtıklardır. Bu olguların tanı ve tedavisinde laparoskopinin yeri hatırlanmalıdır

51. KIZ ÇOCUKLARINDA LAPAROSKOPİK KASIK FITIĞI ONARIMI

Sunucu : B. Haluk Güvenç ()

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

Kocaeli Ü. Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim D.

Çocukluk çağı kasık fıtıkları % 5 oranında görülür ve prosesus vaginalisin kapanmasındaki gecikmeye bağlı olarak sıklıkla indirekt fıtık olarak karşımıza çıkar. Herni kesesinin bulunarak yüksek ligasyonunun yapılması tedavi için yeterli olmaktadır. Gelişen teknik olanaklar sayesinde minimal invazif girişimler, çocuk yaş grubunda da giderek artan oranlarda uygulama alanı bulmaktadır.
Kliniğimizde, Ekim 2001 - Ocak 2002 tarihleri arasında, yaş ortalaması 4.4 olan (3 ay-7 yaş) yedi kız olguda, toplam onbir kasık fıtığı laparoskopik olarak onarıldı. Olguların beşinde sağ, birinde sol ve bir diğerinde ise bilateral kasık fıtığı mevcuttu. Operasyon sırasında, tek taraflı kasık fıtığı ile başvuran altı olgunun dördünde, karşı tarafta patent processus vaginalis tespit edildi. Hasson tekniği ile umbilikustan yerleştirilen 5 mm'lik bir port yoluya batın 10 mm Hg basınç ile insufle edildi. 5-mm\'lik, 0° skop yardımıyla yapılan eksplorasyonu takiben, göbek hizasında her iki rektus lateralinden iki adet 2.8 mm\'lik port yerleştirildi. İnguinal kanal içerisinden yakalanan fıtık kesesi batın içine inverte edilip, iç ring hizasında purse-string konularak bağlandı. Karşı tarafta patent prosessus tespit edildiği taktirde, o tarafa da onarım yapıldı. Bütün ameliyatlar laparoskopik yöntemle tamamlandı.
Erişkin kasık fıtıklarında, laparoskopik cerrahi ile onarımın yatış süresini kısalttığı ve post-op ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. Çocuklarda takviye gerekmediğinden, ameliyat süresi uzamamakta, ayrıca girişim esnasında karşı taraf prosesus vaginalisin onarımı ile ikinci bir inguinal eksplorasyon gereği ortadan kaldırılmaktadır. Kız çocuklarında, laparoskopik kasık fıtığı onarımının emniyetli ve uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu düşünmekteyiz.

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

Sunucu : Ediz ALTINLI (edizaltinli@hotmail.com)

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

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

AMAÇ :Cerrahi kliniklerinde çok sık olarak yapılmakta olan kasık fıtıklarının çok farklı tamir yöntemleri bulunmaktadır.Bunlar arasında son yıllarda yaygın olarak yapılmakta olan laparoskopik fıtık tamir yöntemleri giderek artmakta olup bu yöntemle çeşitli sentetik tamir materyalleri kullanılmaktadır.Çalışmamızda kasık fıtığı nedeniyle çeşitli yöntemlerle ameliyat edilen olgular kendi aralarında karşılaştırılmışlardır.
YÖNTEM :Ocak 2001-Şubat 2002 tarihleri arasında toplam 52 olgu ameliyat edildi.Olgular yapılan ameliyat tekniğine göre üç farklı gruba ayrıldı.1.grupta laparoskopik total ekstraperitoneal (LAP TEP) tamir yöntemi,2.grupta mesh plug uygulaması, 3.grupta ise Lichtenstein tipi fıtık tamiri yapıldı. Olgular yaş,cinsiyet,yara komplikasyonları,hastanede kalış süresi,günlük aktiviteye dönüş süresi ve gelişen nüksler bakımından irdelendi.
BULGULAR :Olguların 47'si erkek,5'i kadın olup yaş ortalaması 43.5 yıldır.1.grupta 17 olgu (2 olgu bilateral),2.grupta 16 olgu(3 olgu bilateral), 3.grupta ise 19 olgu (3 olgu bilateral) bulunmaktadır. Ameliyat sonrasında 1.grupta; 1 olguda derin yumuşak doku enfeksiyonu, 2.grupta; 6 olguda kasık bölgesinde ağrı,2 olguda seroma ve 11 olguda ameliyat bölgesinde parestezi, 3. grupta ise 1 olguda hematom,2 olguda seroma ve 9 olguda ameliyat bölgesinde parestezi saptandı.Ayrıca 3.grupta 1 olguda postop 4.ayda nüks saptandı.Grupların sırasıyla hastanede yatış süreleri; 1.2, 2.3 ve 2.4 gündür. Günlük aktiviteya dönme süreleri ise sırasıyla; ortalama 4, 7 ve 8 gündür. 1. ve 2. gruptaki olgularda takip edilen süreler içinde nükse rastlanmadı. Olguların ortalama takip süresi 5.8 aydır.
SONUÇ :Kasık fıtığı tamirinde kullanılan sentetik yama materyalleri çeşitli cerrahi tekniklerle yapılagelmektedir.Ameliyatın tekniği ve kullanılan materyalin tipi beraberinde çeşitli sorunlara yol açabilmektedir. Çalışmamızda üç farklı teknikle yapılan kasık fıtığı tamirinde, LAP TEP yönteminin; düşük morbidite, nüks görülmemesi, hastanede yatış ve günlük aktiviteye dönüş süresinin daha kısa olması nedeniyle diğer yöntemlerden daha üstün olduğu saptanmıştır.

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

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

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

Mersin Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim D.

Amaç: İnguinal herni onarımında laparoskopik yöntemlerin yeri halen tartışmalıdır. Bu prospektif randomize çalışmanın amacı TEP yönteminin açık mesh onarım yöntemiyle karşılaştırılmasıdır.
Yöntem: Toplam 80 ardışık inguinal herni hastası TEP (n = 40) veya açık mesh (n = 40) onarımı yapılmak üzere rasgele iki guruba ayrıldı. Her iki gurubun operasyon ve hastanede kalma süreleri, postoperatif ağrı skorları, parenteral analjezik ihtiyaçları, peroperatif-postoperatif komplikasyon ve erken dönem nüks oranları değerlendirildi.
Bulgular: Her iki gurup yaş, cinsiyet, herni tipi ve operasyon süresi açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$). Ortalama takip süresi ± standart sapması 11.86 ± 2.86 aydı. Operasyon süresi (71.50'ye 72.00 dk., $p = 0.940$), ilk mobilizasyon için geçen süre (5.07 ± 2.75'ye 5.62 ± 2.42 saat, $p = 0.34$), komplikasyon ($p = 0.785$) ve erken dönem nüks oranları (2'ye 3, $p = 0.64$) açısından guruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Buna karşın ortalama parenteral analjezik kullanma süresi (0.40 ± 0.92'ye 1.30 ± 1.95 gün, $p = 0.01$), postoperatif ağrı skorları (2.75 ± 1.77'ye 4.62 ± 1.87, $p = 0.001$) ve hastanede kalma süresi (1.77 ± 0.65'ye 3.75 ± 1.85 gün, $p = 0.0001$) laparoskopik gurupta anlamlı derecede daha düşüktü.
Sonuç: TEP ile inguinal herni onarımı açık mesh yöntemine göre operasyon süresini, komplikasyon ve nüks oranlarını artırmadan hastaların postoperatif ağrısını ve analjezik ihtiyaçlarını azalttığı ve hastanede kalma sürelerini kısalttığı gözlendi.