

Laparoskopik ve açık apendektominin karşılaştırılması:

80 olgunun prospektif randomize bir değerlendirilmesi

Kayıhan GÜNAY (*), Korhan TAVİLOĞLU (*), Cemalettin ERTEKİN (**), Ergun ESKİOĞLU (*), Ömer ARDAMAN (***), Ömer TÜREL (****)

ÖZET

İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Acil Cerrahi bölümünde açık ve laparoskopik apendektomiye karşılaştırmak amacı ile prospektif, randomize bir çalışma yapıldı. Seksen hasta rastgele olarak 40 kişilik açık (I. grup) ve 40 kişilik laparoskopik (II. grup) apendektomi gruplarına ayrıldı. Ameliyat süresi, hastanede kalış süreleri, paralitik ileus, komplikasyonlar ve postoperatif analjezik gereksinimleri karşılaştırdı. Hipotez testi (0.05) kullanılarak yapılan değerlendirmede ameliyat süreleri arasında belirli bir fark bulunmazken, postop hastanede kalış süresinin II. grupta anlamlı derecede kısa olduğu saptandı (I. grup: 3.4, II. grup: 1.6 gün). Yine II. grupta postop paralitik ileus süresi daha kısa, ameliyatın ertesi sabah parenteral analjezik gereken olgu sayısı daha az idi. Komplikasyon oranı da I. grupta yüksek idi (I. grup: % 20, II. grup: % 5). Bir olguda yapışıklıklar, diğerinde ise apendiküler arterden kanama nedeni ile toplam 2 hastada açık ameliyata geçildi. Sonuç olarak hastanede kalış süresini kısaltması, komplikasyon sayısının düşük olması, paralitik ileusun kısa sürmesi, daha az analjezik gereksinimi ve nihayet kosmetik nedenlerle laparoskopik apendektominin açık apendektomiye iyi bir alternatif oluşturabileceğini düşünüyoruz.

SUMMARY

A comparison of laparoscopic and open appendectomy: a prospective randomized evaluation of 80 cases

A prospective randomized trial was performed in Surgical Emergency and Trauma Department of Istanbul Medical Faculty in order to compare results of open and laparoscopic appendectomy in patients with acute appendicitis. Eighty patients were randomized, 40 to classical open (I. group) and 40 to laparoscopic appendectomy (II. group). Variables evaluated were length of operating time, hospital stay, paralytic ileus, complications and postoperative pain medication. Hypotheses test (α : 0.05) was used for statistical evaluation. Although there were no significant differences in operating times, the postoperative hospital stay was significantly shorter in the laparoscopic group (1.6 versus 3.4 days). Duration of paralytic ileus was shorter and parenteral analgesic requirements in the morning after the operation were reduced in group II. Complication rate was definitely higher in group I (20 % versus 5 %). In two patients we had to convert to open surgery because of adhesions in one and bleeding from the appendicular artery in the other. We conclude that laparoscopic appendectomy is a safe alternative to open operation with benefits for the lesser pain, fewer complications and better cosmetic outcome.

Anahtar kelimeler: Laparoskopik apendektomi

Key words: Laparoscopic appendectomy

GİRİŞ

Laparoskopik cerrahinin hızla gelişmesi ve kabul görmesi birçok karın içi hastalıkların tanı ve tedavisinde yaygın olarak kullanımına yol

açmıştır. Apendektomi günümüzde kolesistektomilerle birlikte en sık uygulanan laparoskopik girişimlerin başında gelmektedir. İlk kez 1982 yılında Kurt Semm⁽¹⁾ tarafından gerçekleştirilen bu işlem 1987 yılında Gotz'un⁽²⁾ modifiye etmesini takiben popülerite kazanmıştır.

Birimimize başvuran ve klinik olarak apandisit tanısı konulan 80 hasta randomize olarak 2 gruba ayrılarak açık ve laparoskopik yöntemle tedavi metodları karşılaştırılmıştır.

(*) İ.Ü. İst. Üniv., Hekimlikte Acil Vakalar Anabilim Dalı, Op. Dr.

(**) İ.Ü. İst. Üniv., Hekimlikte Acil Vakalar Anabilim Dalı, Doç. Dr.

(***) İ.Ü. İst. Üniv., Hekimlikte Acil Vakalar Anabilim Dalı, Dr.

(****) İ.Ü. İst. Üniv., Hekimlikte Acil Vakalar Anabilim Dalı, Prof. Dr.

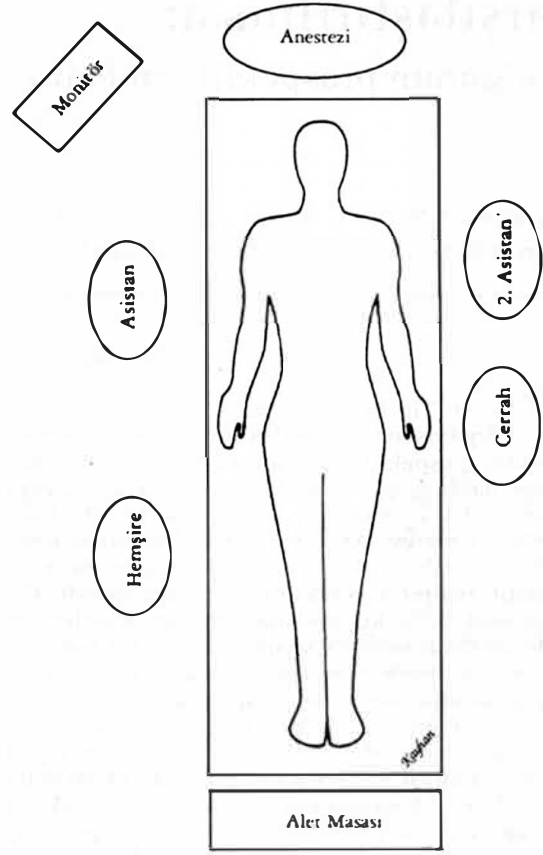
GEREÇ ve YÖNTEM

İstanbul Tıp Fak. Hekimlikte Acil Vakalar AB Dalı'na Haziran 1994-Ekim 1995 tarihleri arasında başvuran ve apandisit tanısı konulan hastalardan 80'i çalışmaya alınmıştır. Bu hastalar randomize olarak 40'ar kişilik 2 gruba ayrılmış: I. gruba açık apendektomi (AA), II. gruba laparoskopik apendektomi (LA) yapılmıştır.

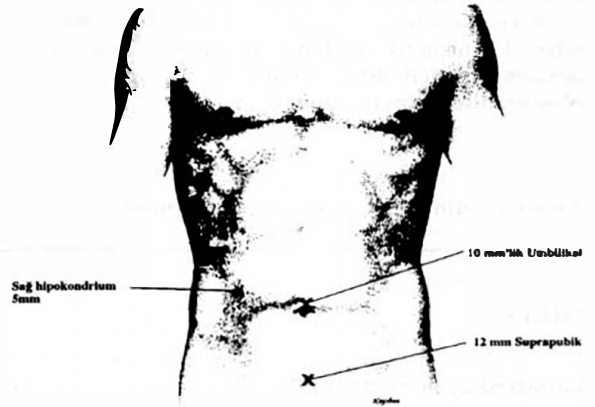
I. gruptaki (AA) hastaların 21'ini erkek, 19'unu kadınlar oluşturmakta olup, ortalama yaş 35 (max:83, min:15) idi. II. grubun (LA) ise 16'sı erkek, 24'ü kadın olup yaş ortalamaları 34 (max:86, min:18) idi. I. gruptaki hastalar tanıyı takiben ameliyata alınarak genel anestezi altında Mc Burney insizyonu ile explore edilmiş ve apendektomi sonrası kesi uygun şekilde kapatılarak ameliyat sonlandırılmıştır.

II. gruptaki hastalar yine genel anestezi altında Şekil 1'de görülen yerleşim planına uygun şekilde ameliyat edilmişlerdir. Buna göre cerrah hastanın sol yanında göbek altı bölümünde durur. Tek asistanla gerçekleştirilen olgularda asistan cerrahın karşısında yerini alır. Gerekliğinde 2. asistan cerrahın hemen sağ yanında ameliyata katılır.

LA grubundaki tüm olgularımızı 2'si 10 mm, 1'i 5 mm'lik 3 portla gerçekleştirdik. Göbek altından Veress iğnesi ile CO₂ gazı verilerek 15 mmHg'lık pnömoperitoneum oluşturuldu. Buraya yerleştirilen 10 mm'lik ilk trokardan girilerek batın explore edildi. Teleskop görüntüsü altında 10 mm'lik 2. trokar suprapubik pozisyonda girildi ve bir endobebkok yardımı ile apendiks bulunmaya çalışıldı. 3. trokar (5 mm) apendiksin pozisyonu da dikkate alınarak sağ hipokondriumda göbek hizasının yaklaşık 2-3 cm üzerine yerleştirildi (Şekil 2). 2. ve 3. trokarlardan girilen endobebkok, endobowel ve disektör yardımı ile apendiks ortaya konuldu. Mezo, koter ve klipsler yardımı ile ayrıldı. Apendiks kökü kendi hazırladığımız 2/0 poliglaktin (Vicryl®) ile bağlandı. 5 vakada ise kökü karşılıklı ters olarak attığımız çift klipsler ile kapattık. Apendiks kesildikten sonra suprapubik trokar deliğinden çıkartıldı.



Şekil 1. Laparoskopik apendektomide yerleşim planı.



Şekil 2. Trokarların giriş yerleri.

Perfore olgularımızın ilk 3'ünde apendiksi endopozet içine koyarak dışarı aldık, diğer hastalarımızda bu yöntem kullanılmadı. 10 mm'lik ilk trokar deliği 1 numara prolen ile kapatıldı. Trokar yerlerindeki cildin kapatılması ile ameliyat sonlandırıldı. Perfore olgularımızda batın

2. trokardan aspirasyon irrigasyon aleti ile bol SF verilerek yıkanıp temizlendi ve bunlardan 4'üne 3. trokar (5 mm) deliğinden 18 numara NG sonda dren olarak koyuldu. Her iki gruptaki perfore olgulara antibiyoterapi uygulandı. Olguların ameliyat süreleri ve postoperatif dönemde hastanede yatış süreleri Hipotez testi ($\alpha:0.05$) kullanılarak istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

SONUÇLAR

I. (AA) ve II. (LA) gruptaki hastalarda makroskopik ameliyat bulguları Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre iki gruptaki olguların büyük bir kısmını akut apandisitler oluşturmaktadır. I. gruptaki 4 normal apendiksli hastaların tümü kadındı ve pelviperitonit saptanan bu vakalarda apendektomi uygulandı. II. grupta ise 3 normal apendiksle karşılaşıldı: 1'inde overkisti ve bir diğerinde segmenter mezenter iskemi saptanan bu olguların hiçbirinde apendektomi uygulanmadı. Segmenter mezenter iskemi saptanan ve takib edilen de dahil olmak üzere tümünde konservatif kalındı. Diğer vakalardan açığa dönmek zorunda kalan 2'si hariç tutulursa toplam 35 olguda laparoskopik apendektomi yapıldı. Cerrahi ekip I. gruptaki tüm olgularda 3, II. grupta ise 31 olguda 2, 9 olguda ise 3 kişiden oluşmuştur.

I. gruptaki ortalama ameliyat süresi 48 (25-90), II. grupta ise 50 (20-105) dakikadır. Ancak LA grubundaki son 5 hastada bu süre 45 dk'ya düşmüştür. Hastanede kalış süresi I. grupta ortalama 3.4 (1-12), II. grupta ise 1.6 (1-6) gündür. Hipotez testi ($\alpha:0.05$) uygulaması sonucu I. ve II. grupların ameliyat ve hastanede yatış süreleri ile ilgili saptanan değerler Tablo 2'de verilmiştir. Postoperatif dönemde I. grup hastalardan apandisit saptananların 17'sine ilk 24 saat içinde, 19'una 24-48 saat içinde ve 4'üne ise 48 saatten sonra oral gıda başlanabilmiştir. II. gruptaki apandisitli hastaların 31'ine ilk 24 saat, 6'sına ilk 24-48 saatler arası başlanmıştır. Ameliyat sonrası sabah ağrının parenteral analjeziklerle kontrolü AA grubundaki hastaların % 70'inde, LA grubunun ise % 20'sinde gerekmiştir.

Tablo 1. Makroskopik ameliyat bulguları

Gruplar	Bulgular			
	Normal	Akut	Gangrene	Perfore
I. grup (AA) n:40	4	26	2	8
II. grup (LA) n:40	3	27	3	7
Toplam: 80	7	53	5	15

Tablo 2. Hipotez testi ($\alpha:0.05$) uygulaması sonucuna göre saptanan değerler

	Ameliyat süresi (dk)		Hastanede kalış süresi (gün)	
	I. grup	II. grup	I. grup	II. grup
Mean	48	50	3.4	4.6
Standart sapma	16.2	13.3	1.9	0.9
Range	65	85	11	5
Median	45	50	3	1.5
Mode	35	50	3	1

Laparoskopik apendektomi grubundaki hastalardan 2'sinde açık ameliyata dönmek zorunda kalmıştır. Bunlardan gecikmiş perforasyon olan ilkinde çekum bölgesinde yoğun yapışıklıklar nedeniyle başarılı olunamamıştır, ikincisinde ise mezodaki kanama laparoskopik olarak durdurulamamıştır.

I. (AA) gruptaki hastaların 6'sında yara enfeksiyonu, 1'inde eviserasyon, 1'inde intraabdominal abse gelişti. II. gruptakilerin 1'inde göbek altı trokar yerinde yara enfeksiyonu, yine bir diğerinin de aynı trokar yerinde postoperatif intraabdominal kanama gelişmiştir. Bu ikinci vaka kanama nedeni ile postoperatif 16. saatte tekrar opere edilerek hemostaz uygulanmıştır. Buna göre I. gruptaki komplikasyon oranı % 20 iken, bu oran II. grupta % 5'dir. Her iki gruptan da hiçbir hasta kaybedilmemiştir.

TARTIŞMA

1887'de ilk kez Morton'un ⁽³⁾ uyguladığı ve daha sonra Mc Burney ⁽⁴⁾ tarafından açık şekilde tanımlanan klasik apendektomi tekniği yıllardır çok sayıda cerrah tarafından başarıyla uygulanagelmıştır. Laparoskopik cerrahideki deneyimlerin artması ve teknik ilerlemeler ise 1982'de ilk kez Semm tarafından uygulanan laparoskopik apendektomiyi gündeme getirmiştir.

tir ⁽¹⁾. Önceleri sadece apandisit şüpheli vakalarda tanının doğrulanması amacı ile kullanılan laparoskopi günümüzde tedavi amacı ile de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır ^(5,6).

Klasik olarak % 10-20'lik bir negatif tanı yüzdesi, sonu peritonit ve hastanın kaybı ile sonlanabilecek bu patolojide kabul edilebilir bir orandır ⁽⁷⁾. Doğru tanı oranı çocuklar ve yaşlılarda daha da düşerken, yanlış tanı oranı menstruasyon yaşındaki kadınlarda % 40'lara varır ⁽⁸⁾. Laparoskopinin apandisitteki tanı doğruluğunu % 95'lere çıkardığı bildirilmektedir ^(5,6).

Bizde I. gruptaki hastalarımızın 4'ünde (% 10) apandisit saptanmamasına rağmen, Mc Burney insizyonu kullanımına bağlı daha sonraki yarınlgıları önlemek amacı ile mecburen apendektomi yaptık. II. gruptaki apandisit saptanmayan 3 (% 7.5) olgumuzda ise ayırıcı tanıyı takiben ameliyata son vererek, hem doğru tanı koymuş hem de gereksiz apendektomiden kaçınmış olduk.

Laparoskopik apendektomi yapılan olgulardaki tanılar daha sonra patolojik olarak da doğrulandı (% 100 doğruluk oranı). Ayrıca Mc Burney insizyonu yapılan ve apandisit saptanmayan olgularda, diğer batin organlarının eksplozasyonu problem olacak, insizyonun büyütülmesi ve median insizyona geçilmesi ise morbiditeyi artıracaktır. Öte yandan laparoskopinin diğer patolojilerde de tedavi edici olabileceği unutulmamalıdır.

I. grup vakalardaki 3 kişilik ameliyat ekibine karşın laparoskopik olguların 31'inde 2 kişinin bulunması personel kullanımı açısından bu yöntemin açık bir üstünlüğüdür. I. gruptaki hastalarımızın ortalama ameliyat süresi 48 dk iken II. gruptakilerin 50 dk olduğunu saptadık. Hipotez testi ile ($\alpha:0.05$) arada anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Kaldı ki II. gruptaki son 5 hastamızda bu süreyi 45 dk'ya düşürdük. Çeşitli gruplar aynı süreleri sırası ile 67-87 ⁽⁶⁾, 48-52 ⁽⁹⁾, 45-52 ⁽¹⁰⁾ dakika olarak bildirmişlerdir. Bu konuda büyük deneyimleri olan Pier ve Götze ise laparoskopik apendektomi süresini 18

dk'ya indirmeyi başarmışlardır ⁽¹¹⁾. Deneyimlerimizin artması ile biz de süremizin daha da düşeceğine inanıyoruz.

Hastanede kalış süresini Lewis, AA grubunda 9.1 gün, LA'de ise 5.8 gün olarak verirken ⁽⁷⁾, Molnar ve ark. her iki grup arasında bir fark saptamadıklarını bildirmişlerdir ⁽¹²⁾. Scott ve ark. LA grubunda bu süreyi 2.5 ⁽¹³⁾, Mc Kernan ve ark. 1 gün olarak bildirmişlerdir ⁽¹⁴⁾. Çalışmamızda LA grubunda bu süreyi 1.6 gün saptadık ve anlamlı derecede hastanede kalışı azalttığını gördük. Bu da hem hastanın normal yaşamına çabuk dönmesini sağlayan, hem de maliyeti düşüren bir faktördür. Hastanede kalış süresini kısaltan faktörlerin başında laparoskopik grupta daha az doku travması oluşması, buna bağlı olarak da postop ileusun az sürmesi söylenebilir. Sonuçta beslenmeye daha çabuk başlanabilir. Nitekim AA grubundaki olgularımızın sadece 17'sinde ilk 24 saatte oral gıda başlanabilirken, LA grubunda aynı rakam 31'dir.

Analjezik gereksinimin azalması ve komplikasyon sayısının düşmesi de hastanedeki süreyi kısaltan diğer faktörlerdir. Ameliyat sonrası sabah, ağrının parenteral analjeziklerle kontrolü AA grubundaki hastaların % 70'inde, LA grubunun ise % 20'sinde gerekmiştir. LA grubundaki analjezik dozu anlamlı derecede azalmıştır. I. gruptaki 8 hastada (% 20) komplikasyonla karşılaşırken II. grupta sadece 2 (% 5) hastada komplikasyon görüldü.

İlk grupta 6 olgu ile yara enfeksiyonu başta gelmektedir. 1 vakada konservatif tedavi edilebilen intraabdominal abse ve yine insizyonu hokey sopası tarzında yukarıya doğru uzatılan perfore 1 olguda evizyasyon görüldü. LA grubunda, antibiyoterapi ile düzelen 1 trokar yeri enfeksiyonu saptandı (% 2.5). Trokar yerinden kanama olan diğer vaka ise hemostaz amacı ile tekrar açık ameliyata alındı. Komplikasyon açısından da LA'lerin belirgin üstünlüğü ortadadır. Champault ve ark. karşılaştırmalı çalışmalarında 50 hastalık AA grubunda % 16, yine 50 hastalık LA grubunda % 0 yara enfeksiyonu bildirmişlerdir ⁽¹⁵⁾. Shirmer ve ark.

aynı rakamları sırası ile % 9.5 ve % 4.3 olarak vermişlerdir ⁽¹⁶⁾. Pier ve Götz'ün LA grubunda bu rakam % 2.1'dir ⁽¹¹⁾. Tüm serilerde yara enfeksiyonunun LA grubunda anlamlı şekilde düşük olduğu görülmüştür.

LA olgularımızdaki açık ameliyata dönüş oranımız % 5'dir. Bunlardan birinde periapendiküler ve pericekal yapışıklıklar, diğerinde ise kontrol edilemeyen apendiküler arter kanaması sorumlu idi. Özellikle diseksiyonun güç olduğu olgularda iatrojenik yaralanmadan kaçınılması amacı ile açık apendektomiye dönülmesi önerilmektedir ⁽¹⁷⁾. Postop 16. saatte trokar yerinden kanama nedeni ile hemostaz yapılmak üzere 2. kez ameliyata alınan olgumuzu ise komplikasyonlar bölümünde değerlendirmeyi uygun bulduk.

Laparoskopik apendektomi sırasında açığa geçiş çeşitli yayınlarda değişik oranlarda bildirilmiştir. Tate ve ark. ⁽¹⁸⁾ hepsi periapendiküler yapışıklıklara bağlı % 10 oran bildirirken, Cox ve ark. ⁽¹⁹⁾ % 8, Pier ve Götz % 2 oran bildirmişlerdir ⁽¹¹⁾. Schifano ve ark. ⁽²⁰⁾ ise 154 vakalık laparoskopik apendektomi serilerinde 10 vakada (% 6.5) laparotomiye geçmek zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir.

Haag AA'dan sonra intraabdominal adhezyonların % 68 oranında geliştiğini göstermiştir ⁽²¹⁾. Bu nedenle AA ve LA karşılaştırıldığında sadece erken dönem komplikasyonlar gözönüne alınmamalı, bununla birlikte insizyonla ilgili postoperatif yapışıklıklar, herni oluşumu gibi geç sonuçlar da sorgulanmalıdır. LA uygulamalarında henüz geç sonuçlar elimizde olmamasına rağmen toplam insizyonun küçüklüğü ve intraabdominal doku travmasının azlığının bir avantaj olacağı kuşkusuzdur. Bu durum özellikle şişman olan ve klasik yöntemde nispeten büyük bir insizyon gerektirecek olan kişilerde, subhepatik-yüksek yerleşimli olgularda daha da önem kazanacaktır.

Özetle günümüzde kabul edilebilir bir hızla yapılabilen, ayırıcı tanı, postoperatif analjezik gereksinimi, erken ve geç komplikasyonlar açısından üstün olan laparoskopik apendektomi,

hastanede kalış süresini de kısaltmaktadır. Laparoskopik apendektomi ile ilgili yapılabilecek tek haklı eleştiri maliyet konusunda olacaktır.

Ancak, gerçekte her maliyet analizi, ameliyat sonrası komplikasyonlarla ilişkili giderlerle, işe daha çabuk dönüşle ilişkili olarak üretkenliğin daha az kaybıyla, hastanın kozmetik açıdan ve daha az ağrıdan duyduğu memnuniyetle birlikte değerlendirilmelidir. Ayrıca tek kullanımlık yüksek maliyetli gereçlerin yerine çok kullanımlık daha düşük maliyetli gereçlerin tercih edilmesi ile (reusable/semireusable) laparoskopik yöntemin açık ameliyatlara iyi bir alternatif oluşturabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 14 ① Semm K. Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15:59-64.
2. Welzger A, Klaibere, Frei E. Appendectomie; offen oder laparoscopich? *Helv Chir Acta* 1992 May 58(6):841-845.
- 15 ③ Seal A. Appendicitis: a historical review. *Can J Surg* 1981; 24:427-33.
- 16 ④ Mc Burney C. Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. *N Y Med J* 1889; 50:676-84.
- 17 ⑤ Leape LL, Ramenofsky ML. Laparoscopy for questionable appendicitis. Can it reduce the negative appendectomy rate? *Ann Surg* 1980; 191:410-13.
- 18 ⑥ Whitworth CM, et al. Value of diagnostic laparoscopy in young women with possible appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167:187-190.
7. Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, et al. Appendicitis- a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg* 1975; 110:667-84.
8. Chang FC, et al. Evaluation of appendicitis. *Am J Surg* 1973; 126:752-54.
9. Valla JS, Limonne B, Montupet PC. Appendicectomies chez l'enfant sous coelioscopie opératoire 465 cas. *J Chir* 1991; 128:306-12.
10. Dolu İ. Laparoskopik apendektomi. *Uzmanlık Tezi*. 1994.
11. Pier A, Götz F, Bacher C. Laparoscopic appendectomy in 625 cases. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:5-13.
12. Molnar RG, Apelgren KN. Is laparoscopic better than open appendectomy? Presented at the society of Gastrointestinal Endoscopic Surgeons Scientific Session, Washington, DC, April, 1992.
13. Scott-Conner CEH, Hall TJ, Anglin BL. Laparoscopic appendectomy. *Ann Surg* 1992; 215:660-68.
14. Mc Kernan JB, et al. Laparoscopic techniques in appendectomy with argon laser. *South Med J* 1990; 83:1019-20.
15. Champault G, Belhassen A, Rizk N, Louroy J, et al. *J Chir Paris* 1993 January, 130(1):5-8.

- 19 (16) Shirmer BD, Schmicg RE, Dix J, Edge SB. Laparoscopic versus traditional appendectomy for suspected appendicitis. Am J Surg 1993; 165:670-75.
- 20 (17) Avcı C. Video-laparoskopik appendektomi. End Lap ve Min İnv Cer Derg 1994; 1:69-76.
18. Tate JJ, Chung SC, Dawson J, Leang HT, Chan A, Lau WY, Li AK. Laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis. Br J Surg 1993; 6:744-61.
19. Cox MR, Mc Call JL, Padbury RT, Wilson TG, Wattchow DA, Toouli J. Laparoscopic surgery in

women with a clinical diagnosis of acute appendicitis. Med J Aust 1995, Feb 6; 162(3):130-32.

- 21 (20) Schiffino L, Mouro J, Karayel M, Levard H, Berthelot G, Dubois F. Laparoskopik appendektomi 154 olgunun irdelenmesi. End Lap ve Min İnv Cer Derg 1994; 1:94-102.

21. Haag GM. Spatfolgen nach appendectomie unter besonderer Berücksichtigung von Unterbauchvermachungen, Chonischen Unterbauchbeschwerden and Sterilitat. Zentralbl Gynaekol 111:1101-1112.

Alındığı tarih: 8 Aralık 1995

Yazışma adresi: Dr. Kayıhan Günay, Fahrettin Kerim Gökay Cad. Yıldız Apt. No:226 D.7 İstanbul

ULUSAL ENDOSKOPIK-LAPAROSKOPIK CERRAHİ DERNEĞİ'nin

OLAĞAN GENEL KURUL TOPLANTISI

aşağıda belirtilen tarih ve yerde yapılacaktır.

Tüm dernek üyeleri Genel Kurul Toplantısı'na katılmaya davet edilir.

Tarih: 3 Haziran 1996, Saat 11.00

(Bu toplantıda çoğunluk sağlanamadığı takdirde)

10 Haziran 1996 Pazartesi günü aynı saatte

Yer: İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kütüphanesi

Bilgi ve irtibat

Tel: 533 34 32 Fax: 534 16 05