

10. Ulusal Endoskopic Laparoskopik Cerrahi Kongresi

VIDEO BİLDİRİLERİ

29 Nisan 2011, Cuma / 08:00 - 08:30

Seçilmiş Video Oturumu 1

Oturum Başkanları:

Tayfun YÜCEL, Mutlu DOĞANAY

V 01

KRONİK TRAVMATİK DİYAFRAM FITİĞİNDA LAPAROSKOPİK MESH HERNİORAFİ

Ediz ALTINLI

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Travmatik diyafram fıtıkları travmanın sık olma-
yan ve diyafram yaralanmalarının %10 da gözlenen bir
durumdur. Genellikle asemptomatik olduğundan ya da
silk klinik belirtiler verdiğinden dolayı tanıları gözden
kaçmaktadır.

Yöntem ve Bulgular: Olgumuz 27 yaşında bayan olup,
yemek sonrası gelişen sol üst kadrın ve göğüs ağrısı, ve
kusma şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde
21 yıl önce araç dışı trafik kazasına bağlı künl batın trav-
ma öyküsü mevcuttu. Çekilen PA akciğer grafisinde sol
diyafram elevasyonu görüldü. Toraks BT'sinde midenin
sol hemitoraksda olduğu ve sol diyaframın yırtılmış oldu-
ğu tespit edildi. Üst GİS endoskopisinde mide fundus ve
korpusunun diyaframdan sol torasik kaviteye fıtıklaştığı
görüldü. Yapılan tanısal laparoskopide, omentum majus
ve midenin sol torasik kaviteye yaklaşık 8 x 8 cm'lik açık-
lıktan fıtıklaştığı görüldü. Organlar batına redükte edildi.
15x10 cm'lik dual mesh ile delik tamir edildi. Hasta ame-
liyat sonrası 3. günde sorunsuz taburcu edildi. Takibinin
3. ayında herhangi bir sorun saptanmadı.

Sonuç: Kronik travmatik diyafram fıtıklarında, seçilmiş
vakalarda laparoskopik onarım uygun ve güvenli bir
yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Diyafram fıtığı, laparoskopi

V 02

LAPAROSKOPİK TOUPET FUNDOPLİKASYON- TEKNİK SUNUM

Levent AVTAN

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

André Toupet'in 1963 yılında tanımladığı posterior fun-
doplikasyon tekniği, günümüzde gastroözofageal reflü
hastalığı tedavisinde ve Heller miyotomi ile birlikte la-
paroskopik olarak uygulanmaktadır. Reflü kontrolünde
Nissen fundoplikasyonu kadar etkin olduğu kanıtlan-
mış olan laparoskopik Toupet fundoplikasyonunun
kendi uygulamalarımızdaki teknik aşamaları bu vide-
oda özetlenmiştir.

Dört port (bir 10 mm optik ve üç 5 mm el aletleri ve
ekartör) ile eksplorasyon ve frenogastrik ligamanın bi-
lateral diseksiyonu aşamasında, krus liflerini bütünlü-
ğünü bozmamaya ve üzerlerini örten parietal peritonu
korumaya çalışıyoruz. Avasküler posterior plandan
pencere açarken, krusların posteriorde birleşme nokta-
sından başlayarak sol krus lateralinde kalmaya ve pos-
terior vagusu özofagus tarafında bırakmaya çalışıyo-
ruz. Orijinal Toupet tekniğinden farklı olarak rutin kru-
rafi (tek sıfır ipek ve portegü ile) ve takiben 2400 pos-
terior fundoplikasyonu tercih ediyoruz. Fundusu özefa-
gusun sağında ve solunda 2 ya da 3'er sütürle (iki sıfır
ipek) ve manşonu da her iki yanda krusa tesbit ederek
fundoplikasyonu tamamlıyoruz.

Intraabdominal özofagus en az 3 cm olacağı şekilde
oluşturulan posterior parsiyel manşon ile daha az takılma
hissi ve yutma güçlüğü ile karşılaşılması umulmaktadır.
Üstelik literatürde midede gaz oluşumunda azalmanın ve
gaz çıkarma yeteneğinde artışın, kısa gastrik damarların
korunması ile ilişkili olduğunu (Nissen-Rosetti modifikas-
yonunda olduğu gibi) destekleyen kanıtlar mevcuttur.
200 küsur olguluk Nissen-Rosetti tecrübemiz, bize fun-
dus iskeletizasyonundan kaçınmanın çoğunlukla müm-
kün olduğunu ve ameliyat sonrası hasta konforunu artır-
dığını, cerrahi girişimi kısalttığını göstermektedir.

Intrakorporal dikiş ve düğümüne alışkın ellerde Toupet fundoplikasyonu rutin olarak uygulanabilecek bir tekniktir. Videoda, uyguladığımız tekniğin bu bahsi geçen detayları vurgulanarak sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Toupet, fundoplikasyon, laparoskopi

V 03

TORAKO-LAPAROSKOPİK TOTAL ÖZOFAJEKTOMİ

Metin ERTEM

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Özet: İki olguda uyguladığımız teknik ve sonuçları sunulmuştur.

1. olgu: 62 yaşında kadın hasta. Orta özofagus epidermoid ca tanısıyla neoadjuvan radyoterapi almıştır.

2. olgu ise 67 yaşında erkek hasta. Distal özofagus adeno ca tanısı nedeniyle opere edilmiştir.

Hastalar prone pozisyonunda operasyona başlanarak sağ torakstan 3 adet trokar girişi kullanılmıştır. Özofagus ve mediasten lenf diseksiyonu yapıldıktan sonra hasta çevrilerek supine pozisyonunda, 30 derece ters trendelenburgda laparoskopik olarak mide tüp şeklinde hazırlanarak toraksa çekilmiş ve boyunda anastomoz gerçekleştirilmiştir.

Postoperatif dönemde 2. gün toraks tüpü çekilmiş, 5. gün radyolojik tetkik sonrası oral gıda başlanmıştır. Hastalar sırasıyla postoperatif 9 ve 7. günlerde taburcu edilmiştir.

Video sunumunda tekniğin detayları ve önemli noktaları vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Torakoskopik, laparoskopik, özofajektomi

V 04

LAPAROSKOPİK TOTAL RADİKAL GASTREKTOMİ (D2 DİSEKSİYON); OLGU SUNUMU

Oktar ASOĞLU

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Radikal mide kanseri cerrahisinin laparoskopik olarak yapılabilirliğini irdemeleyi amaçladık.

Giriş: Mide kanserinin cerrahi tedavisinde genişletilmiş radikal lenfadenektominin sağ kalıma sağladığı katkı bir çok Japon ve Avrupa kökenli yayında gösterilmiş ve mide kanseri tedavisinde radikal cerrahi artık kabul edilmiş bir tekniktir. Gastrektomiye ek olarak midenin ana damarsal yapılarının orjiniinde bağlanması, mide çevresi istasyonlara ek olarak çölyak trunkus çevresi, hepatic arter çevresi, splenik arter trasesi ve dalak hilusu gibi 2. alan lenf nodu istasyonlarının piyese dahil edilmesi tekniği zahmetli ve deneyim gerektiren bir teknik olmasına neden olmuştur. Laparoskopi sağladığı magnifikasyon ve keskin diseksiyon şansı ile vasküler yapıların güvenle orjiniinde diseke edilmesine olanak

sağlayabilmektedir. Onkolojik basamaklara bağlı kalınarak mide cerrahisinde genişletilmiş lenfadenektomi laparoskopik olarak yapılabilir.

Araç-Yöntem: Teknik video sunumu ile anlatılacaktır.

Sonuç: Deneyimli merkezlerde, yeterli alt yapı sağlanırsa radikal mide cerrahisi, laparoskopik olarak yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Mide kanseri, laparoskopi

30 Nisan 2011, Cumartesi / 08:00 - 08:30

Seçilmiş Video Oturumu 2

Oturum Başkanları:

Neşet KÖKSAL, Halil ALIŞ

V 05

ROBOT YARDIMLI DİSTAL PANKREATEKTOMİ

Orhan BİLGE*

Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Robot yardımcı distal pankreatektomi uygulanan ilk beş olgu ile ilgili deneyimleri paylaşmak.

Yöntem: Eylül 2010-Aralık 2010 tarihleri arasında, toplam beş hastaya pankreas boynu veya kuyruğu yerleşimli kistik lezyon nedeni ile Da Vinci Sİ® sistemi kullanılarak robot yardımcı distal pankreatektomi yapıldı. Bu olgular, demografik veriler, ameliyat endikasyonları ve tekniği, ameliyat süreleri, hastanede kalış süreleri, erken dönem komplikasyonlar ve patolojik inceleme sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Beş hastanın dördü kadın, biri erkekti. Ortanca yaş 58 (26 - 63) idi. Üç hasta pankreasta rastlantısal olarak saptanan kistik lezyonlar nedeni ile ameliyat edilirken, iki hastada lezyonlar karın ağrısı nedeni ile yapılan tetkikler sonucu saptandı. Lezyonlar iki hastada boyun, üç hastada kuyruk yerleşimliydi. İlk iki hastada rezeksiyona splenektomi de eklenirken, sonraki hastalarda dalak korundu. Ortalama ameliyat süresi 242 (120-420) dakika, ortalama hastanede kalış süresi 5.4 (4-7) gün idi. Ameliyat sonrası iki hastada pankreas fistülü gelişti. Ameliyat parçalarının patolojik incelemesi sonucu iki hastada selim müsinöz kistik neoplazi, üç hastada intraduktal papiller müsinöz neoplazi saptandı. Lezyon boyutları 6 - 60 mm arasında değişiyordu. Dört hastada tek bir kistik lezyon saptanırken bir hastada birden fazla kistik lezyon vardı.

Sonuç: Robot yardımcı cerrahi, distal pankreas rezeksiyonlarında kullanılan aletlerin ergonomisi, bunun sonucu olarak dalağı korumaya daha fazla imkan tanıması ve tekniğe özgü komplikasyona yol açmaması göz önüne alındığında klasik laparoskopik cerrahiye üstünlüğü olan bir yöntem olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Robotik pankreatektomi, robot yardımcı pankreatektomi, distal

LAPAROSKOPİK ENDO-ORGAN GASTRİK TÜMÖR EKSIZYONU

Turgut İPEK

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Özet: Benign ve malign lezyonların intragastrik cerrahisi minimal invaziv cerrahinin endo-organ gastrik cerrahi olarak adlandırılan yeni bir formudur. Bu yeni yaklaşım kötü yerleşimli gastrik neoplazmlar yada standart transoral endoskopik eksizyon için büyük lezyonlarda tercih edilir. Granüler Hücreli Tümör (GHT) sıklıkla deri ya da subkütan dokudan gelişmesine rağmen %5-9 oranında gastrointestinal sistemde ortaya çıkmaktadır. Genellikle benign ve asemptomatik bir lezyon olup olguların %2-4'ü maligndir. Gastrointestinal sistemde görülen GHT'nin 1/3'ü özofagusta lokalizedir ve genellikle özofagusun distal kısmına yerleşmektedir. Özofagus distalinde çoğu solid, iyi sınırlı, ağrısız, 3 cm'den küçük, soluk sarı renkte submukozal bir nodül olarak izlenir. Fakat annuler özofagus stenozuna neden olacak kadar büyüyebilirler. E.G 36 yaşında kadın hastada dispepsi ve epigastrik ağrı yakınmaları ile 28.10.2010 tarihinde yapılan endoskopide "kardiyada retroversiyonda ortası erode submukozal kitle" tespit edildi. 27.12.2010 tarihinde endosonografi yapılarak "kardiyada 1 cm m. propria kaynaklı hipoekoik lezyon" tespit edilerek biopsi alındı. Biopsi raporu "Granüler Hücreli Tümör" gelmesi üzerine bulunduğu yer ve büyüme seyri göz önüne alınarak tam eksizyon planlandı.

17.02.2011 tarihinde laparoskopik olarak intragastrik eksizyon planlandı. Pnömoperitoneum sonrası 10mm trokardan kamera yerleştirildi. 5 mm trokardan karaciğer ekartasyonu uygulandı. Mide ön yüzünden 3 adet 10 mm'lik Balonlu Blunt tip (OMST10BT-covidien) trokanı girilerek kamera, operatif port ve ultracision (Ethicon) ile lezyona intragastrik eksizyon uygulandı. Mide giriş yerleri sütüre edildi. Metilen mavisi ve hava testi ile kontroller tamamlanarak laparoskopik işleme son verildi.

Asemptomatik küçük lezyonlar yalnızca gözlem gerektirirken, büyük yada büyüyen lezyonlar minimal invaziv yöntemler ile cerrahi eksizyon gerektirir. Intraluminal gastrik cerrahi sık uygulanan yöntem olmadığından geleceğe ışık tutması açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, endo-organ, gastrik tümör, intra-gastrik, intra-luminal

V 07

LAPAROSKOPİK KARACİĞER ADENOM REZEKSİYONU VE EŞ ZAMANLI LAPAROSKOPİK JİNEKOLOJİK GİRİŞİM- TEKNİK SUNUM

Kaya SARİBEYOĞLU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. İSTANBUL

Günümüzde laparoskopik olarak karın içerisinde konvansiyonel teknik ile yapılan tüm girişimlerin uygulanması mümkündür. Bu sunumda karaciğer yerleşimli adenoma ve bilateral over yerleşimli endometriyal kist ve subseröz miyomu olan hastanın laparoskopik olarak tedavisi teknik video sunum olarak hazırlanmıştır. Yirmi altı yaşında kadın hasta bilinen over kistleri ve subseröz yerleşimli miyomu için takip edilirken karaciğer segment 6 ve 7'de yer alan, 4 cm çaplı kitle saptanarak kliniğimize sevk edilmiş. Preoperatif biyopsi sonucu karaciğer adenomu olarak bildirilen hastanın, jinekolojik patolojisi ve karaciğer yerleşimli lezyonun eş zamanlı laparoskopik eksizyonu planlandı. Genel anestezi altında hastaya uygun pozisyon verildi. İlk trokar sağ üst kadrandan, kosta arkın yaklaşık 4 cm altından, midklaviküler hat üzerinden açık teknik ile girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. Karaciğerden kitle rezeksiyonu için buna ilave olarak bir adet 10 mm'lik ve iki adet beş mm'lik trokar kullanıldı. Jinekolojik girişim için ilave bir 5 mm trokar eklendi. Rezeksiyon sırasında hemostaz ve diseksiyon için 5 mm Ultracision (Harmonic Ace, Ethicon Endosurgery, Cincinnati, OH) ve laparoskopik bipolar damar kapatici kullanıldı. Hastanın karaciğer adenomu total rezeksiyonu edildi. Sonrasında yine laparoskopik olarak bilateral endometriyal kist eksizyonu ve miyomektomi işlemi uygulandı. Rezeksiyon piyesleri 4 cm'lik Pfannenstiel insizyonundan çıkarıldı. Toplam ameliyat süresi 150 dakika karaciğer rezeksiyonu süresi 45 dakika idi. Hasta ameliyat sonrası komplikasyonsuz olarak 5. günde taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer rezeksiyonu, adenom, laparoskopi, over, endometriyal kist

V 08

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİDE PEROPERATUAR KOLANJİOGRAFİ

Yavuz Selim SARI

Sağlık Bakanlığı İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik kolesistektomi (LK) hastane kalış süresinin kısa, postoperatif ağrının ve görünür skar dokusunun az olması nedeniyle kolesistektomilerde "altın standart" olarak kabul edilmiş olan avantajlı bir cerrahi yöntemdir. Tüm bu avantajların yanı sıra laparoskopik kolesistektominin güvenilir olması da gerekmektedir. LK'lerde safra yolu yaralanma oranları klasik kolesistektomiye oranla daha yüksektir. LK'de peroperatuar kolanjiyografi (POK) uygulanması iatrojenik safra yolu yaralanmalarını önleyebilir.

Gereç ve Yöntem: Surp Piriçi Hastanesinde 2001 - 2011 yılları arasında LK uygulanmış olan 84 olgudan 24'ünde (%28) laparoskopik peroperatuar kolanjiyografi (LPOK) uygulandı. LPOK uygulama endikasyonları geçilmiş sarılık, kolestatik enzimlerinde yükselme ve yapılan preoperatif ultrasonografide koledokta dilatasyonunun saptanmasıydı.

Bulgular: Olgulardan 13'ü kadın, 8'i erkek ve yaş orta-

laması 54,6 idi. Toplam 24 olgudan 22'sinde görüntüleme başarı sağlandı. 12 hastada semptomatik safra kesesi taşı, 4 hastada akut ödematöz pankreatit, 6 hastada akut kolesistit mevcuttu. Olguların 2'sinde preoperatif ERCP uygulanmıştı. Ortalama peroperatuar kolanjiografi süresi 23 dakika olarak ölçüldü. Hiçbir olguda anatomik varyasyon, anomali veya safra yolu taşı görülmedi. Hiçbir hastada peroperatuar kolanjiografiye bağlı komplikasyon olmadı.

Sonuç: LPOK rutin olarak uygulanması gerekli olmasa da selektif olarak uygulanması gerekli olan ve bu nedenle bilinmesi gereken bir yöntemdir. Uygun endikasyonlarda ameliyatın güvenli bir biçimde sonlandırılmasını sağlayabilir. LPOK yapılması planlanan hastalarda ameliyathane koşullarını buna göre düzenlemek gereklidir. LPOK genellikle preoperatif olarak planlandığı gibi intraoperatif olarak anında karar verilip, yapılması gerekli de olabilmektedir. Bu nedenle ameliyathane koşullarını buna göre düzenlemek gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik kolesistektomi, peroperatuar kolanjiografi

28 Nisan 2011, Perşembe / 13:30 - 15:00

Video Bildiri Oturumu 1:

Mide, Obezite

Oturum Başkanları:

Güner ÖGÜNÇ, Mehmet Mahir ÖZMEN

V09

MİDE YERLEŞİMLİ GİST'İN STAPLER KULLANMADAN LAPAROSKOPIK OLARAK ÇIKARILMASI

Ömer KARAHAN, Ahmet OKUŞ, Mehmet Ali ERYILMAZ, Nergis AKSOY, Barış SEVİNÇ

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, KONYA

Amaç: Laparoskopik olarak, stapler kullanmadan çıkartılan mide yerleşimli GİST'ün laparoskopik tedavisine ait video görüntülerini sunmak.

Vaka: 209/2010 protokol numaralı DAK, 37 yaşında erkek hasta. Yirmi gün önce hematemez ve melanası olmuş. Gastroskopiye mide antrum ön yüzde ülserle submukozal lezyon belirlenmiş. Biyopsi sonucu mezenkimal tümör olarak rapor edilmiş. Tedavi için kliniğimize yönlendirilen hastanın ameliyattan önce gastroskopisi tekrarlandı. Tümörün yerleşimi tam olarak belirlendi. Mide antrum ön yüzde yaklaşık 4x3x2 cm'lik submukozal tümörle lezyon vardı. Laparoskopik tedaviye uygundu. Kamera girişi için göbeğin hemen üstünden bir 10 mm'lik, sağ rektus kası hemen dış yandan bir 5 mm'lik, bunun 3 cm üst dış yandan yine 5 mm'lik ve sol

rektus kası dış yanda 10 mm'lik bir trokar ile karna girildi. Trokarların tamamı göbek üst kesiminde idi. Mide ön yüze askı dikişi konularak endoskopide görülen tümöre yaklaşık 1cm mesafeden, büyük kurvatur tarafından mide makasla açıldı. Bu kısımdan başlayarak tümör kenarlarından 1cm sağlam mide duvarı çıkarılacak şekilde harmonik cihazıyla kesildi. Piyes frozen incelemesine gönderildi. Birinci kat 2/0 devamlı vikril, ikinci kat tek tek 2/0 ipek dikişlerle kapatıldı. Dren konulmadı. Postoperatif 2.gün ağızdan gıdaya başlandı ve 4. gün taburcu edildi. Çıkartılan tümörün frozen ve normal takiple yapılan patolojik değerlendirmeleri benign karakterli GİST olarak rapor edildi. 6 ay sonra hastanın klinik ve endoskopik değerlendirilmesinde patolojik bulguya rastlanmadı.

Sonuçlar: 1-Cerrah tarafından yapılan endoskopik değerlendirme lezyonun tedavi yöntemini belirlemede ve ameliyatta lezyon lokalizasyonunda büyük kolaylık sağlar. 2-Midenin submukozal benign lezyonları laparoskopik olarak tedavi edilirken maliyeti artıran bir faktör olan stapler kullanmak şart değildir.

Anahtar Kelimeler: GİST, laparoskopik girişim, stapler, endoskopi

V 10

GASTRO İNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR NEDENİYLE LAPAROSKOPIK PARSİYEL GASTREKTOMİ; OLGU SUNUMU

Tuğrul TANSUĞ, Türker KARABUĞA***

**Anadolu Sağlık Merkezi Genel Cerrahi İSTANBUL*

***Bozkır Devlet Hastanesi Genel Cerrahi KONYA*

Amaç: Midede gastrointestinal stromal tümör (GIST) nedeniyle laparoskopik parsiyel gastrektomi uygulanan bir olgunun ameliyatının video sunumu amaçlandı.

Yöntem: Ekim 2010'da gastroskopi tetkikinde mide korpusunda 4 cm çaplı bir kitle saptanan ve GİST ön tanısı alan bir olgu laparoskopik olarak opere edildi. Üç trokar ile batına girildikten sonra mide korpusunda anteriorda yerleşmiş ve mide duvarından batın içine uzamış kitle görüldü. Karaciğer ekarte edildikten sonra mide büyük kurvatur tarafında omental ve damarsal bağlantılar ayrıldı ve endoskopik kapatıcı kesici staplerler ile tümör çevresinde sağlam doku bırakılarak kısmi mide rezeksiyonu yapıldı. Stapler hattına destekleyici sutureler konulduktan sonra ameliyata son verildi.

Bulgular: Midede yanma, hazımsızlık şikayetleri olan 67 yaşındaki erkek hastanın midesinde saptanan tümörle kitle sağlam cerrahi sınırlarla çıkarıldı. Hastanın postoperatif dönemi sorunsuz seyretti ve üçüncü gün taburcu edildi. Histopatolojik inceleme sonucu düşük riskli GİST olarak rapor edildi.

Sonuç: Mide tümörlerinin çıkarılmasında laparoskopik yöntem güvenle uygulanabilecek bir seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Mide, GİST, laparoskopik gastrektomi

TEK KESİDEN LAPAROSKOPİK DİSTAL SUBTOTAL GASTREKTOMİ

Umut BARBAROS*, Aziz SÜMER**, Tuğrul Demirel***, Berkay KILIC*, Ahmet DİNÇÇAĞ*, Rıdvan SEVEN*, Selçuk MERCAN*

* İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, VAN

*** Memorial Hizmet Hastanesi, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik gastrektomi erken evre mide kanserlerinin tedavisinde kabul edilen bir yöntemdir. Bu yöntem açık cerrahiden daha az invazivdir ve onkolojik sonuçları da açık cerrahi ile karşılaştırılabilir düzeydedir. Tek kesi ile laparoskopik cerrahi bir çok batin içi organ cerrahisinde başarı ile uygulanmıştır. İlk tek kesiden laparoskopik subtotal gastrektomi uyguladığımız erken evre mide kanseri olan olguyu sunmak istedik.

Yöntem ve Gereç: 28 yaşında bayan olgu prepiyorik antral tümör tanısı ile operasyona alındı. Endoskopik biyopsinin patoloji sonucu gastrik adenokanser olarak rapor edildi.

Bulgular: İki cm uzunluğunda göbektan yapılan kesi ile batına özel dizayn edilmiş SILS port yerleştirildi. Kamera ve diğer iki artiküle alet ile distal subtotal gastrektomi ve D2 lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Peroperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyon gelişmeyen olgu postoperatif 5. İnci günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Ortalama ameliyat süresi 240 dakika, ortalama kan kaybı 100 ml idi. 26 lenf nodu dissekte edildi. Patolojik incelemede tümörün pT2N0 olduğu tespit edildi.

Sonuç: Yazarların ilk tek delikten laparoskopik distal subtotal gastrektomi deneyimi erken evre gastrik kanserlerde bu yöntemin güvenli ve uygulanabilir bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tek kesi, laparoskopi, gastrektomi

V 12

LAPAROSKOPİK GASTRİK BAND SONRASINDA GELİŞEN AKUT GASTRİK STOMA OBSTRÜKSİYONA BAĞLI GASTRİK BANDIN ÇIKARTILMASI

Halil COŞKUN*, Süleyman BOZKURT*, Tuba ATAĞ**, Naim MEMMİ*, Hüseyin KADIOĞLU*, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU*

* Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

** Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Özet: Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB) ameliyatı sonrasında ortaya çıkabilen akut gastrik stoma obstrüksiyonu gastrik bandın %3.6 oranında görülen

komplikasyonu olup hem erken hem de geç dönemde görülebilmektedir. Yemek intoleransı ve proksimal mide poşunun dilatasyonuna neden olmaktadır. Poştaki dilatasyon gastrik bandın kayması, bandın kötü yerleştirilmesi, aşırı yemek alımı veya proksimal gastrik poşun çok büyük bırakılmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

İki yıl önce LAGB uygulanma öyküsü olan 38 yaşında kadın hasta bulantı, kusma ve karın ağrısı şikayetleriyle acil servise başvurdu. Üst gastrointestinal endoskopide proksimal pošta dilatasyon tespit edildi ve band distalindeki mideye endoskop ile geçilemedi. Aynı gün yapılan laparoskopide proksimal gastrik poşun ileri derecede dilate olduğu ve distal midenin band içerisinden proksimal mide poşuna invajine olduğu görüldü. Laparoskopik olarak devajinasyon uygulandı ve gastrik band çıkartıldı. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta 1. gün taburcu edildi.

Bu videoda gastrik banda sekonder geç dönemde ortaya çıkan bir akut stomal obstrüksiyon olgusu ve laparoskopik yöntemle tedavisinin sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, laparoskopik ayarlanabilir gastrik band, akut gastrik stoma obstrüksiyonu

V 13

OBEZİTE TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK GASTRİK BANDDAN LAPAROSKOPİK SLEEVE GASTREKTOMİYE GEÇİŞ

Süleyman BOZKURT, Halil COŞKUN, Yeliz Emine ERSOY, Gökhan ÇİPE, Levent KAPTANOĞLU, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Laparoskopik ayarlanabilir gastrik band (LAGB), obezite tedavisinde dünyada yaygın olarak kullanılan, güvenilir ve etkin bir restriktif bariatrik cerrahi yöntemdir. LAGB, 5 yıllık izlemde %54-58 gibi fazla kilo kaybı yüzdesi (%FKK) sağlayabilmekteyse de, zaman içinde başarısızlık oranlarının ve komplikasyon riskinin artışı da bilinmektedir. Bu başarısızlık ve komplikasyonlar arasında yetersiz kilo kaybı (1 yılda <30%FKK), geri kilo alımı, band kayması, poş dilatasyonu ve özofageal dilatasyon, band migrasyonu, GÖRH, kontrol edilemeyen port ve band enfeksiyonu, band intoleransı görülebilmektedir. Yıllık LAGB reoperasyon oranları %3-4.7 arasında değişmekte bazı kaynaklara göre %9.4'e çıkabilmektedir. Bir başka bariatrik prosedür olan laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), başlangıçta iki aşamalı biliopankreatik diversiyon uygulanan hastalarda birinci aşama cerrahi olarak uygulanmış, ancak % FKK açısından tek başına etkin bulunması aynı bir cerrahi prosedür olarak kabul edilmesini sağlamış ve popülaritesini artırmıştır. Son zamanlarda, LSG revizyonel bir cerrahi olarak LAGB uygulanan komplikasyon gelişmiş ya da başarısız beklenen düzeyde olmayan hastalarda bir alternatif olmuştur. Bu video sunumumuzda iki hastamızda, aynı seansta LAGB çıkarılmasını takiben LSG'ye dönülmesi prezante edildi.

Anahtar Kelimeler: Bariatrik cerrahi, laparoskopik ayarlanabilir gastrik band, laparoskopik sleeve gastrektomi

V 14

SÜPER-SÜPER OBEZLERDE LAPAROSKOPİK BPD (BİLİYO-PANKREATİK DİVERSİYON)

Umut BARBAROS*, Aziz SÜMER**, Tugrul DEMİREL***, Berkay KILIÇ*, Mustafa TÜKENMEZ*, Alp BOZBORA*, Ahmet DİNÇÇAG*, Rıdvan SEVEN*, Selçuk MERCAN*, Demir BUDAK*

*İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

**Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, VAN

***Memorial Hizmet Hastanesi, İSTANBUL

Amaç: Dünyada obezite prevalansı epidemik boyutlara ulaşmaktadır. Bariatrik cerrahi halen ciddi morbid obezitenin tek etkili tedavi yöntemidir. Bariatrik cerrahinin süper-süper obez olarak tanımlanan VKİ>60 olan olgularda bilinen riskleri vardır. Ancak yine de bu grup hastalarda optimal kilo kaybı biliyopankreatik diversiyon (BPD) ile elde edilebilir. Bu operasyon teknik olarak zordur. Bu çalışmada süper-süper obez olgusunda uyguladığımız biliyopankreatik diversiyon (BPD) ameliyatını sunmak istedik.

Yöntem ve Gereç: VKİ 80 kg/m² olan 33 yaşında bayan olgu super-super morbid obez tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Olgunun eşlik eden hipertansiyon ve uyku apne sendromu mevcuttu. Olguya laparoskopik BPD yapılması kararlaştırıldı. Hasta ve yakınlarından aydınlatılmış onamı alındı.

Bulgular: Olguya 5 trokar kullanılarak laparoskopik biliyopankreatik diversiyon uygulandı. Peroperatif ve postoperatif dönemde hastada herhangi bir komplikasyon saptanmadı. Ameliyat süresi 240 dakika, ortalama kan kaybı 150 ml olarak tespit edildi. Olguya postoperatif 3.üçüncü günde sıvı gıda başlandı. Olgu postoperatif 6. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Sonuç: Yazarların süper-süper obezde laparoskopik biliyopankreatik diversiyon deneyimi VKİ 60 ve üstünde olan olgularda bu yöntemin güvenli ve uygulanabilir bir yöntem olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Süper-süper obez, BPD, laparoskopik

V 15

MORBİD OBEZİTEDE LAPAROSKOPİK ROUX-EN-Y GASTRİK BYPASS SONRASI GEÇ GASTROGASTRİK FİSTÜLÜN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Mehmet GÖRGÜN, Ender BADEMKIRAN, Serdar GÜRSUL, Kamil PEHLİVANOĞLU, Azad Gazi ŞAHİN

Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

Olgu: Ç. G. 19 yaşında. Üniversite öğrencisi. Morbid

obezite nedeniyle uyku apne şikayetleriyle başvurdu. 170 cm boy ve 118 kg ağırlıktaydı. VKİ: 40.5 kg/m² idi. 13.6.2008 tarihinde laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass operasyonu yapıldı. Postop dönemi olağan seyretti. Postop 3. ay sonunda 100 kg ve 6. ay sonunda 90 kg'a indi. Ancak daha sonra 9. aydan itibaren kilo verimi durdu. Hasta gıdaları fazla tüketmeye başladığını ve doymadığını ifade ederek başvurdu. Çekilen grafilerde patoloji anlaşılamadı. İstenen gastroskopiye pylora kadar geçildiği ifade edildi. Ancak tarafımızdan bu yanlış değerlendirme olarak algılandı. Hastaya spor ve diyet önerilerinde bulunarak kontrol önerildi. Bu tarihten sonra kilo vermediği aksine aşırı kilo aldığı öğrenilerek tekrarlanan gastroskopi ve grafilerde gastrogastrik fistül tespit edilerek 20.10.2010 tarihinde 110 kg ve 39.5 kg/m² ile Laparoskopik olarak fistül traktının ayrılması işlemi yapıldı. Postop 5. ay sonunda 14 kg ve 96 kg'a inen hasta halen takibimizdedir.

Anahtar Kelimeler: Morbid obezite, laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass, fistülizasyon

V16

LAPAROSKOPİK ROUX-EN-Y GASTRİK BYPASS SONRASI GELİŞEN GASTROJEJUNOSTOMİ ANASTOMOZUNUN ŞİDDETLİ DARLIĞININ LAPAROSKOPİK REZEKSİYON VE REANASTOMOZ İLE TEDAVİSİ

Mehmet GÖRGÜN, Ender BADEMKIRAN, Serdar GÜRSUL, Kamil PEHLİVANOĞLU, Azad Gazi ŞAHİN

S. B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

Olgu: N. G. 54 yaşında, ev hanımı, boy 165 cm ve 126 kg ağırlık ve VKİ: 46 kg/m² ile morbid obezite ve metabolik sendrom nedeniyle yatırıldı. 21.09.2010'da laparoskopik Roux-en-Y gastrik bypass uygulandı. Postop sorunsuz geçti. 2. aydan itibaren yutma zorlukları başlayan ve 15 günde giderek şiddetlenen hastaya yapılan gastroskopi de gastrojejunal anastomozun çok aşırı daralmış (3-4 mm) ve çok sert yapıda olduğu görüldü. Gastroenterologlarca balon dilatasyonu tekrar tekrar değişik seanslarda denenmesine rağmen yapılamadı. Çok az sıvı dışında hiç gıda alamayan hasta yatırılarak 10.12.2010 tarihinde laparoskopik olarak gastrojejunal anastomoz bölgesi rezeke edilerek tekrar gastrojejunostomi yapıldı. Halen ağızdan normal gıda alabilen hastamız takibimizdedir.

Video Bildiri Oturumu 2:

Üst GIS, Fıtık

Oturum Başkanları:

Ahmet DİNÇÇAĞ, Haldun GÜNDOĞDU

V 17

ÖZOFAGUS KANSERLERİNDE MINİMAL İNVAZİV CERRAHİ DENEYİMİMİZ; 8 OLGU

Servet Rüştü KARAHAN*, Ayhan ÖZSOY*,
Bora KOÇ*, Gökhan Toğa ADAŞ*, Hakan GÜVEN**

*Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

**Sağlık Bakanlığı Bağıcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Amaç: Özofagus kanserleri günümüzde nadir görülen kanser grubundandır. Özofagus kanserinde minimal invaziv cerrahi yaklaşımı son dönemlerde tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Biz bu çalışmamızda Ocak 2008-Ocak 2011 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan 8 adet laparoskopik-torakoskopik total özofajektomi+gastrik pullup vakasını sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2008-Ocak 2011 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan 8 adet özofagus vakası retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Özofagus kanseri tanısı ile opere edilen hastaların 5'i kadın, 3'ü erkekti. Ortalama yaş 56,8'di (36-70). Tüm hastaların preoperatif dönemde endoskopisi yapılmış ve patolojik olarak kanser tanısı almışlardı. Ortalama ameliyat süresi 46 dakikaydı. Ortalama hastanede kalış süresi 9 gündür (6-18). Operasyon tekniği olarak öncelikle modifiye litotomi pozisyonunda abdominal yaklaşımla eş zamanlı servikal yaklaşım uygulanmış, daha sonra sağ torakoskopik yaklaşımla total özofajektomi tamamlanmıştır. 2 vakada servikal yaklaşım single port yardımı ile uygulanmıştır. Faringo-gastrostomi servikal insizyondan el ile tek kat üzerinden uygulanmıştır. İki hastada komplikasyon gelişmiştir. Erken dönemde bir olguda anastomoz kaçağı oluşmuştur. Bu olguya yapılan endoskopide endo-GIA staplerin ateşleme sırasında nazogastrik sondanın 3cm'lik kısmını anastomoz hattına aldığı görülmüştür, endoskopik olarak çıkarılmıştır. Bir olguda da 1 yıllık takiplerinde anastomoz darlığı saptanmış ve endoskopik dilatasyon uygulanmıştır.

Sonuç: Özofagus kanserinde laparoskopik yaklaşım günümüzde gittikçe önem kazanmaktadır. Gelişmiş merkezlerde morbidite ve mortalitenin azlığı dikkat çekmektedir. Hastaların sosyal hayatlarına erken dönmesini sağlaması nedeniyle tercih edilmesi gereken yaklaşım olması gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: Özofagus kanseri, minimal invaziv yaklaşım, total özofajektomi

V 18

SLEEVE GASTREKTOMİ PLANLANAN OBEZ HASTADA HİYATAL HERNİ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK MEŞLİ KRUS TAMİRİ

Mehmet Mahir ÖZMEN, Banu DEMİRLİZ.

Sibel GELECEK, İsmail BİLGİÇ, Emre GÜNDOĞDU, Zeynep BALCI

Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 7. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Hişatal herni ile obezite arasında ilişki olduğu biliniyor. Obezite gastroözofageal reflü hastalık prevalansını çeşitli fizyopatolojik mekanizmalar (özofageal ve gastrik motilite, seks hormonları, diyetel alışkanlıklar ve ilaç alımı, hişatal herni varlığı, yükselmiş karın-ıçi basınç) ile artırır. Beden kitle indeksi >30 olan obez hastalarda gastroözofageal reflü hastalığı sıklığı %30'dur. Reflü şikayetleri olan obez hastaların cerrahi tedavisinde diyafragmatik krusların tamininin eklenmesi ile kilo kaybının yanı sıra reflü semptomlarının kontrolü de sağlanır.

Yöntem: Beden kitle indeksi 45 olan ve endoskopisinde 5 cm'lik hişatal hernisi tespit edilen 53 yaşındaki kadın hastaya eş zamanlı olarak sleeve gastrektomi, diyafragmatik prostetik materyal ile krus tamiri uygulandı.

Bulgular: Operasyon sırasında yapılan eksplorasyonda herni kesesi diseksi edilerek abdomene çekildi ve hişatal kruslar arasında yaklaşık 4 cm'lik bir defekt olduğu görüldü. Diyafragmatik kruslar endostich ile tamir edildikten sonra üzerine dual mesh yerleştirildi. Ardından gastrosplenik, gastrofrenik ligamanlar açılarak mide büyük kurvatur serbestleştirildi. Pilonun 5-7 cm proksimalinden gastroözofageal bileşmeye kadar mide eksize edildi. Hastanın 1 yıllık takipleri sonucunda kilosu 92, beden kitle indeksi 32 oldu. Reflü semptomlarında belirgin rahatlama oldu. GIQLI sonuçları ameliyat öncesi 88, ameliyat sonrası 113 olarak hesaplandı.

Sonuç: Hişatal hernisi de olan morbid obez hastaların cerrahi tedavisinde uygulanan tekniğe diyafragmatik krus tamininin eklenmesi ile hastalarda hem kilo kaybı hem de reflü semptomlarında belirgin düzelme sağlanabilir.

V 19

DA VİNCİ ROBOTİK DEV HİYATAL HERNİNİN YAMALI ONARIMI

Metin ERTEM*, Emel ÖZVERİ**, Hakan GÖK**

*Genel Cerrahi İstanbul Üniv. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

**Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Da Vinci robotik teknikle dev hişatal herninin yamalı onarımı ve Nissen funduplikasyon tekniği video sunumu ile detaylı olarak anlatılmıştır.

Olgumuz 29 yaşında erkek hasta. LA evre B reflü özo-

fajit ve büyük hiatal herni tanısıyla opere edilmiştir. Hasta, supine pozisyonda 30 derece ters trendelenburg pozisyonunda sefalad yolla yaklaşan 4 robotik kolla giriş yapılmıştır. En sağdaki 4. kol rutin dışı olarak modifiye edilerek karaciğer ekartasyonu için kullanılmıştır. Sol axiller ön çizgiden yapılan 5. trokar girişi ile asistans sağlanmıştır. Robotik trokar girişleri xiphoidten 25 cm aşağıda, açıklığı yukarı bakan bir yay şeklinde eşit aralıklarla yapılmıştır.

Ameliyat laparoskopik hiatal herni onarımı ve Nissen fundoplikasyon prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Dev hiatal herni sütürlerle kapatıldıktan sonra adezyon bariyerli yama ile desteklenmiştir. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Da Vinci, robotik, nissen, hiatal herni

V 20

LAPAROSKOPİK YÖNTEMLE MORGAGNİ HERNİ TEDAVİSİ; OLGU SUNUMU

Hüseyin YILMAZ, Fahrettin ACAR, Hüsnü ALPTEKİN, M.Ertuğrul KAFALI, Mustafa ŞAHİN

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, KONYA

Amaç: Morgagni hernisi tüm diafragma hernileri içinde %3-4 oranında görülür. Pnöroperitoneal membran defektinden gelişir. En sık omentum, sıklıkla kolon, nadiren de ince barsak ve mide herniasyonu izlenir. Erişkin yaşamda morgagni hernisi nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Laparoskopik yöntemle tedavi edilmiş Morgagni hernisi tanısı almış hastanın ameliyat görüntülerini paylaşmayı amaçladık.

Olgu: 53 yaşında erkek hasta anemi ve nefes darlığı nedeniyle müracaat etti. Radyolojik incelemede diafram hernisi olduğu izlendi. Laparoskopide omentum ve ince barsakların bir bölümünün herniye olduğu görüldü. Laparoskopik teknikte primer onarım yapılan hasta ameliyat sonrası 5. Günde taburcu edildi ve komplikasyon gelişmedi.

Sonuç: Diafram hernilerinin tedavisinde daha çok transtorasik yöntemler tercih edilmektedir. Laparoskopik yöntemle redüksiyon ve onarım gerek ameliyat sırasında gerekse ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek sorunları engelleyeceğinden tercih edilebilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Morgagni hernisi, laparoskopik onarım

V 21

LAPAROSKOPİK REDO NİSSEN FUNDOPLİKASYON

Mehmet Mahir ÖZMEN, Sibel GELECEK, Münevver MORAN, Barış DEMİRİZ, İsmail BİLGİÇ, Uğur KILINÇ

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 7. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Hiatal herni erişkin popülasyonunun yaklaşık yüzde 10'unda görülür. Hastaların %5'ine de inatçı gastroözofageal reflü (GÖR) eşlik eder. Kronik bir hastalık olan bu süreçte vakaların çoğunluğu cerrahi tedaviye ihtiyaç duyar. Nissen fundoplikasyonu GÖR tedavisinde altın standart olarak kabul edilmekle beraber özellikle de laparoskopik yöntem avantajları nedeniyle yaygın olarak kullanılıyor. Yine de nüks görülen az sayıda olguda yeni bir cerrahi girişim gerekebilir.

Yöntem: Otuzbeş yaşında erkek hastaya redo laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uygulandı.

Bulgular: Üç yıl önce İngiltere'de hiatal herni nedeniyle meşsiz laparoskopik onarımı ve Nissen fundoplikasyonu yapmış. Ameliyat sonrasında yutma güçlüğü yakınması nedeniyle İngiltere'de endoskopi yapılan ve özofagus alt ucunda darlık düşünülen hastaya endoskopik balon dilatasyonu denenmiş, ancak yakınmalarında düzelme olmayıp her geçen gün yaşam kalitesi düşen hasta kliniğimize başvurdu. Yapılan endoskopi de 3-4 cm'lik nüks hiatal herni saptanan ve ameliyat önerilen hasta kliniğimize yatırıldı. Ameliyat sırasında mide fundusu toraks içinden diseksiyon ile ayrıştırılıp batin içine alındı. Nüks hiatus hernisi 3-4 adet sütür ile tamir edilip üzerine prostetik materyal (dual meş) yerleştirildi. İşlem sırasında uygulanan endoskopi ile özofagus alt uç kas yapısının bozulmuş olup mukozanın prolabe olduğu saptandı. Fundoplikasyon bozulmadan yeniden sütüre edilirken özofagus alt uç kas yapısı da alınarak yaklaşıldı. Postoperatif sorunu olmayan hasta taburcu edildi.

Sonuç: Primer hiatal herni onarımında meş uygulaması nüksün önlenmesinde oldukça etkin bir yöntemdir. Laparoskopik Nissen fundoplikasyon sonrasında görülen disfaji redo fundoplikasyongerektiren hastalar arasında sık olmasına rağmen yapılan müdahaleden önemli yarar sağlar. Redo fundoplikasyon komplike ve zor bir ameliyat olmasına rağmen tecrübeli ellerde oldukça iyi sonuçlar vermektedir.

V 22

LAPAROSKOPİK TEK PORT TOTAL EKSTRAPERİTONEAL FITİK ONARIMI: RUTİN OLABİLİR Mİ?

Yaşar ÖZDENKAYA*, Adem AKÇAKAYA*, Bahri YILMAZ**, C.Atilla KARAKELLEOĞLU**, Orhan YALÇIN*

* Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

** Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Günümüzde minimal invaziv cerrahi seçeneği olan laparoskopik cerrahi, birçok hastalığın tedavisinde altın standart olarak yerini almıştır. Kasık fıtığı onarımında da laparoskopik tamir rutin uygulanmaktadır. Son yıllarda robotik cerrahinin ve tek port ile yapılan laparoskopik girişimlerin sahaya girmesi ile cerrahların ilgisi bu alana daha da artmıştır. Ülkemizde de bu iki yeni minimal invaziv cerrahi yönteminin kullanımı giderek artmakta ve daha

çok hastanemizde uygulanma fırsatı bulmaktadır. Sunumuzda, otuzüç yaşındaki iki taraflı kasık fıtığı olan erkek hastamıza yaptığımız tek portla laparoskopik total ekstrapéritoneal fıtık onarımının videosuyla bu yöntemin uygulanabilirliğini tartışmayı amaçladık. Sonuç olarak, tek port ile yapılan laparoskopik total ekstrapéritoneal fıtık onarımının, kullanılan el aletlerinin gelişmesine paralel olarak giderek daha çok taraftar bulacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, tek port, kasık fıtığı

V 23

BOĞULMUŞ SAĞ İNGÜİNAL HERNİDE TEDAVİSİNDE KOMBİNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM; TAP VE TEP

Fazıl SAĞLAM, Hakan GÜVEN, Ali ALEMDAR, Hakan YİĞİTBAŞ, Ramazan KUŞASLAN, Olgun ÖZTÜRK

*Sağlık Bakanlığı Bağıcılar Eğitim Araştırma Hastanesi
1. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL*

Günümüzde bilateral, nüks, genç ve aktiflerdeki ingüinal herni tedavisinde laparoskopik yöntemler de önerilmektedir. Sağ kasıkta şişmeyle birlikte ani başlayan ağrı şikayeti ile acil cerrahi polikliniğine başvuran 20 yaşında erkek hasta ameliyat için yatırıldı. Yaşının genç ve aktif çalışan olması ve boğulmuş fıtık olması nedeniyle ameliyatın laparoskopik yöntemle yapılmasına karar verildi. Supraumbilikal 10 mm trokarla batına girildi. Boğulmuş indirekt sağ kasık fıtığı kesesi içeri-cindeki ince barsak ansı karın içine çekildi. İnce Barsak ansının rengi yaklaşık 5 dakika sonra düzeldi. Bu aşamadan sonra periton insizyonundan kaçınmak için ameliyatın preperitoneal yolla (TEP) yapılmasına karar verildi. Preperitoneal yaklaşımla parietalizasyonu takiben defekti örtecek şekilde prolen maç yerleştirildi.

Anahtar Kelimeler: İnguinal, herni, boğulmuş, TAP, TEP

V 24

NÜKS İNSİZYONEL LOMBER BÖLGE FITIKLARDA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM

Ediz ALTINLI*, Serkan SENER*, Ersan EROĞLU*, Aziz SÜMER**, Neşet KÖKSAL***, Osman YÜCEL*

** Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL*

*** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi, VAN*

**** Kafkas Üniversitesi Genel Cerrahi, KARS*

Amaç: İnsizyonel lomber bölge fıtıkları nadir görülen olgular olup, açık cerrahi uygulaması sonrası hasta memnuniyetsizliğinin ve komplikasyonların sıklıkla rastlandığı durumdur. İntraperitoneal laparoskopik mesh uygulaması ile tamir, kısa dönem ve uzun dönem sonuçları ve morbiditenin indelenmesi amacıyla değerlendirilmiştir.

Yöntem: Ocak 2006- Mart 2011 tarihleri arasında klini-

ğimizde nüks insizyonel lomber bölge fıtığı nedeniyle üç olguya laparoskopik intraperitoneal komposit mesh uygulandı.

Bulgular: Üç olgunun ikisi erkek biri kadındır. Üç olguda da dış merkezlerde, yaklaşık 1 yıl önce onlay prolen mesh uygulaması yapılmış olup, olguların vücut kitle indeksleri (VKİ); 40, 35, 30'dur. Tüm olgular ortalama 2 yıl önce nefrolitiazis nedeniyle ameliyat edilmişlerdir. Teknik tüm olgularda başarılı olarak tamamlanmıştır. Olgular post operatif 1. günde mobilize edilmiş ve normal diyetle başlanılmıştır. Olguların takip süresi 42 ay, 23 ay ve 1 aydır. Bir olguda seroma gelişmiş olup, karın korsesi uygulaması ile 9 haftada kaybolmuştur. Olguların nüks, ağrı ve kozmetik açıdan şikâyetleri olmamıştır.

Sonuç: Obez ve morbid obez olgularda, nüks lomber bölge fıtıklarına laparoskopik mesh ile onarım, ileri laparoskopi deneyimi olan merkezlerde güvenle tercih edilebilecek ideal yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: Lomber bölge fıtığı, insizyonel fıtık, laparoskopi

29 Nisan 2011, Cuma / 10:30 - 12:00

Video Bildiri Oturumu 3:

Endoskopi, Diğer

Oturum Başkanları:

Ceyhan ORAL, Erdal Birol BOSTANCI

V 25

WHIPPLE AMELİYATI SONRASI GELİŞEN İNTRAHEPATİK LİTİYAZİSİN KOMBİNE MİNİMAL İNVAZİV GİRİŞİMLE ENDOSKOPİK TEDAVİSİ: OLGU SUNUMU

Emre BALIK

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Whipple ameliyat sonrası gelişen intrahepatik litiyazisin kombine minimal invaziv tekniklerle tedavi edilebilirliğini gösterilmesi

Materyal-metot: Sağ kolon tümörü sebebiyle 2001 yılında sağ hemikolektomi uygulanan, adjuvan tedavi sonrası lokal nüks sebebiyle standart whipple ameliyatı + sağ nefrektomi + kısmi ince barsak rezeksiyonu uygulanan olgu hastalıklı sağ kalımın 10. yılında tekrarlayan kolanjit atakları ile başvurdu. Yapılan manyetik rezonans kolanjiopankreatikografisinde (MRKP) hepatikojejunostomi anastomoz hattında darlık ve anastomoz proksimalinde multipl kalkül saptanmıştır.

Olguya endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERKP) uygulanmış ve hepatikojejunostomi hattına ulaşılabilmiş fakat hepatik kanal bileşkesi üzerindeki kalküller anklave olması sebebiyle çıkartılamamıştır. Sağ lob safra yollarından uygulanan internal biliyer

drenaj kateteri rehberliğinde ERKP işlemi ikinci kez denenmiş ve kalküller ekstrakte edilmiştir.

Teknik video gösterisi ile sunulacaktır.

Sonuç: Çeşitli nedenlerle rezeksiyon uygulanarak anatomik yolları değişmiş olgularda kombine minimal invaziv girişimler, deneyimli merkezlerde cerrahiye alternatif olabilir.

Anahtar Kelimeler: Safra yolu taşı, endoskopi

V 26

KARACİĞER İÇİ VE DIŞI SAFRA KANALLARINDAKİ ÇOK SAYIDA KÜÇÜK TAŞIN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ

Ömer KARAHAN, Mehmet Ali ERYILMAZ, Ahmet OKUŞ, Serden AY

Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, KONYA

Amaç: Karaciğer içi ve dışı safra yollarında sayılamayacak kadar çok taşı olan hastada uyguladığımız endoskopik tedaviyi sözlü-video ile sunmak.

Yöntem: Karaciğer içi ve karaciğer dışı safra yollarında sayılamayacak kadar çok taşı görüntülenen hastada ERCP, endoskopik sfinkterotomi(ES) yapıldı. Elli-den fazla taş balonla duodenuma indirildi. Geri kalan taşlar doğal seyrine bırakıldı. Safra yolları iki haftada temizlenen hastada safra kesesi taşları için laparoskopik kolesistektomi yapıldı.

Bulgular: E Ö isimli 25 yaşında kadın hasta 07.09.2009 tarihinde hastanemiz acil servisine karın ağrısı, bulantı, kusma ve sarılık şikayetleri ile müracaat etti. Kolik tarzındaki ağrısı ve sağ subkostal hassasiyetli koledok taşına uymaktaydı. Alkalen fosfataz, GGT, ALT, AST ve bilirubin değerleri tıkanma sarılığını destekler şekilde yüksekti. US'de safra kesesi, karaciğer içi ve dışı safra yollarında çok sayıda taş belirlendi. MRCP'de Koledok çapı 16 mm idi. Karaciğer içi ve dışı safra yollarında çok sayıda taş vardı. 10.09.2009 da yapılan ERCP de koledok çapı 18 mm idi. Koledok ve intrahepatik safra kanallarında sayılamayacak kadar çok taş mevcuttu. Endoskopik sfinkterotomi ve balonla 50 den fazla taş duodenuma indirildi. Ancak bu tedavi ile koledokun temizlenmesine yetmemişti. Doğal seyrine bırakılan taşlar iki hafta sonra yapılan kontrol MRCP sinde temizlenmişti. Koledok normal genişlikte idi. Karaciğer içi ve dışı safra yollarında taş yoktu. Alkalen fosfataz, GGT, ALT, AST ve bilirubin değerleri normale dönmüştü. Safra kesesinde taşlar vardı. Laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Postoperatif komplikasyon yoktu. PO 2. gün taburcu edildi.

Sonuç: Endoskopik sfinkterotomi yeterli olursa 10 mm altındaki taşların karaciğer içi ve dışı safra yollarından 15 gün gibi kısa bir sürede kendiliğinden düşmesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: ERCP, endoskopik sfinkterotomi, safra taşı, endoskopik tedavi, MRCP

V 27

BÜYÜK GASTRİK BEZOARIN LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Koray TOPGÜL, Savaş YÜRÜKER

OMÜ Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, SAMSUN

Bezoarlar, gastrointestinal sistemde yeterince sindirilemeyen ve yeterince atılamayan gıda artıklarının oluşturduğu kitlelerdir. Bileşenlerine göre fitobezoar (sindirilemeyen gıda artıkları), trikobezoar (saç, kıl), laktobezoar (süt ürünleri) ve farmakobezoar gibi çeşitleri vardır. Küçük bezoarlarda medikal tedavi denenebilir ve endoskopik olarak çıkarılabilir. Büyük bezoarlar için çoğunlukla laparotomi gerekir. Biz bu bildiride Laparoskopik ile çıkarılan büyük bir bezoar olgusunu sunmaktayız. Elli sekiz yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve bulantı yakınmasıyla başvurdu. Üst endoskopisinde midede yaklaşık 10 cm çapında bezoar saptandı. Endoskopi ile parçalanmaya çalışıldı, çok sert yapıda olması nedeniyle başarılı olunamadı. Hastaya laparoskopik eksizyon planlandı. Karından 2 adet 10 mm'lik ve bir adet 5 mm'lik trokar girildi, aynı anda gastroskop mideye ilerletildi. Mide şişirildikten sonra laparoskopik olarak kotar ile gastrotomi yapıldı. Gastroskop içinden ilerletilen snare ile bezoarın sabitlenmesi sağlandı, gastrotomiden endoskopik tutucu ve ezici klempler lümen içine ilerletilerek bezoar parçalandı. Yeterince parçalama yapıldıktan sonra mide içine endobag sokuldu, snare ile kitleler endobagin içine yerleştirilirdi ve karın dışına alındı. Gastrotomi açıklığı endostapler ile kapatıldı. Hasta, postoperatif 4. günde sorunsuz taburcu edildi. Büyük bezoarların laparoskopik olarak tedavi edilebileceğini düşünümekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Gastrik bezoar, endoskopik tedavi, laparoskopik tedavi

V 28

AKUT BATIN VE KARIN İÇİ KİTLELERDE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIMIN ÖNEMİ; DEV PARAOVER-YEN KİSTİN LAPAROSKOPİK EKSIZYONU

Ediz ALTINLI*, Aziz SÜMER*, Osman YÜCEL**, Ersan EROĞLU*

* Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Genel Cerrahi AD, VAN

Amaç: Akut apandisit ön tanısı ile acil şartlarda yatırılan, yapılan tetkiklerinde mezenterik kist düşünülen olguda laparoskopinin önemi ve tedavideki yerini vurgulamak.

Yöntem: 24 yaşında bayan olgu, karın ağrısı nedeniyle acilimize başvurdu. Yapılan USG ve BT sinde mezenter kaynaklı yaklaşık 10 cm çaplı kist tespit edildi. Jinekolojik olarak normal değerlendirilen hastaya diagnostik laparoskopi ve laparoskopik kist eksizyonu planlandı.

Bulgular: Diagnostik laparoskopide , yaklaşık 20 cm çaplı sol paraoveryan kist tespit edildi. Kist içeriği sitolojik inceleme ve manüplasyonu kolaylaştırmak için veres ile yaklaşık 1200 cc berrak sıvı gelen mai şeklinde boşaltıldı. Fimbria ve over korunarak total kistektomi yapıldı.

Sonuç: Dev paratubal yada paraoveryan kistler nadir görülen, rutin jinekolojik transvajinal usg de ve laparoskopide akılda bulundurulması gereken olgulardır. Genelde asemptomatik olup, rastlantısal tanınırken, büyümeye bağlı torsiyon şikayeti verirler. Apandisit ön tanısı ile acil cerrahide açılan olguların yaklaşık %14 de paratubal/paraoveryan kiste rastlanılmaktadır. Laparoskopik yaklaşım, teşhis ve tedavide en değerli yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Paraoveryan kist, paratubal kist, laparoskopi

V 29

BARSAK OBSTRÜKSİYONLARININ LAPAROSKOPİK TEDAVİSİ

Metin ERTEM, Hakan GÖK, Emel ÖZVERİ

Acıbadem Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

İncebarsak obstrüksiyonlarının %49-74'ünde sebep, intraabdominal adezyonlardır. Adezyon oluşumunda en önemli belirleyici faktör geçirilmiş abdominal cerrahidir. Literatürde bu olasılık %67-93 olarak saptanmıştır. Geçirilmiş cerrahisi olanların %31'de adezyon oluşmazken, %10 hastada cerrahi geçirmemesine rağmen spontan adezyon gelişebilmektedir. Çoğu intestinal obstrüksiyon kolektomi, apandektomi ve histerektomi gibi açık alt abdomenopelvik cerrahiden sonra oluşmaktadır. Adezyonlardan sonra en sık görülen komplikasyon, incebarsak obstrüksiyonu ve kronik ağrı sendromudur. İnkomplet obstrüksiyon ve sistemik toksemi, iskemi veya strangülasyonun olmadığı durumlarda incebarsak obstrüksiyonların tedavisi genellikle konservatiftir. Konservatif tedavi başarısız olduğunda konvansiyonel açık veya minimal invaziv yaklaşımlar cerrahi seçeneklerdir. Minimal invaziv yaklaşım olan laparoskopinin adezyolizis ve incebarsak tedavisinde popülaritesi giderek artmaktadır. Laparotomi insizyon uzunluğunun %67'si, karın duvarında adezyon oluşumuna katılmaktadır. Laparotomiden sonra ventral herni insidansı %11-20 arasında olmasına rağmen port yeri herniasyonu %0.02-2.4 arasında görülmektedir. Minimal invaziv yaklaşımın, yara enfeksiyonu ve postoperatif pnömoni insidansında azalma ve barsak fonksiyonlarının erken başlaması ile daha az hastanede kalma gibi avantajları mevcuttur.

Ocak 2005 ile Mart 2011 tarihleri arasında incebarsak obstrüksiyonu sonucu yirmibeş hasta laparoskopik olarak tedavi edilmiştir. Ortalama yaş 49.5 olup 23 hasta (%95) laparotomiye dönmeyen laparoskopik olarak tedavi edilmiştir. 1 hastada ileri derecede ince barsak dilatasyonundan dolayı eksplorasyon tam yapılamadığından açığa geçilmiştir. Postoperatif hastanede kalma süresi ortalama 4.25 (1-11 gün) gündür.

İncebarsak obstrüksiyonu olan seçilmiş hastaların teda-

visinde laparoskopi güvenilir bir yöntemdir. Çoğu hasta da tanı ve tedavi amacıyla kullanılan iyi bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Bbstrüksiyon, adezyolizis, incebarsak, laparoskopi

V 30

LAPAROSKOPİK HARTMANN KOLOSTOMİ KAPATILMASI; YAPILABİLİRLİĞİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Yalın İŞCAN, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Dursun BUĞRA

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Çeşitli nedenlerle uygulanan Hartmann kolostominin laparoskopik yöntemle kapatılabilirliğini inceledik. **Giriş:** Hartmann kolostomisinin kapatılmasında, laparoskopik cerrahinin yapılabilirliğini belirleyen iki ana faktör (Karın içi yapışıklıklar ve remnan güdüğün boyu) video örnekleriyle tartışılacaktır.

Araç-Yöntem: Teknik video sunumu ile anlatılacaktır. **Sonuç:** Laparoskopik yöntemle kolostomi kapatılması kontrendikasyon gibi görünse de uygun teknik ile mümkündür ve sonuçları yüz güldürücü olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hartman kolostomi, Laparoskop

V 31

ROBOTİK RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ VE İLEUMDAN YENİ MESANE DİVERSİYONU: ADIM ADIM TEKNİKİMİZ

Tibet ERDOĞRU*, Murat AKAND**, Ali Egemen AVCİ*

* Memorial İstanbul Ataşehir Hastanesi

** Memorial Antalya Hastanesi

Özet: 9x5,5 cm'lik organa sınırlı mesane kanseri nedeniyle radikal sistoprotektomi planlanan 61 yaşındaki erkek hastaya düşük litotomi ve 40° Trendelenburg pozisyonunda 2 adet 12 mm'lik, 3 adet 8 mm'lik porttan 0° optikle cerrahi gerçekleştirildi. Rutin laparoskopik cerrahi teknik prensiplerindeki gibi, sağ ve sol periumbilikal ligamentlerden periton insizyonu ile üreterler bulundu. Eksternal, internal, ana iliak, obturator lenfadenektomi sonrası tüm iliak damarsal yapılar ortaya konuldu. Sağ ve sol medial umbilikal ligamentler hipogastrik arter seviyesinden bağlandı. Sağ ve sol superior mesane pedikülü kontrol edilip ayrıldıktan sonra üreterler kapatıldı ve mesaneden ayrıldı. Üreter alt uçlarından "frozen section" için örnek alındı. Rektum ile mesane ve prostat arası tümüyle diseke edildi. Sağ ve sol inferior pediküller kontrol edildi. İnterfasial teknik ile penil damar sinir demeti korunarak ayrıldı. Endopelvik fasia açıldıktan sonra üretra kesildi ve spesimen 4 cm'lik insizyondan dışarı alındı. Bu insizyondan dışarı alınan 45 cm'lik ileum segmentinden Abol-Enein tekniğine göre yeni mesane oluşturuldu; üreter anastomozu yapıldı. İntrakorporeal alana alınan ileal mesanenin mesane boynu

ile üretra kontinü 3/0 monocryl ile anastomoze edildi. Toplam genel anestezi, ameliyat ve konsol süreleri 550, 490 ve 410 dakikadır. Yaklaşık kan kaybı 150 ml olup kan transfüzyonu uygulanmadı. Hastanede kalış süresi üreter kateter süresi ile aynıdır (7 gün). Postoperatif 14. günde sistografi kontrolü ile sondası alındı. Patolojik değerlendirmede pT1b yüksek grade N0M0 ürotelyal karsinom ve Gleason skor 3+3=6 pT2a insidental prostat adenokarsinomu görüldü. Tüm cerrahi sınırlar, üreter alt uçlarında tümör görülmedi. Postoperatif 3. ayda tümüyle kontinan, semiereksiyon seviyesinde ereksiyonları mevcut; oral PDE5i başlandı. Robotik radikal sistoprostektomi cerrahi sürelerde uzama olmaksızın ve onkolojik güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Mesane tümörü, robotik cerrahi, radikal sistoprostektomi

V 32

ROBOTİK CERRAHİ İLE SOL TRANSMEZENTERİK PYELOPLASTİ

Tibet ERDOĞRU*, Murat AKAND*, Ali Egemen AVCI*

Memorial Antalya Hastanesi, Üroloji Kliniği, ANTALYA

Rekonstrüktif ürolojik cerrahilerde minimal invaziv yöntemler günümüzde giderek sık kullanılmaktadır. Laparoskopik tecrübe sonrasında inen kolon medialinden transmezenterik uyguladığımız robotik pyeloplasti tekniğimiz sunulmaktadır.

Sol UPJ darlığı ve sol aberran arter basısı nedeniyle pyeloplasti planlanan 23 yaşındaki bayan hastaya sol modifiye lumbotomi pozisyonunda toplam 4 porttan 0° optik ile robotik cerrahi gerçekleştirildi. İnen kolon medialinden tümüyle serbestlenmek için, kolon medialinden posterior periton insizyonu ile transmezenterik şekilde Drummond arteri korunarak retroperitoneal alana girildi. Alt polar aberran damarsal yapı ve posteiroidaki bası altında kalan UPJ ve üreter ortaya konuldu. UPJ seviyesinden üreter ve pelvis ayrıldı ve proksimal üreterin posterolateral spatülasyonu sonrası üreter ve redükte pelvis renalis çapraz damarın anterioruna transpozisyone edildi. Üretere 6Fr JJ stent antegrad yerleştirildi. Ön ve arka duvar 5/0 polyglactin materyal ile anastomoze edildi. Transmezenterik açılan posterior periton yaprağı repare edildi.

Tümüyle genel anestezi, toplam ameliyat ve cerrah konsol süreleri 165, 107 ve 72 dakika, kan kaybı olmadı. Hastane ve üreter kateter kalış süresi 2 ve 28 gündü. JJ stent alındıktan sonra çekilen DTPA diüretikli renal sintigrafide tümüyle UPJ üzerindeki baskının geçtiği ve sol toplayıcı sistemin rahat boşaldığı görüldü. Laparoskopik cerrahi deneyimi ile rekonstrüktif ürolojik uygulamaların en önemlilerinden birisi olan robotik pyeloplasti teleskop, robotik kolların titrememesi, robotik kolların çok açılı hareket özelliği, magnifikasyon altında 3 boyutlu görünümlü avantajlarıyla güven ile uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Robotik, transmesenterik, pyeloplasti

29 Nisan 2011, Cuma / 14:00 - 15:30

Video Bildiri Oturumu 4:

Kolorektal, Solid Organ

Oturum Başkanları:

Levhi AKIN, Nihat YAVUZ

V 33

LAPAROSKOPİK KOMPLET MEZOKOLİK EKSIZYON; SOL KOLON KANSERİ

Muhammet ÜÇÜNÇÜ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Yılmaz BÜYÜKUNCU, Dursun BUĞRA, Ali AKYÜZ

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Kolon kanserinin cerrahi tedavisinde güncel bir gelişme olan total mezokolik eksizyon tekniğinin laparoskopik uygulanabilirliğini göstermeyi amaçladık.

Giriş: Rektum kanseri cerrahisinde tanımlanan total mezorektal eksizyon tekniğine benzer şekilde günümüzde kolon kanseri için total mezokolik eksizyon tekniği tartışılmaktadır. Günümüzde yeni tanımlanan ve onkolojik katkıları henüz tartışma aşamasında olan total mezokolik eksizyon laparoskopik yöntemle başarıyla uygulanabilmektedir.

Araç- Yöntem: Sol kolon yerleşimli neoplazm tanılı olgu laparoskopik yöntemle ameliyat edilmiştir. Total mezokolik eksizyon ilkelerine kaidesine uygun olarak ameliyat tamamlanmıştır.

Teknik video sunumu ile anlatılacaktır.

Sonuç: Onkolojik açıdan açık cerrahi ile arasında fark bulunmayan kolon kanseri olgularında güncel tartışma konusu olan total mezokolik eksizyon laparoskopik yöntemle başarı ile uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Kolon kanseri, Laparoskopi

V 34

LOKAL İLERİ ÇEKUM KANSERİNDE LAPAROSKOPİK TOTAL MEZOKOLİK EKSIZYON

Gökhan ÇİPE, Naim MEMMİ, Süleyman BOZKURT, Münire KAYAHAN, Yeliz Emine ERSOY, Hüseyin KADIOĞLU, Mahmut MÜSLÜMANOĞLU

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İSTANBUL

Özet: Laparoskopik cerrahi son 2 dekattan bu yana kolon kanserlerinin tedavisinde kullanılmaktadır. Postoperatif daha az ağrı olması ve kozmetik nedenlerin yanı sıra, barsak hareketlerinin daha erken başlaması laparoskopinin avantajlarıdır. Lokal ileri kolon kanserlerinde günümüzde deneyimli merkezlerde laparoskopik kolon rezeksiyonu başarı ile yapılabilmektedir.

Olgu Sunumu: 1 yıl önce apandektomi yapılan 42 yaşında erkek hasta apandektomi yerinde ağrı nedeniyle tetkik edilmiş ve apandektomi lojunda abse saptanarak perkütan drene edilmiş. Ağrısının geçmemesi üzerine yapılan tomografisinde çekumda duvar kalınlaşması saptandı ve bunun üzerine yapılan kolonoskopi ile çekum kanseri tanısı kondu. Hasta preoperatif T3-4 N1 olarak değerlendirildi ve laparoskopik sağ hemikolektomi planlandı. Göbekten 10 mm, sağ alt kadrandan 5, sol alt kadrandan 5 mm ve suprapubik 5 mm olmak üzere 4 trokar girildi. Karın duvarına yapışık olduğu görülen tümöral kitle önce karın duvarından ayrıldı. Daha sonra çekum ve çıkan kolon mezenter peritonu terminal ileumu 15 cm içerecek şekilde açılarak ileokolik arter ve ven çıkışları yerden bağlanarak ayrıldı. Mezo penceresi yukarı doğru genişletilerek duodenum ve pankreas görülerek total mezokolik ilkelerine uygun olarak diseksiyona devam edildi ve orta kolik arterin sağ dalı ortaya konarak bağlandı. Medial diseksiyon tamamlandıktan sonra çekum lateral peritonu açıldı ve hepatokolik ve gastrokolik ligamanlar da açılarak çekum, çıkan kolon ve transvers kolon sebestleştirildi. Daha sonra göbek üstü ve altı 5 cm'lik bir insizyonla cilt korunarak tümöral kitle dışarı alındı. Rezeksiyon ve lineer stapler ile side-to-side ileotransversostomi yapıldı.

Sonuç: Bu video sunumunda lokal ileri kolon kanserlerinde dahi laparoskopik kolon rezeksiyonunun total mezokolik eksizyon ilkelerine bağlı olarak uygulanabilir olduğu gösterilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolon kanseri, laparoskopik cerrahi, total mezokolik eksizyon

V 35

TEK KESİDEN (SILS) LAPAROSKOPİK SAĞ HEMİKOLEKTOMİ; 10 OLGU İLE ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Osman Anıl SAYAŞ, Derya UYMAZ, Enver KUNDUZ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Türker BULUT, Sümer YAMANER, Ali AKYÜZ, Dursun BUĞRA

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Tek kesiden yapılan laparoskopik cerrahi (SILS), giderek artan oranda kullanılmaya başlanmıştır. Bu çalışmamızda, kolon ve rektum cerrahisindeki yer tartışmalı olan bu tekniğin yapılabilirliği ve sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Ağustos 2010 - Ocak 2011 döneminde İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD SILS yöntemiyle tedavisi yapılmış olan 10 sağ hemikolektomi olgusunun demografik verileri, ameliyat süresi, ameliyat sonrası erken dönem, patolojik inceleme sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiş olup ameliyat tekniği video gösterisi ile sunulacaktır.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 10 olgunun %60'ı erkek olup, ortalama yaş 47 (42-55)'dir. Ameliyat süresi ortalama 52 dakika olup, ameliyat sonrası dönemde morbidite ve mortalite saptanmamıştır. Çıkarılan piye-

sin ortalama uzunluğu 282 mm, ortalama lenf nodu sayısı 32'dir. Tüm anastomozlar ekstrakorporeal olarak yapılmış ve ortalama kesi uzunluğu 4 cm dir. Teknik video ile sunulacaktır.

Sonuç: Tek kesi tekniği ile uygulanan kolektomi teknik ve onkolojik olarak yapılabilir, ancak standart laparoskopiyeye göre erken dönem sonuçları açısından kozmetik avantaj dışında belirgin bir üstünlük gösterilememiştir. Tek kesiden yapılan kolektomiler hakkında kesin bir karara varabilmek için çok merkezli, randomize çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: sağ kolon , tümör , tek kesi , SILS

V 36

LAPAROSKOPİK REKTUM KANSER CERRAHİSİNDE, İNFERİÖR MEZENTERİK ARTERİN BAĞLANMA SEVİYESİ; NEREDE, NASIL?

Enver KUNDUZ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Yılmaz BÜYÜKUNCU, Dursun BUĞRA, Ali AKYÜZ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik yöntemle tedavi edilen rektum kanseri olgularında inferior mezenterik arterin bağlanma seviyesi , şekli gibi teknik aşamaları tanımlamayı amaçladık.

Giriş: Rektum kanseri cerrahisinde total mezorektal ekzizyon kadar önemli bir diğer onkolojik basamak hiç kuşkusuz inferior mezenterik arterin bağlanma seviyesidir. Arterin bağlanma seviyesi onkolojik radikal cerrahi için önemli olması yanı sıra süperior hipogastrik sinir plexusunun aortun solu boyunca ilerlemesi ve arterin orjinden bağlanması esnasında plexusunun yarananma ihtimali sebebi ile yaşam kalitesi açısından da önem kazanmaktadır. Laparoskopik yöntem sağlamış olduğu magnifiyasyon özelliği sayesinde aort ile plexus arasında bulunan avasküler pencereden diseksiyonun ilerlemesine olanak vermekte aynı zamanda güvenle aort üzerinde diseksiyonun devam ettirilerek inferior mezenterik arterin orjin noktasından bağlanmasını sağlamaktadır.

Araç-yöntem: Teknik video sunumu ile anlatılacaktır. **Sonuç:** Rektum kanseri cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntem yüksek volümlü ve deneyimli merkezlerde açık cerrahiye alternatif olarak güvenle uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Rektum kanseri, laparoskopik

V 37

LAPAROSKOPİK DEV KARACİĞER HEMANJİYOM ENÜKLEASYONU

Tanık ARTIŞ, Muhammet AKYÜZ, Zeki YILMAZ

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Laparoskopik karaciğer cerrahisi son zamanlarda gittikçe artan sıklıkla uygulanmaya başlamıştır. Minimal invaziv cerrahinin getirdiği avantajlar düşük morbidite ile karaciğer için de uygun hale gelmiştir. Özellikle sol lateral sektördeki lezyonlar laparoskopi açısından ideal tedaviyi oluşturmaktadır. Bu çalışmada laparoskopik olarak enülele ettiğimiz dev karaciğer hemanjiomu olgusunun video sunumunu göstermeyi amaçladık.

Olgu Sunumu: 39 yaşında bayan hasta sağ üst kadranda ağrısı şikayetiyle başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda abdominal BT'de KC segment 2-3'ü dolduran 13 cm'lik 5-8'i dolduran 11 cm'lik iki adet hemanjiomla uyumlu kitle saptandı. Fizik muayenede epigastriumda ele gelen kitle mevcuttu. Hasta HPB konseyinde tartışıldı ve operasyon kararı alındı. Ancak her iki kitle volümetrik olarak karaciğerin büyük bir kısmını tuttuğu için öncelikli olarak sol lobdaki lezyonun laparoskopik olarak çıkartılmasına karar verildi. Laparoskopide karaciğer segment 2-3'ü dolduran yaklaşık 15 cm. çapında ekzofitik uzanım gösteren hemanjiom saptandı. Üç adet onluk, bir adet 15'lik trokar kullanıldı. Yardımıyla lezyon Harmonic Scalpel kullanılarak enükle edildi. Sol heparik ven seviyesinde endovasküler stapler kullanıldı. Operasyon 90 dk sürdü ve 400 cc peroperatif kanama oldu; kan transfüzyonu yapılmadı. Postop dönemde sorunsuz geçen hasta postop 5. gün taburcu edildi.

Sonuç: Laparoskopik karaciğer cerrahisi uygun vakalarda, ileri laparoskopi ve açık cerrahide tecrübeli ekipler tarafından düşük morbidite ile uygulanabilecek güvenli bir seçenek olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopi, karaciğer

V 38

LAPAROSKOPİK EN-BLOK SİGMOİD REZEKSİYON + PARŞİYEL MESANE REZEKSİYONU + KİSİMİ ÜRETER REZEKSİYONU + SİSTORAFİ + ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ

Serhat MERİÇ, Emre BALIK, Oktar ASOĞLU, Sümer YAMANER, Türker BULUT, Yılmaz BÜYÜKUNCU, Dursun BUĞRA, Ali AKYÜZ

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, İSTANBUL

Amaç: Çoklu organ rezeksiyonu gerektiren olgular genellikle laparoskopik yöntem için kontrendikasyon olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda özellikle çoklu organa rezeksiyon ve rekonstrüksiyon gerektiren olguların laparoskopik yapılabilirliğini göstermeyi amaçladık.

Araç-Yöntem: Radyolojik görüntülemelerinde üreter ve mesane invazyonu gösteren cT4 sigmoid kolon kanser olgusu laparoskopik yöntemle ameliyat edilmiştir. Teknik video sunumu ile anlatılacaktır.

Sonuç: Günümüzde kolorektal cerrahide laparoskopik yöntem güvenli kullanılmakta ve açık cerrahiye eşit onkolojik sonuçlar elde edilmektedir. Özellikle geçirilmiş karın cerrahisi ve çoklu organ invazyonu laparoskopik teknik için göreceli olarak kontrendike kabul edilmekteydi. Yüksek volümlü ve deneyimli merkezlerde

ise artık kontrendikasyon olarak görülmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolon kanseri, laparoskopi

V 39

KARACİĞER KİST HİDATİK OLGUSUNUN LAPAROSKOPİK PARŞİYEL KISTEKTOMİ VE OMENTOPLASTİ YÖNTEMİ İLE TEDAVİSİ

Metin YEŞİLTAŞ, Akın ŞİRE

Ordu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, ORDU

Giriş ve amaç: Günümüzde teknolojik gelişmeye paralel olarak bir çok yeni rentabl laparoskopik el aletlerinin üretilmesi, laparoskopik cerrahide deneyimin gittikçe artması, çoğu karın ameliyatlarının laparoskopik yöntemle güvenli bir şekilde yapılmasına ve yaygınlaşmasına neden olmuştur. Bizde bu çalışmada Ordu devlet hastanesinde laparoskopik yöntemle yapmış olduğumuz karaciğer kist hidatik olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ordu Devlet Hastanesinde Haziran 2009 yılında sağ üst kadranda ağrısı ile gelen ve karaciğer kist hidatik tanısı alan 24 yaşındaki virgin bayan hastaya laparoskopik parşiyel kistektomi, omentoplasti ameliyatı yapıldı. Hasta dekübitis pozisyonunda opere edildi. Göbek altından Hasson tekniği ile 10 mm lik, sağ subkostal bölgeye ve subksifoid bölgeye birer adet 5 mm lik ve göbek üstü orta hatta 1 adet 10 mm lik trokar yerleştirildi. Kistin bulunduğu bölge batticonlu spançlarla korundu. Ponksiyon iğnesi ile kist aspire edilip batticon uygulandı. 10 dk. baklandı. İçerik aspire edilip germinatif membran kese torbası ile dışarı alındı. Ligasure ile parşiyel kistektomi ve Omentoplasti yapıldı. Dren konarak işleme son verildi.

Bulgular: Karın CT: Kist sağ lob anterolateralde yerleşmiş 14 cm boyutunda olup karaciğer enzimleri normaldi. Preop 5 gün albendazol başlandı. Postop 3 ay devam edildi. Postop 1. gün oral başlandı. 2.gün dren çekildi. 3. gün taburcu edildi. İntraop ve postop komplikasyon olmadı. 22 aylık takipte nüks saptanmadı.

Sonuç: Karaciğer kist hidatik olguları laparoskopik yöntemle açık cerrahideki tüm prensipler uygulanarak tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer, Kisthidatik, Laparoskopi

V 40

PANKREAS SOLİD PSÖDOPAPİLLER TÜMÖRDE LAPAROSKOPİK DİSTAL PANKREATEKTOMİ VE SPLENEKTOMİ

Mehmet Mahir ÖZMEN, Münevver MORAN, Emre GÜNDOĞDU, Ali Emre AKGÜN, Banş DEMİRİZ, Sibel GELECEK

Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi 7. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Amaç: Laparoskopik distal pankreatektomi ve sple-

nektomi 1994 yılından beri uygulanan güvenli ve kabul görmüş bir yöntemdir. Laparoskopik pankreatektomi, laparoskopik cerrahinin bilinen avantajlarının yanında pankreasın anatomik lokalizasyonu ve cerrahi teknik zorluklarından dolayı ek olarak kolaylık sağlar. Pankreasın solid psödopapiller tümörü oldukça yavaş büyüyen, sıklıkla genç kadınlarda görülen nadir bir tümördür. Nadir görülen bir tümör olması nedeni ile bu vakadaki laparoskopik tecrübemizi paylaşmak amaçlandı.

Yöntem: Otuziki yaşındaki kadın hastaya pankreas solid psödopapiller tümör nedeniyle laparoskopik distal pankreatektomi ve splenektomi yapıldı.

Bulgular: Başvurusundan üç ay önce epigastrik ağrı şikayetiyle dış merkezde değerlendirilen hastaya peptik ülser tedavisi başlanmış, şikayetlerinde gerileme olmayan hastaya yapılan abdominal ultrasonografide pankreasta şüpheli kitle lezyonu saptanması üzerine yapılan abdominal tomografide pankreas gövde kısmında yaklaşık 4x3x2 cm boyutlarında kitle tespit edil-

miş. Bu sonuçlarla kliniğimize başvuran hastanın hastanemizde yapılan abdominal MR görüntülerinde de pankreas gövde kısmında 4x2x2 cm boyutlu kitle görüldü. Laboratuvar sonuçlarında hemogram, biyokimya ve tümör markerları normal düzeylerdeydi. Hastaya laparoskopik distal pankreatektomi ve splenektomi ameliyatı yapıldı. Postoperatif dönemde sorunu olmayan hasta üçüncü günde taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu solid psödopapiller tümör olarak rapor edildi.

Sonuç: Günümüzde pankreasın endokrin ve ekzokrin birçok tümörünün cerrahi tedavisinde laparoskopik yöntem yaygın olarak güvenli kullanılmaktadır. Pankreasın solid psödopapiller tümörünün benign karakteristik özellik taşıyan bir tümör olması, genç yaşta hasta popülasyonu ve laparoskopik cerrahi tecrübesi olan bir klinikte değerlendirilme göz önüne alındığında laparoskopik distal pankreatektomi bu tür seçilmiş vakaların cerrahi tedavisinde ideal yöntem olarak kabul görecektir.