



4. ULUSAL FITİK KONGRESİ



PROGRAM VE BİLDİRİ ÖZETLERİ

“LAPAROSKOPİK FITİK CERRAHİSİ”

- Karın Duvarı
- Kasık
- Hiatus

11-14 NİSAN, 2013, BODRUM
Hilton Türkbükü Resort & Spa

www.fitik2013.org

• Uluslararası katkı
• Hipokrat yemini



Başkanın Yazısı

Değerli Meslektaşlarımız;

Ulusal Fıtık Kongresi Düzenleme Komitesi adına hepinize hoş geldiniz diyorum.

Sizlere bu kongremizde de bilimsel içeriği ile doyurucu ve verimli bir program hazırladık. Kongremiz, Laparoskopik Fıtık Cerrahisinin kasık, karın duvarı ve hiatus fıtıkları konularını kapsayacaktır. Konferans ve panellere ek olarak Laparoskopik Fıtık Cerrahisinde yaşanan yenilikleri Türk ve yabancı deneyimli meslektaşlarımızdan birebir izleme şansını elde edebileceksiniz. Diğer taraftan ‘Video Sunum Oturumları’ ile dikkat çeken noktaları, konusunda uzman tartışmacılar ile çeşitli yönlerden irdeleme olanağı bulacaksınız. Tüm bunlara ek olarak seçilmiş bildiri oturumları, kongre öncesi kurslar ve uydu sempozyumlar ile gelişme ve yenilikler konularında bilgi alışverişinde bulunabileceksiniz. Kurslarımız ücretsiz olup, sınırlı sayıda katılımcıya açıktır.

Bahar’ın gelişi ile renklenmiş Bodrum’da, sizler ve refakatçileriniz için hazırlanmış olduğumuz kültürel turları da kapsayan zengin sosyal programlarımızın bizleri kaynaştıracığı inancındayız.

Bu kongreyi gerçekleştirmemizde bizlere vermiş olduğunuz güç için sizlere, misafir konuşmacılara ve destek sağlayan tüm katılımcı firmalara teşekkür ederiz.

Sevgi ve Saygılarımla
Prof. Dr.Melih Paksoy
Kongre Başkanı

KONGRE BAŞKANI

Dr. MELİH PAKSOY

KONGE SEKRETERİ

Dr. EDİZ ALTINLI

KONGRE DÜZENLEME KOMİTESİ

Dr. METİN ERTEM

Dr. ZAFER MALAZGİRT

Dr. NURİ GÖNÜLLÜ

Dr. HAKAN GÖK

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Dr. ÖZDEMİR AKTAN	İSTANBUL
Dr. CAVİT AVCI	İSTANBUL
Dr. LEVENT AVTAN	İSTANBUL
Dr. UMUT BARBAROS	İSTANBUL
Dr. ŞÜKRÜ BOZKURT	ANKARA
Dr. ARAS EMRE CANDA	İZMİR
Dr. ATIL ÇAKMAK	ANKARA
Dr. TAHSİN ÇOLAK	MERSİN
Dr. SELMAN DEMİRCİ	İSTANBUL
Dr. BAKİ EKÇİ	İSTANBUL
Dr. SİNAN ERSİN	İZMİR
Dr. EMİN ERSOY	ANKARA
Dr. ÖZDAL ERSOY	İSTANBUL
Dr. SÜPHAN ERTÜRK	İSTANBUL
Dr. ERHUN EYÜBOĞLU	İSTANBUL
Dr. ALİ HARLAK	ANKARA
Dr. TURGUT İPEK	İSTANBUL
Dr. SELİN KAPAN	İSTANBUL
Dr. ERAY KARA	MANİSA
Dr. NUSRET KORUN	BURSA
Dr. HAKAN KULAÇOĞLU	ANKARA
Dr. CAN KÜÇÜK	KAYSERİ
Dr. TOLGA MÜFTÜOĞLU	İSTANBUL
Dr. TARIK ZAFER NURSAL	ADANA
Dr. SELMAN SÖKMEN	İZMİR
Dr. AZİZ SÜMER	VAN
Dr. DURSUN ALİ ŞAHİN	RİZE
Dr. KORAY TEKİN	DENİZLİ
Dr. MUHYİTTİN TEMİZ	HATAY
Dr. EKMEL TEZEL	ANKARA
Dr. KORAY TOPGÜL	SAMSUN
Dr. AHMET TÜRKÇAPAR	ANKARA
Dr. CİHAN URAS	İSTANBUL
Dr. TUNCAY YILMAZLAR	BURSA
Dr. TANER YİĞİT	ANKARA
Dr. SERDAR YÜCEYAR	İSTANBUL
Dr. ABDULLAH ZORLUOĞLU	BURSA

YABANCI KONUŐMACILAR

Dr. FREDERIK BERREVOET

Ghent University – Belçika

Konferans - Alternative techniques of fixation during LVHR

Konferans - Do hernia characteristics influence the technique of LVHR ?

Forum - Laparoskopik Ventral Fıtık Onarımı

Dr. MAGNUS NILSSON

Karolinska University – İsveç

Konferans - Redo surgery for complications of previous hiatal hernia repair

Konferans - Antireflux surgery: efficacy,side effects,and other issues in the long term

Forum - Laparoskopik Hiatus Fıtığı Onarımı ve Antireflü Cerrahi

Dr. JACOB ROSENBERG

University of Copenhagen – Danimarka

Konferans - Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia

Konferans - TAPP or TEP for recurrent inguinal hernia

Forum - Laparoskopik Kasık Fıtığı Onarımı

KONGRE SEKRETERYASI

Oasis Turizm İşletmeciliği Ltd.

T: 0212 292 47 14

E: oasis@oasis.com.tr

www.oasis.com.tr



SPONSORLAR

COVIDIEN SAĞLIK A.Ő.

JOHNSON & JOHNSON

BARD

ROCHE

COLOPLAST

TUTKU SAĞLIK

ARTI MEDİKAL

GENEL BİLGİLER

Toplantı Yeri

Hilton Bodrum Türkbükü Resort & Spa

Saplı Köyü Göltürbükü Muğla, Bodrum 48452

TEL: 90-252-3110150 - www.hilton.com.tr/tr/Hilton-Bodrum

Kongre Dili

Kongre dili Türkçedir.

Konaklama

Hilton Bodrum Türkbükü Resort & Spa

Saplı Köyü Göltürbükü Muğla, Bodrum 48452

TEL: 90-252-3110150 - www.hilton.com.tr/tr/Hilton-Bodrum

Sunumlar

Kongre süresince konferanslar, paneller, forumlar, video, sözlü ve poster sunum oturumları düzenlenecektir.

Sergi Alanı

Kongre boyunca endüstrinin oluşturduğu sergi alanı katılımcıların gezebilmesi için açık olacaktır.

Katılımcı Belgesi

Tüm katılımcılara, oturumlarda bulunmaları koşuluyla kongre bitiminde katılım belgesi verilecektir.

Yaka Kartı

Tüm katılımcı ve refakatçilere yaka kartı verilecektir. Kongre düzeninin sağlanabilmesi için yaka kartlarının sürekli takılması rica olunur.

Sunumlar ve Ödüller

En iyi video, sözel ve poster sunumu ödülleri verilecektir

SOSYAL PROGRAM

12 Nisan 09:30 Refatkatçiler için Bodrum Turu (ücretsiz)

Uzman rehberler eşliğinde Bodrum'un kültürel ve tarihi mirasını öne çıkaran bu turumuzda Antik Karya bölgesinin başkenti Halikarnas'ta bir zamanlar dünyanın 7.harikası olarak kabul edilene ve şu anda Biritish Museum'da bulunan Maseloum'un bulunduğu alan, Antik Tiyatro, Bodrum Kalesi ve içinde dünyanın en zengin su altı arkeolojisi müzesi gezilecektir. Bodrum Marinasında alınacak kahve molasından sonra otele dönüş.

14 Nisan 09:00 Kos Adası Gezisi

Kongemizin son günü katılımcılar için Hipokrat'ın doğduğu ada olan komşu İstanköy'e (Kos) bir günlük tur düzenlenecektir. Tur kapsamında Yunan Mitolojisinde Sağlık Tanrısı Asklepion Tapınağında sembolik bir Hipokrat Yemini gösterisi düzenlenecektir.

Ücretsiz yapılacak bu tura katılmak için geçerli Schengen vizesi ya da en az altı ay geçerli yeşil pasaportu olmayanlar Schengen vizesi alması gerekmektedir. Kongre Sekreteryası vize alımı için yardımcı olacaktır.

09:00'de kahvaltıdan sonra otelden ayrılış. Bodrum Limandan hızlı feribot ile Kos adasına geçiş. Kos Adası Asclepion Tapınağı ziyareti ve Hipokrat Yemini Töreni. Daha sonra Kos merkezinde öğle yemeği ve alışveriş için serbest zaman. 16:00 Kos'tan hızlı feribot ile ayrılış ve 16:30 Bodrum'a varış. Dileyenler için ücretsiz otobüslerle havalimanına transfer.

2013 FITİK KONGRESİ PROGRAMI

SAAT	08:00-09:00	09:00-10:00	10:00-10:30	10:30-12:00	12:00-13:00	13:00-14:00	14:00-15:30	15:30-16:00	16:00-17:00	17:00-18:00	18:00-19:00	19:00-20:00
11 NISAN	-	-	-	-	-	-	Kurs	Kahve Arası	Kurs			Açılış Kokteyli
12 NISAN	Açılış 08:00-09:00	Konferans Kasık & Ventral Fitikleri	Kahve Arası	Panel Kasık Fitigi	Uydu Sempozyumu	Forum Kasık Fitigi	Panel Hiatus Fitigi	Kahve Arası	Panel "Sporcu Fitigi"	Video Sunumu Serbest Bildiri		
13 NISAN	Forum Ventral Fitik	Konferans Kasık & Ventral Fitikleri	Kahve Arası	Panel Ventral Fitigi	Öğl. Yemeği	Forum Hiatus Fitigi	Panel Kasık Fitigi	Kahve Arası	Panel Yeni teknolojiler	Video Sunumu Serbest Bildiri	Kapanış ve Odlu Töreni	
14 NISAN		Sosyal Program	Kos	Gezi	Hipokrat Yemini							

4. ULUSAL FITİK KONGRESİ BİLİMSSEL PROGRAMI

11 NİSAN 2013 - KURSLAR

LAPAROSKOPİK KASIK FITİĞİ ONARIMI

Oturum Başkanı: Cihan Uras – Şükrü Bozkurt

14:00 – 14:20 Kasık Bölgesi Posterior Anatomisi – Selman Demirci

14:20 – 14:50 TAPP: Teknik Basamakları – Levent Avtan

14:50 – 15:10 Yama ve Aletler: Hangisi? Kime? ve Nasıl? – Muhyittin Temiz

15:10 – 15:30 Tartışma

15:30 – 16:00 KAHVE MOLASI

16:00 – 16:30 TEP: Teknik Basamakları – Eray Kara

16:30 – 16:50 Komplikasyonlar ve Önlemleri – Tarık Zafer Nursal

16:50 – 17:10 TAPP ve TEP: Güncel Sonuçlar – Can Küçük

17:10 – 17:30 Tartışma

LAPAROSKOPİK VENTRAL FITİK ONARIMI (LVFO)

Oturum Başkanı: Tuncay Yılmazlar – Ekmele Tezel

14:00 – 14:20 Hasta Seçimi ve Hazırlığı – Selin Kapan

14:20 – 14:50 Tekniğin Basamakları – Tahsin Çolak

14:50 – 15:20 Başarılı Onarımın İlkeleri – Aras Emre Canda

15:20 – 15:30 Tartışma

15:30 – 16:00 KAHVE MOLASI

16:00 – 16:20 Materyal Seçimi ve Kullanımı – Şenol Carıllı

16:20 – 16:50 Teknik Sorunlar ve Çözümleri – Umut Barboros

16:50 – 17:10 LVFO'nun Güncel Sonuçları – Koray Topgül

17:10 – 17:30 Tartışma

LAPAROSKOPİK HİATUS FITİĞİ ONARIMI (LHFO) VE ANTİREFLÜ CERRAHİ

Oturum Başkanı: Erhun Eyüboğlu – Dursun Ali Şahin

14:00 – 14:20 Hiatus Anatomisi – Aziz Sümer

14:20 – 14:40 GÖRH'de Fizyolojik Çalışmalar – Özdal Ersoy

14:40 – 15:10 Krurorafı (yamalı – yamasız) ve Fundoplikasyon Teknikleri – Ediz Altınlı

15:10 – 15:30 Tartışma

15:30 – 16:00 KAHVE MOLASI

16:00 – 16:20 AntiReflü Cerrahide Hasta Seçimi – Atıl Çakmak

16:20 – 16:50 Sorunlar ve dikkat edilecek noktalar – Ali Harlak

16:50 – 17:10 LHFO'nun Güncel Sonuçları – Baki Ekçi

17:10 – 17:30 Tartışma

19:00 – 20:00 AÇILIŞ KOKTEYLİ

12 NİSAN 2013 BİLİMSEL PROGRAM

08:00 – 09:00

AÇILIŞ

09:00 – 10:00

KONFERANS

Oturum Başkanı: Zafer Malazgirt, Ediz Altınlı

09:00 – 09:15

Alternative techniques of fixation during LVHR – Frederik Berrevoet

09:15 – 09:30

Guidelines for laparoscopic (TAPP) and endoscopic (TEP) treatment of inguinal hernia- Jaco Rosenberg

09:30 – 09:45

Do hernia characteristics influence the technique of LVHR ? - Frederik Berrevoet

09:45 – 10:00

Tartışma

10:00 – 10:30

KAHVE MOLASI

10:30 – 12:00

PANEL

Laparoskopik Kasık Fıtığı Onarımları

Oturum Başkanı: Metin Ertem, Süphan Ertürk

10:30 – 10:50

TAPP: Nasıl Yaparım? – Tark Zafer Nursal

10:50 – 11:10

TEP: Nasıl Yaparım? – Can Küçük

11:10 – 11:30

Nelerden Kaçınalım, Nasıl Daha İyi Yapalım? – Cihan Uras

11:30 – 11:50

Yamalar ve Sabitleme: Zimba, Yapıştırma ya da Hiçbir Şey – Eray Kara

11:50 – 12:00

Tartışma

12:00 – 13:00

ÖĞLE YEMEĞİ (UYDU SEMPOZYUMU)

13:00 – 14:00

FORUM

Laparoskopik Kasık Fıtığı Onarımı: Sorular ve Cevaplar

Oturum Başkanı: Zafer Malazgirt – Şükrü Bozkurt

Jacob Rosenberg – Metin Ertem – Umut Barbaros– Levent Avtan – Koray Topgül

14:00 – 15:30

PANEL

LAPAROSKOPİK HİATUS FITİĞİ ONARIMI ve ANTİREFLÜ CERRAHİ

Oturum Başkanı: Erhun Eyüboğlu, Selman Sökmen

14:00 – 14:20

Preoperatif Değerlendirme ve Hasta Seçimi – Özdal Ersoy

14:20 – 14:40

Teknik Başarı İçin Anahtar Faktörler – Nuri Gönüllü

14:40 – 15:00

Niye Nissen Floppy? Niye Nissen Rosetti? Niye Toupet ? Emin Ersoy

15:00 – 15:20

Laparoskopik Antireflü Cerrahinin Uzun Süreli Sonuçları – Ahmet Türkçapar

15:20 – 15:30

Tartışma

15:30 – 16:00

KAHVE MOLASI

16:00 – 17:00

PANEL

SPORCUDA KASIK SORUNU

Oturum Başkanı: Serdar Yüceyar, Atıl Çakmak

16:00 – 16:25

Sporcularda Kasık Ağrısının Etyolojisi – Hakan Kulaçoğlu

16:25-16:50

Tedavi Algoritması ve Sporcu Fıtığının Laparoskopik Tedavisi – Melih Paksoy

16:50 – 17:00

Tartışma

17:00 – 18:00

VIDEO SUNUMU (SALON 1)

Oturum Başkanı: Cavit Avcı, Selin Kapan

V1 Dev Ventral Hernilerde Konvansiyonel ve Endoskopik Komponent Seperasyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması

- Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, Ümit Alakuş, Sezai Demirbaş, Sadettin Çetiner
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
- V2 TAPP Nüksünün TEP İle Onarımı: 3 Olgu Sunumu**
Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri²
¹İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D. , İstanbul
²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, İstanbul
- V3 Laparoskopik İnsizyonel Fıtık Tamiri: Video Teknik Sunum**
Aziz Sümer¹, Ediz Altınlı²
¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD
- V4 Açık Hiatal Herni Onarımı Sonrasında Nüks Hiatal Herni Ve Karın Ön Duvarı Fıtığının Laparoskopik Onarımı**
Haydar Celasun¹, Şerife Simsek², Ahmet Gökhan Türkçapar³
¹Kavaklıdere Umut Hastanesi, Ankara
²Bariatrik Cerrahi ve İleri Laparoskopi Merkezi, İstanbul
³Ankara Üniversitesi Genel Cerrahi ABD, Ankara
- V5 Monofilament Polyester Mesh ile Laparoskopik inlay Parastomal Herni Onarımı**
Salih Tosun, Salih Bölük, Hakan Baysal, Haydar Yalman, Sümeyra Emine Bölük, Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemer, Günay Uluç, Ender Anılır, Adem Aslan, Ferman Tefik Özyalvaç, Tuğrul Özdemir
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araşt. Hast. Genel Cerrahi ABD
- V6 Laparoskopik TEP Tekniği İle Kasık Fıtığı Tamirinde 3 Boyutlu Mesh Uygulaması: Video Teknik Sunum**
Ediz Altınlı¹, Halil İbrahim Sertel², Fuat Hızlı²
¹İstanbul Bilim Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
²Florence Nightingale Kadıköy Hastanesi, İstanbul
- V7 Başarısız Antireflü Cerrahinin Laparoskopik Revizyonu**
Fahrettin Acar, Hüseyin Yılmaz, Hüsnü Alptekin, Mehmet Ertuğrul Kafalı, Mustafa Şahin
Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

17:00 – 18:00

SERBEST BİLDİRİ (SALON 2)

Oturum Başkanı: Ekmel Tezel, Hakan Kulaçoğlu

- S1 Doku Yapıştırıcı İle Kaplanan Mesh'lerin Onlay Yerleştirilen Tavşanlarda Yara İyileşmesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması**
Nazif Zeybek¹, Ulvi Mehmet Meral², Yaşar Subutay Peker¹, Ali Fuat Çiçek³, Nail Er-söz1, Yusuf Peker¹
¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,Ankara
²İzmir Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi,İzmir
³Gülhane Askeri Tıp Akademisi Patoloji Anabilim Dalı,Ankara
- S2 Laparoskopik Karın Ön Duvarı Onarımı Deneyimlerimiz**
Akın Fırat Kocaay, Tefik Eker, Cihangir Akyol, Atıl Çakmak
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Ankara
- S3 Boğulmuş Femoral Fıtık Tamirinde McVay Onarımı**
Aziz Sümer¹, Fatih Can Karaca², Deniz Atasoy², Özgür Kemik¹, Ediz Altınlı³
¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

- ²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
- ³TC İstanbul Bilim Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul
- S4 İnsizyonel Herni Onarımında Cerrahin Yöntem Tercihini (Meshli Mi? Meshsiz Mi?)**
Salih Tosun, Günay Uluç, Ferman Tevfik Özyalvaç, Ender Anılır, Hakan Baysal, Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemer, Salih Bölük, Haydar Yalman, Mehmet Rafet Yiğitbaşı
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araşt. Hast.Genel Cerrahi ABD
- S5 Umbilikal Herni İle Kolelitiazis Birlikteliği: 30 Vakanın Analizi**
Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Murat Gönenç, İlhan Gök, Süleyman Bademler, Selin Kapan, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış
Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
- S6 Dev Ventral Hernilerde Yeni Bir Yaklaşım; Rektus Perforatör Damarların Korunduğu ‘Modifiye Konvansiyonel Komponent Seperasyon Yöntemi’**
Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, İsmail Hakkı Özerhan, Yusuf Peker
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
- S7 Videoskopik İnguinal Tepp Herniorafide Uyguladığımız Alternatif Mesh Yerleştirme Tekniği**
Batuhan Hazer¹, Oğuz Okul², Özgür Dandin³, Dursun Özgür Karakaş⁴, Yavuz Özdemir⁵, Ahmet Ziya Balta⁵
¹Kasımpaşa Asker Hastanesi
²Etimesgut Asker Hastanesi
³Bursa Asker Hastanesi
⁴Kars Asker Hastanesi
⁵GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
- S8 Skrotal Hernilerin Laproskopik Onarımından Öğrenilenler**
Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri²
¹İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D. , İstanbul
²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, İstanbul
- S9 Laparoskopik TEP ve TAPP Uygulaması: Kişisel Deneyimimiz**
Aziz Sümer¹, Ediz Altınlı²
¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD
²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD
- S10 Abdominal Transdiyafragmatik Fıtıklarda Yeni Yaklaşım: Fence Darning Tekniği**
Nazif Zeybek, Yaşar Subutay Peker, Mehmet Fatih Can, İsmail Hakkı Özerhan, Yusuf Peker
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

18:00 – 19:00

OTURUM

Laparoskopik Fıtık Cerrahisinde Akılcı İlaç ve Malzeme Kullanımı

Oturum Başkanı: Melih Paksoy, Ediz Altınlı

13 NİSAN 2013 BİLİMSEL PROGRAM

08:00 – 09:00

FORUM

Laparoskopik Ventral Fıtık Onarımı: Sorular ve Cevaplar

Oturum Başkanı: Nusret Korun – Nuri Gönüllü

Frederick Berrevoet – Melih Paksoy – Tahsin Çolak– Aras Emre Canda – Taner Yiğit

09:00 – 10:00

KONFERANS

Oturum Başkanı: Melih Paksoy, Ahmet Türkçapar

09:00 – 09:15

Redo surgery for complications of previous hiatal hernia repair. – Magnus Nilsson

09:15 – 09:30

TAPP or TEP for recurrent inguinal hernia - Jacob Rosenberg

09:30 – 09:45

Antireflux surgery: efficacy,side effects,and other issues in the long term – Magnus Nilsson

09:45 – 10:00

Tartışma

10:00 – 10:30

KAHVE MOLASI

10:30 – 12:00

PANEL

LAPAROSKOPIK VENTRAL FITIK ONARIMI (LVFO)

Oturum Başkanı: Tahsin Çolak, Hakan Gök

10:30 – 10:45

LVFO: Teknik Aşamalar – Taner Yiğit

10:45 – 11:00

LVFO: Geçmişten Bugüne Neler Değişti? – Turgut İpek

11:00 – 11:15

Laparoskopik insizyonel fıtık onarımı sonrası ağrı: Yama mı?-Tespit mi? – Tolga Müftüoğlu

11:15 – 11:30

Lomber Fıtıklarda Laparoskopik Onarım: Yeterince Başarılı mı? – Aziz Sümer

11:30 – 11:45

İnsizyonel fıtıklarda laparoskopik tedavinin kozmetik sonuçları – Koray Tekin

11:45 – 12:00

Tartışma

12:00 – 13:00

ÖĞLE YEMEĞİ

13:00 – 14:00

FORUM

Laparoskopik Hiatus Fıtığı Onarımı ve Antireflü Cerrahi:

Oturum Başkanı: Metin Ertem, Turgut İpek

Magnus Nilsson – Sinan Ersin – Emin Ersoy – Ediz Altınlı – Ahmet Türkçapar

14:00 – 15:30

PANEL

Laparoskopik Kasık Fıtığı Onarımları (LKFO)

Oturum Başkanı: Özdemir Aktan, Taner Yiğit

14:00 – 14:20

Nüks Kasık Fıtıklarında Laparoskopik Onarım-Sinan Ersin

14:20 – 14:40

Skrotal Kasık Fıtıklarında Laparoskopik Onarım – Metin Ertem

14:40 – 15:00

Çift Taraflı Kasık Fıtıklarında Laparoskopik Onarım – Melih Paksoy

15:00 – 15:20

LKFO sonrası Sorunlar ve Çözümler – Abdullah Zorluoğlu

15:20 – 15:30

Tartışma

15:30 – 16:00

KAHVE MOLASI

16:00 – 17:00

PANEL

YENİ TEKNOLOJİLER

Oturum Başkanı: Abdullah Zorluoğlu- Şenol Carilli

16:00 – 16:15

SILS ile Fıtık Onarımı – Metin Ertem

16:15 – 16:30

Kullanılan Materyaller ve Yenilikler - Hakan Gök

16:30 –16:45

Laparoskopik Fıtık Cerrahisinin Geleceği – Cavit Avcı

16:45 –17:00

Tartışma

17:00 – 18:00

VIDEO SUNUMU (SALON 1)

Oturum Başkanı: Tolga Müftüoğlu, Baki Ekçi

- V8 Tek Port Transumbliyal Laparoskopik Transabdominal Preperitoneal (TAPP) Kasık Fıtığı Onarımı; Tek Merkezli Erken Sonuçlarımız**
Hüseyin Yılmaz, Fahrettin Acar, Hüsnü Alptekin, Mustafa Şahin
Hüseyin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
- V9 Yamasız Dev Hiatal Herni Onarımı Yapılabilir mi? Neden Olmasın!**
Emin Ersoy, Mehmet Eren Yüksel, Kamil Kuluzade, Mircelil Seyidov
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı
- V10 Laparoskopik Spiegel Fıtığı Tamiri**
Fatih Can Karaca, Deniz Atasoy, Özlem Akça, Nimet Süslü, Seher Özkan, Mehtap Dinç, Selin Kapan
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul
- V11 Laparoskopik Morgagni Herni Tamiri (Olgu Sunumu)**
Taner Yiğit¹, Bülent Öztürk², Yavuz Poyrazoğlu², Ali Harlak¹, Öner Menteş¹, Orhan Kozak¹
- V12 Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu; Nasıl Yapalım? : Video Teknik Sunum**
Ediz Altınlı¹, Aziz Sümer²
¹İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD
²Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD
- V13 Laparoskopik Tekport (STEP) Kasık Fıtığı Onarımı Deneyimlerimiz**
Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri²
¹İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D. , İstanbul
²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, İstanbul
- V14 TEP Sonrası NUKS Fıtığın TAPP ile Onarımı**
Hakan Akıncı, Mehmet Tekinel
Surgimed Clinic Fulya, İstanbul

17:00 – 18:00

SERBEST BİLDİRİ (SALON 2)

Oturum Başkanı: Tuncay Yılmazlar, Dursun Ali Şahin

- S11 İnkarsere Fıtıklarda Preoperatif İskemik Modifiye Albumin Düzeyleri Strangulasyonu Öngörebilir mi? Deneysel Çalışma**
Hüseyin Kadioğlu, Yeliz Emine Ersoy, Süleyman Bozkurt, Ekrem Ferlengeç, Gökhan Çipe, Naim Memmi, Mahmut Müslümanoğlu
Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul
- S12 İnguinal Hernide Total Ekstraperitoneal Herni Tamiri: Erken Takip Sonuçlarımız**
İsmail Kabak¹, Gürhan Baş¹, Mustafa Hasbahçeci², İbrahim Atak¹, Tolga Canbak¹, Fatih Başak¹, Fethi Sada Zekey¹, Orhan Alimoğlu³
¹Ümraniye EAH Genel Cerrahi Kliniği
²Bezmialem Vakıf Gureba Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği
³Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği
- S13 Geriatrik Yaşta Elektif İnguinal Herni Onarımı Yönetimi**
Günay Uluç, Salih Tosun, Adem Aslan, Salih Bölük, Hakan Baysal, Haydar Yalman, Mehmet Rafet Yiğitbaşı, Özgür Ekinci, Ferman Tevfik Özyalvaç, Orhan Alimoğlu
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araşt. Hast.Genel Cerrahi ABD

- S14 Port Yeri Hernilerinin Port Yeri Ve Vücut Kitle İndeksi İle İlişkisi: 28 Olgunun Değerlendirmesi**
Mustafa Gökhan Ünsal, Osman Köneş, İlhan Gök, Ahmet Cem Dural, Cevher Akarsu, Muhammet Ferhat Çelik, Selin Kapan, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- S15 Laparoskopik Total Ekstraperitoneal İnguinal Herni Onarımı Deneyimlerimiz**
Akın Fırat Kocaay, Tevfik Eker, Cihangir Akyol, Atıl Çakmak
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Ankara
- S16 İki taraflı Kasık Fıtığı onarımında; Açık ya da Laparoskopik?**
Fahrettin Acar, Mustafa Şahin
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
- S17 Kasık Fıtıklarında Hasta Kontrollü Bölgesel İnguinal Blok Analjezinin Etkinliği**
Ceren Şanlı Karip¹, Aziz Bora Karip², Fatma Nur Akgün¹, Hasan Altun², Berna Aynaoğlu Taş¹, Öznur Demirogluk¹, Mehmet Okuducu², Kemal Memişoğlu², Hamit Kafkas Celik², Ender Onur²
¹Istanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği
²Istanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği
- S18 Laparoskopik Hiatal Fıtığın Yama İle Onarımında Erken Dönem Sonuçlarımız; Tek Merkez Deneyimi**
Fahrettin Acar, Mustafa Şahin, Hüsnü Alptekin, Hüseyin Yılmaz, Mehmet Ertuğrul Kafalı
Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya
- S19 Flank hernilerin tedavisinde yeni bir alternatif; Fence Darning Tekniği**
Nazif Zeybek, Yaşar Subutay Peker, Mehmet Fatih Can, Gökhan Yağcı, Abdurrahman Şimşek, Yusuf Peker
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara
- S20 Masif Abdominal Herni Onarımında Agresif Yaklaşım;Visseral Organ Rezeksiyonlu İnsizyonel Herni Onarımı**
Ömer Şakrak, Alp Yıldız, İlkin İsmayilov
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Ankara

18:00 – 19:00

KAPANIŞ VE ÖDÜL TÖRENİ

BİLDİRİ ÖZETLERİ

S01

Doku Yapıştırıcı İle Kaplanan Mesh'lerin Onlay Yerleştirilen Tavşanlarda Yara İyileşmesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması

Nazif Zeybek¹, Ulvi Mehmet Meral², Yaşar Subutay Peker¹, Ali Fuat Çiçek³, Nail Ersöz¹, Yusuf Peker¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,Ankara

²İzmir Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi,İzmir

³Gülhane Askeri Tıp Akademisi Patoloji Anabilim Dalı,Ankara

Çalışmamızın amacı, tavşanlarda insizyonel herni tabanına serilen geniş porlu lightweight (LW) ve küçük porlu heavyweight (HW) meşlerin doku yapıştırıcı ile kaplanması ve kaplanmamasının, yara iyileşmesi üzerine etkilerini histopatolojik olarak değerlendirmektir.

Çalışmada 35 adet New Zeland türü tavşan kullanılmıştır. Tavşanlarda orta hat defekti oluşturulmuş ve gruplara göre bu defektler onarılarak onarım alanının üzerine Heavyweight (HW) ve Lightweight (LW) olmak üzere farklı iki meş konulmuştur. Her bir meşin bir grubu sütürle tespit edilip operasyon sonlandırılırken diğer grubun üzeri doku yapıştırıcı ile kaplanarak işlem sonlandırılmıştır. Ameliyatın 90 gün sonrasında tavşanlar tekrar ameliyata alınarak meş ve altındaki dokudan tam kat örnek alınmış ve GATA Patoloji AD. laboratuvarında histopatolojik incelemeye tabi tutulmuştur.

Histopatolojik inceleme American Society for Testing and Materials (ASTM) değerlendirme skalasına göre yapılarak her bir denek için bir Ortalama Doku Cevabı (ODC) sonucu alınmıştır. Gruplar istatistiksel olarak anlamlılık açısından birbiri ile kıyaslanmıştır.

Sonuç olarak doku yapıştırıcı ile kaplanmayan HW ve LW meşler kıyaslandığında HW meşin dokudaki inflamatuvar yanıtının anlamlı bir şekilde fazla olduğu görülmüş; HW meş doku yapıştırıcı ile kaplandığında inflamatuvar yanıt ve ODC değerinde anlamlı artış olmamıştır. LW meşin kaplamasız kullanıldığında HW meşe göre ODC cevabı düşükken, LW meş kaplandığında kaplamasız LW meşe, kaplamasız HW meşe ve kaplamalı HW meşe göre ODC skorunun anlamlı bir şekilde arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

S02

Laparoskopik Karın Ön Duvarı Onarımı Deneyimlerimiz

Akın Fırat Kocaay, Tevfik Eker, Cihangir Akyol, Atıl Çakmak
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Ankara

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde 2009-2012 yılları arasında 40 laparoskopik karın ön duvarı onarımı yapıldı. Bu vakaların 15'i herni nedeni ile daha önceden açık onarım yapılmış ve nüks gelişmiş hastalardı. Bu hastalara laparoskopik olarak posteriordan dual mesh ile greftle onarım yapıldı. 3 vakaya spiegel hernisi nedeniyle laparoskopik onarım yapıldı. Aynı seansta onarım olarak, 1 vakaya GIST nedeniyle mide wedge rezeksiyon ve herni onarımı, 1 vakaya da kolesistektomi ve herni onarımı yapıldı. Teknik, 4 yerden fasial sütür ve greft kenarlarına zimba uygulaması şeklindeydi. Yapılan erken dönem takiplerde 2 vaka nüks tanısıyla re opere edildi. Bu vakalardan birtanesi daha önce appendektomi kesisi yerinde oluşan fıtığın laparoskopik onarımını takiben gelişti ve açık onarım yapıldı. Diğer vaka nüks nedeniyle explore edildi ancak gerçek anlamda bir nükse rastlanmadı, preperitoneal doku mevcuttu. En sık komplikasyon %18 ile seroma gelişimiydi. Ortalama yatış süremiz 3 gündü. Laparoskopik insizyonel ve ventral herni onarımı ilk kez 1993 yılında tanımlanmıştır. Karın ön duvarı fıtıkları açık onarımında greft kullanılsa dahi %11-24 oranlarında nüks bildirilmektedir. Yayınlanmış serilerde laparoskopik yaklaşımla nüks oranının ortalama %3,3 - 15 olduğu bildirilmektedir. Yapılan uzun dönem takipler bu tip hernilerde laparoskopinin ilk tercih haline gelebileceğini göstermektedir. Ancak bu gelişim, cerrahların laparoskopi deneyimlerinin ve laparoskopik cerrahi aletlerin teknolojisindeki gelişmeyle paralel olarak gerçekleşecektir.

S03

Boğulmuş Femoral Fıtık Tamirinde McVay Onarımı

Aziz Sümer¹, Fatih Can Karaca², Deniz Atasoy², Özgür Kemik¹, Ediz Altınlı³

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Van

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

³TC İstanbul Bilim Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Erkeklerde tüm yaşam boyunca %27, bayanlarda ise %3 oranında kasık fıtığı ile karşılaşma riski bulunmaktadır. Her yıl dünya üzerinde yaklaşık 20 milyon fıtık tamiri yapıldığı sanılmaktadır. Ülkelerdeki oranlar farklılık gösterse de yüz bin nüfuslu bir yerleşim alanı için bu sayı 100 ile 300 arasında yer değiştirmektedir. 1942 yılında McVay Cooper ligamanını kullanarak yeni bir fıtık tamir yöntemi geliştirmiştir.

Teknik: İnguinal ligamanın 1 cm üzerinden ve inguinal ligamana paralel bir insizyon yapılır. Lateralde insizyon iç inguinal halkanın üzerinden başlar ve pubik tüberküle doğru uzanır. Kordona kadar olan anatomik katlar ortaya konduktan sonra kordon serbestleştirilir. Transversalis fasyasına bir insizyon yapılır ve kanal arka duvarı rezeke edilir. Diseksiyon Cooper ligamanını ortaya koyacak şekilde derinleştirilir. Ardından anterior femoral fasya açılır ve femoral kanal yağlı dokudan ve lenfatiklerden temizlenir. Rektus ön kılıfında releksasyon insizyonu yapılır. Tamir işlemine transverse abdominal arkın inguinal ligaman aşağısına getirilmesiyle başlanır. Bu en iyi şekilde pubik tüberkülden başlayıp femoral venin medial sınırına kadar konan aralıklı dikişlerle olur. Eksternal oblik fasyası kordon üzerinde kapatıldıktan ve cilt altı ve cilt dikildikten sonra operasyona son verilir.

Sonuç: Mc Vay tamiri için literatürdeki nüks oranları % 1.5 oranındadır. Acil şartlarda femoral fıtık tamirinde McVay onarımı mesh plug onarımına alternatif, kişinin otojen dokularının kullanıldığı güvenle uygulanabilecek, nüks oranı düşük bir onarım yöntemidir.

SÖZLÜ

S04

İnsizyonel herni onarımında cerrahın yöntem tercihi.(meshli mi?meshsiz mi?)

Salih Tosun, Günay Uluç, Ferman Tevfik Özyalvaç, Ender Anılır, Hakan Baysal, Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemir, Salih Bölük, Haydar Yalman, Mehmet Rafet Yiğitbaşı

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araşt.hast.Genel cerrahi A:B:D:

Medeniyet üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi A.B.D. de 01.01.2012 ile 31.12.2012 tarihleri arasında yapılan insizyonel herni operasyonları retrospektif olarak inceledik.

Hastalar cinsiyet,yaş,insizyon tipi,onarım yöntemine göre guruplandırıldı.

Bir yıllık süre içinde toplam 62 hasta opere edilmişti.Hastaların 42 si kadın 20 si erkekti. 65 yaş üstü 18 hasta mevcuttu. İnsizyon tiplerine göre gruplandırıldığında 27 hasta midline(GÜM+GAM),15 hasta phannelsteil, 9 hasta periumbical, 4 hasta laparoskopik port yeri, 3 hasta subcostal,2 hasta kolostomi yeri,1 hasta lomber(nefrektomi insizyonundan),1 hasta Mc Burney insizyon skarından gelişmiş herni saptadık.

Onarım yöntemlerine bakıldığında 6vakada laparoskopik inlay tamirine karşılık 30 vakada onlay meshli tamir uygulandığı görüldü. 26 hastada meshsiz basit kapama yapıldığı görüldü.

Sonuçta;insizyonel herni, karın cerrahisinin yaygın ve tamiri zor bir komplikasyonudur. Özellikle hastalardaki ek problemler ve komorbiditeler cerrahi yöntem seçimini daha da karışık hale getirmektedir. İnsizyonel herni tamirinde basit kapama, meshli onarım, laparoskopik onarım..vb farklı cerrahi teknikler uygulanmaktadır.Basit fasyal kapama sonrası yüksek nüks oranları sebebiyle cerrahların çoğu karın duvarını kuvvetlendiren ve fibröz doku gelişimini stimüle eden materyaller kullanmaya başlamışlardır.

Bununla birlikte son yıllarda yaygın olarak kullandığımız continue fasya kapama yöntemleri sebebiyle, yüksek komorbiditeli hastalarda gelişen insizyonel hernilerde fasya tamirinde nispeten kısa ve kolay olgularla da karşılaşmaktayız.Nitekim serimizde de görüldüğü gibi mesh desteğine gerek duymayan,tercih etmeyen cerrahlar da mevcuttur.

Çoklu cerrahi ekiplerin çalıştığı birimlerde hastaların, operasyonunu yapacak cerrahi ekip tarafından preoperatif değerlendirilmesi ve uygulanacak yöntemin gene bu ekip tarafından kararlaştırılmasının insizyonel herni cerrahisinde başarıyı arttıracığı, hastanede kalış süresini ve maliyeti azaltacağını düşünmekteyiz.

S05

Umbilikal herni ile kolelitiazis birlikteliği: 30 vakanın analizi

Ali Kocataş, Mehmet Abdussamet Bozkurt, Murat Gönenc, İlhan Gök, Süleyman Bademler, Selin Kapan, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Alış
Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Ortak risk faktörlerine sahip kolelitiazis ve umbilikal herni, aynı hastada cerrahın karşısına çıktığında bazı teknik sorunlara yol açabilmektedir. Çalışmamızda, umbilikal herni ve/veya kolelitiazis nedeniyle başvuran hastalarda diğer patolojinin varlığını araştırdık.

MATERYAL-

METOD: Kasım 2009 ile Ocak 2013 tarihleri arasında hastanemiz genel cerrahi kliniğine umbilikal herni ve/veya kolelitiazis şikayeti ile başvurup aynı seans-
ta opere edilen hastalar çalışmaya dahil edildi.

Hastalar yaş, cinsiyet, başvuru şikayeti, fizik muayene, USG incelemesi, BMI, komplikasyon, hastanede yatış süresi, mortalite ve morbidite yönünden incelendi.

SONUÇLAR: 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı 55,8 'di. 6 hasta erkek 24 hasta ise kadındı. 3 hasta umbilikal herni, 17 hasta karın ağrısı, 10 hasta ise safra kesesinde taş ve umbilikal herni şikayeti ile başvurdu. BMI ortalaması 31.3 idi.

TARTIŞMA: Kolelitiazis için operasyon planlanan hastalarda preoperatif dönemde umbilikusun muayenesine dikkat edilmeli, obez hastalarda bu konuya ayrıca önem verilmelidir.

SÖZLÜ

S06

Dev Ventral Hernilerde Yeni Bir Yaklaşım; Rektus Perforatör Damarların Korunduğu 'Modifiye Konvansiyonel Komponent Seperasyon Yöntemi'

Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, İsmail Hakkı Özerhan, Yusuf Peker
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ:

Komponent seperasyon yöntemi, dev ventral hernilerin cerrahi tedavisinde diğer konservatif yöntemlere göre üstün ve nadir uygulanan bir yaklaşımdır. Konvansiyonel komponent seperasyon (KKS) yöntemi, herninin her iki tarafında doku serbestleştirmek amacıyla cerrahi alan enfeksiyonu için potansiyel boşluk oluşturabilecek geniş lipodermal flep oluşturulması prensibine dayanır. Bu komplikasyonu önleyebilmek amacıyla endoskopik ve laparoskopik (EKS) yaklaşımlar geliştirilmiştir.

AMAÇLAR:

Çalışmamızda, dev ventral herninin her iki tarafında oluşturulan lipodermal fleplerin altında, rektusdan gelen iki ile üç perforatör damarın korunarak cerrahi alan ile ilgili komplikasyon riskinin minimuma indirildiği modifiye konvansiyonel komponent seperasyon (MKKS) yöntemiyle ilgili deneyimlerimizi literatür bilgisi ışığında paylaşmayı hedefledik.

METOD:

1 Kasım 2012 ile 30 Ocak 2013 tarihleri arasında kliniğimizde MKKS yöntemi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Postoperatif komplikasyon, VAS değeri ve hospitalizasyon verileri prospektif olarak kayıt altına alındı ve değerlendirildi.

SONUÇLAR:

Çalışmamız sonucunda toplam 7 hastaya (e/k = 4/3, ortalama yaş: 33 [20-56]) MKKS uygulandı. Ortalama VKI 24.55 kg/m² (37.50-17.99) ve ortalama herni defekti 117 cm² (61-201) olarak ölçüldü. Mosteller formülüne göre, hastaların ortalama vücut yüzeyi 1.808m² (1.968-1.567) ve ortalama 'vücut yüzeyi/herni yüzeyi' oranı 176.234 (98.451-314.000) olarak hesaplandı. Postoperatif 1, 3 ve 7. gün ortalama VAS değeri sırasıyla 6.5(8-5), 3.5(5-2), 2(4-1) olarak ölçüldü. Ortalama hospitalizasyon süresi 8.33(13-6) gündü. Üç hastaya polypropylene mesh kullanıldı. Mesh kullanılan bir hastada, enfeksiyon gelişmeden seroma gözlemlendi (14.3%).

TARTIŞMA:

Çalışma sonucunda elde ettiğimiz veriler ışığında MKKS, her iki lipodermal flep altında en az iki perforatör damarın korunması koşulu ile, dev ventral hernilerde EKS yöntemine alternatif olabilecek, umut veren bir cerrahi yöntemdir.

SÖZLÜ

S07

videoskopik inguinal tepp herniorafide uyguladığımız alternatif mesh yerleştirme tekniği

Batuhan Hazer¹, Oğuz Okul², Özgür Dandin³, Dursun Özgür Karakaş⁴, Yavuz Özdemir⁵, Ahmet Ziya Balta⁵

¹Kasımpaşa Asker Hastanesi

²Etimesgut Asker Hastanesi

³Bursa Asker Hastanesi

⁴Kars Asker Hastanesi

⁵GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi

GİRİŞ: Videoskopik inguinal herni onarımı; laparoskopinin avantajları nedeniyle sık kullanılan bir inguinal herni onarım yöntemidir. Ekstraperitoneal yaklaşım ile yapılan herni onarımında meshin yerleştirilmesi ameliyatın önemli basamaklarından birisidir. Bu konudaki tecrübemizi paylaşmak istedik

METOD: Retzius boşluğunda yapılan disseksiyon sonrasında herni kesesi yüksek ligasyonu veya redüksiyonu sağlandıktan sonra 10x15 cm boyutlarındaki prolen meshin proksimale yerleştirilecek olan uzun kenarının lateral ucundan 2 cm uzaklıkta yaklaşık 3 cm kadar kesildi ve kord ve elamanların geçmesi için uygun büyüklükte defekt oluşturuldu. Daha sonra mesh uzun kenarı boyunca akordion şeklinde katlandıktan sonra 10 mm'lik trokardan retzius boşluğuna yerleştirildi. Lateralde kalan uç, kordun altından geçirildi ve her iki uç üst üste gelecek şekilde proksimalde tacker ile sabitlendi. Mesh yerleştirme süreleri ölçüldü.

BULGULAR: Ekim 2012- Şubat 2013 yılları arasında hastanemizde videoskopik tepp herni onarımı yaptığımız 9 olguyu çalışmamıza dahil ettik. Hastaların yaş ortalaması 22,77 (20-26) idi. 4 olgu sağ inguinal herni (3 olgu nyhus tip 3b, 1 olgu nyhus tip 3a) nedeniyle, 5 olgu sol inguinal herni (3 olgu nyhus tip 3b, 2 olgu nyhus tip 3a) nedeniyle opere edildi. Bu süre içerisinde bilateral hernili olgu polikliniğimize başvurmadı. Mesh yerleştirme süresi 1,5-5 dk (ortalama 2,5 dk) olarak ölçüldü. 1 olguda skrotal hematoma gelişti. Konservatif tedavi uygulandı. Nyhus tip 3 a hernisi olan 1 olguda nüks gelişti.

TARTIŞMA: Pek çok cerrah meshi longitudinal veya horizontal eksen üzerinde katlar ve Retzius boşluğuna yerleştirdikten sonra açar. Ayrıca kord ve elmanlarının altına yerleştirmek amacıyla genellikle 2 eşit bacak oluşturur. Ancak bazen etraf dokulardaki bantlar nedeniyle meshin açılması zorlaşabilir. Ayrıca tam açılmayan mesh'te hangi bacağın kordun arasına yerleştirileceği anlaşılamaz. Uyguladığımız teknik bu sorunları aşmayı hedeflemektedir. Akardion şeklinde yerleştirilen mesh kendiliğinden açılmaktadır. Kordun etrafından geçirecek olan bacağın uzun olması anatomiye daha iyi adapte olmayı sağlar ve manüplasyonu kolaylaştırır.

SONUÇ: Uyguladığımız teknik ile mesh'in yerleştirilmesinin kolaylaşabileceğini, daha kısa zamanda ve doğru olarak yapılabileceğini değerlendirmekteyiz.

SÖZLÜ

S08

Skrotal hernilerin laproskopik onarımından öğrenilenler

Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri²

¹İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., İstanbul

²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ:

Laparoskopik kasık fitiği onarımı, uzun zamandır uygulanmakta olan bir yöntemdir. Ancak skrotal fitikların laparoskopik onarımları oldukça güçtür. Genellikle üst düzeyde deneyim gerektirir. Bu çalışmada; skrotal fitikların laparoskopik onarımında deneyimlerimizi anlattık.

METOD:

Fizik muayenede; fitik kesesi testisin yanında olduğunda bunu skrotal olarak kabul ettik. Dış halkanın boyutu 3 parmakdan geniş olduğunda bu fitikleri açık yöntemle onardık. 1993-2012 yılları arasında 1623 hastada yapılan 2134 TEP onarımı yapılan hastaları retrospektif olarak inceledik. 136 skrotal fitik saptadık.

SONUÇLAR:

Tüm hastalar erkekti ve tek taraflı fitiği vardı. Ortalama yaşları 53.2 (27-84) yılı. Seride yinelemiş skrotal fitik yoktur. Hastaların VKİ 27 kg/m² (22-31). Normal kasık fitiklerinde ortalama ameliyat süresi 23 dakika (7-49 dakika) iken, bu rakam skrotal fitiklerde 34 dakika (20-53 dakika) olarak saptandı. Herhangi bir majör komplikasyon görülmedi. Preperitoneal alanda diseksiyon zorluğundan ötürü 3 olguda (2.2%) TAPP yöntemine dönüldü. Skrotal hematoma, seroma, üriner retansiyon gibi minör komplikasyonlar sırasıyla 5 (3,7%), 17 (12,5%), 7 (5,1%) oranlarında görüldü. 24 aylık takipte herhangi bir yineleme görülmedi.

TARTIŞMA:

Bu sonuçlarla; skrotal fitikların laparoskopik onarımı her ne kadar üst düzey teknik deneyim gerektirse de, oldukça başarılı bir yöntemdir ve komplikasyon oranı kabul edilebilir oranlardadır.

S09

Laparoskopik TEP ve TAPP Uygulaması: Kişisel DeneyimimizAziz Sümer¹, Ediz Altınlı²¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp fakültesi, Genel Cerrahi AD

AMAÇ: 1993 yılında laparoskopik kasık fitiği ameliyatları yapılmaya başlanmıştır. Çalışmamızda laparoskopik yöntemle kasık fitiği tamiri uyguladığımız vakaları ve edindiğimiz deneyimlerimizi paylaşmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: 2004-2012 yılları arasında laparoskopik kasık fitiği tami-ri uyguladığımız 326 olguyu geriye dönük olarak inceledik. 157 olgu AS ve EA tarafından beraber, diğer olgular AS ve EA tarafında ayrı ayrı ameliyat (54/115 olgu) edilmiştir. Tek taraflı ve iki taraflı, ya da nüks fitiği olan olgular çalışmaya alınmıştır. Olguların demografik verileri, fitik tipleri, uygulanan operasyon teknikleri, intra ve postoperatif komplikasyonları, ameliyat süresi, hastanede kalış süreleri ve açığa dönme oranları değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 326 olgunun 284 erkek ve yaş ortalaması 44 yaş idi (18-80 yaş arası). Olguların 96'sında iki taraflı kasık fitiği tespit edildi. İndirek fitik çoğunlukta olup 224 olguda saptandı. 37 olgu nüks kasık fitiği nedeniyle opere edildi. Olguların 34'ne Laparoskopik TAPP uygulandı. 292 olguya Laparoskopik TEP uygulandı. TAPP uygulanan olguların 22'si nüks nedeniyle tekrar opere edilen olgulardı. Bir olguda epigastrik yaralanma saptandı. Bir olguda laparoskopik TEP sonrasında pnömomediasten ve pnömotoraks tespit edildi. Konservatif olarak izlend. 2 olguda TEP işleminden TAPP işlemine geçildi. Postoperatif dönemde 25 olguda seroma saptandı. 326 olgunun 3'ünde nüks tespit edilmiş olup, 2 olgu TAPP bir olgu ise açık yöntemle tekrar onarılmıştır.2 olguda teknik nedenlerle açık işleme geçilmiştir. Ortalama operasyon süresi tek taraflı fitiklerde 32 dk (22-64), iki taraflı fitiklerde 45 dk (30-75), nüks fitiklerde 50 dk (40-90) olarak tespit edildi. Hastanede kalış süresi ortalama 2 gündü (1-3).Olguların yaklaşık 122 si (%37) başka nedenlerle tarafımızca ortalama 2 yıl sonra tekrar görülmüştür. Ülkemiz şartlarında %63 olgunun takibi istemsiz olarak yapılamamıştır. Elimizdeki verilere göre nüks oranımız 122/3 olup,%2,5 dur.

SONUÇ: Kasık fitiklerinin laparoskopik yöntemle ile onarılması (TEP ya da TAPP) güvenli bir yöntemdir. Kesin nüks oranını tam değerlendirmek ülkemiz şartlarında mümkün olmayıp, bulunan değerlerden daha yüksek olduğu düşünülmektedir

SÖZLÜ

S10

Abdominal Transdiyafragmatik Fıtıklarda Yeni Yaklaşım: Fence Darning Tekniği

Nazif Zeybek, Yaşar Subutay Peker, Mehmet Fatih Can, İsmail Hakkı Özerhan, Yusuf Peker

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Metod ve Amaçlar;

Abdominal transdiyafragmatik interkostal herni (TİH), genellikle post-travmatik diyafragma rüptürü sonrasında abdominal organların interkostal alandan periton ile herniasyonu sonucunda oluşur. Hastalığın tanısında bilgisayarlı tomografinin önemi büyüktür ve cerrahi tam tedavi sağlar. Etiyolojisinde ağır egzersiz olan vaka sayısı 10'un altındadır. Son 40 yılda ise bildirilen TİH vakası 40'dan fazla değildir. Bu kadar az görülen, vaka serisi bile yapılamayan bir antite olduğu için abdominal cerrahların TİH vakalarını hatırlamaları için böyle vakaların bildirilmesi de önemlidir. Ayrıca, strangüle ve perfore TİH vakalarında, eş zamanda peritonit ve mediastinit gelişmesi durumunda sepsis ve septik şok nedeniyle kaybedilebilirler. TİH, bu açıdan da her cerrahın aklında bulunması gereken bir olgudur. Bu çalışmada TİH tanısı alan ve tedavide Fence Darning Tekniği uyguladığımız hasta ile ilgili olarak tecrübelerimizi, literatür bilgisi ışığında paylaşmayı hedefledik.

OLGU:

Ağır egzersiz hikayesi olan 42 yaşında erkek hasta, sol 9-10. interkostal aralıkta ele gelen kitle ile kliniğimize başvurdu. Torakoabdominopelvik bilgisayarlı tomografisinde, bu bölgede beklenmedik bir şekilde, ince barsak loopları gözlemlendi. Hastaya TİH ön tanısı ile cerrahi planlandı. İntraoperatif olarak redüksiyon sonrasında hastaya standart olarak uygulanan mesh herniorafi yerine Fence Darning Tekniğimiz uygulandı. Olgu postoperatif 4. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. İki yıllık takibinde yabancı cisim hissi olmayan olguda nüks gözlenmedi.

SONUÇ:

Fence Darning Tekniğimizin solunum hareketlerinin bulunduğu alanda meshsiz, gerginliksiz ve duvar kompliansına uygun olması nedeniyle TİH olan hastalarda açık herniorafi tamirlerinde güncel tekniklere alternatif olabileceğini düşünmekteyiz.. Ancak kesin sonuçlar için randomize prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu olgu, TİH'de mesh herniorafi yerine Fence Darning Tekniği gibi prostetik madde kullanılmadan tamir edilen nadir olgulardandır.

S11

İnkarsere Fıtıklarda Preoperatif İskemik Modifiye Albumin Düzeyleri Strangulasyonu Öngörebilir mi? Deneysel Çalışma

Hüseyin Kadioğlu, Yeliz Emine Ersoy, Süleyman Bozkurt, Ekrem Ferlengez, Gökhan Çipe, Naim Memmi, Mahmut Müslümanoğlu
Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

İskemik Modifiye Albumin (IMA) 1990'lı yıllarda akut koroner sendromun değerlendirilmesinde hassas bir test olarak tespit edilmiş ve FDA onayı almıştır. Ancak sonraki dönemlerde yapılan çalışmalarda IMA'ın sadece koroner iskemiye değil mezenter iskemisinde, over torsiyonunda, serebrovasküler iskemide de yükseldiği gösterilmiştir. İnkarsere fıtıklar sıklıkla yaşlılarda görülmektedir ve mortalite ve morbiditesi genç hastalara göre yaklaşık 6 kat yüksektir (Sirasıyla %1,8 ve %9,8). Buradaki artmaya direkt ilişkili olarak bulunan iki faktör intestinal nekroz ve genel ve/veya spinal anestezi olarak gösterilmiştir. Nekrozun olmadığı ön görülebilmesi lokal anestezi ile fıtık onarımı yapılmasını dolayısıyla da mortalite ve morbiditenin azalmasını sağlayacaktır. Ancak henüz nekrozu öngörebilen bir laboratuvar yöntemi bulunmamıştır. Yaptığımız çalışmada her birinde 7 rat olacak şekilde 3 grup hazırladık. Grup I'de hayvanlarda intestinal iske mi oluşturduk ve sonrasında bağırsakların reperfüze olduğunu görüp IMA tayini yaptık (İnkarsere fıtık taklit edilen grup) Grup II'de hayvanlarda intestinal nekroz oluşturup IMA değerlerine baktık (Strangulasyon taklit edilen grup) Grup III'ü de sham grubu olarak değerlendirdik. IMA değerlerini literatürde en sık bakılan kalorimetrik metodla baktık. İstatiksel analiz bize Grup II'de hem grup I'den hem de Grup III'ten istatiksel olarak anlamlı IMA değeri yüksekliği gösterdi. Belki de bu değerden daha önemli olarak %95 güven aralığında grup II'nin IMA değerleri 0,43 ABSU'nun üzerindeydi ve bu bize 0,43 ABSU'nun üzerindeki değerlerde preoperatif Nekrozu mutlak akılda tutmamız gerektiğini bunun altındaki değerlerde de kuvvetle muhtemel nekroz olmadığını ve ASA skoru yüksek ve yandaş hastalıkları fazla bir hastada lokal anestezi ile fıtık onarımını da akılda tutmamız gerektiğini gösterdi.

SÖZLÜ

S12

İnguinal Hernide Total Ekstraperitoneal Herni Tamiri: Erken Takip Sonuçlarımız.

İsmail Kabak¹, Gürhan Baş¹, Mustafa Hasbahçeci², İbrahim Atak¹, Tolga Canbak¹, Fatih Başak¹, Fethi Sada Zekey¹, Orhan Alimoğlu³

¹Ümraniye EAH Genel Cerrahi Kliniği

²Bezmialem Vakıf Gureba Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği

³Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği

AMAÇ: Abdominal hernilerin çoğunluğunu oluşturan inguinal herni tedavisinde, zaman içinde primer fitik tamirinden, mesh ile tamire geçildi. Günümüzde inguinal herni tamirinde laparoskopik yöntemler ön plana çıkmıştır. Bu çalışmada kliniğimizde laparoskopik inguinal herni tamiri uygulanan hastalarla ilgili ilk deneyimlerin erken dönem sonuçlarının değerlendirilmesini amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM:

Ocak 2011- Eylül 2012 tarihleri arasında Ümraniye EAH genel cerrahi kliniğinde total ekstraperitoneal (TEP) tekniği uygulanan inguinal herni hastalarının demografik bilgileri, herni tipleri, konversiyon sayısı ve nedenleri, postoperatif takipleri dökümanate edildi. Skrotal herniler çalışmaya alınmadı.

BULGULAR:

Bu dönem zarfında toplam 89 hasta opere edildi. Herni tipleri sırasıyla: 39 hastada indirekt, 23 hastada direkt, 27 hastada ise kombine tip herni idi. Hernilerin 6'sı nüks olgular idi. Hastaların 1'i dışında tümü erkek olup, yaş ortalaması 48, 85 (19-78) idi. Dokuz hastada konversiyon uygulandı, bu hastaların 5'inde kombine, 3'ünde direkt, 1'inde indirekt herni mevcut idi. Takip sonuçlarında mortalite görülmedi, 4 hastada seroma, 2 hastada nüks tespit edildi.

SONUÇ:

İnguinal hernide TEP uygulamasında ilk deneyimlerin erken dönem takip sonuçlarında kabul edilebilir morbidite ve nüks oranları tespit edildi. Daha fazla sayıda hasta ve daha uzun takip süreleri gerçek sonuçlarımızın değerlendirilebilmesi için gereklidir.

S13

geriatrik yaşta elektif inguinal herni onarımı yönetimi

Günay Uluç, Salih Tosun, Adem Aslan, Salih Bölük, Hakan Baysal, Haydar Yalman, Mehmet Rafet Yiğitbaşı, Özgür Ekinci, Ferman Tevfik Özyalvaç, Orhan Ali-moğlu

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araşt.hast.Genel cerrahi A:B:D:

Dünyada ortalama yaşam süresi artışıyla,65 yaş üstü populasyon da artmakta, 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun %10 unu oluşturacağı; ül-kemizde de 2025 yılında %9-10 a ulaşacağı tahmin edilmektedir.Bu artış geriat-rik cerrahiye ilgiyi arttırmaktadır.

Bu çalışmada Medeniyet üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Genel cerrahi A:B:D de 01.01.2012 -31.12.2012 arası opere edilen 65 yaş üstü ingui-nal herni olguları retrospektif olarak incelendi.

Toplam 76 hastanın 73 ü erkek 3 ü kadındı.

60 hastaya mesh ile onarım (Lichtenstein), 16 hastaya meshsiz (continue ağ örme yöntemi) onarım uygulandı.

4 hastada DM, 9 HT, 7 hasta HT+DM, 3 KKY,5 KOAH mevcuttu. Eşlik eden tüm yan hastalıklara rağmen bütün hastalar anestezi hekimince değerlendirile-rek hastalara uygulanacak anestezi yöntemine karar verildi; 55 hastaya spinal anestezi, 21 hastaya genel anestezi uygulandı.Tüm hastalar postoperatif stan-dart 1 gün yatış sonrası, sorunsuz taburcu edildi.

Geriatric popülasyonda genel olarak organ fonksiyonlarında azalmanın ortaya çıkışı ve eşlik eden hastalıklar morbidite ve mortaliteyi arttırmaktadır.

65 yaş üstü hastalarda; kardiyak debinin yaşla azalması, solunum kapasitesinin azalması, laringofaringeal reflexin zayıflaması, GFR in düşmesi; hepatik kliren-sin azalması, total vücut sıvısının azalması, bazal metabolizma hızının düşmesi, SSS aktivitesinin azalması,kognitif fonksiyonlarda azalma ve demans yaygınlı-ğı gibi nedenlerle hastalara cerrahiden uzaklaştıran, konservatif yaklaşımı, lokal anestezi ile operasyonu düşündüren yaklaşımlar son yıllarda kabul görmektedir. Serimizde tüm hastalara ileri yaş ve hasta konforu düşünülerek, genel yada spi-nal anestezi uygulanmıştır.Standart 1 gün yatış sonrası mortalite veya kompli-kasyon görülmeden hastalar sağlığına kavuşmuştur.

Sonuç olarak hastalarda cerrahi kararı almada baskı unsuru olan negatif etken-lere rağmen iyi bir preoperatif hazırlıkla;yandaş hastalıklara yönelik önlemler de alınarak, gerek spinal gerekse de GAA da,geriatrik hasta grubunda inguinal her-ni cerrahisi sorunsuz uygulanabilir.

SÖZLÜ

S14

Port Yeri Hernilerinin Port Yeri ve Vücut Kitle İndeksi ile İlişkisi: 28 olgunun değerlendirmesi

Mustafa Gökhan Ünsal, Osman Köneş, İlhan Gök, Ahmet Cem Dural, Cevher Akarsu, Muhammet Ferhat Çelik, Selin Kapan, Mustafa Uygur Kalaycı, Halil Aliş Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Laparoskopik cerrahi girişimlerin sayısı arttıkça yöntemin kendine ait komplikasyonları da artmaktadır. Port yeri hernisi (PYH) de bunlardan biridir. Kliniğimizde PYH tamiri uygulanan olguların değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-

YÖNTEM: Kliniğimizde Haziran 2008 – Mayıs 2012 tarihleri arasında PYH tamiri uygulanan olgular; demografik veriler, uygulanan laparoskopik cerrahi, laparoskopik girişim ile PYH gelişimi arasındaki süre, Vücut Kitle İndeksi (VKİ), herni gelişen port yeri, defekt büyüklüğü, acil/elektif PYH tamiri, herni içeriği yönünden retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: PYH nedeni ile ameliyat edilen 28 olgunun yaş ortalaması 57,03 (40-80) ve E/K: 4/24 idi. Ortalama VKİ 30,4 (23-41,1) olarak bulundu. Olguların 22'sinde (% 78,5) umbilikal, 4'ünde (% 14,2) sol alt kadran ve 2'sinde (% 7,1) epigastrik port girişinde herni olduğu saptandı. İlk ameliyattan sonra PYH gelişme süresi ortalama 28,2 ay (1-132 ay) idi. Olguların 3'ü (% 10,7) acil, 25'i (% 89,3) elektif koşullarda ameliyat edildi. Olgulardaki primer laparoskopik cerrahi sırasıyla; laparoskopik kolesistektomi (n=20), jinekolojik cerrahi (n=5), laparoskopik apendektomi (n=1), laparoskopik anterior rezeksiyon (n=1), ürolojik cerrahi (n=1) idi. Defekt büyüklüğü ortalama 2,7 cm (1-5 cm) olarak saptandı.

SONUÇ: Literatürde PYH gelişiminde portun yeri ve hastanın vücut kitle indeksinin (VKİ) rolünü gösteren araştırmalar mevcuttur. Benzer şekilde çalışmamızda ameliyat edilen olguların VKİ ortalaması 30,4 olup, olguların VKİ ortalamada değeri obez sınıfındadır. En sık PYH gelişen port yeri umbilikal bölge (%78,5) olarak saptanmıştır. Batın ön duvarı sağlamlığının daha düşük olduğu obez olgular başta olmak üzere laparoskopik port giriş yerlerinin özenli kapatılmasının PYH gelişimini azaltabileceğini düşünmekteyiz.

S15

Laparoskopik Total Ekstraperitoneal İnguinal Herni Onarımı Deneyimlerimiz

Akın Fırat Kocaay, Tevfik Eker, Cihangir Akyol, Atıl Çakmak
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Ankara

Kasık fıtığı genel cerrahi pratiğinde önemli yeri olan bir hastalıktır. Fıtık onarımında yeni tekniklerin geliştirilmesinde ana neden fıtığın nüks gelişimini azaltmaktır. Endoskopik yöntemlerin ise kısa iyileşme periyodu, günlük aktivitelere ve işe erken dönme ve daha az postoperatif ağrı gibi açık cerrahiye olan üstünlükleri ise tüm dünyada yaygın kabul görmüştür. 90 lı yıllarda inguinal bölge fıtıklarının laparoskopik onarımının yapılmaya başlamasından bugüne dek yapılan analizlerde açık cerrahiye oranla nüks ve komplikasyon riskinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmaması, bunun yanında laparoskopinin açık cerrahiye göre bilinen avantajları olması hasta konforunu artırmıştır. Bunun yanında laparoskopik fıtık onarımının teknik beceri gerektirdiği, öğrenme ve başlangıçta ameliyat süresinin daha uzun olduğu belirtilmektedir. Günümüzde laparoskopik olarak transabdominal preperitoneal (TAPP) ve total ekstraperitoneal (TEP) onarım yöntemi kullanılmaktadır (2). Karın içi ile ilgili komplikasyonları önlemek açısından total ekstraperitoneal yaklaşımın daha üstün olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada amacımız, kliniğimizde uyguladığımız total ekstraperitoneal fıtık onarımı deneyimlerimizi değerlendirmektir.

Çalışmamızda 2009-2013 yılları arasında laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) yaklaşımla yaptığımız 86 olguluk serimizi retrospektif olarak değerlendirdik. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi kliniğinde elektif olarak laparoskopik kasık fıtığı tamiri yapılan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların; yaş, cinsiyet, ameliyat süresi, komplikasyonlar ve ameliyat sonrası sonuçları değerlendirildi. Çalışmaya laparoskopik kasık fıtığı onarımı yapılan 86 hasta dahil edildi. Fıtık onarımı TEP tekniği ile yapıldı. 3 hastada açığa dönülmek durumunda kalındı. Ortalama ameliyat süresi 35,4 dakika olarak hesaplandı. Hastaların tamamı ameliyat sonrası 1. günde taburcu edildi. İntraoperatif komplikasyon hiçbir hastada olmadı. Postoperatif dönemde 9 hastada seroma gelişimi izlendi. Hastaların erken dönem ve 6 aylık takiplerinde nüks saptanmadı. Düşük nüks oranları, postoperatif daha az ağrı, işe erken dönüş avantajları nedeniyle inguinal herni onarımlarında laparoskopik yöntemler güvenle uygulanabilmektedir.

SÖZLÜ

S16

İki taraflı Kasık Fıtığı onarımında; Açık ya da Laparoskopi?

Fahrettin Acar, Mustafa Şahin

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Bilateral kasık fıtığı onarımında Laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) yaklaşımın uygun yöntem olduğunu sunmak.

OLGU

54 yaşında erkek hasta, 5 yıl önce sağ sonra ki yıl içinde sol kasiğında şişkinlik olduğunu fark etmiş. Son 1 yıldır kasık ağrılarının artması üzerine Kliniğimizde Temmuz 2012 tarihinde Laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) yöntemle kasık fıtığı onarımı yapıldı. Ameliyat esnasında ve sonraki erken dönemde komplikasyon gelişmedi. Ameliyat süresi 48 dk. idi. Ameliyat sonrası 1.günde taburcurcu edilen hastada ilave analjezik ihtiyacı olmadı. Ameliyat sonrası 1. hafta ve 1 ay takiplerinde yüksek memnuniyet gözlemlendi.

SONUÇ

Deneyimli cerrahlar tarafından yapıldığında Laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) yaklaşım bilateral inguinal herni tedavisinde etkili bir seçenek olarak kabul edilebilir.

S17

Kasık Fıtıklarında Hasta Kontrollü Bölgesel İnguinal Blok Analjezinin Etkinliği

Ceren Şanlı Karip¹, Aziz Bora Karip², Fatma Nur Akgün¹, Hasan Altun², Berna Ayanaoğlu Taş¹, Öznur Demirogluk¹, Mehmet Okuducu², Kemal Memişoğlu², Ha-mit Kafkas Çelik², Ender Onur²

¹İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

²İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

GİRİŞ:

Orta şiddetli ağrı ile karakterize inguinal hernilerde ameliyat sırası lokal anestezi ile yapılan subfasial ve/veya subkutan yara yeri infiltrasyonu ile postoperatif analjezi süresi uzatılabilir. Opioid ve/veya non-steroid antiinflamatuvar ilaç gereksinimi azalır ve bunların olası sistemik yan etkilerinden korunmuş olunur. Çalışmamızda, hasta kontrollü inguinal sinir bloğu ile intravenöz opioid infüzyonunu karşılaştırarak; basit, güvenilir, ucuz yolla, etkili bir postoperatif ağrı yönetimi amaçladık.

MATERYAL-METOD:

Çalışmaya, 20-70 yaş, ASA I-II, genel anestezi altında inguinal herni onarımı yapılan 30 hasta alındı. Hastalar iki gruba ayrılarak, birinci grupta, ameliyatta ilioinguinal-iliohipogastrik sinir komşuluğuna bir adet kateter yerleştirildi ve ameliyat bitiminde kateterden 25 mg %0.5 bupivakain verildi. Sonraki uygulamalar için kateter, ağrı pompasına bağlanarak, hasta, ağrısı oldukça, düğmeye basınca 25 mg bupivakain gidecek ve 2,5 saat kilitli kalacak şekilde ayarlandı. İkinci grupta ise ağrı pompasından, intravenöz tramadol, 14 mg/saat sürekli gidecek şekilde ayarlandı.

Hastalarda; 30., 60. dakika, 2., 4., 8., 12., 24. saatlerde, vizüel ağrı skoru (VAS), hemodinamik parametreler, yan etkiler ve ek analjezik gereksinimi kaydedildi. VAS>5 ise diklofenaksodyum intramuskuler olarak uygulandı.

BULGULAR:

Gruplar arası VAS skorları kıyaslandığında VAS30 ve VAS60 Grup 1 için anlamlı olarak düşüktü ($p=0,024$, $p=0,030$). VAS 2, 4, 8, 12 ve 24. saatler, hemodinamik parametreler, ek analjezik ihtiyaçları ve yan etkiler açısından anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ:

İnguinal herni ameliyatlarında yapılan hasta kontrollü ilioinguinal-iliohipogastrik blok analjezisi; NSAİ kullanamayan ve opioid yan etkisinden sakınılması gereken hastalarda, etkin, yan etkisi az, düşük maliyetli bir alternatiftir.

SÖZLÜ

S18

Laparoskopik Hiatal Fıtığın yama ile onarımında erken dönem sonuçlarımız; Tek merkez deneyimi

Fahrettin Acar, Mustafa Şahin, Hüsnü Alptekin, Hüseyin Yılmaz, Mehmet Ertuğrul Kafalı
Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Laparoskopik hiatal fıtıkların yama ile onarımının, primer sütün ile onarım yapılanlara kıyasla nüks oranlarını önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Bu çalışmada; yama ile laparoskopik hiatal fitik onarımı yapılan hastalarımıza ait sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Ocak 2010 ile Aralık 2012 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi kliniğinde, hiatal fıtığı olan 56 hastaya laparoskopik hiatal fitik onarımı uygulandı. 22 hastada (% 39.3) 5 cm'nin üzerinde hiatal defekt olarak tanımlanan dev hiatal fıtığı mevcuttu ve bu hastalarda kruroplasti yama ile desteklendi. Bu olgulardan 7'sinde redo cerrahi uygulandı.

BULGULAR

Yama ile onarımı yapılan 22 hastanın, 12'si erkek, 10'u kadın, ortalama yaş 53.2 yıl ve ortalama takip süresi 14,6 ay (3-34) idi. Tüm hastalara kruroplasti, Nissen fundoplikasyon ve yama ile onarım yapılmıştır. Olguların tümünde onarım laparoskopik tamamlandı. İntraoperatif ve erken postoperatif dönemde hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Ortalama hastanede kalış süresi; 2,4 gün idi. Redo cerrahi uygulanan hastaların 5'inde kruroplasti dikişlerinde ayrılma ve 2 hastada kayıcı tipte fitik saptandı. Postoperatif 3 ila 6 ay sonra yapılan erken dönem takiplerinde 5 hastada geçici disfaji gelişti. Yama kullanımı ile ilişkili herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

SONUÇ

Dev hiatal fitik olgularında yama ile laparoskopik onarım, postoperatif nüksün azaltılmasında etkili ve güvenli bir yöntemdir. Yama ile ilişkili komplikasyonların insidansı çok düşüktür.

S19

Flank hernilerin tedavisinde yeni bir alternatif; Fence Darning Tekniği

Nazif Zeybek, Yaşar Subutay Peker, Mehmet Fatih Can, Gökhan Yağcı, Abdurrahman Şimşek, Yusuf Peker
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Flank hernilerin (FH) tedavisi, defekt alanını destekleyecek fibröz çevre doku yetersizliği nedeniyle zordur. Tedavide altın-standart mesh herniorafilerdir. Ancak mesh komplikasyonları yaşam kalitesini bozabilmekte veya hayatı ciddi tehdit edebilmektedir.

AMAÇLAR: Bu çalışmayla, flank hernilere uyguladığımız Fence Darning Tekniğimizin (FDT) sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

METOD: Kliniğimizde son 10 yıl içinde FH tedavisi gören hastalar, seçtikleri tekniğine göre mesh herniorafi uygulananlar ve FDT uygulananlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Daha sonra yaş, cins, ameliyat süresi, ağrı düzeyi, dren, analjezi gereksinimi açısından retrospektif olarak incelendi.

SONUÇLAR: Kliniğimizde son 10 yıl içinde uygulanan 3013 herniorafinin 18'i(%0,5) flank herniorafi idi. Bunların 11'ine mesh herniorafi (grup1), 7'sine FDT (grup2) uygulandı. Erkek-bayan oranı: 8/1, ortalama yaş: 41 (21-63) yıldı. Grupların sırasıyla ameliyat süreleri:82±69 dk (53-127) ve 174±48 dk (95-279), VAS:3.8 ve 3.4, hospitalizasyon süresi;5.3 ve 4.9 olarak görüldü. Analjezi gereksinimi için tenoksikam 20 mg IV tek doz, devamında 1x20 mg tablet 5 gün uygulandı. Hastaların tümüne silikon dren konuldu. Drenlerin debisi <10cc/24sa olduğunda ortalama 5 (3-10) günde çekildi. Grup1'de 2 hastada meshomaya bağlı kronik ağrı, 1 hastada derin mesh enfeksiyonu gelişti. İki hastanın meshleri çıkarıldı. Gruplar karşılaştırıldığında; hastanede kalış süreleri benzer (p=0.05), ameliyat süresi grup1'de kısa (p<0.001), kronik ağrı ve yabancı cisim hissi grup2'de yoktu (p<0.001). Her iki grupta (28-72 ayda) nüks gözlenmedi.

TARTIŞMA: Meshsiz, gerginliksiz, abdominal duvar kompliansına uyumlu ve megaporu nedeniyle birim alanda daha az prostatik madde içeren yeni tekniğimizin mesh dizayn çalışmalarına ışık tutacağını ve diğer güncel tekniklere alternatif olabileceğini düşünüyoruz. Ancak bu sonuçlara net olarak ulaşabilmemiz için daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

SÖZLÜ

S20

Masif Abdominal Herni Onarımında Agresif Yaklaşım;Visseral Organ Rezeksiyonlu İnsizyonel Herni Onarımı

Ömer Şakrak, Alp Yıldız, İlkin İsmayilov
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD Ankara

Apendektomi Sonrası gelişen yara yeri enfeksiyonu ve yaygın peritonit nedeniyle yedi ay yoğun bakım takibinde kalan, yıllar içinde mükerrer defalar (sekiz operasyon)opere olan olgunun;ekstraabdominal yerleşim kazanmış;karın örtüsü olarak sadece deri tabakasının kaldığı,muskuloaponevrotik yapıların yok olduğu, masif abdominal herninin visseral organ rezeksiyonlu onarımı vaka sunumu.Nadir bir olgu sunumu.

P01

Para Duodenal Internal Fitiklar: İki Olgu Sunumu

Sinan Binboğa, Olgun Öztürk, Rümeysa İlbar, Atilla Çelik, Gülçin Ercan, Ramazan Kuşarslan, Rıza Kutaniş
BAĞCILAR EGİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ, İSTANBUL

GİRİŞ: İnternal fitikların %53'ünü paraduodenal fitiklar oluşturmaktadır. İlk olarak 1857 yılında tanımlanan paraduodenal fitik ya embriyonik orta bağırsağın 180 derecelik hatalı dönüşü sırasında oluşan konjenital bir anomalidir veya edinsel nedenlerle de oluşabilir.

Olgu 1:

Acil servise karın ağrısı, bulantı, kusma şikâyetiyle başvuran 27 yaşındaki erkek hastanın fizik muayenesinde karın distandı idi ve perküsyonla timpanik bulundu. Barsak sesleri artmış hastanın özgeçmişinde geçirilmiş karın cerrahisi, inflamatuvar barsak hastalığı, tüberküloz veya diğer kronik hastalık öyküsü yoktu. Hastanın lökosit değeri 15 000/mm³, CRP: 138 idi. Direkt radyolojik incelemede hava sıvı seviyesi, Oral ve İV kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT)'de mezen-terik damarların sağ tarafta bir kese içine fitikleştiği görüldü (resim: 1).

Olgu 2:

Atletik yapılı 19 yaşındaki haftada dört gün boks yapan kadın hasta acil servise epigastrik ağrı ile başvurdu. Direkt radyografisinde perforasyona ait bulgu yoktu ve BT'sinde ilk hasta ile benzer bulgular mevcuttu. Her iki hastaya da orta hat laparatomisi yapıldı. İlk hastada sağ, ikincide sol paraduodenal fitik mevcuttu. Torsiyone olmuş ince barsak ansları redükte edilerek dolaşımının normale döndüğü görüldü. İki hastada da fitik kesesi (resim 2)eksize edildikten sonra kavite 2/0 poligalaktin sütür ile kapatıldı. Hastalar üçüncü ve dördüncü günlerde sorunsuz taburcu edildi.

TARTIŞMA: İnternal fitikların bir alt tipi olan paraduodenal fitiklar ince barsak tıkanmalarının %0,6 - 5,8'ini oluşturmaktadır ve doğumsal olabileceği gibi edinsel de olabilmektedir. Paraduodenal fitiklar erkeklerde kadınlardan üç kez fazla görülmektedir ve %75 oranında sol tarafta yerleşmektedir. Doğumsal paraduodenal fitiklar tüm internal fitikların %53'ünü oluştururken, edinsel tipler tüberküloz, inflamatuvar bağırsak hastalığı veya ikinci olgumuzda olduğu gibi kronik travma nedeniyle de oluşabilmektedir.

SONUÇ: Günümüzde acil servislerde BT ile ameliyat öncesi dönemde %63 duyarlılık ve %73 özgüllük oranıyla paraduodenal fitik tanısı konabilmekte ve tedavi planı oluşturulabilmektedir.

Önceden karın cerrahisi geçirmemiş hastalarda ince barsak tıkanıklıklarının bir nedeni olabilecek internal fitiklar akla getirilmelidir ve ameliyat öncesi tanı için kontrastlı BT'nin önemi göz ardı edilmemelidir.

POSTER

P02

Fıtık tedavisinde yeni bir yaklaşım; Fence Darning Tekniği

Nazif Zeybek, Yaşar Subutay Peker, Hüseyin Taş, Mehmet Fatih Can, Yusuf Peker

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş-AMAÇ: Bugüne kadar birçok cerrahi herni tedavi yöntemi bildirilmiştir. Mesh kullanılmayan yöntemlerde nüks, ve mesh kullanılan gerilimsiz yöntemlerde inguinidinia, bildirilen en sık komplikasyonlardır. Bu komplikasyonları aşabilmek için hala çalışmalar devam etmektedir. Bu çalışmada amacımız, Fence Darning Tekniği ile 'Lichtenstein Mesh Hernirafi (LMH)' tekniğinin uzun süreli karşılaştırmalı sonuçlarını paylaşmak ve literatür bilgisi ışığında tartışmaktır.

METOD: 2000-2011 yılları arasında Fence Darning Tekniği (grup1: 512) veya LMH (grup2: 2017) uygulanan 2529 hasta prospektif karşılaştırmalı çalışmaya katıldı. Her iki grup, cinsiyet, yaş, herni tipi, erken ve geç postoperatif komplikasyonlar, hospitalizasyon süresi, ağrı ve işe-dönüş süresi açısından karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Her iki grupta da demografik değerler, hospitalizasyon, herni tipi ayrı olarak değerlendirildi. Ortalama yaşlar gruplarda sırasıyla; 36.73 ve 38.37 yıl olarak değerlendirildi. Sırasıyla hospitalizasyon; 3.14 ve 2.91 gün ve işe geri dönüş; 15.1 ve 20.04 gün olarak değerlendirildi., Takip süresi 69±7 ay olarak değerlendirildi. Postoperatif ağrı, erken (enfeksiyon, seroma, hematoma) ve geç (fistül, meshoma, migrasyon, seroma) komplikasyonlar, grup1 de grup2'ye göre anlamlı olarak düşük tespit edildi ($p<0.05$).

TARTIŞMA: Fence Darning Tekniği; güvenli, gerginliksiz, abdominal duvar kompliyansına uygun, mokroporlu, ucuz ve mesh mentalitesine benzer olması nedeniyle, LMH'ye alternatif bir yöntemdir. Ayrıca bu yöntemin sonrasında postoperatif komplikasyonların azaldığı ve postoperatif hasta yaşam kalitesinin arttığını düşünmekteyiz. Tüm bu nedenlerle Fence Darning Tekniğimiz, her cerrahin aklında tutması gereken ve öncelikle mesh kullanılmayan hastalarda uygulanabilecek bir yöntemdir.

P03

Geriatrik hasta grubunda bütün inguinal herniler opere olmalı mı?

Salih Tosun, Günay Uluç, Ender Anılır, Hakan Baysal, Özgür Ekinci, İbrahim Ali Özemir, Barış Bayraktar, Süleyman Orman, Fatih Büyüker, Haydar Yalman, Orhan Alimoğlu, Mehmet Rafet Yiğitbaşı
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araşt.Hast.Genel cerrahi
A.B.D.İstanbul

Geriatrik hasta grubunda yapılacak cerrahi; gerek anestezi, gerekse cerrahi ekipleri zorlamaktadır. Bu hasta grubunda ek problemler, ek hastalıklar daha sık görülmekte; bu sebeple cerrahları ve anesteziistleri lokal veya rejyonel anestezi seçeneklerine yönelmekte, bazen de cerrahiden uzaklaştırmaktadır. Çalışmamızda 2012 yılında Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi A.B.D. da opere edilen 65 yaş üstü 84 inguinal herni hastası retrospektif olarak incelendi. Elektif 76,acil 8 hasta opere edilmişti. Elektif opere olan hastalarda %72 oranla rejyonel anestezi tercihine karşılık,acil hastalarda ancak %25 hastada rejyonel anestezi uygulanabilmişti. Ayrıca elektif %79 hastaya mesh ile onarıma karşılık, acil %50 hastaya mesh onarım yapılabildi. Acil vakalarda %25 laparotomi gereksinimi duyulmuş; 2 hastaya barsak rezeksiyonu uygulanmıştı.Elektif vakalarda standart 1 gün yatış sonrası erken morbidite ve mortaliteye rastlanmamakla birlikte;acil vakalarda1 mortalite ve 1 erken morbidite ortaya çıkmıştı. Ayrıca acil vakaların %50sinde radyolojik tetkik ihtiyacı duyulmuş, ancak yapılan tetkikler intraoperatif sürece etki etmemişti. Şöyle ki hastalarda yapılan usg de aşikar olan herni tespit edilmiş,ancak barsak patolojileri(perforasyon,nekroz,viabilite kaybı..vb.) ve intraabdominal patolojiler tespit edilememişti.

Geriatrik hasta grubunda artmış riskler ekipleri bazen defansif davranmaya itmektedir.Hastaların diğer branşlarca cerrahiye yönlendirilmesindeki gecikme,hastaların uzun yıllar bu hastalıkla adete kanıksayarak yaşaması sebebiyle cerrahi seçenektan çekince duyması,cerrahi ekiplerin riskler sebebiyle operasyonu ertelemesi veya uzak durması,ileri yaşın sebep olduğu toplumsal baskılarla hastaların konforunun ikinci plana atılması...gibi sebeplerle opere olmayan hastalar acil cerrahi ihtiyacı olduğunda morbidite ve mortaliteyle karşı karşıya kalmaktadırlar.Bazen aciliyet ön plana alınarak definitif herni cerrahisi de yapılamamaktadır.Aynı hastalarda laparotomi ihtiyacıyla inguinal insizyon yerine median(GÜM+GAM) insizyon tercihi ayrı bir morbidite sebebi olmaktadır. Hastalarda operasyon süresi uzamakta,hastanede kalış ve maliyet artmaktadır. Elektif inguinal herni cerrahisi düşük morbidite ve mortalite oranlarıyla geriatrik hastalarda da güvenli bir seçenektir.Bu grup hastalarda acil müdahale gerektiği durumlarda morbidite,zaman zaman da mortalite artmaktadır.Biz uzun yıllar konforsuz ve riskli bir yaşam yerine,iyi preoperatif hazırlıkla güvenli bir elektif herni cerrahisinin her hastada en uygun seçenek olduğunu düşünmekteyiz.

POSTER

P04

Laparoskopik kasık fıtığı deneyimlerimiz

Fatih Can Karaca, Deniz Atasoy, Seher Özkan, Nimet Süslü, Özlem Akça, Mehmet Dinç, Selin Kapan
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Günümüzde kasık fıtığında TAPP ve TEP olmak üzere iki farklı laparoskopik ameliyat türü tanımlanmıştır. Laparoskopinin hastanede daha az kalış süresi, daha az post operatif ağrı ve komplikasyonlar, daha çabuk günlük aktiviteye dönüş sağladığı bildirilmiştir. Bu çalışmamızda kliniğimizde iki cerrah tarafından yapılan laparoskopik TEP tecrübemizi sunduk.

MATERYAL-

METOD: Kasım 2012 ile Şubat 2013 tarihleri arasında 25 hastaya laparoskopik tep ameliyatı uygulandı.

SONUÇLAR: Ortalama yaş 46 (17-74 yıl), 2' si (%4) kadın, 23 ü (%96) erkekti. Hastaların VKİ 27.9 (22.9-32.6) idi. Hastaların birinde açığa geçildi. Bir hastada bir tarafı laparoskopik, diğer tarafı açık yapıldı. Hastaların birine bilateral laparoskopik TEP uygulandı. Üç hastaya hemovac dren uygulandı. Bir hastada post op 1. gün nüks ortaya çıktı. Üç tane 3DMax yama, 2 Parietex anatomik yama, 18 hastamızda prolen yama kullandık. Prolen yamaların boyutu 15*13 cm,3DMax boyutu (16*12cm),anatomik yama boyutu 15*10 cm idi. Hastaların 23 üne yama tespitinde bir adet absorbatack kullanırken(ramus pubis), 2 hastada yama tespit edilmedi. Hastaların 5 inde perop periton açıldı,bir hastada epigastrik arter,bir hastada femoral kanaldan kanama oldu. Hastaların 22 'si post op 1. Gün taburcu edilirken,bir hasta post op 4.gün taburcu edildi. Ameliyat süresi ilk 10 hastada ortalama 100 dk(+- 20dk), son 10 hastada 80 dk (+- 20) idi. Fıtık sınıflamasında Schumpelick sınıflaması kullanıldı. Hastaların 21 i L2, 2 si M3,2 si Mc 3, Mc 2 olarak saptandı. Hastaların post operatif ağrı değerlendirilmesinde post op. 3' üncü, 12'inci ve 24' üncü saatte VAS skalası (0 çok kötü,hayatımdaki en şiddetli ağrı,100 çok iyi,hiç ağrım yok) kullanıldı. 3. Saat 73, 12. Saat 88, 24. saat 90 olarak hesaplandı.

TARTIŞMA: Kliniğimizde yaptığımız kısıtlı sayıdaki laparoskopik TEP serimizden edindiğimiz tecrübeye göre kasık fıtığında laparoskopik TEP güvenli bir yöntemdir. Öğrenme eğrisinin artmasıyla ameliyat süreleri kısalmaktadır. Uzun dönem takip sonuçları ve daha geniş serili prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

P05

Laparoskopik ventral fitik deneyimlerimiz

Fatih Can Karaca, Deniz Atasoy, Nimet Süslü, Seher Özkan, Özlem Akça, Mehmet Dinç, Selin Kapan
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Ventral fitikler kalıtsal veya edinsel olabilirler. Laparoskopik ventral herni tamirinin hastanede daha az kalış süresi, daha az post op ağrı ve komplikasyon, daha çabuk günlük aktiviteye dönüş sağladığı bildirilmiştir. Bu çalışmamızda kliniğimizde uygulanan laparoskopik ventral herni tecrübemizi sunuyoruz.

MATERYAL-

METOD: Şubat 2012 ile Şubat 2013 arasındaki 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 14'ü kadın, 8'i erkek idi. Hastaların ortalama yaşı 49 (29-62 yıl) idi. Teknik: Üç hastaya kamera portu epigastrik bölgeden Hasson tekniği ile girildi. İlave iki 5mm'lik trokar ön aksiler çizgi hizasında üst ve alt kadrandan girildi. Ameliyat sırasında disseksiyon için 5mm'lik Ligasure ve Ultracision kullanıldı. 20 hastada kamera trokarı ön aksiler çizgi hizasından Hasson tekniği ile girildi. İlave iki adet 5 mm'lik trokar ön aksiler çizgi hizasından üst ve alt karın kadrانlarından girildi. Polipropilen ve polyester çift katlı yama kullanıldı. Yamanın defekt kenarından 3 ila 5 cm taşması sağlandı. Yama kenarları transfasial No:1 prolen sütün ile tespit edildi. Aralar Absorbatack ile en az 1cm'lik ara ile karın duvarına tespit edildi.

SONUÇLAR: Hastaların 9'u insizyonel herni, 5'i umblikal herni, 6 ventral herni, 1 epigastrik, 1 spiegel herni ameliyatları laparoskopik olarak yapıldı. Bir hastada ameliyat sırasında seroza yaralanması ortaya çıktı. 3 hastada seroma, 1 hastada hematom ortaya çıktı. Hastaları hiç birinde açığa geçilmedi. Ortalama 6ay takip süresinde 2 hastada nüks ortaya çıktı. Bir hastaya inkarsere umblikal herni nedeniyle ameliyata alındı. Dual polyester yama ile herniorafi yapıldı. Barsak canlılığı şüpheli olması üzerine 24 saat sonra ikinci bakı yapıldı. Ek bir patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA: Hastanın obez olması ve hernide multiple defektinin olması laparoskopinin avantajını artırmaktadır. Küçük fitiklerde (<2cm), özellikle lokal anestezinin uygulanabileceği vakalarda, laparoskopinin yeri tartışmalıdır. Çok büyük karın duvarı defektlerinde yamayı tespit etmek için sağlam doku bulmak zor olabilir. Kliniğimizde yaptığımız kısıtlı sayıdaki laparoskopik ventral herni serimizden edindiğimiz tecrübeye göre ventral hernide laparoskopik cerrahi güvenli bir yöntemdir.

POSTER

P06

laparoskopik kolesistektomi sonrası port yeri hernileri

Salih Tosun¹, Tuba Atak¹, Büşra Burcu¹, Firdevs İkbal Göçer², Ender Anılır¹, Günay Uluç¹, İbrahim Ali Özemir¹, Barış Bayraktar¹, Hakan Baysal¹, Haydar Yalman¹, Orhan Alimoğlu¹, Mehmet Rafet Yiğitbaşı¹

¹medeniyet üniversitesi göztepe eah genel cerrahi ABDİstanbul

²medeniyet üniversitesi göztepe eah radyoloji ABD istanbul

Laparoskopik cerrahinin gelişmesiyle kolesistektomide laparoskopik altın standart olmuştur.Laparoskopik cerrahide girişim için kullanılan trokar yerlerinden herni gelişimi nadiren de olsa görülmektedir.

Biz bu çalışmada Medeniyet üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi servisinde Ocak 2009-Ocak 2011 tarihleri arasında opere olan laparoskopik kolesistektomi olgularında gelişen trokar yeri geç dönem hernilerini retrospektif olarak inceledik.496 olgu kontrole çağrıldı ve trokar yerleri kontrol edildi. Herni saptanan veya şüphelenilen olgular Radyoloji ABDa konsülte edildi.Yapılan yüzeysel USG de 5 (yaklaşık %1) hastada trokar yeri hernisi saptandı.4 olguda umblicus altı, 1 olguda epigastrik girişim yerlerinden herni mevcuttu.Kliniğimizde standart olarak 10 mm ve üzeri giriş yerlerine fascia tamiri uygulanmaktadır.Olguların operasyon notları incelendiğinde 5 olguda da operasyon süresinin 1 saatin üzerinde olduğu görüldü.5 olgunun da operasyon notlarında disseksiyonda güçlük yaşandığı,safra kesesinin karaciğer yatağına gömülü olduğu,yoğun intra abdominal yapışıklıklara rastlandığı...vb subjektif bulgular belirtmişti.

Trokar yeri hernisinin insidansını %0.14-22 arasında belirten yayınlar mevcuttur.Trokar giriş yeri hernisi nadir görülen bir komplikasyon olmakla beraber, zaman zaman bağırsak obstrüksiyonları, strangülasyonlar ve perforasyonların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.Uzun ve güçlkle karşılaşılan olgularda safra kesesinin batın dışına alınması sonrası cerrahi ekipte ortaya çıkan yorgunluk,anestezi ekibindeki sabırsızlık..vb nedenlerle zaman zaman fasya tamirine gerekli özenin gösterilmemesi,yetkin olmayan ellere terk edilmesi trokar yeri hernisine yol açmaktadır.Biz fasya tamirine gerekli özenin gösterilmesinin bu olguların sayısını daha da azaltacağını düşünmekteyiz.

P07

Yama tespiti olmadan Total Ekstraperitoneal Laparoskopik kasık fıtığı onarımı: 1-yıllık izlem sonuçları

Fahrettin Acar, Hüsnü Alptekin, Hüseyin Yılmaz, Akın Çalışır, Mustafa Şahin Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Laparoskopik kasık fıtığının Total Ekstraperitoneal onarımında, anatomik polyester yama (Parietex; Covidien, Mansfield, Massachusetts) ile tespit etmeksizin kullanımına ait 1 yıllık sonuçları paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Ekim 2009-Şubat 2012 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı'na kasık fıtığı şikayetiyle ameliyat olmak için müracaat eden hastalardan, laparoskopik yöntemi tercih edenler çalışma grubuna alındı. Hastaların ameliyat sonrası 2. hafta, 1. ve 6. ay ile 1 yıl sonunda ki; operatif morbidite, kronik ağrı ve fıtık nüksü açısından kontrolleri kaydedildi.

BULGULAR

Toplam 46 hastaya mesh tespiti olmaksızın total ekstraperitoneal yaklaşımla laparoskopik kasık fıtığı onarımı yapıldı. Hastaların 26'sında sağ, 13'ünde sol tek taraflı ve 7 hastada iki taraflı kasık fıtığı mevcuttu. Onarım yapılan hastaların 32'si erkek, 14'ü kadın ve yaş ortalaması 46,5 idi (19 ile 72 arası). Olguların 25'i indirekt, 13'ü direkt, 8'i direkt+indirekt kasık fıtığı idi. Hastaların hiçbirinde herhangi bir tespit yöntemi kullanılmadan anatomik mesh preperitoneal alana yerleştirildi. Ameliyat süresi ortalama 54 dakika (35 ile 80 dk.) idi. Hiçbir hastada ameliyat boyunca komplikasyon gelişmedi ve açığa geçilmedi. Ortalama takip süresi 22,5 ay (12 ile 42) idi. 3 hastada ameliyat sonrası 1. hafta gözlenen ve 1. ay'da gözlenmeyen skrotal hematoma şikayeti ve 1 hastada seroma mevcuttu. Hiçbir hastada takip süresince nüks ve ameliyat sonrası erken dönemde ilave analjezi ihtiyacı gözlenmedi.

SONUÇ

Yama tespiti olmadan laparoskopik ekstraperitoneal fıtık onarımı; diğer yöntemlerde kullanılan tespitlerin yol açabileceği, ameliyat sonrası ağrı sorununu ortadan kaldıran ve sıfır düzeyinde nüks gibi özelliklerinden dolayı güvenle tercih edilebilecek bir yöntemdir.

POSTER

P08

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu: Tek Merkez Deneyimi

Fahrettin Acar, Hüseyin Yılmaz, Hüsnü Alptekin, Mehmet Ertuğrul Kafalı, Gökse Sürücü, Mustafa Şahin
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Gastroözofageal reflü hastalığının tedavisi için son üç yılda uyguladığımız Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatlarının sonuçlarını değerlendirmek.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Aralık 2010 ile 2012 tarihleri arasında Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu uygulanan 147 hasta, geriye dönük olarak incelendi. Tüm hastalar ameliyat öncesinde özofagogastroskopi, ve 24 saatlik pH monitorizasyonu ile değerlendirildi. Hastaların tümü ameliyat öncesi medikal tedavi almıştı ve ilaca dirençli semptomları (yanma, regürjitasyon veya her ikisi) vardı. Preoperatif ve postoperatif dönemde (6. ve 12. ay) yapılan endoskopik bulguları, DeMeester skoru ile yaşam kalitesine ait GERD-HRQL skoru sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastalardan 84'ü kadın (%57), 63'ü erkekti (%43). Ortalama yaş 42,5'ti (23-68). Ameliyat öncesi endoskopide; hastaların 68'de özofajit, 52'de özofajit+hiatal herni ve 8'inde barret metaplazi saptandı. Kontrol endoskopilerinde özofajit ve hiatal hernili hastalarda tam iyileşme, barret metaplazisinde regresyon tespit edildi. DeMeester skoru ameliyat öncesi ort. 38.82 (SD ± 40,14) ameliyat sonrası 6.ay 9.90 (SD ± 6.50) ve 12. ay 11.64 (SD ± 10.24)'e düştü. GERD-HRQL skoru, ameliyat öncesi ort. 25.04 (SD ± 11.25)'den ameliyat sonrası 6. ayda 9.90 (SD ± 8.84), 12 ayda 8.55 (SD ± 8.34)'e düştü. Ameliyat sonrası % 20 hastada şişkinlik-gaz şikayetleri not edildi ve semptomatik tedavi ile kontrol altına alındı. Cerrahi sonuçdan memnuniyet hastaların % 85'inde izlendi.

SONUÇ

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu, gastroözofageal reflü hastalığının tedavisinde, düşük morbidite ve mortalite oranı ile uygulanabilecek ve uzun süreli ilaç tedavisine alternatif, cerrahi bir girişimdir.

P09

Laparoskopik kasık fıtığı onarımında Total ekstraperitoneal (TEP) yaklaşımFahrettin Acar, Mustafa Şahin

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Total ekstraperitoneal laparoskopik kasık fıtığı onarımının her yaş grubundan ve ayaktan hastalara güvenli ve uygulanabilir olduğunu tartışmak.

OLGU;

Ekim 2012 tarihinde, 58 yaşında erkek hasta yaklaşık 5 yıldır sol kasiğında git-tikçe artan şişkinlik ve son 1 aydır ağrı şiddetinde artma ve ayakta duramama şikayetiyle Selçuk Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi polikliniğine müracaat etti. Hastaya total ekstraperitoneal (TEP) yaklaşım ile laparoskopik kasık fıtığı onarımı yapıldı ve aynı gün taburcu edildi. Ameliyat süresi; 32 dk.,erken dönem (1.hafta) ve geç dönem takiplerinde komplikasyon gelişmedi. Ameliyat sonrası 3. gün işi-ne dönen hastada ilave analjezi ihtiyacı olmadı.

SONUÇ

Laparoskopik kasık fıtığı onarımında Total ekstraperitoneal (TEP) yaklaşım, her yaş grubu ve ayaktan tedavi almak isteyen hasta grubunda güvenli ve uygun bir metod olarak düşünülebilir.

POSTER

P10

İlginç bir fitik deneyimi: Amyand herni

Çağlar Yıldırım¹, Canan Kuk Yıldırım²

¹Ordu Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Ordu

²Ordu Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis,Ordu

Claudius Amyand 1736 yılında 11 yaşındaki bir çocuğun sağ kasığından ilk apendektomiyi yaptığından beri kasık fitiği içinde akut apandisit olması durumuna "Amyand herni" denir Bu oldukça nadir görülen bir durumdur. Apendiks normal lokalizasyonunda iken bile akut apandisitte yanlış tanı oranı % 10 iken apendiksin atipik yerleşiminde, özellikle de bir fitik kesesi içinde bulunduğu durumda tanı daha da zorlaşır.28 yaşında erkek hastanın şikayetleri 2 gün önce başlamış. Sağ kasıkta şişlik ve ağrısı varmış. Bulantısı olan hastanın kusması yok.Fizik muayenesinde sağ kasıkta şişlik ve ağrı, sağ alt kadranda hasasiyet var. Lökosit 15000/mm³,CRP 5 mgr/dl, direkt batın grafisi ve akciğer grafisi normaldi.Batın usg de patolojik bulgu yoktu. TİT de ise 5 lökosit saptandı.Sağ inkarsere inguinal herni tablosu olmasından dolayı hasta ameliyata alındı. Spinal anestezi ile sağ inguinal kesi yapıldı. inkarsere indirekt inguinal herni saptandı, periton açıldı,skrotuma kadar uzanan erekte,hiperemikve ödemli apandisit hali vardı.Apendektomi.yüksek ligasyon ve pmg ile onarım yapıldı. Ceftriakson ve metronidazol 3 gün İv verildi. Takiben komplikasyonsuz taburcu edildi. Patolojisi akut apandisit ile uyumlu geldi.

Amyand hernide tedavi cerrahidir ancak uygulanacak prosedür olgunun durumuna bağlıdır. İnguinal kesi ile herniyotomiden apendektomi ve herninin tamiri en uygun yöntemdir Ancak şüpheli olgularda direkt laparotomi yolu tercih edilebilirFitik onarımı ise eksploratris laparotomi sonrası aynı seansta yapılabilir. Herniorafi için sentetik greftler kullanılabilir ancak süpüratif enflamasyon ve perforasyon gibi kontamine olgularda, bu materyallerin yara enfeksiyonu riskini artırması ve apendiks stump fistülüne yol açabilmeleri nedeniyle anatomik onarım tercih edilmektedir. Olgumuzda perforasyon ve süpürasyon olmadığı için meshli onarımı tercih ettik. Sonuç olarak Amyand herni özellikle ileri yaşlarda daha sık rastlanan nadir bir inguinal herni çeşitidir. Hayatı tehdit edici olabilir. Preoperatif tanınması zordur ve tedavisi acil girişim gerektirir.

P11

OBTURATOR HERNİ: Akut Mekanik Barsak Tıkanıklığının Nadir Bir Nedeni

İbrahim Aydın, Ahmet Fikret Yücel, Ahmet Pergel, Dursun Ali Şahin
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı, Rize

GİRİŞ: Obturator herni %0.07 oranında olmak üzere diğer tüm hernilere göre daha nadir olarak görülür. Olgular sıklıkla yaşlı ve zayıf kadınlardır. Strangülasyonun teşhis edilemediği hastalarda mortalite ve morbidite yüksektir. Obturator herni multiple predispozan faktörle ilişkilidir. Kadın cinsiyet, geniş (wider) pelvis, triangular obturator kanal, kemik pelvis transver çapının fazla olduğu durumlarda risk artmıştır. Burada, inkarsere obturator herni sonucu gelişen ince barsak obstruksiyonu olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: 4 gündür gaz gaita çıkışı bulunmayan, karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti olan 76 yaşındaki kadın hasta, acil servisimize getirildi. Hastanın ayakta direkt batın grafisinde hava-sıvı seviyesi izlenmedi. Hastada belirgin zayıflık, batında distansiyon ve hiperaktif barsak sesleri mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide; kemik pelvis sol yarımında obturatuvar kanalda pectineus ve obturator eksternus kasları arasına hernie intestinal barsak ansı ve bu düzeyin proksimalinde ince barsak yapılarında sıvı içeriği ile dilatasyon izlendi.

TARTIŞMA: Obturator herni, genellikle küçük yaşlı kadının hernisi olarak adlandırılır ve ileri yaş, düşük vücut kitle oranı, multiparite, kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi karın içi basıncın arttığı durumlarda daha sık görülmektedir. Çoğu hastaya ince barsak obstruksiyonu nedeni ile ameliyat sırasında tanı konulabilmektedir. Obturator hernili hastaların %90'ından fazlası karın ağrısı, bulantı ve kusmanın eşlik ettiği akut intestinal obstruksiyon tablosuyla başvururlar. Hastaların %50'inde obturator sinirin anterior dalının herni içeriği tarafından sıkıştırılması sonucu uyulğun medialinde ve diz medialinde ağrı ile karakterize Howship-Romberg bulgusu pozitifdir. Ancak yaşlı hastalarda eklem ağrıları sık görüldüğünden bu bulgu yanlışlıkla nöromüsküler ağrı olarak yorumlanır ve genellikle gözden kaçır. Obturator hernide görülen diğer bulgu uyulakta addüktör refleksi kaybı ile karakterize olan Hannington-Kiff bulgusudur. Tanıda; ultrasonografi, herniografi ve bilgisayarlı tomografi kullanılmaktadır.

Sonuç olarak; obturator herni mekanik barsak obstrüksiyonu bulguları ile başvuran ileri yaşta zayıf ve özellikle kadın hastalarda barsak obstrüksiyonu nedenleri arasında bulundurulmalı ve tanıda yüksek duyarlılığından dolayı, obstrüksiyon düzeyini, nedenini ve herni varlığında mortalite ve morbiditeyi etkileyen inkarsereasyon ve strangülasyon varlığını araştırmak üzere bilgisayarlı tomografiden faydalanılmalıdır.

POSTER

P12

Erişkinde morgagni hernisinin laparoskopik transabdominal onarımı

İbrahim Aydın¹, Ahmet Pergel¹, Aysel Kurt², Ahmet Fikret Yücel¹, Hasan Türüt², Dursun Ali Şahin¹

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim Dalı, Rize

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Bilim Dalı, Rize

Morgagni hernisi, nadir görülen bir diafragmatik herni olup retrosternal anterior mediastende ve sağ tarafta yerleşim gösterirler. Genellikle asemptomatik olup çekilen akciğer grafisinde insidental olarak saptanırlar. İntraabdominal organlar çoğunlukla omentum ve kolon olmak üzere mide, karaciğer, ince barsak ve dalak toraks içine herniye olur. Bu tür hernilerde herni tarafında akciğer seslerinde azalma ve toraksta kolonik barsak seslerinin alınması tanıda önemli bir bulgudur. Düz akciğer filmi, tomografi, baryumlu pasaj grafisi tanıya yardımcı olmaktadır. Semptomlar herninin büyüklüğüne ve içeriğindeki intraabdominal organlara bağlı olarak değişmekle birlikte sıklıkla dispne, öksürük, göğüs ağrısıdır.

OLGU: Nefes darlığı, bulantı şikayetleri ile polikliniğimize muracaat eden 58 yaşında kadın hastanın fizik muayenesinde sağ bazalde solunum sesleri azalmıştı. Laboratuvar tetkikleri normaldi. Hastanın çekilen PA akciğer grafisinde; düzensiz sınırlı, kalp konturlarını silen, içinde şüpheli barsak ansı izlenimini veren opasiter lezyonlar mevcuttu. Diyafram sınırları düzensiz olarak izlendi. Torax CT'de; sağ parahiler bölgeye uzanım gösteren, sağ parakardiyak yerleşimli mezenter yağ dokusu ve intestinal segmentlere ait dansite görünümü mevcuttu. Hastaya morgagni herni tanısı konularak transabdominal laparoskopik yaklaşım uygulandı. Herniye olmuş omentum, ve transvers kolon batın içerisine redükte edildi. Herni kesesi eksize edildi. Defekt, uygun boyutlarda hazırlanan kompozit mesh ve laparoskopik mesh sabitleyici yardımı ile tamir edildi.

Sonuç olarak, laparoskopik transabdominal yöntemle morgagni boşluğundan toraksa doğru herniye olmuş intraabdominal organlar, olgumuzda olduğu gibi, omentum, transvers kolon, mide, dalak, ince barsak, güvenli bir şekilde batına redükte edilebilirler ve defekt, kompozit mesh ile mesh sabitleyiciler kullanılarak kolaylıkla tamir edilebilir.

P13

Nadir rastlanan bir olgu sunumu, abdomenin anterolateral fitiği; Spiegel Herni

Ilgar İsmayilov, Yaşar Subutay Peker, Aytekin Ünlü, Ramazan Yıldız, Öner Men-teş, Yusuf Peker
Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

Amaç ve

METOD: Abdominal herniler her ne kadar sık karşılaşılan vakalar olsada, Spiegel herni (SH) 2010'a kadar tüm dünyada 1000 vaka civarında bildirim olmuştur nadir olgulardan birisidir. Defekt alt abdomende Spiegel fasyasında (semilun-nar çizgi ile rektus kasının arasında lokalizedir). Hastaların en sık semptomu, stragulasyona sekonder gelişen abdominal ağrıdır. Bu olgu sunumumuzda, kliniğimize başvuran SH tanısı olan hastayla ilgili tecrübelerimizi, literatür ışığında paylaşmak istedik.

OLGU: 72-yaşında bayan hasta, ani başlayan ve son 7 saattir devam eden alt abdominal bölgede sağ rektus kasının lateralinde ağrı ve bu bölgede ele gelen kitle ile kliniğimize başvurdu. WBC:9700/mikroL olarak tespit edildi ve nötrofil hakimiyeti görüldü. Kan tetkiklerinde LDH dahil olmak üzere başka bir patolojik kan bulgusu saptanmadı. USG ile tespit edilen herni kesesi içinde dilate ödematöz ince barsak loopları değerlendirildi ve bu ayrıca bilgisayarlı tomografi (BT) ile de teyit edildi. Hastaya cerrahi uygulandı. Acil herniotomi sonrasında nekrotik ince barsak segmenti görüldü ve hastaya rezeksiyon yanyana anastomoz uygulandı. Herni kesesi primer olarak sütüre edildi ve hastaya mesh kullanılmadı. Hasta postoperatif 7. günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

SONUÇ: SH, tanısı zor olan ve BT'nin tanı için çok değerli olduğu nadir rastlanan bir olgudur. Laparoskopik ve ya açık cerrahi SH'lerde primer tedavidir çünkü sıklıkla bu bölgede herni defektleri küçük olduğu için SH'lerde hernie olan organ genelde strangüledir. Bu nedenle her cerrah sıklığı az bile olsa, tanısı şüpheli abdominal anterior duvar kitlelerinde SH'yi aklına getirmeli ve gerekirse görüntüleme yöntemleri ile tanıyı desteklemelidir.

POSTER

P14

Eş zamanlı ostomi kapatılması ve insizyonel herni tamirinde dual-mesh kullanımını ne kadar güvenli ?

Aykut Soyder, Şadi Ballı, Hakan Erpek, Ali Doğan Bozdağ, Ahmet Ender Demirkıran

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın

GİRİŞ: Abdominal cerrahi girişimlerden sonra %10-12 oranında insizyonel herni gelişimi bildirilmektedir. Ostomi kapatılması planlanan ve insizyonel hernisi mevcut olgularda herni tamirinde dual-mesh kullanımı enfeksiyon riskinden dolayı tartışmalıdır. Çalışmamızda eş zamanlı ostomi kapatılması ve insizyonel herni tamirinde underlay (Patch tekniği) ile dual-mesh kullanımının güvenilirliğini değerlendirmeyi hedefledik.

GEREÇ-

YÖNTEM: 2012 yılı içerisinde insizyonel herni tamirinde dual-mesh kullanılan 40 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgulardan 12 (%30)'ünde eş zamanlı ostomi kapatılması uygulandı. Eş zamanlı ostomi kapatılması ve insizyonel herni tamiri yapılan olgularla (Grup 1), sadece insizyonel herni tamiri yapılan olgular (Grup 2) arasında cerrahi sonrası nüks ve yara yeri enfeksiyon gelişimi açısından erken dönem sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Grup 1 (n:12) olgulara ait yaş ortalaması (yıl) $47,6 \pm 13$ (32-74), E/K oranı 8 (%66,7) / 4 (%33,3), takip süresi (ay) $7,8 \pm 2,4$ (4-12), yara yeri enfeksiyonu gelişimi ve nüks 1 (%8,3) olguda görüldü. Grup 2 (n:28) olgulara ait yaş ortalaması (yıl) $50,8 \pm 11$ (34-74), E/K oranı 21 (%75) / 7 (%25), takip süresi (ay) $8,2 \pm 2$ (4-12), yara yeri enfeksiyonu gelişimi ve nüks 2 (%7,1) olguda saptandı, olguların hiçbirinde mortalite görülmedi. Yara yeri enfeksiyonu gelişen 3 olguda medikal tedavi uygulandı. Grup 1 ve grup 2 olgularına ait yara yeri enfeksiyonu gelişimi ve nüks oranları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$).

SONUÇ: Elektif koşullarda eş zamanlı olarak ostomi kapatılması ve underlay (Patch tekniği) dual-mesh kullanılarak insizyonel herni tamirinin uygun cerrahi teknik kullanıldığında düşük enfeksiyon ve nüks oranları ile güvenilir bir yöntem olduğu kanaatindeyiz.

P15

Lomber Fitik Deneyimlerimiz

Aziz Sümer¹, Ediz Altınlı², M. Ali Uzun³, Serkan Senger³, Ersan Erođlu³, Nazım Güreş⁴, Ercüment Gürlüer⁴, Özgür Kemik¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp fakültesi, Genel Cerrahi AD

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

⁴Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

AMAÇ: Lomber fitik abdominal duvarın posterolateralinde oluşan defektleri tanımlamaktadır. Bugüne kadar literatürde yaklaşık 300 vaka tanımlanmıştır. Lomber fitikler etiyolojilerine göre konjenital ya da sonradan kazanılmış olarak sınıflandırılırlar. Konjenital Lomber fitikler inferior (Petit) üçgenden ya da süperior (Gryfeltt) üçgenden kaynaklanırlar. Bu çalışmanın amacı Lomber fitik nedeniyle opere ettiğimiz olguları sunmaktır.

GEREÇ-

YÖNTEM: 2003-2012 tarihleri arasında ameliyat ettiğimiz lomber fitik olgularının verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Olguların demografik verileri yanı sıra fitik etiyolojisi, operasyon tipi, hastanede kalış süresi, morbidite ve mortaliteleri değerlendirildi.

BULGULAR: 5 olgu lomber fitik nedeniyle opere edildi. Olguların üçü erkek ikisi bayan olup yaş ortalaması 49 yaş (25-71) olarak tespit edildi. Etiyolojilerine göre değerlendirildiği zaman bir olguda Gryfeltt fitiği, 3 olguda insizyonel fitik ve 1 olguda travmatik lomber herni saptandı. Olguların hepsinde tanı fizik muayene (Resim 1, Resim 2), ultrasonografi ve batin bilgisayarlı tomografisi (Resim 3) ile konuldu. Travmatik lomber fitik olgusunun tanısı batin tomografisi ile konuldu ve açık cerrahi yöntem kullanılarak mesh ile tamir edildi (Resim 4). Gryfeltt olgusu lipom ön tanısı ile opere edildi ve peroperatif Gryfeltt fitiği olduğu saptandı. Bu olguya primer tamir uygulandı. Diğer 3 olgumuza laparoskopik yöntem ile mesh herniorafi uygulandı (Resim 5). Laparoskopik mesh herniorafi uygulanan olgularımızdan birinde erken dönemde seroma oluştu. İkinci kez olgu laparoskopik olarak eksplöre edildi ve meshte veres yardımı ile artifişyel porlar oluşturularak drenaj sağlandı. Olgularımızdan hastanede kalış süresi ortalama 3 gündü (1-7). Olguların hiç birisinde mortalite saptanmadı.

SONUÇ: Cerrahların lomber fitikler ile az karşılaşmalarından ve deneyim eksikliklerinden dolayı; lomber fitiklerin standart tedavisi ile ilgili bir görüş birliği bulunmamaktadır. Tanımlanan onlarca açık cerrahi tekniklerinin yanında son dönemlerde laparoskopik cerrahi de bu fitiklerinin tamirinde kullanılmaya başlanmıştır. Minimal invaziv yöntemlerdeki tecrübenin ve endoskopik anatomi bilgisinin artmasına paralel olarak; laparoskopik cerrahi, lomber bölgede fitiklerinin tamirinde kullanılabilecek morbiditesi ve mortalitesi düşük standart bir tedavi yöntemi olmaya aday gibi durmakta olup, kozmetik sonuçları tartışmaya açıktır.

POSTER

P16

Laparoskopik TEP sonrası nadir bir komplikasyon: pnömomediasten ve pnömotoraks

Aziz Sümer¹, Osman Toktaş¹, Ümit İliklerden¹, Ercüment Gürlüler², Nazım Güreş², Serkan Senger³, Özgür Kemik¹

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

AMAÇ: Pnömomediasten mediasten içinde, pnömotoraks ise toraks içinde hava bulunması olarak tanımlanmaktadır. Laparoskopik TEP uygulaması sonrasında pnömomediasten ile ilgili literatürde yalnızca bir vaka bildirilmiştir. Araştırmalarımıza göre literatürde laparoskopik TEP sonrası aynı anda pnömotarkas ve pnömomediasten vakası bildirilmemiştir. Bu çalışmanın amacı laparoskopik TEP uygulaması sırasında çok nadir görülen bir komplikasyon olan eş zamanlı pnömomedisten ve pnömotoraks gelişen ilk olguyu sunmaktır.

OLGU: 41 yaşında erkek hasta sağ indirek kasık fitiği tanısı ile yatırıldı. İTGAA altında göbek altından balon trokar ile disseksiyon sonrası 10 mm ve orta hat-tan 2 adet 5 mm lik trokarlar girildi. Laparoskopik total preperitoneal yöntem ile polipropilen mesh serildi ve tacker ile tespit edildi. Operasyon süresi yaklaşık 30 dk idi. Ekstübe edildikten sonra ciddi ajitasyonları ve solunum distressi gelişen olgu tekrar entübe edildi. Olguda olası serebrovasküler ya da torasik patolojileri ekarte etmek amacı ile bilgisayarlı beyin ve toraks tomografisi çekildi. Toraks tomografisinde olguda yaygın ciltaltı anfizem, pnömomediasten (Resim 1) ve pnömotoraks (Resim 2)tespit edildi. Olgu entübe halde yoğun bakım ünitesine alındı. Olgunun vital parametrelerinin stabil olması üzerine konservatif takip kararı alındı. İki saat sonra çekilen kontrol tomografisinde olgunun pnömomediasten, pnömotorkasin gerilediği tespit edildi ve olgu ekstübe edildi. Postop 2. Günde olgu sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA: Pnömomediasten en sık sebebi aşırı ıkınma sonucu alveol içi basıncın ani artışı ve alveollerin yırtılmasıdır. Laparoskopik uygulamalar sonucunda nadir görülmektedir. Laparoskopik kolesistektomi ve laparoskopik TEP uygulaması sonrası pnömomediasten gelişen iki vaka bildirilmiştir. Laparoskopik TEP uygulaması sırasında epigastrik damar, mesane, intraabdominal organ yaralanmaları olduğu bilinmektedir. Ancak pnömotoraks ve pnömomediasten gibi komplikasyonlar nadir olarak bildirilmiştir. Bu tür komplikasyonlarda CO2 emiliminin hızlı olmasından dolayı konservatif yaklaşım tercih edilir.

P17

İlioinguinal sinirin bir anatomik varyasyonu; “yokluğu” Olgu sunumu

Deniz Güzey, Ahmet Sürek, Murat Çikot, Ahmet Cem Dural, İrfan Başoğlu, Nurrettin Şahin, İlhan Gök, Selin Kapan
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH, İstanbul

AMAÇ:

İlioinguinal sinirin kendisinin veya muskulo-aponörotik bağlantılarındaki anatomik varyasyonların klinik önemi vardır. Sinirin fasya ile ilişkisinin spontan kronik nöropatilere neden olabileceğinin yanı sıra, operasyon esnasında yaralanmasının, inguinal herni cerrahisine bağlı morbiditede önemli rol oynadığı gibi düşünülmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM:

Inguinal herni cerrahisinde, post operatif nöropati insidansını azaltabilmek için sinir trasesinin belirlenmesi, diseksiyonu ve korunması veya planlı ektomisi gerekmektedir. Bu nedenle ilioinguinal sinirin varyasyonları göz önünde tutulmalıdır. Bu olgu sunumunda, az rastlanan bir varyasyonu “yokluğu” görüntülü olarak sunulmuştur.

BULGULAR:

34 yaşında erkek hasta semptomatik sağ inguinal herni nedeni ile ameliyata alınıyor. Eksploreyonda inguinal kanalda ve funikulus spermatikus komşuluğunda ilioinguinal sinire rastlanmıyor. İliohipogastrik sinirin eksternus abdominis kasınının aponözünü perforasyon yaptığı bölgenin hemen 2 mm altında bir ikinci sinir perforasyon bölgesi görülüyor. Buradan çıkan sinir aşağı doğru bir yol izleyerek dış inguinal kanal dış orifisinden sonra funikulus spermatikusa katılıyor. Aponözün açılması sonucunda bu sinir dalının iliohipogastrik sinirle birlikte olduğu ve proksimalde onun trasesinden geldiği görülüyor ve İlioinguinal sinirin olmadığı, bu bölgenin inervasyonunun iliohipogastrik sinir ile sağlandığı kanaatine varılıp ameliyata devam ediliyor.

Tartışma ve

SONUÇ:

Prevalansının büyüklüğü nedeni ile inguinal herni önemli bir tıbbi sorundur. Özellikle kasık ağrısı ile beraber giden postoperatif morbiditesi yüksektir. Sinirin yaralanması, skar dokusu içinde iritasyonu, dikiş veya mesh içinde kalması ağrıya neden olarak gösterilmektedir. Bunlardan kaçınmak için İlioinguinal siniri dissekte etmek ve korumak gerekmektedir. Anatomik kitaplarında belirtilen sinir trasesi yaklaşık %60 olguda görülmektedir. Varyasyonlar oldukça sıktır. Eksternal oblik kas aponözü açıldığında %7 oranında görülmeyebilir. Bu halde funikulus spermatikusun dorsalinde olabileceği gibi %2 oranında hiç de olmayabilir. Bu halde bu bölgelerin inervasyonu iliohipogastrik sinir tarafından sağlanır. Olgumuzda ilioinguinal sinirin bulunmadığı, iliohipogastrik sinirden ayrılan bir dalın eksternal oblik kas aponözü üzerinde seyrettikten sonra funikulus spermatikusa katıldığı gözlenmiştir.

POSTER

P18

Laparoskopik kasık fıtığı tamiri deneyimimiz

Metin Şenol, Hakan Özdemir, Zehra Ünal Özdemir, İbrahim Tayfun Şahiner
Nevşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Nevşehir

AMAÇ: Kasık fıtığı, genel cerrahi pratiğinin en sık görülen hastalıklarından biridir. Laparoskopik yöntemler birçok cerrahi patolojide uygulanmaktadır. Kasık fıtığı tamirinde de laparoskopik cerrahi sıkça kullanılmaya başlanmıştır. Totally extraperitoneal (TEP) ve transabdominal preperitoneal (TAPP) olmak üzere iki farklı laparoskopik teknikle kasık fıtığı tamir edilmektedir. Bu çalışmada laparoskopik kasık fıtığı tamiri deneyimimiz sunulmaktadır.

MATERYAL-

METOD: Kasım 2011 ile Aralık 2012 tarihleri arasında, kasık fıtığı teşhisi konan 20 hastaya laparoskopik fıtık onarımı yapıldı. Tüm hastalara aynı cerrah tarafından TEP fıtık tamiri yapıldı. 5 hastada operasyona laparoskopik başlandı ancak periton yırtıldığı için TEP tekniği uygulanamadı ve cerrahın TAPP tekniğindeki deneyimsizliği nedeniyle de açık yönteme geçildi. Hastalardan 2 tanesinde Apendektomi öyküsü vardı ve bu beş hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastalar demografik bilgileri, operasyon detayları, komplikasyon, postoperatif ağrı ve nüks açısından değerlendirildi. Postoperatif ağrı için 1'den 10'a kadar ağrı skalası kullanıldı.

BULGULAR: Opere edilen tüm hastalar erkekti ve yaş ortalaması 43 (20-72) idi. Hastalarda 10 sağ, 8 sol, 2 bilateral kasık fıtığı mevcuttu. İki vaka nüks fıtıktı ve ilk operasyonları Lichtenstein yöntemiyle yapılmıştı. Ortalama hastanede kalış süresi iki gündü. Ortalama operasyon süresi tek taraf için 70 dakika çift taraf için 95 dakikaydı. Vakaların çoğunluğu indirek fıtıktı. Hastalardan birinde aynı zamanda safra kesesi taşı vardı ve aynı operasyonda laparoskopik kolesistektomi de yapıldı. Yalnızca iki hastada postoperatif komplikasyon görüldü; birinde kanama diğerinde seroma gelişti. Kanama postoperatif 3. gün, kan replasmanına gerek olmadan sonlandı. Ortalama postoperatif ağrı skoru 4,4 (3-9) idi. Bir hastada iki ay devam eden postoperatif kasıkta ağrı oldu. Bu komplikasyonlar opere edilen ilk hastalarda görüldü. Ortalama takip süresi 4 aydı ve bu sürede herhangi bir nüks veya geç komplikasyon görülmedi.

SONUÇ: Laparoskopik kasık fıtığı tamiri; teknik olarak zor, özel ekipman ve eğitim gerektirmesine karşın deneyimli ellerde güvenli ve etkili bir yöntemdir. Özellikle bilateral ve nüks kasık fıtıklarında daha az postoperatif ağrı ve morbidite nedeniyle tercih edilmelidir.

P19

Aynı operasyonda laparoskopik totally extraperitoneal (TEP) kasık fıtığı tamiri ve laparoskopik kolesistektomi; olgu sunumu

Metin Şenol, İbrahim Tayfun Şahiner, Hakan Özdemir, Zehra Ünal Özdemir
Nevşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Nevşehir

AMAÇ: Safra kesesi taşı ve kasık fıtığı, cerrahi pratikte en çok karşılaşılan hastalıklardandır. Her ikisinin de tedavisinde laparoskopik yöntemler sıkça kullanılmaktadır. Laparoskopinin avantajları arasında, farklı cerrahi patolojilerin aynı port yerleri kullanılarak, minimal invaziv yöntemlerle tedavisine olanak sağlamasıdır. Burada, hem safra kesesi taşı ve hem de sağ kasık fıtığı olan bir olgu sunulmaktadır. Hastaya aynı operasyonda laparoskopik TEP fıtık tamiri hem de laparoskopik kolesistektomi yapıldı.

OLGU: 45 yaşında erkek hasta hazımsızlık, şişkinlik, sırta vuran ağrı ve sağ kasığında şişlik şikayetiyle Nevşehir Devlet Hastanesi genel cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayene ve tetkikleri sonucunda sağ kasık fıtığı ve safra kesesi taşı tespit edildi. Geçirilmiş batın operasyonu olmayan hastaya laparoskopik cerrahi planlandı. Genel anestezi altında göbek altı median hattan 3 trokar ile, periton perfore edilmeden TEP yöntemle fıtık tamiri yapıldı. Mesh tespiti için tucker kullanıldı. Ardından umblikustaki trokar ile birlikte epigastrik ve sağ subkostalden de trokarlar batın içerisine girildi ve laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Toplam operasyon süresi 75 dakikaydı. Hastada operasyon sonunda sağ subkostal ve sağ inguinal insizyonların yerine sadece 5 tane mini insizyon vardı. Hasta postoperatif 1. gün taburcu edildi. 6 aylık takiplerinde hastada herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

SONUÇ: Laparoskopik cerahinin; daha az postoperatif ağrı, erken iyileşme, kısa hastanede kalış süresi, küçük kesiler gibi avantajları kanıtlanmıştır. Bununla birlikte, aynı operasyonda farklı cerrahi patolojileri, aynı trokarları kullanarak tedavi etmeye olanak sağlamaktadır. Bizim için bir sonrası basamak ise benzer ameliyatları SILS tekniğiyle gerçekleştirmek olacaktır.

POSTER

P20

Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişen trokar yeri hernileri

Metin Şenol, Zehra Ünal Özdemir, İbrahim Tayfun Şahiner, Hakan Özdemir
Nevşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Nevşehir

AMAÇ: Laparoskopi, birçok cerrahi işlemde altın standart olmaya başladı. Trokar yeri hernisi (TYH) laparoskopik cerrahinin en önemli komplikasyonlarından biridir. Öyle ki herni defekti küçük olduğundan strangulasyon riski yüksektir. Bu çalışmada laparoskopik kolesistektomi operasyonu sonrasında gelişen trokar yeri herni sıklığı ve risk faktörleri araştırıldı.

MATERYAL-

METOD: Ocak 2009 ile Aralık 2011 tarihleri arasında, Nevşehir Devlet Hastanesi'nde laparoskopik kolesistektomi yapılan 344 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların hepsine dört trokarlı konvansiyonel yöntem uygulandı. Umblikal bölgede 10 mm'lik trokar kullanıldı. Umblikal bölgedeki trokar girişi açık yöntemle yapılan 184 hasta Grup A, veres iğnesi kullanılarak pnömoperitonium oluşturulup kapalı yöntemle girilen 160 hasta Grup B olarak sınıflandırıldı. Kapalı yöntem uygulanan hastaların fasyaları sütüre edilmedi. Tüm hastalar, trokar yeri hernisi açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş, cinsiyet, trokar yerleri ve sayısı, cerrahinin şekli açısından fark yoktu. Tespit edilen tüm trokar yeri hernileri umblikal bölgedeydi. Diğer trokar giriş yerlerinde herni görülmedi. Toplam 6 hastada TYH görüldü (%1,7). Grup A'da 1 hastada (% 0,5), Grup B'de ise 5 (% 3,1) hastada TYH görüldü. TYH Grup B'de anlamlı derecede yüksek bulundu ($P<0,05$). BMI ortalaması Grup A'da 28 (20-38) Grup B'de ise 26 (18-34) idi. TYH görülen hastaların hepsinde BMI 28 ve üzerindeydi.

SONUÇ: Trokar yeri hernisi gelişmesinde en önemli etkenin büyük (10 mm ve üzeri) trokar girişleri olduğu ve bu büyük trokar girişlerinin olduğu fasya defektlerinin emilemeyen sütürlerle kapatılması gerektiği kanaatindeyiz. Ayrıca obesitenin de tek başına bir risk faktörü olduğunu da söyleyebiliriz.

P21**Emilebilen ve kalıcı sabitleyiciler kullanılan laparoskopik insizyonel herni onarım sonuçlarının karşılaştırılması**

Ümit Sekmen, Melih Paksoy

Acıbadem Fulya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Bu çalışmamızda ki amaç bu iki sabitleyicinin birbirlerine karşı avantajlarını karşılaştırmaktır.

Bu çalışmada emilebilen ve kalıcı sabitleyici kullanılan 2 ayrı grup birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Toplam 17 hastanın ortalama yaşı 44,5, kadın erkek oranı ise 11/6 idi. Laparoskopik insizyonel fıtık onarımı yapılan 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Kalıcı sabitleyici tercih edilen 10 hasta grup 1, emilebilen sabitleyici tercih edilen 7 hasta ise grup 2 olarak ayrıldı. Gruplar ameliyat sonrası 24 saatlik ağrı skorları (analjezik yapılmadan hemen önce ilk gün 2 defa sorgulanmıştır), ağrı kesici kullanım günleri, komplikasyon ve fıtık nöksleri açısından birbirleri ile karşılaştırılmışlardır.

Hastalarımızın hiçbirinde erken veya geç dönem komplikasyonu oluşmamıştır. 6-27 ay arasında değişen takip sürelerinde hiçbir hastamızda nöks görülmemiştir. Tüm hastalarımızın meshleri 4 ayrı noktadan transfasyal prolen dikiş ile tespit edilirken her iki grupta benzer şekilde mesh çervesi 1-2 cm aralıkla olacak biçimde sabitleyicilerle de tespit edilmiştir. Mesh büyüklüğüne bağlı olarak en az 32 en çok ise 66 sabitleyici kullanılmıştır. Ameliyat sonrası ağrı skorları grup 1 de ortalama 6,8, grup 2 de ise ortalama 6,2 olarak tespit edilmiş, skorlar açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Kullanılan parasetamol tablet sayısı açısından karşılaştırıldıklarında grup 1 de ortalama 11,2 adet grup 2 de ise 9,8 adet olarak tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Son yıllarda insizyonel herni onarımlarında laparoskopik onarım, minimal invaziv yönü ile iyice önplana çıkmıştır. Laparoskopik tekniğin gelişmesiyle beraber insizyonel herni onarımlarında laparoskopik cerrahi tercihi günümüzde birçok merkezde standart tedavi seçeneği olmuştur. Mesh tespiti için kullanılan kalıcı titanyum vidalar sert yapısıyla emilebilir daha yumuşak vidalardan daha sağlam tespit sağladığı algısı oluştursada şu ana kadar tespit etkinliğini karşılaştırmalı araştıran çalışmalarda emilebilen ve kalıcı vidalar arasında belirgin bir farklılık tespit edilmemiştir. Bu konuda yapılan çalışmaların artması bizim çalışmamızda olduğu gibi emilebilir vidaların güvenle tercih edilebileceğini göstermiştir.

POSTER

P22

Laparoskopik kasık fıtığı cerrahisinde TAPP ve TEP yöntemlerinin avantajlarının karşılaştırılması

Ümit Sekmen, Melih Paksoy

Acıbadem Fulya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Son yıllarda kasık fıtıklarının cerrahi tedavisinde laparoskopinin öne çıkmasıyla, transperitoneal ve ekstraperitoneal yaklaşım tercih edilen cerrahi yöntemler olmuştur. Bu retrospektif araştırmamızda bu iki tekniğin birbirlerine avantajlarını araştırdık.

Kliniğimizde 2010-2013 yılları arasında laparoskopik kasık fıtığı ameliyatı yapılmış 87 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 39 (+/-4), erkek kadın oranı ise 73/14 idi. Hastalarımızın 74'ünde TEP (1. Grup) tercih edilirken 13 hastada TAPP (2.grup) tercih edilmiştir. Bilateral kasık fıtığı oranı 1. Grupta 22/52 (%42) iken ikinci grupta 9/13 (%69) idi. Tüm hastalar 4-28 ay arasında takip edilmiş, ameliyat süreleri, ameliyat sonrası ağrı skorları, komplikasyon varlığı ve nüks açısından birbirleriyle karşılaştırılmışlardır. Bu karşılaştırmada SPSS Chi-square istatistiksel analizi kullanılmıştır.

Her 2 grup arasında ameliyat süreleri açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ortalama ameliyat süreleri TEP tek taraflı hastalarda 43(+/-11) dk, çift taraflılarda 62 (+/- 14) dk idi. Bu süreler TAP yapılan grupta sırasıyla 48(+/-11) dk ve 71(+/- 14)dk idi. Hastalarımızın hiçbirinde kanama, ileus benzeri major komplikasyon görülmezken TEP yapılan 4 hastada, TAPP yapılan 3 hastada fıtık yerinde müdahale gerektirmeyen seroma tespit edilmiştir. Bu oran TAP grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,001). Ağrı skorları açısından 1. gün sonunda, port yeri ve fıtık sahası olarak 2 ayrı bölge olarak değerlendirilmeye tabi tutulmuşlar her iki grup arasında fıtık sahası bölgesi karşılaştırılmasında ağrı skor farkı gözükmezken (VAS; grup1:6,2/grup 2:6,6) port yeri açısından karşılaştırıldıklarında 2. grupta istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek ağrı skoru tespit edilmiştir. (VAS; grup1:4,4/grup 2:6,8). Takipte TEP yapılan sadece 1 hastamızda fıtık nüksü görülürken, TAPP grubunda nüks tespit edilmemiştir.

Fıtık tedavisinde her iki yöntemde güvenle tercih edilebilir. Yapılan birçok çalışma bu iki tekniğin birbirlerine açık üstünlükleri olmadığını, cerrahın güvenli hissettiği yöntemi tercih etmesi gerektiğini bildirmiştir.

Sonuç olarak kasık fıtığı tedavisinde TAPP, TEP yöntemi kadar güvenle tercih edilebilir. Çalışmamızın daha net sonuçları için vaka serimizin daha büyümesi gerekmektedir.

P23

Barsak ostomilerinin kapatılması esnasında profilaktik mesh kullanımının önemi

Ümit Sekmen, Melih Paksoy

Acıbadem Fulya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Kolostomi kapatılması sonrası ostomi yerinden fıtıklaşma önemli bir sorundur. Bazı serilerde özellikle kolostomi sonrası %50 lere varan fıtık riski belirtilmiştir. Bu sorunu aşmak için ostomi kapatılması esnasında takviye mesh kullanılması son yıllarda tartışmalı bir konu haline gelmiştir.

Son 3 yıl içerisinde kliniğimizde 18 adet ostomi kapatıldı. Bunların 3'ü kolostomi (1'i uç), 15 ise ileostomi idi. Bu ostomili hastaların 12 si rectum tümörü, 3'ü inflamatuvar barsak hastalığı sebebiyle, 3'ü ise travmatik gastrointestinal yaralanma sebebiyle operasyon geçirmişlerdi. Hastalar 21 ve 68 yaş aralığında ve 42 yaş (medyan) ortalamasına sahipti. 7 hastamızın ileostomi defektleri 4 cm nin altında idi ve primer gergin olmayacak biçimde kapatıldı. Kolostomilerin tümünde ileostomilerin ise 8'inin kapatılmasında fasya defektleri geniş olanlarda fasya gergin olmayacak şekilde yaklaştırılıp üzerine ek olarak prolen mesh ile takviyeyi tercih ettik. Tüm hastalarımızda mesh üzerine aspiratif dren yerleştirdik. Drenler ise en erken 4. gün en geç ise 8. gün çekildi. Hiçbir hastamızda yara açılması veya apse görülmedi. Şu ana kadarki takiplerde (6-32 ay) hiçbir hastamızda ostomi yeri fıtığı görülmedi.

Genelde tercih edilen ise ostomi yeri fasya defektinin primer olarak kapatılmasıdır. Özellikle ostomi yerinin barsak ağız ile kontamine olduğu düşüncesiyle buraya ek prostetik mesh konmasının enfektif komplikasyonları arttıracak düşüncesiyle mesh takviyesi tercih edilmemektedir. Yapılan birçok çalışma barsak temizliği yapılmış olgularda, barsak açılmış kontamine vakalarda bile mesh kullanımının enfektif komplikasyonları arttırmadığını göstermiştir. Ancak özellikle ostomi kapatılması esnasında koruyucu mesh kullanımının enfektif komplikasyonlara, ostomi yeri fıtık oluşumunu önlemeye etkisini gösterecek yeterli klinik çalışma mevcut değildir.

Bu konuda yapılacak bizim çalışmamız ve benzeri yeni çalışmaların sonuçları ostomi kapatılması esnasında profilaktik mesh uygulamanın fıtık nüks ve komplikasyonlara etkisini daha net söyleyecektir. Vaka sayımız kesin yorumlar için yeterli olmadığını söyleyebiliriz ancak şu ana kadarki sonuçlarımızın bizi profilaktik yama uygulama konusunda dahada cesaretlendirdiğini belirtmeliyiz.

POSTER

P24

Laparoskopik TEP ameliyatlarında oluşan pnömoperitonyumun yönetimi

Ümit Sekmen, Melih Paksoy

Acıbadem Fulya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

TEP, inguinal fıtıkların laparoskopik cerrahisinde en sık tercih edilen yöntemdir. Bu cerrahi prosedür sırasında en sık karşılaşılan teknik problem ise pnömoperitonyuma bağlı olarak peritonun şişerek operasyon sahasını daraltmasıdır. Bu yöntemin aşılması için çeşitli yöntemler denenmektedir. Bu araştırmamızda amaç bu teknikleri tartışmak, kliniğimizde bu sorunu aşmak için kullandığımız tekniğin sonuçlarını sunmaktır.

Kliniğimizde 82 fıtık hastası laparoskopik TEP yöntemiyle cerrahi tedavi için ameliyata alındı. Bu hastaların 14'ünde (%17) cerrahi diseksiyon esnasında pnömoperitoneum gerçekleşti. Fıtık kesesinin diseksiyonu esnasında peritoneal açılma sebebiyle oluşan bu komplikasyonu aşmak için sol üst kadrandan yerleştirilen veres iğnesi ile hasta karın içi hava boşaltılmaya çalışıldı. Verez ucu karın vuvarına yaklaştırılarak karın duvarına tespit edilerek, hastaya da hafif trendelenburg pozisyonu verilir ve görüş sahası yeniden oluşturulmaya çalışılır. Bu hastalarımızın sadece 1 inde TAP yöntemine dönmek zorunda kalmış, kalan 17 hasta ek girişime gerek kalmadan TEP yöntemi ile tedavisini tamamlamıştır. Hastalarımızda herhangi bir komplikasyon oluşmamış

Preperitoneal saha genelde balon ile disseke edildikten sonra CO2 ile şişirilir. Laparoskopik bir görüş alanı oluşturulur. Bu aşamada periton disseke edilirken yada fıtık kesesi geri çekilerek disseke edilirken yaralanarak periton boşluğuna hava kaçmasına sebep olur. Görüş alanı daraldığı için hastanın pozisyon değişikliği ve/veya intraperitoneal havanın boşaltılması gerekmektedir. Literatürde açık görüşle umbilikusta defekt oluşturularak intraperitoneal havanın boşaltılması, peritoneal defektin büyükse primer suturasyonu gibi yöntemler önerilerde bulunulsada genelde tercih cerrahın kişisel tecrübeleriyle şekillendiği görülmektedir. Bu konuda standart bir yaklaşımın oluşturulması merkezlerin pnömoperitoneum oranlarını ve drenaj tekniğindeki başarılarını ve komplikasyon oranlarını belirtmeleri gerekmektedir.

Bizim kullandığımız tekniğin pnömoperitonyumu yeterli drene edebildiği, TAPP veya açığa dönmeden TEP tekniği ile ameliyatı sonlandırmayı büyük oranda mümkün kıldığını ve güvenle tercih edilebileceğini söyleyebiliriz.

P25**Port yeri fitiklarının önlenmesinde ve tedavisinde anahtar faktörler**

Ümit Sekmen, Melih Paksoy

Acıbadem Fulya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Laparoskopik cerrahinin yaygınlaşması ve bir çok cerrah tarafından tercih edilmesiyle insizyonel herni sıklığı azalmıştır. Ancak laparoskopik cerahide özellikle 10 ve üzeri kalınlıktaki port yerlerinde ortaya çıkan fitiklar son yıllarda daha sık bildirilmeye başlamıştır. Bizde hastanemizde karşılaşılan port yeri fitiği olan hastaların demografik ve patolojik özelliklerini değerlendirmeye çalıştık

2010-2013 yılları arasında hastanemizde port yeri fitiği sebebiyle ameliyat edilen 5 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 4 adedi daha önce kadın doğum ekibi tarafından, 1 ise genel cerrahi ekibi tarafından opere edilmişti. Toplam 5 hastanın ortalama yaşı 56 ve hepsi kadın idi. Bu hastalardan 1'i post op 7. gün boğulmuş port yeri fitiği sebebiyle acil olarak ameliyata alınırken, diğer 5 hastanın ameliyatları elektif şartlarda yapıldı. Tüm hastalarda açık eksplozasyon tercih edilirken, hepsinde prolen mesh ile takviye kondu.

Port yerinde şişlik ve ağrı ile kliniğimize başvuran hastaların tamamı benign nedenlere ameliyat edilmişlerdi.

Bu hastalar jinekolojik sebeble olan 3'ü hariç diğerleri önceki ameliyatlarını dış merkezlerde olmuşlardı. Ameliyat raporları incelendiğinde fitik gelişen tüm port yerlerinin sadece cilt kısımlarının primer kapatıldığı tespit edildi.

Özellikle 10 mm ve üzeri port yerlerinde %0,5-2 arasında değişen sıklıkta fitik oranı literatürde bildirilmiştir. Gene literatüre göre en sık port yeri fitikleşmesi ise periumbilikal bölgede görülmektedir. (%82) Biz laparoskopik cerahide standart olarak tüm periumbilikal port yerlerini fasya ve cilt olmak üzere 2 ayrı kat olarak kapatıyoruz. Karın duvarı diğer bölgelerinde ise 10 mm üzerinde port tercih edilmiş yada ameliyat sonunda organ çıkarılması için genişletilmiş port yerlerinde de gene aynı şekilde fasyanın primer kapatılmasını önermekteyiz.

Sonuç olarak laparoskopik cerrahi insizyonel fitik oranları çok düşürse de port yeri fitikleri laparoskopik cerrahinin bir komplikasyonu olarak karşımızdandır. Çoğu kez teknik nedenlerle port yeri fasyasının primer kapatılması tercih edilmesede özellikle periumbilikal tercih edilen portlarda fasya kapatılmasının port yeri fitik oluşumunu azalttığı görülmektedir.

POSTER

P26

Primer ve rekürren ventral hernili hastalarda c-myc, catenin, tenascin ve ctgf (Connective tissue like- growth factor) doku düzeylerinin analizi

Selim Bozay, Eray Kara, Seda Vatansever, Yavuz Kaya, Teoman Coşkun
Celal Bayar Üniversitesi Tıp fakültesi

Çalışmaya ventral herni onarımı yapılan 25 hasta ve kontrol grubu olarak herni dışı nedenlerle batin cerrahisi uygulanan 25 hasta dahil edildi. Çalışma medyan yaşı tüm hastalarda 59.4 (31-83), ventral herni grubunda 56.8 (32-77), kontrol grubunda 62 (31-83) olan hastalardan oluşuyordu. Ventral herni grubunda 22 (%88) primer; 3 (%12) nüks fitik mevcuttu. Nüks fitikli üç hastadan ikisinde bir kez nüks, bir hastada ise iki kez nüks gelişmişti. Herni grubunda defekt çapı ortalaması 8.20 ± 4.75 cm idi. 7 hastada sigara kullanımı vardı. Herni grubunda obezite ve BMI açısından kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklılık saptandı ($p=0,02$, $p=0,02$). Her iki grupta sigara kullanımı açısından istatistiksel açıdan anlamsız fark saptandı ($p=3,17$). VH'li 5 hasta umbilikal, 20 hastada ise insizyonel herni mevcuttu. Defekt sayısı birden fazla olan hasta 3 (%12) idi. VH ve kontrol gruplarından alınan fasya ve periton örneklerinin analizleri sonucunda değerlendirme boyanma derecelerine göre yapıldı. İndirekt immunohistokimya işleminden sonra örnekler iki histolog tarafından farklı zamanlarda değerlendirildi, immunoreaktiviteler negatif (-)zayıf (+), orta (++) ve şiddetli (+++) pozitif olarak değerlendirilerek analiz edildi. Tenascin; hem VH hem de kontrol grubunun fasya örneklerinin tamamında (-)negatif olarak bulundu. Periton örneklerinde ise VH grubundaki 2 hastada (+) zayıf boyanma, kontrol grubundaki 1 hastada yine (+) zayıf boyanma izlendi ($p= 0,55$). Catenin; VH grubunun fasya örneklerinde 3 hastada (-)negatif olarak saptandı. Periton örneklerinde ise; 1 hastada (-) negatifti. Grubun geri kalanında ise orta şiddette boyanma gösterdi. Kontrol grubunda fasya örneklerinde 9 hastada catenin (-)negatif olarak saptandı. Periton örneklerinde ise 5 hastada (-) negatifti ve diğerlerinde zayıf boyanma görüldü ($p=0,01$). CTGF, her iki grubun fasya örneklerinin tamamında (-)negatif olarak bulundu. Periton örneklerinde ise VH grubundaki 1 hastada (+) zayıf, kontrol grubundaki 1 hastada yine (+) zayıf boyanma izlendi ($p> 0,05$). C-myc, VH grubundaki fasya örneklerinden 13 hastada (-) negative idi. Periton örneklerinde ise 10 hastada (-) negatifti. Kontrol grubunun fasya örneklerinde 8 hastada (-) saptandı Periton örneklerinde ise 6 hastada (-). VH grubunda c-myc kontrol grubuna göre daha düşük saptandı ($p<0,02$).

P27

Spinal Anestezi İle Uyguladığımız Videoskopik İnguinal TEP Herniorafi Olgularımız

Batuhan Hazer¹, Oğuz Okul², Özgür Dandin³, Dursun Özgür Karakaş⁴, Yavuz Özdemir⁵

¹kasımpaşa asker hastanesi

²etimesgüt asker hastanesi

³bursa asker hastanesi

⁴ağrı asker hastanesi

⁵gata haydarpaşa eğitim hastanesi

GİRİŞ: Videoskopik İnguinal TEP herni onarımında tercih edilen anestezi yöntemi genel anestezidir. Spinal anestezi ise gününbirlik cerrahi prosedürlerde sıklıkla kullanılır ve hayati komplikasyonları nisbeten daha azdır. Bu çalışmamızda spinal anestezi ile videoskopik tep herniorafi uyguladığımız olguları paylaşmak istedik.

YÖNTEM: Preoperatif evaluasyonları sırasında zor entübasyon ve astım bronşiale tanısı alan, yapılan muayenelerinde abdominal çevre uzunluğu 90 cm'nin altında olan ve BMI 20-25 arasında olan olgular çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara standart spinal anestezi ve sedasyon amacıyla Midazolam (3 mg IV) verilmesini takiben Videoskopik tep herniorafi uygulandı. Zor entübasyon tanısı olan hastalarda gerektiğinde genel anesteziyeye geçebilmek için fleksible larinoskop hazır bulunduruldu.

BULGULAR: Toplam 4 hasta çalışmaya dahil edildi. 3 hastada zor entübasyon, 1 hastada ise astım bronşiale tanısı nedeniyle spinal anestezi tercih edildi. 2 olgu sağ nyhus tip 3b, 1 olgu sol nyhus tip 3 a, 1 olgu sol nyhus tip 3b idi. Ortalama ameliyat süresi 61 dk (40- 82) olarak ölçüldü. 1 olguda yapışıklıklar nedeniyle anatomi net ortaya konulamadığı için açık cerrahiye geçildi. Açık cerrahiye geçilen hastada Lichtenstein yöntemi uygulanırken diğer hastalarda preperitoneal disseksiyon sonrasında prolen mesh kullanılarak herniorafi gerçekleştirildi.

TARTIŞMA: Genel anestezi sırasında kas gevşeticilerin kullanılması, preperitoneal bölgede daha geniş çalışma alanı oluşturulmasını sağlar. Kas gevşeticilerin kullanılmadığı spinal anestezide bu boşluğu oluşturmak göreceli olarak daha zordur. Ancak abdominal çevre uzunluğu 90 cm'nin altında olan ve BMI: 25'in altında olan vakalarda disseke edilecek alanda yağ dokusunun ince olması nedeniyle anatominin ortaya konulması daha kolaydır. Dolayısıyla daha dar bir alan oluşturulmasına rağmen ameliyat daha rahat gerçekleştirilebilir. Peritonun inferiora deplase edilmesini sağlayan (bilateral herniorafi için kullanılan) balon trokarlar ve üriner kateterizasyon yeterli boşluğun oluşturulmasında yardımcı olur.

SONUÇ: Videoskopik TEP inguinal herni onarımının uygun vakalarda spinal anestezi ile güvenle uygulanabileceğini değerlendirmekteyiz.

POSTER

P28

Az görülen bir fitik tipi: Amyand fitiğı

Selami Sözübir¹, Baki Ekçi²

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Fitik; peritoneal bir kese içerisinde karın içi organların ya da bu organların bir kısmının karın dışına geçmesi olarak tanımlanır. Bu kese içerisinde appendiks vermiformisin bulunduğu fitikler ise Amyand fitiğı olarak isimlendirilir. 1735 yılında Claudius Amyand tarafından tanımlanmıştır. Kasık fitiğı çok sık görüldüğü halde Amyand fitiğı görülme oranı daha düşüktür. Erkeklerde daha sık görülür. Kasık fitiğında karın içi basıncın artması sonrası mobil olan yapıların kese içerisine hareketi daha kolay olduğundan mezosu uzun olan appendiksin bu alana girmesi mümkün olmaktadır. Appendiksin inflame ya da perfore halinin görülme ihtimali daha düşüktür. İçeriğinin tek yönlü akımı olan appendiksin obstrüksiyonu ile başlayan patogenezi sonucunda appendiks inflame olup perforasyona kadar gidecek tablo ortaya çıkabilmektedir. Amyand fitiklere ameliyat öncesi tanı koymak kolay olamamaktadır. Fitik tanısında rutin olarak kullanılmayan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ayırıcı tanıda yardımcı olabilmektedir. Tedavisinde appendiksin normal olup olmaması önemlidir ve tedavi seçimini etkiler.

OLGU: 1 yaşında erkek hasta çok ağlama ve sağ kasıkta şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ kasıkta ağlamakla daha da belirginleşen kasık fitiğı mevcuttu. Yapılan laboratuvar incelemede özellik saptanmadı. Hastaya kasık fitiğı tamiri amaçlı yapılan kesi ile fitik kesesine ulaşıldı. Kese açıldığında içerisinde uzun ancak inflame olmamış appendiks görüldü (Resim 1). Appendiks karın içerisinde gönderildi. Fitik onarım işlemi uygulandı. Kesi yeri anatomik plana uygun kapatıldı. Hasta, ameliyattan 2 gün sonra sorunsuz taburcu edildi.

SONUÇ: Görülme sıklığı az olan, kasık fitiğı ve karın ağrısı şikayeti ile gelen hastanın ayırıcı tanısında akılda tutulması gereken, tedavisi fitik kesesi içerisindeki appendiksin normal olup olmaması ile değişen bu hastalık, genel cerrahlar ve çocuk cerrahları açısından önemlidir.

P29**Nevşehir Devlet Hastanesi iki yıllık fitik cerrahisi sonuçlarımız**

İbrahim Tayfun Şahiner¹, Yeliz Şahiner², Metin Şenol¹, Hakan Özdemir¹, Zehra Unal Özdemir¹
¹Sağlık Bakanlığı Dr.İ.Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesi,Genel Cerrahi Kliniği,Nevşehir
²Sağlık Bakanlığı Dr.İ.Şevki Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesi,Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Nevşehir

AMAÇ:

Kliniğimizde iki yıllık periyotta yapılan fitik cerrahisi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREC-YÖNTEM:

Ocak 2011 ve Aralık 2012 tarihleri arasında devlet hastanesi genel cerrahi kliniğinde inguinal, femoral, umbilikal ve insizyonel fitik nedeni ile ameliyat edilen hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin yanı sıra ameliyat bölgesi, organ rezeksiyonu yapılıp yapılmadığı, ortalama ameliyat süresi gibi veriler retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR:

İki yıllık süre içerisinde dört genel cerrahi uzmanı tarafından toplam 1021 fitik cerrahisi yapılmıştır. Hastaların ortalama yaşı 47(min: 15,max: 91) olarak bulunmuştur. Hastaların.%18'i(n: 174) kadın, %82'si ise (n: 847) erkekti. Bunlardan 730 hastada tek taraflı inguinal, 47 hastada bilateral inguinal, 144 hastada umbilikal, 43 hastada femoral, 79 hastada ise insizyonel fitik tespit edilmiştir. 20 inguinal fitikli hastaya laparoskopik (TEPP) yapılırken, diğer hastalara açık teknik uygulanmıştır. 1021 vakanın 64'ü acil alınmış olup inkarasyon saptanmıştır. İnkarere olgular incelendiğinde 5 hastanın femoral, 15'nin insizyonel, 8'nin umbilikal, 36'sinin ise inguinal fitiği mevcuttu. İnkarere fitik tanısı alan 64 hastanın 3'ünde (% 4.6) barsak nekrozu, 2'sinde (%3.1) omentum nekrozu gözlemlendi. Açık teknikle yapılan tek taraflı inguinal fitik ameliyatı ortalama 45 dk, bilateral inguinal fitik ortalama 80 dk, femoral fitik 50 dk, TEPP yapılan hastalar unilaterale 70 dk, bilateral inguinal fitik ise 95 dk sürmüştür. Umbilikal fitik için ortalama ameliyat süresi 35dk, insizyonel fitik için ise 85 dk olarak kaydedilmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Yaklaşık 300.000 nüfusa hitap eden perifer devlet hastanesinde iki yıllık sürede toplam 1021 fitik cerrahisi yapılmıştır. Yüksek hasta sayısı Nevşehir ili ve bölgesinde çiftçilik ve dolayısı ile beden gücü ile çalışan popülasyonun daha fazla olmasına bağlanabilir. Güncel ameliyathane pratiğinde fitiklerin ne kadar önemli bir paya sahip olduğu tekrar görülmektedir. Fitik cerrahisi genel cerrahi uzmanının gerek elektif gerekse acil ameliyatlarda günlük pratiğinde sıkça yaptığı bir cerrahidir. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi esnasında fitik cerrahisine daha fazla önem verilmesi, özellikle laparoskopik fitik ameliyatlarının yaygınlaşması büyük önem taşımaktadır.

POSTER

P30

Travmatik abdominal fitik: Nadir ve tehlikeli bir durum.

Sarp Kaya Görür, Ali Ezer, Merve Özen, Tarık Zafer Nursal
Başkent Ün. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD. Adana Uyg. ve Arş. Mکز.

GİRİŞ:

Travmatik abdominal fitik nadir görülmekle birlikte, tanısı zor olduğu için ölüm tehlikesi taşımaktadır. Bu sunumda hızlı ve atipik seyirli olan bu durum tartışılmıştır.

VAKA:

Altmışbeş yaşındaki erkek çiftçi, üzerine traktör devrilmesi ile acil servise başvurmuştu. İlk değerlendirme sonrasında izlem amaçlı cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırıldı.

Fizik incelemesinde, sağ kasıkta hafif bir şişlik dışında anormal herhangi bir bulgu yoktu. Ancak hasta, kazadan önce bildiği kadarıyla kasık fitiği olmadığını söyledi. Bu sırada, hastada taşikardi ve hipotansiyon başladı. Kasık bölgesindeki bu şişliğin, bir saat içerisinde yapılan seri muayenelerde giderek büyüdüğü saptandı.

Bilgisayarlı tomografide, sağ kasık bölgesinde 5,5 cm.'lik bir yırtık içerisinden mezenteriler ile beraber skrotuma doğru fitikleşmiş barsak kısımları izlendi. Barsak duvarlarının az kontrast tutmasının bozulmuş dolaşıma ikincil olabileceği düşünüldü. Karın içerisinde yoğun sıvı birikimleri mevcuttu.

Hasta acil olarak ameliyata alındı. Orta hat kesi ile girildi. Sağ lateral abdominal kaslarda, inguinal kanalın 3 cm süperiyorunda, 10 cm.'lik bir yırtılma olduğu izlendi. Bu yırtılmadan deri altına doğru barsak kısımları fitikleşmişti. Ayrıca ilgili mezenterin de kökünden yer yer ayrıldığı ve fitik kesesine doğru yer değiştirdiği saptandı. Dolaşımı bozulmuş yaklaşık 200 cm. barsak kısmı çıkartılıp, kalan sağlam uçlar anastomoz edildi. Karın duvarındaki açıklık polipropilen dikişler ile onararak kapatıldı. Sentetik yama kullanılmadı. Ameliyat sonrası izleminde herhangi bir sorun izlenmeyen hasta, beşinci gün taburcu edildi.

SONUÇ:

Travmatik karın duvarı fitiği, tanısı doğru konulmazsa mortalite ve morbiditeyi artıracak nadir bir durumdur. Ancak yüksek derecede şüphe ve dikkatli bir muayene ile tanılanabilir. Bilgisayarlı tomografi görüntülemeye ilk tercih yöntemidir. Tanıda kuşku varsa laparoskopik araştırma, hastayı gereksiz bir laparatomiden koruyabilir. Acil cerrahi ve onarım, temel tedavi yaklaşımıdır.

P31**Amyand Hernisi: İki olgu sunumu**

Tuba Atak, Günay Uluç, Hakan Baysal, Salih Tosun, Büşra Burcu, Rafet Yiğitbaşı, Orhan Alimoğlu
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Genel Cerrahi A.B.D.

İnguinal herni kesesi içerisinde normal veya enflame apendiksin bulunması Amyand Herni (AH) olarak tanımlanmakta olup, ilk kez Claudius Amyand tarafından tanımlanmıştır. Bu yazıda elektif inguinal herni onarımı esnasında tespit edilen 2 Amyand herni olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU1: Yirmi dört yaşında erkek hasta sağ kasiğında 3 aydır mevcut olan şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ inguinal bölgede redükte inguinal hernisi mevcuttu. Ameliyatta indirekt herni kesesi içerisinde normal apendiks vermiformis gözlemlendi. Protetik mesh ile gerilimsiz herni tamiri uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 1. gün taburcu edildi.

OLGU SUNUMU2: Altmış sekiz yaşında erkek hasta sağ kasiğında 1 yıldır mevcut olan şişlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ inguinal bölgede redükte inguinal hernisi mevcuttu. Ameliyatta indirekt herni kesesi içerisinde inflame apendiks vermiformis gözlemlendi. Apendektomi ve anatomik herni tamiri uygulandı. Postoperatif dönemi sorunsuz geçen hasta 1. gün taburcu edildi.

TARTIŞMA: Amyand hernisinde tedavi yaklaşımları fitik kesesi içinde bulunan apendiksin durumuna ve ek patoloji varlığına göre değişmektedir. Özellikle sağ inguinal hernioplasti vakalarında AH olasılığı akılda tutulmalı ve kese açılıp içi kontrol edilmelidir. Apendektomi kararı apendiksin komplike olup olmadığına göre verilmelidir.

POSTER

P32

Erişkinde over içeren indirekt inguinal herni

Muhyittin Temiz, Aydın Kaplan, İlhan Paltacı, Orhan Gazi Özbilen, Uğraş Daban Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Hatay

30 yaşında bayan hasta çocukluk çağından beri var olan, sol kasıkta şişlik ve son bir yıldır ara ara olan sol kasık ağrısı şikayetleriyle genel cerrahi polikliniği-mize başvurdu. Özgeçmişinde konjenital sol böbrek agenezisi olan hastanın fizik muayenesinde indirekt tip herni ile uyumlu şişlik gözlemlendi. Yapılan ultrasonografide dar boyunlu, inferiora doğru uzanım gösteren ve boynu sol overle yakın komşulukta olan herni kesesi izlendi. Genel anestezi altında, elektif koşullarda operasyona alınan hastada indirekt tip herni ve herni kesesi içinde normal görünümde sol overin yer aldığı görüldü. Overin batin içine redüksiyonu sonrası Lichtenstein yöntemi herniorafi yapılan hasta postoperatif birinci gün sorunsuz taburcu edildi. İnguinal herni keselerinde over görülmesi daha çok infant kızlarda görülmektedir. Yaşla beraber görülme sıklığı azalmaktadır ve erişkin kadınlarda nadirdir. Over içeren hernilerde strongülasyon riski fazla olduğundan, özellikle infatlarda erken teşhis ve tedavi fertilizasyon açısından önemlidir. Olgumuzda herni erken yaşlarda tespit edilmiş, ancak semptom göstermemesi nedeni ile girişim amaçlı herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamıştır.

P33

İnkarsere hernili olgularımızın analizi

Hakan Özdemir, Zehra Ünal Özdemir, Metin Şenol, İbrahim Tayfun Şahiner
Dr.İ.Ş.Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Nevşehir

AMAÇ: İnkarsere fitiklar, genel cerrahi acil müdahaleleri arasında oldukça sık görülen ve komplikasyon oranları elektif fitik cerrahilerine göre daha fazla olan olgulardır.

MATERYAL-

METOD: Ocak 2011 ile aralık 2012 tarihleri arasında inkarsere herni tanısı ile acil operasyona alınan 64 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 47 (17-91) idi. 5 hastada (%7.8) inkarsere femoral herni, 15 hastada (% 23.4) inkarsere insizyonel herni, 8 hastada (% 12.5) inkarsere umblikal herni, 36 hastada (% 56.2) inkarsere inguinal herni tespit edildi. İnkarsere femoral herni tanısı ile opere edilen hastaların birinde ince barsak nekrozu, birinde ise omentum nekrozu tespit edildi. İnkarsere insizyonel herni nedeni ile opere edilen hastaların birinde omentum nekrozu, birinde ise transvers kolonda nekroz tespit edildi. Opere edilen inkarsere umblikal hernisi olan hastalarda herhangi bir dokuda dolaşım bozukluğu gözlenmedi. İnkarsere inguinal herni nedeni ile operasyon geçiren hastaların birinde ince barsak nekrozu tespit edildi. İnkarsere herni tanısı alan 64 hastanın 3'ünde (% 4.6) barsak nekrozu, 2'sinde (%3.1) omentum nekrozu gözlendi. Nekroze barsak anslarına rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapılırken nekroze omental dokular eksize edildi. Postoperatif dönemde 6 hastada (% 9.3) cerrahi alan enfeksiyonu gözlendi. Bir hastada (% 1.5) multiorgan yetmezliği gelişti ve postoperatif 5. günde ex oldu.

SONUÇ: İnkarsere fitiklar özellikle gecikmiş olgularda ciddi komplikasyonların görüldüğü vakalardır. Elektif şartlarda fitik tanısı almış hastalar bu durum konusunda yeterince bilgilendirilmeli ve fitik onarımı geciktirilmeden yapılmalıdır.

POSTER

P34

Femoral fitik deneyimimiz

Zehra Ünal Özdemir, Hakan Özdemir, İbrahim Tayfun Şahiner, Metin Şenol Dr.İ.Ş. Atasagun Nevşehir Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Nevşehir

AMAÇ: Femoral fitikler yetişkinlerde tüm karın duvarı fitiklerinin % 2- 8'ini oluşturur ve kadınlarda erkeklere göre 4-5 kat daha fazla görülürler. Femoral fitiklerde inkarserasyon veya strongüstasyon sıkça görülen bir klinik durumdur. Yaş arttıkça mortalite ve morbidite diğer karın duvarı fitiklerine göre daha yüksek oranda gözlenmektedir. Bu çalışmada femoral fitik nedeni ile opere edilen hastaların verilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL-

METOD: Ocak 2011 – Aralık 2012 tarihleri arasında femoral fitik tanısı alıp opere edilen 43 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 54 (35-83), ortalama takip süresi 21 (3-37) ay olarak bulundu. Hastaların 34'ü (%79) kadın, 9'u (%21) erkek idi. 5 hasta (%11.6) inkarsere femoral fitik tanısı ile acil operasyona alınırken, 38 hasta (%88.4) elektif şartlarda operasyona alınmıştır. Acil operasyona alınan bir hastada ince barsak nekrozu tespit edilmiş olup rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapılmış, bir hastada da omentumda nekroz gözlenmiş ve omentektomi yapılmıştır. Acil operasyona alınan hastaların 4'üne McVay fitik onarımı yapılmıştır. İnce barsak nekrozu tespit edilen hastada ise intraabdominal yaklaşım ile fitik onarımı yapılmıştır. Elektif şartlarda opere edilen 38 hastanın 27'sine McVay fitik onarımı, 11 hastaya ise plug mesh yöntemi ile fitik onarımı yapılmıştır. Ortalama 21 aylık takip sonunda plug mesh ile onarım yapılan 1 erkek hastada 3. ayda nüks gözlenmiş olup McVay herniorafi yapılan hastalarda nüks görülmemiştir. Toplam nüks oranı %2.3 olarak tespit edilmiştir. İnkarsere femoral fitik tanısı ile opere edilen ve ince barsak rezeksiyonu yapılan hasta post operatif 5. günde multi organ yetmezliği nedeni ile ex olmuştur. Toplam mortalite oranı %2.3 olarak tespit edilmiştir. 3 hastada (%6.9) ise cerrahi alan enfeksiyonu gözlenmiştir.

SONUÇ: Femoral fitikler mortalite ve morbiditesi yüksek olgulardır. Acil şartlarda operasyona alınan vakalarda ileri yaş ve ek hastalıklarda tabloya eklenince klinik durum daha morbid seyredebilmektedir. Bu nedenle femoral fitiklerin erken dönemde ve elektif şartlarda opere edilmeleri mortalite ve morbiditeyi azaltacak önemli bir faktördür.

P35

Laparoskopik İnguinal Herni Onarımında Balon Trokar Gereklimidir ?

Mehmet Odabaşı¹, Cengiz Eriş¹, Mehmet Kamil Yıldız¹, Erkan Özkan¹, Hacı Hasan Abuoğlu¹, Münip Ali Tolga Müftüoğlu¹, Emre Günay¹, Ümit Sekmen²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Acbadem Fulya Hastanesi

AMAÇ: Laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) inguinal herni onarımı esnasında balon trokar kullanımının gerekliliğini araştırmak.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2009 ve Aralık 2010 tarihleri arasında laparoskopik inguinal herni tamiri yapılan hastalar açığa geçme, herni rekürrensi, ağrı, komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışma periyodu içerisinde Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde 211 hastaya 255 laparoskopik total ekstraperitoneal inguinal herni ameliyatı yapıldı. Hastalar ortalama 24,1 ay (15- 39 ay) takip edildi. Hastaların 195'i erkek 16' sı ise kadındı. 195 erkek hastanın 41'i, 16 kadının 3'ü bilateral inguinal hernili idi. Hastalardan 20 erkek hasta ve 3 kadın hastada toplam 26 laparoskopik onarımda balon trokar kullanılmadı. 175 erkek ve 13 kadın hastada toplam 232 laparoskopik onarımda balon trokar kullanıldı. Balonsuz yapılan 4 vakada periton yırtığı ve yapışıklık nedeniyle açığa geçildi veya TAPP'a dönüldü. Balon trokar kullanılan 5 vakada ise periton yırtığı ve yapışıklık nedeniyle açığa geçildi veya TAPP'e dönüldü. Açığa veya TAPP'e dönme oran balon kullanılmayanlarda % 15.3, balon trokar kullanılan hastalarda % 2.1 olarak saptandı. Herni rekürrensi, ağrı ve komplikasyonlar açısından farklılık yoktu.

SONUÇLAR: Sonuç olarak balon trokar kullanılan hastalarda açığa veya TAPP'e dönme oranı, balon kullanılmayan hastalara göre oldukça düşüktür.

POSTER

P36

Ventral Fıtıkların Onarımında Dört Faklı Yöntem: Defekt Özelliklerinin Yöntem Tercihine Üzerine Etkisi

Koray Topgöl, Mahmut Fikret Gürsel, Murat Çan, Zafer Malazgirt
Medical Park Samsun Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü/ Samsun

AMAÇ: Bu çalışmada, ventral fıtık onarımı yapılırken fıtık defekt boyutu ve tipinin yöntem tercihleri üzerine etkisi tek merkez deneyimiyle retrospektif olarak değerlendirildi.

YÖNTEM: 01 Kasım 2011-31 Ocak 2013 tarihleri arasında Medical Park Samsun Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğinde ventral herni nedeniyle ameliyat edilen 103 hasta demografik özellikleri, fıtık tipleri, defekt boyutları, uygulanan cerrahi yöntemler açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Yapılan ameliyatlarda primer onarım (PO), açık yamalı onarım (AY), laparoskopik onarım (LO) ve katmanlarına ayırma (KA) yöntemleri olarak belirlendi.

BULGULAR: 103 hastanın %78'i kadındı ve ortalama yaş 59.3 (24-85) idi. Hastaların 54'ü AY, 24'ü PO, 15'i LO ve 10'u KA yöntemi ile ameliyat edilmişti. PO yapılan olguların hepsinde defekt boyutu 4 cm ve altındaydı. İki dışında tamamı umbilikal fıtıklardı. On olguda laparoskopik kolesistektomi ile birlikteydi. İki olguda karaciğer rezeksiyonu ve ek olarak umbilikal fıtığa PO uygulanmıştı. 5 cm ve üzeri defektler diğer yöntemlerle onarılmıştı. KA yöntemi uygulanan hastaların tümü 15 cm ve üzeri defekt boyutuna sahip, rektus kasının bir veya iki taraflı lateralize olduğu, belirgin karın duvarı kaybı olan hastalardı. KA grubunda %20 hastada orta hatta ek polipropilen yama kullanılmıştı. LO grubundaki hastaların 14/15'i insizyonel fıtıktı. Dokuzu inkarsereydi. 12 olguda median insizyondan fıtıklaşmaydı. Onarımda parietex kompozit yama ve Dyna Mesh kullanıldı. Tüm olgularda transfiksasyon dikişi ve helikal zımba ile yama tespitlendi. AY yöntem en çok tercih edilen yöntemdi. Dokuzunda umbilikal fıtık vardı ancak 5 cm ve üzeri boyuttaydı. On olgu inkarsereydi. Bu gruptakilerin 1/5'inde ek işlem yapılmıştı. Bunlar; 3 olguda abdominoplasti, bir olguda sol kasık fıtığı (Wantz), 2 olguda laparoskopik kolesistektomi (biri SILS), bir olguda hepatikojejunostomi, bir olguda dev sarkomatöz lezyon eksizyonu, bir olguda kolostomi kapatılması ve parastomal fıtık onarımı yapıldı. AY de bir olgu hariç tümünde yama onlay olarak fasya üzerine yerleştirilmişti.

SONUÇ: Defekt boyutu ve aynı seansta giderilecek cerrahi patolojiler cerrahların tercihini etkilemektedir. En sık uygulanan yöntem AY yöntemidir.

P37

Laparoskopik Inguinal Herni Onarımında Muayenede Tespit Edilemeyen Ek Herniler

Mehmet Odabaşı¹, Erkan Özkan¹, Cengiz Eriş¹, Mehmet Kamil Yıldız¹, Emre Günay¹, Hacı Hasan Abuoğlu¹, Munip Ali Tolga Müftüoğlu¹, Ümit Sekmen²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Acıbadem Fulya Hastanesi

AMAÇ: Laparoskopik inguinal herni onarımının önemli bir avantajı direkt, indirekt, femoral, obturator ve diğer kasık bölgelerinin net görüntülenmesidir. Bu çalışmanın amacı laparoskopik total ekstraperitoneal (TEP) inguinal herni onarımı yapılan hastalarda muayene esnasında tespit edilemeyen ek hernilerin tespiti sağlamaktır.

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2009 ve Aralık 2010 tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde 221 hastada 265 laparoskopik inguinal herni ameliyatı gerçekleştirildi ve operasyon esnasında karşılaşılan ek herniler kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların 205'i erkek 16' sı ise kadındı. 205 erkek hastanın 41'i, 16 kadının 3'ü bilateral inguinal hernili idi.205 erkek hastanın 195'i TEPP ve 10'u TAPP ile opere edildi. Kadınlarda TAPP uygulanmadı.2 kadın hastada sadece femoral herni saptandı.Bu hastalardan 1'i nüks inguinal herni nedeniyle opere edildi ancak hastada femoral herni saptandı. 2 erkek 1 kadın hastada indirekt + femoral herni saptandı. 2 erkek hastada İndirekt + direkt + femoral herni saptandı. Toplam 267 TEP yapılan hastanın 7 sinde (%2.6) oranında beklenmeyen fitik tespit dilmiştir. Erkeklerde bu oran % 1.6, kadınlarda ise % 15.8 olarak saptandı.

SONUÇLAR: Sonuç olarak laparoskopik inguinal herni onarımı tüm myopektineal orifislerin görülebilmesini, dolayısıyla nüks herni oluşumunu engellemektedir, özellikle kadın hastalarda primer ve nüks inguinal herni varlığında laparoskopik inguinal herni onarımını önermekteyiz.

POSTER

P38

Laparoskopik Total Ekstraperitoneal (TEP) Yapılan Hastalarda Bacaklı Ve Düz Mesh Kullanımının Karşılaştırılması

Mehmet Odabaşı¹, Mehmet Kamil Yıldız¹, Erkan Özkan¹, Cengiz Eriş¹, Hacı Hasan Abuoğlu¹, Emre Günay¹, Munip Ali Tolga Müftüoğlu¹, Ümit Sekmen²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Acıbadem Fulya Hastanesi

AMAÇ: Çalışmanın amacı laparoskopik total ekstraperitoneal ameliyatı olan hastalarda bacaklı ve düz meshin karşılaştırılması

YÖNTEM-GEREÇLER: Ocak 2009 ve Aralık 2010 tarihleri arasında laparoskopik inguinal herni tamiri yapılan hastalar herni rekürrensi, ağrı, komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışma periyodu içerisinde Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma hastanesinde 211 hastaya 255 laparoskopik total ekstraperitoneal inguinal herni ameliyatı yapıldı. Hastalar ortalama 24,1 ay (15- 39 ay) takip edildi. Hastaların 195'i erkek 16' sı ise kadındı. 195 erkek hastanın 41'i, 16 kadının 3'ü bilateral inguinal hernili idi. 43 hastada 54 ameliyatta bacaklı mesh kullanıldı. 168 hastada 201 ameliyatta ise düz mesh kullanıldı. Toplam rekürrens sayısı 4 (1.99) idi ve tamamı düz mesh kullanılan hastalardı. Postop ağrı oranı % 1.2 idi. Düz mesh konulan 3 (% 1.49) hastada ve bacaklı mesh konulan 1(% 1.78) hastada seroma gelişti. Bilateral direkt fitiği olan 1 kadın hastada 15 gün sonra yapılan muayenede nüks fitik düşünülmesi üzerine eksplorasyon yapıldı ve organize hematoma olduğu görüldü.

SONUÇLAR: Sonuç olarak total ekstraperitoneal herni onarımında bacaklı mesh güvenli bir tekniktir ve nüks açısından bacaksız mesh göre daha avantajlıdır.

P39

Nüks İnguinal Fıtıklarda Laparoskopik Onarım

Mehmet Odabaşı¹, Cengiz Eriş¹, Mehmet Kamil Yıldız¹, Erkan Özkan¹, Hacı Hasan Abuoğlu¹, Emre Günay¹, Munip Ali Tolga Müftüoğlu¹, Ümit Sekmen²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Acıbadem Fulya Hastanesi

AMAÇ: Açık inguinal herni operasyonu geçirmiş olan ve nüks eden olgularda laparoskopik cerrahi sonuçlarını değerlendirmek.

YÖNTEM-GEREÇLER: Son 3 yıl içerisinde hastanemiz genel cerrahi kliniğine başvuran daha önce açık yöntemle inguinal herni ameliyatı olan hastalar değerlendirilmeye alınmış, komplikasyon ve teknik değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Bahsi geçen periyotta açık yöntemle nüks eden 12 erkek ve 4 kadın hastaya laparoskopik inguinal herni onarımı yapıldı. Laparoskopi için göbek altından 10 mm. lik ve orta hattan 2 adet 5 mm.lik trokar yerleştirilerek işlem gerçekleştirildi. Erkek hastalardan birinin 2. nüksü mevcuttu. 12 erkek hastanın 11' ine ve 4 kadın hastanın tamamına TEP yapılırken, 2. kez nüks eden hastaya TAPP ameliyatı yapılmıştır. Bu hastalardan 9 erkek hastanın ve 4 hastanın ameliyatları laparoskopik TEP olarak tamamlanmıştır. Direkt nüks inguinal hernisi olan 2 erkek hastada aşırı derecede yapışıklık olması nedeniyle TAPP'e geçilmiştir. Kadın hastalardan birinde nüks olarak düşünülen fıtığın femoral herni olduğu, diğer 3 kadın hastada ise indirekt herni olduğu saptanmıştır. 9 erkek hastanın 6 sında direkt 3 ünde indirekt herni saptanmıştır. Hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

SONUÇLAR: Nüks indirekt inguinal herni olgularında laparoskopik TEP onarımı iyi bir alternatif tedavi yoludur ve açık cerrahiye göre daha kolay ve az komplikasyonla seyir edebilir. Yapışıklığı olan hastalarda açık cerrahi yerine TAPP yapılmasını tavsiye etmekteyiz.

POSTER

P40

Tek Kesiden Laparoskopik Fıtık Tamiri: İlk 11 Olgunun Retrospektif Değerlendirilmesi

Nihat Aksakal, Umut Barbaros, Orhan Ağcaoğlu, Mustafa Tükenmez, Berkay Kılıç, Selim Doğan, Ömer Cenk Cüçük, Rıdvan Seven, Selçuk Mercan
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Minimal invaziv cerrahi teknikler son yıllarda teknolojinin gelişmesiyle birlikte daha sık olarak kullanılmasına rağmen halen güvenilirlik ve rutin kullanılabilirlik açısından genel kabul görmemiştir. Bu çalışmadaki amacımız fıtık cerrahisinde uyguladığımız tek kesiden laparoskopik fıtık tamiri deneyimimizi paylaşmaktır.

METOD: Bir Kasım 2009- 31 Aralık 2012 tarihleri arasında fıtık nedeniyle ile tek kesiden laparoskopik tamir yapılan hastaların demografik verileri, komplikasyonları ve hastanede yatış süreleri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm ameliyatlarda rutin olarak SILS port (Covidien, USA) kullanıldı. Kasık fıtığı ameliyatlarda göbekten yapılan iki cm'lik kesi port giriş yeri olarak kullanıldı. Göbek ve kesi fıtıklarında ise fıtığın yerine göre port yeri belirlenerek yine iki cm'lik kesiden port girildi. Kasık fıtığında polipropilen yama kullanılarak TEPP tekniği ile fıtık tamiri yapılırken, göbek fıtığı ve kesi fıtıklarında PTFE kompozit yama kullanıldı. Yama tespiti otomatik metal yama sabitleyici ile yapıldı.

BULGULAR: Toplam 11 hasta tek kesiden laparoskopik cerrahi ile ameliyat edildi. Hastaların 9'u erkek, 2'si kadın idi. Ortanca yaş 54 ± 14 olarak saptandı. Hastaların birine göbek fıtığı, üçüne kesi fıtığı, üçüne tek taraflı kasık fıtığı ve dördüne iki taraflı kasık fıtığı nedeniyle tamir yapıldı. Tek taraflı kasık fıtığı tamiri uygulanan bir hastaya kolelityazis nedeniyle eş zamanlı kolesistektomi de uygulandı. Hiçbir vakada konvansiyel laparoskopik cerrahiye ya da açığa dönüş olmadı. Ortalama yatış süresi 1,4 gündü. Sadece kesi fıtığı nedeniyle intraperitoneal yama tamiri yapılan ve seroma gelişen bir hasta konservatif takip edildi. Ortalama 29 aylık takip süresinde nüks görülmedi.

SONUÇLAR: Deneyimli merkezlerde tek kesiden laparoskopik cerrahi ile fıtık tamiri güvenli bir şekilde uygulanabilir.

P41

İnguinal Herni Ameliyatlarında İki Farklı Yöntemin Nöropatik Ağrı Gelişimi, Komplikasyon ve Rekürrens Açısından Karşılaştırılması

Salih Erpulat Özis¹, Hatim Yahya Uslu², Kamil Gülpınar¹, Süleyman Özdemir¹, Işın Ünal Çevik³

¹Ufuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Ankara

²Özel Tobb Etü Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

³Ufuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Ana Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: İnguinal herni operasyonlarını takiben akut postoperatif ağrı ve sonrasında kronik nöropatik ağrı gelişme riski %10 civarında bildirilmektedir. Nöropatik ağrı gelişimi için en önemli risk faktörü olarak tanımlanan intraoperatif sinir hasarı yanında; hastanın yaşı, cinsiyeti, genetik özellikleri ve komorbid özellikler de önemli rol oynamaktadır. Çalışmanın primer amacı: Dikişli ya da dikişsiz greft kullanılan inguinal herni operasyonlarının akut ve nöropatik ağrı skalaları, postoperatif analjezik kullanımı, nörolojik defisit ve genel yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesidir. Çalışmanın sekonder amacı: Dikişli ve dikişsiz greft kullanılan inguinal herni operasyonlarının erken ve geç postoperatif komplikasyonlar ve rekürrens açısından farklılıklarının karşılaştırılması hedeflenmiştir.

GEREÇ-

YÖNTEM: Ocak 2012 ile ekim 2012 arasında çalışmaya onay veren 18 yaş üzeri ve cerrahi komorbiditesi olmayan toplam 53 hasta bu çalışmaya dahil edilmiştir. Spinal anestezi altında 34 hastaya konvansiyonel Lichtenstein ameliyatı, 19 hastaya kendinden yapışan çengelleri bulunan "Parietene Progrid" greft uygulanmıştır. Tüm ameliyatlar aynı cerrah (S.E.Ö.) tarafından gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Cerrahi tipine kör olan diğer araştırmacılar, hastaların operasyon öncesi ve operasyondan 1 gün, 14 gün, 3 ay ve 6 ay sonraki kontrollerde nöropatik ağrı skalaları (ve DN4 ve LANSS gibi), ağrı ölçekleri (Visual Analog Scale-VAS) operasyon sonrası analjezik tüketim miktarları kayıt ettiler, hastaların nörolojik muayenelerini yaptılar, Nottingham Sağlık Profili ile enerji seviyesi, ağrı, emosyonel reaksiyon, uyku bozukluğu, sosyal izolasyon ve fiziksel aktivitelerini değerlendirdiler, postoperatif erken ve geç komplikasyonları ve tekrar operasyon gerektiren durumları da kayıt altına alındı. Verilerin nöropati gelişimi üzerine etkileri istatistiksel olarak araştırıldı.

SONUÇ: İnguinal herni tedavisinde kullanılan iki farklı yöntem arasında nöropatik ağrı gelişimi, erken ve geç komplikasyon ve rekürrens açısından herhangi bir fark bulunmamakta, kendinden çengelli greft kullanıldığında ameliyat süresi anlamlı olarak kısalmaktadır.

POSTER

P42

Morgagni herni tamirinde laparoskopik dual mesh onarımı, olgu sunumu

Eyüp Duran¹, Nail Ersöz², İsmail Hakkı Özerhan², Mehmet Fatih Can², Ali Harlak²

¹Elazığ Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Elazığ

²GATA, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

Morgagni hernisi oldukça nadir görülmektedir ve diafragmatik hernilerin %3-5'idir. İntestinal obstrüksiyon ve ciddi akciğer rahatsızlığı gibi komplikasyonlarından dolayı tavsiye edilen tedavi cerrahidir. Bu olgu sunumunda herni kesesine transvers kolon ve omentum bulunan ve tedavisinde laparoskopik dual mesh uyguladığımız vakamızı rapor ettik. 20 yaşında erkek hasta spor hareketleri sırasında nefes darlığı şikayeti ile başvuran hastanın yapılan riegrafisinde sağ torakal alanda dolgunluk gözlenmesi üzerine Torakoabdominal bilgisayarlı Tomografi yapıldı. BT de intraabdominal organlardan transvers kolonun intratoraksik bölge geçtiği gözlemlendi. Laparoskopik yaklaşım planlandı. Laparoskopik eksplorasyonda retrosternal alandan transvers kolon ve omentum majusun toraksa hernie olduğu gözlemlendi Omentum ve transvers kolon batın içine alındıktan sonra laparoskopik dual mesh defekt alanının infrakardiak kısımlarında diafragmaya sütürlerle, diğer lokalizasyonlarda tacker ile tesbit edildi. Operasyon zamanı 130 dakika idi. Hasta postoperatif 4. Günde taburcu edildi. Laparoskopik dual mesh tamiri Morgagni herni tamirinde güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir.

P43

Gastrik By-pass Uygulanan Morbid Obez Olguda Biyolojik Mesh ile Eş Zamanlı Büyük Karın Duvarı Fıtık Tamiri

Nihat Aksakal¹, Orhan Ağcaoğlu¹, Fulya Türker², Mustafa Tükenmez¹, Berkay Kılıç¹, Selim Doğan¹, Umut Barbaros¹

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

Büyük karın duvarı fıtıklarında batın duvarı rekonstrüksiyonu ve fıtık tamirinde, son yıllarda teknolojik gelişmelerle beraber belirgin ilerlemeler kaydedilmiştir. Buna rağmen, yüksek morbidite ve nüks oranları halen ciddi sorun teşkil etmektedir. Bu riskler, özellikle morbid obez hastalarda daha ciddi sonuçlara yol açabilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız morbid obez bir hastada, gastrik by-pass ameliyatı ve eş zamanlı büyük karın duvarı fıtığı tamirinde biomesh kullanımını deneyimimizi paylaşmaktır. Kolesistektomi, sekiyo, brid ileus ve insizyonel herni nedeniyle toplam olarak 8 kez geçirilmiş ameliyat öyküsü bulunan 49 yaşındaki kadın hastaya morbid obezite ve dev insizyonel herni tanılarıyla gastrik by-pass ve eş zamanlı biyolojik mesh ile fıtık tamiri ameliyatı yapıldı. Ameliyat sonrası hasta yedinci gün sorunsuz taburcu edildi. Dokuz aylık takip süresince hastada nüks veya mesh komplikasyonu görülmedi. Büyük karın fıtığı olan morbid obezite gibi yüksek riskli hastalarda biyolojik mesh ile fıtık tamiri güvenle uygulanabilecek bir seçenektir.

POSTER

P44

Acil ve Elektif Koşullarda Ameliyat Edilen Olgularda Fıtık Özelliklerinin Karşılaştırması

Mahmut Fikret Gürsel, Murat Çan, Hüseyin Koray Topgül, [Zafer Malazgirt](#)
Medical Park Samsun Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Samsun

Kasık fıtıklarında inkarserasyon veya strangülasyon riskini artıran faktörler tanımlanmış; ancak fasya defekti genişliği ve fıtık kesesi hacmi gibi fıtığa ait alt özellikler araştırılmamıştır (1). Bu tek merkezli retrospektif klinik değerlendirmede, elektif ve acil koşullarda ameliyat ettiğimiz olgulardaki kasık fıtığı özelliklerini karşılaştırdık; fıtık alt tipleri ile acil cerrahi girişim gereği arasındaki ilişkiyi irdeledik.

Çalışmamızı, son iki yıl içinde ameliyat ettiğimiz 186 hastanın 172'sinde yürüttük. Bunlardan, 145'ine elektif ve 27'sine ise inkarserasyon-strangülasyon nedeniyle acil redüksiyon uyguladık.

Zollinger'in "birleştirilmiş kasık fıtığı sınıflaması" uyarınca çalışmada yer alan fıtıkları; bir yandan indirekt, direkt ve femoral fıtıklar olarak sınıflarken, defekt çapı ve kese büyüklüğü yönünden onları küçük, orta ve büyük fıtıklar olarak alt gruplara ayırdık (2).

Elektif ameliyatlı 145 olgunun üçte ikisinde (%70) indirekt fıtıklar vardı. Acil ameliyata aldığımız 27 olguda indirekt fıtık oranı yarının altındaydı; buna karşılık femoral fıtıkların yüzdesi %4'ten %22'ye yükselmişti ($p<0.05$). Acil gruptaki 11 indirekt fıtığın 10'u geniş boyunlu büyük skrotal fıtıklardı ($p<0.05$).

Çalışmamızı 145 erkek olguya indirgediğimizde, elektif gruptaki fıtıkların dörtte üçünün indirekt (%78) tipte ve orta büyüklükte skrotuma inmeyen yapıda olduklarını gözlemledik. Acil ameliyat ettiğimiz erkeklerde ise inkarsere indirekt fıtıkların %90'ı dev skrotal fıtıklardı ($p<0.05$). Acil grup erkeklerde büyük keseli direkt fıtıkların oranı da yüksekti (%63). 60 yaşından büyük erkeklerde büyük skrotal fıtıkların sıklığı her iki grupta da artmıştı. Toplam 27 kadın olgumuzda elektif fıtıkların yarısı direkt, acil 7 olgunun dördü ise femoral fıtıklardı.

Bu çalışma, acil ameliyat gerektiren kasık fıtıklarının öncelikle geniş boyunlu büyük skrotal fıtıklar ile femoral fıtıklar olduğunu işaret etmiştir. Bunlardan skrotal olanlar erkeklerde, femoral olanlar ise kadınlarda daha ön plandadır. Erkeklerde yaşla birlikte fıtık hacimlerinin büyüdüğü, keseleşen fıtıkların da daha sıklıkla acil durum yarattığı kanısına vardık.

P45

Kasık Fıtığı Onarımlarından Sonra Hastanede Uzun Yatışa Yol Açan Etkenlerin Retrospektif Değerlendirmesi

Murat Çan¹, Mahmut Fikret Gürsel¹, Emine Çan², Hüseyin Koray Topgül¹, Zafer Malazgirt¹

¹Medical Park Samsun Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Samsun

²Samsun İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Samsun

Günümüzde, kasık fıtığı onarımı yapılan olgular aynı gün veya ertesi gün taburcu edilmektedir. Fıtık onarımından sonra hastanın hastanede iki gün veya daha uzun süreyle yatması, özel nedenler dışında, genellikle beklenen bir durum değildir. Hastanede uzun yatış süresine yol açan; fıtığa, cerrahi tekniğe ve hastaya ait çeşitli faktörler tanımlanmıştır. Bu retrospektif klinik çalışmada, kliniğimizde son iki yıl içinde kasık fıtığı nedeniyle elektif ve acil koşullarda ameliyat ettiğimiz hastalarda taburcu sürelerini taradık. Ameliyatın ertesi günü sabahı taburcu etme uygulamamızın dışına çıkan iki gün ve daha uzun süreyle yatırdığımız olgulardaki muhtemel etkenleri inceledik.

Çalışmada yer alan 172 olgudan 130'u standart olarak ertesi sabah taburcu oldu. Toplam 42 olgu (%24) ise iki gün veya daha uzun süreyle hastanede kaldı (1-8 gün) (ortalama 1.47 gün). Bu gruptaki 26 hasta (%15) iki gün, geriye kalan 16 hasta (%9) ise üç gün ve daha uzun süre yatırıldı.

Geç taburcu olan grupta hastaların %45'i 60 yaş ve üzerindedir (22-84, ortalama 58 yıl). Erken taburcu olanlarda ise bu oran %38'dir. Geç taburcu olan olguların %33'ünde BMI 35'in üzerindedir. Bu gruptaki olguların %31'i inkarasyon-strangülasyon nedeniyle acil ameliyat edilmiştir. Bu oran erken taburcularda %11'dir (p<0.05). Geç taburcu olanlarda fıtıkların %14'ü çift taraflı (p>0.05) ve %45'i zor fıtıklardır (p<0.05). Bu hastaların %40'ında ek hastalıklar vardı. Yatış süresi uzun olguların %40'ında ek cerrahi işlemler yapılmıştır. Erken taburcu olanlarda ise ek ameliyat yoktu (p<0.05). Hastaneye uzak ve ulaşımı zor bir yörede oturanlarda yatış süresi daha uzundu (p<0.05).

Yayınlarında acil ameliyat edilen ve rezeksiyon uygulanan kasık fıtığı olgularında yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir. Aynı şekilde, fıtık ameliyatının başka ameliyatlara birleştirilmesi de yatış süresini uzatmaktadır. Hastanın hastaneye uzak oturması, farklı cerrahi disiplinlerde de, hastanede kalış süresini uzatıcı etki yapmaktadır.

POSTER

P46

Intraabdominal Sepsisli Olgumuza Bogota Bag ve Dual Mesh Uygulaması Sonucumuz

Yüksel Altınel¹, Canan Yıldırım², Çağlar Yıldırım³, Kadri Güleşçi⁴

¹Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi-Genel Cerrahi

²Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi-Acil Tıp

³Ordu Devlet Hastanesi-Genel Cerrahi

⁴Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi-Radyoloji

Karın içi enfeksiyonları; karın içi abse, primer, sekonder ve tersiyer peritonit sebebiyle oluşur. Tedavi edilmezse sepsisle sonuçlanan morbidite ve mortalitesi yüksek bir cerrahi hastalıktır. Peritonitte enfeksiyon ve kontaminasyonun azaltılması için yapılan cerrahi tedavide peritoneal debridman, sürekli peritoneal lavaj, planlı relaparotomi, açık karın veya geçici abdominal kapama ya da bu yöntemler birlikte kullanılmaktadır.

76 yaşında bayan hasta, opere tiroid ca, meme ca, over ca, gecirilmiş SVO öyküsü ve insizyonel hernisi olan hasta hiponatremi, hipopotasemi ve 38 °C ateş olması üzerine antibiyoterapisi düzenlenen hasta batından purulan mayı gelmesi üzerine çekilen abdomen BT de; epigastrik bölgede batın ön duvarında orta hatta defekten cilt altına herniye omentum kesesi, pelvik alanda yağ planları arasında dansite artışı, ciltaltı hava dansitesi izlendi. Intraabdominal apse?, sepsis ön tanısıyla operasyona alındı.

Omentum, periton, faysa nekroz, loküle insizyonel herni ve fitik kesesi içinde apse, barsakların pelvis bölgesi, sol alt kadrana gato yaptığı (olası gecikmiş perforasyon?) saptandı. Batın içi lavaj, debridman ve BOGOTO BAG uygulandı. Postoperatif dönemde yoğun bakımda entube takip edildi. Postop 1. günde VF gelişti ve cardioversiyon uygulanarak medikal tedavi ile durumu düzeldi. Postoperatif 3. ve 5. günlerde yoğunbakımda yara debridmanı uygulandı. Postop 6. günde e PTFE kaplı, DUAL mesh uygulandı ve mesh üzeri 4 adet hemovak-koruklu dren yerleştirildi. Postop 13./7. ve 16./10. günlerde drenleri çekildi. Postop 10./4. günlerinde klinik takiplerinde plevral efüzyon, pnomonia gelişti. Kan kültüründe MRSA, Acinetobacter baumannii üremesi olan hasta medikal tedavisi düzenlenen ve oral alımı başlanan hasta postop 17./11. günlerinde aniden arrest olması üzerine entube edildi. Postop 23./17. günde exitus gerçekleşti. Intraabdominal sepsis olan vakamızda, karın içi enfeksiyonlarının kontrolünde birçok cerrahi yöntemlerden biri olan Bogota Bag iyi bir alternatif olarak uygulandı. Faysa debridmanı uygulanan hastada, buna uygun olarak batın kapatılmasında e PTFE materyali içeren, DUAL mesh kullanıldı. Faysa defektini geniş olan birçok hastada batın kapamada kullanılabilecek yeni biyolojik meshlerden alternatif baksa ne olabilirdi?

V01**Dev Ventral Hernilerde Konvansiyonel ve Endoskopik Komponent Seperasyon Yöntemlerinin Karşılaştırılması**

Mehmet Fatih Can, Yaşar Subutay Peker, Ümit Alakuş, Sezai Demirbaş, Sadettin Çetiner

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara

GİRİŞ:

Dev ventral herniler, mesh kullanılmasına rağmen doğası gereği tamiri zor kompleks hernilerdir. Komponent seperasyon (KS) yöntemi, klasik mesh herniorafilere göre rektus kaslarının orta hatta birleştirilmesi sayesinde, kasılabilen fizyolojik abdominal ön duvara yakın bir ventral rekonstrüksiyon sağlar.

AMAÇLAR:

Bu çalışmada, konvansiyonel component seperasyon (KKS) ile endoskopik component seperasyon (EKS) yöntemlerinin karşılaştırmalı olarak analizini paylaşmayı hedefledik.

Teknik Anlatım:

Hem KKS hem de EKS yöntemlerinde başlangıç, her iki rektus kasının medial kenarlarının rektus kılıfları ile birlikte disseke edilerek ortaya konması ile yapılır. Defekt etrafındaki intestinal yapışıklıklar düşürülür. KKS'da rektus kaslarını lateralden serbestlemek amacıyla, lateral abdominal kas yapılarına ulaşabilmek için daha sonra cerrahi alan ilişkili komplikasyonlara neden olabilecek dev lipokutanöz flepler ve altında da dev potansiyel boşluklar oluşturulur. Bu nedenle bizim modifikasyonumuzda (MKKS); her iki tarafta en az ikişer lipodermal flep perforatör damarının korunması, cerrahi alan ilişkili komplikasyon riskini azaltmaktadır. EKS yönteminde, medial rektus kasının ve kılıfının oluşturduğu flepler, 4cm'den büyük değildirler. Rektus kasının lateralinden üçer trokar girişi ile öncelikle eksternal-internal oblik kasların arasından pnömotik disseksiyon tamamlanır ve sonrasında eksternal oblik kasın aponevrozu disseke edilerek rektus kası mediale serbestlenir. Tekniğin başarısındaki anahtar nokta, tekniğe uygun olarak yerleştirilmiş trokarlardır. Her iki lateralden 8-10'ar cm rektus kasının medialize olması hedeflenir. EKS yönteminde geniş lipokutanöz flepler oluşturulmadığı için, ventral duvar rekonstrüksiyonunda perforatör damarların korunması söz konusu değildir.

SONUÇ:

Analizimiz sonucunda, KKS ve EKS yöntemlerinin her ikisinin de kompleks dev ventral herni tamirinde birbirine alternatif değerli teknikler olduklarını düşünmekteyiz.

VİDEO

V02

TAPP nüksünün TEP ile onarımı: 3 olgu sunumu

Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri²

¹İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., İstanbul

²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, İstanbul

METHOD:

Burada sağ kasık fıtığı nedeniyle daha önce açık önden yaklaşımla onarım, yinelemesi üzerine daha sonra TAPP ile onarım yapılan ve tekrar yineleyen hastayı TEP ile onardık. Hasta 54 yaşında erkek ve VKİ 28 kg/m²'ydi. Hastanın geliş şikayeti sağ kasığında ağrıydı. Fizik muayenede sağ kasıkta küçük bir dolgunluk hissedildi. Ultrason incelemesinde; femoral kanala uzanım gösteren preperitoneal alanda kitle saptandı.

SONUÇLAR:

Göbekten 10 mm, göbek-pubis arası orta hattan eşit aralıklarla iki adet 5 mm trokar ile ameliyat gerçekleştirildi. 30 derece, 10 mm teleskop kullanıldı. Ameliyat sorunsuz olarak 162 dakikada tamamlandı. Balon trokar ile preperitoneal boşluk kolayca açıldı. İncelemede; yamanın büzüşerek kitle yaptığı (meşoma), etraf yumuşak dokulara sert yapışıklıklar yaptığı ve femoral kanala doğru uzandığı görüldü. Yamanın hemen hemen tamamı 3 parça halinde çıkartıldı. Daha sonra titanyum kaplı hafif bir yama ile (Ti-mesh) tamir gerçekleştirildi. Hasta bir gün sonra sorunsuz olarak taburcu edildi.

TARTIŞMA:

TEP yöntemi, yinelemiş kasık fıtıklarında seçkin bir yöntem olup, düşük morbidite ile yapılabilmektedir. Ameliyat süresi uzun olmasına rağmen, yinelemiş kasık fıtıklarının laparoskopik onarımı üst düzeyde deneyim gerektirmektedir.

V03

Laparoskopik İnsizyonel Fitik Tamiri: Video Teknik Sunum

Aziz Sümer¹, Ediz Altınlı²

¹Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

AMAÇ: Laparotomi sonrası uzun dönemde insizyonel fitik en sık görülen komplikasyonlardan birisidir. İnsizyonel fitiklerin onarım sonrası nüks oranı %25-%49 arasında değişir. Son 25 yıldır laparoskopik teknik ve tecrübenin artması ile minimal invaziv yöntemler genel cerrahide uygulanan klasik cerrahiye önemli bir alternatif olmuştur. Bu çalışmanın amacı; laparoskopik yöntemle tedavi ettiğimiz insizyonel fitikli olgularımızı sunmaktır.

GEREÇ-

YÖNTEM: 2006-2012 yılları arasında insizyonel herni nedeniyle laparoskopik yöntemle tedavi ettiğimiz 39 olguyu sunmak istedik.

BULGULAR: 39 olgunun 22'si kadın 17'si erkek olup yaş ortalaması 44 yıldır (39-78). Olguların önceki operasyonları incelendiğinde; subtotal gastrektomi, kolektomi, sectio, eksploratris laparotomi, açık kolesistektomi ve nefrektomi nedeniyle operasyon geçirdikleri tespit edildi. Olguların tümüne laparoskopik intraperitoneal mesh ile tamir uygulandı. Ortalama operasyon süresi 86 dk (40-125) olarak tespit edildi. Hastanede kalış süresi ortalama 2 gündür (2-5 gün). Olguların hiç birisinde intraoperatif komplikasyon saptanmadı. Lombotomi insizyonu nedeniyle opere edilen bir olgumuzda postoperatif relaparoskopi ile seroma boşaltıldı.

SONUÇ: İnsizyonel fitiklerin onarım sonrası nüks oranı %25-%49 arasındadır. Açık cerrahide mesh kullanımı ile bu oran düşüş göstermesine rağmen, geniş doku disseksiyonuna bağlı olarak kanama, seroma, yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlar da artış görülmektedir. Laparoskopik ventral-insizyonel fitik tamirinde, ameliyat sonrası ağrı ve komplikasyon oranı az, hastanede kalış süresi kısadır. Ventral-insizyonel fitik tedavisinde laparoskopik yöntem güvenli bir yöntemdir.

VİDEO

V04

Açık hiatal herni onarımı sonrasında nüks hiatal herni ve karın ön duvarı fıtığının laparoskopik onarımı

Haydar Celasun¹, Şerife Şimşek², Ahmet Gökhan Türkçapar³

¹Haydar Celasun,Kavaklıdere Umut Hastanesi,Ankara,

²Şerife Şimşek,Bariatrik Cerrahi ve İleri Laparoskopik Merkezi,İstanbul

³Ahmet Gökhan Türkçapar,Ankara Üniversitesi Genel Cerrahi ABD,Ankara

Altmış beş yaşında kadın hastaya 1.5 yıldır ağza acı su gelmesi, yanma ve epigastrik ağrı şikayetleri ile yapılan endoskopide sliding hiatal herni tesbit edilmiş. Bir dış merkezde laparoskopik başlanıp açığa dönülen ameliyatla sliding hiatal herni onarımı ve fundoplikasyon ameliyatı yapılmış. Ameliyat sonrası 3. ayda hastanın pirozis ve regürjitasyon şikayetleri tekrar etmiş. Geceleri öksürük nöbetleri ve aspirasyonlarla birlikte sık uyanmaları başlamış. Tekrarlanan endoskopisinde nüks sliding hiatal herni ve fizik muayenesinde önceki ameliyatına ait median karın kesisinde tamamen evantrasyonla uyumlu insizyonel herni saptandı. Hastaya aynı seansta laparoskopik olarak bridektomi, meshli sliding hiatal herni onarımı ile laparoskopik insizyonel herni onarımı yapıldı. Problemi olmayan hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi ve komplikasyonsuz olarak izlendi.

Daha önce açık ameliyatla operasyon yapılan hastalarda yeterli tecrübeye sahip ileri laparoskopik merkezlerinde; operasyonlara laparoskopik olarak başlanması ve mümkün olduğu takdirde laparoskopik olarak tamamlanması ana hedef olmalıdır.

Daha önce açık operasyonla yapılmış nüks hiatal hernilerde tecrübeli merkezlerde re-do cerrahisinin laparoskopik olarak tamamlanabileceğine dair bir örnek oluşturması açısından bu vakayı sunduk.

V05

Monofilament Polyester Mesh ile Laparoskopik inlay Parastomal Herni Onarımı

Salih Tosun, Salih Bölük, Hakan Baysal, Haydar Yalman, Sümeyra Emine Bölük, Barış Bayraktar, İbrahim Ali Özemir, Günay Uluç, Ender Anılır, Adem Aslan, Ferman Tevfik Özyalvaç, Tuğrul Özdemir
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araşt.Hast.Genel Cerrahi A:B:D:

Ostomi sonrası parastomal herni gelişimi sık görülen bir antitedir. Bununla birlikte; erken kapatılan koruyucu ostomiler, araya giren uzun onkolojik tedaviler, hastaların bu olayı bir hastalık olarak görmemesi v.b. nedenlerden dolayı cerrahi tedavi sık yapılmamakta, bu yüzden büyük serilerde hasta değerlendirilmelerine rastlanılmamaktadır. Bu uğraştırıcı ve sonuçları yüzgüldürücü olmayan herni tedavisinde laparoskopik inlay mesh onarımı umut verici bulgular ortaya koymaktadır. Laparoskopik onarımda açık onarıma kıyasla ortalama operasyon süresi daha uzun olmakla beraber; hastane kalış süresi daha kısa, komplikasyon oranı daha az ve rekürrens daha az gibi görünmektedir.

Laparoskopik intra peritoneal onarımda Sugarbaker yöntemi ve keyhole (anahatar deliği) yöntemi ön plana çıkmaktadır. Sugarbaker yönteminde rekürrens oranı daha düşük izlenmekle birlikte; bazı ostominin batın duvarına gergin asıldığı olgularda; mesh boyutunun arttığı, ostomi segmentinin aşırı geniş olduğu olgularda; küçük batın boşluğu sebebiyle geniş mesh uygulamasının teknik olarak zor olduğu olgularda; daha küçük mesh ve daha az tespit materyali kullanımıyla maliyetin azaltılması gibi sebeplerle keyhole onarım tercih sebebi olabilir. Ayrıca Sugarbaker yönteminde meshin ostomi segmentinin intraperitoneal kısmına olası basısı sebebiyle deşarj problemlerinin olabilmesi ve aşırı mobilite edilmiş barsak segmentinde meydana gelebilecek dirseklenme, böyle olgularda keyhole yönteminin ön plana alınmasına sebep olabilir.

Sunumunu yaptığımız olguda biz bir yüzü adezyon önleyici ve absorbe olabilen ince film kaplı monofilament polyester mesh (parietex) kullandık. Bu materyalin avantajı hidrofilik olması ve bu sayede penetrasyonun ve doku uyumunun daha iyi olmasıydı. Teknik olarak da avantajı diğer meshlere göre daha yumuşak ve bükülebilir olması sebebiyle 10 mm lik porttan rahat geçmesi ve batın içinde maniple edilebilmesiydi. Bu olguda herni kesesinin küçük olması, ostomi segmentinin batına gergin asılmış olması ve batın genişleme kapasitesinin düşük olması, bizi küçük boyutlu mesh kullanımına (15cm çaplı) ve keyhole yöntemiyle onarıma itmişti.

Sonuç olarak laparoskopik parastomal herni cerrahisinin, uzun dönem sonuçları henüz net olmamakla birlikte, düşük komplikasyon yüzdesi, düşük rekürrens oranları ve yüksek hasta konforu düşünülerek başarılı ve güvenli bir yöntem olarak öncelikli tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

VİDEO

V06

Laparoskopik TEP Tekniği İle Kasık Fıtığı Tamirinde 3 Boyutlu mesh Uygulaması:Video Teknik Sunum

Ediz Altınlı¹, [Halil İbrahim Sertel](#)², Fuat Hızlı²

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı,İstanbul

²Florence Nightingale Kadıköy Hastanesi,İstanbul

3 boyutlu mesler titiz ve dikkatli araştırmalardan sonra kasık bölgesinin anatomisine uygun olarak yapılmış yamalardır.Bu özel ürünle laparoskopik fıtık cerrahisindeki belli yama yerleştirme zorlukları aşılmıştır.medial tarafı işaretlenmiş ve anatomik olarak kasık bölgesine uygun yuvarlatılmış yama, standart yamalara kıyasla daha hızlı ve güvenli yerleştirilmektedir.

Birbirlerinde yeterince ayrı porlu ve monofilaman polipropilen bazlı 3 boyutlu yamalar (Bard,3D MaxMesh) multiflaman polyester bazlı yamalar ile kıyaslandığında bakteri yapışmasını engellemektedir.Yapılan çalışmalarda nüksler %1 olup post operatif dönemde nevraljiye rastlanılmamıştır.

Yapılacak olan video teknik sunumda,Laparoskopik TEP tekniğinde, bölgenin diseksiyonu, yamanın konulması ve fiksasyon gerektirip gerektirmediği tartışılacaktır.

V07

Başarısız Antireflü Cerrahinin Laparoskopik Revizyonu

Fahrettin Acar, Hüseyin Yılmaz, Hüsnü Alptekin, Mehmet Ertuğrul Kafalı, Mustafa Şahin
Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Gastro-özofajial reflü hastalığının tedavisi için, % 90-95 başarı oranı ile Laparoskopik Nissen en sık gerçekleştirilen antireflü prosedürü haline gelmiştir. Reflüye ait kalıcı veya yeni belirtilerin varlığında, cerrahi başarısızlığa ait nedenler endoskopik ve radyolojik çalışmalar ile tespit edilebilir. Bu çalışmada; laparoskopik fundoplikasyon sonrası başarısızlık mekanizmalarını değerlendirmeyi ve laparoskopik revizyona ait sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Kasım 2009 ile Ocak 2013 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fak. Genel Cerrahi kliniğinde, başarısız antireflü cerrahi geçirmiş ve laparoskopik revizyon yapılan 14 hastanın preoperatif ve postoperatif sonuçları retrospektif incelendi.

BULGULAR

Revizyon yapılan 14 hastanın 9'u kadın, 7'si erkek ve ortalama yaş 45,2 idi. Revizyon öncesi şikayetler; 8 hastada mide ekşimesi ve retrosternal yanma, 4'ünde yutma güçlüğü ve 2 'sinde her iki şikayeti mevcuttu. Ameliyat öncesi endoskopik ve radyolojik değerlendirmede; 7 hastada özofajit + hiatus fıtığı, 4'ünde hiatal fıtık olmadan özofajit, 2'sinde darlık ve 1 hastada motilite bozukluğu tespit edildi. Ameliyat esnasında 7 hastada hiatal fıtık+fundoplikasyonun yer değiştirmesi, 4 hastada plikasyon açılması, 2 hastada sıkı kruroplasti, 2 hastada sadece hiatal fıtık izlendi. 7 hastada revizyon; yama ile hiatal fıtığın onarımı+ Nissen Fundoplikasyon ve diğer 7 hastada kruroplasi+ Nissen Fundoplikasyon işlemi laparoskopik olarak tamamlandı ve açığa geçilmedi. İntraoperatif ve ameliyat sonrası erken dönemde komplikasyon gelişmedi. Ort hastanede kalış süresi; 2,5 gün ve takip süresi; 16,5 ay (3-39) idi. Geç dönem takiplerinde 2 hastada geçici disfaji ve 2 hastada gaz-şişkinlik sendromu izlendi ne medikal tedavi uygulandı.

SONUÇ

Antireflü cerrahi sonrası başarı-sızlık sorunu, antireflü ve redo cerrahisinde uzmanlaşmış deneyimli eller tarafından yapıldığında yüksek başarı oranları ile tedavi edilebileceğini söyleyebiliriz.

VİDEO

V08

Tek port transumbilikal laparoskopik transabdominal preperitoneal (TAPP) kasık fıtığı onarımı; Tek merkezli erken sonuçlarımız

Hüseyin Yılmaz, [Fahrettin Acar](#), Hüsnü Alptekin, Mustafa Şahin
Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ

Kasık fıtığının transabdominal preperitoneal yolla laparoskopik onarımı, genellikle 3 port kullanılarak yapılmaktadır. Bu çalışmada, konvansiyonel enstrumanlar eşliğinde, transumbilikal tek port kullanılarak transabdominal preperitoneal kasık fıtığı onarımı yapılan hastaların erken sonuçlarını sunmayı amaçladık.

YÖNTEM VE GEREÇLER

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde Kasım 2011 ile Ocak 2013 tarihleri arasında tek port transumbilikal laparoskopik transabdominal preperitoneal kasık fıtığı onarımı uygulanan 20 hastanın demografik bulguları, her ni tipi, hastanede kalış süreleri, intraoperatifoperatif ve postoperatif komplikasyonları geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR

Transumbilikal tek port ile transabdominal preperitoneal kasık fıtığı onarımı, 20 hastada (15 erkek ve 5 kadın; 12 indirek, 4 nüks ve 4 iki taraflı fıtık, ortalama yaş; 52,4 y, ortalama vücut kitle indeksi; 26,5 kg/m²) başarıyla uygulandı. Hiçbir hastada intraoperatif ve postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmedi ve konvansiyonel 3 portlu klasik TAPP onarıma ya da açık cerrahi ile onarıma geçilmedi. Ortalama ameliyat süresi; 56,6 dakika ve ort. hastanede kalış süresi; 2,1 gündü. Ortalam takip süresi; 8,4 ay (2-14) ve nüks izlenmedi.

SONUÇ

Tek port transumbilikal laparoskopik transabdominal preperitoneal kasık fıtığı onarımı, teknik olarak uygulanabilir, kozmetik avantajları olan ve seçilmiş olgularda güvenli bir yöntemdir. Ancak, maliyet ve uzun dönem nüks açısından diğer cerrahi yöntemlerle karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır.

V09**Yamasız Dev Hiatal Herni Onarımı Yapılabilir mi? Neden Olmasın!**

Emin Ersoy, Mehmet Eren Yüksel, Kamil Quluzade, Mircelil Seyidov
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Dev hiatal herni tanım olarak midenin en az %30'unun toraksa herniye olduğunu ifade eder. Dev hiatal herni onarımında laparoskopik yaklaşım günümüzde tercih edilen yöntemdir. Dev hiatal herni onarımında laparoskopik yaklaşımla yama kullanmaksızın da başarılı sonuçlar elde edilmektedir.

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı bünyesinde yapılan yamasız laparoskopik dev hiatal herni onarımı video sunum eşliğinde tartışılacaktır.

VİDEO

V10

Laparoskopik Spiegel fıtlığı tamiri

Fatih Can Karaca, Deniz Atasoy, Özlem Akça, Nimet Süslü, Seher Özkan, Mehmet Dinç, Selin Kapan
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniğı, İstanbul

OLGU: Altmış yaşında, VKİ 40.5 olan, yaklaşık iki yıldır karın ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvuran hastanın, fizik muayenesinde sol alt kadranda ele gelen kitle palpe edildi. Özgeçmişinde 20 yıldır hipertansiyon tedavisi aldığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik saptanmadı. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda rapor edildi. Yapılan görüntüleme tetkiklerinde karın usg de özellik saptanmadı. Karın bilgisayarlı tomografisinde umblikusta iki cm lik fasyal defekt dışında özellik saptanmadı. Hastaya diagnostik laparoskopi ve dual yama ile spiegel herniorafi ameliyatı uygulandı. Kamera portu epigastrik bölgeden Hasson tekniğı ile girildi. İlaveten iki adet beş milimetrelik trokar sağ ön aksiler hat üzerinden karına girildi. Preperitoneal yağ dokusunun spiegel apenovrozundan fıtlıklaştığı gözleendi. Çift katlı polipropilen yama dört kenarından endoklose yardımıyla transabdominal olarak prolen dikiş ile tespit edildi. Yama kenarları absorba tack ile birer santim ara ile tespit edildi. Hasta post op birinci gün taburcu edildi. Hasta sorsuz olarak iki aydır takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Spiegel hernisi ilk defa 17.yüzyılda Belçikalı anatomist Adriaan van der Spieghel tarafından tanımlanmıştır. Üstte arkuat ligaman medialde rektus kası laterali ve lateralde semilunar çizgi arasında bulunan spiegel apenovrozundaki defektler nedeniyle oluşmaktadır. Doğumsal veya kazanılmış olabilir. Tüm karın duvarı fıtlıklarının % 1-2 sini oluşturmaktadır. İlk laparoskopik tamir 1992 yılında Carter ve Mizes tarafından uygulandı. Günümüze kadar çeşitli ameliyat yöntemleri (sütür,İPOM,TAPP,TEP) tarif edilmiştir. Laparoskopik sütür ile tamir çok küçük fıtlıklarda önerilmiştir. En sık uygulanan yöntem bizim vakamızda da uyguladığımız İPOM tekniğıdir.Laporaskopik yaklaşımın açık yaklaşım kadar güvenli ve efektif olup olmadığı tartışmalıdır.Laporaskopik yöntemin avantajı ameliyat sırasında tüm karın içi explorasyona olanak vermesi ve senkron patoloji varlığında aynı seansta tedavi olanağı sunmasıdır.

V11**Laparoskopik Morgagni Herni Tamiri (Olgu Sunumu)**

Taner Yiğit¹, Bülent Öztürk², Yavuz Poyrazoğlu², Ali Harlak¹, Öner Mentem¹, Orhan Kozak¹

¹GATA Genel Cerrahi AD, Ankara

²Mevki Askeri Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ankara

Morgagni hernisi (MH) diafragmatik herniler içinde oldukça nadir görülen bir formdur. Diafragmatik hernilerin %2-3 kadarını oluştururlar.(1) Asemptomatik vakaların yanında, semptom veren vakalar genelde herniye intestinal organlardan kaynaklanan abdominal ağrı ve respiratuar sistem bulguları ile başvururlar. Herni kesesi içine genelde omentum, mide ve ince barsaklar herniye olurlar. Tedavi konusunda son literatür verileri laparoskopik onarımın yararını ve uygulanabilirliğini vurgulamaktadırlar. Bu vaka sunumunda solunum sistemi bulguları ile başvurup Morgagni Hernisi tanısı alan 22 yaşında erkek hastanın laparoskopik tedavisini sunmaktayız.

VIDEO

V12

Laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu; Nasıl Yapalım?: Video Teknik Sunum

Ediz Altınlı¹, Aziz Sümer²

¹İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

²Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD

Giriş

Çalışmamızın amacı; laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uyguladığımız hastalarda tekniğimizi ve deneyimimizi video teknik sunumu yaparak meslektaşlarımızla paylaşmaktır.

Materyal-Metot

2004-2012 yılları arasında 156 laparoskopik Nissen Fundoplikasyonu ameliyatı gerçekleştirdik. 2009 yılından beri GERH düşündüğümüz tüm hastalarımıza 24 saatlik pH metre, hiatal herni nedeniyle tedavi ettiğimiz olguların %60'na, GERH olan olguların %78 ine özafajiyal monometri testleri uyguladık. Karaciğer sol lob retraksiyonu amacı ile Alitson, diamond flex ve kazayağı ekartörleri kullandık. Nüks hiatal herni nedeniyle re-opere ettiğimiz olguların tümüne yama kullandık.

Bulgular

Çalışmaya alınan olguların 92'si erkek, 64 kadın olup yaş ortalaması 43 yıl olarak saptandı. 82 olguya GERH, 58 olguya hiatal herni, 16 olguya nüks hiatal herni nedeniyle laparoskopik Nissen fundoplikasyonu uygulandı. Nüks olgulardan biri tarafımızca ilk ameliyatı yapılan olgu hiatal herni nedeniyle meshsiz ameliyat edilmişti. Diğer 15 nüks olgu hiatal herni nedeniyle başka merkezlerde ameliyat edilmiş olgulardı. İlk ameliyatlarda ameliyat süreleri ortalama 67 dakika iken, re-do olgularda ortalama 105 dakika olarak tespit edildi. Hastanede ortalama kalış süresi 3 gün (1-5 gün arası) olarak tespit edildi. Re-do olan olguların hepsine mesh ile krurorafı uygulandı. Re-do olan olguların dokuzunda, primer opere olan olguların 1'inde plevra açıldı. ALT ve AST düzeyleri karaciğer sol lob ekartasyonu amacıyla Alitson ekartörü kullanılan olgularda daha yüksek bulundu ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Mesh kullandığımız olgularda uzun dönem takiplerinde nüks saptanmadı. Stür krurorafı yapılan bazı olgularda yutma güçlüğü saptandı ancak endoskopik olarak belirgin bir darlık tespit edilemedi. Tüm olgularımızda kısa ve uzun dönemde aşırı derecede flatüs şikayeti mevcuttu.

Sonuç

Laparoskopik Nissen fundoplikasyonu hiatal herni ve GERH tedavisinde altın standart bir yöntemdir. Re-do vakalarda plevra açılması ve pnömotoraks daha sık görülmektedir, ancak konservatif tedavi ile düzelmektedir. Re-do vakalarda mesh kullanımı ile nüks oranlarının daha az olduğu görülmektedir.

V13**Laparoskopik tekport (STEP) kasık fıtığı onarımı deneyimlerimiz.**

Metin Ertem¹, Hakan Gök², Emel Özveri²

¹İstanbul Üni. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., İstanbul

²Acıbadem Kozyatağı Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ:

Tekport laparoskopik cerrahi, son yıllarda oldukça popülerite kazanmıştır. Tekport yaklaşımı ilk defa TEP tekniğinde (STEP) uygulandıktan sonra, tüm dünyadan deneyimli cerrahlar tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışma STEP tekniğinin sonuçlarını ortaya koymak için yapılmıştır.

METHOD:

Mart 2012 - Aralık 2012 tarihleri arasında 35 hastaya STEP ile kasık fıtığı onarımı yapılmıştır. Hastalar genel anestezi altında, modifiye edilmiş tekport aleti ve standart el aletleri ile ameliyat edilmişlerdir. Demografik ve klinik verileri, ameliyat esnasındaki bulgular ve ameliyat sonrası durumları kayıt altına alınmıştır.

SONUÇLAR:

35 hastanın 31'i erkek, 5'i kadın olup ortalama yaşları 48.4'dü. 35 hastada 43 fıtık onarımı yapılmıştır. VKİ'leri 26 kg/m² (21-31). Tüm hastalar, STEP ile başarılı bir şekilde onarılmıştır. Ortalama ameliyat süreleri, tek taraflı ve iki taraflı fıtıklar için sırasıyla 37,3 dakika (23-47) ve 53,7 dakika (41-92), bulundu. Hiç bir hastada ameliyat esnasında ve sonrasında komplikasyon görülmedi. Hastalar ameliyat sonrası 1. gün taburcu edildiler

TARTIŞMA:

STEP tekniği, güvenilir ve kabul edilebilir bir tekniktir. Göbekten yapılan kesi, oldukça iyi kozmetik sonuç vermektedir. Tüm bakılan parametrelerde, konvansiyonel TEP tekniği ile karşılaştırılabilir sonuçlar elde edilmiştir. Karşılaştırma için prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

VIDEO

V14

TEP Sonrası NUKS Fıtığın TAPP ile Onarımı

Hakan Akıncı, Mehmet Tekinel
Surgimed Clinic Fulya, İstanbul

Laparoskopik yöntemle tedavi edilmiş kasık fıtıklarında nüks eden vakalara başarılı laparoskopik cerrahi ile onarım günümüzde genel cerrahinin önemli bir konusudur. Laparoskopik fıtık cerrahisi sonrası nüks oranı %0-4, komplikasyon oranı ise %5-10 arasında değişmektedir (1, 2, 3, 4).

Günümüzde nüks fıtıklara yaklaşımda hangi laparoskopik tekniğin seçilmesi gerektiği henüz kesin değildir. TEP sonrası periton üzerinde skar dokusuyla oluşan yapışıklık tekrar bir posterior yaklaşımı oldukça zorlaştırdığı için pek tercih edilmez. Bu yüzden genelde tercih edilen anterior konvansiyonel yaklaşım ya da laparoskopik TAPP ile onarımdır (5). Literatürde nüks için yapılan tüm cerrahilerde yaklaşık %5'e varan rerekurrens, %30'lara varan komplikasyon oranları bildirilse de, TAPP sonrası 15 yıllık takiplerde dahi rerekurrens görülmeyen seriler mevcuttur (5).

Biz de bir yıl önce TEP yapılan ve nüks eden 52 yaşında erkek, ek hastalığı olmayan ve vücut kitle indeksi 26 olan hastamıza TAPP ile onarımı tercih ettik. Operasyon süresi 50 dakika idi. Ameliyat sonrası herhangi bir komplikasyon görülmedi. Ameliyat sonrası 1. gün hasta taburcu edildi.

Referanslar:

1. Felix E, Scott S, Crafton B, Geis P, Duncan T, Sewell R, McKernan B (1998) Causes of recurrence after laparoscopic hernioplasty. A multicenter study. Surg Endosc 12(3):226-231
2. Langeveld HR, van't Riet M, Weidema WF, Stassen LP, Steyerberg EW, Lange J, Bonjer HJ, Jeekel J (2010) Total extraperitoneal inguinal hernia repair compared with Lichtenstein (the LEVEL-Trial): a randomized controlled trial. Ann Surg 251(5):819-824
3. Leibl BJ, Jäger C, Kraft B, Kraft K, Schwarz J, Ulrich M, Bittner R (2005) Laparoscopic hernia repair—TAPP or/and TEP? Langenbecks Arch Surg 390(2):77-82
4. Tamme C, Scheidbach H, Hampe C, Schneider C, Köckerling F (2003) Totally extraperitoneal endoscopic inguinal hernia repair (TEP). Surg Endosc 17(2):190-195
5. Baukje van den Heuvel, Boudewijn J. Dwars (2012) Repeated laparoscopic treatment of recurrent inguinal hernias after previous posterior repair. Surg Endosc 26(10)

A**ABUOĞLU Hacı Hasan**

P35

P37

P38

P39

ACAR Fahrettin

S16

S18

P07

P08

P09

V07

V08

AĞCAOĞLU Orhan

P40

P43

AKARSU Cevher

S14

AKÇA Özlem

P04

P05

V10

AKGÜN Fatma Nur

S17

AKINCI Hakan

V14

AKSAKAL Nihat

P40

P43

AKYOL Cihangir

S02

S15

ALAKUŞ Ümit

V01

ALİMOĞLU Orhan

S12

S13

P03

P06

P31

ALİŞ Halil

S05

S14

ALPTEKİN Hüsnü

S18

P07

P08

V07

V08

ALTINEL Yüksel

P46

ALTINLI Ediz

S03

S09

P15

V03

V06

V12

ALTUN Hasan

S17

ANILIR Ender

S04

P03

P06

V05

ASLAN Adem

S13

V05

ATAK İbrahim

S12

ATAK Tuba

P06

P31

ATASOY Deniz

S03

P04

P05

V10

AYANAĞLU TAŞ Berna

S17

AYDIN İbrahim

P11

P12

B**BADEMLER Süleyman**

S05

BALLI Şadi

P14

BALTA Ahmet Ziya

S07

BARBAROS Umut

P40

P43

BAŞ Gürhan

S12

BAŞAK Fatih

S12

INDEX

BAŞOĞLU İrfan

P17

BAYRAKTAR Barış

S04

P03

P06

V05

BAYSAL Hakan

S04

S14

P03

P06

P31

V05

BİNBOĞA Sinan

P01

BÖLÜK Salih

S04

S13

V05

BÖLÜK Sümeyra Emine

V05

BOZAY Selim

P26

BOZDAĞ Ali Doğan

P14

BOZKURT Mehmet Abdussamet

S05

BOZKURT Süleyman

S11

BURCU Büşra

P06

P31

BÜYÜKER Fatih

P03

C-Ç

ÇAKMAK Atıl

S02

S15

ÇALIŞIR Akın

P07

CAN Mehmet Fatih

S06

S10

S19

P02

P42

V01

ÇAN Emine

P45

ÇAN Murat

P36

P44

P45

CANBAK Tolga

S12

CELASUN Haydar

V04

ÇELİK Atilla

P01

ÇELİK Hamit Kafkas

S17

ÇELİK Muhammet Ferhat

S14

ÇETİNER Sadettin

V01

ÇİÇEK Ali Fuat

S01

ÇİKOT Murat

P17

ÇİPE Gökhan

S11

COŞKUN Teoman

P26

CÜCÜK Ömer Cenk

P40

D

DABAN Uğraş

P32

DANDİN Özgür

S07

P27

DEMİRBAŞ Sezai

V01

DEMİRKIRAN Ahmet Ender

P14

DEMİROLUK Öznur

S17

DİNÇ Mehtap

P04

P05

V10

DOĞAN Selim

P40

P43

DURAL Ahmet Cem

S14

P17
DURAN Eyüp
P42

E
EKÇİ Baki
P28
EKER Tevfik
S02
S15
EKİNCİ Özgür
S13
P03

ERCAN Gülçin
P01

ERİŞ Cengiz
P35
P37
P38
P39

EROĞLU Ersan
P15

ERPEK Hakan
P14

ERSOY Emin
V09

ERSOY Yeliz Emine
S11

ERSÖZ Nail
S01
P42

ERTEM Metin
S08
V02
V13

EZER Ali
P30

F
FERLENGEZ Ekrem
S11

G
GÖÇER Firdevs İkbal
P06

GÖK Hakan
S08
V02
V13

GÖK İlhan

S05
S14
P17

GÖNENÇ Murat
S05
GÖRÜR Sarp Kaya
P30

GÜLEŞÇİ Kadri
P46
GÜLPINAR Kamil
P41

GÜNAY Emre
P35
P37
P38
P39

GÜREŞ Nazım
P15
P16

GÜRLÜLER Ercüment
P15
P16

GÜRSEL Mahmut Fikret
P36
P44
P45

GÜZEY Deniz
P17

H
HARLAK Ali
P42
V11

HASBAHÇECİ Mustafa
S12

HAZER Batuhan
S07
P27

HIZLI Fuat
V06

İ
İLBAR Rümeyza
P01
İLİKLERDEN Ümit
P16
İSMAYİLOV Ilgar
P13
İSMAYİLOV İlkin

INDEX

S20

K

KABAK İsmail

S12

KADIOĞLU Hüseyin

S11

KAFALI Mehmet Ertuğrul

S18

P08

V07

KALAYCI Mustafa Uygur

S05

S14

KAPAN Selin

S05

S14

P04

P05

P17

V10

KAPLAN Aydın

P32

KARA Eray

P26

KARACA Fatih Can

S03

P04

P05

V10

KARAKAŞ Dursun Özgür

S07

P27

KARİP Aziz Bora

S17

KAYA Yavuz

P26

KEMİK Özgür

S03

P15

P16

KILIÇ Berkay

P40

P43

KOCAAY Akın Fırat

S02

S15

KOCATAŞ Ali

S05

KÖNEŞ Osman

S14

KOZAK Orhan

V11

KURT Aysel

P12

KUŞARSLAN Ramazan

P01

KUTANİŞ Rıza

P01

M

MALAZGİRT Zafer

P36

P44

P45

MEMİŞOĞLU Kemal

S17

MEMMİ Naim

S11

MENTEŞ Öner

P13

V11

MERAL Ulvi Mehmet

S01

MERCAN Selçuk

P40

MÜFTÜOĞLU Munip Ali Tolga

P37

P38

P39

MÜFTÜOĞLU Münip Ali Tolga

P35

MÜSLÜMANOĞLU Mahmut

S11

N

NURSAL Tarık Zafer

P30

O

ODABAŞI Mehmet

P35

P37

P38

P39

OKUDUCU Mehmet

S17

OKUL Oğuz

S07

P27

ONUR Ender

S17

ORMAN Süleyman

P03

Ö**ÖZBİLEN Orhan Gazi**

P32

ÖZDEMİR Hakan

P18

P19

P20

P29

P33

P34

ÖZDEMİR Süleyman

P41

ÖZDEMİR Tuğrul

V05

ÖZDEMİR Yavuz

S07

P27

ÖZEMİR İbrahim Ali

S04

P03

P06

V05

ÖZEN Merve

P30

ÖZERHAN İsmail Hakkı

S06

S10

P42

ÖZİŞ Salih Erpulat

P41

ÖZKAN Erkan

P35

P37

P38

P39

ÖZKAN Seher

P04

P05

V10

ÖZTÜRK Bülent

V11

ÖZTÜRK Olgun

P01

ÖZVERİ Emel

S08

V02

V13

ÖZYALVAÇ Ferman Tevfik

S04

S13

V05

P**PAKSOY Melih**

P21

P22

P23

P24

P25

PALTACI İlhan

P32

PEKER Yaşar Subutay

S01

S06

S10

S19

P02

P13

V01

PEKER Yusuf

S01

S06

S10

S19

P02

P13

PERGEL Ahmet

P11

P12

POYRAZOĞLU Yavuz

V11

Q**QULUZADE Kamil**

V09

S-Ş**ŞAHİN Dursun Ali**

P11

P12

ŞAHİN Mustafa

S16

INDEX

S18

P07

P08

P09

V07

V08

ŞAHİN Nurettin

P17

ŞAHİNER İbrahim Tayfun

P18

P19

P20

P29

P33

P34

ŞAHİNER Yeliz

P29

ŞAKRAK Ömer

S20

ŞANLI KARİP Ceren

S17

SEKMEN Ümit

P21

P22

P23

P24

P25

P35

P37

P38

P39

SENGER Serkan

P15

P16

ŞENOL Metin

P18

P19

P20

P29

P33

P34

SERTEL Halil İbrahim

V06

SEVEN Rıdvan

P40

SEYİDOV Mircelil

V09

ŞİMSEK Serife

V04

ŞİMŞEK Abdurrahman

S19

SOYDER Aykut

P14

SÖZÜBİR Selami

P28

SÜMER Aziz

S03

S09

P15

P16

V03

V12

SÜREK Ahmet

P17

SÜRÜCÜ Gökse

P08

SÜSLÜ Nimet

P04

P05

V10

T

TAŞ Hüseyin

P02

TEKİNEL Mehmet

V14

TEMİZ Muhyittin

P32

TOKTAŞ Osman

P16

TOPGÜL Hüseyin Koray

P44

P45

TOPGÜL Koray

P36

TOSUN Salih

S04

S13

P03

P06

P31

V05

TÜKENMEZ Mustafa

P40

P43

TÜRKÇAPAR Ahmet Gökhan

V04

TÜRKER Fulya
P43
TÜRÜT Hasan
P12

U-Ü

ULUÇ Günay
S04
S13
P03
P06
P31
V05

ÜNAL ÇEVİK Işın

P41
ÜNAL ÖZDEMİR Zehra
P18
P19
P20
P29
P33
P34

ÜNLÜ Aytekin

P13
ÜNSAL Mustafa Gökhan
S15

USLU Hatim Yahya

P41
UZUN M. Ali
P15

V

VATANSEVER Seda
P26

Y

YAĞCI Gökhan

S19
YALMAN Haydar
S04
S14
P03
P06
V05

YİĞİT Taner

V11
YİĞİTBAŞI Mehmet Rafet
S04

S14

P03

P06

YİĞİTBAŞI Rafet

P31

YILDIRIM Çağlar

P10

P46

YILDIRIM Canan

P46

YILDIRIM Canan Kuk

P10

YILDIZ Alp

S20

YILDIZ Mehmet Kamil

P35

P37

P38

P39

YILDIZ Ramazan

P13

YILMAZ Hüseyin

S18

P07

P08

V07

V08

YÜCEL Ahmet Fikret

P11

P12

YÜKSEL Mehmet Eren

V09

Z

ZEKEY Fethi Sada

S12

ZEYBEK Nazif

S01

S10

S19

P02

Kongre Sekreteryası



t.:0212 292 47 14 f.:0212 292 47 97
e-posta: oasis@oasis.com.tr <http://www.oasis.com.tr>