

Hitit Medical Journal

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi

VOLUME: 2 ISSUE: EK SAYI

MARCH 2020

E-ISSN: 2687-4717





HMJ

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi adına
Derginin Sahibi
(Owner on behalf of Hitit University
Medical Faculty)

Prof. Dr. Meral GÜLHAN
Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekani

Editör / Editor

Prof. Dr. Ayşegül TAYLAN ÖZKAN

Editöryal Kurul / Editorial Board

Doç. Dr. Sertaç ARSLAN
Doç. Dr. Doğan ATAN
Doç. Dr. Nihal AYDEMİR
Doç. Dr. Çağatay ÇAĞLAR
Doç. Dr. Adem İlkay DİKEN
Doç. Dr. Semra GÜRESER
Doç. Dr. Havva Nur PELTEK KENDİRCİ
Doç. Dr. İbrahim Tayfun ŞAHİNER
Doç. Dr. Engin ŞENEL

**İstatistik Editöryal Kurul Üyesi / The
member of Statistical Editorial Board**
Dr. Öğr. Üyesi Emre DEMİR

Teknik Kontrol (Technical Check)

Dr. Öğr. Üyesi Murathan ERKENT
Dr. Öğr. Üyesi Sertan ÖZALÇIN
Dr. Öğr. Üyesi Gülce Gökgöz ÖZİŞİK

Tasarım / Design

Doç. Dr. Çağatay ÇAĞLAR

Basım Tarihi / Date of Issue
24.03.2020

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi
yılda üç sayı olarak (Şubat, Haziran ve
Ekim) yayımlanan, çift-kör hakemlik
değerlendirmesi yapan bir tıp dergisidir.
Yazılar yayıncı kuruluşun izin
alınmadan kısmen veya tamamen bir
başka ortamda yayınlanamaz.

*Hitit Medical Journal is a double blind
peer-reviewed medical journal which is
published thrice per year (February,
Jun, October). Manuscripts may not be
published partially or totally on other
media without permission from the
publisher.*

İletişim Adresi / Contact info

Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve
Araştırma Hastanesi 2. Kat.
Çepni Mah. İnönü Caddesi No:176
Merkez ÇORUM

Hitit Medical Journal

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi

DANIŞMA KURULU

Çağatay Evrim AFŞARLAR	Çocuk Cerrahi	ÇORUM
Atif AKSEKİLİ	Ortopedi	ANKARA
Pınar ALTIAYLIK ÖZER	Göz Hastalıkları	ANKARA
Ebru ARHAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Nöroloji)	ANKARA
Arif ARISOY	Kardiyoloji	TOKAT
Sevim ASLAN FELEK	Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	ÇORUM
İhsan ATEŞ	İç Hastalıkları	ANKARA
Ercan AYAZ	Histoloji ve Embriyoloji	ÇORUM
Oktay AYDIN	Genel Cerrahi	KIRIKKALE
Yılmaz BAŞ	Tıbbi patoloji	ÇORUM
Fatmagül BAŞARSLAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	ÇORUM
Murat BAYKAM	Üroloji	ÇORUM
Nurcan BAYKAM	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	ÇORUM
Asuman BİRİNCİ	Tıbbi Mikrobiyoloji	SAMSUN
Mehmet Ömer BOSTANCI	Fizyoloji	ÇORUM
Settar BOSTANOĞLU	Genel Cerrahi	ÇORUM
Betül BOZKURT	Genel Cerrahi	ÇORUM
Demet CANSARAN DUMAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	ANKARA
İsmail CEYHAN	Tıbbi Mikrobiyoloji	BALIKESİR
Hasan Basri ÇAKMAK	Göz Hastalıkları	ÇORUM
Murat ÇALBIYIK	Ortopedi ve Travmatoloji	ÇORUM
Nilay ÇÖPLÜ	Tıbbi Mikrobiyoloji	KASTAMONU
Bahar ÇUHADAR ÇAKIR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Sosyal Pediatri)	ANKARA
Emre DEMİR	Biyostatistik	ÇORUM
Kürşat DERİCİ	Farmakoloji	KIRIKKALE
Emine DİBEK MISIRLIOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Çocuk Alerji)	ANKARA
Funda DOĞRUMAN AL	Tıbbi Mikrobiyoloji	ANKARA
Mete DOLAPÇI	Genel Cerrahi	ANKARA
Feza EKİZ	Genel Cerrahi	İSTANBUL
Özlem ERÇEN DİKEN	Göğüs Hastalıkları	ÇORUM
Ali Kemal ERENLER	Acil Tıp	ÇORUM
Berrin ESEN	Tıbbi Mikrobiyoloji	ANKARA
Kibriya FİDAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Nefroloji)	ANKARA
Umut GAZI	Tıbbi Mikrobiyoloji	KIBRIS
Zehra GÖLBAŞI	Kardiyoloji	ÇORUM
Ümit GÖRKEM	Kadın Hastalıkları ve Doğum	ÇORUM
Meral GÜLHAN	Göğüs Hastalıkları	ÇORUM
Burak GÜMÜŞ	Adli Tıp	ÇORUM
Ersin GÜNAY	Göğüs Hastalıkları	AFYON
Ayşen GÜNEL ÖZCAN	Tıbbi Biyoloji	ANKARA
Muhammed Onur HANEDAN	KVC	TRABZON
Arda İŞİK	Genel Cerrahi	ERZİNCAN
A.Cem İBİŞ	Genel Cerrahi	İSTANBUL
İlker İLHANLI	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	SAMSUN
Yavuz Selim İNTEPE	Göğüs Hastalıkları	YOZGAT
Melek KARAKURT	Onkoloji	KONYA
Yusuf KARAVELİOĞLU	Kardiyoloji	ÇORUM
Hüseyin KAYADİBİ	Biyokimya	ÇORUM
Murat KEKİLLİ	Gasroenteroloji	ANKARA
Murat KENDİRCİ	Genel Cerrahi	ÇORUM
Remzi KIZILTAN	Genel Cerrahi	VAN
Esin KİBAR GÜL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Kardiyoloji)	ANKARA
Aysel KOCAGÜL ÇELİKBAŞ	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	ÇORUM
Sabri KÖSEOĞLU	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	MUĞLA
Rauf Oğuzhan KUM	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	ANKARA
Ferit Kerim KÜÇÜKLER	Endokrinoloji	İSTANBUL
Sevda LAFÇI FAHRİOĞLU	Anatomi	KIBRIS
Ümrhan MUSLU	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	ÇORUM
Ayşe Feyda NURSAL	Tıbbi Genetik	ÇORUM
Oğuzhan ÖZCAN	Tıbbi Biyokimya	HATAY
Talih ÖZDAŞ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	ADANA
Fikri ÖZDEMİR	Anatomi	ÇORUM
Fatih ÖZDOĞAN	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	KOCAELİ
Sumru ÖZEL	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	ÇORUM
Gülsüm ÖZKAN	Nefroloji	TEKİRDAĞ
Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	ANKARA
Abdullah ÖZKAYA	Göz Hastalıkları	İSTANBUL
Coşkun ÖZTEKİN	Aile Hekimliği	ÇORUM
Faruk PEHLİVANLI	Genel Cerrahi	KIRIKKALE
Emrah RUH	Tıbbi Mikrobiyoloji	KIBRIS
Mesut SEZİKLİ	Gastroenteroloji	ÇORUM
İlker SOLMAZ	Beyin ve Sinir Cerrahisi	ÇORUM
Yaprak Dilber ŞİMAY	Tıbbi Farmakoloji	ÇORUM
Cihan TOĞRUL	Kadın Hastalıkları ve Doğum	ÇORUM
Emel TÜMBAY	Tıbbi Mikrobiyoloji	İZMİR
Doğan UNCU	Onkoloji	ANKARA
Funda UYSAL TAN	Nöroloji	ÇORUM
Şükran ÜLGER	Radyasyon Onkolojisi	ÇORUM
Sevim ÜNAL	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Yenidoğan)	ANKARA
Özgür YAĞAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	ÇORUM
Adnan YALÇINKAYA	Kalp ve Damar Cerrahisi	ÇORUM
Tekin YAŞAR	Göz Hastalıkları	İSTANBUL
Ece YAZLA ASAFÖV	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	ÇORUM
Akın YILMAZ	Tıbbi Biyoloji	ÇORUM
Ayşe YILMAZ	Göğüs Hastalıkları	ÇORUM
Neziha YILMAZ	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	YOZGAT
Cüneyt YÜCESOY	Radyoloji	ÇORUM
Sinan ZEHİR	Ortopedi ve Travmatoloji	ÇORUM



Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Derneği

7 Mart 2020 Çorum Bölgesel Toplantısı
Sağlık Bakanlığı - Hitit Üniversitesi
Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Şehit Fikret Metin Öztürk Konferans Salonu





Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Derneği



Sağlık Bakanlığı - Hitit Üniversitesi
Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Şehit Fikret Metin Öztürk Konferans Salonu

7 Mart 2020 Çorum Bölgesel Toplantısı

Kolesistektomi Endikasyonları, Güvenli Kolesistektomi ve Safra Yolu
Yaralanmalarına Yaklaşım

07 Mart 2020

Değerli Meslektaşlarımız,

Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Derneği'nin Bölgesel Cerrahi Toplantısı'nı 7 Mart 2020 Cumartesi günü, Çorum'da gerçekleştireceğimizi duyurmaktan onur duyarız.

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı ve Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Derneği'nin işbirliği ile düzenlenen ve amacımızın hem mevcut bilgilerimizi birlikte güncellemek, hem de bölgemizdeki meslektaşlarımız ile bir araya gelerek bilgi ve deneyimlerimizi paylaşmak olduğu bu toplantıda; "Safra Kesesi Taşı Cerrahisinde Karşılaştığımız Güçlükler ve Çözüm Yöntemleri" konusunu, Kolesistektomi Endikasyonları, Güvenli Kolesistektomi ve Safra Yolu Yaralanmaları boyutlarıyla, kapsamlı ve multidisipliner bir yaklaşımla, alanında deneyimli konuşmacılarımızla birlikte ele almayı hedeflemekteyiz.

Sizleri, Karadeniz Bölgesinin İç Anadolu ile birleştii, MÖ. 7000 yılına kadar uzanan tarih ve kültür zenginliği barındıran, leblebinin anavatanı Çorum'da, Sağlık Bakanlığı-Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kompleksinde bizimle birlikte olmaya davet ediyoruz.

Sizlerle birlikte olmaktan ve sizleri ağırlamaktan mutluluk duyacağız.

Prof.Dr.Settar Bostanoğlu

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı



Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Derneği



Sağlık Bakanlığı - Hitit Üniversitesi
Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Şehit Fikret Metin Öztürk Konferans Salonu

7 Mart 2020 Çorum Bölgesel Toplantısı

Toplantıya katılım ücretsizdir. Kayıt için lütfen tayfunsahiner@gmail.com adresine İsim, soyisim, unvan, çalışılan kurum ve telefon bilgilerinizi gönderiniz. Toplantıda seçilmiş bildiriler sözlü sunum olarak kabul edilecektir.

Kabul edilen sözlü bildirilerin tam metinleri Hitit Medical Journal özel sayısında yayınlanacaktır. Sözlü bildiri için **son gönderim tarihi 23 Şubat 2020'dir.**

Bildiriler Türkçe hazırlanıp, Giriş/Amaç, Yöntem, Bulgular, Sonuç şeklinde yapılandırılmış olmalı ve tam metin 500 kelimeyi geçmemelidir. En az 3 en fazla 6 anahtar kelime olmalıdır. Gönderilen bildiriler, bilimsel kurul tarafından değerlendirilecek 29 Şubat 2020 tarihinde sonuçlar duyurulacaktır.

Bildirilerinizi tayfunsahiner@gmail.com adresine gönderebilirsiniz.

Yaralanmalarına Yaklaşım

07 Mart 2020

Bilimsel Program

08:00-08:45 Kayıt

08:45-09:00 Açılış Konuşmaları

Prof.Dr.Settar Bostanoğlu Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. Başkanı

Prof.Dr.Mesut Sezikli Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Başhekimisi

Prof.Dr.İlgin Özden HPB Derneği Yönetim Kurulu Başkanı, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD.

09:00-10:15 I. Oturum Kolesistektomi Endikasyonları

Oturum Başkanları: Prof.Dr.Cem İbiş , Prof.Dr.Cemalettin Aydın

Kolesistektomi Endikasyonları

Prof.Dr.Mete Dolapçı

Safra Kesesi Poliplerini Ne Zaman Ameliyat Edelim?

Doç.Dr.İbrahim Tayfun Şahiner

Özel Durumlarda Kolesistektomi

Dr.Öğretim Üyesi Murat Baki Yıldırım

10:15-10:30 Kahve Arası

10:30-11:45 II. Oturum Güvenli Kolesistektomi

Oturum Başkanları: Prof.Dr.Settar Bostanoğlu, Prof.Dr.Gürkan Öztürk

Güvenli Kolesistektomi Prensipleri

Prof.Dr.Cem İbiş

Zor Kolesistektomide Cerrahi Stratejiler

Prof.Dr.Cemalettin Aydın

Kolesistektomide Kabus Senaryolar, Video Örnekleriyle

Dr.Öğretim Üyesi Sertaç Usta

12:00-13:30 Öğlen Yemeği

13:30-14:50 III. Oturum Safra Yolu Yaralanmaları

Oturum Başkanları: Prof.Dr.Mete Dolapçı, Prof.Dr.Settar Bostanoğlu

Safra Yolu Yaralanmalarında Nedenler

Doç.Dr.Oktay Aydın

Safra Yolu Yaralanmalarında Endoskopik Yaklaşımlar

Prof.Dr.Mesut Sezikli

Safra Yolu Yaralanmalarında Cerrahi Tedavi

Prof.Dr.İlgin Özden

14:50-15:00 Kahve Arası

15:00-16:15 IV. Oturum Seçilmiş Sözlü Bildiriler

Oturum Başkanları: Prof.Dr.Settar Bostanoğlu, Doç.Dr.İbrahim Tayfun Şahiner

SS 1 Hafif bilier pankreatitte er ve geç kolesistektomi sonuçlarımız, Dr.Mehmet Kağan Katar

SS 2 Perkütan Kolesistostomi sonrası gelişen akut atakta cerrahi ya da 2. Kez perkütan kolesistostomi sorunsalı, Dr.Mehmet Akif Üstüner

SS 3 Strassberg A safra yolu yaralanmalarında tedavi, Dr.Ergün Yüksel

SS 4 Laparoskopik Kolesistektomi Sırasında Alınan Safra Kültürü Sonuçlarımız ve Ameliyat Sonrası Hasta Kliniği Üzerinde Etkileri, Dr.Yavuz Pirhan

SS 5 Künt abdominal travma sonrası ekstrahepatik safra yolu yaralanması; Sol ana hepatik kanalda laserasyon, Dr.İskender Tandoğan

SS 6 Kolesistektomi Ameliyatlarındaki Rejyonal Anestezi Deneyimlerimiz, Dr.Serhat Özçiftçi

SS 7 Nadir Görülen Safra Yolları Yaralanması: Strasberg tip C Yaralanma, Dr.Kağan Karabulut

SS 8 Olgu sunumu: Pankreas baş kesiminde gelişmiş olan müsinöz kistik neoplazinin total rezeksiyonu, Dr. Dr.İskender Tandoğan

SS 9 Pankreas nöroendokrin tümörlerinin cerrahi tedavisinin uzun dönem sonuçları, Dr.Kürşat R. Serin

SS 10 Postoperatif safra kaçağı ve darlığı olan hastalarda endoskopik tedavi sonuçlarının retrospektif analizi, Dr.Tolga Düzenli

SS 11 Yaşlı popülasyonda laparoskopik kolesistektomi sonuçlarımız, Dr.Mehmet Kağan Katar

16:15

Kapanış



Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Derneği



Sağlık Bakanlığı - Hitit Üniversitesi
Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Şehit Fikret Metin Öztürk Konferans Salonu

7 Mart 2020 Çorum Bölgesel Toplantısı

Kolesistektomi Endikasyonları, Güvenli Kolesistektomi ve Safra Yolu Yaralanmalarına Yaklaşım

07 Mart 2020

Toplantı Onursal Başkanı

Prof.Dr.Ali Osman Öztürk

Hitit Üniversitesi Rektörü

Kongre Başkanı

Prof.Dr.Settar Bostanoğlu

Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi

Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Başkanı

Kongre Sekreteri

Doç.Dr.İbrahim Tayfun Şahiner

Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi

Türk Hepato Pankreato Bilier Cerrahi Derneği Yönetim Kurulu

Prof.Dr. İlgin Özden

Prof.Dr. Gürkan Öztürk

Prof.Dr. Cem İbiş

Prof.Dr. Ender Dulundu

Prof.Dr.Acar Tüzüner

Doç.Dr. Muharrem Battal

Doç.Dr. Ömer Vedat Ünalp

Bölgesel Düzenleme Kurulu

Prof.Dr.Settar Bostanoğlu

Doç.Dr.İ.Tayfun Şahiner

Doç.Dr.Murat Kendirci

Dr.Öğ.Üyesi M.Baki Yıldırım

Dr.Öğ.Üyesi M.Bulut Özkan

Dr.Öğ.Üyesi Murathan Erkent

Dr.Öğ.Üyesi Ramazan Topçu

Bilimsel Sekreteryaya

Doç.Dr.İbrahim Tayfun Şahiner

İletişim: 0505 872 65 76

E posta: tayfunsahiner@gmail.com

**Türk Hepato Pankreato Bilier
Cerrahi Derneği 7 Mart
Çorum Bölgesel Toplantısı
Seçilmiş Sözlü Bildiriler**



Sözlü Sunu 1

Hafif biliyer pankreatitte erken ve geç kolesistektomi sonuçlarımız

Mehmet Kağan Katar¹

¹Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Safra taşı, akut pankreatitin önde gelen nedenidir ve vakaların % 75'ine karşılık gelir. Akut biliyer pankreatit (ABP) tanısı olan hastalarda, biliyer komplikasyonları önlemek için kolesistektomi zorunludur, ancak özellikle hafif ABP için kolesistektomi zamanlaması tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı hafif ABP'te erken ve geç yapılan kolesistektomi sonuçlarını değerlendirmektir.

Metod: Çalışmamızda, Ocak 2015-Ocak 2020 tarihleri arasında kliniğimizde ABP nedeniyle yatışı yapılan ve laparoskopik kolesistektomi uygulanan hastalar değerlendirmeye alındı. ABP şiddetini belirlemede Ranson kriterleri kullanıldı. 18 yaş üzeri olup hafif ABP'i olanlar (Ranson kriterlerine göre 3'ten az olanlar) çalışmaya dahil edildi. Şiddetli ABP'i olanlar (Ranson kriterlerine göre 3 ve daha fazla olanlar), yoğun bakım yatışı olanlar ve gebeliği olanlar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar, ilk kez ABP atağı geçirip kolesistektomi yapılanlar (grup 1) ve 2 ve daha fazla ABP atağı sonrası kolesistektomi yapılanlar (grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Tüm hastaların demografik verileri, perioperatif komplikasyonları, açığa geçme durumları, ameliyat süreleri ve hastanede kalış süreleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza hafif ABP nedeniyle kolesistektomi uygulanan 58 hasta dahil edildi. Grup 1'de yaş ortalaması 54.49±7.18 iken, grup 2'de 51.09±8.29 olarak belirlenmiştir. Grup 1'de 19 (%54.3) kadın ve 16 (%45.7) erkek; Grup 2'de ise 14 (%60.9) kadın 9 (%39.1) erkek yer almaktaydı. Yaş ve cinsiyet açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0.103, p=0.620). Her iki grupta 3'er hastada laparoskopik yöntemden açık yöntemle



geçildiği tespit edildi. İstatistiksel olarak iki grup arasında açığa geçme açısından fark tespit edilmemiştir ($p=0.584$). Grup 1’de operasyon süresi ortalaması 53.14 ± 12.07 , Grup 2’de ise 60.22 ± 12.29 olarak belirlenmiş olup; Grup 2’deki operasyon süresi ortalaması Grup 1’e göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0.034$). Grup 1’de intraoperatif dönemde komplikasyon yaşanmazken, Grup 2’de 1 hastada callot üçgeni diseksiyonu sırasında adezyona bağlı olarak duodenumda serozal defekt meydana geldi (açığa geçilerek aynı seansta primer suture ile onarıldı). Postoperatif komplikasyonlardan yara yeri enfeksiyonu Grup 1’de 2 hastada, Grup 2’de 3 hastada; pnömoni ise her iki grupta da birer hastada gözlemlendi. Ayrıca postoperatif dönemde Grup 2’de 1 hastada pankreatit atağı gelişti. Konservatif yöntemle tedavi edildi. Genel komplikasyonlar açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmemiştir ($p=0.072$). Grup 1’de hastane kalış süresi ortalaması 6.20 ± 1.65 gün iken, Grup 2’de hastanede kalış süresi ortalaması 7.87 ± 2.38 gün olarak belirlenmiştir. Grup 2’de hastanede kalış süresi ortalamasının Grup 1’e göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.003$).

Sonuç: Hafif ABP sonrası erken ve geç dönemde yapılan laparoskopik kolesistektomide açığa geçme ve komplikasyonlar açısından benzer sonuçlar elde edilmiştir. Ancak bu hasta grubunda erken dönemde yapılan laparoskopik kolesistektominin, operasyonu süresinin daha kısa olması ve postoperatif dönemde hastanede kalış süresinin daha kısa olması gibi avantajları bulunmaktadır. Bu nedenle Hafif ABP sonrası erken ve geç yapılan laparoskopik kolesistektominin birbirine net bir üstünlüğünün bulunmamasına rağmen; bazı avantajları nedeniyle Hafif ABP’te laparoskopik kolesistektomi zamanlamasında ilk başvurunun tercih edilmesi gerektiğini düşünüyoruz.



Sözlü Sunu 2

Perkütan Kolesistostomi Sonrası Gelişen Akut Atakta Cerrahi Yada 2.kez Perkütan Kolesistostomi Sorunsalı; Olgu Sunumu

Mehmet Akif Üstüner¹

¹Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastrocerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Akut kolesistit yaygın görülen ve genellikle acil servise başvuruya neden olan bir hastalıktır.Hastalar arasında heterojenite nedeniyle standart bir tedavi yöntemi yoktur.Temel tedavi yöntemi cerrahidir.Ancak yaşlı riskli hastalarda cerrahiden önce yada cerahiye alternatif olarak perkütan kolesistostomi (PC) uygulanabilir.Perkütan kolesistomi sonrası gelişen akut atakta cerrahi uyguladığımız hastamızı sunduk.

OLGU: Hidronefroz ve Renal hücreli karsinom(RCC) nedeniyle bilateral nefrektomi öyküsü olan 56 yaşındaki erkek hasta karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu.Fizik muanesinde murphy pozitifiti. Batın USG' de safra kesesi hidropik olarak saptandı.Batın tomografisinde ultrason bulgularının yanı sıra batı içi yaygın sıvı gözlendi,perferasyon düşünülmedi.Kreatin değeri 5.5 mg/dl, CRP:225 mg/dl idi.Hastaya 4 hafta önce akut kolesistit nedeniyle perkütan kolesistostomi takılmış, 1 hafta önce de çekilmişti.İkinci kez atak geçiren hasta hospitalize edilerek antibioterapisi başlandı,diyalize alındı.Yatışının 3.gününde antibioterapiye rağmen artan CRP değeri ve fizik muane bulgularında tedricen artış nedeniyle operasyona alındı.Operasyonda safra kesesinin transvers kolonla birleşerek gato oluşturduğu gözlendi.Gato açılarak konvansiyonel kolesistektomi uygulandı.Hasta halen yoğun bakımda takip edilmektedir.

SONUÇ: Yaşlı ve yüksek riskli hastalarda laparoskopik kolesistektomi sonrası görülen mortalite oranları %14 ila %46 arasında değişmektedir. Bu nedenle PC yüksek riskli hastalarda köprü tedavisi olarak yada cerrahiye alternatif olarak kullanılabilir.Ancak olgumuzda olduğu gibi



perkütan sonrası ikinci kez atak geçirdiğinde;cerrahi yada 2.kez perkütan takılması tartışma konusudur.



Sözlü Sunu 3
Strassberg A Safra Yolu Yaralanmalarında Tedavi

Ergün Yüksel¹, Mehmet Akif Üstüner²

¹Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi

²Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastrocerrahisi Kliniği

GİRİŞ: Semptomatik safra kesesi taşlarının kesin tedavisi cerrahidir. Günümüzde cerrahide altın standart laparoskopik kolesistektomi olup, dünya çapında yapılan ameliyatlar arttıkça buna paralel safra yolları yaralanmaları da artmaktadır. Çalışmamızda laparoskopik kolesistektomi sonrası karşılaştığımız Strassberg A , minör safra yolu kaçaklarımız sunduk .

YÖNTEM: 2014-2017 yılları arasında kolelitiazis nedeniyle opere edilen 280 hasta çalışmaya alındı. 3 hasta da Strassberg A safra yolları yaralanması gözlemlendi.

BULGULAR: Safra yolu yaralanması gözlenen 3 hastanın 2'si erkek 1'i kadındı. Yaş ortalaması 55 olarak hesaplandı. İlk hasta 56 yaşında kadın hasta olup akut kolesistit nedeniyle opere edildi. Post op 3.gün drenajdan safra gelmesi üzerine MR/MRCP çekildi. Görüntüleme sonucu ana safra yollarının normal olarak değerlendirildi, luschka kaçağı saptandı. Hastaya ERCP yapılarak sfinkterektomi ile birlikte stent takıldı.

İkinci hasta 54 yaşında erkek hasta idi, kolelitiazis nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Post op 1.gün taburcu edilen hasta post op 5.gün karın ağrısı ile başvurdu. Çekilen batın USG'de batın içi yaygın sıvı gözlemlendi. MR/MRCP'de sistik güdük kaçağı saptanması üzerine acil ameliyat edilerek sistik güdük onarıldı.

Üçüncü hasta 55 yaşında erkek hasta idi, akut kolesistit nedeniyle laparoskopik kolesistektomi uygulandı. Post op 3 gün taburcu edilen hasta post op 7.gün karın ağrısı ile başvurdu. Batın içi



görüntülemeye yaygın sıvı gözlendi.MR/MRCP’de sistik güdük kaçağı saptanması üzerine acil opere edilerek sistik güdük primer onarıldı.

SONUÇ:Laparoskopik kolesistektomi de safra yolları yaralanması %0.3 ila %1.4 arasında değişmektedir.Bizim serimizde oran %1.07 olarak bulunmuştur. Strasberg A minör safra yolları yaralanmalarında hasta sepsise girmeden erken tanı ve tedavi hayati önem arz eder.



Sözlü Sunu 4

Laparoskopik Kolesistetomi Sırasında Alınan Safra Kültürü Sonuçlarımız ve Ameliyat Sonrası

Hasta Kliniği Üzerinde Etkileri

Dr. Öğr. Üyesi Yavuz PİRHAN,

Sağlık Bakanlığı Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Genel Cerrahi A.D. , Amasya

Giriş/amaç:Safra kesesinde mikroorganizma varlığı ile postoperatif yara enfeksiyonu arasındaki ilişkiyi bildiren birçok çalışma vardır. Akut kolesistit, kolanjit, tıkanma sarılığı, diyabetes mellitus veya hastanın yaşının 60'ın üzerinde olması, safra kültürlerinde bakteriyel kolonizasyonunu arttırmaktadır .Bu nedenle çalışmamızda elektif safra kesesi cerrahisi sonrası safra sıvısından alınan mikrobiyolojik kültürün hasta kliniği ve yara iyileşmesi üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem:Araştırma hastaneden izin alındıktan sonra Ocak 2016 ve Nisan 2017 tarihleri arasında yapıldı.Çalışma cinsiyet ve yaş sınırı ayrımı olmaksızın randomize seçilen, ASA 1-2 231 elektif laparoskopik kolesistetomi (LC) uygulanan hasta üzerinde yapıldı.Açık kolesistektomi ve laparoskopiden açığa dönen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.Ameliyat günü standart laparoskopik kolesistektomi uygulandı.Safra kesesi epigastrik 10 mm trokar yerinden vücut dışına alınmadan önce 10 cc steril enjektörle safra sıvısı alındı.Alınan numune mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi.Ameliyat sonlandırıldı.Hastalar *sefuroksim* reçete edilerek ertesi gün komplikasyonsuz taburcu edilip, 10 gün sonra yara değerlendirilmesi açısından kontrole çağrıldı.Kültürde üreme olan hastalar erken çağrıldı.Genel durum ve yara iyileşmeleri değerlendirildi.Statistical Package for Social Sciences (SPSS) programından



yararlanıldı. Pearson Chi-Square testi kullanıldı. P değerinin <0.05 olmasının, istatistiksel olarak anlamlı bir farkın varlığını gösterdiği kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 51(19-87), çoğunlukla 4.ve 5. dekatta yer almaktaydı. 181'i kadın ,50'si erkek di.% 12,1 (n=28) hastanın ameliyat öncesi safra kesesi duvar kalınlığı 3mm'nin üzerindeydi.164 hastada safra kesesinde birden fazla taş mevcuttu.125 hastada 1 cm ve üzeri taş boyutu vardı. 231 hastadan alınan safra kültüründen 22'sinde(%9,5) üreme oldu.Üreyen bakterilerin çoğunluğu *E.Koli* ve *Klebsiella*'ydi. %24,7 hastanın Wbc değeri, %9,5 hastanın Rbc değeri ameliyat öncesi yüksekti(Tablo 1-2).Duvar kalınlığı ve yaş alınan külürde üreme açısından istatikselsel olarak anlamlı(sırayla $p=0,022$, $p=0,01$) bulunmasına rağmen safra kesisinde taşın boyutu, taş sayısı, cinsiyet, ameliyat öncesi Wbc değeri ve Rbc değerleri arasında istatikselsel anlamlılık bulunamadı($p>0,05$).Ayrıca üreme olan hastalarda safra kesesi duvar kalınlığı artmış hastalarla karşılaştırıldığında diğer parametreler arasında istatikselsel olarak anlamlılık tespit edilmedi($p>0,05$)(Tablo 3). Üreme olan hastalarda enfeksiyona sekonder klinik semptomlara rastlanılmadığı gibi cerrahi alan enfeksiyonuna da rastlanılmadı.

Tartışma ve Sonuç:Safra kültürü pozitiflik oranları yapılmış çalışmalar arasında farklılık göstermektedir.Bu farklılık, çalışmalarda akut ve kronik kolesistit vakalarının oranındaki farklılıktan kaynaklanabilmektedir.Çalışmamızda safra kesesi duvar kalınlığı artmış hastalarda duvar kalınlığı ile bakteri üremesi arasından istatikselsel anlamlılık tespit edilmiştir. 231 hastadan alınan safra kültürlerinde %9.5 (n=22) pozitiflik bulunmasına rağmen ülkemizde daha önce yapılan iki çalışmada bu oran %27 ve %36 olarak bulunmuştu. Safra yolu infeksiyonlarından en sık sorumlu etkenler *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* ve *Enterococcus spp.* olarak bildirilmektedir. Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak *E.koli* ve *Klepsiella* tespit edildi.Elektif LC'de risk faktörü olmayan hastalarla yapılan randomize çalışmalarda enfeksiyon riskinin düşük olduğu ve profilaksinin faydalı olmayacağı belirtilmektedir .Birçok cerrah



profilaktik antibiyotiklerin LC'de postoperatif enfeksiyon komplikasyonlarının insidansını azaltacağına inanmakta ve LC'de profilaktik antibiyotik kullanımı hala popülerdir. Bizde çalışmamızda ameliyata *sefozolin* 1 gr profilaksisi ile başladık. Ancak Shindhohimath V. et al. nın düşüncelerinin tersine çalışma sonrasında üreme olan 231 hastadan 22'sinde herhangi bir enfeksiyona bağlı semptomun olmamasını hem profilaksi olarak verilen hemde ameliyat sonrasında rutin olarak reçete edilen *sefuroksim*'e bağlıyoruz.

Literatür ve çalışmamızın sonucuna göre; elektif kolesistektomi sonrası her ne kadar antibiyotik gerekmesede, hastadan veya hastanın yaşadığı çevreden kaynaklanan bakteriyel kontaminasyon olabileceği ve budurum hasta için enfeksiyon açısından bir patansiyel oluşturabileceğini düşünmekteyiz. Biz elektif safra kesesi cerrahisi öncesi ve sonrasında rutin olarak antibiyotik kullanılmasını önermekteyiz.



Sözlü Sunu 5
Künt abdominal travma sonrası ekstrahepatik safra yolu yaralanması; Sol ana hepatik kanalda laserasyon

İskender Tandoğan¹, Oktay Aydın¹, Faruk Pehlivanlı¹, Kuzey Aydınuraz¹, Çağatay Erden

Daphan¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş

Travmatik ekstrahepatik safra yolu yaralanması oldukça nadir bir yaralanma olup tedavisi yaralanmanın seviyesine, hastanın komorbiditesine göre primer onarımdan biliyoenterik anastomoza kadar değişkenlik göstermektedir. Bu olguda sol ana hepatik kanalda travmatik yaralanma olan hastanın feeding kateteri üzerinden yapılan primer onarımdan bahsedilmiştir.

Olgu Sunumu

Yüksekten düşme sonrası dış merkezden tarafımıza yönlendirilen hasta pelvik alanda ve subhepatik alanda serbest sıvı ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine acil olarak laparotomiye alındı. Laparotomide safralı hemorajik vasıfta serbest mayii ve karaciğerde grade 2-3 laserasyon izlendi. Karaciğer yaralanması primer suture edilip hemostaz sağlandıktan sonra kolesistektomi kararı alındı. Kolesistektomi sonrası düşük debide safra sızıntısının devam ettiği görüldü ancak eksplorasyonda hastanın koledok ve ekstrahepatik safra yollarında akut patoloji izlenmedi. Diğer solid organlar doğal olarak izlendi. Kaynağı belirlenemeyen safranın eksternal



drenajı için kolesistektomi lojuna 20F sump dren yerleştirildi. İşleme son verildi. İşlem sonrası postoperatif 2.günde kolesistektomi lojundaki drenin çıkması üzerine hastaya yeniden laparotomi yapıldı. Yapılan laparotomide sol ana safra kanalında laserasyon olduğu ve bu alandan safranın batın içerisine drene olduğu izlendi (Figür 1A). Koledok üzerinden yapılan insizyon ile koledoktan sol ana safra kanalına feeding kateteri yerleştirildikten sonra lasere kanal kateter üzerinden primer sütürasyon ile onarıldı ve eksternal drenaj sağlandı (Figür 1B). Hasta üreter yaranması, pelvis fraktürü ve lomber vertebra fraktürü nedeniyle ilgili bölümlerce opere edildikten sonra postoperatif 27. günde kateter ile taburcu edildi. Hasta ilk operasyondan 2,5 ay sonra yeniden yatırıldı ve daha önce yerleştirilmiş olan kateter vasıtasıyla çekilen kolanjiografi sonucunda onarım hattında sızıntı görülmemesi üzerine koledoktan sol ana safra kanalına uzanan kateter çekilerek hasta şifa ile taburcu edildi.

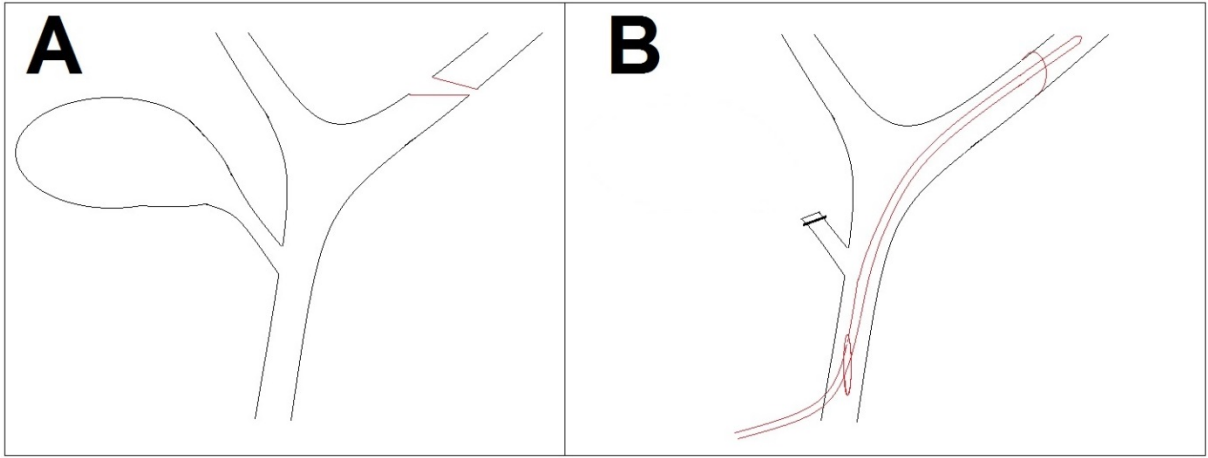
Tartışma ve Sonuç

Ekstrahepatik safra yolu yaralanmaları travma hastalarında nadirdir ve anatomik konumlarından dolayı yandaş yaralanmalar çok yaygındır. Mortalite öncelikle yandaş yaralanmalar sonucu olur; ancak morbidite izole yaralanmalarda bile yüksek seyreder. Travma sonrası safra yolu yaralanmaların optimal tedavisi hemodinamik stabilite, klinik görünüm ve yaralanmanın lokalizasyonuna bağlı olarak değişiklik gösterir. Endoskopik girişimler bu yaralanmaları ameliyat dışı yöntemlerle tedavi imkânı sağlamıştır. Orta ve şiddetli ekstrahepatik biliyer yaralanmalarda, yandaş yaralanmalar sık olduğu ve hemodinamik instabilite veya peritonit ile sık karşılaştığı için acil cerrahi müdahale tercih edilir. Cerrahi yöntem primer onarımdan biliyoenterik anastomoza kadar değişiklik göstermektedir. Literatürde; orta-uzun dönemde staz, portal hipertansiyon, tekrarlayan kolanjit atakları görülme sıklığında artış nedeniyle primer onarım yerine Roux-en-Y anastomoz önerilmektedir.



Bu olguda feeding kateteri yardımı ile yapılan primer onarım sonrası hasta şifa ile taburcu edilmiştir.

Figür 1: Künt travma sonrası hasarlanama alanı (A) ve sonrasında yapılan onarımın (B) şematik sunumu.





Sözlü Sunu 6 Kolesistektomi Ameliyatlarındaki Rejyonel Anestezi Deneyimlerimiz

Dr. Öğr. Üyesi Serhat Özçiftçi¹, Dr. Öğr Üyesi Yeliz Şahiner¹

¹Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Ana Bilim Dalı, Çorum

Amaç: Kolesistektomi ameliyatlarında uyguladığımız rejyonel anestezi metotlarıyla ilgili tecrübelerimizi paylaşmayı amaçladık

Gereç ve Yöntem: Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniğindeki 2019 yılına ait postoperatif ağrı takip formları retrospektif olarak tarandı. Genel Cerrahi kliniği tarafından yapılan operasyonlarda postoperatif akut ağrı takibi yapılan toplam 32 hastanın verilerine ulaşıldı.

Bulgular: Postoperatif ağrı tedavisi amacıyla rejyonel anestezi uygulanan hastaların formları ayrıldı. Formlar incelendiğinde Whipple operasyonuna geçiren 4 hasta için torakal epidural analjezi, Rektum Kanseri 3 hasta için lomber epidural analjezi, Kolon Kanseri bir hasta için torakal epidural analjezi, İleus tanısı olan bir hasta için torakal epidural anestezi, Karaciğer absesi olan bir hasta için torakal epidural analjezi, Laparoskopik Herni onarımı olan 3 hasta için unilateral oblik subkostal Transversus Abdominis Plane (TAP) blok, Sigmoid Kolon Kanseri bir hasta için bilateral TAP blok, mezenterik kist cerrahisi bir hasta için bilateral TAP, akut batın cerrahisi bir hasta için bilateral TAP blok, umbilikal herni onarımı bir hasta için genel anestezi uygulanmadan bilateral TAP blok, PEG açılması bir hasta için genel anestezi uygulanmadan unilateral TAP blok, ileostomi kapatılması bir hasta için unilateral TAP blok uygulandığı tespit edildi. Kolesistektomi operasyonlarında tek başına anestezi veya postoperatif analjezi amacıyla çeşitli santral ve periferik blok yöntemleri uygulanmaktadır. Bunlar arasında santral bloklardan torakal epidural analjezi/anestezi, periferik bloklardan TAP blok, Erektör Spina



Plane blok, Kuartratus Lumborum blok sayılabilir. Bunlardan TAP blok supin pozisyonda, anestezi altında kolay ve hızlı bir şekilde uygulanmaktadır. TAP blok USG eşliğinde internal oblik kas ve transversus abdominal kas fasyaları arasında seyreden pariyetal periton ve batının ipsilateral cilt innervasyonunu sağlayan torakal sinir liflerinin (T6-T12), bu potansiyel alana lokal anestezi enjekte edilerek bloke edilmesi esasına dayanır. TAP blok sadece ipsilateral blok oluşturduğu için orta hat kesileri ve batının her iki kısmını içine alan kesilerde TAP blok bilateral olarak uygulanmaktadır. Visseral ağrı yollarını bloke edemeyen TAP blok sadece seçilmiş vakalarda anestezi metodu olarak uygulanabilmektedir. TAP blok Kolesistektomi ameliyatlarında sadece postoperatif analjezi amacıyla kullanılmaktadır. Postoperatif Ağrı takibi yapılan kolesistektomi uygulanan toplam toplam 13 hastanın verilerine ulaşıldı. Hastalar uygulanan cerrahi metoda göre laparoskopik ve açık cerrahi olarak, uygulanan rejyonel anestezi yöntemine göre santral ve periferik blok yöntemleri olarak ayrıldı. Uygulanan lokal anestezi ve diğer analjezikler tespit edildi. Postoperatif ağrı skorları değerlendirildi. Açık cerrahi uygulanan 2 hastaya (ASA IV) genel cerrahi uygulanmadan anestezi amacıyla sedasyon eşliğinde torakal epidural blok uygulandığı tespit edildi ve bu hastalara epidural Hasta Kontrollü Analjezi uygulanmıştı. Açık cerrahi uygulanan bu hastaların ek analjezik ihtiyaçları olmadı. Laparoskopik Kolesistektomi (LK) uygulanan toplam 11 olgunun verilerine ulaşılabildi. Bunlardan 3 tanesine blok uygulanmamış ancak postoperatif ağrı skorlarının ve uygulanan analjeziklerin takibi yapılmıştı. LK uygulanan diğer 8 hastaya TAP Blok uygulanmıştı. TAP blok uygulamalarının 7 tanesi sağ unilateral olarak 1 tanesi bilateral olarak gerçekleştirilmişti. Sağ unilateral TAP blok uygulanan hastaların 5 tanesinde 30 cc %0,25'lik bupivacain uygulanırken 2 tanesine 20 cc %0,25'lik bupivacain, Bilateral TAP blok uygulanan hastaya ise her bir tarafa 20 cc olacak şekilde toplam 40 cc %0,25'lik bupivacain uygulanmıştı. TAP Blok uygulanan hastalardan sadece bir tanesinde opioid (tramadol) kullanımı olmuştu. Diğer TAP blok



uygulanan hastalara lüzumu halinde diklofenak sodyum veya parasetamol uygulanmıştı.

Ancak blok uygulanmayan hastalarda ise ağrı skorlarının yüksek olması nedeniyle opiyat (tramadol) kullanımı daha sıklıkla ve opiyatlar diğer nonsteroid analjeziklerle kombine edilerek kullanılmıştı.

Sonuç: Kliniğimizde postoperatif analjezi amacıyla torakal epidural blok ve TAP Blok en sık uygulanan metodlar olarak tespit edilmiştir.



Sözlü Sunu 7

Nadir Görülen Safra Yolları Yaralanması : Strasberg tip C Yaralanma

İsmail Alper Tarım¹, Vahit Mutlu Murat Derebey¹, Oğuzhan Özşay¹, Kağan Karabulut¹

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş: Semptomatik safra kesesi genel cerrahi pratiğinde en sık rastlanılan hastalıklardan biridir. Kolesistektomi genel cerrahi ameliyatları içinde yaygın uygulanan bir prosedürdür. Laparoskopik kolesistektomi semptomatik safra kesesi taşının tedavisinde altın standarttır. İster laparoskopik ister açık kolesistektominin en sık korkulan komplikasyonu safra yolları yaralanmasıdır.

Biz sunumumuzda kolesistektomi esnasında fark edilen, nadir görülen strasberg tip C yaralanması olan olguyu sunmayı planladık.

Olgu sunumu:

Kırk dokuz yaşında bayan hasta sağ üst kadranda ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Hastanın 2010 yılından beri asemptomatik safra kesesi taşı tanısı ile takip edildiğini fakat son 6 aydır yemeklerden sonra sağ üst kadranda kolik tarzda ağrısı olduğunu ifade etti. Hastanın karın ve diğer sistemik muayeneleri doğal, biokimyasal parametleri normal olarak bulundu. Karın ultrasonografisinde safra kesesinde taş tespit edildi. Semptomatik safra kesesi taşı ile laparoskopik kolesistektomi planlandı.

Ameliyata laparoskopik olarak başlandı. Sistik kanal laparoskopik olarak ortaya konulamadığı için açığa geçildi. Retrograd olarak safra kesesi karaciğer yatağından ayrıldı. Sistik arter bulundu ve bağlandı. Sistik kanal ortaya konuldu ve kolesistektomi tamamlandı. Sonrasında karaciğer hillusa yakın bir alandan safra kaçağı olduğu tespit edildi. Safra kaçağının olduğu



alan eksplere edildi. safra kaçağı olan yerden intraoperatif kolenjiografi çekildiğinde sağ posterior hepatik safra kanalının yaralandığı görüldü (Strasberg tip C Yaralanma). Sistik duktus koledoğa kadar disseke edildi. disseksiyon sırasında Sağ posterior hepatik kanalın sistik kanala giriş yeri bulundu. Kanal çapı 2 milimetre idi. Her iki uç arasında doku kaybı olmaması, kanlanmasının iyi olması nedeniyle 7/0 PDS ile tek tek plastik stent üzerinde anastomoz edildi. Post op dönemde komplikasyon gelişmeyen 5. günde taburcu edildi.

Tartışma:

Safra yolu yaralanması kolesistektomi sonrasında karşılaşılan en korkutucu komplikasyondur. Sıklığı %0.3 ile %1.4 arasında değişmektedir. Safra yolları yaralanması ameliyat sırasında yada sonrasında tespit edilebilir. Birçok sınıflama tariflenmiştir. En sık kullanılanları Strasberg - Bismuth sınıflamalarıdır. Safra yolları yaralanması tedavisi yaralanma tipi, yaralanmanın fark edildiği zamana göre değişir. Yaralanma tipine göre endoskopik yada cerrahi olarak tedavi edilebilir. Cerrahi tedavi seçenekleri primer tamir, t tüp drenaj, uc uca anastomoz yada bilye-enterik anastomoz dur.

Sonuç

Bizim olgumuzda görülen tip C yaralanma nadir görülür. Çoğu olguda ameliyat sonrası dönemde fark edilir. Olgumuzda ameliyat sırasında farkedildi. Doku kaybı olmaması, erken dönemde fark edilmesi ve olası hepatikojejuostomi komplikasyonları önlemek amacıyla uç uca anastomoz yapılması tercih edildi.



Sözlü Sunu 8

Olgu sunumu: Pankreas baş kesiminde gelişmiş olan müsinöz kistik neoplazinin total rezeksiyonu

İskender Tandoğan¹, Oktay Aydın¹, Faruk Pehlivanlı¹, Kuzey Aydınuraz¹, Çağatay Erden

Daphan¹

¹Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

Giriş

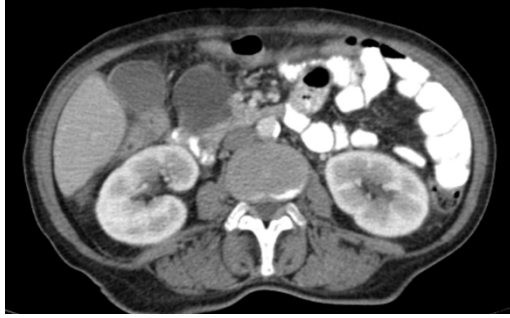
Primer pankreas kistik neoplazilerinin % 45-50'sini müsinöz kistik neoplaziler oluşturur. Epigastrik dolgunluk hissi, sırtta yayılan karın ağrısı, bulantı ve kusma temel şikayetleri oluşturur. Bu lezyonların kistogastrotomi ile nonoperatif olarak drenajı mümkündür. Bu olguda kistogastrotomi ile drenaj sağlanamayan pankreas baş kesimi yerleşimli kistik lezyonun rezeksiyonu ve sonrasındaki klinik seyri anlatılmıştır.

Olgu

Hastanemiz Gastroenteroloji bölümüne lomber bölge ve umbilikal bölgede ağrı ve hassasiyet şikayetiyle başvuran 66yaşında kadın hastanın yapılan tüm abdomen ultrasonografisinde pankreas baş kesiminde 6x6 cm çaplı kistik lezyon izlendi. Biyokimyasal tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri, amilaz, lipaz değerleri normal olan hastanın kontrastlı tüm abdomen BT incelemesinde pankreas dokusu doğal görünümde izlendi ancak baş-gövde kesiminde kistik lezyon saptandı (Şekil 1). Yapılan kistogastrotomi girişiminde drenaj sağlanamaması nedeniyle tarafımıza devredilen hastaya yapılan laparotomide saptanan baş-gövde yerleşimli düzgün sınırlı 7x8 cm çaplı kistik lezyon pankreas dokusundan diseke edilerek rezeke edildi (Şekil 2). İntraoperatif frozen incelemesi 'MüsinözKistikNeoplazi' olarak raporlandı. Kistektomi lojuna yerleştirilen sump drenajından postoperatif dönemde 200 cc/gün seröz özellikte drenaj



oldu. Somatostatin analogu verilerek 5 gün boyunca takip edilen hastanın drenajı günlük 50 cc'ye geriledi. Postoperatif 17. günde drenle izinli gönderilen hastanın dreni postoperatif 25. günde çekilerek hasta şifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. Hastanın preoperatif BT görüntüsü

Şekil 2. Hastanın postoperatif BT görüntüsü

Tartışma ve Sonuç

Pankreasın en sık görülen kistik lezyonları pankreatit komplikasyonu olan psödokistlerdir. Radyolojik görüntüleme tekniklerinin artması ve gelişmesiyle birlikte pankreas kistlerinin insidental olarak görülme sıklığı da artmıştır. Pankreasın kistik neoplazileri özellikle orta yaşta ve kadınlarda sık görülürler. Klinik seyri çok semptomatik olmayan bu lezyonlara kesin tanı bilgisayarlı tomografi ile konulur. Malignite potansiyeli adenokarsinomlar kadar yüksek olmamakla birlikte tedavileri cerrahi rezeksiyondur. Yeterli cerrahi rezeksiyon sonrası sağ kalım %90'ın üzerindedir. Gelişen radyolojik tekniklerle preoperatif dönemde tanı imkânı artmış olmakla birlikte kesin tanı postoperatif dönemde patolojik incelemeyle konulur.



Sözlü Sunu 9

Pankreas nöroendokrin tümörlerinin cerrahi tedavisinin uzun dönem sonuçları

Kürşat R. Serin¹, Melek Büyük², Mine Güllüoğlu², Cem İbiş¹, Yaman Tekant¹, İlgün Özden¹

İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD¹, Patoloji AD²

Giriş: Pankreas nöroendokrin tümörlerinin (P-NET) prognozu, metastatik evrede saptansalar dahi adenokarsinomlara göre daha iyidir.

Amaç: Cerrahi olarak tedavi edilen P-NET hastalarının uzun dönem sonuçlarının irdelenmesi.

Materyal-metod: Şubat 2001-Mayıs 2019 aralığında tedavi edilmiş ortanca yaşı 52 (25-75) olan 43 hastanın (27 kadın, 16 erkek) verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Başvuruda en sık şikayet karın ağrısıydı (n:22); 4 hastada sarılık mevcuttu. Lezyonlar bilgisayarlı tomografi (n:30) ve manyetik rezonans görüntüleme (n:29) ile tanımlanırken 5 hastaya Ga-PET, 4 hastaya da FDG-PET görüntüleme yapıldı. Tümör yerleşim yerleri pankreas başı (n:27), korpus (n:10), kuyruktu (n:6); 8 hastada senkron karaciğer metastazı mevcuttu. Yedi hasta, yaygın karaciğer metastazları (n:5) veya genel durum bozukluğu (n:2) sebebiyle cerrahi girişime uygun bulunmadı.

Ameliyat edilen 36 hastaya pankreatoduodenektomi (n:18), distal pankreatektomi (n:10), enükleasyon (n:4), total pankreatektomi (n:1) ve santral pankreas rezeksiyonu (n:1) yapıldı. Laparotomide çoğul metastaz ve süperiör mezenterik arter invazyonu saptanan birer hasta inoperabl olarak değerlendirildi.

Tüm hastaların patoloji raporları Dünya Sağlık Örgütü 2017 P-NET sınıflamasına göre incelendiğinde 33 hastada nöroendokrin tümör (NET)(insülinoma:8), 1 hastada nöroendokrin karsinom (NEK) (ACTHoma) saptandı. Yirmi dokuz hastada bakılan Ki 67 indeksi ortanca %4'dü (1-40). Radikal rezeksiyon yapılan 24 hastada çıkarılan lenf nodu sayısı ortanca 9 (2-16), hastaların 7'sinde ortanca 3 (1-6) lenf nodu metastazı saptandı. Anjiovenöz invazyon 8/23,



perinöral invazyon 5/21, lenfatik invazyon 8/21 sıklıkta pozitif. İki hastada cerrahi sınır mikroskopik pozitif bulundu.

Ameliyat sonrası ilk 30 günlük mortalite %3'tü (ACTHoma hastası); 14 (%39) hastada Clavien-Dindo grade 3-4 komplikasyon görüldü; 4 atelektazi ve pnömoni (1 torakotomi ile drenaj), 3 pankreas fistülü, 4 karın içi apse (2 perkütan drenaj, 2 antibiyoterapi ile tedavi), 1 kanama, 1 afferent urve sendromu ve 1 karın içi yaygın enfeksiyonun eşlik ettiği safra ve pankreatik mayi kaçağı (tekrarlayan cerrahi girişimler) görüldü.

Rezeksiyon yapılan 31 hasta ortanca 104 (12-169) ay takip edildi. Nüks görülmeyen 19 hastanın takip süresi ortanca 100 (20-152) aydır.

Oniki hastada (%39) ortanca 39 (12-84) ayda nüks görüldü: karaciğer metastazı:7, lenf nodu metastazı:3, karaciğer+lenf nodu metastazı:2. Bu hastalara uzun etkili somatostatin analogu (LAR) tedavisi başlanırken sadece lenf nodunda nüks görülen 2 hastaya lenfadenektomi, soliter karaciğer metastazı saptanan 3 hastaya radyofrekans ablasyon (RF) (n:2) ve rezeksiyon (n:1), yaygın karaciğer metastazı saptanan 1 hastaya da radyoembolizasyon uygulandı. Lenfadenektomi yapılan hastalar 35 ve 70. ayda nüksüz, RF yapılanlar 63 ve 90. ayında (1 hasta nüks metastaz ile) takip edilirken RE yapılan hasta girişimin 14. ayında hastalık sebebi ile kaybedildi. Rezeksiyon yapılan hastada 37. ayda nüks karaciğer metastazı gelişti, rezeksiyonun 85, tanının 169. ayında LAR tedavisi ile takip edilmektedir. Sadece LAR ile izlenen nüksü olan 6 hastadan ikisi takipten çıktı, diğer dört hasta tedavilerinin 40,80,91 ve 107. aylarında takip edilmektedir. Nüks hastalık sebebiyle tedavi edilmiş halen takipte olan 9 hasta ortanca 80 (35-107) aydır hayattadır.

Sonuç: P-NET'de, nüksü ve irrezektabl metastazı olanlarda dahi, radikal tedavi ile uzun dönem sağkalım sağlamak mümkündür.



Sözlü Sunu 10

Postoperatif safra kaçağı ve darlığı olan hastalarda endoskopik tedavi sonuçlarının retrospektif analizi

Tolga Düzenli¹, Hüseyin Köseoğlu¹, Barış Yılmaz²

¹Hitit Üniversitesi Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Çorum

²Çorum Özel Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Çorum

Amaç: Safra kaçakları ve darlıkları, biliyer traktı içeren cerrahi prosedürleri takiben sıklıkla karşımıza çıkabilmektedir. Endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP), safra kaçakları ve darlıklarının tanı ve tedavisinde önemli rolü olan yöntemlerden biridir. Çalışmamızın amacı, postoperatif safra kaçakları ve darlıklarının tanı ve tedavisinde kliniğimizin ERCP deneyimlerini paylaşmaktır.

Materyal ve Metod: 2017-2020 yılları arasında cerrahi sonrası gelişen safra kaçakları ve darlıkları için ERCP yapılan olgular çalışmaya dahil edildi. Demografik veriler, etyoloji, klinik, endoskopik tedavi yöntemleri ve sonuçları hastane bilgisayar sisteminden alınarak kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 30 hasta (16 kadın, 14 erkek) dahil edildi. Yaş aralığı 25-86 (ortalama $56,6 \pm 17,4$) idi. Hastalardan 26 tanesi kolesistektomi sonrası, 4 tanesi ise karaciğer kist hidatiği cerrahisi sonrası safra kaçağı veya darlığı gelişen olgulardı. Bu olgularda en sık semptom ve bulgular; perkütan drenden safra geleni olması (n=21, %70), karın ağrısı (n=6, %20), sarılık veya hiperbilirubinemi (n=3, %10) idi. 25 hasta (%83,3) ERCP ile tedavi edilirken, 4 (%13,3) hastaya ERCP sonrası cerrahi ve 1 hastaya (%3,3) ERCP sonrası perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) uygulanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların özellikleri Tablo 1' de sunulmuştur.



Kolesistektomi sonrası ERCP ihtiyacı duyulan 26 hastanın Amsterdam ve Strasberg sınıflamalarına göre dağılımları Tablo 2' de sunulmuştur.

Dört hastada (%13,3) kist hidatik cerrahisi sonrası kistobilyer fistül mevcuttu. Bu hastalar ERCP ile sfinkteratomi ve biliyer plastik stent takılarak tedavi edildi. Kistobilyer fistül olan olgularda tedavi başarısı %100 idi.

ERCP yapılan hastaların işlem öncesi laboratuvar tetkikleri Tablo 3' de verilmiştir.

Sonuç: ERCP safra hasarlarının teşhis ve tedavisinde kullanılan etkili bir yöntemdir. Postoperatif safra hasarlarının endoskopik tedavisi etyolojik neden ve fistüle eşlik eden diğer faktörlere göre bireyselleştirilmelidir.

Tablo 1. Postoperatif safra hasarı olan ile ERCP yapılan hastalar demografik ve klinik özellikleri

		n (toplam=30)	%
Yaş	25-86 arası (ortalama: 56,6 ±17,4) (median: 58,5)		
Cinsiyet	Kadın	16	53,3
	Erkek	14	46,7
Ameliyat tipi	Laparoskopik kolesistektomi	19	63,3
	Açık kolesistektomi	4	13,3
	<i>Kist hidatik</i>	4	13,3
	Lap.başlanıp açığa dönülen	3	10
Safra kaçağı semptomları	Karın ağrısı	6	20
	Sarılık veya hiperbilirubinemi	3	10
	Postoperatif biliyer drenaj	21	70
Tedavi Şekli	ERCP	25	83,3
	ERCP+PTK	1	3,3
	ERCP+Cerrahi	4	13,3
ERCP zamanı	Postop 2-30 gün arası (median:6,5 gün)		
	Erken (ilk 10 gün)	18	60
	Geç (>10 günden sonra)	12	40
Endoskopik tedaviler	Endoskopik sfinkteratomi	6	20
	Endoskopik sfinkteratomi +Biliyer stent	24	80
Safra kaçağı miktarı	Yok	6	20
	Düşük	22	73,3
	Yüksek	2	6,7
Post ERCP komplikasyon			



	Yok	28	93,3
	Var	2	6,7
ERCP yeterli oldu mu			
	Hayır	5	16,7
	Evet	25	83,3
Uygulanan ERCP sayısı			
	1	8	26,7
	2	18	60
	3	4	13,3
ERCP tanısı			
	Postkolesistektomi darlık	4	13,3
	Biliyer kaçak	26	86,7
Prognoz			
	Vefat	1	3,3
	Şifa ile taburcu	29	96,7

ERCP endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi PTK perkütan transhepatik kolanjiografi

Tablo 2. Postkolesistektomi safra hasarı olan hastaların Amsterdam ve Strasberg sınıflamalarına göre dağılımları

	n=26	%
Amsterdam Tip*		
Tip A: Sistik kanaldan kaçak	17	56,7
Tip B: Koledok ve dış safra yollarından kaçak	5	16,7
Tip C: Safra yollarının bağlanması, kliplenmesi veya darlığı	4	13,3
Strasberg Tip**		
Tip A: Sistik kanaldan veya safra kesesi yatağındaki küçük safra kanallarından safra kaçağının oluşması	17	56,7
Tip C: Aberan sağ hepatic kanalın distalinin bağlanıp safra kesesi ile birlikte çıkarılması, proksimalinin açık kalması ve buradan safra kaçağının oluşması	1	3,3
Tip D: Ana safra kanalında lateral yaralanmanın oluşması	4	13,3
Tip E3: Sağ ve sol hepatic kanal bifurkasyonu hizasında darlık varlığı	3	10,0
Tip E4: Sağ ve sol hepatic kanalları tutan darlık varlığı	1	3,3

* Amsterdam sınıflaması - **Tip A:** Sistik kanaldan kaçak **Tip B:** Koledok ve dış safra yollarından kaçak **Tip C:** Safra yollarının bağlanması, kliplenmesi veya darlığı **Tip D:** Ana safra kanalının tam kesisi

** Strasberg sınıflaması - **Tip A:** Sistik kanaldan veya safra kesesi yatağındaki küçük safra kanallarından safra kaçağının oluşması; **Tip B:** Aberan sağ hepatic kanalın proksimal ve distalinin bağlanıp safra kesesi ile birlikte çıkarılması; **Tip C:** Aberan sağ hepatic kanalın distalinin bağlanıp safra kesesi ile birlikte çıkarılması, proksimalinin açık kalması ve burada safra kaçağının oluşması; **Tip D:** Ana safra kanalında lateral yaralanmanın oluşması; **Tip E1:** Ana safra yolunun tam kesilmesi ve kalan ana hepatic kanal uzunluğunun 2 cm den fazla olması; **Tip E2:** Ana safra yolunun tam kesilmesi ve kalan ana hepatic kanal uzunluğunun 2 cm den az olması; **Tip E3:** Sağ ve sol hepatic kanal bifurkasyonu hizasında darlık varlığı; **Tip E4:** Sağ ve sol hepatic kanalları tutan darlık varlığı; **Tip E5:** Aberan sağ hepatic kanalın proksimal ve distalinin bağlanıp safra kesesi ile birlikte çıkarılması ile birlikte ana hepatic kanalda tam darlık varlığı



Tablo 3. ERCP yapılan hastaların işlem öncesi laboratuvar tetkikleri

Pre-ERCP test	Minimum	Maximum	Ortalama ± Std. Deviasyon
WBC, (10 ³ /mm ³)	4.930	19.560	9379 ± 3200
Hemoglobin, (g/dL)	8,1	14,6	11,27 ± 1,63
PLT, (10 ³ /mm ³)	131	684	281,8 ± 148,7
AST, (U/L)	14	212	53,9 ± 49,3
ALT, (U/L)	6	214	49,0 ± 54,0
Total Bilirubin, (mg/dl)	0,2	12,8	1,86 ± 3,2
Direk Bilirubin, (mg/dl)	0,1	7,7	0,878 ± 1,904
Üre, (mg/dl)	12	54	29,07 ± 12,61
Kreatinin, (mg/dl)	0,3	1,5	0,75 ± 0,30
Sodyum, (mEq/L)	131	153	137,5 ± 4,4
Potasyum, (mmol/L)	3,2	5,1	3,98 ± 0,49

WBC, beyaz küre sayısı; PLT, platelet sayısı; AST, aspartat aminotransferaz; ALT, alanin aminotransferaz



YAŞLI POPULASYONDA LAPAROSKOPIK KOLESİSTEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Mehmet Kağan Katar¹, Pamir Eren Ersoy¹

¹Yozgat Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş: Safra taşı hastalığı, abdominal cerrahi için en yaygın endikasyonlardan biridir. Prevalansı tüm popülasyonlarda ve her iki cinsiyette yaşla birlikte artmaktadır. Genel popülasyonda laparoskopik kolesistektominin (LK) hem semptomatik safra kesesi taşlarında hem de akut kolesistit durumunda standart tedavi olduğu kabul edilmektedir ancak literatürde yaşlılarda kolesistektominin rolünü değerlendiren birçok çalışma yer almaktadır. Bu çalışmada, yaşlı hastalarda safra taşı hastalığı için uygulanan LK deneyimlerimizi değerlendirmeyi amaçlamaktayız.

Metod: Kliniğimizde Ocak 2015-Ocak 2020 tarihleri arasında LK uygulanan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. 65 yaş üzeri olanlar çalışmaya dahil edildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup-1, 65 ile 74 yaş arası hastalardan; Grup-2 ise 75 yaş ve üzeri hastalardan oluşturulmuştur. Tüm hastaların demografik verileri, American Society of Anesthesiology (ASA) skorları, ameliyat süresi, hastanede kalış süreleri, komplikasyon ve mortalite durumları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Grup-1'de 254 ve Grup-2'de 49 hasta olmak üzere toplam 303 hasta çalışmaya dahil edildi. Grup-1'de yaş ortalaması 68.01 ± 2.37 iken Grup-2'de yaş ortalaması 77.41 ± 2.31 olarak belirlenmiştir. Grup-1'de 155 (%61) kadın, 99 (%39) erkek yer alırken; Grup-2'de 32 (%65.3) kadın, 17 (%34.7) erkek yer almıştır. İki grup arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak



anlamli fark tespit edilmemiştir ($p=0.572$). Ayrıca Grup-1'de 178 (%70.1) hastanın ASA skoru 2 ve 76 (%29.9) hastanın ise ASA skoru 3 olduğu; Grup-2'de ise 24 (%49) hastanın ASA skoru 2 ve 25 (%51) hastanın ise ASA skoru 3 olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan Grup-1'deki hastaların 98 (%38.6)'i acil olarak operasyona alınırken 156 (%61.4)'sı elektif şartlarda operasyona alınmıştır. Grup-2'de ise 27 (%55.1) hasta acil olarak operasyona alınırken 22 (%44.9) hasta elektif şartlarda operasyona alınmıştır. Yapılan istatistiksel incelemede Grup-2'deki acil operasyon oranının Grup-1'e göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.032$). Grup-1'deki operasyon süresi ortalaması 52.09 ± 12.69 dakika, Grup-2'de ise 55.71 ± 12.54 dakika olarak tespit edilmiştir. Her iki grup arasında operasyon süresi ortalaması açısından istatistik olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.064$). Postoperatif dönemde, Grup-1'de 3 hastada yara yeri enfeksiyonu, 1 hastada pankreatit ve 1 hastada pnömoni gelişirken; Grup-2'de 2 hastada pnömoni ve 1 hastada ise yara yeri enfeksiyonu gelişmiştir. Her iki grup arasında komplikasyon oranları açısından istatistik olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.097$). Buna karşın; 303 hastanın tamamı göz önünde bulundurulduğunda, komplikasyonlarının tamamının acil olarak operasyona alınan hastalarda geliştiği tespit edilmiştir. Her iki grupta da mortalite yaşanmadığı belirlenmiştir. Ayrıca hastanede kalış süresi ortalamasının Grup-1'de 4.52 ± 1.67 gün ve Grup-2'de 5.06 ± 1.94 gün olduğu belirlenmiş olup; hastanede kalış süresi açısından iki grup arasında istatistiksel fark saptanmamıştır. Ancak 303 hastanın tamamı göz önünde bulundurulduğunda acil operasyona alınan hastaların hastanede kalış süresi ortalamasının (4.94 ± 1.93 gün), elektif şartlarda opere edilenlere (4.38 ± 1.52 gün) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0.015$)

Sonuç: Laparoskopik kolesistektomi yaşlı hastalarda uygulanabilir ve güvenli bir prosedürdür. Çalışmamıza dahil edilen hastalarda gelişen komplikasyonların tamamının acil operasyona



alınan hastalarda meydana geldiği ve acil operasyona alınanların hastanede kalış süresinin daha uzun olduğu göz önünde bulundurulduğunda; yaşlı popülasyonda akut kolesistit ve ilgili komplikasyonların gelişmesinden önce, tekrarlanan safra taşı semptomları meydana geldiğinde elektif tedavi önerilmelidir.