



JED BÜLTENİ

MART 2013

MAKALE

LAPAROSKOPIK JINEKOLOJİK CERRAHİ ESNASINDA ABDOMİNAL DUVAR SİNİR HASARI: İNSİDANS, RİSK FAKTÖRLERİ VE TEDAVİ SONUÇLARI

MAKALE

ROBOT EŞLİĞİNDE YAPILAN JINEKOLOJİK CERRAHİDE TRENDLENBURG POZİSYONU

GÜNCEL

ROBOTİK CERRAHİDE YENİ GELİŞMELER

TEKNOLOJİ

TEK İNSİZYON LAPAROSKOPIK CERRAHİ (TILC) PORTLARININ DEĞİŞİK TİPLERİ



Annual MESGE Congress
in Conjunction with the
**Turkish Society of
Gynecological Endoscopy**



www.jed.org.tr



April 24 - 28, 2013

Susesi Luxury Resort, Antalya / TURKEY

ETKİNLİKLER

- 16.03.2013 - 20.03.2013** Short Course preceding the cadaveric session Akola, Hindistan.
- 20.03.2013 - 22.03.2013** Modern Hysteroscopy, Leuven, Belçika
- 21.03.2013 - 22.03.2013** Transvaginal Laparoscopy Course, Leuven, Belçika
- 22.03.2013 - 23.03.2013** Hand's on Cadaveric training program for Lap hysterectomy MSRamaiah Centre Akola, Hindistan
- 27.03.2013 - 29.03.2013** A-Z Laparoscopic Suturing, Leuven, Belçika
- 13.04. 2013** 9.Uluslararası AAGL Toplantısı, Cape Town, Güney Afrika



Genç Endoskopistler Platformu

Editör: Prof. Dr. FATİH ŞENDAĞ
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,
Bornova - İZMİR
fatih.sendag@gmail.com

Hazırlayan: Yard. Doç. Dr. CEM ÇELİK
Namık Kemal Üniversitesi Kadın
Hastalıkları ve Doğum ABD
TEKİRDAĞ
ccelik@nku.edu.tr

Jinekolojik Endoskopi Derneği Yönetim Kurulu: **Başkan:** Prof Dr Fatih Şendağ - **Onursal Başkan:** Hikmet Hassa
2. Başkan: Prof. Dr. Onur Karabacak - **Genel Sekreter:** Prof. Dr. Bülent Berker **Sayman:** Doç Dr. Çağatay Taşkıran
Üyeler: Prof. Dr. Ahmet GÖÇMEN - Prof. Dr. Mehmet Ali VARDAR - Prof. Dr. Metin Çapar

- ÖNSÖZ -



Sayın Meslektaşlarım,

Jinekolojik Endoskopi Derneği (JED)'nin e-Bülten'i, yeni sayısıylar tekrar sizlerle buluşuyor.

Son günlerdeki gelişmeler ile ilgili kısaca bilgi vermek istiyorum.

*2 Şubat 2013 tarihinde İstanbul'da Genç Endoskopistler Platformu (GEP) toplantısı gerçekleştirildi. GEP başkanlığına **Dr. Ali Akdemir**, başkan yardımcılığına **Dr. Funda Göde** getirildi. Ayrıca alt gruplar oluşturularak GEP üyeleri arasında görev almak isteyenler arasında iş dağılımı yapıldı ve 24-28 Nisan 2013 tarihleri arasında düzenleyeceğimiz MESGE kongresinde GEP oturumu planlandı. Böylelikle endoskopiye gönül vermek isteyen gençlere uluslararası platformda sunum yapma imkanı sağlandı.*

*Bildiğiniz üzere **MESGE kongresi** hazırlıkları tamamlandı ve büyük bir heyecan ile kongreyi beklemekteyiz. 200'ün üzerinde bildirinin gönderildiği kongremizde hem ulusal hem de uluslararası alandaki deneyimler paylaşılacaktır. Kongre öncesi 7 kurs planlandı ve kurslar dünyaca ünlü endoskopik cerrahlar tarafından verilecektir. Ayrıca, çeşitli ülkelerden 6 canlı cerrahi yayını gerçekleştirilecektir. Tüm meslektaşlarımızı bu bilimsel şölene bekliyoruz.*

Sağlık ve başarı dolu günler dileğiyle,

Sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Fatih ŞENDAĞ

JED Başkanı

LAPAROSKOPİK JİNEKOLOJİK CERRAHİ ESNASINDA ABDOMİNAL DUVAR SİNİR HASARI: İNSİDANS, RİSK FAKTÖRLERİ VE TEDAVİ SONUÇLARI

Ja Hyun Shin, Fred M Howard

Journal of Minimally Invasive Gynecology 2012; 19: 448-453.

GİRİŞ: Laparoskopik insizyonlara bağlı komplikasyon riski, özellikle de trokarla ilişkili damar ve bağırsak yaralanmaları ve postoperatif herniler iyi bilinmektedir. Ancak lateral port girişlerine ve fasya onarımlarına bağlı abdominal duvar sinirlerinin yaralanması riski ve bunun ardından görülen ağrı daha az bilinir ve daha az araştırılmıştır. Lumber pleksusun dalları olan iliohipogastrik ve ilioinguinal sinirler abdominal oblik kaslar boyunca uzanır ve oblik bir dağılımla üzerinde yer alan cildi innerve ederler. Bu duyuşal sinirlerin özellikle pfannenstiel, apendektomi ve inguinal herni onarımı esnasındaki hasarına bağlı postoperatif ağrı ortaya çıkar. Bu sinirlerin anatomik dağılımı, aynı zamanda laparoskopik jinekolojik cerrahi esnasında hasar görmelerine de imkan verir.

Bu çalışmanın amacı, iliohipogastrik ve ilioinguinal sinirlerin laparoskopik pelvik girişimlerde alt batına lateral port yerleştirilmesine ve fasya defektinin EndoClose gibi sık kullanılan araçlarla onarımına bağlı olarak yaralanma riskinin araştırılması idi.

ARAÇ VE YÖNTEMLER: 2008 ve 2011 yılları Ocak ayları arasında bu çalışmanın yazarlarından biri tarafından gerçekleştirilen tüm laparoskopik girişimlerin elektronik kayıtları gözden geçirilmiştir. Cerrahi vakalar, bir üniversite hastanesinin minimal invazif cerrahi bölümünün hastaları idi. Çalışmaya, alt batına lateral port uygulanan ve takip verileri bulunan hastalar dahil edilmiştir.

Tüm laparoskopik işlemler için 5 – 12 mm OptiView trokarlar kullanılmıştır. Çalışmaya ayrıca da Vinci 8 mm trokar kanüllerinin kullanıldığı 3 robotik cerrahi vakası da dahil edilmiştir. Standart trokar yerleşimi umbilikustan bir 5 ya da 12 mm port ve alt batında ön iliyak kanadın yaklaşık 2 cm üzerine bilateral portlar yerleştirilmesi şeklindeydi. Önceden laparotomi geçirmiş olan ya da daha fazla doku manüplasyonu gerektiren karmaşık vakalarda bir sol üst kadran portu da kullanılmıştır.

Bu çalışmada, dermatomal innervasyonları üstüste geldiği ve bunları klinik olarak ayırt etmek güç olduğu için, iliohipogastrik ve ilioinguinal sinirler birlikte kategorize edilmiştir. Sinir hasarı, muayenede saptanan ağrı semptomları ile belirlenmiştir. Semptomatik kanıtlar ise, insizyon yerinde batıcı veya yanıcı tarzda ağrı olması idi. Muayenesi ya da hikayesi pozitif bulgular gösteren hastaların bir çoğunda, teşhis duyuşal liflerin lokal anestetik enjeksiyonu ile bloke edilmesiyle doğrulanmıştır. Bunlara rağmen kalıcı ya da kötüleşen ağrısı olan hastalara fasya dikişinin gevşetilmesine yönelik cerrahi girişim uygulanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 15 programı ile gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya alınma kriterlerine uyan toplam 317 vaka vardı, bunlardan 173'ünde 5 ya da 8 mm'lik lateral trokar kullanılmış ancak fasya kapatılması gerekmemiştir; 143'ünde ise 12 mm'lik defektten ve birinde de 8 mm'lik defektten fasya onarımı yapılması gerekmiştir. Fasya kapatılması gerekmeyen insizyonlarla ilişkili hiç sinir hasarı vakası yoktu. Fasya kapatılması yapılan 144 vakadan, 7'sinde (%4,9) sinir hasarı belirlenmiştir (p= 0,004).

Vakaların 107'sinde fasya Carter-Thomason ile, 37 vakada ise EndoClose ile kapatılmıştır. Sinir hasarı Carter-Thomason kullanılan 5, EndoClose kullanılan ise 2 vakada görülmüştür. Sinir hasarı riski bu iki grupta istatistiksel olarak anlamlı farklılığa ulaşmamıştır.

Sinir hasarı görülen hastaların tümünde, erken postoperatif dönemde ya da postoperatif ilk günde port giriş yerine lokalize ağrı görülmüştür. Hafif rahatsızlık hissedilen bir hastanın dışındaki hastalarda, şiddetli “yanıcı”, “batıcı” ya da “keskin” tarzda ağrı görülmüştür. Tüm hastalara süresi hastanın yanıtına göre değişen bir kür ilaç tedavisi denenmiştir. Bir haftanın sonunda ağrıda rahatlama olmayan altı hastaya cerrahi girişim uygulanarak, fasya dikişi bulunarak gevşetilmeye çalışılmıştır. Sadece bir hastada cerrahide fasya dikişi saptanamamıştır.

TARTIŞMA: İliohipogastrik – ilioinguinal sinir laparoskopik jinekolojik cerrahi esnasında, lateral port giriş yerindeki fasya defektinin onarımı esnasında sinir hasarına uğrama riski altındadır. Bu çalışmada, sinir sıkışması ve nöropatik ağrı için tedavi uygulanması gereksinimi riskinin insidansı %4,9 olarak belirlenmiştir. Bu hasarların hiçbirisi, fasya defekti onarımı yapılan hastalarda görülmemiştir. Bu bulgularla fasiyal dikişin çıkarılmasının ardından ağrının yüksek oranda giderilmesi birlikte ele alındığında, laparoskopik cerrahi sonrasında alt kadranda doğrudan portla ilişkili travmadan ziyade, sinir sıkışmasına bağlı nöropatik ağrı görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir. Bu çalışmanın sonuçları, sinir sıkışmasının nispeten sık görülen bir komplikasyonu olduğunu ve dikkat edilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Semptomları sıklıkla cerrahiden hemen sonra ortaya çıkmakta ve tedavi edilmezse kalıcı olmaktadır. Genelde, kısa bir medikal tedavi denemesinin ardından cerrahi olarak dikişin çıkarılması gerekmektedir. Bu çalışmada postoperatif dönemde tedavi edilmeyen nöropatik ağrıların spontan olarak iyileşmesi ile ilgili veri elde edilmemiştir. Ancak, daha önce Pfannenstiel insizyonlarla ilgili yapılmış bir çalışmada hastaların %9 kadarında, vakaların yaklaşık yarısında sinir sıkışmasına bağlı olan belirgin kronik abdominopelvik ağrının postoperatif 1 – 3 yıla kadar devam ettiği bulunmuştur. Mevcut çalışmanın verileri, sinir sıkışmasına bağlı hasarın da laparoskopik fasya onarımı sonrasında Pfannenstiel insizyonlarla yaklaşık olarak aynı sıklıkta görüldüğünü göstermektedir.

Diğer retrospektif çalışmalarda olduğu gibi, bu çalışmada da çalışma tasarımına bağlı bazı çelişkiler mevcuttur. Örneğin, hastalarda görülen pelvik ağrı endometriyozise ya da bir over artığına bağlı olabilir ve bu durumlar kolaylıkla ekarte edilemez.

İliohipogastrik – ilioinguinal sinir hasarının primer olarak önlenmesi kolay olmayabilir çünkü sinir yolakları değişken olabilir ve port yerleşim yerleri cerrahi ya da kozmetik endikasyonlara bağlı olarak değişebilir. Bu çalışmada, sinir hasarı görülen kadınların geçirilmiş laparotomi sayıları, sinir hasarı görülmeyenlerden daha fazlaydı. Olasılıkla, önceki abdominal skar port yerleşim yerini etkilemiş olabilir ve ön iliyak çıkıntının inferomediyale yerleştirildiğinde abdominal duvar sinir hasarını artırıyor olabilir.

Alt batin bölgesiyle ilişkili laparoskopik girişimler sonrasında fasyal onarım esnasında sinir sıkışmasını önlemek için alınabilecek birçok önlem vardır. Fasya uçlarının sıkıca dikilmek yerine birbirine doğru dikkatlice yaklaştırılması sinir sıkışması riskini azaltabilir. Bıçaksız trokar kullanmanın fasya kapatılması gereksinimini azaltıp azaltmayacağı hakkında çok fazla veri yoktur; ancak bu rutin uygulamaya girmeden önce başka çalışmalar yapılarak doğrulanması gerekir.

SONUÇ: Jinekolojik laparoskopik cerrahilerde alt batin bölgesindeki lateral insizyonda fasya onarımı gerekmesi durumunda, sinir sıkışması semptomlarının hızlıca fark edilmesi çok önemlidir. Fasya dikişlerinin serbestleştirilmesi şeklindeki erken cerrahi yaklaşım, postoperatif iliohipogastrik – ilioinguinal sinir sıkışması ağrısını gidermede etkili görünmektedir.

Dr. Aybala Akıl’a teşekkür ederiz.

ROBOT EŞLİĞİNDE YAPILAN JİNEKOLOJİK CERRAHİDE TRENDLENBURG POZİSYONU

Ali Ghomi, Christina Kramer, Reza Askari, Niraj R. Chavan, Jon I. Einarsson

Journal of Minimally Invasive Gynecology 2012; 19: 485-489.

GİRİŞ: Pelvik cerrahide cerrahi alanın yeterli şekilde görülebilmesi için hastanın uygun Trendelenburg pozisyonuna alınması önemlidir. Geleneksel laparoskopiyle karşılaştırıldığında, robotik cerrahide sıklıkla daha belirgin bir Trendelenburg pozisyonu kullanılmaktadır. Bugüne dek, robotik cerrahide yapılan çalışmalarda Trendelenburg pozisyonunun derecesi objektif olarak araştırılmamıştır. Bu deskriptif çalışma, daha düşük derecede bir Trendelenburg pozisyonunun da cerrahi saha görüşünü ya da sonucu azaltmaksızın benign jinekolojik robotik cerrahide başarıyla kullanılıp kullanılamayacağını araştırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

ARAÇ VE YÖNTEMLER: Bu çalışmada, 1 Ekim 2010 ve 30 Aralık 2010 tarihleri arasında benign endikasyonlarla robot eşliğinde jinekolojik cerrahi uygulanan 20 ardışık hasta değerlendirilmiştir. Cerrahi endikasyonları arasında menoraji, semptomatik leiomyom, pelvik ağrı ve pelvik organ prolapsusu bulunmaktaydı. Tüm girişimler benzeri ameliyatlardan en az 200 kez yapmış olan deneyimli bir robotik cerrah tarafından uygulanmıştır. Tüm ameliyatlarda da Vinci SI Cerrahi Sistem kullanılmıştır. Tüm vakalarda 35 derece maksimum Trendelenburg uygulayabilen aynı motorize ameliyat masası kullanılmıştır. Batın içi yeterli basınca kadar insuffle edildikten sonra, hastalar, cerrah tarafından belirlenen, cerrahi sahanın yeterli şekilde görülebileceği uygun Trendelenburg pozisyonuna alınmıştır. Ameliyatın robotik kısmı tamamlandıktan sonra, 9 inçlik bir Husky dijital ölçüm sistemi ile Trendelenburg derecesi ölçülmüştür. Cerrah ve tüm cerrahi ekip ölçülen dereceye kördü. Tüm istatistiksel hesaplamalar aynı yazılım kullanılarak yapılmıştır (STATA 10.0).

BULGULAR: Tüm girişimler laparotomiye dönmeye gerek olmaksızın robot ile başarılı şekilde gerçekleştirilmiştir. Vakaların hiçbirinde masanın eğiminin ayarlanması gerekmemiştir. Tüm hastalar 24 saatlik gözlem sürecinin ardından taburcu edilmiştir. Çalışmadaki medyan konsol süresi 87,7 dakika, kullanılan ortalama Trendelenburg derecesi 16,4 derece idi. Cerrahi değişkenler ve Trendelenburg derecesi arasındaki korelasyon analizlerinin hiçbirisi istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmamıştır.

TARTIŞMA: Bu çalışmada, robot eşliğinde jinekolojik cerrahilerde yeterli cerrahi saha görüşü sağlanabilmesi için maksimum ya da aşırı (tam) Trendelenburg pozisyonunun rutin olarak gerekli olmayabileceği şeklindeki hipotez doğrulanmıştır. Robot eşliğindeki benign jinekolojik cerrahi, ortalama derecede bir Trendelenburg pozisyonu ile de ameliyat süresi uzamadan ya da perioperatif komplikasyonların oranı artmadan etkin bir şekilde gerçekleştirilebilir.

Aşırı Trendelenburg pozisyonu, ilk olarak ürologlar tarafından robotik prostatektomi esnasında prostat bezini tam olarak görebilme amacıyla uygulanmaya başlanmıştır. Jinekolojik onkologlar da lenfadenektomi uygulamalarında, barsakların hedef anatomik alandan uzaklaşması için mutlak tam Trendelenburg pozisyonu kullanmıştır. Ancak tıbbi literatürde, Trendelenburg derecesinin “aşırı” ya da “maksimum” olması gerektiği şeklinde bir fikir birliği bulunmamaktadır. Birçok farklı kaynaktan, “aşırı” Trendelenburg farklı derecelere tanımlanmaktadır. Ayrıca, birçok robotik ürolojik ve jinekolojik cerrahide “aşırı” tanımlaması derece olarak belirtilmemiştir, bu nedenle kullanılan gerçek derece ile ilgili spekülasyon yapılabilir.

Bu çalışmada, ortalama Trendelenburg derecesi 16,4 olarak saptanmıştır ve birçok cerrahinin aşırı Trendelenburg olmaksızın gerçekleştirilebileceği gösterilmiştir. Ayrıca, derecenin birçok yayındakinden daha az olmasına karşın, robotik konsol süreleri karşılaştırılabilir. Bunlarla birlikte, bu çalışma robotik jinekolojik cerrahide farklı Trendelenburg derecelerinin cerrahi sonucu etkileyip etkilemediği şeklinde yeni soruları da akla getirmiştir.

SONUÇ: Bu çalışmanın sonuçları, robotik jinekolojik cerrahinin, aşırı Trendelenburg kullanılmaksızın da başarıyla uygulanabileceğini göstermiştir. Robotik cerrahide aşırı Trendelenburg pozisyonuna bağlı olası komplikasyonlar düşünüldüğünde, bu tekniğin rutin olarak uygulanıyor oluşu sorgulanmalıdır.

- GÜNCEL -

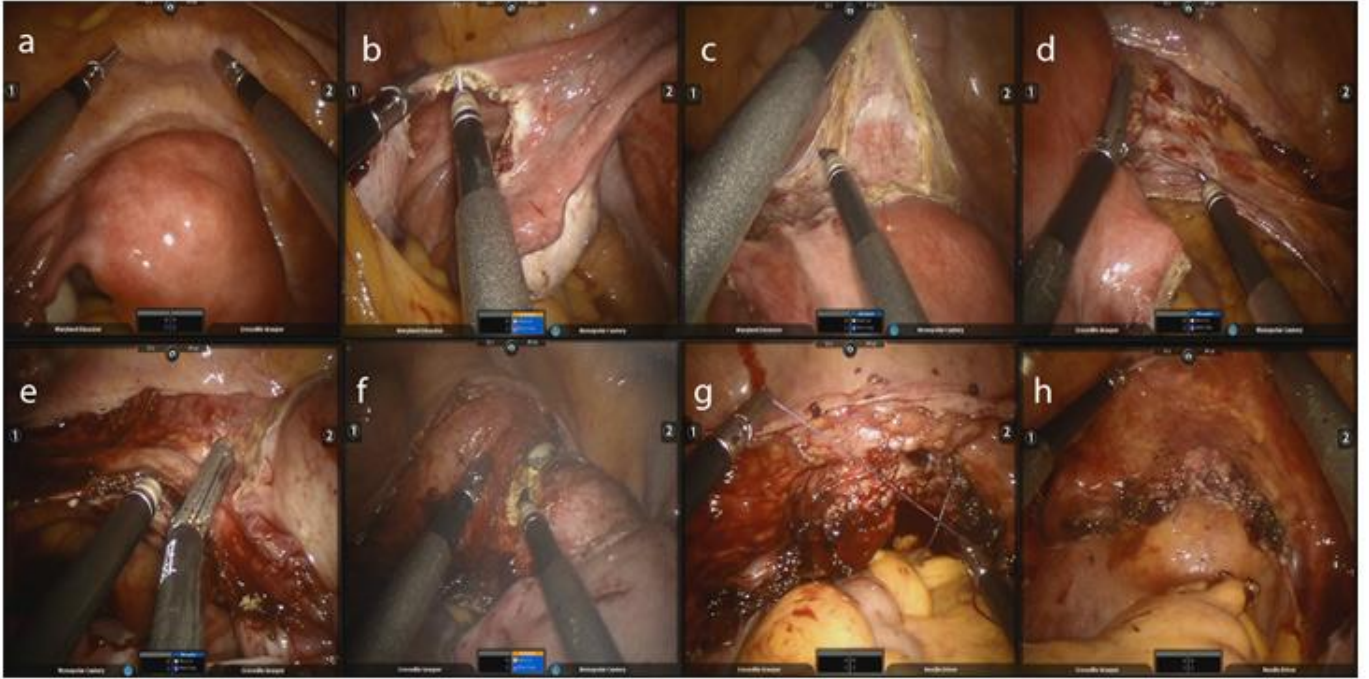
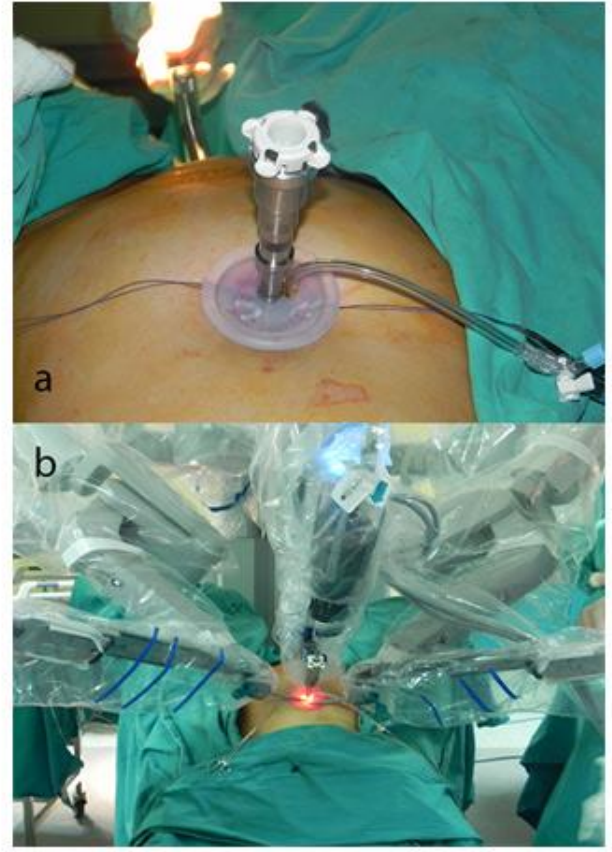
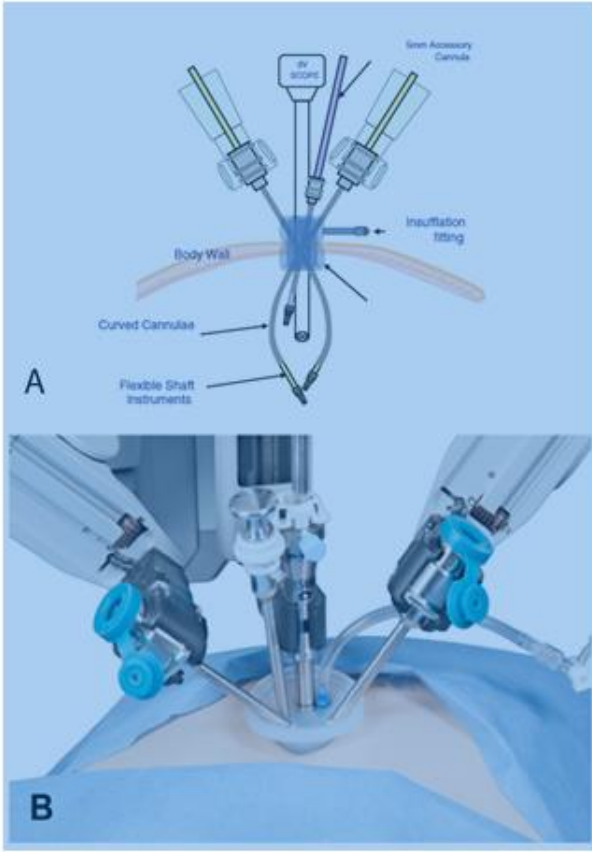
Robotik Cerrahide Yeni Gelişmeler

İzmir'deki Ege Üniversitesi Hastanesi'nde, **Türkiye’de ilk kez** 17.01.2013 tarihinde, Prof. Dr. **Fatih Şendağ** ve ekibi, **da Vinci SI Cerrahi Robot** ile “single-site robotik platform” enstrümanları kullanarak “**tek kesiden transumbilikal total histerektomi ve bilateral salpingoofektomi**” operasyonunu başarıyla gerçekleştirdi.

Türkiye’de bir ilki gerçekleştirmenin gururunu yaşadıklarını belirten Prof. Dr. Fatih Şendağ, daha önce robotik cerrahi sistem yardımı ile tek kesi transumbilikal histerektomi operasyonlarının yapılabildiğini ancak bu operasyonlarda 8 mm konvansiyonel robot enstrümanları ve 12 mm konvansiyonel robotik optik sistem kullanıldığı bu nedenle de umbilikal kesinin yaklaşık olarak 3,5 - 4 cm ye kadar uzatılması gerektiğini belirtti.

Fakat son dönemde robotik cerrahi sistemin kendisi için geliştirilmiş olan “single-site platform” ünitesinin, bahsi geçen ameliyatı yine bu üniteye ait “single-site port” yoluyla 8 mm lik optik sistemin ve 5 mm lik robotik kol enstrümanlarının kullanımı ile 2.5-3 cm bir umbilikal kesiden yapmaya olanak sağladığını belirtti.

Ayrıca, da Vinci single-site platform enstrümanları kullanılarak gerçekleştirilen operasyon yöntemlerinin yurtdışında kadavra modelleri ve hayvan modelleri üzerinde gerçekleştirilirken, bu yöntemle gerçekleştirdikleri operasyonla Türkiye’de ve hatta dünyada önemli bir gelişmeye imza attıklarını belirtti.



Ülkemizde jinekolojik endoskopinin yaygınlaşması ve gelişmesi amacıyla jinekolojik endoskopiye ilgi duyan genç meslektaşlarımızı tek bir çatı altında toplamak, ve bu genç neslin mevcut sağlık politikaları nedeniyle bir miktar kaybolan motivasyonlarının tekrar kazanıp ülke bilimine ve sağlık hizmeti kalitesine artı değerler katmak için Jinekolojik Endoskopi Derneği çatısı altında oluşturulan çalışma grubu “Genç Endoskopistler Platformu” (GEP) ilk toplantısını 2 Şubat 2013 tarihinde İstanbul Point Hotel Taksim’de gerçekleştirmiştir. Prof. Dr. Fatih Şendağ başkanlığında endoskopiye ilgi duyan yurdun değişik illerinden yaklaşık 40 meslektaşımız toplantıya katılmıştır. JED’in çatısı altında toplanan Genç Endoskopistler Platformu (GEP)’ na başkanlık için Dr. Ali Akdemir, yardımcı başkan olarak Dr. Funda Göde seçilmiştir.

Toplantıda, genç arkadaşlarımızın endoskopi eğitimi ile ilgili beklentileri ve eksiklikleri görüşülmüş olup, eğitim ve sertifikasyon programlarının oluşturulması ve uluslararası platformda ilişkilerin geliştirmesi amaçlı genç arkadaşlarımız görevlendirilmiştir. Ayrıca ülkemizde ki jinekolojik endoskopi alanındaki eksikliklerden biri olarak göze çarpan bilimsel video journal ihtiyacının karşılanması için Jinekolojik Endoskopi Derneği bünyesinde bu video journal’ın kurulabilmesi için gerekli adımların atılması ve çalışmaların yapılması kararlaştırılmıştır. Bütün bunlarla birlikte JED e-Bültenin yayınlanması, asistanlıkta endoskopi eğitiminin standardizasyonu ve uzmanlık sonrası endoskopi eğitiminin sağlanması amacıyla yine arkadaşlarımız görevlendirilmiş olup en yakın zamanda projelerinin bakanlığa sunulması sağlanacaktır. Ayrıca bölgesel workshopların devamının sağlanması bu aktivelere GEP’in daha aktif rol alması sağlanacaktır. Bütün bu planlanan etkinlikler yanında,

- i) MESGE kongresinde GEP oturumu yapılacak ve genç meslektaşlarımıza sunum yapma imkanı sağlanacaktır.
- ii) JED in kongrelerinde ve bölgesel toplantılarında GEP’in aktif katılımı sağlanacaktır.
- iii) GEP üyelerine ESGE çatısı altındaki YEP ile işbirliği imkanı sağlanacaktır.





Middle East Society for Gynecological Endoscopy (MESGE) kongresi

Değerli meslektaşlarımız, bildiğiniz üzere Orta Doğu Endoskopi Derneği (MESGE) kongresine az bir zaman kaldı. MESGE 'nin 1. Kongresi 24-28 Nisan tarihleri arasında ülkemizde Antalya ilinde gerçekleştirilecektir. Kongrenin ilk günü, alanında dünya çapında üne sahip cerrahlar tarafından düzenlenen 7 adet kurs düzenlenecektir.

Kurs başlıkları

- 1) deep infiltrating endometriosis,
- 2) minimally invasive urogynecology,
- 3) robotics and new technology in gynecological endoscopy,
- 4) minimally invasive surgery in gynecological oncology,
- 5) operative hysteroscopy,
- 6) laparoscopic hysterectomy,
- 7) single incision laparoscopic surgery şeklinde olacaktır.

Bununla birlikte pelvik taban, endometriozis, onkoloji ve robotik cerrahi konuları içeren canlı cerrahiler ve yine alanında söz sahibi konuşmacılar tarafından tartışmalar planlanmaktadır. Detaylı kongre programına http://www.mesge2013.org/?page=scientific_programme adresinden ulaşılabilir. Tüm meslektaşlarımızın bu yıl ülkemizde düzenlenen kongreler arasında bilimsel kalitesi tartışmasız en yüksek olan kongremize sınırlı zaman kaldığını hatırlatır tüm meslektaşlarımızı kongremize katılımını beklemekteyiz.

- YAKIN ETKİNLİKLER -

Değerli meslektaşlarımız, 2013 yılında mart ve nisan aylarında yapılması planlanan Ulusal ve Uluslararası endoskopi alanındaki kongre ve etkinlikler sunulmuştur;

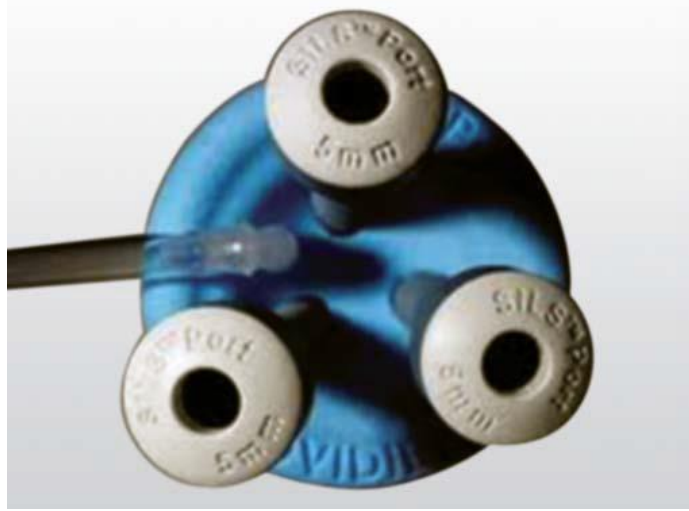
- 18.03.2013 - 20.03.2013 **Short Course preceding the cadaveric session** akola, Hindistan.
20.03.2013 - 22.03.2013 **Modern Hysteroscopy**, Leuven, Belçika
21.03.2013 - 22.03.2013 **Transvaginal Laparoscopy Course**, Leuven, Belçika
22.03.2013 - 23.03.2013 **Hand's on Cadaveric training program for Lap hysterectomy** MS Ramaiah Centre Akola, Hindistan
27.03.2013 - 29.03.2013 **A-Z Laparoscopic Suturing**, Leuven, Belçika
13.04. 2013 **9.Uluslararası AAGL Toplantısı**, Cape Town, Güney Afrika

- TEKNOLOJİ -

TEK İNSİZYON LAPAROSKOPİK CERRAHİ (TİLC) PORTLARININ DEĞİŞİK TİPLERİ

SILS PORT (COVIDIEN)

Tüm dünyada en yaygın olarak kullanılmakta olan portlardan biri SILS Port' tur. Üç alet girişine uygun üç kanala sahip mavi esnek yumuşak sünger yapıdadır (Şekil 1).



Şekil 1: SILS Port

5 mm ve 5-12 mm' lik kanülleri mevcuttur. SILS Port pnömoperitonu korumaya devam ederken kullanılan aletin boyutuna adapte olabilir.

GELPORT (APPLIED MEDICAL)

GelPort laparoskopik sistemi Alexis yara retraktörü (Alexis wound retractor) ve jel ile örtülü bir kapaktan oluşmaktadır (Şekil 2). Alexis yara retraktörü 360°'lik atravmatik, halkasal bir retraksiyon ve koruma sağlamaktadır. Bu port hareket özgürlüğü nedeniyle önerilmektedir. (NOT: Aynı firma 2012 yılında aynı çalışma tekniğinden yola çıkarak daha ergonomik bir ürün olan GelPOINT erişim sistemini geliştirmiştir. (Kaynak: B.S.M. Chern et al. / Gynecology and Minimally Invasive Therapy 1 (2012) 9-18)(Şekil 3)



Şekil 2: GelPort



Şekil 3: GelPOINT

TRIPORT VE QUADPORT (ADVANCED SURGICAL CONCEPTS)

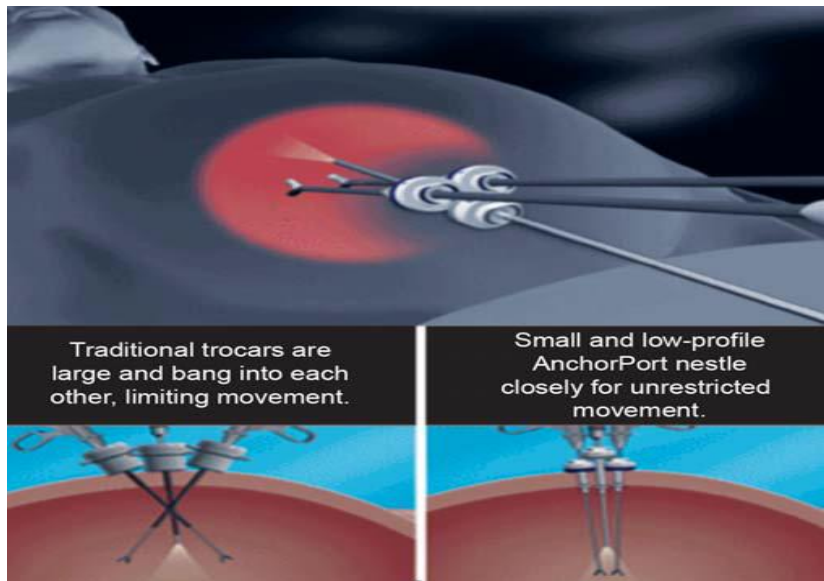
Bu portları kullanmak için 2.5-6.5 cm' lik insizyon önerilmektedir. Üç veya dört alet kullanımı için kanalları mevcuttur (Şekil 4)



Şekil 4: TriPort ve QuadPort

ANCHORPORT (R) (SURGIQUEST)

Anchorport elastik ve esnetilebilen kanül sistemine sahiptir.Bu sistem hastanın karın duvarı kalınlığına göre ayarlanabilir. Ayrıca kanüllerin ucu kanülü batın duvarına sabitleyecek ve geri çıkmasını önleyecek şekilde tasarlanmıştır (Şekil 5).



Şekil 5: AnchorPort

SINGLE SITE LAPAROSCOPY ACCESS SYSTEM (ETHICON ENDOSURGERY)

Bu portta da sabit uzunlukta bir yara retractoru ve bunun üzerine monte olan bir kapak mevcuttur. Port üzerinde iki adet 5 mm' lik ve bir adet 15 mm' lik alet girişı mevcuttur. Bu sistemin en önemli avantajı üzerindeki kapağın 360° dönebilmesi, oryantasyon kolaylığı sağlaması ve bu özellik sayesinde daha az alet değişimine gereksinim duyulmasıdır.(Kaynak: B.S.M. Chern et al. / Gynecology and Minimally Invasive Therapy 1 (2012) 9-18) (Şekil 6).



Şekil 6: Single-site laparoscopy access system™

Dr. Ali Bahadırılı'ya teşekkür ederiz.