



Sayın meslektaşlarım,

Jinekolojik Endoskopi Derneği (JED)'nin e-Bülten'i Haziran sayısıyla tekrar sizlerle buluşuyoruz. Çok yoğun geçen bir dönemden sonra tekrar sizlerle birlikteyiz. Bu sayıda Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG)'nin hazırladığı, ilginizi çekeceğini düşündüğümüz **"Obez Kadınlarda Jinekolojik Cerrahi"** Komite Görüşünü ve 2 tane seçilmiş makale özetini sizlerle paylaştık.

Ayrıca bu ayki sayımızda bir Asistan arkadaşımızın gözlemci olarak gittiği University College London Hospital'da Ülkemizi birçok alanda başarıyla temsil eden sayın **Ertan Sarıdoğan** ile

Endoskopi Eğitimi üzerine yaptığı röportajı merakla okuyacağınızı düşünüyorum.

Pelvik Anatominin en derinlerine Laparoskopik olarak inmeye hazırmısınız!

Daha önceki sayılarımızda bahsettiğimiz heyecan verici projelerimizden **Jinekolojik Laparoskopik Kadavra Kursu'nun** duyurusunu bir önceki sayımızda paylaşmıştık. 7-8 Eylül 2016 tarihinde İstanbul'da Acıbadem Üniversitesi, İleri Düzey Endoskopik, Robotik Cerrahi Eğitim Merkezinde (CASE)'de kursumuzu gerçekleştireceğiz. Bu kursun en önemli farklılıklarından biri ülkemizde belki de **ilk defa bir kadavra başına sadece 5 katılımcı kabul edilecek** ve maksimal pratik üzerine odaklanılacaktır. Böylece meslektaşlarımız çok deneyimli gerek uluslararası gerekse ülkemizden hocalarımızın eşliğinde çok daha fazla pratik yapıp, belkide hiç yapmadıkları operasyonları yaparak, açmaya, görmeye çekindikleri anatomik yapılara diseke edecekler. Kursun detaylarına dernekten haberler kısmından ulaşabilirsiniz. **Az sayıda kontenjanımızın kaldığı** bu özel kursumuza kaydınızın yapılması için acele etmenizi tavsiye ederim.

Bülten'de yer almasının istediğiniz konular, bölümler olursa **dernek@jed.org.tr** e-posta adresinden bize ulaşabilirsiniz. JED önümüzdeki dönemde hepimizi heyecanlandıracak yep yeni kurslar, toplantılar ve projeler ile karşınızda olacaktır. Bizi izlemeye devam edin.

Sağlık ve başarı dolu günler dileği ile sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Prof. Dr. Fatih Şendağ

JED Başkanı

Jinekolojik Endoskopi Derneği Yönetim Kurulu

BAŞKAN



Prof. Dr. FATİH ŞENDAĞ

2. BAŞKAN



Prof. Dr. BÜLENT BERKER

SAYMAN



Prof. Dr. BÜLENT HAYDARDEĞİOĞLU

GENEL SEKRETER



Doç. Dr. GAZİ YILDIRIM

ÜYELER



Op. Dr. VOLKAN KURTARAN



Doç. Dr. MUHAMMET ERDAL SAK



Doç. Dr. ABDULLAH TANER USTA

Hazırlama Kurulu

Doç. Dr. Taner Usta

Doç. Dr. Cem Çelik

Doç. Dr. Ahmet Kale

Doç. Dr. Hasan Terzi

As. Dr. G. Ece Aksakal

As. Dr. Talha Tiryaki

As. Dr. Doğuş Uzun

Bu Sayımızda

1. Makalelerden Seçmeler
2. ACOG Komite Görüşü: "Obez Kadınlarda Jinekolojik Cerrahi"
3. Asistan Köşesi As. Dr. G. Ece Aksakal
4. Derneğimizden Haberler
5. Endoskopi Dünyasından Haberler
6. Teknoloji

1 - MAKALELERDEN SEÇMELER

Retroperitoneal Approach in Single-Port Laparoscopic Hysterectomy

Tae-Hyun Kim, MD, Chul Jung Kim, MD, Tae-Joong Kim, MD, Yoo-Young Lee, MD, PhD, Chel Hun Choi, MD, PhD, Jeong-Won Lee, MD, PhD, Duk-Soo Bae, MD, PhD, and Byoung-Gie Kim, MD, PhD.
JSLS. 2016 Apr-Jun

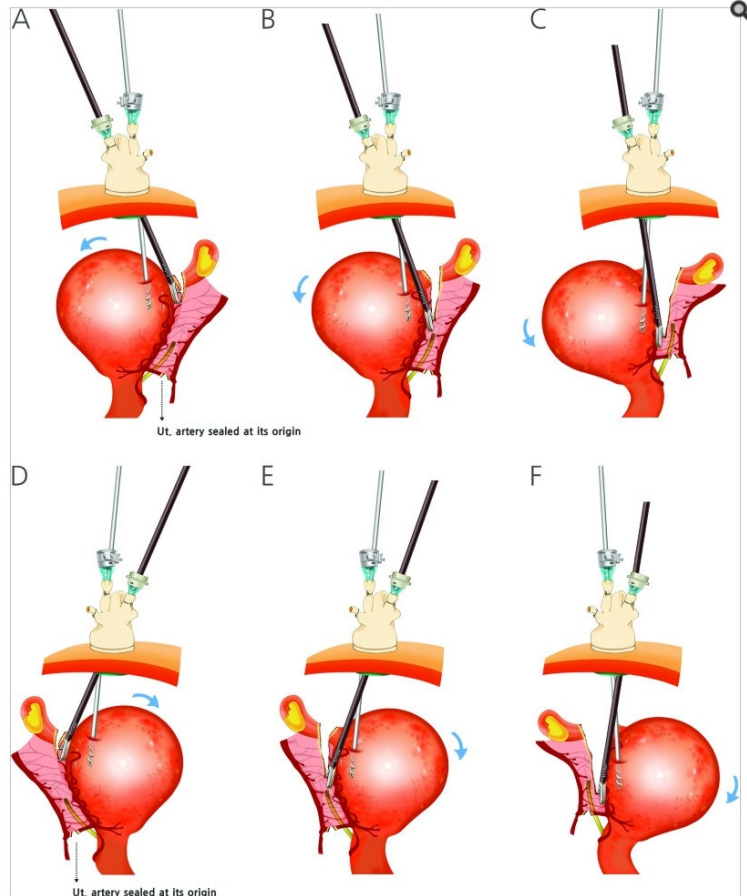
Giriş-Amaç: Uterin arter ligasyonu, single port laporoskopik histerektomide (SP-LH) temel adımdır. Uterin myom veya adenomyozisi olup SP-LH yapılan vakalarda iki farklı uterin arter ligasyonu tekniğinin etkinliğini ve güvenilirliği analiz edildi.

Yöntem: Tek cerrah tarafından (TJ Kim) 1 Eylül 2012-30 Nisan 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilen 36 adet retroperitoneal single port laporoskopik histerektomi (SP-rH) ile yine aynı cerrah tarafından 1 Kasım 2011-31 Temmuz 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilen 36 adet konvansiyonel single port laporoskopik abdominal histerektomi (SP-aH) karşılaştırıldı. SP-rh vakalarında uterine arter retroperitoneal boşlukta tanımlandı ve orijin aldığı internal iliak arterden çıktığı yerden bağlandı.

Bulgular: Tahmini kan kaybı SP-rh grubunda, SP-aH grubuna göre kıyaslandığında daha az saptandı (100 ml vs 200 ml; $p=.023$). Operasyon için gereken ortalama süre SP-rH grubunda daha kısa saptandı. (75 dakika vs 93 dakika; $p<.05$). Scope 1 fazı olarak adlandırılan; uteroovaryen (ya da infundibulopelvik) ligaman, round ligaman ve uterin arter ligasyonları ve mesane detaşmasını içeren operasyon süresi SP-rH grubunda, SP-aH grubuna göre daha

uzun saptandı. (26 dakika vs 24 dakika $p=.043$). Ancak Scope 2 fazı olarak adlandırılan; uterosakral-kardinal ligaman ayrıştırması, vajinal kesim ve uterus çıkarılmasını içeren operasyon süresi SP-rH grubunda daha kısa saptandı. (19.5 dakika vs 30 dakika; $p<.05$). Operasyon komplikasyonları açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=.374$).

Sonuç: SP-Rh teknik olarak zor olarak düşünülmesine rağmen, SP-aH grubuna olan üstünlüğünden dolayı güvenilir ve etkin bir şekilde yapılabilir.



Single-Port Access Total Laparoscopic Hysterectomy With Korean-Made OCTO Port: Turkish Surgeons' İnitial Experience.

Kale A1, Terzi H1, Yavuz A1, Kale E2. J Obstet Gynaecol. 2016; Epub 2015 Sep 25.

Single port laparoskopik cerrahi aleti olan OCTO™ Port ile yaptığımız total laporoskopik histerektomi (TLH) deneyimimizi sunmayı amaçladık

OCTO Port enstruman kalabalıklığını azaltan, yumuşak ve esnek hareketlere olanak sağlayan, 3600 rotasyon yapabilen bir kapağa sahip. OCTO Port laporoskopik histerektomi cerrahi aleti ; single port laporoskopik histerektomi operasyonunun öğrenme eğrisini kolaylaştıran; hızlandırabilen ve sutur atmayı kolaylaştırabilen yeni teknoloji bir alettir.

İki cerrah tarafından (Ahmet Kale ve Hasan Terzi) benign jinekolojik endikasyonlarla Temmuz 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında OCTO Port'un kullanıldığı tek port girişim ile TLH gerçekleştirilen 34 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar iki gruba ayrıldı. Tek port girişim ile TLH gerçekleştirilen ilk 15 hasta (Grup 1) olarak, sonraki 19 hasta ise (Grup 2) olarak sınıflandırıldı. Hastalar yaşlarına, vücut kitle indekslerine (BMI, kg/m2), uterus ağırlıklarına, vajinal cuff'ın sutureasyon sürelerine, tahmini kan kaybına, operasyon sürelerine, histerektomi endikasyonlarına ve operasyon sonuçlarına göre analiz edildi .

Operasyon için gereken ortalama süre her iki grupta da 75 dakika olarak saptandı. Vajinal cuff'ın sutureasyonu için gereken süre Grup 2'de Grup1'e göre daha kısa saptandı. Grup 1 ile kıyaslandığında Grup 2'de tahmini kan kaybı daha az saptanmasının yanı sıra Grup 1'de dört hastaya kan transfüzyonu gerekirken, Grup 2'de hiçbir hastaya gerekmedi.



2- ACOG- Obez Kadınlarda Jinekolojik Cerrahi

Obez Kadınlarda Jinekolojik Cerrahi

COMMITTEE OPINION



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS

ÖZET: Obezite tüm dünyada, özellikle ABD de ciddi bir problemdir ve kadınlarda artmış mortalite ve morbidite riski olan durumların (hipertansiyon, diyabet, obstrüktif uyku apnesi ve hiperkolesterolemi gibi) yanında endometrial ve postmenapozal meme kanseri gibi maligniteler ile de ilişkilidir. Jinekolojik cerrahi sonrası, cerrahi alan enfeksiyonu, venöz tromboembolizm ve yara komplikasyonları gibi komplikasyonlar obez kadınlarda normal kilolu kadınlara göre daha fazla görülür. Klinik olarak obstrüktif uyku apnesi şüphesi olan, koroner arter hastalığı açısından riskleri olan, zor entubasyon veya kontrolsüz hipertansiyonu olan hastalara preoperatif anestezi konsültasyonu düşünülmelidir. Jinekolojik cerrahlar bu hasta grubuna ait spesifik riskler konusunda bilgi sahibi olmalıdırlar. Tüm bu hasta grubunda, kanıtlar göstermektedir ki, genellikle vajinal histerektomi laparoskopik veya abdominal histerektomiden daha iyi sonuçlarla ve daha az komplikasyonla ilişkilidir. Obez hastaların postoperatif bakımı normal ağırlıktaki hastalarla benzerdir ve komorbid durumlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Elde olan kanıtlara ve uzman görüşüne dayanarak ACOG aşağıdaki tavsiyelerde bulunmaktadır:

- Jinekolojik cerrahlar obez kadınları bu grubun riskine özgü konsulte etme bilgisine sahip olmalıdır.
- Tüm bu hasta grubunda, kanıtlar göstermektedir ki, genellikle vajinal histerektomi laparoskopik veya abdominal histerektomiden daha iyi sonuçlarla ve daha az komplikasyonla ilişkilidir.

Obezite tüm dünyada, özellikle ABD de ciddi bir problemdir ve kadınlarda artmış mortalite ve morbidite riski olan durumların (hipertansiyon, diyabet, obstrüktif uyku apnesi ve hiperkolesterolemi gibi) yanında endometrial ve postmenapozal meme kanseri gibi maligniteler ile de ilişkilidir. Obezite vücut kitle indeksinin (VKI [kilogram cinsinden ağırlığın metre cinsinden uzunluğun karesine bölünmesiyle hesaplanır.]) 30 veya üzerinde olmasıdır. Bu alt gruplara bölünebilir. Class 1 obezite VKI 30-35; class 2 obezite VKI 35-40; class 3 obezite VKI 40 ve üzeri olarak tanımlanmıştır. Obez bireyler sadece ağırlıkları ve dış görünüşleri nedeniyle çok sık ayrımcılığın hedefi olmaktadır. Kilo yönetimi hekimler ve hastalar için bir sorun olmaya devam etmektedir. Klinisyenler hastalarına operasyon öncesinde kilo kaybetmeleri için danışmanlık verebilir, ancak kilo kaybı operasyon endikasyonunu kısıtlamamalıdır. Bu komite görüşünün amacı jinekolojik cerrahi geçirecek obez hastaların preoperatif, intraoperatif ve postoperatif yönetiminde jinekolojik cerrahlara rehberlik etmektir.

Tüm Makaleyi İndirmek İçin Tıklayınız

3-) ASİSTAN KÖŞESİ

“Endoskopik Cerrahi Eğitimi” üzerine University College London Hospital’den Ertan Sarıdoğan ile aynı klinikte gözlemci olarak bulunan As.Dr.G.Ece Aksakal’ın yaptığı röportaj:

Özellikle Laparoskopik Cerrahiye Odaklanmanızın Sebebi Nedir?

Laparoskopik cerrahinin hastalar için açık cerrahiye göre daha iyi olduğu 20-30 yıl önce de belliydi ve bu yüzden bu alana yöneldim. Bu derece kulanımı yoktu tabii ki, ihtisas yaparken dış gebelik ameliyatlarının bu yöntemle yapılmaya başlandığını gördüm, bunun üzerine bu alanda bir boşluk olduğunu farkettim ve bu alana yönelebileceğimi düşündüm. Zamanla daha büyük ameliyatların laparoskopi ile yapılabileceğini gördük, bu süreç giderek gelişti.

Endoskopik Cerrahinin En İlgi Çekici Tarafı Nedir?

Görüş netliği ve çalışma alanını kolaylaştırması dolayısıyla endoskopi olmaksızın gerekecek çok daha büyük bir müdahaleyi daha basite indirgemesidir.

Laparoskopi Maceranızın Başında Gitmiş Olduğunuz Çeşitli Cerrahi Eğitimlerden Kısaca Bahsedermisiniz?

İlk yıllarda laparoskopik cerrahinin olduğu hastanede iş bulup çalışmak önemli olan ilk basamaktı. Öncelikle dış gebelik ameliyatlarıyla başlayıp daha ileri ameliyatlar yapabileceğim hastanelerde ve cerrahlarla çalışmaya çalıştım. Bu hastanelerden birinde laparoskopik cerrahi laboratuvarı kurduk ve eğitim modelleri yarattık asistanları ve kendimizi eğittik. Ulusal ve uluslararası toplantılarda diğer insanların neler yaptığını öğrendim. Kendimizi ve ufkumuzu geliştirerek kendi yöntemler bulduk. Bizim dönemimizde myomektomi ve histerektomi laparoskopik çok az yerde yapılıyordu, bunları yapmaya kendimiz başladık ve geliştirdik. Tabii yeni bir yöntem hep deneyimli ekiplerle başladık ve giderek yöntemi geliştirdik. Ve yöntem geliştikçe bunu paylaştık diğer meslektaşlarımızla, asistan eğitiminin parçası haline getirdik.



Sizi Endometriozis Cerrahisine Teşvik Eden Nedir Ve Endometriozis Cerrahisine Bakışı Geçmişten Günümüze Laparoskopik Cerrahi Veya Minimal İnvaziv Cerrahi Nasıl Değiştirdi?

Endometriozis cerrahisine giriş teşvikten çok kaçınılmaz bir durum. Bu hastalık kadınlara oldukça zarar veren hayat kalitesini etkileyerek hastaneye başvurma sebebi yaratan bir durum, çok sayıda endometriozisli hasta geliyor günlük yaşamda. Bu yüzden endometriozis cerrahisini geliştirmeye gerek gördüm. İlk zamanlarda lazer ablasyon yaparak başladık ve giderek yeterli olmadığını fark ederek eksizyonu temel alan yöntemlerle değiştirdik. Daha sonra endometriozis cerrahisinin fertiliteye etkisini farkettiğimizde, fertiliteye yararlı ama ağrıyı azaltmaya yönelik tedaviler öngördük. Endometriozis cerrahisi gelişen bir süreç ve hala da değişmeye devam edecek bence son halini almış değil.

Aslında Çoğu Jinekolojik Ameliyat Laparoskopik Yapılabiliyor, Ancak Sizce Açık Cerrahiye Kıyasla Endometriozis Gibi Başka Hangi Operasyonlarda Daha Fazla Yarar Sağlandı/Sağlanacak?

Laparoskopik cerrahilerin başarı oranı giderek artıyor. Laparoskopik yaklaşım açık cerrahi ile aynı sonuca ulaşabildiği sürece yarar sağlıyor. Amaç açık cerrahide olan sonuçları laparoskopik olarak sağlayabilmek. Bu sonuca ulaşabildiği her durumda tercih edilebilir. Son 10-20 yılda açık cerrahi de değişiklikler gördü, anesteziye ve postoperatif bakım gelişimleri artık açık cerrahi yapılan hastaların da hastanede kalış süresi vs. eskisi kadar uzun değil. Tabii ki uygun olmayan vakalarda açık cerrahi tercih edilmelidir. Mesela çok sayıda myomu olan vakalarda laparoskopik yaklaşım daha fazla myomu geride bırakmak sonucuna ulaşıyorsa açık cerrahi tercih edilmelidir. Sonuçta laparoskopik yaklaşım aynı sonuca ulaşamayabilir. Ancak over kisti ve endometriozis vakalarının hemen hemen hepsi laparoskopik yaklaşımla aynı sonuçlar elde edilebilir. O yüzden tercih sebebi olmalıdır.

Endometriozis Ameliyatları Yaparken Ne Tür Zorluklarla Karşılaşılr? Hastanın Ve Cerrahin Bilmesi Ve Öngörmesi Gereken Önemli Noktalar Nelerdir?

En önemli noktalardan biri endikasyonun uygun olması lazım. Bu konuda hala kafa karışıklığı mevcut. Cerrahinin endometriozise bağlı ağrıda yararlı olduğu kesin, ancak fertilitedeki yeri hastanın geçmişine, yaşına, daha önce tedavi olup olmamasına göre değişebiliyor ve bunlara dikkat edilmesi gerekiyor. Yüzeysel endometriozis haricinde cerrahin retroperitoneal alana, üreter ve rektovajinal alan vs. anatomiye hakim olması ve o alanda çalışabiliyor olması gerekiyor. Bir çok endometriozis ameliyatında normal peritoneal alan dışında çalışmaları lazım. Kötü cerrahi yapılan endometriomalarda hastaların over rezervi oldukça azalabiliyor, o yüzden endometrioma iyi tedavi edilmelidir. Endometriozis cerrahisi basit gibi görünse de sonuçlarıyla karşılaştırıldığında oldukça zor bir cerrahidir.

Laparoskopi Eğitiminizde Veya Eğitim Verdiğiniz Sırada Sizin İçin En Kritik Ve En Zor Nokta Nedir?

Sabırlı olmak gerekiyor öncelikle ve insanın el göz koordinasyonuna doğal yatkınlığı olması gerektiğini düşünüyorum. Aksi takdirde öğrenim süreci zorlaşabiliyor. Temel olarak sabırla, pratikle el becerilerini geliştirmek gerekiyor.

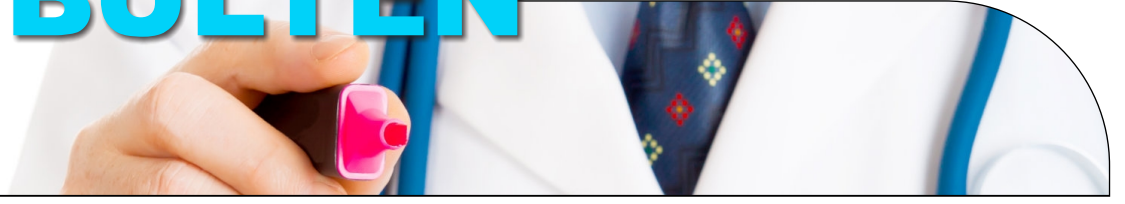
Diğer Laparoskopik Cerrahi Prosedürler Hakkında Ne Düşünüyorsunuz (Single Port? Robot? vs) İngiltere’de Uygulanıyormu?

Single port hemen hemen yok. Denedik ama basit bir ameliyatı daha karmaşık hale getirdiğini düşündük karındaki kesi sayısını azaltırken oluşturulan bir kesinin büyüklüğünü artırmanın çok da büyük bir avantaj olduğunu düşünmedik. Robot İngiltere’de geliyor ama daha çok onkologlar tarafından tercih ediliyor. Robotun hasta açısından sonucu değiştirmediyi ancak öğrenim ve kullanım kolaylığı açısından gelişen dönemde daha yaygın kullanılacağını düşünüyorum. Ama şu an yerleşik cerrahlar olarak robotun bizim açımızdan çok da büyük yarar getirmediğini düşünüyoruz.

Siz Laparoskopi Eğitimi Ve Farkındalığı Olarak Engin Bilgilere Sahipsiniz. Laparoskopi Konusunda İngiltere/Türkiye Ve Dünyayı Nerelerde Görüyorsunuz?

İngiltere’de laparoskopi açısından dünya düzeyinde olan çok merkez var ama sayısı kısıtlı. Laparoskopik histerektomi oranlarına bakıldığında İngiltere diğer Avrupa ülkelerinin gerisinde görünüyor. Türkiye’de de aynı şeyin geçerli olduğunu düşünüyorum. Çok iyi merkezler var ama bu merkezlerin ve bu cerrahların dışına yayıldığında oldukça az kesim laparoskopi yaklaşımlarını kullanıyor. Ortalamada az olduğunu düşünüyorum tabii bu benim dışardan görebildiğim, takip edebildiğim kadarıyla oluşan yorumum.

JED BÜLTEN



Sizce Türkiye Laparoskopi Eğitimi Ve Bu Konudaki Eğitim İçin İyi Bir Ortam Varmı? Eğer Yoksa Nasıl Bir Eğitim Sürecinin Hedeflenmesi Lazım?

Türkiye’de eğitimin geliştiği açık seçik görülüyor. Bundan 10 yıl önce sadece bir kaç isim varken şimdi giderek çoğalmış durumda. Önemli olan asistan eğitimi düzeyine indirgeyebilmek. Asistanların yaptıkları ameliyatları laparoskopi ile yapabiliyor hale gelmeleri ve kendi düzeylerini aşan durumda da yönlendirebilecekleri bir üst merkezden haberdar olmaları lazım. Herkes her ameliyatı yapmak zorunda değil, sadece doğru yönlendirmelere gerek var.

Laparoskopi Eğitimi Uzun Bir Süreç Ve Bu Süreçte Ne Gibi Eğitimlerin Yeni Başlayanlar İçin Yararlı Olduğunu Düşünüyorsunuz?

Birincisi yapılan şeyleri görmeleri lazım ve sonrasında laboratuvarında çokça pratik yapmaları lazım. En önemli iki nokta bence bunlar.

Laparoskopi Eğitimleri Sırasında Genç Endoskopistlere Tavsiyeleriniz Ve Önerileriniz Nelerdir?

Temel konuştuklarımız dışında ufuklarını genişletip dünyayı, başka insanları takip etmeleri lazım. Toplantılara, kurslara giderek kendilerini geliştirme çabaları olması lazım. Sınırları zorlamaları lazım, dünya düzeyinde daha önce yapılamaz denilen şeylerin yapılabildiğini ve yapılabileceğini bilip ona göre düşünceleri lazım.

JED: Bu röportaj için başta Sayın Ertan Sarıdoğan’a ve As. Dr. G. Ece. Aksakal’a teşekkür ediyoruz.





4 - DERNEĞİMİZDEN HABERLER

GÜNCEL

JED'nden Yeni Kurs!

Jinekolojik Laparoskopik Kadavra Kursu



Jinekolojik Laparoskopik Kadavra Kursu'nu tüm hazırlıklarını yaptık ve 7-8 Eylül 2016 tarihinde İstanbul'da Acıbadem Üniversitesi, İleri Düzey Endoskopik, Robotik Cerrahi Eğitim Merkezinde (CASE)'de gerçekleştireceğiz. Bu kursun en önemli farklılıklarından biri ülkemizde belki de ilk defa **bir kadavra başına sadece 5 katılımcı kabul edilecek** ve maksimal pratik üzerine odaklanılacaktır. Böylece meslektaşlarımız çok deneyimli gerek uluslararası gerekse ülkemizden hocalarımızın eşliğinde çok daha fazla pratik yapıp, belkide hiç yapmadıkları operasyonları yaparak, açmaya, görmeye çekindikleri anatomik yapılara diseke edecekler. Sınırlı sayıda kursiyerin kabul edileceği kursumuzda görüşmek üzere.

Bu kursumuzu özetlemek gerekirse;

- Konusuna hakim uzman hocalarımızın eşliğinde,
- Kısa sunumlar, 2 gün boyunca bol "Hands-on" laparoskopik Kadavra çalışma şansı,
- Taze dondurulmuş-çözülmüş her kadavra başına maksimum 5 Katılımcı (Türkiyede ilk defa),
- Jinekolojik Pelvik Cerrahi için Major Anatomik Yapılar; üreter'den, ana damarlar ve dalları ve avasküler boşluklara kadar disseksiyon,
- Tüm disseksiyon tekniklerini direk taze doku üzerinde uygulama şansı,
- Sık yapılan Jinekolojik Laparoskopi Ameliyatlarını uygulama imkanı,
- İsteyene Ana salonda sadece sunum, Uzman hocalarımızın yaptığı Diseksiyon ve ameliyatları izleme imkanı.

(Dikkat: Sınırlı Sayıda Katılımcı Kabul Edilecektir!)

Gerçekleştirilen Toplantılar:

2. PELVİK ANATOMİ KADAVRA KURSU TEMEL-LAPAROSKOPI-ONKOLOJİ EĞİTİMİ

Jinekolojik Endoskopi Derneği, Gazi Üniversitesi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ve Jinekolojik Onkoloji Derneği işbirliği ile 28-29 Mayıs tarihleri arasında Ankara'da gerçekleştirildi. Yenilerinde görüşmek dileğiyle."

Yapıldı



3. ENDOSKOPIK CERRAHİ VE LAPAROSKOPI HEMŞİRELERİ DERNEĞİ EĞİTİM GÜNLERİ LAPAROSKOPI HEMŞİRELİĞİ KURSU

11 Haziran 2016 tarihinde, İzmir'de gerçekleştirildi. Toplantının gerçekleşmesini sağlayan düzenleme kurulunu tebrik eder, başarılarının devamını dileriz.

Yapıldı



5 - ENDOSKOPİ DÜNYASINDAN HABERLER

6. Dünya Robotik Jinekoloji Kongresi

6. Dünya Robotik Jinekoloji Kongresi 5-6 Ağustos 2016 tarihinde AAGL tarafından New York'ta gerçekleştirilecek. Detaylı bilgiye www.aagl.org adresinden ulaşılabilir.



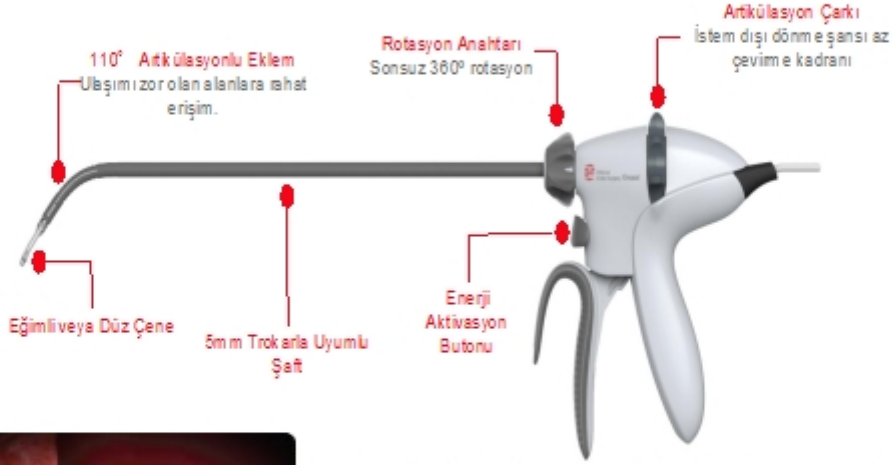
ESGE 2017 İSTANBUL'DA YAPILACAK

Değerli meslektaşlarımız alanındaki en büyük kongrelerden biri olan European Society of Gynecologic Endoscopy (ESGE) kongresi 11-14 Ekim 2017 tarihleri arasında JED'in ev sahipliğinde İstanbul'da düzenlenecektir. Meslektaşlarımıza çok faydalı olacağına inandığımız bu kongre'de her zamanki gibi kurslar, canlı yayınlar ve alanında çok başarılı bilimadamları Ülkemizde görme ve bilgilerimizi artırma şansı bulacağız. ESGE İstanbul 2017'de görüşmek üzere.



6 - TEKNOLOJİ

ENSEAL® G2 Artikülasyonlu Üstün mühürleme için benzersiz yaklaşım



- 90° açı ile damarlara yaklaşarak 45° yaklaşıma göre %28 daha güçlü damar kapama
- Erişilmesi zor noktalara ulaşmada yardımcı
- Damarları tek ısırıkta kapamaya yardımcı

ETHICON
PART OF THE JECHEMICALS COMPANY OF COMPAGNIES

JİNEKOLOJİK LAPAROSKOPİ KADAVRA KURSU

PELVİK ANATOMİNİN EN DERİNLERİNE LAPAROSKOPİK OLARAK İNMEYE HAZIR MISINIZ ?

Kurs Başkanları
Fatih Şendağ- Shailesh Puntambekar

2 Gün Boyunca Bol "HANDS-ON" Laparoskopik Kadavra Çalışma Şansı

Her kadavra başına maksimum 5 Katılımcı (Türkiyede İlk Defa)

İsteyene Ana salonda sadece sunum ve diseksiyonları izleme imkanı

7 - 8 Eylül 2016

Acıbadem Üniversitesi
Klinik Simülasyon ve İleri Düzey
Endoskopik Robotik Cerrahi Eğitim Merkezi (CASE),
Kerem Aydınlar Kampüsü, İstanbul

Bilimsel Sekreterya

Dr.Taner Usta: drtanerusta@gmail.com,

İrtibat: Opteamist Turizm Organizasyon, Yusuf Irmak; tel: 05308482409

Kadavra Çalışması için: 1500 \$ + KDV

Sunumlar ve Kadavra Diseksiyonlarını İzlemek İçin : 300 \$ + KDV