

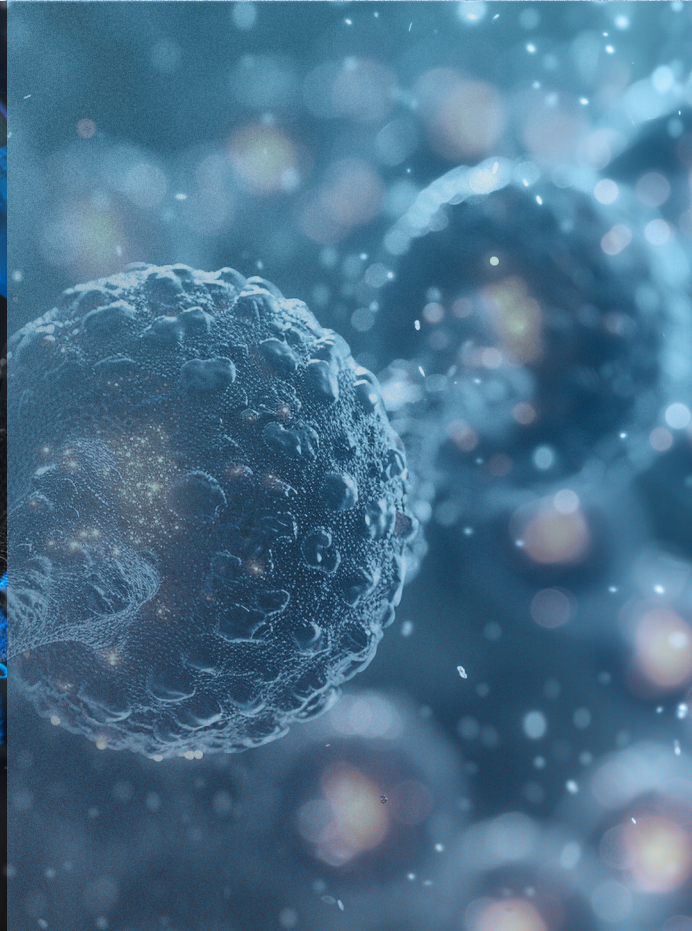


Turkish Journal of Surgical Oncology

THE OFFICIAL JOURNAL OF TURKISH SOCIETY FOR SURGICAL ONCOLOGY

Volume 1 • Issue: Suppl 1

2025



www.turkjso.com

Turkish Journal of Surgical Oncology

THE OFFICIAL JOURNAL OF TURKISH SOCIETY FOR SURGICAL ONCOLOGY

Editorial Board

Editor in Chief

Assoc. Prof. Dr. Ebru Esen, MD

University of Health Sciences Türkiye, Ankara Training
and Research Hospital, Department of General Surgery
and Surgical Oncology, Ankara, Türkiye

drebruesen@gmail.com

0000-0003-3019-0872

Editorial Assistants

Dr. Uğur Topal, MD, PhD, FACS, FEBS (Coloproctology)

Çukurova University Faculty of Medicine, Department of
General Surgery, Adana, Türkiye

sutopal2005@hotmail.com

0000-0003-1305-2056

Op. Dr. Ezgi Altınsoy, MD

University of Health Sciences Türkiye, Van Training and
Research Hospital, Department of General Surgery and
Surgical Oncology, Van, Türkiye

ezgialtinsoy@gmail.com

0000-0002-0486-1284

Assoc. Prof. Dr. Şevket Barış Morkavuk, MD

University of Health Sciences Türkiye, Gülhane Training
and Research Hospital, Department of General Surgery
and Surgical Oncology, Ankara, Türkiye

drsbmor@yahoo.com

0000-0003-0441-0333

No fee is charged from the authors during the submission, evaluation and publication process. Journal practices, ethical rules, technical information and necessary forms are specified on the journal's web page.

The manuscripts must be submitted via the <https://jag.journalagent.com/focussurgoncol/> online article system, represented on the journal website.



7 ulusal CERRAHİ ONKOLOJİ KONGRESİ

12-15 ARALIK 2024 | SÜSESİ LUXURY RESORT HOTEL

Düzenleme Kurulu



KONGRE BAŞKANI
Prof. Dr. Cem Kaan PARSAK
Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi



KONGRE SEKRETERİ
Prof. Dr. Ahmet
RENCÜZOĞULLARI
Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi



ÜYE
Prof. Dr. Ali Ekrem ÜNAL
Ankara Üniversitesi Tıp
Fakültesi



ÜYE
Prof. Dr. Erdoğan SÖZÜER
Erciyes Üniversitesi Tıp
Fakültesi



ÜYE
Prof. Dr. Erhan AYGEN
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi



ÜYE
Prof. Dr. Gürhan SAKMAN
Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi



ÜYE
Prof. Dr. M. Mahir ÖZMEN
Bahçeşehir Üniversitesi (BAU)



ÜYE
Prof. Dr. Mutlu DOĞANAY
SBÜ Ankara Şehir Hastanesi



ÜYE
Prof. Dr. Tahsin ÇOLAK
Mersin Üniversitesi Tıp
Fakültesi



ÜYE
Doç. Dr. Ebru ESEN
İstinye Üniversitesi Bahçeşehir
Liv Hospital



ÜYE
Doç. Dr. Nidal İFLAZOĞLU
SBÜ Bursa Şehir Hastanesi



ÜYE
Doç. Dr. Tarık SALMAN
İzmir Atatürk EAH



ÜYE
Dr. Öğr. Üyesi Ufuk
KARABACAK
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp
Fakültesi

Bilimsel Kurul

- Dr. Abdullah ÜLKÜ
- Dr. Abit YAMAN
- Dr. Ahmet Gökhan SARITAŞ
- Dr. Ali GÜNER
- Dr. Ali DURAN
- Dr. Atakan SEZER
- Dr. Atılğan Tolga AKÇAM
- Dr. Ayşe Gizem ÜNAL
- Dr. Aziz SÜMER
- Dr. Bahri ÇAKABAY
- Dr. Bülent ÜNAL
- Dr. Derya GEZER
- Dr. Dursun BUĞRA
- Dr. Emir ÇAPKINOĞLU
- Dr. Emre GÜNDOĞDU
- Dr. Emre BALIK
- Dr. Emre BOZKURT
- Dr. Enver İLHAN
- Dr. Erdal Birol BOSTANCI
- Dr. Feza KARAKAYALI
- Dr. Füsün ÖZMEN
- Dr. Güldeniz KARADENİZ ÇAKMAK
- Dr. Hızır Yakup AKYILDIZ
- Dr. İsmail Cem ERAY
- Dr. Kadri ÇOLAKOĞLU
- Dr. Kemal ATAHAN
- Dr. Kubilay DALCI
- Dr. Lütfi DOĞAN
- Dr. Mehmet Ali GÜLÇELİK
- Dr. Mehmet Onur GÜL
- Dr. Merih ALTIOK
- Dr. Mustafa KEREM
- Dr. Nurhan Haluk BELEN
- Dr. Orçun YALAV
- Dr. Osman ERDOĞAN
- Dr. Ömer Faruk ÖZKAN
- Dr. Özgül DÜZGÜN
- Dr. Recep ÇETİN
- Dr. Serdar GÜMÜŞ
- Dr. Serdar ÇULCU
- Dr. Süleyman ÇETİNKÜNAR
- Dr. Uğur TOPAL
- Dr. Yusuf B. ÖZOĞUL
- Dr. Zafer TEKE

BİLİMSEL
PROGRAM

12 ARALIK 2024 - PERŞEMBE			
	A SALONU	B SALONU	C SALONU
18:30 - 19:00	AÇILIŞ KONUŞMALARİ Kongre Sekreteri Dernek ve Kongre Başkanı TCD Başkanı T.C Sağlık Bakanı		
19:00 - 19:15	PLAKET TÖRENİ		
19:15 - 19:45	AÇILIŞ KONFERANSI		
	Oturum Başkanı Cem Kaan Parsak Dünden bugüne, bugünden yarına zeka Dursun Buğra		

13 ARALIK 2024 - CUMA			
	A SALONU	B SALONU	C SALONU
07:00 - 08:30	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-1	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-2	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-3
	Oturum Başkanları Nurkan Törer, Ebru Esen	Oturum Başkanları Abdullah Ülkü, Ufuk Karabacak	Oturum Başkanları Erdoğan Sözüer, Yusuf B. Özogul
	S-01 Kronik böbrek yetmezliğinin kolorektal kanser cerrahisinin üzerine etkileri. Propensity score matching analizi. Afiğ Gojayev	S-11 Sağ kolon kanserlerinde rezeke edilen terminal ileum uzunluğunun postoperatif komplikasyon üzerine etkisi Abdulkadir Ünsal	S-21 Meme kanseri nedeni ile neoadjuvan kemoterapi alan hastalarda tam regresyonu etkileyen immünohistokimyasal bulguların değerlendirilmesi Ali İmran Küçük
	S-02 Erken evre meme kanserinde proliferatif bir belirteç olarak Ki67 ve klinikopatolojik faktörlerle ilişkisi Doğukan Ünsal	S-12 Borderline rezeke edilebilir pankreas kanser cerrahisinin bibliometrik analizi Abdullah Boğa	S-22 Foliküler neoplazi şüphesinde malignensiye tahmin etmede HALP skorunun prediktif değeri Halil Güneş
	S-03 Meme kanseri taramasına başvuran hasta ve sağlık çalışanlarının ankiyet düzeylerinin karşılaştırılması Bilge Demir	S-13 Sitoredüktif cerrahi ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi sonrası insizyonel herni gelişimi ve risk faktörleri Abdurrahman Başpınar	S-23 Nöroendokrin diferansiasyon gösteren meme kanserleri: tek merkez deneyimimiz Ahmet Karayigit
	S-04 Kolorektal cerrahide komplikasyon ve mortalitenin makine öğrenme yolu ile predikasyonu Burak Yavuz	S-14 Sitoredüktif cerrahi ve sıslatin bazlı hipertermik intraperitoneal kemoterapi sonrası akut böbrek hasarı sıklığı ve risk faktörleri Abdurrahman Başpınar	S-24 Sağ hemikolektomi sonrası anastomoz tekniklerinin erken dönem morbidite ve mortalite üzerine etkisi Cemre Dinçsoy
	S-05 Hepatoselüler karsinomda likit biyopsi ile tespit edilen genetik mutasyonların klinik sonuçlarla ilişkisi Burak Yavuz	S-15 Toplama kampındaki hastanede cerrahi uygulamalar Ahmet Cem Esmer	S-25 Kolon kanseri hastalarda histopatolojik tanı ve mismatch repair gen mutasyonlarının incelenmesi Cemre Dinçsoy
	S-06 Safra kesesi kanserlerinde likit biyopsi sonuçlarımız Burak Yavuz	S-17 Kolorektal kanserde HIPEK ve sitoredüktif cerrahi üzerine bibliyometrik analiz Ali Cihat Yıldırım	S-26 Bethesda kategori I tiroid nodüllerinde sonografik özellikler ve cerrahi sonuçların analizi Cihan Atar
	S-07 Neoadjuvan tedavi almış meme kanserli hastalarda tedavi bitiminde yanıt değerlendirme telaşı, hangi tetkikler cerrahi teknik seçiminde etkili? Mahmut Onur Kültüröğlu	S-18 Pankreas kanserinde likit biyopsi ile tespit edilen genetik mutasyonların sağkalım ve klinik parametrelerle ilişkisi Burak Yavuz	S-27 Preoperatif bakılan HALP skorunun rektum kanserli hastalarda evre ile ilişkisinin değerlendirilmesi Çağan Aykurt
	S-09 Cerrahi onkoloji kliniğinde son 1 yıl içinde gastrointestinal sistem kanserleri nedeniyle ameliyat olan hastaların nutrisyonel durumlarının değerlendirilmesi Safa Kürşat Nural	S-19 Nüks meme kanserinde sentinel lenf nodu biyopsisi prediktif ve prognostik önemi Gökçe Kurnaz	S-28 Preoperatif Ca 19-9 düzeylerinin pankreas kanseri evresini öngörmekte etkinliği ve alt tiplere göre değişimi Çağan Aykurt
	S-10 Giyilebilir teknoloji laparoskopik kolorektal kanser cerrahisi sonrası hasta yönetimimizi değiştirebilir mi? Veysel Cem Özcan	S-20 Meme koruyucu cerrahi geçiren hastalarda reeksizyon ile ilişkili faktörlerin analizi Ahmet Onur Demirel	S-29 Malign melanomun gastrointestinal sistem metastazı: 2 olgunun analizi Derya Cafer
			S-30 Kanser hastalarının kanser ile yaşamaya ilişkin metaforik algıları: Nitel bir çalışma Derya Gezer

08:30 - 10:00	PANEL-1 : ÖZOFAGUS KANSERİ	PANEL-2 : MEME KANSERİ-1	PANEL-3: ONKOLOJİ CERRAHİYE NUTRİSYONEL HAZIRLIK VE PROFLAKSİLER
	Oturum Başkanları Ali Ekrem Ünal, Erdal Birol Bostancı	Oturum Başkanları Sancar Bayar, Gürhan Sakman	Oturum Başkanları Faruk Karateke, Ebru Melekoğlu Bayram
	Özofagus kanserinde moleküler/patolojik/anatomik tanımlar, sınıflama ve güncel evreleme Halil Özgüç	Önleyici aşılarda: Neredeyiz ve nereye gidiyoruz? Osman Erdoğan	Kanser beslenme ve immün sistem ilişkisi Füsün Özmen
	Özofagus kanseri tedavisinde çoklu tedavi modalitesine odaklanma Berksoy Şahin	Duktal karsinoma in situ'da yeni ufuklar: Radyoterapisiz veya non-operatif cerrahi seçenekleri artık mümkün mü? Kaptan Gülben	Prehabilitasyon ve kanıt temelli uygulamalar Derya Gezer
	Özofagus SCC'de neoadjuvan tedavi sonrası ideal yanıt değerlendirme ve ameliyatsız takip kriterleri Erdinç Kamer	Meme kanseri cerrahisi patoloji raporunda olması gerekenler ve klinik anlamı Arsenal Sezgin	Tromboemboli profilaksisi ve uygulamaları Fatma Bekiroğlu Targan
	Tümör özelliklerine göre lenfadenektomi genişliği Ayşe Gizem Ünal	Erken evre (T1cN0) üçlü negatif veya HER2 pozitif meme kanseri: İlk cerrahi mi, preoperatif sistemik tedavi mi? Ahmet Taner Sümbül	Onkoloji ve onkolojik cerrahide diyetisyen yaklaşımı ne olmalıdır? Gizem Akgül
	Hangi hastaya hangi teknik: Transhiatal vs. Ivor Lewis kime vs. McKeown Süleyman Çetinkünar	İnisiyal cerrahi ve neoadjuvan tedavi sonrası aksilla yönetiminde yenilikler Hüseyin Özgür Aytaç	Yüksek çıktı stoma varlığında nutrisyonel destek Ceren Soytürk
	Özofagus kanseri cerrahisinde teknik ipuçları: (kumaş problemleri, anastomoz tekniği, piloroplasti) Uğur Topal	Erken evre meme kanserinde çift taraflı cerrahi endikasyonlarımız genişledi mi? Hasan Karanlık	Kanser kaşeksisi ve sarkopeni varlığında nutrisyonel destek Zeynep İrem Gür
	Tartışma	Tartışma	
	MULTİDISİPLİNER KONSEY	NASIL YAPIYORUM PANELİ, EXPER DENEYİMİ İLE..	
	Olgu sunumu Uğur Topal	Dermaglandüler flep Mehmet Ali Gülçelik	
	Panelistler Ayşe Gizem Ünal, Berksoy Şahin, Erdinç Kamer, Halil Özgüç, Uğur Topal, Süleyman Çetinkünar	Vertikal mamoplasti Murat Kemal Atahan	
10:00-10:30	UYDU SEMPOZYUMU-1		
	 Oturum Başkanı Cem Kaan Parsak		
	Onkolojik cerrahide özel nütrisyonun rolü: Beslenme ile fark yaratılabilir mi? Ahmet Rencüzoğulları		
10:30 - 11:00	KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETLERİ		
11:00 - 12:30	PANEL-4 : MİDE KANSERİ	PANEL-5 : TİROİD KANSERİ	PANEL-6 : ERAS PROTOKOLLERİ VE NUTRİSYON
	Oturum Başkanları Salim Demirci, Enver İlhan	Oturum Başkanları Mehmet Hacıyanlı, Kaptan Gülben	Oturum Başkanları Onur Bora Aslan, Ceren Soytürk
	Mide kanseri cerrahisinde kılavuzlarda batı ve doğu çelişkileri Bahri Çakabay	Papiller tiroid kanserinde risk derecelendirmesi ve güncel cerrahi stratejiler Mehmet Hacıyanlı	Onkolojik cerrahide ERAS protokolleri: Perioperatif yönetimde kanıtların bakıma yansımaları İşıl Artvinli
	Mide kanserinde genomik profillemeye kılavuzluğunda ideal perioperatif tedaviler Fatih Köse	Foliküler tiroid kanseri bitti mi? Yönetimi ve cerrahisinde güncel durum Uğur Doğan	Gastrektomi sonrası ERAS protokolleri: Postoperatif yönetim Simay Akyüz
	Erken mide kanserinde endoskopik tedaviler Fevzi Cengiz	Medüller tiroid kanseri: Yeni genetik bulgular ve bireyselleştirilmiş cerrahi yaklaşımlar Ali Uğur Emre	Kolonorektal cerrahide ERAS protokolleri: Perioperatif yönetimde kanıtların bakıma yansımaları Hacer Bayram
	Evreleme laparoskopisi ve sitolojik değerlendirme Sinan Ersin	Papiller tiroid kanserinde profilaktik satral boyun diseksiyonu: Yapmalı mıyız? Orhan Ağcaoglu	Gastrointestinal kanserlerde enteral ve parenteral beslenme uygulamaları Ebru Melekoğlu Bayram
	Total kime, Proksimal ve distal subtotal gastrektomi: Kime ve nasıl? Serdar Çulcu	Tiroid kanseri tedavisinde minimal invaziv teknikler: Deneyimler ve geleceğe yönelik beklentiler Ümit Uğurlu	Cerrahi onkolojide immünonütrisyonun kullanımı Merve Duygu Özbay
	Karaciğer metastazında yönetim (cerrahi - ablasyon) Murat Derebey	Robotik cerrahinin tiroid ve paratiroid cerrahisindeki yeri: Mevcut kanıtlar ve gelecek perspektifleri Fatih Tunca	Onkolojik tedavi sürecinde (KT+RT) beslenme desteğinin sürdürülmesi Merve Duygu Özbay
	Tartışma	Tartışma	
	NASIL YAPIYORUM PANELİ, EXPER DENEYİMİ İLE..	NASIL YAPIYORUM PANELİ, EXPER DENEYİMİ İLE..	
	Nasıl yapıyorum-1: Robotic gastrectomy with different options of anastomosis Takahiro Kinoshita	Sinir monitörizasyonu Beyza Özçınar	
	Nasıl yapıyorum-2 M. Kadri Çolakoglu	Boyun diseksiyonu Fatih Tunca	

17:00 - 18:30	PANEL - 10 : KOLON KANSERİ-2	PANEL-11 : HPB/KARACİĞER	PANEL-12 : POSTOPERATİF DÖNEM
	Oturum Başkanları Ali Ekrem Ünal, Tahsin Çolak	Oturum Başkanları Sezal Yılmaz, Mustafa Kerem	Oturum Başkanları Derya Gezer, Gizem Akgül
	Kolon kanseri cerrahisinde kalite iyileştirme stratejileri ve standardizasyon Cihangir Akyol	Benign karaciğer tümörlerinin yönetimi: Unut? Takip et? Çıkar? Arif Aslaner	Meme muayenesi ve risk faktörleri Murat Kemal Atahan
	Genç yaş başlangıçlı kolon kanserinde farklılıklar ve ideal yaklaşımlar İlknur Erenler Bayraktar	HCC'de (neo) adjuvan tedavilerin rekürrens etkisi İsmail Oğuz Kara	Ağrının değerlendirilmesi ve yönetimi Tülay Başpınar
	Köşe yerleşimli kolon kanserinde cerrahi stratejide farklılıklar Feza Karakayalı	HCC'de güncel cerrahi yaklaşım Kaya Sarıbeyoğlu	Ostomi bakımında hemşirelerin rolü ve hasta eğitimi Nisa Ece Adıyaman
	Modular platform vs classic console: Which is the best? Guglielmo Niccolo Piozzi 	Hepatiko-pankreatiko-duodonektomi: Kime ve ne zaman? Cüneyt Kayaalp	Geriatrik hastada sarkopeni Sıla Bilgili Tokgöz
	Malign kolon obstrüksiyonlarında strateji (stentleme vs stoma vs cerrahi) İsmail Cem Eray	Hepatik malignitlerde MWA, RFA, IRE: Ne, ne için? H. Tuğsan Balı	Kanser hastası ve ailesi ile iletişim, psikolog gözü ile... Azize Yılmaz Gümüş
	Rezektabl karaciğer metastazlı kolon kanserine başlangıç tedavisi Metin Keskin	ALPPS ne derece gerçekçi? Güncel durum... Eyüp Murat Yılmaz	Prof. Dr. Abdülmüttalip Ünal anısına... Serdar Çulcu
	Tartışma	Kolorektal kanserin karaciğer metastazlarında transplantasyonu Sezal Yılmaz	
	NASIL YAPIYORUM PANELİ, EXPER DENEYİMİ İLE..	MULTİDİSİPLİNER KONSEY	
	Nasıl yapıyorum-1; Sağ hemikolektomi (Komplet mezokolik eksizyon) Feza Karakayalı	Olgu sunumu Gökhan Sarıtaş	
	Nasıl yapıyorum-2; Complete mesocolic excision Michel Adamina 	Panelistler Arif Aslaner, Cüneyt Kayaalp, Eyüp Murat Yılmaz, H. Tuğsan Balı İsmail Oğuz Kara, Kaya Sarıbeyoğlu, Sezal Yılmaz	
	Nasıl yapıyorum-3; Sol hemikolektomi (Komplet mezokolik eksizyon) Emre Balık		

14 ARALIK 2024 - CUMARTESİ			
	A SALONU	B SALONU	C SALONU
07:00 - 08:30	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-4	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-5	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-6
	Oturum Başkanları Sancar Bayar, Ahmet Şeker	Oturum Başkanları Kaptan Gülben, Süleyman Çetinkünar	Oturum Başkanları Hızır Yakup Akyıldız, Atılğan Tolga Akçam
	S-31 Kolanjiyoselüler kanser hastalarında likit biyopsi sonuçlarımız Burak Yavuz	S-41 The efficacy of total parenteral nutrition in the treatment of chylothorax that can develop after esophageal cancer surgery Fırat Aslan	S-51 Perfore kolesistit kliniğiyle tanı alan imatinib tedavisi sonrası ameliyat edilen mide yerleşimli gastrointestinal stromal tümörde hepatikojejunostomi kaçağı Murat Derebey
	S-32 Lokal ileri mide kanserlerinde ek organ rezeksiyonun erken dönem sonuçları Emre Tunç	S-42 Batin içi dev kitlelere multidisipliner yaklaşım: Tek merkez deneyimi Fırat Aslan	S-52 Mide kanser cerrahisi geçiren hastalarda pni skorunun postoperatif morbidite üzerine etkisi İsmail Can Tercan
	S-33 Sitedüktif cerrahi ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi uygulanan hastalarda CALLY ve PNI skorunun postoperatif süreci öngörmede yeri Enes Cebeci	S-43 Lomber vertebra kaynaklı metastatik olmayan nüx ewing sarkomuna ilişkin nadir bir olgu sunumu Fırat Tekeş	S-53 Meme kanserinin periton metastazına SRC/HİPEK; Nadir olgu sunumu İsmail Can Tercan
	S-34 Endokrin pankreas tümörleri 5 yıllık klinik deneyimimiz Ersin Uslu	S-44 İncebarsak mezosunda nadir görülen kitle: Erdheim-Chester hastalığı Gökhan Akkurt	S-54 Kolonorektal kanserler nedeniyle küratif rezeksiyon yapılan hastalarda CALLY indeksinin klinik değeri ve prognostik önemi İsmail Cem Yurtçu
	S-35 Klinik lenf nodu metastazı olmayan 70 yaş üzeri meme kanserli hastalarda aksilla metastazına etki eden faktörler Ertuğ Ulubay	S-45 Santral yerleşimli meme kanserinde grisotti tekniği Halit Özgül	S-55 Hemogram indeks parametreleri ile inflamatuvar yanıtın filloides tümörlerde değerlendirilmesi İsmail Zihni
	S-36 Primer rektum kanseri hastaları ile over kanseri olup low anterior rezeksiyon yapılan hastalarda anastomoz kaçağı ve mortalite oranlarının karşılaştırılması Ertuğrul Gazi Alkurt	S-46 Level II onkoplastik meme koruyucu cerrahide hasta memnuniyeti Halit Özgül	S-56 Erkek meme kanserinde preoperatif hemogram değerlendirilmesi prognostik bir belirteç midir? İsmail Zihni
	S-37 Tiroid bezinin epitelioid anjiosarkomu ve zor yönetilen bir tiroidektomi olgusu Ezgi Altınsoy	S-47 Bethesda 3 sitolojisi tespit edilen tiroid nodüllü olgularda preoperatif hemogram parametrelerinin ve braf moleküler testin maligniteyi öngörmede prediktif değerinin ortaya konulması Hasan Berk Şahin	S-57 C-Reaktif protein-albumin-lenfosit(CALY) indeksinin, pankreatikoduodenektomi yapılan pankreas başı adenokarsinomlarındaki prognoz tayinine yararlılığı Kubilay Furkan Işiker
	S-38 Malign melanomun gastrik metastazları: 2 nadir olgu sunumu Ezgi Altınsoy	S-48 Kolesistektomi sonrası karın boşluğunda gözden kaçan safra taşlarının maligniteyi (peritonitis karsinomatozayı) taklit eden geç komplikasyonu: Olgu sunumu Hikmat Zeynalov	S-58 Meme kanseri cerrahisi sırasında rektus sternalis kasının sıklığı ve meme rekonstrüksiyonuna etkisi Kübra Şahin
	S-39 Mezotelyoma nedeniyle HİPEK yapılan hastaların erken dönem sonuçları Fatih Aslan	S-49 Mide kanserinde peritoneal nüksü PERI-Gastric (peritoneal recurrence index) skoru ile tahmin etmek mümkün mü? Hüseyin Fahri Martlı	S-60 Lokal ileri evre gastrik kanserde falsiform ligaman tutulumun tedavi planlarının değişimi üzerine etkisi Mahmut Kaan Demircioğlu
		S-50 Mide kanseri nedeniyle gastrektomi yapılan hastaların sağ kalım ve hastalısız sağ kalımlarının patoloji sonuçları ile ilişkisi Hüseyin Fahri Martlı	

11:00 - 12:30	PANEL-16 : REKTUM KANSERİ	PANEL-17 : TİROİD VE ADRENAL KANSERİ	PANEL-18 : FUTURİSTİK ARAŞTIRMA VE CERRAHİ
	Oturum Başkanları Cem Terzi, Cihangir Akyol	Oturum Başkanları Orhan Demircan, Suat Kutun	Oturum Başkanları Erdoğan Sözüer, Koray Daş
	Kolorektal kanserde immünoterapi: Neredeyiz, adaptasyon sorunları ve gelecek perspektifi İsmail Oğuz Kara	Triod kanserinde rekürren hastalıkta cerrahi Hüsnü Aydın	Yapay zeka ve derin öğrenme cerrahi pratiğimizi nasıl etkileyecek? Serdar Gümüş
	Rektum kanserinde lateral pelvis lenf nodu pozitifliğinde yaklaşım Cem Terzi	Tiroid cerrahisinde postoperatif komplikasyonların azaltılması: Yeni protokoller ve yaklaşımlar Mehmet Hacıyanlı	Otonomik robotik cerrahi çağına mı gireceğiz? Emir Çapkınoğlu
	Rektum kanserinde paraaortik lenf nodu pozitifliğinde yaklaşım Özgür Türkmenoğlu	Paratiroid kanserlerinde güncel yönetim Lütfi Doğan	Cerrahide sürdürülebilirlik ve karbonayakızleri azaltma stratejileri İbrahim Özata
	Lokal rekürren rektum kanserinde ekzenteratif cerrahi stratejisi Aras Emre Canda	Adrenal korteks kanserinin yönetiminde güncel yaklaşımlar: Adjuvan tedaviler ve immünoterapiler Cem Mirili	Kanser cerrahisinde ideal araştırma yöntemleri Guglielmo Niccolo Piozzi
	Rektum kanserinde rezektabl karaciğer metastazlarında yaklaşım Emre Bozkurt	Adrenal tümörlerin cerrahi yönetiminde teknik zorluklar ve inovatif yaklaşımlar Fatih Tunca	3D-Organoidler hastalık modellemede ideal mi? Mert Tohumcuoğlu
	Rektum kanser cerrahisi sonrası fonksiyonel sonuçları nasıl iyileştirebiliriz? Serkan Zenger	Adrenokortikal kanserlerde tekrarlayan cerrahinin etkinliği: Nüks hastalığın yönetiminde cerrahi sınırlar ve sonuçlar Ahmet Dağ	ctDNA gelecek tedavileri için ne vadetmekte? Uğur Topal
	Tartışma	Tartışma	GIS Kanserlerinde gelecek vizyonu: Cerrahi küçülecek? Büyüyecek ? Osman Anıl Savaş
	NASIL YAPIYORUM PANELİ, EXPER DENEYİMİ İLE..	MULTİDİSİPLİNER KONSEY	Mide NET'leri neden patladı? Nereye gidecek? Talar Vartanoğlu Aktokmakyan
	Robotik lateral pelvic lymph node dissection for LARC Jim Khan	Olgu sunumu Kubilay Dalcı	Elektrokemoterapi nedir? Gelecek vizyonu Merih Altıok
	Robotik transvers kolektomi Bilgi Baca	Panelistler Ahmet Dağ, Cem Mirili, Fatih Tunca Hüsnü Aydın, Lütfi Doğan, Mehmet Hacıyanlı	
	Pelvik ekzenterasyon Aras Emre Canda		
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ		
13:30 - 15:00	PANEL-19 : ÖZOFAGUS MİDE KANSERLERİ	PANEL-20 : SAFRA KESESİ VE SAFRA YOLLLARI KANSERLERİ	PANEL- 21: KANSERDE FELSEFE VE MEDİKOLEGAL SORUNLAR
	Oturum Başkanları Sinan Ersin, Ahmet Alacaloğlu	Oturum Başkanları Salih Pekmezci, Mutlu Doğanay	Oturum Başkanları Erhan Aygen, Barış Rafet Karakaş
	GEJ Tümörleri tedavisinde genomik profillemeye klavuzluğunda ideal tedavi Özlem Özdemir	Neoadjuvan tedaviler safra kesesi kanseri ve kolanjikarsinomlarda rezektabiliteyi artırır mı? Vehbi Erçolak	Evrimsel tıp ve kanser felsefesi Bahri Çakabay
	Doğru tiplendirme preop dönemde neye göre? Ameliyat esnasında neye göre? Yusuf B. Özgül	İntrahepatik kolanjikarsinomlarda cerrahi yönetim Emre Bozkurt	Psikoonkoloji Elvan Toklucu Memiş
	Kaos; Siewert 2'de ideal cerrahi? M. Mahir Özmen	Klatskin tümörlerinde rezektabilite: Tecrübe konuşuyor Özgür Yağmur	Tümör konseyleri ne anlama geliyor? Cerrah bakış açısı Mehmet Onur Gül
	Medikal onkolog gözü ile GİST - NET Mehmet Türker	Safra yolu kanserlerinde endolüminal yaklaşımlar Türkmen Çiftçi	Triod kanseri yönetiminde medikal onkoloji merkeze mi oturuyor? Şüheda İpek Atas
	Cerrah gözü ile GİST - NET Alper Sözütek	Erken evre safra kesesi kanseri yönetimi Gökhan Akkurt	Kanser hastası tanı ve tüm tedavi süreçlerinde medikolegal sorunlar Adnan Kuvvetli
	Üst GIS kanserlerinde perioperatif nutrisyon, immünonutrisyon İsmail Cem Eray	Safra kesesi, kanserinde major hepatektomi Bülent Ünal	Medikolegal olgu-1 Medikolegal olgu-2 Adnan Kuvvetli
	Tartışma	Tartışma	
	KARŞIT GÖRÜŞ : ANTRUMDA 3 CM TÜMÖR	KARŞIT GÖRÜŞ : AYNİ KLİNİKTE ANLAŞMAZLIK VAR. PERİAMPÜLLER 3 CM TÜMÖR	
	Radikal subtotal gastrektomi yaparım, çünkü... Nidal İflazoğlu	Klasik whipple yaparım, çünkü... Atılcan Tolga Akçam	
	Radikal total gastrektomi yaparım, çünkü... Ali Duran	Pilor koruyucu pankreatikoduodonektomi yaparım, çünkü... Abdullah Ölkü	

12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ		
13:30 - 15:00	PANEL-19 : ÖZOFAGUS MİDE KANSERLERİ	PANEL-20 : SAFRA KESESİ VE SAFRA YOLLARI KANSERLERİ	PANEL- 21: KANSERDE FELSEFE VE MEDİKOLEGAL SORUNLAR
	Oturum Başkanları Sinan Ersin, Ahmet Alacaloğlu	Oturum Başkanları Salih Pekmezci, Mutlu Doğanay	Oturum Başkanları Erhan Aygen, Barış Rafet Karakaş
	GEJ Tümörleri tedavisinde genomik profillemeye klavuzluğunda ideal tedavi Özlem Özdemir	Neoadjuvan tedaviler safra kesesi kanseri ve kolanjikarsinomlarda rezektabiliteyi artırır mı? Vehbi Erçolak	Evrimsel tıp ve kanser felsefesi Bahri Çakabay
	Doğru tiplendirme preop dönemde neye göre? Ameliyat esnasında neye göre? Yusuf B. Özoğlu	İntrahepatik kolanjikarsinomlarda cerrahi yönetim Emre Bozkurt	Psikoonkoloji Elvan Toklucu Memiş
	Kaos; Siewert 2'de ideal cerrahi? M. Mahir Özmen	Klatskin tümörlerinde rezektabilite: Tecrübe konuşuyor Özgür Yağmur	Tümör konseyleri ne anlama geliyor? Cerrah bakış açısı Mehmet Onur Gül
	Medikal onkolog gözü ile GİST - NET Mehmet Türker	Safra yolu kanserlerinde endoluminal yaklaşımlar Türkmen Çiftçi	Triod kanseri yönetiminde medikal onkoloji merkeze mi oturuyor? Şüheda İpek Atas
	Cerrah gözü ile GİST - NET Alper Sözütek	Erken evre safra kesesi kanseri yönetimi Gökhan Akkurt	Kanser hastası tanı ve tüm tedavi süreçlerinde medikolegal sorunlar Adnan Kuvvetli
	Üst GİS kanserlerinde perioperatif nutrisyon, immünonutrisyon İsmail Cem Eray	Safra kesesi, kanserinde major hepatektomi Bülent Ünal	Medikolegal olgu-1 Medikolegal olgu-2 Adnan Kuvvetli
	Tartışma	Tartışma	
	KARŞIT GÖRÜŞ : ANTRUMDA 3 CM TÜMÖR	KARŞIT GÖRÜŞ : AYNİ KLİNİKTE ANLAŞMAZLIK VAR. PERİAMPÜLLER 3 CM TÜMÖR	
	Radikal subtotal gastrektomi yaparım, çünkü... Nidal İftazoğlu	Klasik whipple yaparım, çünkü... Atılcan Tolga Akçam	
	Radikal total gastrektomi yaparım, çünkü... Ali Duran	Pilor koruyucu pankreatikoduonektomi yaparım, çünkü... Abdullah Ülkü	
15:00 - 15:45	KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETLERİ		
15:45 - 16:15	KONFERANS-4		
	Oturum Başkanları Salim Demirci, Ahmet Rencüzoğulları		
	Paradigm shift in surgical treatment of gastric cancer Young-Woo Kim		
16:15 - 17:00	KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETLERİ		

12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ		
13:30 - 15:00	PANEL-19 : ÖZOFAGÜS MİDE KANSERLERİ	PANEL-20 : SAFRA KESESİ VE SAFRA YOLLARI KANSERLERİ	PANEL- 21: KANSERDE FELSEFE VE MEDİKOLEGAL SORUNLAR
	Oturum Başkanları Sinan Ersin, Ahmet Alacaloğlu	Oturum Başkanları Salih Pekmezci, Mutlu Doğanay	Oturum Başkanları Erhan Aygen, Barış Rafet Karakaş
	GEJ Tümörleri tedavisinde genomik profileme klavuzluğunda ideal tedavi Özlem Özdemir	Neoadjuvan tedaviler safra kesesi kanseri ve kolanjikarsinomlarda rezektabiliteyi arttırır mı? Vehbi Erçolak	Evrimsel tıp ve kanser felsefesi Bahri Çakabay
	Doğru tiplendirme preop dönemde neye göre? Ameliyat esnasında neye göre? Yusuf B. Özoğlu	İntrahepatik kolanjikarsinomlarda cerrahi yönetim Enre Bozkurt	Psikoonkoloji Elvan Toklucu Memiş
	Kaos; Siewert 2'de ideal cerrahi? M. Mahir Özmen	Klatskin tümörlerinde rezektabilite: Tecrübe konuşuyor Özgür Yağmur	Tümör konseyleri ne anlama geliyor? Cerrah bakış açısı Mehmet Onur Gül
	Medikal onkolog gözü ile GİST - NET Mehmet Türker	Safra yolu kanserlerinde endolüminal yaklaşımlar Türkmen Çiftçi	Triod kanseri yönetiminde medikal onkoloji merkeze mi oturuyor? Şüheda İpek Ataş
	Cerrah gözü ile GİST - NET Alper Sözütek	Erken evre safra kesesi kanseri yönetimi Gökhan Akkurt	Kanser hastası tanı ve tüm tedavi süreçlerinde medikolegal sorunlar Adnan Kuvvetli
	Üst GİS kanserlerinde perioperatif nutrisyon, immünonutrisyon İsmail Cem Eray	Safra kesesi, kanserinde major hepatektomi Bülent Ünal	Medikolegal olgu-1 Medikolegal olgu-2 Adnan Kuvvetli
	Tartışma	Tartışma	
	KARŞIT GÖRÜŞ : ANTRUMDA 3 CM TÜMÖR	KARŞIT GÖRÜŞ : AYNI KLİNİKTE ANLAŞMAZLIK VAR. PERİAMPÜLLER 3 CM TÜMÖR	
	Radikal subtotal gastrektomi yaparım, çünkü... Nidal İflazoğlu	Klasik whipple yaparım, çünkü... Atılcan Tolga Akçam	
	Radikal total gastrektomi yaparım, çünkü... Ali Duran	Pilor koruyucu pankreatikoduodonektomi yaparım, çünkü... Abdullah Ülkü	
15:00 - 15:45	KAHVE ARASI & FIRMA ZİYARETLERİ		
15:45 - 16:15	KONFERANS-4		
	Oturum Başkanları Salim Demirci, Ahmet Rencüzoğulları		
	Paradigm shift in surgical treatment of gastric cancer Young-Woo Kim		
16:15 - 17:00	KAHVE ARASI & FIRMA ZİYARETLERİ		
17:00 - 18:30	PANEL-22 : PERİTONEAL YÜZEY KANSERLERİ	PANEL-23 : ONKOLOJİK AÇILLER VE NÜTRİSYON	PANEL- 24 : BİLİMSSEL AKTİVİTELER VE KANSER
	Oturum Başkanları Fatih Mehmet Avcı, Özgül Düzgün	Oturum Başkanları Mutlu Doğanay, Mehmet Tahir Oruç	Oturum Başkanları Özgür Yağmur, Bülent Ünal
	Peritoneal karsinomatozis için yapılacak SRC'de tanımlar, evreleme ve ideal PKİ hesaplama Ebru Esen	Perfore mide tümöründe onkolojik bakış ile acil cerrahi Mehmet Deniz	Editör gözünden vizyon, misyon ve hedefler Tahsin Çolak
	Tümör tipine göre algoritma mümkün mü? Kime önce sistemik tedavi, kime önce SRC+HİPEK Varlık Erol	Sleeve gastrektomi piyesinde tümör, eyvah... Aziz Sümer	Ülkede RKÇ yapmanın önündeki engeller İbrahim Halil Özata
	Hangi hastaya hangi KT ajanı: (HİPEK - PİPAK) Cem Mirili	Distal tümör, çeküm perfore, ne yapmalı? Ahmet Şeker	Avrupa ve ABD'de kanser cerrahisi veritabanı sistemleri Uğur Topal
	Proflaktik SRC + HİPEK: Kime ve ne zaman? Ali Ezer	Tümör zemininde gastrojejenokolik fistül cerrahisi Osman Yüksel	Veritabanında kalite standartları ve güvenilir prospektif veri toplama araçları Burak Yavuz
	Mide kanserinde SRC + HİPEK Murat Güner	Anterior rezeksiyon, presakral venler kanıyor, yolun sonu mu? Enver Reyhan	Tartışma
	Kolorektal ve apendisiseal tümörlerde SRC+HİPEK Sami Benli	Sarkopeni ve ön alma, aktif nutrisyon Alper Sözütek	
	Malign mezotelyoma ve pseudomyxoma peritoneide SRC + HİPEK Taylan Özgür Sezer	Yoğun bakım sürecinde enteral ve parenteral nutrisyon Adnan Kuvvetli	
	Over ve primer peritoneal kanserde SRC + HİPEK Ahmet Barış Güzel	Tek uzlaş protein mi? Enteral ve parenteral nutrisyonda protein... Ahmet Dağ	
	Tartışma	Tartışma	

15 ARALIK 2024 - PAZAR			
	A SALONU	B SALONU	C SALONU
07:00 - 08:30	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-7	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-8	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU-9
	Oturum Başkanları Soykan Dinç, Erhan Aygen	Oturum Başkanları Ayşe Gizem Ünal, Tolga Ölmez	Oturum Başkanları Osman Anıl Savaş, Talar Vartanoğlu Aktokmakyan
	S-61 Meme dansitesi değişim hızı ile meme kanseri ilişkisi Mahmut Onur Kültüroğlu	S-71 Rektum kanseri ameliyatlarında anastomoz donutlarının patolojik incelemesinin tanınal değeri: Gereklilik analizi Mustafa Yılmaz	S-81 Zor olgu yönetimi: Özefajektomi kaçaklarında retrograd yönde stent uygulaması Ahmet Karayığit
	S-62 Meme kanserinde neoadjuvan tedavi sonrası aksillaya yaklaşım deneyimimiz ve sonuçlarımız Mahmut Onur Kültüroğlu	S-72 İnvaziv meme kanserine eşlik eden lobüler karsinoma in situ: histopatolojik bulgular ve klinik yönetim Mustafa Yılmaz	S-82 Mide kanseri cerrahisinde çıkarılan lenf nodu sayısı ve metastatik lenf nodu sayılarının sağkalıma etkisi: 50 hastalık bir çalışma Serkan Yılmaz
	S-63 Mide malign neoplazmi nedeni ile gastrektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapılan hastaların açık ve laparoskopik cerrahiye göre sonuçlarının karşılaştırılması Mehmet Ali Halaç	S-73 PİPAK 19 hasta 31 işlem neredeyiz? Nereye gidiyoruz? Özgül Düzgün	S-83 Neoadjuvan kemoterapi öncesi kolorektal kanserli hastalarda stoma gerekliliğinin değerlendirilmesi Simge Tuna
	S-64 Merkezimizde uygulanan açık ve laparoskopik sağ hemikolektomi tekniğinin rezeke edilen lenf nodu sayılarına göre kıyaslanması Mehmet Ali Halaç	S-74 Laparoskopik yaklaşımlı adrenal kitelerde 10 yıllık tek merkez deneyimimiz Saadet Koca	S-84 Klinik T1 aksiller tutulumu olmayan evre meme kanserli hastalarda sentinel lenf nodu örneklemesinin değerlendirilmesi Simge Tuna
	S-65 İç kadran yerleşimli meme kanseri hastalarında cerrahi teknikler ve sonuçlarımız Mehmet Emin Unutmaz	S-75 Meme kanseri cerrahisinde evrenin nipple-meme cildi koruyucu mastektomi sonrası eş zamanlı protez ile rekonstrüksiyonu seçimine etkisi Seda Arzuman Baştürk	S-85 Laparoskopik radikal antegrad modüler pankreatosplenektomi (RAMS) Şevki Pedük
	S-66 Tanınal amaçlı eksizyonel lenf nodu biyopsi sonuçlarımız Mehmet Emin Unutmaz	S-76 Laparoskopik gastrektomide hepatik arter varyasyonlarının gastrik kanser hastalarında perioperatif sonuçlar üzerine etkisi: tek merkez deneyimi Selim Tamam	S-87 Postoperatif geriatrik mide ve kolon kanseri hastalarında ilk adjuvan kemoterapi sürecindeki nutrisyon risk skorlarının karşılaştırılması Tuana Ayyüce Yanbay
	S-67 Laparoskopik sağ hemikolektomide obezitenin kısa dönem sonuçlara etkisi Mehmet Onur Gül	S-77 Subtotal gastrektomi sonrası distal pankreatektomi ve splenektomi gereken bir hastada gastrik perfüzyonun değerlendirilmesinde intraoperatif endoskopinin rolü Selim Tamam	S-88 Papiller tiroid kanserinin cilt metastazı: Olgu sunumu Veyssel Cem Özcan
	S-68 Mide kanseri nedeniyle gastrektomi uygulanan hastalarda clavian dindo 3 ve üzeri komplikasyonlarla ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi Muhammet Mustafa Alçın	S-78 Karaciğer transplantasyon geçmiş olan mide kanseri hastalarında cerrahi yönetim: olgu sunumu Selim Tamam	S-89 Mide kanserinde HİPEK ve sitoreduktif cerrahi uygulamasının bibliyometrik analizi Yalçın Sönmez
	S-69 Dev retroperitoneal liposarkom vaka sunumu Mustafa Kaya	S-79 Hopwood beden imaj ölçüğünün meme kanseri nedeni ile opere edilen hastalarda uygulanması Selma Arık	S-90 Wirsungojejunostomi anastomoz tekniğinde stent kullanımının postoperatif komplikasyonlara etkisi Yunus Emre Gayberi
	S-70 Sunitinib + Lanreotid yanıtı nöroendokrin karsinom olgusu Müzeyyen Aslı Ergözoğlu	S-80 İleri evre mide kanseri hastalarında neoadjuvan tedavi öncesi evreleme laparoskopisi deneyimlerimiz Serdar Çoban	S-91 Değiştirilmiş 5 maddeli kırılabilirlik indeksi (mFI-5), kolorektal kanser için cerrahi sonrası postoperatif sonuçları tahmin edebilir mi ? Zülfı Zahidli

08:30 - 10:00	PANEL-25 : NADİR TÜMÖRLER	VIDEO PANEL-1: NASIL YAPIYORUM...	
	Oturum Başkanları Recep Çetin, Turgut Karaca	Oturum Başkanları Hızır Yakup Akyıldız, Kemal Eyvaz	
	Malign melanomda onkolojik yöntem Tolga Köşeci	Laparoskopik whipple Azmi Lale	
	Periferik malign melanomda cerrahi stratejiler Bülent Aksel	Laparoskopik sağ hemikolektomi Ahmet Karayigit	
	GİS malign melonomlarında cerrahi stratejiler Serdar Çulcu	Radikal antegrade modular pankreatikosplenektomi Şevki Pedük	
	Sarkomlar; Tanımları, sınıflandırmalar ve evrelendirme Cemil Yüksel	Laparoskopik subtotal gastrektomi Mahmut Onur Kültüroğlu	
	Sarkomlarda medikal onkoloji yönetimi Ertuğrul Bayram	Silikon uygulama Seda Baştürk	
	İntraabdominal sarkomlarda cerrahi Zafer Teke	Laparoskopik sağ hemikolektomi Osman Erdoğan	
	Sarkomlarda nüks yaklaşım? Cerrah artık hangi noktada durmalı? Emir Çapkinoğlu	SG'li hastada dalak koruyucu pankreatektomi Selim Tamam	
	Pelvik ekzenterasyon Mehmet Yiğit Özgün	TAMİS Salim İksen Başçeken	
	Tartışma	Laparoskopik gastrektomi Ufuk Karabacak	
		Robotik mide cerrahisi Vartık Erol	
		Peritoneal sarkomatozis Serdar Gümüş	
		Laparoskopik total gastrektomi Uğur Topal	
		Tartışma	
10:30 - 11:00	KAHVE ARASI & FİRMA ZİYARETLERİ		
11:00 - 12:30	VIDEO PANEL-2: NASIL YAPIYORUM...	VIDEO PANEL-3: NASIL YAPIYORUM...	
	Oturum Başkanları Osman Erdoğan, Nidal İflazoğlu	Oturum Başkanları Erdoğan Kamer, Gökhan Sarıtaş	
	Onkoplastik meme kanseri Emir Çapkinoğlu	TTSS Abit Yaman	
	Laparoskopik mide kanseri Ertuğrul Gazi Alkurt	Transhiatal özofajektomi Ümit Haluk İliklerden	
	Onkoplastik meme kanseri Özhan Çetindağ	Laparoskopik total gastrektomi Azmi Lale	
	Sitoredüktif cerrahi Murat Güner	Laparoskopik hemikolektomi Ufuk Karabacak	
	Boyun diseksiyonu Hüsnü Aydın	Laparoskopik total gastrektomi Serkan Yılmaz	
	Onkoplastik meme kanseri İsmail Zihni	Laparoskopik gastrektomi Murat Güner	
	Torakolaparoskopik özofajektomi Serkan Yılmaz	Laparoskopik sigmoid rezeksiyon Afig Gojayevev	
	Torakolaparoskopik özofajektomi Orçun Yalav	Laparoskopik anastomoz teknikleri Ömer Yalın	
	Laparoskopik total gastrektomi Ahmet Karayigit	Posterior ekzenterasyon Serdar Gümüş	
	Laparoskopik TME Mahmut Onur Kültüroğlu	Laparoskopik mide kanseri Sencer Ergin	
	Kolonoskopi video show Mehmet Onur Gül	Torakolaparoskopik özofajektomi Uğur Topal	
	VATS + Laparoskopi Ümit Haluk İliklerden	Laparoskopik gastrektomi Ayşe Gizem Ünal	
	Tartışma	Tartışma	
12:30	KAPANIŞ OTURUMU	AKILCI İLAÇ SUNUMU	



SEÇİLMİŞ SÖZLÜ BİLDİRİLER

S-004

Kolorektal Cerrahide Komplikasyon ve Mortalitenin Makine Öğrenme Yolu ile Prediksiyonu

Burak Yavuz¹, Ali Yıldırım², Uğur Topal³, İshak Aydın³, Orçun Yalav⁴, Atılğan Tolga Akçam², İsmail Cem Eray², Cem Kaan Parsak³

¹Kozan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye

⁴Acıbadem Adana Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

Giriş / Amaç: Çalışmamızın amacı, kolorektal kanserli hastalarda ameliyat öncesi klinik veriler kullanılarak postoperatif komplikasyonlar ve mortaliteyi tahmin etmek için makine öğrenimi modelleri geliştirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 2014-2024 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kolorektal kanser nedeniyle ameliyat edilen 18 yaş üstü hastalar retrospektif olarak incelendi. Demografik veriler, laboratuvar parametreleri, klinik durum ve metastatik durum verileri toplandı. Bu veriler kullanılarak postoperatif komplikasyonlar ve postoperatif mortalite makine öğrenme metodları ile değerlendirildi. Çalışmada Lojistik Regresyon, Rastgele Orman, XGBoost, Destek Vektör Makineleri (SVM) ve Yapay Sinir Ağı olmak üzere beş makine öğrenimi modeli kullanıldı. Synthetic Minority Over-sampling Technique yöntemiyle sınıf dengesizliği giderildi ve veriler %70 eğitim, %30 test olacak şekilde ayrıldı. Modellerin performansı eğri altındaki alan (AUC), doğruluk, kesinlik, duyarlılık ve F1-skoru ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 481 hasta dahil edildi. Mortalite tahmini için Rastgele Orman modeli en yüksek AUC (0,807) ve doğruluk (%95) değerlerine ulaştı. XGBoost (AUC 0,729) ve Yapay Sinir Ağı (AUC 0,670) modelleri de iyi performans gösterdi. Lojistik Regresyon da anlamlı sonuçlar verdi (AUC 0,711) ve verilerde doğrusal ilişkilerin olduğunu gösterdi. SVM modeli zayıf prediktif değere sahipti (AUC 0,424). Komplikasyon tahmini için ise en iyi performansı Rastgele Orman modeli (AUC 0,614) gösterirken, XGBoost, Yapay Sinir Ağı ve Lojistik Regresyon modelleri AUC açısından benzer sonuçlar vermiştir (0,57-0,60). SVM modeli de mortalite için düşük performans gösterdi (AUC 0,501).

Tartışma / Sonuç: Çalışmamızda öğrenme modelleri postoperatif mortaliteyi başarılı bir şekilde tahmin ederken, komplikasyon tahmininde sınırlı performans sergilemiştir. Rastgele Orman modeli genel olarak etkili model olmuştur. Gelecekte özellik mühendisliği ve model optimizasyonu çalışmaları komplikasyon tahmininin iyileştirilmesine odaklanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Klinik Prediksiyon, Makine Öğrenme Modelleri

S-005

Hepatoselüler Karsinomda Likit Biyopsi ile Tespit Edilen Genetik Mutasyonların Klinik Sonuçlarla İlişkisi

Gökhan Sarıtaş¹, Burak Yavuz², İshak Aydın³, Mevlüt Harun Ağca⁴, Veysel Demiroğlu¹, Tuğsan Ballı⁵, Atıl Bişgin⁶, Abdullah Ülkü¹, Atılğan Tolga Akçam¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

²Kozan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye

⁴Kayseri Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye

⁵Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

⁶Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Giriş / Amaç: Hepatoselüler karsinom (HCC), dünya genelinde kanser ilişkili ölümler arasında önde gelen nedenlerden biridir ve genellikle geç evrede teşhis edilmesi nedeniyle sağkalım oranları düşüktür. Erken tanı ve tedavi sürecini yönlendirmek amacıyla tümör biyolojisinin anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Likit biyopsi, kan dolaşımındaki tümör hücreleri veya tümör kaynaklı genetik materyalleri analiz ederek tümör dinamiklerini takip etmeyi mümkün kılan non-invaziv bir yöntemdir. Bu çalışmada, HCC tanılı hastalarımızın likit biyopsi ile elde edilen genetik analiz sonuçlarını ve bunların klinik sonuçlarla olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya, 2019-2022 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na başvuran ve likit biyopsi yapılan HCC tanılı hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, laboratuvar parametreleri, genetik analiz sonuçları ve sağkalım verileri incelendi. Genetik varyantlar ve mutasyonların varlığı, hastaların sağkalım ve metastaz durumlarıyla ilişkilendirildi. İstatistiksel analizlerde, anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 20 hasta dahil edildi. Hastaların %70'i erkek, %30'u kadındı. Hastaların ortalama yaşı 64,8±13,1 yıl olarak hesaplandı. Hastaların %35'inde likit biyopsi ile genetik mutasyon olduğu saptandı. Kadın hastalarda genetik mutasyon istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0,05). Saptanan genetik mutasyonlar arasında FGFR, KIT, BRAF, FBXW7 ve EGFR mutasyonları yer aldı. Genetik mutasyonu olan hastalarda mutasyonun KIT mutasyonu olduğu izlendi (%25). Genetik mutasyon varlığı ile metastaz ve tek / multiple kitle arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı. Genetik mutasyonu olan hastaların ortalama sağkalım süresi 21,1±6,5 ay [%95 güven aralığı (GA): 8,5-33,8], olmayan hastaların ortalama sağkalım süresi ise 33,8±8,3 ay (%95 GA: 17,6-49,9) olarak bulundu.

Tartışma / Sonuç: Çalışmamızda HCC tanılı hastalarda likit biyopsi ile tespit edilen genetik mutasyonların sağkalım ve klinik parametrelerle ilişkisi incelenmiştir. En sık gözlenen mutasyon KIT (%20) mutasyonu olmuştur. Genetik mutasyonların prognostik ve prediktif değerini daha iyi anlayabilmek için daha geniş hasta grupları ile ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Hepatoselüler Karsinom, Likit Biyopsi, Genetik Mutasyonlar

S-010

Giyilebilir Teknoloji Laparoskopik Kolorektal Kanseri Cerrahisi Sonrası Hasta Yönetimimizi Değiştirebilir mi?

Kamil Erözkan¹, Selim Tamam², Veysel Cem Özcan³, Mehmet Şah Benk⁴, Serdar Çulcu³, Şiyar Ersöz⁵, Ali Ekrem Ünal³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Yunus Emre Devlet Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, Eskişehir, Türkiye

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁴Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, Muğla, Türkiye

⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş / Amaç: Giyilebilir teknoloji ürünleri ameliyata giden hastaların monitörizasyonunu iyileştirmek için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Kolorektal kanser cerrahisi uygulanan hastaların postoperatif dönemde fiziksel aktiviteleri kısıtlanabilmekte ve barsak aktivitelerinde geç dönüşlere neden olabilmektedir. Bu nedenle mobilizasyonunu teşvik edip, giyilebilir teknoloji ürünleri ile takip ettiğimiz hastaların, postoperatif erken dönemdeki barsak aktivitelerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız prospektif, randomize çift kör olarak planlandı (ClinicalTrials ID: NCT05598294). Bilgilendirilmiş onam alınarak kliniğimize küratif laparoskopik kolorektal kanser cerrahisi amacıyla yatan 18 yaş üstü hastaların mobilizasyonu adım sayar saat ile takip edildi. Tip 1 hata=0,05 ve

istatistiksel güç=%90 olmak üzere toplam 172 hasta hesaplandı. Randomizasyon çalışmaya katılmayan klinik sorumlu hemşiresi tarafından bilgisayar temelli oluşturulmuş olan listeye göre gerçekleştirildi. Kontrol grubuna standart mobilizasyon önerilerinde bulunulurken, çalışma grubu 6 saat aralıklarla mobilizasyona yine klinik hemşireler tarafından teşvik edildi. Veriler prospektif çalışmaya dahil olmayan farklı klinikten hekim tarafından toplandı. Postoperatif dönemde adım sayıları, ilk gaz ve defekasyon çıkış saati ile adım sayıları primer sonlanım noktası olarak belirlendi. Ağrı, fiziksel, mental ve genel memnuniyet skorları ile komplikasyon, mortalite ve yatış süresi ikincil sonlanım noktaları olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya ortalama yaşı 66,5 (±10,7), 41 hasta (%43,9 kadın) dahil edildi. Hastaların büyük çoğunluğunu Amerikan Anesteziyologlar Derneği 2 (30, %76,9) hastaları oluşturmaktaydı. Tanımlayıcı değişkenlerde anlamlı farklılıklar gözlemlenmemesi randomizasyonun, mobilizasyonun ise istatistiksel anlamlı oluşu teşvik planının başarılı olduğunu işaret etmekteydi (Tablo 1). Mobilizasyonu teşvik edilen grupta hastanede yatış süresi daha kısaydı (p=0,034). Ancak birincil ve ikincil sonlanım noktalarının karşılaştırılmasında mobilizasyonu teşvik edilen grubun değişkenleri nicel olarak daha avantajlı olsa da klinik ve istatistiksel anlamlı değişiklikler saptanmadı (Tablo 2).

Tartışma / Sonuç: Postoperatif dönemde kolorektal kanser cerrahisi geçiren hastalara entegre edilen giyilebilir cihazlar ile yapılan monitörizasyon ve mobilizasyon teşviki ile hastanede kalış süresi kısalabilir. Çalışmamızda hastaların barsak peristaltizmi, ve ağrı, fiziksel, mental ve genel memnuniyet skorları benzer olsa da artan hasta sayısı ile elde edecek sonuçlar kolorektal kanser cerrahisi hastalarında gelecekteki klinik yönetimimize yön verebilir.

Anahtar Kelimeler: Giyilebilir Teknoloji, Kolorektal Cerrahi, Kolorektal Kanseri, Adımsayar

Tablo 1. Tanımlayıcı veriler ve mobilizasyon teşvik değeri

	Artırılmış mobilizasyon (n=21)	Standart mobilizasyon (n=18)	p-değeri
Yaş, yıl (IQR)	65 (14)	66 (14)	0,75
Kadın cinsiyet, n (%)	7 (%33)	9 (%50)	0,29
VKİ, kg/m ² (IQR)	25,6 (3)	26,1 (7,5)	1,00
Abdominal cerrahi öyküsü, n (%)	3 (%14,3)	10 (%55,6)	0,015
Ek hastalık, n (%)	12 (%57,1)	14 (%77,8)	0,17
Diabetes mellitus, n (%)	2 (%9,5)	2 (%11,1)	1,00
Sigara kullanımı, n (%)	6 (%28,6)	6 (%33,3)	0,74
Alkol kullanımı, n (%)	2 (%9,5)	1 (%5,6)	1,00
Neoadjuvan tedavi, n (%)	2 (%9,5)	0 (%0)	0,49
Barsak temizliği, (n (%))	17 (%81)	17 (%94,4)	0,34
ASA sınıfı, n (%)			0,44
1	1 (%4,8)	2 (%11,1)	
2	18 (%85,7)	12 (%66,7)	
3	2 (%9,5)	4 (%22,2)	
Operasyon, n (%)			0,43
Sağ hemikolektomi	8 (%38,1)	3 (%16,7)	
Sol hemikolektomi	3 (%14,3)	4 (%22,2)	
Anterior rezeksiyon	6 (%28,6)	5 (%27,8)	
Aşağı anterior rezeksiyon	4 (%19)	4 (%22,2)	
Total kolektomi	0 (%0)	2 (%11,1)	
Operasyon süresi, dk	150 (55)	180 (58,8)	0,61
Tahmini kan kaybı, mL (IQR)	150 (100)	150 (50)	0,64
İntraoperatif sıvı replasmanı, mL (IQR)	1800 (800)	2000 (520)	0,35
Nazogastrik kullanımı, n (%)	8 (%38,1)	6 (%33,3)	0,75
Üriner kateter kullanımı, n (%)	21 (%100)	17 (%94,4)	0,46
Dren sayısı, n	2 (1)	2 (0,7)	0,25
Rejim 1, gün (IQR)	2 (1)	2 (0,7)	0,37
Rejim 2, gün (IQR)	3 (1)	3 (1)	0,16
Rejim 3, gün (IQR)	5 (2)	5 (2)	0,57
İlk mobilizasyon, saat (IQR)	6 (2)	6 (1,7)	0,14
PO 0 mobilizasyon, adım (IQR)	96 (200)	40 (102)	0,22
PO 1 mobilizasyon, adım (IQR)	1899 (1606)	801 (716)	0,02
PO 2 mobilizasyon, adım (IQR)	2598 (2625)	1056 (642)	<0,01
PO 3 mobilizasyon, adım (IQR)	3786 (2753)	1969 (1724)	0,01
PO 4 mobilizasyon, adım (IQR)	4213 (3620)	1753 (1976)	<0,01

IQR: Çeyrekler arası açıklık, VKİ: Vücut kitle indeksi, ASA: Amerikan Anestezistler Derneği, PO: Postoperatif

Tablo 2. Birincil ve ikincil sonlanım noktaları

	Artırılmış mobilizasyon (n=21)	Standart mobilizasyon (n=18)	p-değeri
Gaz çıkış, saat (IQR)	32 (24)	28 (20,5)	0,77
Gaz çıkış, adım (IQR)	1802 (3311)	651 (1627)	0,17
Defekasyon, saat (IQR)	72 (43)	62 (26,3)	0,52
Defekasyon, adım (IQR)	5242 (5531)	2697 (2715)	0,13
Ağrı skoru, (IQR)			
PO 0. gün	6 (1)	6,5 (1)	0,59
PO 1. gün	6 (2)	6 (2)	0,68
PO 2. gün	5 (2)	5 (2)	0,65
PO 3. gün	4 (1)	4,5 (1,7)	0,07
PO 4. gün	3 (2)	3,5 (1,7)	0,07
Fiziksel skor, (IQR)			
PO 0. gün	5 (2)	5 (1)	0,48
PO 1. gün	6 (2)	5 (1,7)	0,05
PO 2. gün	7 (1)	6 (1,7)	0,046
PO 3. gün	7 (2)	6 (1,7)	0,08
PO 4. gün	7 (1)	7 (2)	0,27
Mental skoru, (IQR)			
PO 0. gün	5 (1)	5 (1)	0,62
PO 1. gün	6 (2)	5,5 (1)	0,08
PO 2. gün	7 (1)	6 (1)	0,18
PO 3. gün	7 (1)	7 (1)	0,26
PO 4. gün	8 (1)	7,5 (1)	0,42
Genel memnuniyet skoru, (IQR)			
PO 0. gün	6 (1)	5,5 (1)	0,98
PO 1. gün	6 (2)	5,5 (1)	0,27
PO 2. gün	7 (1)	6,5 (2)	0,24
PO 3. gün	7 (2)	7 (1)	0,22
PO 4. gün	8 (1)	8 (1,7)	0,43
Komplikasyon, n (%)	5 (%23,8)	5 (%27,8)	0,77
Mortalite, n (%)	0 (%0)	0 (%0)	n/a
Yatış süresi, gün (IQR)	6 (1)	7 (2)	0,034
IQR: Çeyrekler arası açıklık, PO: Postoperatif			

S-017

Kolorektal Kanserde HIPEC ve Sitoredüktif Cerrahi Üzerine Bibliyometrik Analiz

Ali Cihat Yıldırım, Sezgin Zeren, Yalçın Sönmez, Abdullah Boğa, Ahmet Tekin

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

Giriş / Amaç: Sitoredüktif cerrahi ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) kombinasyonu, peritoneal metastazları olan kolorektal kanserli hastalar (KRK) için önemli bir tedavi seçeneği haline gelmiştir. Optimal hasta seçimi için kapsamlı değerlendirme ve doğru yönetimi garanti etmek amacıyla cerrahi onkologları, tıbbi onkologları ve radyologları içeren multidisipliner bir yaklaşımın kullanılması zorunludur. Bibliyometrik analiz, bir alandaki bilimsel literatürde gözlenen eğilimleri ve yeni ortaya çıkan alanları ortaya çıkararak büyük hacimli bilimsel verileri keşfetmek için kullanılan titiz bir yöntemdir. Bu çalışmada KRK hastalarında kullanılan sitoredüktif cerrahi ve HIPEC'in literatürdeki bibliyometrik analizini yapmayı amaçladık.

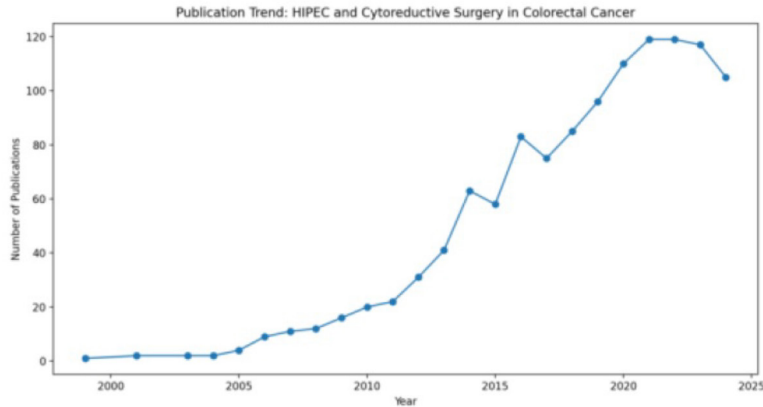
Gereç ve Yöntem: Scopus veri tabanında “colorectal cancer,” “HIPEC,” “colorectal cancer” anahtar kelimeleri kullanılarak arama yapıldı. Bu alandaki İngilizce dilinde makaleler incelendi. Veriler “Julius AI” yapay zeka programı ve “Python” programlama diliyle analiz edildi.

Bulgular: Bin iki yüz üç makale elde edildi. Yapılan çalışmaların yıllar içinde genel bir artış trendinde olduğu gözlemlendi. Bu, KRK için HIPEC ve sitoredüktif cerrahiye artan ilgi ve araştırmayı göstermektedir. Glehen O, Sugarbaker PH, Morris DL alandaki en çok yayın üreten yazarlardır. En çok yazının yayınlandığı ilk üç dergi “Annals of Surgical Oncology,” “European Journal of Surgical Oncology” ve “Journal of Surgical Oncology” olarak sıralanmaktadır. En çok yayın kaynağı olan ülkelere bakıldığında ise ilk üç ülke sırayla, ABD (304 yayın), Hollanda (152 yayın) ve Fransa (122 yayın) olarak dikkat çekmektedir. Bin iki yüz üç yayından 286'sında (%23,8) fon desteği belirtilmiştir.

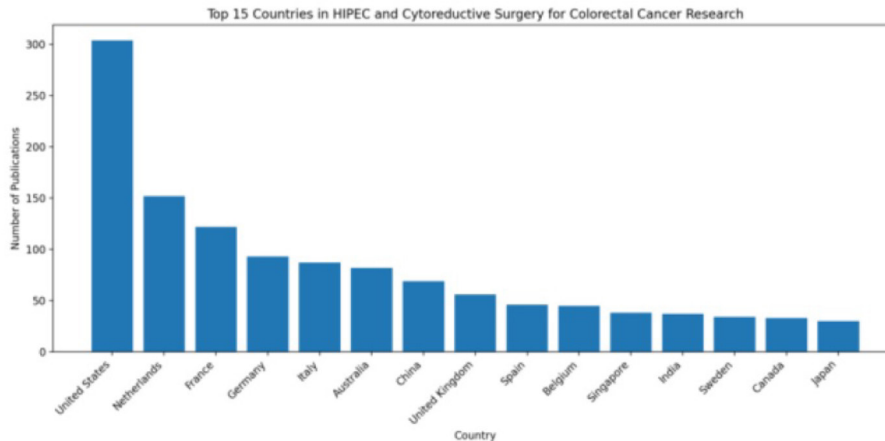
Tartışma / Sonuç: KRK peritoneal metastazlarında sitoredüktif cerrahi ve HIPEC kullanımına ilgi artarak devam etmektedir. Uygun olgularda HIPEC tedavisinin sitoredüktif cerrahiye eklenmesinin etkinliği ile ilgili farklı görüşler olsa da önümüzdeki dönemde bu konuda yapılacak çalışmalar daha net sonuçlara ulaşmaya katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: HIPEC, Sitoredüktif Cerrahi, Kolorektal Kanser, Bibliyometrik Analiz

Yayın trendleri



Yayınlarda belirgin ülkeler



S-022

Foliküler Neoplazi Şüphesinde Malignensiye Tahmin Etmede HALP Skorunun Prediktif Değeri

Burak Aydoğan¹, Halil Güneş¹, Uğur Topal², İshak Aydın²,
Ahmet Gökhan Sarıtaş¹, Kubilay Dalcı¹, Aysun Uğuz³, Gürhan Sakman¹

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Giriş / Amaç: Foliküler neoplazi (FN) veya foliküler neoplazi şüphesi (FNŞ) yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) sonuçlarında yaygın görülen %15-30 malignite riski taşıyan indeterminate bir patolojik tanı olup bu çalışmanın amacı İİAB de FNŞ / FN tanısı alan hastalarda hemoglobin, albümin, lökosit ve trombosit (HALP) skorunun malignite üzerinde prediktif değerini belirlemektir. Bu doğrultuda FNŞ tanısı alan hastaların yaş, cinsiyet, nodül boyutu ve radyolojik özelliklerinin benign ve malign predikasyonu üzerindeki etkilerini retrospektif

olarak klinik deneyimlerimiz analiz edilmiştir.

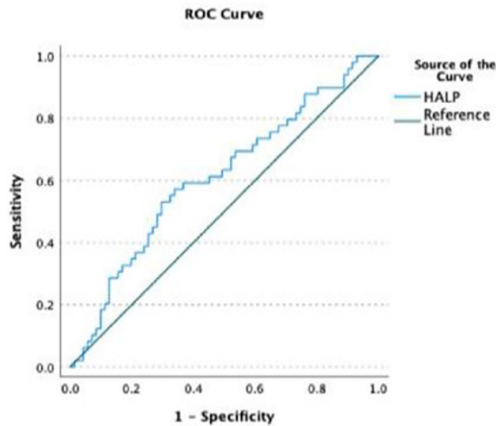
Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 2014-2024 arası Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran İİAB sonucu FNŞ nedeniyle opere edilen hastalar dahil edildi. Hastaların pre-op HALP skoru hesaplandı. HALP skorunun FNŞ malignite predikasyonu üzerine etkisi değerlendirildi. SPSS 26 sürüm kullanıldı. Hastaların demografik ultrasonografi (USG) ve patolojik verileri analiz edildi. Çalışmaya yaş ortalaması 52,4 olan toplam 120 hasta dahil edildi. Yüz yirmi hastanın %15'i erkek %85'i kadındı. Alıcı işletim karakteristiği analizi yapıldı. Cut-off değeri 4,957 bulundu. Eğri altındaki alan değeri 0,608 bulundu.

Bulgular: P: 0,041 bu cut-off değeri için spesifite %70 sensitivite %53 bulundu. Yüksek HALP skoru ile yüksek tümör çapı arasında anlamlı ilişki saptandı (p: 0,001). Ayrıca erkek cinsiyet grubunda HALP skoru daha yüksek saptandı (p: 0,002). Nodül USG özellikleri, yaş ve benign / malign ayrımında HALP skoru ile arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

Tartışma / Sonuç: Yüksek HALP skoru FNŞ olan hastalarda yüksek tümör çapı ve erkek cinsiyetle ilişkiliydi. HALP skoru, ucuz ve basit bir kompozit biyobelirteç olup, İİAB sonucu FNŞ olan hastalarda spesifik prediktif yöntem olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: HALP Skoru, Foliküler Neoplazi Şüphesi

		HALPGRUP			
		1.00		2.00	
		Count	Column N %	Count	Column N %
yaş		53.4±11.3		50.9±12.4	
çap		2.5±1.27		2.99±2.18	
sex	E	5	6.9%	13	27.1%
	K	67	93.1%	36	72.9%
usg özellik		4	5.6%	2	4.2%
	HETE	3	4.2%	4	8.3%
	HİPER	7	9.7%	7	14.6%
	HİPO	41	56.9%	22	45.8%
	İZO	17	23.6%	13	27.1%
taraf	SAĞ	39	54.2%	29	60.4%
	SOL	33	45.8%	19	39.6%
SONUÇ	B	49	68.1%	22	45.8%
	M	23	31.9%	26	54.2%



ROC	0.608
P değeri	0.041
Cut-off değeri	4.9577
Sensitivite	%53.1
Spesifite	%70.4
PPV	%54.17
NPV	%68.06
LR+	1.71
LR-	0.68

S-025

Kolon Kanseri Hastalarda Histopatolojik Tanı ve Mismatch Repair Gen Mutasyonlarının İncelenmesi

Cemre Dinçsoy, Barış Eker, Murat Güner, Kemal Erdiç Kamer

İzmir Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş / Amaç: Mismatch repair (MMR) gen mutasyonları ve tümör, lenf düğümü, metastaz (TNM) evresi arasındaki ilişki incelendi.**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde 2023-2024 yılları arasında kolon kanseri nedeni ile opere edilen hastalarda histopatolojik tanı ile MMR gen mutasyonları ve TNM evrelemesi arasındaki ilişki incelendi.**Bulgular:** Çalışmaya kolon kanseri nedeniyle opere edilen 50 hasta dahil edildi. Hastaların 25'i kadın 25'i erkek ve tamamında tanı adenokarsinom idi. Histokimya sonuçlarında MMR gen mutasyonları incelendi. On bir hastanın N2 16 hastanın N1 23 hastanın ise N0 kategorisinde olduğu görüldü. N2 kategorisinde olan 11 hastanın birinde *MLH1* gen ekspresyon kaybı izlendi. Diğer MMR gen mutasyonları izlenmedi. N1 kategorisinde olan 16 hastanın 3'ünde *MLH1* ve *PMS2* gen ekspresyon kaybı izlendi. Diğer MMR gen mutasyonları izlenmedi. N0 kategorisinde olan 23 hastanın 6'sında *MLH1* ve *PMS2* gen ekspresyon kaybı izlendi. Bir hastada ise *MSH2* ve *MSH6* gen ekspresyon kaybı izlendi. Uzak metastazı olan 5 hastada ise MMR gen ekspresyon kaybı izlenmedi. T kategorisi incelendiğinde 21 hasta T4 olarak değerlendirildi. T4 kategorisinde, 4 hastada *MLH1* gen ekspresyon kaybı ve 3 hastada *PMS2* gen ekspresyon kaybı izlendi. Yirmi beş T3 hastasının 4'ünde *MLH1* ve *PMS2* gen ekspresyon kaybı izlendi. Bir hastada ise *MSH2* ve *MSH6* gen ekspresyon kaybı izlendi. İki T2 hastadan birinde *MLH1* ve *PMS2* gen ekspresyon kaybı gözlemlendi. İki T1 hastadan birinde *MLH1* ve *PMS2* gen ekspresyon kaybı izlendi. Elli hastanın 3'ünde erken dönem mortalite görüldü. Erken dönem mortalite görülen 3 hastada da mismatch gen ekspresyon kaybı görülmedi.**Tartışma / Sonuç:** Elli hasta incelendiğinde MMR gen mutasyonunun erken dönem mortalite üzerine etkili olmadığı görüldü. TNM evrelemesi ile MMR gen mutasyonu arasında belirgin ilişki izlenmedi. MMR gen mutasyonu erken dönemde etkili olmasa da uzun dönem mortalite üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.**Anahtar Kelimeler:** Kolon Kanseri, MMR, TNM Evrelemesi, Histokimya

S-045

Santral Yerleşimli Meme Kanseriinde Grisotti TekniğiHalit Özgül¹, Remzi Can Çakır², Ömer Çelik¹, Hasan Özkan³¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya, Türkiye²Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Hatay, Türkiye²Antalya Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya, Türkiye**Giriş / Amaç:** Grisotti tekniği, santral yerleşimli meme kanserleri için onkoplastik meme koruyucu cerrahi bir tekniktir. Amaç, onkolojik sonuçları, ameliyat sonrası komplikasyonlar ve hasta memnuniyet oranlarını değerlendirmektir.**Gereç ve Yöntem:** Ocak 2021'den Haziran 2024'e kadar 10 hasta santral meme tümörü nedeniyle Grisotti tekniği kullanılarak tedavi edildi.**Bulgular:** Ortalama yaş 52,5±15,5 idi. Ortanca vücut kitle indeksi 26,5 kg/m² idi (24,8-28,5). Dört hasta menopozal, altı hasta fertil dönemde idi. Dört hasta neoadjuvan tedavi aldı. Neoadjuvan tedavi sonrası bir hastada tam remisyon oldu. Tüm hastalara sentinel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Hiçbir hastaya aksiller lenf nodu küretajı yapılmadı. Dört hasta Luminal B, üç hasta Luminal A, üç hasta sadece İnsan Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü 2 pozitif ve bir hasta triple negatif idi. Ameliyat öncesi histoloji, invaziv duktal karsinomdu (IDC). Ameliyat sırasında komplikasyon olmadı ve ortalama ameliyat süresi 75 dakikaydı (60-90). Ameliyat sonrası patolojide, beş hastada IDC'nin duktal karsinoma in situ ile ilişkili olduğu bulundu. Cerrahi sınırlarda pozitiflik olmadı. Radyoterapi sonrası yapılan BREAST-Q anket sonucunda ortalama %83,8 oranında hasta memnuniyeti mevcuttu. Ameliyat sonrası minör komplikasyonlar: Seroma, hematoma, yara yeri enfeksiyonu ve neo-areolanın kısmi nekrozuydu. Radyoterapiden sonra memelerin görünümü, hastalar için yüksek bir memnuniyet oranı sağladı.**Tartışma / Sonuç:** Grisotti tekniği, onkolojik açıdan güvenli ve kozmetik olarak iyi sonuçlara sahip olduğunu gösterdik. Mastektomiye maruz kalacak hastalarda iyi bir alternatif sağladığını düşünüyoruz.**Anahtar Kelimeler:** Grisotti Tekniği, Meme Koruyucu Tedavi, Santral Meme Tümörleri, Onkoplastik Cerrahi, Memnuniyet Oranı



Grisotti tekniği



Grisotti tekniği yara yeri ayrışması

S-049

Mide Kanserinde Peritoneal Nüksü PERI-gastric (Peritoneal Recurrence Index) Skoru ile Tahmin Etmek Mümkün mü?Hüseyin Fahri Martlı¹, Abidin Gökaş², Erdinç Çetinkaya¹, Sadettin Er¹, Mesut Tez¹¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye²Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Aksaray, Türkiye

Giriş / Amaç: Mide kanseri peritoneal nüks açısından yüksek riskli kanser türlerindendir. Mide kanserinin tanı anında peritoneal tutulum yapma olasılığı %12-26'lardadır ve bu sebepten tanısı laparaskopi önerilmektedir. Öte yandan mide kanserinin peritonda nüks etme olasılığı %10-40 civarındadır ve bu oran bütün nükslerin de %45'ini oluşturmaktadır. Bu amaçla Agnes ve arkadaşları küratif gastrektomi sonrası peritoneal nüksü öngörmek için oluşturdukları peritoneal recurrence index (PERI)-gastric skoru mevcuttur. Bu çalışmada kendi merkezimizde ki PERI-gastric skoru validasyonu araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2019 ile Aralık 2022 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde (Ankara, Türkiye) küratif amaçlı gastrektomi uygulanan histolojik olarak kanıtlanmış gastro-özofageal veya mide adenokarsinomu olan hastalar retrospektif olarak tarandı. R1-2 rezeksiyonu geçiren hastalar, D1+ lenfadenektomi, metastatik hastalığı olan hastalar (pozitif peritoneal sitolojisi olan hastalar dahil), postoperatif 90 gün içerisinde ölen hastalar, patolojik evrelemesi eksik olan hastalar ve takip süresi <18 ay olan hastalar çalışmadan hariç tutuldu. Takip sürecinde radyolojik veya patolojik olarak peritoneal karsinomatozis (PK)'sı olan hastalar tespit edildi. PK olan hastalar PK+, PK olmayan hastalar ise PK- olarak gruplandırıldı. (Şekil 1).

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 66 ± 13 'dü. Hastaların 63 (%67)'ü erkek; 31 (%33)'i kadındı. PK+ olan hasta sayısı 11 (%11,7), PK- olan hastaların sayısı 83 (%88,2)'dü. PK- olan hastaların ortalama yaşam süresi 49 ay, hastalıksız sağ kalımı 22 aydı; PK+ hastalarda ortalama yaşam süresi 12 aydı. PERI-gastric 1 ve PERI-gastric 2, çalışmamızdaki kohortta test edildiğinde sırasıyla %95 güven aralığında 0,798 (0,657-0,940) ve 0,754 (0,611-0,896) alıcı işlem karakteristiği eğrisi altındaki alan değerlerine sahip olmuştur (Şekil 2, 3). P değeri, sensitivite, spesifite, pozitif likelihood ratio ve negatif likelihood ratio değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tartışma / Sonuç: Mide kanseri sonrasında meydana gelen PK agresif tedavi gerektirmektedir. Bazı çalışmalarda yüksek PK riski olan hastalarda profilaktik olarak sitoredüksiyon ve intraperitoneal sıcak kemoterapi önerilmektedir. Agon ve arkadaşlarının geliştirdiği PERI-gastric skor PK riskini yüksek oranda predikte ettiğini göstermişlerdir. Bizim çalışmamızdaki sonuçlarda ilgili çalışmayla uyumlu olup PERI-gastric skorunun PK riskini predikte ettiği gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Mide Kanseri, Peritoneal Karsinom, Peri-gastric Skoru

Tablo 2. Peri-gastric skoru ve peritoneal karsinomatozis ilişkisi

Risk faktörü
AUC (%95 CI)
Cut-off değeri
p
Sensitive
Spesifite
PLR
NLR
Perigast-1
0,798 (0,657-0,940)
29,15
0,000
72,7
83,1
4,31
0,33
Perigast-2
0,754 (0,611-0,896)
26,81
0,001
63,6
81,9
3,52
0,44
AUC: Eğri altında kalan alan, CI: Güven aralığı, PLR: Pozitif olabilirlik oranı, NLR: Negatif olabilirlik oranı

S-054

Kolorektal Kanserler Nedeniyle Küratif Rezeksiyon Yapılan Hastalarda CALLY İndeksinin Klinik Değeri ve Prognostik Önemi

İsa Armağan Cıkarlar¹, Mustafa Koray Demiryürek¹, Uğur Topal², İshak Aydın², Ahmet Onur Demirel³, Abdulkadir Çiğışar¹, İsmail Cem Yurtçu¹, Abdulkirim Elmuthi¹, Orçun Yalav⁴, İsmail Cem Eray¹, Cem Kaan Parsak²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye

³Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kilis, Türkiye

⁴Acıbadem Üniversitesi Adana Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

Giriş / Amaç: Son yıllarda birçok solid kanser türünün gelişiminde lokal ve sistemik enflamatuvar yanıtın ciddi rol oynadığı gösterilmiş ve kanserle ilişkili enflamatuvar yanıtın sağkalımı etkileyen önemli bir faktör olduğu ortaya konmuştur. Bu çalışmada, Bu çalışmada, C-reaktif protein (CRP) - albümin - lenfosit (CALLY) indeksinin küratif rezeksiyon yapılan kolorektal kanser (KRC) hastalarında nüks ve prognozla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Haziran 2014 ile Mart 2019 arasında KRC nedeniyle opere edilen 80 hasta dahil edilerek verileri retrospektif analiz edildi. CALLY indeksi hesaplandı. Receiver operating characteristic analizi kullanılarak cut-off değeri bulundu ve hastalar CALLY yüksek (Grup 1 n=41) ve düşük (Grup 2 n=39) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların klinikopatolojik verileri istatistiksel olarak analiz edildi. Gruplarda preoperatif demografik veriler, laboratuvar değerleri, neoadjuvant durumları, tümör lokalizasyonu, intraoperatif özellikler, postoperatif komplikasyonlar ve yatış süresi, reoperasyon, readmisyon, patoloji verileri ve sağkalım süreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: CALLY indeksi cut-off değeri 0,4836 olarak saptandı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, Amerikan Anesteziyoloji Derneği skoru, vücut kitle indeksi, neoadjuvan durumları, tümör lokalizasyonları, karsinoembriyonik antijen, karbohidrate antijen 19,9 seviyeleri, operasyonun açık ya da laparoskopik olması, konversiyon, stoma durumu ve intraoperatif komplikasyon varlıkları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yok iken (p>0,05) grup 2'de acil cerrahi daha yüksekti (p=0,022). Histolojik tip, patolojik grade ve evre, postoperatif yatış süreleri, apse, eviserasyon, yara yeri enfeksiyonu, ileus, anastomoz kaçağı, reoperasyon,tekrar yatış, lokal nüks, uzak metastaz açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık izlenmedi (p>0,05). Grup 2'de total sağkalım daha düşüktü (p=0,003).

Tartışma / Sonuç: CRP, serum albümin ve lenfosit seviyeleri, enflamasyon, beslenme ve bağışıklık açısından önemli parametreler olup KRC'ların prognozunda önemli rol oynar. Bu parametreleri içerisinde barındıran CALLY indeksi KRC'ların prognozunda önemli bir biyobelirteç olarak yer alabilir. Yang ve arkadaşlarının CALLY indeksinin KRC'lı hastaların prognozunda önemini belirten ilk ve en kapsamlı çalışmasında; bu indeksin total sağkalımı belirlemede, tümör, lenf nodları, metastaz ve diğer klasik KRC prognostik faktörlerinden daha yüksek prognostik değer gösterdiği belirtilmiştir. Takeda ve arkadaşlarının da yaptığı 578 hastalık çalışmada CALLY indeksinin KRC'lı hastalarda uzun dönem sonuçları için prognostik bir biyobelirteç olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda da CALLY indeksinin düşük olmasının daha kötü sağkalım ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın literatüre KRC'da CALLY indeksinin, prognoz ve sağkalım açısından anlamlı veriler sunduğuna ve değerli referans verilerine katkıda bulunduğuna inanıyoruz. Oldukça basit, non-invaziv ve maliyeti düşük bu biyobelirtecin prognoz üzerindeki tahmin yeteneğinin belirlenebilmesi için çok merkezli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, CALLY, Biyobelirteç, Prognoz

S-055

Hemogram İndeks Parametreleri ile Enflamatuvar Yanıtın Filloides Tümörlerde Değerlendirilmesi

İsmail Zihni¹, Eren Ozan Yıldız¹, Meliha Ülkü Güzel¹, Ebru Özcan Sanhal², Veli Vural¹, Hasan Çalış¹, Cumhuri Arıcı¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş / Amaç: Filloides tümörlerin tiplerinin enflamatuvar yanıtın maliyet etkin hemogram parametreleri ile değerlendirilmesi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 2020-2024 yılları arasında 26 hasta kontrol, 15 hasta benign ve 11 hasta malign + borderline grubuna alındı. Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, %25-%75 percentile (Q1-Q3) değerleri ile sunulmuştur. Normallik varsayımı Shapiro's-Wilk testi ile kontrol edilmiştir. İki grubun sayısal verileri arasındaki farkın analizinde veriler normal dağılıma uyduğu durumda independent samples t-tests (bağımsız iki örneklem t-testi), uymadığı durumda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Üç grubun sayısal değerleri arasındaki farkın analizinde verilerin dağılımı normal dağılıma uymadığında Kruskal-Wallis H testi, anlamlı çıkan sonuçlarda ikili karşılaştırmalar için Bonferroni-Dunn prosedürü uygulanmıştır. Tüm grupların sayısal değerleri normal dağılıma uyduğu durumda Tek Yönlü Varyans Analizi; Levene testi değerlendirildiğinde varyans homojenliği sağlanmadığında Welch Testi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'ten küçük olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Kontrol, benign ve malign + borderline gruplarının ölçümleri Tablo 1'de karşılaştırılmıştır. Nötrofil sayısı (p=0,027), nötrofil/lenfosit oranı (NLR) (p=0,024) ve ortalama trombosit hacmi (MPV) (p=0,036) ölçümlerinde en az bir grup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Yapılan post-hoc karşılaştırmalarda; malign + borderline grubunun nötrofil sayısı medyanı 5,34 (Q1: 4,21 - Q3:6,08) kontrol grubuna göre 3,69 (Q1: 3,06 - Q3: 4,65) daha yüksek, malign + borderline grubunun NLR ölçümü medyanı 2,5 (Q1: 1,81 - Q3: 2,82), kontrol grubuna göre 1,567 (Q1: 1,294 - Q3: 2,089) daha yüksek, malign + borderline grubunun MPV ölçümü medyanı 8,9 (Q1: 8,8- Q3: 10,4) kontrol grubuna göre 10,55 (Q1: 10,2- Q3: 10,8) daha düşük bulunmuştur.

Tartışma / Sonuç: Literatürde oldukça az çalışma olmasına karşın sonuçlar çalışmamız ile benzerlik göstermekte olup ameliyat öncesi filloides tümör tipini predikte edebilmek için hemogram parametreleri kullanılabilir. Çalışmamızın limitasyonları; tek merkezli ve hasta sayısının az olmasıdır. Sonuç olarak filloides tümör tiplerini operasyon öncesi maliyet etkin hemogram parametreleri ile predikte edebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Filloides Tümör, Hemogram, Nötrofil, NLR, MPV

Tablo 1. Kontrol, benign ve malign + borderline gruplarının ölçümlerinin karşılaştırılması

		n	Mean (SS)	Median (Q1-Q3)	Test	p
Yaş	Kontrol	26	48,23 (13,17)	48 (39-57)	0,31	0,735 ^a
	Benign	15	46,27 (11,62)	46 (38-56)		
	Malign + borderline	11	50,36 (15,02)	49 (44-67)		
WBC	Kontrol	26	6,95 (1,47)	6,69 (5,85-7,74)	2,404	0,101 ^a
	Benign	15	7,91 (2,2)	7,91 (6,54-9,42)		
	Malign + borderline	11	8,1 (1,57)	8,28 (7,44-9,35)		
Nötrofil sayısı	Kontrol	26	3,92 (1,34)	3,69 (3,06-4,65)	7,917	0,027^b
	Benign	15	5,04 (2,01)	4,33 (3,66-6,31)		3>1
	Malign + borderline	11	5,12 (1,5)	5,34 (4,21-6,08)		
Lenfosit sayısı	Kontrol	26	2,36 (0,56)	2,38 (1,98-2,67)	1,305	0,28 ^a
	Benign	15	2,12 (0,44)	1,99 (1,85-2,49)		
	Malign + borderline	11	2,18 (0,33)	2,21 (2,08-2,39)		
Monosit sayısı	Kontrol	26	0,5 (0,14)	0,49 (0,39-0,63)	0,455	0,637 ^a
	Benign	15	0,54 (0,18)	0,57 (0,36-0,63)		
	Malign + borderline	11	0,55 (0,18)	0,59 (0,41-0,7)		
Platelet	Kontrol	26	279000 (42274,34)	272000 (245000-314000)	4,933	0,169 ^c
	Benign	15	279000 (80871,15)	267000 (249000-327000)	1,969	
	Malign + borderline	11	363454,55 (141149,12)	360000 (217000-425000)		
NLR	Kontrol	26	1,768 (0794)	1,567 (1,294-2,089)	7,434	0,024 ^b
	Benign	15	2,453 (1,136)	1,97 (1,59-3,46)		3>1
	Malign + borderline	11	2,401 (0,826)	2,5 (1,81-2,82)		
NMR	Kontrol	26	8,089 (2,841)	7,115 (6,38-9,125)	2,451	0,294^b
	Benign	15	8,966 (3,337)	8,44 (6,6-11,12)		
	Malign + borderline	11	10,335 (4,938)	9,62 (5,39-13,13)		
LMR	Kontrol	26	4,873 (1,361)	4,885 (3,87-6,14)	2,489	0,288 ^b
	Benign	15	4,201 (1,321)	4,01 (3,16-4,44)		
	Malign + borderline	11	4,487 (1,937)	4,05 (2,9-5,73)		
PLR	Kontrol	26	123,76 (31,81)	113,56 (104,41-138,19)	3,961	0,138 ^b
	Benign	15	133,12 (51,59)	134,84 (95,58-158,68)		
	Malign + borderline	11	170,69 (70,52)	165,13 (122,59-223,55)		
MPV	Kontrol	26	10,58 (0,73)	10,55 (10,2-10,8)	6,667	0,036^b
	Benign	15	9,99 (1,6)	10 (8,4-10,7)		1>3
	Malign + borderline	11	9,74 (1,6)	8,9 (8,8-10,4)		
RDW	Kontrol	26	13,75 (2,09)	13,3 (12,3-14,1)	2,408	0,3 ^b
	Benign	15	14,23 (2,99)	13,5 (12,9-13,8)		
	Malign + borderline	11	14 (1,24)	14,1 (13,3-14,2)		

^a:One-Way ANOVA ^b: Kruskal-Wallis testi anlamlı çıkan farkta Bonferroni-Dunn Prosedürü ^c: Welch test

WBC: Beyaz küre sayısı, NLR: Nötrofil / lenfosit oranı, LMR: Lenfosit / monosit oranı, PLR: Trombosit / lenfosit oranı, MPV: Ortalama trombosit hacmi, RDW: Eritrosit dağılım genişliği, SS: Standart sapma, NMR: Nötrofil / monosit oranı

S-058

Meme Kanseri Cerrahisi Sırasında Rektus Sternalis Kasının Sıklığı ve Meme Rekonstrüksiyonuna Etkisi

Muhammed Alkhatib¹, Hakan Fahri Soylu², Ahmet Dağ¹, Kübra Şahin¹, Recep Okan Üstün³

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Mersin Şehir Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Mersin, Türkiye

Giriş / Amaç: Meme kanseri cerrahisinde sonrası meme rekonstrüksiyonları, implant bazlı veya flep kullanılarak gerçekleştirilebilmektedir. Cerrahi sırasında pektoral bölgedeki kas varyasyonlarının tanınması, cerrahi tekniği etkileyebilir. Bu kas varyasyonlarından biri rektus sternalis kası olup, özellikle meme implantları ile yapılan rekonstrüksiyonlarda, cerrahi planlamada dikkate alınması gereken bir faktördür. Rektus sternalis kasının subpektoral planda konulan meme protezinin korunması açısından önemine değindik.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, 2020 ile 2024 yılları arasında Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde meme kanseri cerrahisi uygulanan hastalar üzerinde yapılmıştır. Operasyonlar sırasında, pektoral bölgenin cerrahi disseksiyonu esnasında rektus sternalis kasının varlığı incelenmiştir. Meme kanseri nedeniyle

yapılan rezeksiyonlardan sonra rektus sternalis kasının bulunduğu hastalarda, meme implantları ile gerçekleştirilen rekonstrüksiyon işlemleri sırasında kasın potansiyel faydaları gözlemlenmiştir.

Bulgular: Toplamda 1137 hasta değerlendirildi. Bu hastaların 795'i meme koruyucu cerrahi geçirdiği için analiz dışı bırakıldı. Toplamda değerlendirmeye alınan hasta sayısı 342 olarak belirlendi ve her ameliyatta rektus sternalis kası gözeltirerek not edildi. Tablo1'de çalışmamızda yer alan 342 hastanın farklı cerrahi teknik ve oranları detaylı olarak sunulmuştur. Submusküler planda yerleştirilen meme protezi olgularında implant yüzeyinin tamamen kas ile örtülmesi yaklaşık %20-25 olguda görülmektedir. Geri kalan olgularda protez yüzeyi tamamen kas ile örtülememekte aselüler dermal matris kullanımı, ekspander kullanımı ya da Vicryl ise askı yapılması gibi ek cerrahi yada biyolojik materyal kullanımı gerekmektedir. Rektus sternalis kası bulunan olgularda ise yeterli implant cebi oluşumu tüm olgularda gözlenmiştir ve implant yüzeyi tamamen örtülebilmektedir.

Tartışma / Sonuç: İmplant temelli meme rekonstrüksiyonunda, submusküler cerrahi teknikte pektoralis major kasının altında bir cep oluşturulmaktadır. İmplantın alt kısmı, pektoralis majorun laterali ile serratus anterior kasının mediali dikilerek kapatılır. Yeterli cep oluşmadığında, ekspander kullanımı ya da otolog doku veya aselüler dermal matrix gibi yöntemler değerlendirilir. Rektus sternalis kasının rolü üzerine literatürde yeterli bilgi yoktur, ancak bu kasın varlığının yeterli submusküler cep oluşturduğu ve ekspander kullanımında ikincil operasyon riskini azalttığı belirtilmektedir. Böylece, komplikasyonları önleyerek operasyon süresini kısaltmakta ve donör alan komplikasyonlarını azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme Rekonstrüksiyonu, Rektus Sternalis Kası, Meme Kanseri

Tablo 1. Uygulanan cerrahi teknikler ve sternalis kas oranı

Hasta grubu	Hasta sayısı	Rektus sternalis kası	Diğer özellikler
Toplam değerlendirilen	342	14	
Rekonstrüksiyon Yapılan	154	8	Bilateral implant: 93 (%60) -Tek taraflı implant: 53 (%34) Diğer rekonstrüksiyonlar: 8 (%5)
* Bilateral implant	93	6	Bilateral meme başı koruyucu: 53 Bilateral meme başı çıkarılarak: 39 Bir taraflı meme başı koruyucu, karşı tarafına ise meme başı çıkarılarak mastektomi:1
* Tek taraflı implant	53	2	- Meme başı koruyucu: 44 -Meme başı çıkarılarak: 9
* Diğer rekonstrüksiyon seçenekleri	8	0	-4 hastaya latissimus dorsi flep,1 hastaya DIEP flep, 1 hastaya TRAM flep,2 hastaya latissimus dorsi flep + protez kombinasyonu).
Rekonstrüksiyon Yapılmayan	188	6	- Bilateral mastektomi: 19 -Tek taraflı mastektomi: 169

S-063

Mide Malign Neoplazmı Nedeni ile Gastrektomi ve Lenf Nodu Diseksiyonu Yapılan Hastaların Açık ve Laparoskopik Cerrahiye göre Sonuçlarının Karşılaştırılması

Ali Toprak¹, Mehmet Ali Halaç¹, Mehmet Olgun¹, Yasemin Keskin¹, Ayşe Gizem Ünal², Ebru Dumlupınar³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş / Amaç: Mide kanseri gastrointestinal sistemin yaygın görülen malignitelerinden birisidir. Mide kanseri tedavisinin başlıca tedavi şekli gastrektomiyle birlikte lenf nodu diseksiyonudur. Cerrahinin gelişim sürecinde açık ameliyatlara yerini giderek laparoskopik ameliyatlara bırakmaktadır. Bu çalışma, laparoskopik gastrektomi ve açık gastrektomi uygulanan hastaların patoloji sonuçları, ameliyat sonrası dönemde morbidite ve mortalite durumları açısından karşılaştırılması ve birbirlerine üstünlüğünün olup olmadığını değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2019 - Haziran 2024 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Sağlık Uygulama ve

Araştırma Merkezi'nde gastrektomi uygulanan 207 hasta, operasyon tipine göre açık ve laparoskopik olmak üzere iki gruba ayrılmış olup hastaların demografik özellikleri, ameliyat öncesi / sonrasındaki takipleri ve patoloji sonuçları incelenerek retrospektif bir çalışma yapılmıştır.

Bulgular: İki yüz yedi hastanın 149'u açık, 58'i laparoskopik prosedür ile opere edilmiştir. Yapılan lenf nodu diseksiyonunda açık ve laparoskopik prosedürler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiş olup patolojik spesimende ortalama lenf nodu sayısı her iki prosedürde de 21'dir. Açık prosedürde, 107 olguda 16 ve üzeri lenf nodu, 33 olguda ise 30 ve üzeri lenf nodu diseke edildiği izlenmiştir. Laparoskopik prosedürde ise 39 olguda 16 ve üzeri lenf nodu, 9 olguda 30 ve üzeri lenf nodu diseke edildiği izlenmiştir. Açık prosedürde, laparoskopik prosedüre göre intraoperatif transfüzyon ihtiyacının daha fazla olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,08$). Açık prosedürle opere olan hastaların postoperatif patolojik T evresinin laparoskopik prosedüre göre daha ileri olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu izlenmiştir ($p<0,01$).

Tartışma / Sonuç: Karşılaştırılan parametrelerin cerrahi prosedürler için birbirine üstünlüğü olmadığı görülmüştür. Buna göre laparoskopik ameliyatların bilinen avantajları göz önüne alınarak (hastanede daha az yatış süresi, postoperatif hasta performansının daha iyi olması, daha erken mobilizasyon, hasta konforu) mide malignitelerinin tedavisinde laparoskopik prosedür ilk olarak tercih edilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Mide Kanser, Laparoskopik Gastrektomi, Lenf Nodu Diseksiyonu, Açık Gastrektomi

Tablo 1. Demografik, klinik özelliklerine göre dağılım

Yaş	63,11±10,58
Cinsiyet	
Erkek	138 (66,7)
Kadın	69 (33,3)
Operasyon tipi, n (%)	
Açık	149 (72)
Laparoskopik	58 (28)
ASA skoru, n (%)	
2	92 (44,5)
3	111 (53,6)
4	4 (1,9)
Neo-adjuvan tedavi, n (%)	
Almamış	168(81,2)
Almış	39 (18,8)
Komorbidite, n (%)	
Yok	81 (39,1)
=1	57 (27,5)
>1	69 (33,3)
Tümör lokasyonu, n (%)	
Proksimal	78 (37,7)
Orta	42 (20,3)
Distal	84 (40,6)
Remnant	3 (1,4)
Gastrektomi tipi, n (%)	
Total	121 (58,5)
Subtotal	85 (41,1)
Distal	1 (0,4)
Diseksiyon tipi, n (%)	
D1	2 (1,0)
D2	205 (99)
Rekonstrüksiyon tipi, n (%)	
Roux-en Y	204 (98,6)
Billroth	3 (1,4)

Tablo 1. Devamı

Postop Komplikasyon, n (%)	
Yok	186 (89,9)
Var	21 (10,1)
Reoperasyon, n (%)	
Yok	197 (95,2)
Var	10 (4,8)
Mortalite, n (%)	
Yok	201 (97,1)
Var	6 (2,9)
Tümör diferansiyasyonu, n (%)	
Kötü diferansiye	105 (52,5)
Orta diferansiye	70 (35)
İyi diferansiye	25 (12,5)
T evresi, n (%)	
0	8 (3,9)
1	23 (11,3)
2	19 (9,3)
3	84 (41,2)
4	70 (34,3)
N evresi, n (%)	
0	74 (36)
1	33 (16,1)
2	45 (22)
3	53 (25,9)
Kan kaybı (ES), medyan (min, max)	0 (0,4)
Kan kaybı (TDP), medyan (min, max)	0 (0,2)
Diseke edilen lenf nodu sayısı, medyan (min, max)	21 (1,68)
ASA: Amerikan Anesteziyologlar Derneği, ES: Eritrosit süspansiyonu, TDP: Taze donmuş plazma	

Tablo 2. Operasyon tipi			
	Açık (n=149)	Laparoskopik (n=58)	p değeri
Yaş			
Cinsiyet			
Erkek	96 (64,4)	42 (72,4)	0,274
Kadın	53 (35,6)	16 (27,6)	
ASA skoru, n (%)			
2	61 (40,9)	31 (53,4)	0,156
3	84 (56,4)	27 (46,6)	
4	4 (2,7)	0	
Neo-adjuvan tedavi, n (%)			
Almamış	120 (80,5)	48 (82,8)	0,714
Almış	29 (19,5)	10 (17,2)	
Komorbiditye, n (%)			
Yok	58 (38,9)	23 (39,7)	0,942
=1	42 (28,2)	15 (25,9)	
>1	49 (32,9)	20 (34,4)	
Tümör lokasyonu, n (%)			
Proksimal	71 (47,7)	7 (12,1)	<0.001
Orta	26 (17,4)	16 (27,6)	
Distal	49 (32,9)	35 (60,3)	
Remnant	3 (2)	0	
Gastrektomi tipi, n (%)			
Total	100 (67,1)	21 (36,2)	<0.001
Subtotal	48 (32,2)	37 (63,8)	
Distal	1 (0,7)	0	
Diseksiyon tipi, n (%)			
D1	1 (0,7)	1 (1,7)	<0.001
D2	148 (99,3)	57 (98,3)	
Rekonstrüksiyon tipi, n (%)			
Roux-en Y	147 (98,7)	57 (98,3)	0,99
Billroth	2 (1,3)	1 (1,7)	
Postop Komplikasyon, n (%)			
Yok	137 (91,9)	49 (84,5)	0,11
Var	12 (8,1)	9 (15,5)	
Reoperasyon, n (%)			
Yok	142 (95,3)	55 (94,8)	0,99
Var	7 (4,7)	3 (5,2)	
Mortalite, n (%)			
Yok	146 (98)	55 (94,8)	0,352
Var	3 (2)	3 (5,2)	
Tümör diferansiyasyonu, n (%)			
Kötü diferansiye	80 (55,2)	25 (45,5)	0,047
Orta diferansiye	52 (35,8)	18 (32,7)	
İyi diferansiye	13 (9)	12 (21,8)	
T evresi, n (%)			
0	6 (4,1)	2 (3,6)	0,001
1	10 (6,8)	13 (23,2)	
2	10 (6,8)	9 (16,1)	
3	64 (43,2)	20 (35,7)	
4	58 (39,1)	12 (21,4)	
N evresi, n (%)			
0	49 (33,3)	25 (43,1)	0,502
1	23 (15,6)	10 (17,2)	
2	35 (23,8)	10 (17,2)	
3	40 (27,3)	13 (22,5)	

Tablo 2. Devamı

	Açık (n=149)	Laparoskopik (n=58)	p değeri
Kan kaybı (ES), medyan (min, max)	0 (0,1200, 600) 253,69±355,17	0 (0, 900, 0) 113,79±250,2)	0,008
Kan kaybı (TDP), medyan (min, max)	0 (0, 500, 0) 25,16±107,74	0 (0, 500, 0) 8,62±65,65	0,251
Diseke edilen lenf nodu sayısı, medyan (min, max)	21 (4, 68, 14) 22,64±11,46	21 (1, 49, 14) 21,65±9,07	0,743
Tümör Boyutu, mean ± SS	5,38±3,22	4,91±4	0,385

ASA: Amerikan Anesteziyologlar Derneği, ES: Eritrosit süspansiyonu, TDP: Taze donmuş plazma, SS: Standart sapma

S-073

PIPAC 19 Hasta 31 İşlem Neredeyiz? Nereye Gidiyoruz?

Pırılı Özcan¹, Özgül Düzgün²

¹Yerköy Şehit Korgeneral Osman Erbaş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Yozgat, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş / Amaç: Basınçlı intraperitoneal aerosol kemoterapi (PIPAC) peritoneal karsinomatozis (PK) tedavisinde kullanılan intraperitoneal kemoterapinin umut vaadeden nispeten yeni bir cerrahi tekniğidir. PK'da, hastalığın yaygınlığı veya hastanın performans durumu nedeniyle sitoredüktif cerrahi (CRS) ve hipertermik intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) uygun olmayan hastalarda çeşitli kanser türlerinin peritoneal yayılımı için endikedir. Eseas olarak bir palyatif tedavi yöntemidir ancak bir miktar neoadjuvant tedavi potansiyelide vardır. Bu yöntemin avantajı minimal invaziv olması ve tekrarlanabilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2016-2024 tarihleri arasında kliniğimizde PK nedeniyle PIPAC uygulanan olgular, klinik bilgi sisteminden retrospektif olarak değerlendirildi. PIPAC her 6 haftada bir uygulandı. Endikasyon olarak CRS ve HIPEC tedavisine uygun olmayan progresif PK hastaları idi. PIPAC cevabı peritoneal kanser indeksi (PCI), peritoneal regresyon derecelendirme skoru (PRGS), asit miktarı ve sitolojisine göre değerlendirildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo (CD) sistemine göre sınıflandırıldı. Etiyolojilerine göre 3 farklı tedavi rejimi kullanıldı. Mide, safra kesesi, pankreas ve meme PK'ları için 2,1 mg doksorubisin / m² ile kombine 10,5 mg sisplatin / m², kolorektal PK için 92 mg doksorubisin / m² kullanıldı.

Bulgular: On dokuz PK olgusuna toplam 31 PIPAC işlemi uygulandı. PK olgularının 11'i mide, 4'ü kolorektum ve diğerleride pankreas, safra kesesi ve meme nedenli idi. Gastrik PK en sık PIPAC yapılan grup idi. Bir olgu 6. PIPAC, 3 olgu 3. PIPAC, 6 olgu 2. PIPAC ve 13 olgu 1. PIPAC tedavisi aldı. Tedavi 3 (%15,7) hastada tamamlandı. Prosedür sayısı 1 ila 6 arasında değişiyordu. PIPAC tedavisinin sonlandırılmasının iki ana nedeni PIPAC yapılacak batın içi alanın olmaması ve hastalığın progresyonu idi. Tedaviyi tamamlayan 1 (%6,6) olguya CRS + HIPEC işlemi yapıldı. PIPAC uygulanmasından kısa süre sonra, asit üretiminde bir miktar azalma gözlemledik. PCI'a göre hastalığın yaygınlığının ve PRGS'ye göre regresyon skorunun orantılı olarak değişmediğini tekrar tekrar gözlemledik. Bir (%6,6) hastada ciddi komplikasyon CD grade 3 görüldü. Hiçbir olguda mortalite gelişmedi.

Tartışma / Sonuç: PIPAC esas olarak asit üretimi azaltarak yaşam kalitesini arttıran, sistemik kemoterapiyi tolere edemeyen olgularda güvenli ve iyi tolere edilebilen bir palyatif tedavidir. PK olgularında %20'lere varan oranda hastalarda tedaviye cevap alınabilir ve CRS + HIPEC tedavisinde medical onkolojik tedavi ile kombine olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: PIPAC, Peritoneal Karsinomatozis, Sitoredüktif Cerrahi

S-087

Postoperatif Geriatrik Mide ve Kolon Kanseri Hastalarında İlk Kür Adjuvan Kemoterapi Sürecindeki Nutrisyon Risk Skorlarının Karşılaştırılması

Tuana Ayyüce Yanbay, Aleyna Turan, Deniz Özyalçın, Simay Karadeniz, Handan Doğan Kavuştu, Damla Demirtürk Albayrak, Tuğçe Aytulu

Amerikan Hastanesi, Beslenme ve Diyetetik Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş / Amaç: Geriatrik hastalarda hem kanser cerrahisinin hem de kemoterapinin beslenme durumunu kötüleştirdiği bilinmektedir. Çalışmamız geriatrik mide ve kolon kanserli hastalarda ilk kür adjuvan kemoterapi başlangıcı ve aynı yatışının taburculuk sırasında beslenme riski puanlarını karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışma ile 2022-2024 yılları arasında Amerikan Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde geriatrik mide ve kolon kanseri tanılı hastaların postoperatif dönemi takiben uygulanan ilk kür adjuvan kemoterapi başlangıcı ve aynı yatışının taburculuk dönemindeki nutrisyon risk skorları (NRS 2002 - Nutritional Risk Screening) değerlendirilmiştir. Dahil edilen hastaların yatış süresi ortalaması 6±2,12'dir ve <4 günden daha kısa süreli yatışlar dahil edilmemiştir. Veriler, hastane bilgi yönetim sistemi aracılığıyla toplanmıştır. Nutrisyonel risk, NRS 2002 skorlamasına göre ≥3 puan olarak tanımlanmıştır. Tüm hastalara diyetisyen tarafından tıbbi beslenme tedavisi uygulanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada toplam 33 geriatrik hasta bulunmaktadır. Bunların 17'si mide (%51) ve 16'sı kolon (%49) kanseri tanılı hastaları kapsamaktadır. Hastaların 12'si kadın (%36,4) ve 21'i erkek (%63,6) olup yaş ortalaması 73,69±7,70 şeklindedir. Postoperatif dönem sonrası hastanede adjuvan kemoterapi gören bu hastaların NRS 2002 risk skoru medyan ve standart sapma değeri 4±0,95 iken aynı yatıştaki taburculuk döneminde 3±2,13 olarak saptanmıştır.

Tartışma / Sonuç: Bu çalışmada, postoperatif geriatrik mide ve kolon kanseri hastalarında ilk kür adjuvan kemoterapi ve aynı yatıştaki taburculuk günündeki nutrisyonel risk skorlarında düşüş gözlenmiştir. Nutrisyon durumundaki bu iyileşme, uygun tıbbi beslenme tedavisinin postoperatif dönemde etkisinden kaynaklanıyor olabilir. Postoperatif kemoterapide tıbbi beslenme desteğinin, hastaların iyileşme hızını ve beslenme risk skalasını etkilediği görülmüştür. Taburculuk sonrasında hastaların risk skoru ortalaması 3 (riski yüksek) olarak saptandığı için bu hastalar nutrisyonel açıdan izlenmeye devam edilmelidir. Ancak prospektif randomize kontrollü daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: NRS 2002, Kemoterapi, Tıbbi Beslenme Tedavisi, Postoperatif Beslenme

S-090

Wirsungojejunostomi Anastomoz Tekniğinde Stent Kullanımının Postoperatif Komplikasyonlara Etkisi

Hilmi Bozkurt, Yunus Emre Gayberi, Doğuş Parlak, Hakan Canbaz, Asena Ayça Özdemir, Enver Reyhan

Mersin Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Mersin, Türkiye

Giriş / Amaç: Wirsungojejunostomi, Whipple prosedüründe pankreasın Wirsung kanalı ile jejunum arasında bir anastomoz oluşturulmasını içeren cerrahi bir prosedürdür. Anastomoz işlemlerinde darlık veya tıkanıklık riskini azaltmak amacıyla stent kullanımı, bazı cerrahlar tarafından tercih edilmekte, ancak bu uygulamanın fayda ve riskleri halen tartışmalıdır. Bu çalışmada, Wirsungojejunostomi anastomoz tekniğinde stent kullanılan ve kullanılmayan hastalar postoperatif morbidite açısından karşılaştırılacaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Mersin Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü'nde 1 Ocak 2019 - 1 Ekim 2024 tarihleri arasında Whipple operasyonu yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Whipple ameliyatında yapılan Wirsungojejunostomi anastomoz tekniğinde stent kullanılan ve kullanılmayan hastalar Postoperatif dönemde oluşan pankreatik fistül, postoperatif batin içi kanama, batin içi enfeksiyon, gecikmiş mide boşalması, mortalite ve morbidite karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma 83 hasta ile tamamlandı. Hastaların 50'si (%60,2) erkek ve 33'ü (%39,8) kadın olarak belirlenmiştir. Hastaların ortalama yaşı 64,76 idi. Çalışmaya katılan 83 hastadan 24'ü (%28,9) anastomoz sırasında stent kullanırken, 59'u (%71,1) stentsiz bir anastomoz geçirmiştir. Stent kullanılan 24 hastanın 14'ünde postoperatif pankreatik fistül gelişmemiştir. Fistül gelişen 1 hastada Grade A, 7 hastada Grade B ve 2 hastada Grade C fistül geliştiği gözlemlendi. Stent kullanılmayan 59 hastanın 31'inde pankreatik fistül gelişmemiştir. Pankreatik fistül gelişen hastaların 9'unda Grade A, 10 hastada Grade B ve 9 hastada Grade C fistül geliştiği gözlemlendi. Stent kullanılan grupta pankreatik fistül gelişim oranı %41,7 (10 hastada) iken, stent kullanılmayan grupta bu oran %5,5 (28 hastada) olarak belirlenmiştir. Clavien- Dindo sınıflamasına göre komplikasyon oranları arasında anlamlı bir fark bulunmamış, fakat stent kullanılan hastalarda Grade 1 komplikasyon oranı %20,8, stent kullanılmayanlarda ise %35,6 olarak gözlemlenmiştir. Mortalitede stent kullanılan grupta oran %20,8, stent kullanılmayan grupta ise %6,8 olarak belirlenmiş ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,112$).

Tartışma / Sonuç: Wirsungojejunostomi anastomozu sırasında stent kullanımının, postoperatif pankreatik fistül gelişme riskine etkilemediği görüldü. Stent kullanılmayan hastalarda, mortalite oranı daha düşük iken, stent kullanılan hastalarda komplikasyonların bazıları (özellikle Grade 1 komplikasyonlar) daha sık gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Whipple, Wirsungojejunostomi, Stent, Anastomoz

S-091

Değiştirilmiş 5 Maddeli Kırılgnlık İndeksi (mFI-5) Kolorektal Kanser İçin Cerrahi Sonrası Postoperatif Sonuçları Tahmin Edebilir Mi ?

Burak Yavuz¹, Zülfi Zahidli², Uğur Topal³, İshak Aydın³, Veysel Demiroğlu², Orçun Yalav⁴, Ahmet Gökhan Sarıtaş², Abdullah Ülkü², İsmail Cem Eray², Cem Kaan Parsak³

¹Kozan Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

³Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Adana, Türkiye

⁴Acıbadem Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

Giriş / Amaç: Kolorektal cerrahi sonrası komplikasyonlar, hastaların iyileşme sürecini uzatmakta ve sağlık sistemi üzerindeki yükü artırmaktadır. Beş bileşenli kırılgnlık indeksi (mFI-5) skoru, hastaların frajilite seviyesini ölçmek için geliştirilen bir değerlendirme aracıdır ve postoperatif dönemde ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları tahmin etmekte kullanılmaktadır. Çalışmamızda mFI-5 skorunun kolorektal cerrahi geçiren hastalardaki 30 günlük komplikasyon ve yeniden yatış oranları ile ilişkisi retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 2014-2024 yılları arasında opere edilen 18 yaş üstü kolorektal kanser hastaları dahil edildi. Demografik ve preoperatif faktörler için tek değişkenli analizler ve post-hoc Bonferroni düzeltmeleri yapıldı. Lojistik regresyon, mFI-5 skoru ile 30 günlük postoperatif sonuçlar arasındaki ilişkiyi değerlendirdi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 196 hasta dahil edildi. Hastaların %63,8'i erkek %36,2'si kadındı. Hastaların ortalama yaşı $71,9 \pm 6,6$ olarak bulundu. Hastalar, mFI skoruna göre 3 gruba ayrıldı, hastaların %57,7'sinin skoru 0, %37,2'sinin 1-2 ve %5,1'inin 3-4 olarak bulundu. mFI-5 skoru 1 olan hastalarda yara yeri enfeksiyonu istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Reoperasyon, tekrar yatış ve hastane içi mortalite açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı. mFI-5 grubu 1-2 ve 3-4 olan hastalarda eviserasyon gelişme oranı mFI 0 grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$). mFI grubu 3-4 olan hastalarda mFI 0 hastalara göre dahili problemlerin görülme sıklığı daha yüksek izlendi. Yapılan lojistik regresyon analizinde mFI-5 değeri eviserasyon için anlamlı bir prediktif faktör olarak bulunmuştur.

Tartışma / Sonuç: Çalışmamızda mFI-5 skorunun kolorektal cerrahi sonrası komplikasyonları öngörmeye önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir. Yara yeri enfeksiyonu ve eviserasyon oranları, frajilite seviyesi yüksek hastalarda anlamlı derecede artmış olup ($p<0,05$), bu komplikasyonlar onkolojik sağkalım oranlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Sonuçlar, kırılgnlığı yüksek hastaların ameliyat öncesi iyi değerlendirilmesi, perioperatif dönemde yakından izlenmesi ve komplikasyonların önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal Kanser, Geriatri, Prediktif İndeksler