



**Türk Hepatopankreatobilier Cerrahi Derneği**

# **E-Bülten**

**Mayıs 2018**

**7. sayı**



## Değerli meslektaşlarımız,

Bir taraftan bölgesel toplantılar düzenlenirken, diğer taraftan ulusal kongrenin alt yapısının oluşturulması ile geçen yoğun programımızdan sizleri haberdar etmek istiyoruz.

17 Şubat tarihinde İzmir’de Dr. Ahmet Çoker’in organize ettiği, EAHPBA ve Kafkas ülkelerini bir araya getiren toplantıda HPB alanında organizasyonları olmayan Azerbaycan, İran ve Gürcistan gibi ülkelerin tek tek veya birlikte oluşturacakları dernek ile EAHPBA ile daha yakın işbirliği içerisinde olmaları yolunda ilk adım atılmıştır. Bu ülkelerle EAHPBA arasındaki koordinasyonu Dr Ahmet Çoker yönlendirecektir. Kendisine başarılar diliyoruz.

10 Mart’ta İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde gerçekleştirilen bölgesel toplantı, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde gerçekleştirilen ilk bölgesel HPB toplantısı olarak kayıtlara geçti. Safra kesesi ve safra yollarının cerrahi hastalıkları ele alındı.

Önümüzde 25 Mayıs’ta Ankara’da Gazi Üniversitesi’nde gerçekleştirilecek minimal invaziv pankreas cerrahisi kursu bulunmaktadır. Kurs canlı ameliyatlara gerçekleştirilecek, online olarak da naklen yayınlanacaktır. Kursa katılmak isteyen meslektaşlarımız derneğimiz web sitesi üzerinden kayıt yaptırarak kursa katılıp sertifikalarını alabilirler veya yayını online olarak izleyebilirler. Kurs esnasında değerli meslektaşlarımız konuyu tartışacak, salondaki katılımcılardan veya online izleyicilerden Türkçe veya İngilizce olarak gelecek sorulara yanıt arayacaklardır.

23 Haziran’da Kayseri’de yapılması planlanan bölgesel toplantı Cumhurbaşkanı ve Milletvekili seçimlerinin aynı tarihte yapılacağına açıklanması üzerine 29 Eylül 2018 tarihine ertelenmiştir. Toplantının detaylarına derneğimizin web sitesinden ulaşabilirsiniz.

3 Kasım 2018 tarihinde ise Antalya’da minimal invaziv karaciğer cerrahisi kursu düzenlemeyi programa almış bulunmaktayız. Bu kurs da canlı ameliyatlara ile gerçekleştirilecek, laparoskopik major karaciğer rezeksiyonları ele alınacaktır. Konu ille daha detaylı bilgiyi bir sonraki bültenimizde sizlere aktaracağız.

Online olarak yayınlanan olgu dergimizin editörlüğünü Muharrem Battal üstlenmiştir. Kendisine başarılar dilerken sizlerin de ilginç olgularınızı göndererek destek olmanızı istirham ederiz.

Bültenimizin bu sayısında kliniklerimizi tanıyalım bölümünde Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, HPB Cerrahi Birimi tanıtılacaktır. Güncel bölümünde ise minimal invaziv karaciğer cerrahisi konusunu bulabilirsiniz. Bölümü tanıtan yazıyı kaleme alan Sayın Ersin Borazan’a ve minimal invaziv karaciğer cerrahisi konusunu kaleme alan Sayın M Fatih Can’a teşekkür eder, bir sonraki bültende buluşmak üzere sizlere sağlıklı başarıları günler dileriz.

**Yönetim Kurulu adına**

**Prof. Dr. Ahmet A. BALIK**

**Türk HPB Cerrahi Derneği Başkanı**



## GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GENEL CERRAHİ ANABİLİM DALI HPB CERRAHİ BİRİMİ

*Dr. Ersin Borazan*

Gaziantep Üniversitesi, Güneydoğu Anadolu'nun en büyük, ülkemizin de önde gelen sanayi merkezlerinden biri olan Gaziantep'te 1973 yılında Ortadoğu Teknik Üniversitesi'ne bağlı Makine Mühendisliği Bölümü ile temeli atılmış ve 7 Haziran 1987 tarihinde Tıp Fakültesi'ni de içeren ve şehrin ismini taşıyan üniversite olarak tüzel kişiliğine kavuşmuştur. Kendine ait bir hastanesi olmadan kurulan Tıp Fakültesi 2000 yılında Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi faaliyete geçene kadar önce bazı özel hastanelerle anlaşarak, 1991-2000 yılları arasında da eski Doğumevi'nde hizmet vermiştir.

Anabilim Dalı'nda göreve başlayan ilk öğretim üyesi Dr Avni Gökalp'tir. Kısa süre sonra Dr İbrahim Sanal ve Dr Necdet Aybastı'nın akademik kadroya katılmasıyla hizmet vermeye başlayan Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda rutin hepato-pankreato-bilier cerrahi girişimler 2004 yılında Dr Ahmet A. Balık'ın Anabilim Dalı ekibine katılmasıyla başlamıştır. 2008 yılına kadar major HPB cerrahisi yapılmakla birlikte

organ nakli alt yapısı da oluşturulmuştur. 2008 yılında Dr. Sacid Çoban ve Dr. Ünal Aydın'ın ekibe katılması ile hepato-pankreato-bilier cerrahi ekibinin üye sayısı üçe çıkmıştır.

2009 yılında organ naklinin alt yapısı tamamlanarak karaciğer ve börek nakli için ruhsat alınmış ve ilk karaciğer nakli Ağustos 2009 yılında yapılmıştır. İlk canlı vericili karaciğer nakli ise 2010 yılında yapılmıştır.

HPB Cerrahi ekibinden Dr Ünal Aydın 2011 yılında ayrılmış, 2012 yılında Dr Fahrettin Yıldız ve Dr Ersin Borazan katılmıştır. Ayrıca 2015 yılından itibaren Genel Cerrahi Anabilim Dalı kadrosunda yer alan Dr Alper Aytekin ve Dr Latif Yılmaz'da diğer genel cerrahi ameliyatlarına iştirak etmekle beraber ağırlıklı olarak HPB ekibine yardımcı olmaktadır. HPB ve transplantasyon hastaları haftalık multidisipliner "Onkoloji" ve "Transplantasyon" olmak üzere iki farklı konseyde değerlendirilerek tedavileri düzenlenmektedir.



2015 yılında Gaziantep'te düzenlenen Türk HPB Cerrahi Derneği Bölgesel Toplantısı'na 250'ye yakın yüksek bir katılımı gerçekleştirildi. Toplantıda Gaziantep Üniversitesi Genel Cerrahi AD, HPB biriminde görev almış ve almaya devam eden isimler bir arada; soldan sağa Fahrettin Yıldız, Sacid Çoban, Ahmet A. Balık, Ünal Aydın, Ersin Borazan.



Soldan Sağa, Alper Aytekin, Ersin Borazan, Ahmet A. Balık, Fahrettin Yıldız

HPB birimi 20 organ nakli, 4 organ nakli yoğun bakım, 6 yoğun bakım 25 servis yatağı kullanmaktadır. Haftada 8 ameliyat masasında yılda ortalama 20 karaciğer nakli, 40-50 major hepatik rezeksiyon, 60 pankreas ameliyatı, 30-40 safra yolları girişimi, 500 kolesistektomi yapılmaktadır. HPB olgularına ek olarak yıllık kadavra veya canlı vericili 50'ye yakın böbrek nakli de mevcut ekip tarafından gerçekleştirilmektedir.

HPB cerrahi ekibi ülkemizde kurum dışı acil destek veren sayılı ekiplerden biridir. İl içinde farklı hastanelerden intraoperatif konsültasyon istenmesi

durumunda destek vermektedir. Bu güne kadar özellikle karaciğer travmaları ve iatrojenik safra yolu yaralanmalarında ekibin bir veya iki üyesi beraberlerinde gerekirse ameliyat ve ekartör seti de alarak yardımcı olmaktadır.

HPB Cerrahi ekibi Akademik kadrosu;

Dr. Ahmet A. Balık

Dr. Sacid Çoban

Dr. Fahrettin Yıldız

Dr. Ersin Borazan

Dr. Alper Aytekin

Dr. Latif Yılmaz



Kasım 2015'te Gaziantep'te düzenlenen HCC ve Karaciğer Nakli Değerlendirme Toplantısı'na ülkemizin karaciğer naklinde önde gelen isimleri katıldılar. Soldan sağa Yaman Tokat, Tevfik Küçükkartallar, Şükrü Emre, Yalçın Polat, Murat Kılıç, Sezai Yılmaz, Koray Acarlı



## LAPAROSKOPIK KARACİĞER REZEKSİYONU: CERRAHİ TEKNİK VE GÜNCEL DURUM

**Dr. M. Fatih Can**

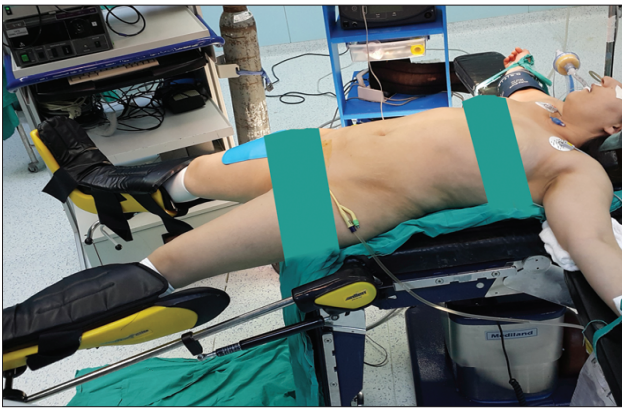
*SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı 06010, Etlik, Ankara*

Laparoskopik cerrahi gastrointestinal ameliyatlarda genellikle ameliyat sonrası daha az analjezik kullanımı, daha kısa hastanede kalma süresi ve normal günlük aktiviteye daha hızlı dönüş gibi kısa dönem avantajları getirmektedir. Laparoskopinin gastrointestinal cerrahide kullanılması tüm dünyada çok yaygınlaşmış ve geri dönülmez bir noktadadır. Bu durumun en yaygın olduğu iki alan bariatrik cerrahi ve kolorektal cerrahidir. Karaciğer rezeksiyonunda laparoskopik yaklaşım görece daha yakın tarihte ve daha az merkezde uygulamaya girmiştir. Ancak son on yılda uygulamanın yaygınlaşması büyük ivme kazanmıştır ve tüm dünyada hepatobiliyer cerrahlar tarafından daha çok kabul gören bir pozisyona ilerlemektedir.

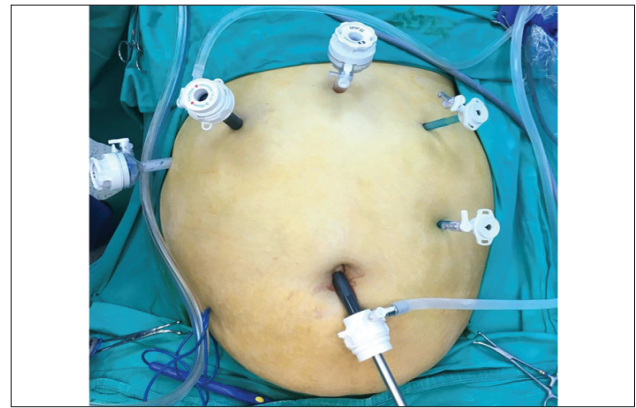
### Cerrahi Teknik

Laparoskopik karaciğer rezeksiyonunda genellikle (bazı posterior segment rezeksiyonları hariç) hasta modifiye litotomi pozisyonunda olup, cerrah bacak arasından çalışır (**Resim 1**). Ekran hastanın baş tarafındadır. Birinci asistan rezeksiyonun durumuna

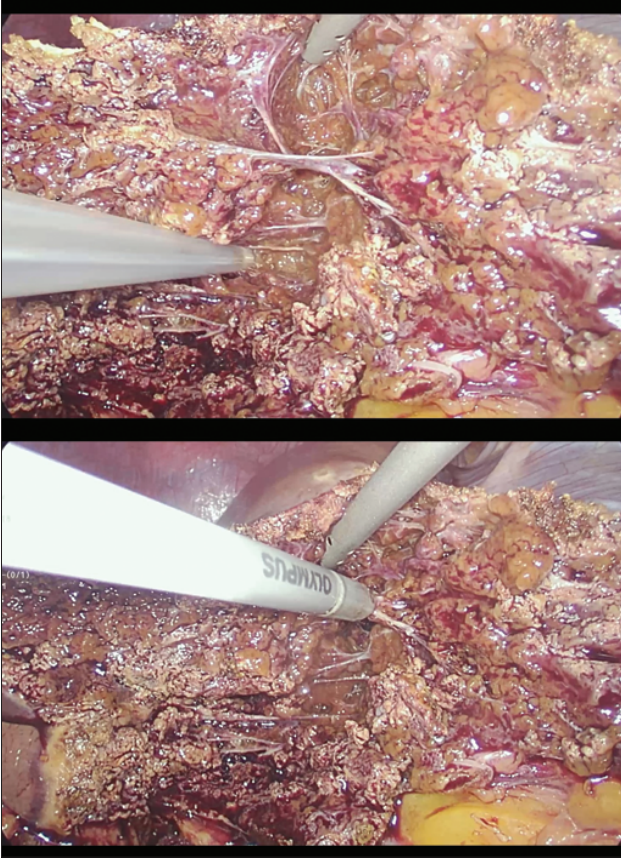
göre hastanın sağında veya solunda, kamera asistanı cerrahın sağında bulunur. Kamera trokarı genellikle umblikus komşuluğundan girilir. Çalışma portları sağ üst kadranda kot çizgisine 5 cm. mesafede ve çizgiye paralel yerleştirilir (**Resim 2**). Biz, bazı olgularda Pringle manevrası ve retraksiyon amacıyla sol alt kadrandan da 5 mm.lik bir trokar girmeyi tercih ediyoruz. Sağ üst kadrandaki portlardan en az ikisin, daha iyisi üçünün 10 mm.lik trokar olması trokarlar arası enstruman değişimiyle operatif manipülasyonu kolaylaştırmaktadır. Pringle manevrası amacıyla laparoskopik buldog klemplerin kullanılması oldukça yaygın kabul görmekte ve manevranın uygulanmasını oldukça kolaylaştırmaktadır; ancak bu sete sahip olmayanlar için bir kateter veya tape kullanılarak da Pringle yapılabilir. Laparoskopik karaciğer rezeksiyonu için olmazsa olmaz aletlerden ikisi laparoskopik right-angle dissektör ve vasküler yapıları dönmeye veya asmaya yarayan goldfinger veya endoretract adı da verilen laparoskopik retraktörlerdir. Bunun haricinde konvansiyonel laparoskopi enstrumanları, enerji cihazları ve laparoskopik CUSA kullanılır. Enerji



**Resim 1:** Hasta pozisyonu



**Resim 2:** Port yerleri



**Resim 3:** Laparoskopik CUSA ve enerji cihazı ile transeksiyon

cihazlarında tercih cerrah deneyimine göre değişmektedir. Son yıllarda parankim transeksiyonunda laparoskopik CUSA ve bipolar mühürleme + kesme

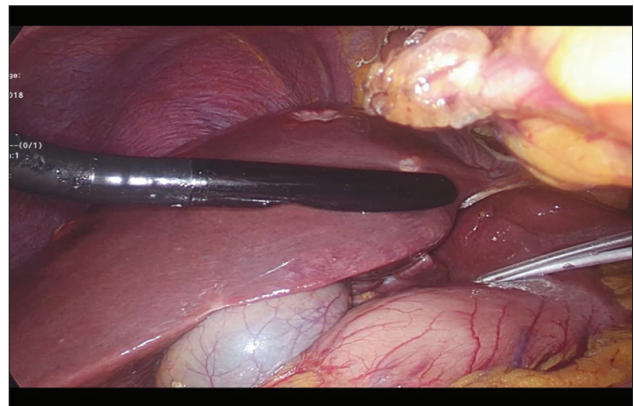


**Resim 4:** : Posterosüperior segment rezeksiyonları için sol lateral dekübit pozisyon

özelliğini birlikte sunan cihazların kombine kullanımı, biz de dahil laparoskopik karaciğer rezeksiyonunun rutin pratiğe girdiği merkezlerce tercih edilir olmuştur (**Resim 3**).

Posterosüperior segment rezeksiyonlarında (genellikle segment 7 ve 8 rezeksiyonları ile sağ posterior sektörektomiler) sol lateral dekübit pozisyonunu tercih ediyoruz (**Resim 4**). Böylece sağ triangüler ligaman diseksiyonu ve karaciğerin medyale mobilizasyonunda yer çekiminden yararlanmak mümkün olmaktadır. Bu pozisyonlama, aynı zamanda sağ hepatic vene ulaşım ve askıya alınması için büyük avantaj sağlar. Bu durumda trokar yerleri de konvansiyonel yaklaşıma göre değişiklik göstermekte ve lateralize olmaktadır. Bazı gruplar yerleştirilen bir transtorasik portun avantajları olduğundan bahsederler; bu avantajlara biz de katılıyoruz, ancak bu durumda genelde balonlu veya sabitleyici kanatları bulunan bir trokarın kullanılması uygundur.

Laparoskopik karaciğer rezeksiyonunda intraoperatif ultrason kullanımı da son derece önemli olup, biz de cerrahi sınır sorunu yaşanmayacak sol lateral sektör rezeksiyonları, egzofitik kitleler nedeniyle anterior yerleşimli segmentektomiler ve radikal kolesistektomiler haricinde ultrasonun intraoperatif



**Resim 5:** Laparoskopik karaciğer ultrasonografisi



navigasyonundan yararlanıyoruz (**Resim 5**). Bu şekilde malign kitlenin sınırlarını görmek, ana vasküler yapılarla ilişkisini anlamak ve rezeksiyon sınırlarını karaciğer yüzeyinde koter ile işaretlemek mümkün olur. Hiler bölgede diseksiyon yapılmayacak olan hastalarda bu aşamadan sonra enerji cihazı ile anterior kenardan başlayarak diyafragmatik yüzde 1-2 cm. kalınlığında bir transeksiyon gerçekleştirilir. Daha sonra 15 dk. süreyle Pringle uygulanır ve transeksiyona CUSA ile devam edilir. Manevra ihtiyaç olursa 15 dk. klempaj 5 dk. serbestleme ile 5-6 defaya kadar güvenle uygulanabilir. Laparoskopik bulldog kullanılıyorsa selektif lobar Pringle yapmak da mümkündür. Birkaç milimetreden büyük vasküler yapılar için klips kullanılır. Adı olan vasküler yapılarda (örn: segment 5 veya 8 hepatik veni, kalın kısa hepatik venler, segment 8 portal veni gibi) kilitleli polimer klips kullanmak doğru olur. Ekstra Glissonian yaklaşımla hiler plate yapılarının ligasyonunda ise biz genelde endoskopik stapler kullanmayı tercih ediyoruz. 1-2 mm'lik ince vasküler-biliyer yapıların, özellikle parankim içinde enerji cihazı ile kesilmesinde sakınca yoktur. Ancak hem CUSA, hem de enerji cihazlarının, plate yapıları üzerinde kullanımına dikkat edilmeli, burada meydana gele-

cek bir safra yolu yaralanmasının inatçı biliyer fistüllere yol açabileceği akılda bulundurulmalıdır.

Rezeksiyon tamamlandıktan sonra özellikle portal hilus çevresi ve vena kavanın hemen üstünde hepatik venler etrafında iyi kanam denetimi yapmak önemlidir. Biz bu amaçla parankim yüzeyinde Argon lazer, portal hilus yakını ve hepatik venler civarında Oksidize rejenera sellüloz içeren kanama durdurucu patch kullanmayı tercih ediyoruz. Çünkü çok sorun gibi görünmeyen bazı kanamalar pnömoperiton ve abdominal gaz basıncı ortadan kalkınca artabilir ve önemli miktarda kan kaybına yol açabilir. Kanama denetimin takiben sektörektomi ve major hepatektomi sonrası loja dren yerleştirilir. Biz dreni safıralı gelen olmaması halinde genelde postoperatif 2. veya 3.günde çekiyoruz. Spesimen genellikle Pfannenstiel insizyondan çıkarılır. Biz uygun kadın hastalarda NOSE yaklaşımıyla transvajinal ekstraksiyonu da sıkça tercih ediyoruz. Serimizde laparoskopik sol hepatektomi spesimeni dahil birçok transvajinal spesimen çıkarımı yaptığımız hasta mevcuttur.

Simultane çoklu organ rezeksiyonu uygulanacak hastalarda - ki bunların çoğunda karaciğere ilave kolorektal rezeksiyon gerekmektedir, laparoskopik karaciğer rezeksiyonunun önce, diğer organ rezeksiyonunun sonra yapılmasının önemli olduğunu düşünüyoruz. Bunun temel sebebi, bizim de iki olgumuzda yaşadığımız, laparoskopik kolorektal cerrahide kullanılan enstruman ve malzemelerin, lümenli organlardan bakteriyel kontaminasyon nedeniyle karaciğer cerrahi yüzeyini enfekte etme riskidir. Çoklu organ rezeksiyonu uygulanacağına mevcut trokarlardan yararlanılır; genellikle abdomene iki veya üç ilave trokar girilmesi yeterli olur (**Resim 6**). Simultane rezeksiyonlarda ameliyat süresi uzun ve iki ameliyatın toplam riskleri birliktedir. Ancak uygun seçilmiş vakalarda laparoskopik karaciğer rezeksiyonu ve laparoskopik kolon cerrahi-



**Resim 6:** Simultane karaciğer sağ posterior sektörektomi + abdominaloperineal rezeksiyon uygulanan hasta, preop ve postop görünüm



sinin tek seferde birlikte yapılmasının hastanın sonradan alacağı adjuvan kemoterapi gibi tedavilerin aksama veya gecikmesini önlediği kanaatindeyiz. Literatürde de son bir iki yılda bu düşüncenin giderek hakim olduğunu görmek mümkündür.

## Güncel Durum

Minimal invaziv karaciğer cerrahisinin dünyada yaygınlaşma hızı, kolon cerrahisi, bariatrik cerrahi ve adrenal cerrahisi gibi diğer organ cerrahilerine kıyasla oldukça yavaş olmuştur. Günümüzde bile laparoskopik karaciğer cerrahisinin çoğu HPB cerrahi tarafından rutin patikte uygulandığı söylenemez. Buna rağmen, kompleks major hepatektomilerin minimal invaziv yöntemlerle gerçekleştirilmesinde bazı merkezlerin ulaştığı nokta, muhtemelen 20 yıl önce hayal edilebilecek olanın ötesine geçmiştir.

Dünyada minimal invaziv hepatik rezeksiyonlara öncülük eden ülkeler Güney Kore ve Japonya'dır. Çin hatırı sayılır bir deneyim biriktirmiştir. Fransa, ABD, İngiltere ve Belçika'da birkaçyüzlü hasta sayılarına ulaşan merkezler mevcuttur. Güney Kore'de Ulsan University ASAN Medical Center, Seoul National University School of Medicine, Yonsei University School of Medicine ve Sungkunkwan University Samsung Medical Center laparoskopik karaciğer cerrahisinde birçok yeniliğe de imza atmış merkezlerdir. Günümüzde Seoul National University School of Medicine Bundang Hospital, Dr. Ho-Seong Han liderliğinde laparoskopik karaciğer rezeksiyon sayısı 1000'in üzerine çıkmış dünyadaki tek merkezdir. ASAN Medical Center, 800'ü aşan laparoskopik karaciğer rezeksiyon sayısına ulaşmış, bunların içine %10'un altında çok düşük morbidite ile gerçekleştirilen 70'den fazla laparoskopik donör hepatektomi'yi de dahil edebilmiş ve bu başarıyı Dr. Ki-Hun Kim önderliğinde yakalamıştır. Samsung Medical Center'de laparoskopik donör

hepatektomiler dahil yüzlerce karaciğer rezeksiyonu Dr. Choon Hyuck David Kwon tarafından başarıyla uygulanmıştır. Japonya'da Ageo Central General Hospital'dan Dr. Go Wakabayashi konsensus toplantıları düzenleyerek laparoskopik karaciğer cerrahisinde dünyada ses getiren rehber nitelikli yayınlar yapmış ve bu alanda öncülük edenlerden biri olmuştur. Japonya'da Tokyo University, Nagoya University ve daha birçok merkezde çok sayıda HPB cerrahi laparoskopik karaciğer rezeksiyonu uygulamaktadır ve bu merkezlerden birkaçı laparoskopik canlı donör hepatektomide öncü merkezlerdendir. Fransa'da Institut Mutualiste Montsouris'den Dr. Brice Gayet, genişletilmiş laparoskopik karaciğer rezeksiyonlarında uyguladığı tekniklerle adından söz ettirmiş ve 500' yakın rezeksiyon gerçekleştirmiş, Avrupa'daki en geniş seriye sahip otör durumundadır. Daniel Cherqui ve Olivier Soubrane Fransa'da laparoskopik karaciğer rezeksiyonuna öncülük eden diğer bazı hekimlerdir. Belçika'dan Türk kökenli hekim Dr Baki Topal, İngiltere'den Dr Muhammed Abu Hilal kara ve ada Avrupa'sında laparoskopik karaciğer rezeksiyonuna öncülük eden isimlerdendir. Çin'de, Dr Xiao-Ping Chen tarafından ELSA 2017 Visionary Summit Toplantısı'nda aktarılan bilgiye göre 1994 – 2016 yılları arasında 15.277 laparoskopik karaciğer rezeksiyonu gerçekleştirilmiştir ve bu sayıyla tüm ülkeler arasında açık ara liderliğe sahiptir. Hong Kong'da University of Hong Kong Queen Mary Hospital'dan Albert Chan, Taiwan'da Far-Eastern Memorial Hospital'dan Kuo-Hsin Chen uzak doğuda kendi ülkelerinde laparoskopik karaciğer cerrahisinin önde gelen isimlerindendir. ABD'de University of Pittsburgh Medical Center'den Dr David Geller ve Cleveland Clinic Ohio'dan Türk cerrah Dr Eren Berber laparoskopik karaciğer rezeksiyonunu başarıyla uygulayan merkezlerde uygulamaya liderlik etmektedirler. University of Pittsburgh deneyimi, çok büyük



kısmı minör rezeksiyonlar olmakla birlikte, 500 hastanın üzerine çıkmıştır.

Ülkemizde laparoskopik karaciğer rezeksiyonu, gerek toplam hasta sayısı gerek uygulanan ameliyatların kompleksitesi açısından malesef henüz arzu edilen düzeyde değildir. Bu durumun oluşmasında birkaç faktörün varlığından söz edilebilir: Ülkemiz, gerek kronik karaciğer hastalığı ilişkili tümörler, gerekse primer safra yolları hastalıkları ve taşlarının meydana getirdiği sorunlar açısından insidansın yüksek olmadığı bir ülkedir. Bu durum halk sağlığı açısından çok sevindiricidir; ancak volüm azlığı nedeniyle laparoskopik karaciğer cerrahisinin gelişmesi önünde de engeldir. Diğer bir sebep, ülkemizde karaciğer cerrahisine Sosyal Güvenlik Kurumu'nca ödenen ücretin düşüklüğü ve yüksek teknolojiye sahip aletlerin kullanımını gerektiren laparoskopik hepatik rezeksiyonun maliyetinin ödeme miktarının altında kalması, yani hastanelerin laparoskopik karaciğer rezeksiyonu uyguladıklarında zarar etmeleridir. Karaciğer cerrahisinde ülke sathında santralizasyonun olmaması ve vakaların bir kısmının düşük volümlü hastanelerde opere edilmeleri nedeniyle Güney Kore'de olduğu gibi çok yüksek volümlü merkezlerin oluşamaması da bir diğer nedendir.

Tüm bunlara rağmen, ülkemizde de giderek artan sayıda cerrah ve merkez laparoskopik karaciğer cerrahisine ilgi duymakta ve deneyim oluşturmaya çalışmaktadır. SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak biz, gerçekleştirdiğimiz 51 laparoskopik karaciğer rezeksiyonu ile (buna kist hidatik nedenli parsiyel kistektomi ve kistotomiler dahil değildir) bildiğimiz kadarıyla ülkemizdeki en geniş seriye sahip merkez konumundayız. Ülkemizde bu konuda belli bir volüme ulaşmış 15 hastaneden 21 meslektaşımızın verilerinin kayıtlı olduğu Laparoskopik Karaciğer Rezeksiyonu

Veritabanı'nda Ekim 2017 tarihi itibarıyla 215 vaka mevcuttur. Bu veritabanında, son üç ayda dahil olan iki hastane ile birlikte aşağıdaki merkezlere ait veri bulunmaktadır (Türk HPB 2017 Kongre'sinde sunulan bildiride yer alan merkez sıralaması ile): Memorial Şişli Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul, Ondokuz Mayıs Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Samsun, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Dokuz Eylül Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir, İnönü Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Malatya, Atatürk Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzurum, Azerbaycan Tıp Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bakü, Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Elazığ, Hacettepe Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, SBÜ Tıp Fakültesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Medikal Park Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Samsun, Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, Diyarbakır, Koç Ü. Tıp Fakültesi, VKV Amerikan Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul. Bildiri sunumu sonrasında dahil edilen iki merkez: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul ve İstanbul Ü. Çapa Tıp Fakültesi, İstanbul.

Oluşturduğumuz veritabanının henüz tüm ülkeyi kapsamadığını, burada yer almayan çok sayıda hastanın çeşitli hastanelerde meslektaşlarımızca ameliyat edilmiş olduğunu tahmin etmek zor değildir. Amacımız, mümkün olan en çok sayıda merkez ve hastayı veritabanına kaydetmek ve böylece ülkemizde laparoskopik karaciğer rezeksiyonu bilimsel altyapısına güç kazandırırken, eksiklerimizi daha net görerek hastalarımız için daha iyi sonuçlar elde etmeye çalışmak ve bunu uluslararası platformlarda gösterebilmektir.



### Okuma Önerileri

1. Ciria R, Cherqui D, Geller DA, Briceno J, Wakabayashi G. Comparative Short-term Benefits of Laparoscopic Liver Resection: 9000 Cases and Climbing. *Ann Surg* 2016; 263: 761-77.
2. Park JI, Kim KH, Kim HJ, Cherqui D, Soubrane O, Kooby D, Palanivelu C, Chan A, You YK, Wu YM, Chen KH, Honda G, Chen XP, Tang CN, Kim JH, Koh YS, Yoon YI, Cheng KC, Duy Long TC, Choi GH, Otsuka Y, Cheung TT, Hibi T, Kim DS, Wang HJ, Kaneko H, Yoon DS, Hatano E, Choi IS, Choi DW, Huang MT, Kim SG, Lee SG. Highlights of the Third Expert Forum of Asia-Pacific Laparoscopic Hepatectomy; Endoscopic and Laparoscopic Surgeons of Asia (ELSA) Visionary Summit 2017. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg* 2018; 22:1-10.
3. Tranchart H, Fuks D, Lainas P, Gaillard M, Dagher I, Gayet B. Laparoscopic liver surgery: towards a day-case management. *Surg Endosc* 2017; 31: 5295-5302.
4. Sucandy I, Cheek S, Tsung A, Marsh JW, Geller DA. Minimally invasive liver resection for primary and metastatic liver tumors: influence of age on perioperative complications and mortality. *Surg Endosc* 2018; 32: 1885-1891.
5. Kang WH, Kim KH, Jung DH, Park GC, Kim SH, Cho HD, Lee SG. Long-term results of laparoscopic liver resection for the primary treatment of hepatocellular carcinoma: role of the surgeon in anatomical resection. *Surg Endosc* 2018 Apr 24. doi: 10.1007/s00464-018-6194-0. [Epub ahead of print]
6. Cho JY, Han HS, Wakabayashi G, Soubrane O, Geller D, O'Rourke N, Buell J, Cherqui D. Practical guidelines for performing laparoscopic liver resection based on the second international laparoscopic liver consensus conference. *Surg Oncol* 2018; 27: A5-A9.
7. Morise Z, Wakabayashi G. First quarter century of laparoscopic liver resection. *World J Gastroenterol* 2017; 23: 3581-3588.