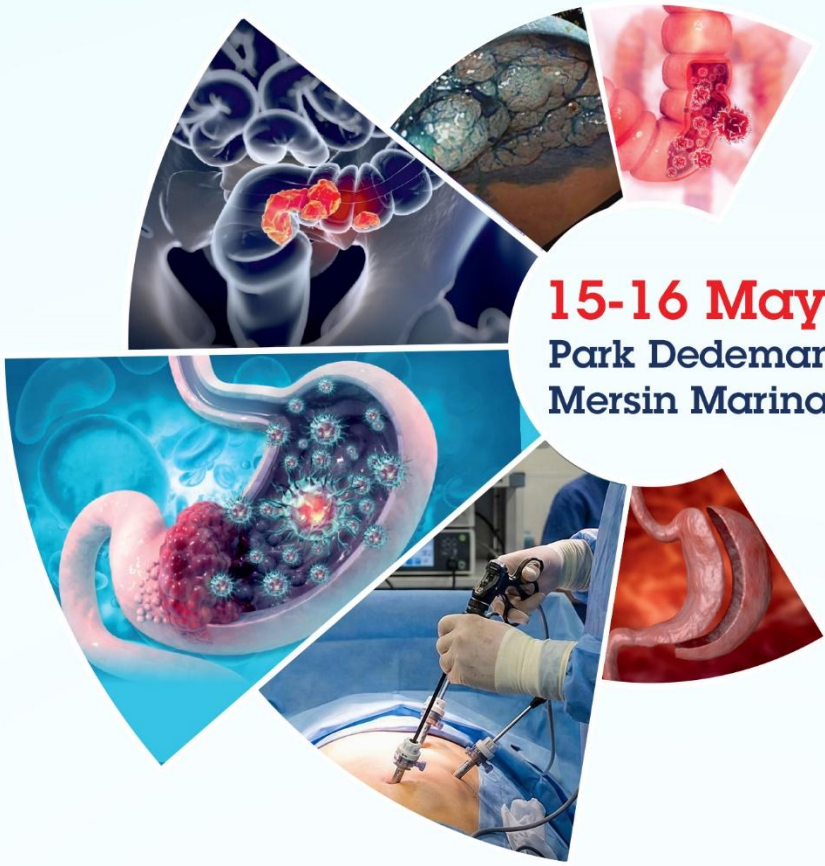
Gastroenteroloji Cerrahisi Derneği

Akdeniz Onkoloji Derneği

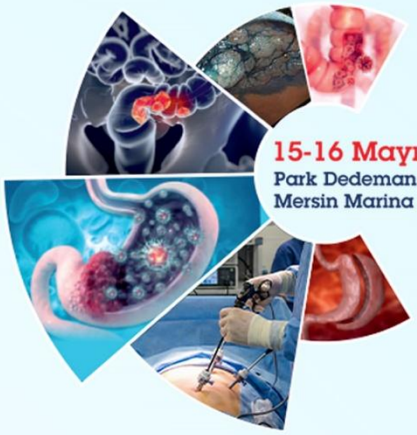
2. Mersin Yaz Okulu Cerrahi ve Onkoloji Günleri



15-16 Mayıs 2026

Park Dedeman
Mersin Marina Hotel

BİLDİRİ KİTABI



15-16 Mayıs 2026
Park Dedeman
Mersin Marina Hotel

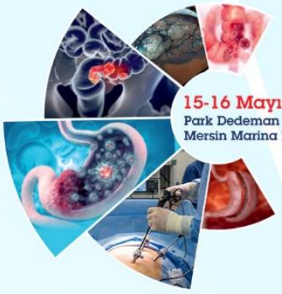
2. Mersin Yaz Okulu
Cerrahi ve Onkoloji Günleri

İÇİNDEKİLER

3 DÜZENLEME KURULU

4 PROGRAM

9 SÖZLÜ BİLDİRİLER



2. Mersin Yaz Okulu Cerrahi ve Onkoloji Günleri

SEMPOZYUM BAŞKANI

Dr. Tahsin Çolak
SEMPOZYUM BAŞKANI

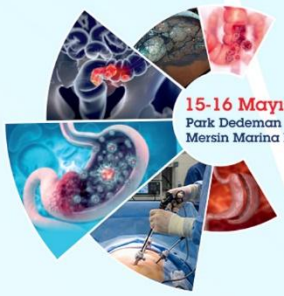
SEMPOZYUM SEKRETERLERİ

Dr. Hilmi Bozkurt
SEMPOZYUM SEKRETERİ

Dr. Sami Benli
SEMPOZYUM SEKRETERİ

DÜZENLEME KURULU

- Dr. Alper Ata
- Dr. Alper Sözütek
- Dr. Cem Kaan Parsak
- Dr. Cemil Yüksel
- Dr. Cumhur Özcan
- Dr. Enver Reyhan
- Dr. Erkan Güler
- Dr. İsmail Cem Eray
- Dr. Ramazan Gündoğdu
- Dr. Recep Çağlar
- Dr. Süleyman Çetinkünar
- Dr. Vehbi Erçolak
- Dr. Zeliha Özlem Sert

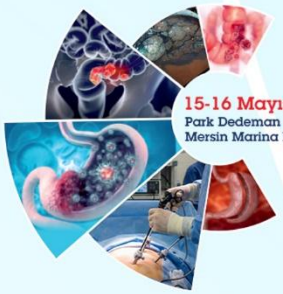


2. Mersin Yaz Okulu Cerrahi ve Onkoloji Günleri

PROGRAM

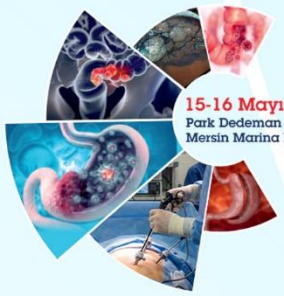
15 MAYIS 2026 - CUMA

08:30-08:45	**AÇILIŞ KONUŞMALARI**	**SALON A**
	Toplantı Sekreteri	**Dr. Hilmi Bozkurt**
	Toplantı Başkanı	**Dr. Tahsin Çolak**
	Akdeniz Onkoloji Derneği Başkanı	**Dr. Alper Ata**
	GEC Başkanı	**Dr. Erdal Birol Bostancı**
	COD Başkanı	**Dr. Cem Kaan Parsak**
	Mersin Üniversitesi Rektörü	**Dr. Erol Yaşar**
09:00-10:15	**OTURUM-1: CANLI CERRAHİ-HYBRID**	
	Oturum Başkanları: Dr. Cihangir Akyol, Dr. Tahsin Çolak	
	Sağ Kolon Ca, Laparakopik Sağ Hemikolektomi	**Dr. Hilmi Bozkurt** **Dr. İshak Aydın**
10:15-10:30	**KAHVE MOLASI**	
10:30-12:00	**OTURUM-2: BENİGN ANOREKTAL HASTALIKLAR (VİDEOLAR)**	
	Oturum Başkanları: Dr. İlyas Baskonuş, Dr. İlker Sücüllü	
10:30-10:45	Perianal Fistül (FİPS)	**Dr. Cumhur Özcan**
10:45-11:00	Hemoroid (eksizyon)	**Dr. İsmail Cem Eray**
11:00-11:15	Hemoroid (lazer)	**Dr. M. Özgür Türkmenoğlu**
11:15-11:30	Hemoroidal Arter Ligasyonu	**Dr. Ramazan Gündoğdu**
11:30-11:45	Komepa	**Dr. İbrahim Öner**
11:45-12:00	Hemoroid (longo)	**Dr. Ali Ezer**
	Panelistler: Dr. Sabri Özdaş, Dr. İlyas Başkonuş, Dr. Recep Çağlar, Dr. Haluk Tümer, Dr. Vedat Akgün	
12:00-13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**	



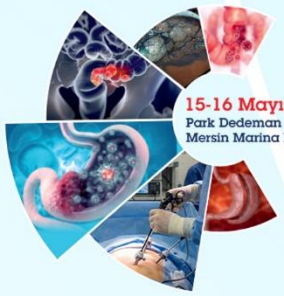
2. Mersin Yaz Okulu Cerrahi ve Onkoloji Günleri

13:00-14:00	**OTURUM-3: SİTOREDÜKSİYON/HİPEK**	**SALON A**
	Oturum Başkanları: Dr. Tahsin Çolak, Dr. Erdoğan Sözüer	
13:00-13:15	İntraperitoneal kemoterapi uygulamaları rasyonelitesi	**Dr. Alper Ata**
13:15-13:30	Kolorektal kanserlerde sitoredüksiyon (video destekli)	**Dr. Cemil Yüksel**
13:30-13:45	Mide kanserlerinde sitoredüksiyon (video destekli)	**Dr. M. Alim Turgut**
13:45-14:00	Mezotelyomada sitoredüksiyon (Video destekli)	**Dr. Yiğit Özgün**
14:00-15:00	**OTURUM-4: OLGULARLA TARTIŞALIM HİPEK**	**SALON A**
	Oturum Başkanları: Dr. Enver Reyhan, Dr. Özlem Zeliha Sert	
14:00-14:30	Kolorektal Kanser SCR+HİPEK vakası	**Dr. Erkan Güler**
14:30-15:00	Mide kanseri SCR+HİPEK vakası	**Dr. Uğur Topal**
	Panelistler: Dr. Alper Ata, Dr. Oğuzhan İnan, Dr. Cemil Yüksel, Dr. Pelin Pınar Özcan, Dr. Tuba Kara, Dr. F. Demir Apaydın, Dr. Cem Kaan Parsak	
15:00-15:15	**KAHVE ARASI**	
15:15-16:15	**OTURUM-5: FITIK**	**SALON A**
	Oturum Başkanları: Dr. Musa Akoğlu, Dr. Muzaffer Akıncı	
15:15-15:30	TAPP	**Dr. Orçun Yalav**
15:30-15:45	TEP	**Dr. Ersoy Arslan**
15:45-16:00	Postsleeve hiatal herni	**Dr. Turgut Karaca**
16:00-16:15	TEP sonrası kronik ağrı yönetimi	**Dr. Cumhur Özcan**
16:15-17:15	**OTURUM-6: OBEZİTE REVİZYON**	**SALON A**
	Oturum Başkanı: Dr. Tuna Bilecik, Dr. Aydemir Ölmez	
16:15-16:30	Sleeve Revizyon	**Dr. Atilla Akova**
16:30-16:45	Mini Gastrik Revizyon	**Dr. Özgür Yıldırım**
16:45-17:00	Roux-Y Revizyon	**Dr. Cihan Gökler**
17:00-17:15	Transit Bipartisyon Revizyonu	**Dr. Kuntay Kaplan**



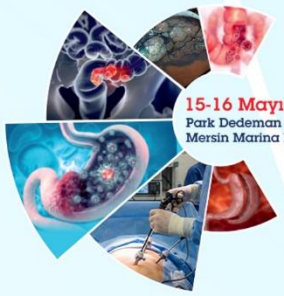
2. Mersin Yaz Okulu Cerrahi ve Onkoloji Günleri

17:15-18:15	SÖZLÜ SUNUM OTURUMU	SALON A
	Oturum Başkanları: Dr. Mustafa Berkeşoğlu, Dr. Esin Kaplan	
	S1 - İnvaziv lobüler meme kanserinde klasik ve pleomorfik varyantların klinikopatolojik karşılaştırılması	**Anas Mustafa**
	S2 - Kolesistektomi serisinde nadir ama zorlayıcı bir grup: Koledok taşı nedeniyle cerrahi müdahale uygulanan olgular	**Aylin Kökver**
	S3 - Genel cerrahide büyük dil modellerinin (LLM) kullanım alanları ve gelecek perspektifi	**Aylin Kökver**
	S4 - Kolorektal cerrahide anastomoz kaçakları: Tanıdan tedaviye güncel yaklaşımlar (2022–2026)	**Ayşe Tuğba Kurt**
	S5 - Kolorektal kanserin karaciğer metastazı yönetiminde son durum: Şimdi ne yapıyoruz?	**Ayşe Tuğba Kurt**
	S6 - Büyük abdominal cerrahi sonrası yeniden ameliyat gerektiren abdominal yara komplikasyonları: Tek merkez olgu serisi	**Ayşe Tuğba Kurt**
	S7 - Sol alt kadran ağrısının nadir bir nedeni: Sol yerleşimli akut apandisit olgu sunumu	**Güven Erdoğrul**
	S8 - Obstrüktif gastrointestinal bezoar olgularının klinik özellikleri ve cerrahi yönetimi: Tek merkezli retrospektif olgu serisi	**Güven Erdoğrul**
	S9 - Neoadjuvan kemoterapi alan meme kanserli hastalarda PET-CT ile değerlendirilen yanıtın patolojik yanıt ile karşılaştırılması: Meme ve aksiller değerlendirme	**Mahsum Barçin**
	S10 - Gezici dalak torsiyonu: Vaka raporu	**Mustafa Yılmaz**
	S11 - Erken evre mide kanserinde endoskopik submukozal disseksiyon: Sistematik derleme	**Özde Baştar**
	S12 - İnguinal herni onarımı sonrası kronik postoperatif ağrı: Güncel kanıtların sistematik derleme biçiminde değerlendirilmesi	**Özde Baştar**
	S13 - Sağ hemikolektomi sonrası lenf nodu verimi ile prognostik patolojik özellikler arasındaki ilişki: tek merkez retrospektif analiz	**Turan Uğur Karaca**
	S14 - Sigmoid özofagusun cerrahi tedavisi: Benign distal özofagus darlığı olan hastalarda transhiatal özofajektomi sonuçları	**Turan Uğur Karaca**



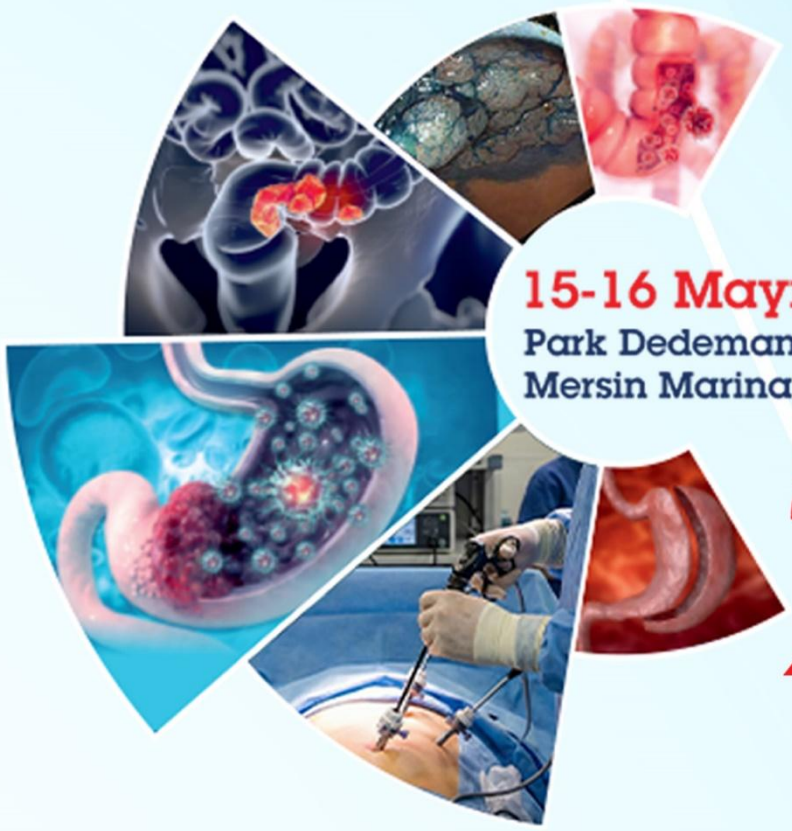
2. Mersin Yaz Okulu Cerrahi ve Onkoloji Günleri

16 MAYIS 2026 - CUMARTESİ		
08:30-09:00	**ONLİNE - MİDE KANSERİ KONSENSUS TOPLANTISI (ORTAK OTURUM): TEKİRDAĞ KONSENSUSU**	
	Oturum Başkanları: Dr. Enver İlhan, Dr. Tahsin Çolak	
08:30-09:00	Mide kanseri Tedavisinde Ulusal standartlara Doğru: CONTRO-GAST Çalışması	Dr. Erman Aytaç
09:00-10:30	**OTURUM-7: CANLI CERRAHİ-HYBRID**	
	Oturum Başkanları: Dr. Osman Özdoğan, Dr. Enver Reyhan	
09:00-10:00	Mide tümörü ESD	Dr. Tahsin Dalgıç
	Panelistler: Dr. Fevzi Cengiz, Dr. Serkan Ademoğlu, Dr. Volkan Öter, Dr. Hilmi Bozkurt	
	NASIL YAPIYORUM? VİDEO SUNUMLARI EMR/ESD	
10:00-10:10	Nasıl yapıyorum-1	Dr. Abdullah Şenlikçi
10:10-10:20	Nasıl yapıyorum-2	Dr. Habip Sarı
10:20-10:30	Nasıl yapıyorum-3	Dr. Bahtiyar Muhammedoğlu
10-30-10.40	**KAHVE ARASI**	
10:40-12:10	**OTURUM-8: CANLI CERRAHİ-HYBRID**	
	Oturum Başkanları: Dr. Tahsin Dalgıç, Dr. Ahmet Rencüzoğulları	
10:40-11:40	Rektum tümörü ESD	Dr. Fevzi Cengiz
	Panelistler: Dr. Tahsin Dalgıç, Dr. Ediz Altınlı, Dr. Bahtiyar Muhammedoğlu, Dr. Recep Çağlar, Dr. Osman Özdoğan	
	NASIL YAPIYORUM? VİDEO SUNUMLARI EMR/ESD	
11:40-11:50	Nasıl yapıyorum-1	Dr. Serkan Ademoğlu
11:50-12:00	Nasıl yapıyorum-2	Dr. Üsküdar Berkay Çaralan
12:00-12:10	Nasıl yapıyorum-3	Dr. Özlem Zeliha Sert
12:10-13:00	**ÖĞLE YEMEĞİ**	



2. Mersin Yaz Okulu Cerrahi ve Onkoloji Günleri

13:00-14:00	**OTURUM-9: ÖZEFAGOKARDİAK BİLEŞKE TÜMÖRLERİ**	
	Oturum Başkanları: Dr. Hakan Canbaz, Dr. M. Mahir Özmen	
13:00-13:20	EGJ tümörlerinde neoadjuvan kemoterapi seçenekleri	**Dr. Kadir Eser**
13:20-13:40	EGJ Tümörlerinde mide tümörü gibi yaklaşırım	**Dr. Cem Kaan Parsak**
13:40-14:00	Siewert Tip II EGJ Tümörlerinde Cerrahi Yaklaşım	**Dr. Erdal Birol Bostancı**
14:00-15:00	**OTURUM-10: OLGULARLA TARTIŞALIM ÖZOFAGOGASTRİK BİLEŞKE TM**	
	Oturum Başkanları: Dr. Erol Aksoy, Dr. Alper Ata	
14:00-14:20	Siewert 1 EGJ olgusu	**Dr. Serdar Gümüş**
14:20-14:40	Siewert 2 EGJ olgusu	**Dr. Görkem Özdemir**
14:40-15:00	Siewert 3 EGJ olgusu	**Dr. Sami Benli**
	Panelistler: Dr. Mehmet Onur Gül, Dr. Hakan Canbaz, Dr. Bahri Çakabay, Dr. Alper Ata, Dr. Özlem Zeliha Sert	
15:00-15:15	KAHVE ARASI	
15:15-16:00	**OTURUM-11: NÜTRİSYON**	
	Oturum Başkanları: Dr. Gürhan Sakman, Dr. A. Gökhan Sarıtaş	
15:15-15:30	Malnütrisyon	**Dr. Ahmet Dağ**
15:30-15:45	Kanser ve Sarkopeni	**Dr. Hüseyin Kılavuz**
15:45-16:00	Perioperatif nütrisyon	**Dr. Sami Benli**
16:00-17:00	**OTURUM-12: SAFRA YOLU YARALANMALARI**	
	Oturum Başkanları: Dr. E. Birol Bostacı, Dr. Süleyman Çetinkünar	
16:00-16:15	İatrojenik safra yolu yaralanması olgusu (geç müdahale)	**Dr. Murat Kuş**
16:15-16:30	Vasküler yaralanma eşlik eden safra yolu yaralanmalarında yaklaşım	**Dr. Osman Aydın**
16:30-16:45	Safra yolu yaralanmalarında son çare nakil	**Dr. Abdullah Ülkü**
16:45-17:00	Tartışma	
17:00	KAPANIŞ	



15-16 Mayıs 2026
Park Dedeman
Mersin Marina Hotel

2. Mersin Yaz Okulu
Cerrahi ve Onkoloji Günleri

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S-5

Kolorektal Kanserin Karaciğer Metastazı Yönetiminde Son Durum: Şimdi Ne Yapıyoruz?

Ali Cihat Yıldırım[1], Ayşe Tuğba Kurt[1], Faik Yaylak[1], Yalçın Sönmez[1], Sezgin Zeren[1], Ahmet Tekin[1]

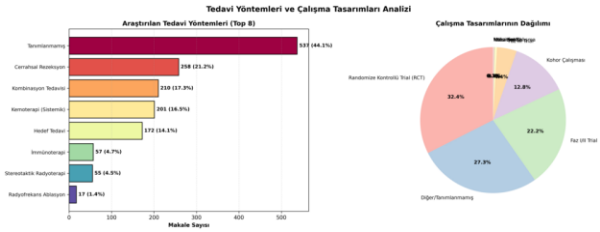
[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi,Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kütahya

Giriş / Amaç: GKolorektal kanserin %50-60'ında karaciğer metastazı gelişir ve bu durum prognozu önemli ölçüde etkiler. Bu sistematik derleme 2023-2026 yılları arasında PubMed indeksinde yayınlanan 1.217 makalede karaciğer metastazı yönetimini analiz etmiştir. Toplamda 519 makale (%42.6) final analize dahil edilmiştir.

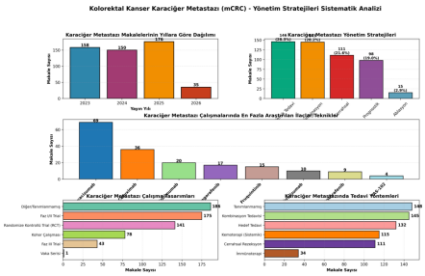
Gereç ve Yöntem: Çalışmalar tedavi yöntemine (sistemik, cerrahsal, kombinasyon), tasarım tipine (RCT, Faz I/II, kohor) ve primer sonlandırma noktalarına göre kategorize edilmiştir. Biyolojik markörler (KRAS, BRAF, MSI durumu) ve klinik sonuçlar detaylı olarak analiz edilmiştir. Yüksek kalite kanıt seviyeleri (Faz III/RCT) özellikle vurgulanmıştır.BULGULAR

Bulgular: Karaciğer metastazı yönetim stratejileri şu şekilde dağılmaktadır: Sistemik tedavi 146 çalışma (%28.3), kombinasyon tedaviler 145 çalışma (%28.2), cerrahsal rezeksyon 111 çalışma (%21.6), prognostik faktörler 98 çalışma (%19.0) ve ablasyon tedavileri 15 çalışma (%2.9). En fazla araştırılan ajanlar Bevacizumab (42 çalışma), Cetuximab (38 çalışma), Nivolumab/Ipilimumab (31 çalışma), TAS-102 (18 çalışma) ve Pembrolizumab (15 çalışma)'dır. Randomize kontrollü çalışma oranı %47.6 olup, yüksek kalite kanıt seviyeleri 125 çalışmada (%24.1) bulunmaktadır. Önemli çalışmalar: André ve ark. (2025) Nivolumab+Ipilimumab kombinasyonunu MSI-H metastatik kolorektal kanserde; van der Lei ve ark. (2025) COLLISION çalışmasında termal ablasyon ile cerrahi rezeksiyonu karşılaştırmıştır.

Tedavi dizayn analizi



Karaciğer Metastazı Yönetimi



Tartışma / Sonuç: Karaciğer metastazı yönetiminde tedavi seçimi KRAS/MSI durumuna, rezektabilite potansiyeline ve hastanın performans durumuna bağlıdır. Resektabl hastalarda neoadjuvan kemoterapi, cerrahsal rezeksyon ve adjuvan kemoterapi kombinasyonu önerilmektedir. Resekabl olmayan hastalarda mikrosatellit stabil (MSS) olgularda FOLFIRI+Bevacizumab, mikrosatellit instabil (MSI-H) olgularda checkpoint inhibisyonu uygulanmalıdır. Refrakter hastalıkta TAS-102 veya KRAS inhibisyonu seçenekleri değerlendirilmelidir. Gelecek perspektifinde kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımları, kombinasyon immünoterapileri ve CRISPR-T hücre terapileri daha önemli hale gelecektir. Ayrıca minimal invazif cerrahi teknikleri ve radyoloji-radyoterapi kombinasyon stratejileri karaciğer metastazı yönetiminde yerini alacaktır.

Anahtar Kelimeler: kolorektal kanser, karaciğer metastazı

Kaynakça

1. Muhandiramge J, Zalcberg JR, Warner ET, et al. Cardiovascular disease and stroke following cancer and cancer treatment in older adults. Cancer. 2024;130(23):4138-4148. doi: 10.1002/cncr.35503 [1]
2. Strickler JH, Raghav K, Siena S, et al. Encorafenib and cetuximab plus mFOLFOX6 in RAS/BRAF wild-type metastatic colorectal cancer: final results from the BREAKWATER Phase III trial. Future Oncol. 2025;21(3):303-311. doi: 10.1080/14796694.2024.2441101 [1]
3. Tan PB, Kaptein P, van Leerdam ME, et al. Neoantigen vaccination plus checkpoint inhibition in metastatic colorectal cancer. Nature. 2025;648(8094):726-735. doi: 10.1038/s41586-025-09679-4 [1]
4. Zhang KH, Li JZ, Zhang HB, et al. Assessment of Autologous Blood marker localIzation and intraoperative coLonoscopy localIzation in laparoscopic colorecTal cancer surgery (ABILITY): a randomized controlled trial. BMC Cancer. 2023;23(1):204. doi: 10.1186/s12885-023-10669-w [1]
5. Bond MJG, Fong LS, Shen K, et al. Target trial on the outcomes of laparoscopic compared to robotic-assisted proctectomy in stage II-III rectal cancer. Updates Surg. 2026;78(1):117-126. doi: 10.1007/s13304-025-02446-0 [1]

S-12

İnguinal Herni Onarımı Sonrası Kronik Postoperatif Ağrı: Güncel Kanıtların Sistematik Derleme Biçiminde Değerlendirilmesi

ÖZDE BAŞTAR[1], AYŞE TUĞBA KURT[1], AYLİN KÖKVER[1], FAİK YAYLAK[1], YALÇIN SÖNMEZ[1]

[1]KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

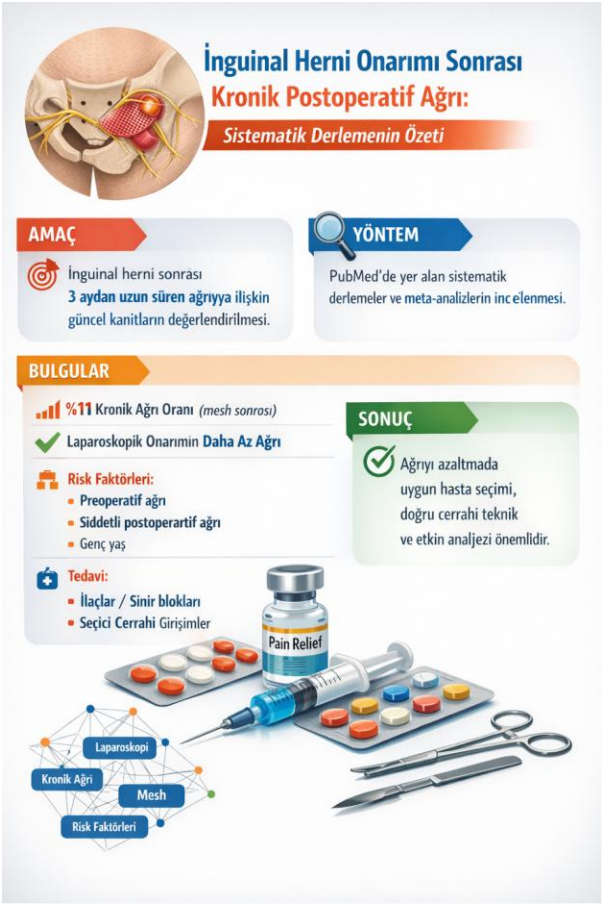
Giriş / Amaç: Kronik postoperatif inguinal ağrı (CPIP), inguinal herni onarımından sonra yaşam kalitesini bozabilen başlıca komplikasyonlardan biridir. Bu derlemenin amacı, CPIP'nin sıklığı, risk faktörleri, cerrahi tekniklerle ilişkisi ve güncel tedavi yaklaşımlarına ilişkin mevcut kanıtları özetlemektir. CPIP çoğu güncel çalışmada ameliyattan sonra 3 aydan uzun süren ağrı olarak tanımlanır.

Gereç ve Yöntem: PubMed'de yayımlanmış sistematik derlemeler, meta-analizler ve önemli anlatısal derlemeler temel alınarak hızlı kanıt sentezi yapıldı. İnceleme odağı; açık ve laparoskopik onarımın karşılaştırılması, mesh ilişkisi, risk faktörleri ve CPIP yönetimiydi. Son yıllardaki sistematik derlemeler ve meta-analizler, bu konuda hem teknik karşılaştırma hem de risk faktörü değerlendirmesi için yeterli ikincil literatür bulunduğunu göstermektedir.

Bulgular: Mevcut kanıtlar, kronik ağrının meshli onarımlardan sonra kayda değer bir klinik sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir. Klasik bir derlemede mesh temelli onarımlardan sonra kronik ağrı oranı yaklaşık %11 olarak bildirilmiş, olguların önemli bir bölümünde ağrının orta-ağır şiddette ve sıklıkla nöropatik karakterde olduğu belirtilmiştir. Ayrıca endoskopik/laparoskopik yaklaşımlarda kronik ağrı daha düşük görünmektedir. Daha güncel genel derlemeler de laparoskopik onarımın açık onarıma göre kronik kasık ağrısı açısından avantaj sağlayabildiğini, buna karşın nüks açısından belirgin fark göstermediğini bildirmektedir. Risk faktörleri üzerine yakın tarihli sistematik incelemeler; preoperatif ağrı, erken şiddetli postoperatif ağrı, genç yaş ve bazı hasta/teknik özelliklerinin kalıcı ağrı riskini artırabileceğini göstermektedir.

Tartışma / Sonuç: CPIP, inguinal herni cerrahisinin en önemli uzun dönem komplikasyonlarından biridir. Güncel kanıtlar, ağrının azaltılmasında doğru hasta seçimi, uygun cerrahi teknik, dikkatli sinir yönetimi ve etkili perioperatif analjezinin kritik olduğunu düşündürmektedir. Tedavi aşamasında ise konservatif yaklaşım, girişimsel ağrı tedavileri ve seçilmiş olgularda cerrahi seçenekler gündeme gelmektedir.

İnguinal Herni Onarımı Sonrası Kronik Postoperatif Ağrı: Güncel Kanıtların Sistematik Derleme Biçiminde Değerlendirilmesi



Anahtar Kelimeler:

Kaynakça

1. Haladu N, et al. *Open versus laparoscopic repair of inguinal hernia.* Surg Endosc. 2022.
2. Alaverdyan H, et al. *Perioperative Risk Factors for Persistent Postsurgical Pain after Inguinal Hernia Repair: A Systematic Review and Meta-analysis.* 2024.
3. del Prado GRL, et al. *Management of Chronic Post-Herniorrhaphy Pain.* 2025.
4. Nienhuijs S, et al. *Chronic pain after mesh repair of inguinal hernia.* 2007.
5. Coppens S, et al. *Pain management after open inguinal hernia repair (PROSPECT update).* 2020.

S-4

Kolorektal Cerrahide Anastomoz Kaçakları: Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar (2022–2026)

Ali Cihat Yıldırım[1], Ayşe Tuğba Kurt[1], Sezgin Zeren[1], Yalçın Sönmez[1], Faik Yaylak[1]

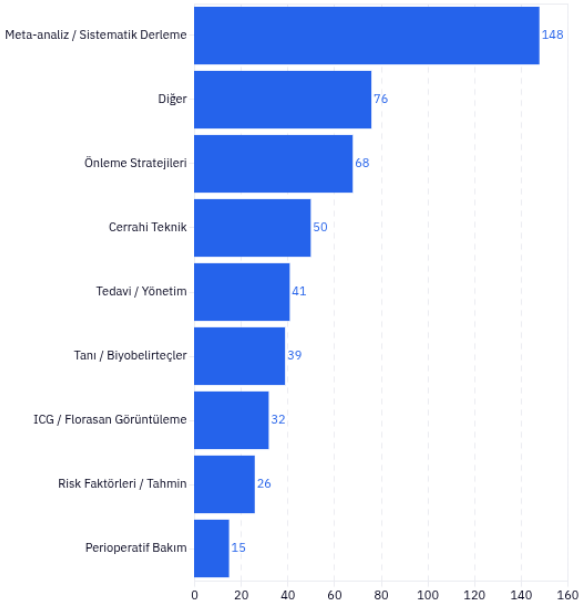
[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kütahya

Giriş / Amaç: Anastomoz kaçağı (AK), kolorektal cerrahinin en ciddi komplikasyonlarından olup %3-15 oranında görülmekte ve mortaliteyi 6-22 kat artırmaktadır. Son yıllarda tanı, önleme ve tedavide önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu çalışmada, 2022-2026 yılları arasında PubMed'de yayımlanan klinik çalışma, meta-analiz ve randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) sistematik derlenmesiyle, AK yönetiminde tanıdan tedaviye öne çıkan güncel yaklaşımların belirlenmesi amaçlanmıştır.

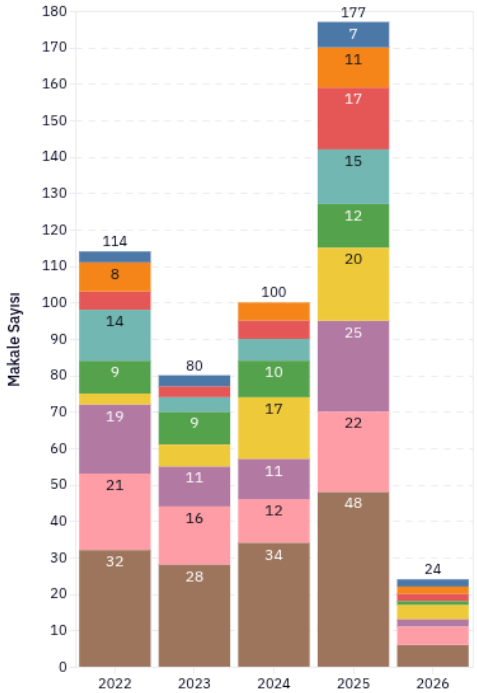
Gereç ve Yöntem: PubMed veritabanında "anastomotic leak/leakage" AND "colorectal surgery" anahtar kelimeleriyle 2022-2026 yılları arasında yayımlanan klinik çalışma, meta-analiz ve RKÇ'ler tarandı. Toplam 345 makale dahil edilerek; tanı/biyobelirteçler, ICG florasan görüntüleme, risk faktörleri, önleme stratejileri, cerrahi teknik, tedavi/yönetim ve perioperatif bakım olmak üzere 7 kategoride sınıflandırıldı.

Bulgular: En fazla yayın meta-analiz/sistematik derleme kategorisinde (n=148) yer almakta olup, bunu önleme stratejileri (n=68) ve cerrahi teknik (n=50) izlemektedir. Tanıda CRP (POD 3-5, ≥150 mg/L) ve prokalsitonin erken tanıda yüksek duyarlılık göstermiş; dren sıvısı biyobelirteçleri ek tanısal değer sağlamıştır. ICG anjiyografi ile intraoperatif perfüzyon değerlendirmesi cerrahi plan değişikliğine yol açsa da, AVOID ve Rinne RKÇ'lerinde kaçak oranlarını istatistiksel olarak anlamlı azaltmamıştır. Önlemede transanal drenaj tüpü, defunksiyone ileostomi ve siyanoakrilat ile sütür güçlendirme (ReAL çalışması) ön plana çıkmaktadır. Tedavide endoskopik vakum tedavisi (EVT) konservatif yaklaşımda altın standart haline gelmekte; risk faktörü hedefli perioperatif bakım protokolleri (DoubleCheck çalışması) kaçak oranını anlamlı azaltmıştır. Cerrahi teknikte powered stapler ve robotik yaklaşımlar yeni kanıtlarla desteklenmektedir.

Şekil 1: Kategorilere Göre Makale Dağılımı (n=345)



Şekil 2: Yıllara Göre Konu Dağılımı (2022-2026)



Tartışma / Sonuç: AK yönetiminde multidisipliner ve çok boyutlu bir yaklaşım ön plana çıkmaktadır. Erken tanıda biyobelirteç kombinasyonları, önlemede ICG rehberliği ve hedefli perioperatif bakım protokolleri, tedavide ise EVT giderek artan kanıt düzeyiyle klinik pratiği şekillendirmektedir. Gelecekte yapay zeka destekli risk tahmin modelleri ve kişiselleştirilmiş önleme stratejileri bu alanda belirleyici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: kolorektal cerrahi, anastomoz kaçağı

Kaynakça

- **Huisman et al. (2022)** — DoubleCheck/LekCheck çalışması, perioperatif modifiye edilebilir risk faktörlerini hedefleyerek kaçak oranını azaltmayı gösteren prospektif çalışma (*Ann Surg*)
- **Faber et al. (2024)** — AVOID çalışması, ICG florasan anjiyografi ile perfüzyon değerlendirmesinin çok merkezli RKÇ'si (*Lancet Gastroenterol Hepatol*)
- **Rinne et al. (2025)** — ICG anjiyografi vs konvansiyonel değerlendirme RKÇ'si (*JAMA Surg*)

S-2

Kolesistektomi Serisinde Nadir Ama Zorlayıcı Bir Grup: Koledok Taşı Nedeniyle Cerrahi Müdahale Uygulanan Olgular

AYLİN KÖKVER[1], FAİK YAYLAK[1], AYŞE TUĞBA KURT[1], ALİ CİHAT YILDIRIM[1], ÖZDE BAŞTAR[1], YALÇIN SÖNMEZ[1]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniveristesi

Giriş / Amaç: Koledok taşı olgularında güncel yaklaşım çoğunlukla endoskopik ve minimal invaziv yöntemlere dayansa da, seçilmiş hastalarda cerrahi eksplorasyon halen gerekli olabilmektedir. Bu çalışmada, Eylül 2024'ten itibaren merkezimizde gerçekleştirilen kolesistektomi olguları içinde koledok taşı nedeniyle cerrahi müdahale uygulanan hastaların sıklığının ve uygulanan cerrahi yöntemlerin sunulması amaçlandı.

Olgu: Toplam 672 kolesistektomi içinde koledok taşı nedeniyle cerrahi müdahale oranı %0,45 olarak saptandı. Birinci olguda, peptik ülser hemorajisi nedeniyle distal gastrektomi sonrası second-look eksplorasyonda duodenal güdükte kaçak izlenmesi üzerine reeksplorasyon, koledok eksplorasyonu, T-tüp drenajı, duodenostomi, Roux-en Y anastomoz ve kolesistektomi uygulandı. İkinci olguda, başarısız ERCP öyküsü bulunan ve kolesistektomili hastada koledok eksplorasyonu, taş ekstraksiyonu ve T-tüp drenajı gerçekleştirildi. Üçüncü olguda akut batın ve perforasyon ön tanısıyla opere edilen hastada, peroperatif değerlendirmede safra peritoniti ve safra kesesi perforasyonu saptandı; eşlik eden koledokolitiazis nedeniyle kolesistektomi, koledok taş ekstraksiyonu, T-tüp yerleştirilmesi uygulandı. Olguların tamamında açık cerrahi yaklaşım tercih edildi ve ameliyat notlarında cerrahi işlemin tamamlandığı bildirildi.

Tartışma / Sonuç: Kolesistektomi pratiğinde koledok taşı nedeniyle cerrahi eksplorasyon gereksinimi düşük oranlı görünmekle birlikte, özellikle başarısız endoskopik girişim, komplike biliyer patoloji, perforasyon, kaçak ve eşlik eden ileri intraabdominal sorunlar varlığında açık cerrahi ve T-tüp drenajı halen önemli bir seçenek olmaya devam etmektedir. Bu küçük seri, cerrahi biliyer eksplorasyonun seçilmiş ve kompleks hastalarda güncelliğini koruduğunu göstermektedir.

Kolesistektomi Serisinde Nadir Ama Zorlayıcı Bir Grup: Koledok Taşı Nedeniyle Cerrahi Müdahale Uygulanan Olgular

Surgical Intervention for Choledocholithiasis in Cholecystectomy Series

Parametre	Value
Total cholecystectomy cases	672
Surgical cases due to choledocholithiasis	2
Surgical cases for bile leakage	1
Surgical intervention rate	0.45%
Failed endoscopic treatment cases	1 (33,3%)
Complicated biliary pathology (perforation, pertionitis, etc.)	2 (66.7%)
Open surgical approach	100%
Operations involving T-tube placement for choledocholithiasis	2

Anahtar Kelimeler: Kolesistektomi, koledokolitiyazis, koledok eksplorasyonu, T-tüp, Biliyer drenaj yöntemleri

Kaynakça

- Gurusamy KS, et al. Cochrane Database Syst Rev.
- Yin Z, et al. Meta-analysis of primary closure vs T-tube.
- ASGE guideline on choledocholithiasis.

S-7

Sol Alt Kadran Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Sol Yerleşimli Akut Apandisit Olgu Sunumu

Güven Erdoğrul[1]

[1]Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş / Amaç: Akut apandisit akut karının en sık görülen nedenlerinden biridir ve acil cerrahi gerektiren en yaygın abdominal patolojilerden biri olarak kabul edilmektedir (1). Klasik olarak ağrı periumbilikal bölgede başlar ve zamanla sağ alt kadrana lokalize olur (2). Bununla birlikte anatomik varyasyonlar, intestinal malrotasyon veya situs anomalileri gibi durumlarda apendiks farklı lokalizasyonlarda bulunabilir ve bu durum atipik klinik bulgulara ve tanıda gecikmeye neden olabilir (3). Bu olguda sol alt kadran yerleşimli akut apandisit tanısı alan bir hastanın tanı ve tedavi sürecinin sunulması amaçlanmıştır.

Olgu: 25 yaşında kadın hasta, 3 gündür devam eden karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. İlk değerlendirmede yapılan abdominal ultrasonografide patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol alt kadranda hassasiyeti mecvuttu. Laboratuvar incelemsinde WBC:11.88×10³/µL, CRP: 96.6 mg/dL idi. Hastaya kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi çekildi, tomografide çekumun sol alt kadranda yerleşimli olduğu ve apendiksin sol alt kadranda izlenerek akut apandisit ile uyumlu bulguların mevcut olduğu saptandı. Göbek altı median insizyonla opere edildi ve appendektomi uygulandı. Postoperatif takiplerinde problem yaşanmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi



Kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografide sol alt kadranda yerleşimli apendiks ve akut apandisit ile uyumlu bulgular.

Tartışma / Sonuç: Akut apandisit, akut karın nedenleri arasında en sık görülen patolojilerden biridir (1). Ancak sol alt kadran yerleşimli apandisit oldukça nadir görülmekte olup, özellikle intestinal malrotasyon gibi konjenital anormallikler nedeniyle oluşmaktadır. (4,5). Sol alt kadran ağrısı ile başvuran hastalarda genellikle divertikülit, üriner sistem patolojileri ve jinekolojik hastalıklar ön planda düşünülmekte olup, bu durum atipik yerleşimli apandisit tanısını geciktirebilmektedir (5). Bu nedenle atipik yerleşimli apandisit olasılığı her zaman akılda tutulmalıdır (4,5). Tanıda bilgisayarlı tomografi önemli bir rol oynamakta olup, tomografi görüntüleme ile malrotasyon göstergeleri ve apendiks lokalizasyonu tespit edilerek tanı doğrulanabilmektedir (4,6). Cerrahi tedavi, apendiksin lokalizasyonuna göre farklı insizyonlarla gerçekleştirilebilmekle birlikte uygun olgularda göbek altı median insizyon appendektomi için yeterli cerrahi alan sağlayabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, Appendektomi

Kaynakça

1: Bhangu, A., Søreide, K., Di Saverio, S., Assarsson, J. H., & Drake, F. T. (2015). Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. Lancet (London, England), 386(10000), 1278–1287.

2: Humes, D. J., & Simpson, J. (2006). Acute appendicitis. *BMJ (Clinical research ed.)*, *333*(7567), 530–534.

3: Akbulut, S., Ulku, A., Senol, A., Tas, M., & Yagmur, Y. (2010). Left-sided appendicitis: review of 95 published cases and a case report. *World journal of gastroenterology*, *16*(44), 5598–5602.

4: Hassanat, R., Alhroot, M., Alzboon, A., Sha'ban, B., Dmour, S., Helael, K., Telfah, A., Bawaneh, M. K., Rafiq, B., & Awraikat, S. (2025). Left-Sided Acute Appendicitis in an Adult With Intestinal Malrotation: A Case Report From Jordan. *Cureus*, *17*(11), e97515.

5: Zengin, E., Turan, A., Calapoğlu, A. S., Nalbant, E., & Altuntaş, G. (2018). Intestinal nonrotation and left-sided perforated appendicitis. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTES*, *24*(2), 178–180.

6: Çağlar, E., Arıbaş, B., Tiken, R., & Keskin, S. (2014). Midgut malrotation presenting with left-sided acute appendicitis and CT inversion sign. *BMJ case reports*, *2014*, bcr2013202709.

S-14

Sigmoid Özofagusun Cerrahi Tedavisi: Benign Distal Özofagus Darlığı Olan Hastalarda Transhiatal Özofajektomi Sonuçları

Turan Uğur Karaca[1], Hüsnü Ozan Şevik[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Giriş / Amaç: Sigmoid özofagus, akalazya, benign özofagus darlıkları ve özofagus maligniteleri gibi çeşitli etiyolojik faktörlere bağlı olarak gelişebilen, özofagusun belirgin şekilde genişleyip kıvrımlar oluşturmasıyla karakterize bir klinik tablodur. Bu durum, özofagus motilitesindeki kayıplar ve oral alım bozuklukları, gastrik boşalma güçlükleri gibi komplikasyonlara yol açar. Sigmoid özofagusta transhiatal özofajektomi tedavisi, konservatif tedavilere yanıt alınamayan ve cerrahi müdahale gerektiren hastalar için genellikle son seçenek olarak uygulanır. Bu çalışmada sigmoid özofagus bulgusu ile yapılan transhiatal özofajektomi ameliyat sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada Ocak 2024- Ocak 2026 tarihleri arasında sigmoid özofagus bulgusu gösteren ve konservatif tedavilere yanıt veremeyen hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya dahil edilen hastalar, endoskopik ve radyolojik değerlendirmeler sonucunda sigmoid özofagus tanısı aldı. Tüm hastalara konservatif tedavi ve önceki cerrahi müdahalelere rağmen oral alım bozukluğu ve yutma güçlüğü devam etmesi nedeniyle transhiatal özofajektomi yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya toplamda 6 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 65.2 ± 13.2 yıl (50-85 yaş) olup, tüm hastalar kadındı. Cerrahi müdahale, açık transhiatal özofajektomi ile gerçekleştirildi. Ameliyat süresi ortalama 131.5 ± 36.5 dakika, toplam hastanede yatış süresi ve postoperatif yatış süresi sırasıyla ortalama 12.3 ± 4.5 gün ve 5.0 ± 1.1 gün olarak kaydedildi. Postoperatif dönemde bir hastada gastrik boşalma güçlüğü nedenli pilor balon dilatasyonu uygulanmıştır. Mortalite gözlemlenmemiştir.

Tartışma / Sonuç: Sigmoid özofagus, akalazya, benign özofagus darlığı ve nadiren malignite gibi etiyolojik faktörlere bağlı olarak gelişebilir ve tedavi edilmediğinde ciddi komplikasyonlara yol açar. Çalışmamızda, transhiatal özofajektomi yönteminin, sigmoid özofagus ve akalazya gibi durumlar için etkin bir cerrahi tedavi seçeneği olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, transhiatal özofajektomi, tedaviye dirençli sigmoid özofagus vakalarında etkin bir çözüm olarak kullanılabilir ve hastaların uzun dönem takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sigmoid özofagus, Akalazya, Transhiatal özofajektomi, Cerrahi sonuçlar, Postoperatif iyileşme

Kaynakça

1. Juhasz, A., Arestizábal, T., & Sobrevia, E. (2022). Management of End-Stage Achalasia. Foregut: The Journal of the American Foregut Society, 2, 409 - 422.
2. DeSouza, M. (2023). Surgical Options for End-Stage Achalasia. Current Gastroenterology Reports, 25, 267-274.

S-11

Erken Evre Mide Kanserinde Endoskopik Submukozal Disseksiyon:Sistematik Derleme

Ali Cihat Yıldırım[1], Özde Baştar[1], Aylin Kökver[1], Ahmet Faruk Arlıer[1], Muhammed Taha Zengin[1], Ayşe Tuğba Kurt[1]

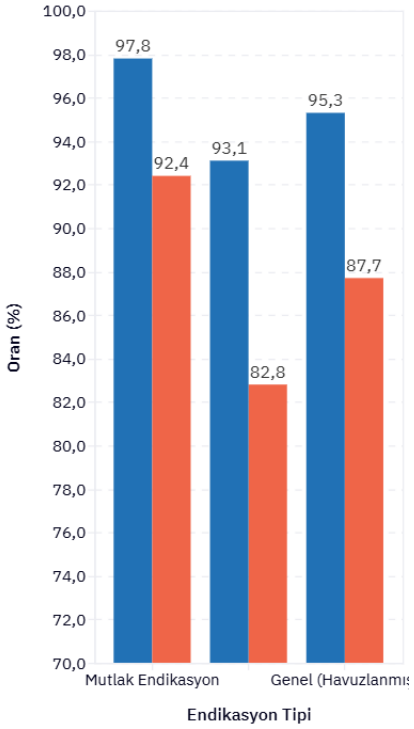
[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı,Kütahya

Giriş / Amaç: Mide kanseri dünya genelinde önemli bir mortalite nedeni olup, erken evrede tanı konulduğunda tedavi başarısı belirgin şekilde artmaktadır. Endoskopik submukozal diseksiyon (ESD), erken evre mide kanserinde organ koruyucu minimal invaziv bir alternatif olarak öne çıkmaktadır. Bu sistematik derleme, erken evre mide kanserinde ESD'nin etkinliğini, güvenliğini ve uzun dönem onkolojik sonuçlarını güncel literatür ışığında değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

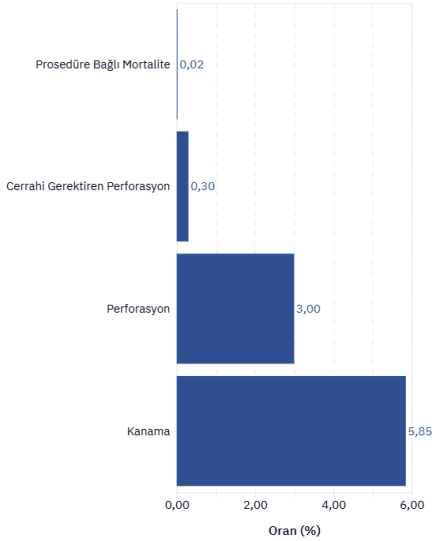
Gereç ve Yöntem: PRISMA kılavuzuna uygun olarak PubMed, Cochrane Library, Web of Science ve Scopus veri tabanlarında 2000–2025 yılları arasındaki çalışmalar taranmıştır. ESD uygulanan en az 50 hastalık serileri içeren kohort ve randomize kontrollü çalışmalar dahil edilmiştir. Metodolojik kalite Newcastle-Ottawa Skalası ve Cochrane Risk of Bias aracı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 87 çalışma (52.000+ hasta, 58.000+ lezyon) dahil edilmiştir. Havuzlanmış en-bloc rezeksiyon oranı %95,3, kuratif rezeksiyon oranı %87,7 olarak saptanmıştır. Komplikasyon oranı %5,8–%12,4; kanama %4,1–%7,6, perforasyon %1,2–%4,8 arasında bildirilmiştir. Prosedüre bağlı mortalite %0,02'dir. Kuratif ESD sonrası 5 yıllık hastalığa özgü sağkalım %97,1–%100, lokal nüks oranı %0,5–%3,8 olarak raporlanmıştır.

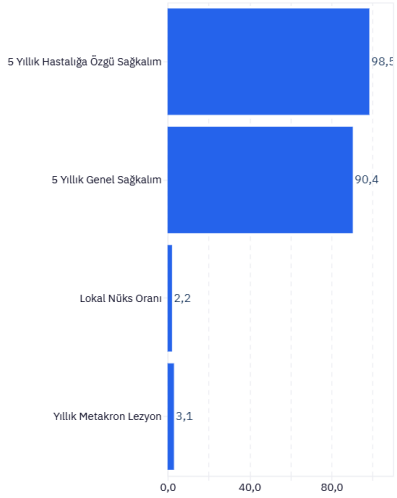
Endikasyon tipine göre en blok ve küratif rezeksiyon



Komplikasyon profili



Uzun dönem onkolojik sonuçlar



Tartışma / Sonuç: ESD, erken evre mide kanserinde yüksek kuratif rezeksiyon oranları, düşük komplikasyon profili ve cerrahiye eşdeğer onkolojik sonuçlarla etkin ve güvenli bir tedavi yöntemidir. Uygun hastalarda birinci basamak tedavi olarak önerilmekte olup, ESD sonrası düzenli endoskopik takip zorunludur.

Anahtar Kelimeler: Erken evre mide kanseri, endoskopik submukozal diseksiyon, sistematik derleme, kuratif rezeksiyon, sağkalım

Kaynakça

1. Gotoda T, Yanagisawa A, Sasako M, et al. Incidence of lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with a large number of cases at two large centers. *Gastric Cancer*. 2000;3(4):219-225.
2. Ono H, Kondo H, Gotoda T, et al. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. *Gut*. 2001;48(2):225-229.
3. Oda I, Gotoda T, Hamanaka H, et al. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: technical feasibility, operation time and complications from a large consecutive series. *Dig Endosc*. 2005;17(1):54-58.
4. Isomoto H, Shikuwa S, Yamaguchi N, et al. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer: a large-scale feasibility study. *Gut*. 2009;58(3):331-336.
5. Ono H, Yao K, Fujishiro M, et al. Guidelines for endoscopic submucosal dissection and endoscopic mucosal resection for early gastric cancer (second edition). *Dig Endosc*. 2021;33(1):4-20.

S-9

Neoadjuvan Kemoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda PET-CT İle Değerlendirilen Yanıtın Patolojik Yanıt İle Karşılaştırılması: Meme Ve Aksiller Değerlendirme

ERKAN GÜLER[1], mahsum barçin[1]

[1]mersin üniversitesi

Giriş / Amaç: Neoadjuvan kemoterapi (NAK), lokal ileri meme kanserinde tümör yükünü azaltmak, meme koruyucu cerrahi olasılığını artırmak ve tedavi yanıtını in vivo değerlendirmek açısından önemli bir yaklaşımdır. Ancak tedavi sonrası görüntüleme ile saptanan yanıtın gerçek patolojik yanıtı ne ölçüde yansıttığı halen tartışmalıdır. Bu çalışmada, NAK alan meme kanserli hastalarda PET-CT ile değerlendirilen tedavi yanıtının, cerrahi sonrası patolojik yanıt ile uyumunun hem meme hem de aksiller düzeyde karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Retrospektif olarak NAK sonrası opere edilen 97 hasta değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 52.1±12.2 yıl idi. Tüm hastalara tedavi sonrası PET-CT ve meme manyetik rezonans görüntüleme uygulanmıştı. Tümör yerleşimi sağ memede %56.7, sol memede %43.3 idi. Moleküler alt tip dağılımı Luminal A %48.5, bazal-like %25.8, HER2 pozitif %16.5 ve Luminal B %9.3 olarak saptandı. Cerrahi olarak %94.8 hastaya modifiye radikal mastektomi, %5.2 hastaya meme koruyucu cerrahi uygulandı. Patolojik T evresi dağılımı pT0 %35.1, pT1 %32.0, pT2 %27.8 ve pT3 %5.2 idi. PET-CT ve patoloji yanıtı meme ve aksilla için ayrı ayrı; komplet regresyon, near komplet regresyon, parsiyel regresyon, yanıtsızlık ve progresyon kategorilerinde değerlendirildi.

Bulgular: Meme düzeyinde PET-CT ile patolojik yanıt arasında %71.1 uyum saptandı. Patolojide meme düzeyinde komplet regresyon oranı %32.0 (n=31) idi. Aksiller değerlendirmede ise PET-CT ile patoloji arasındaki uyum %59.8 bulundu. PET-CT'de memede en sık yanıt kategorisi komplet regresyon (%40.2) iken, patolojide en sık parsiyel regresyon (%48.5) izlendi. Aksillada da patolojide en sık yanıt parsiyel regresyon (%54.6) olarak saptandı. Bulgular, PET-CT'nin meme yanıtını aksillaya göre daha iyi yansıttığını gösterdi.

Tartışma / Sonuç: PET-CT, NAK sonrası meme tümör yanıtını öngörmede kabul edilebilir düzeyde uyum gösterirken, aksiller yanıtın değerlendirilmesinde daha sınırlı kalmaktadır. Özellikle aksiller bölgede görüntüleme bulguları tek başına cerrahi veya tedavi planını

yönlendirmek için yeterli olmayabilir. Bu nedenle, aksiller değerlendirmede patoloji temelli ve multimodal yaklaşım tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, neoadjuvan kemoterapi, patolojik yanıt, aksiller yanıt, pet-ct

Kaynakça

1.Hulikal, N., Gajjala, S. R., Kalawat, T. C., Kottu, R., & Amancharla Yadagiri, L. (2015). Utility of [18F] Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography/Computed Tomography (FDG PET/CT) in the Initial Staging and Response Assessment of Locally Advanced Breast Cancer Patients Receiving Neoadjuvant Chemotherapy. *Indian journal of surgical oncology*, *6*(4), 330–336. https://doi.org/10.1007/s13193-015-0421-0

2. Groheux, D., Espié, M., Giacchetti, S., & Hindié, E. (2013). Performance of FDG PET/CT in the clinical management of breast cancer. *Radiology*, *266*(2), 388–405. https://doi.org/10.1148/radiol.12110853

3.Humbert, O., Cochet, A., Coudert, B., Berriolo-Riedinger, A., Kanoun, S., Brunotte, F., & Fumoleau, P. (2015). Role of positron emission tomography for the monitoring of response to therapy in breast cancer. *The oncologist*, *20*(2), 94–104. https://doi.org/10.1634/theoncologist.2014-0342

4.Groheux, D., Majdoub, M., Sanna, A., de Cremoux, P., Hindié, E., Giacchetti, S., Martineau, A., de Roquancourt, A., Merlet, P., Visvikis, D., Resche-Rigon, M., Hatt, M., & Espié, M. (2015). Early Metabolic Response to Neoadjuvant Treatment: FDG PET/CT Criteria according to Breast Cancer Subtype. *Radiology*, *277*(2), 358–371. https://doi.org/10.1148/radiol.2015141638

S-1

İnvaziv Lobüler Meme Kanserinde Klasik ve Pleomorfik Varyantların Klinikopatolojik Karşılaştırılması

Evren Peker[1], Anas Mustafa[1], Sami Benli[1], Mustafa Berkeşoğlu[1]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Giriş / Amaç: İnvaziv lobüler karsinom (ILK), meme kanserlerinin heterojen bir alt grubunu oluşturmakta olup farklı histolojik varyantlar içermektedir. Bu varyantlar arasında yer alan pleomorfik tipin, klasik tipe göre daha agresif klinik seyir gösterebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada klasik ve pleomorfik ILK alt tiplerinin klinikopatolojik özelliklerinin karşılaştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmaya kliniğimizde takip edilen toplam 107 invaziv lobüler karsinom hastası dahil edildi. Hastaların 95'i klasik, 12'si pleomorfik alt tip olarak sınıflandırıldı. Olgular yaş, tümör boyutu, lenf nodu durumu, histolojik grade, östrojen reseptör (ER) ve HER2 durumu, cerrahi tedavi şekli ve nüks açısından değerlendirildi. Sürekli değişkenler Student t-testi, kategorik değişkenler ise ki-kare testi ile analiz edildi ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Klasik ve pleomorfik gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark saptanmadı; ortalama yaş klasik grupta 55.6 yıl, pleomorfik grupta 54.5 yıl olarak bulundu (p=0.77). Histolojik grade pleomorfik varyantta anlamlı olarak daha yüksek saptandı (p=0.004). Lenf nodu tutulumu pleomorfik grupta klasik gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla izlendi (p=0.0016). Hormon reseptör durumu değerlendirildiğinde, ER pozitifliğinin klasik tipte daha yüksek olduğu (p=0.0006), buna karşılık HER2 pozitifliğinin pleomorfik grupta anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü (p=0.0006). Cerrahi tedavi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı; mastektomi oranları klasik grupta %76.8, pleomorfik grupta %83.3 idi (p=1.0). Nüks oranları incelendiğinde klasik grupta %13.9 oranında nüks görülürken pleomorfik grupta nüks izlenmedi, ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0.50). Tümör boyutu verilerindeki eksiklik nedeniyle bu parametre için güvenilir istatistiksel karşılaştırma yapılamadı.

Tartışma / Sonuç: Pleomorfik invaziv lobüler karsinom, klasik tipe kıyasla daha yüksek histolojik grade, artmış lenf nodu tutulumu ve farklı reseptör profili ile daha agresif klinikopatolojik özellikler göstermektedir. Bu bulgular pleomorfik varyantın klasik ILK'den biyolojik olarak ayrıştığını ve klinik yönetimde ayrı bir alt grup olarak değerlendirilmesi gerektiğini desteklemektedir.

Anahtar Kelimeler: invaziv lobüler karsinom, pleomorfik varyant, meme kanseri, HER2, histolojik grade

Kaynakça

1. Rakha EA, Ellis IO. Lobular breast carcinoma and its variants. *Semin Diagn Pathol.* 2010;27(1):49-61.
2. McCart Reed AE, Kutasovic JR, Lakhani SR, Simpson PT. Invasive lobular carcinoma of the breast: morphology, biomarkers and 'omics. *Breast Cancer Res.* 2015;17:12.
3. Batra H, Mouabbi JA, Ding Q, Sahin AA, Raso MG. Lobular carcinoma of the breast: a comprehensive review with translational insights. *Cancers (Basel).* 2023;15:5491.
4. WHO Classification of Tumours Editorial Board. The 2019 World Health Organization classification of tumours of the breast. *Histopathology.* 2020;77(2):181-185.

S-10

Gezici Dalak Torsiyonu: Vaka Raporu

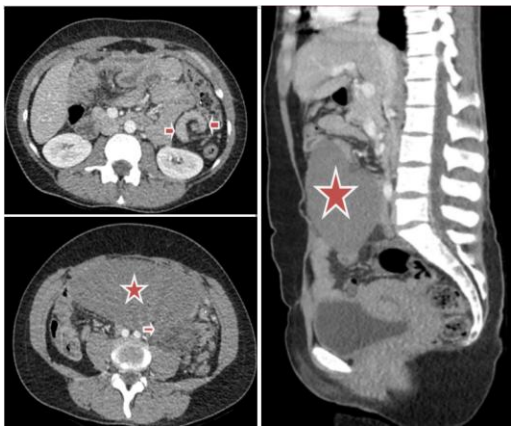
Mustafa Yılmaz[1]

[1]Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi/Cerrahi Onkoloji Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

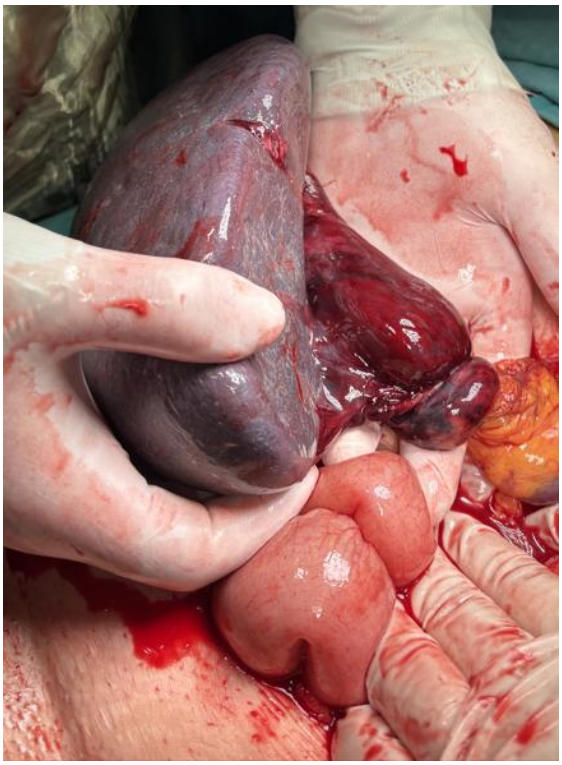
Giriş / Amaç: Gezici dalak, dalağı anatomik yerinde tutan bağların konjenital yokluğu veya gevşekliğine bağlı gelişen, oldukça nadir görülen bir klinik tablodur. Özellikle üreme çağındaki kadınlarda izlenir. En ciddi komplikasyonu vasküler pedikül torsiyonu olup splenik infarkt ve akut batına yol açabilir.

Olgu: Otuz iki yaşında, multipar kadın hasta; üç gündür devam eden karın ağrısı, bulantı, kusma, konstipasyon ve ateş yakınmaları ile acil servise başvurdu. Hastanın daha önce gezici dalak tanısı aldığı öğrenildi. Fizik muayenede sol üst kadranda dalak palpe edilemezken, pelviste ağrılı ve mobil kitle saptandı. Laboratuvar incelemelerinde belirgin lökositoz, yüksek C-reaktif protein düzeyi, anemi ve INR yüksekliği mevcuttu. Kontrastlı batın BT'de dalağın normal lokalizasyonunda olmadığı, splenik parankimde kontrastlanma azalması ve vasküler pedikülde "whirl sign" ile uyumlu torsiyon bulguları izlendi. Acil laparotomide dalağın pelvise uzandığı, 720 derece saat yönünde torsiyone olduğu ve nekrotik görünümde olduğu saptandı. Splenik arter ve ven düzeyinde tromboz izlenmesi ve parankim canlılığının kaybolmuş olması nedeniyle splenektomi uygulandı. Postoperatif seyir sorunsuzdu; hasta üçüncü günde şifa ile taburcu edildi. Histopatolojik inceleme ileri derecede iskemik nekroz ile uyumlu bulundu.

Gezici dalak torsiyonu ve sekonder splenik enfarktüsün radyolojik görünümü



Nekrotik görünümlü, belirgin büyümüş dalağa eşlik eden vasküler pedikülün 720° saat yönünde torsiyonu ve splenik damar trombozu: intraoperatif görünüm



Total nekrotik dalakta splenik pedikül diseksiyonu, splenik arter ve venin ayrı ligasyonu ve kontrollü splenektomiye ait intraoperatif bulgular



Tartışma / Sonuç: Gezici dalak torsiyonu nadir görülmesine rağmen özellikle üreme çağındaki kadınlarda akut batın ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır. Erken radyolojik değerlendirme ve zamanında cerrahi müdahale, morbiditeyi azaltmada kritik öneme sahiptir

Anahtar Kelimeler: Gezici dalak, pelvik dalak, dalak enfarktüsü, splenektomi

Kaynakça

1. Kumarasamy S, Ponniah A, Thanikachalam K. Wandering spleen with torsion and splenomegaly: a rare presentation of Felty syndrome. ANZ J Surg. 2021;91(7- 8):E531-E532.

2. Nemcek AA Jr, Miller FH, Fitzgerald SW. Acute torsion of a wandering spleen: diagnosis by CT and duplex Doppler and color flow sonography. AJR Am J Roentgenol. 1991;157(2):307-309.
3. Çalik A, Gürbüz N, Erdoğan D, Başaran M. Wandering spleen with torsion in a pediatric patient: case report. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2001;7(4):272-274.

4. Masroor M, Sarwari MA. Torsion of the wandering spleen as an abdominal emergency: a case report. BMC Surg. 2021;21:289.
5. Koliakos E, Papazarkadas X, Sleiman MJ, Rotas I, Christodoulou M. Wandering spleen volvulus: a case report and literature review of this diagnostic challenge. Am J Case Rep. 2020;21:e925301.
6. Jude NN, Onochie NC. Torsion of a wandering spleen: a rare cause of acute abdomen. Saudi Med J. 2015;36(12):1490-1492.

S-3

Genel Cerrahide Büyük Dil Modellerinin (LLM) Kullanım Alanları ve Gelecek Perspektifi

Aylin Kökver[1], Faik Yaylak[1], Mehmet Fatih Ekici[1], Ayşe Tuğba Kurt[1], Özde Baştar[1], Nebi Acar[1]

[1]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş / Amaç: Büyük dil modelleri (LLM), klinik karar desteği, eğitim ve bilimsel üretimde hızla yer edinmektedir. Bu çalışmanın amacı, genel cerrahi alanında LLM kullanım alanlarını, mevcut uygulamaları ve gelecekteki potansiyel rollerini özetlemektir.

Gereç ve Yöntem: PubMed veri tabanında son 5 yılda yayımlanan LLM, yapay zeka ve genel cerrahi ilişkili çalışmalar incelenerek hızlı literatür derlemesi yapıldı. Derlemeler, sistematik incelemeler ve temsil gücü yüksek klinik çalışmalar değerlendirilerek tematik analiz gerçekleştirildi.

Bulgular: Genel cerrahide LLM kullanımının dört ana alanda yoğunlaştığı saptandı: 1. Klinik karar desteği LLM'ler hasta verilerini yorumlayarak tanı ve tedavi seçenekleri sunabilmektedir. Özellikle diferansiyel tanı ve risk değerlendirmesinde destekleyici rol oynadığı görülmektedir. 2. Cerrahi eğitim LLM'ler, asistan eğitiminde vaka tartışmaları, soru-cevap sistemleri ve sınav simülasyonları ile aktif olarak kullanılmaktadır. Klinik senaryo bazlı öğrenmeyi desteklemektedir. 3. Bilimsel yazım ve literatür analizi Makale yazımı, özetleme, veri yorumlama ve bibliyometrik analiz süreçlerinde LLM destekli sistemlerin yaygınlaştığı görülmektedir. 4. Klinik dokümantasyon Epikriz yazımı, hasta notları ve klinik raporların oluşturulmasında LLM'lerin zaman kazandırıcı rolü öne çıkmaktadır.Bununla birlikte, doğruluk, halüsinasyon riski ve etik kullanım sınırları önemli kısıtlılıklar olarak tanımlanmıştır.

Tartışma / Sonuç: LLM tabanlı sistemler, genel cerrahide klinik karar desteği, eğitim ve akademik üretim süreçlerinde önemli bir dönüşüm potansiyeline sahiptir. Ancak güvenilir kullanım için doğrulama mekanizmaları, etik çerçeve ve klinik entegrasyonun dikkatli şekilde planlanması gerekmektedir.

LLM



Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, büyük dil modeli, klinik karar desteği, tıp eğitimi

Kaynakça

Kung TH, Cheatham M, Medenilla A, et al.
Performance of ChatGPT on USMLE: Potential for AI-assisted medical education. *PLOS Digital Health*. 2023;2(2):e0000198.

Singhal K, Azizi S, Tu T, et al.
Large language models encode clinical knowledge. *Nature*. 2023;620:172–180.

Topol EJ.
High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*. 2019;25:44–56.

S-13

Sağ Hemikolektomi Sonrası Lenf Nodu Verimi İle Prognostik Patolojik Özellikler Arasındaki İlişki: Tek Merkez Retrospektif Analiz

TURAN UĞUR KARACA[1], RIZA DERYOL[1], OĞUZHAN TEKİN[1]

[1]İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş / Amaç: Kolon kanserinde en az 12 lenf nodunun değerlendirilmesi yeterli patolojik evreleme için önerilmektedir. Yüksek lenf nodu veriminin yalnızca cerrahi ve patolojik kaliteyi değil, aynı zamanda tümör biyolojisinin agresifliğini de yansıtabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada sağ hemikolektomi uygulanan kolon adenokarsinomlu hastalarda çıkarılan lenf nodu sayısı ile prognostik patolojik özellikler arasındaki ilişki araştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2021–Aralık 2025 arasında tek merkezde sağ hemikolektomi uygulanan 320 kolon adenokarsinomu hastası retrospektif olarak incelendi. Hastalar çıkarılan lenf nodu sayısına göre < 12 ve ≥12 olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar yaş, cinsiyet, tümör boyutu, patolojik T ve N evresi, lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon, tümör tomurcuklanması ve ekstramural tümör depoziti açısından karşılaştırıldı. Yüksek lenf nodu verimi ile ilişkili faktörleri belirlemek için univariable ve multivariable lojistik regresyon analizleri yapıldı.

Bulgular: Hastaların 50'sinde (%15.6) çıkarılan lenf nodu sayısı < 12, 270'inde (%84.4) ≥12 idi. Yüksek lenf nodu verimi olan grupta tümör boyutu daha büyüktü (5.6±2.2'ye karşı 4.8±1.9 cm, p=0.021). Ayrıca pT3-4 tümör oranı (%88.1'e karşı %60.0, p < 0.001), lenf nodu metastazı (%62.2'ye karşı %34.0, p=0.001), lenfovasküler invazyon (%71.1'e karşı %36.0, p < 0.001) ve perinöral invazyon (%46.7'ye karşı %22.0, p=0.002) daha yüksekti (Tablo 1). Tümör tomurcuklanması ve ekstramural tümör depoziti daha sık izlenmekle birlikte anlamlı değildi. Multivariable analizde lenfovasküler invazyon (OR 3.9, %95 GA 1.8–8.6, p=0.001), perinöral invazyon (OR 2.6, %95 GA 1.1–6.0, p=0.026) ve pN pozitifliği (OR 3.2, %95 GA 1.4–7.3, p=0.005) bağımsız ilişkili bulundu.

Tablo 1. Lenf nodu verimine göre hasta ve tümör özellikleri

Değişkenler	LN <12 (n=50)	LN ≥12 (n=270)	p
Yaş, yıl	61.5 ± 12.1	63.4 ± 11.4	0.34
Erkek cinsiyet, n (%)	25 (50.0)	145 (53.7)	0.65
Tümör boyutu, cm	4.8 ± 1.9	5.6 ± 2.2	0.021
pT3–4, n (%)	30 (60.0)	238 (88.1)	<0.001
pN pozitifliği, n (%)	17 (34.0)	168 (62.2)	0.001
Lenfovasküler invazyon (+), n (%)	18 (36.0)	192 (71.1)	<0.001
Perinöral invazyon (+), n (%)	11 (22.0)	126 (46.7)	0.002
Yüksek tümör tomurcuklanması, n (%)	2 (4.0)	30 (11.1)	0.12
Ekstramural tümör depoziti (+), n (%)	2 (4.0)	29 (10.7)	0.15

Tartışma / Sonuç: Sağ hemikolektomi sonrası yüksek lenf nodu verimi yalnızca yeterli cerrahi ve patolojik örneklemeyi değil, aynı zamanda daha ileri evreyle ve agresif tümör biyolojisiyle ilişkili patolojik özellikleri de yansıtabilir. Özellikle lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon ve lenf nodu metastazı yüksek lenf nodu verimi ile bağımsız ilişkilidir. Bu nedenle lenf nodu verimi, sağ kolon kanserinde prognostik değerlendirme ve risk sınıflamasında tamamlayıcı bir gösterge olarak dikkate alınabilir.[1,2]

Anahtar Kelimeler: kolon adenokarsinomu, lenf nodu verimi, lenfovasküler invazyon, perinöral invazyon, sağ hemikolektomi

Kaynakça

1. Argilés G, Tabernero J, Labianca R, Hochhauser D, Salazar R, Iveson T, et al. Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2020;31(10):1291-1305.
2. Simões P, Fernandes G, Costeira B, Machete M, Baptista C, Silva DN, et al. Lymph node yield in the pathological staging of resected nonmetastatic colon cancer: The more the better? *Surg Oncol.* 2022;43:101806.

S-6

Büyük Abdominal Cerrahi Sonrası Yeniden Ameliyat Gerektiren Abdominal Yara Komplikasyonları: Tek Merkez Olgu Serisi

AYŞE TUĞBA KURT[1], ALİ CİHAT YILDIRIM[1], AYLİN KÖKVER[1], ÖZDE BAŞTAR[1], MEHMET FATİH EKİCİ[1]

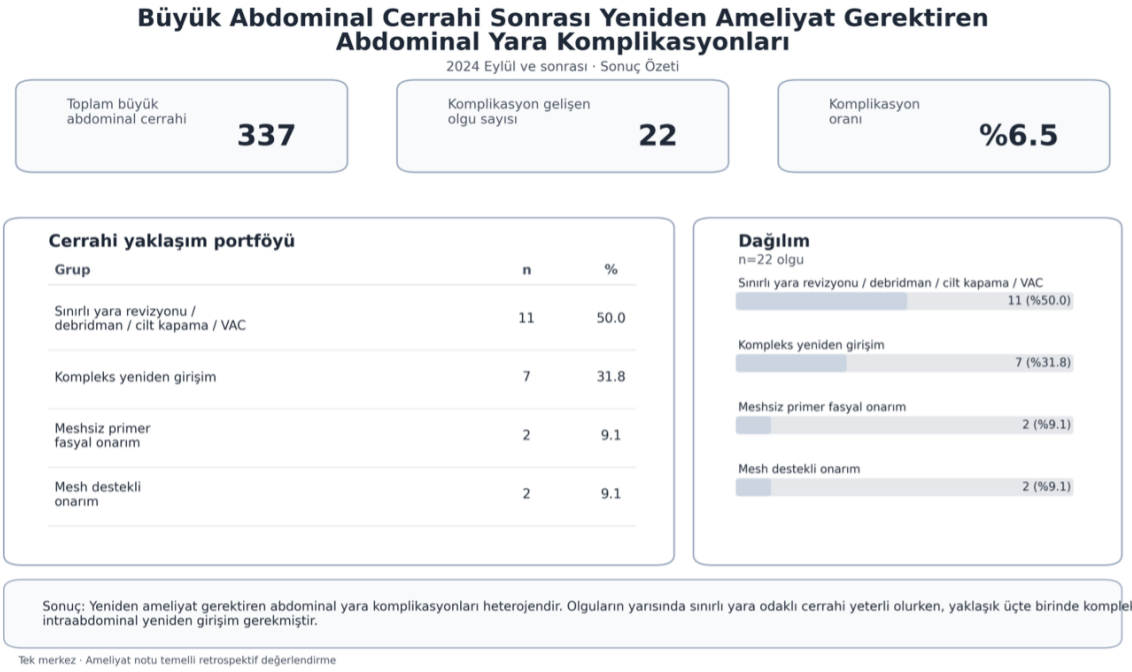
[1]KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Giriş / Amaç: Büyük abdominal cerrahi sonrası gelişen ve yeniden ameliyat gerektiren abdominal yara komplikasyonlarının spektrumunu, uygulanan cerrahi yaklaşımları ve toplam büyük abdominal cerrahi hacmi içindeki sıklığını değerlendirmek.

Olgu: Çalışma döneminde büyük abdominal cerrahi uygulanan 337 hasta içinde yeniden ameliyat gerektiren abdominal yara komplikasyonu saptanan 22 olgu belirlendi; bu oran yaklaşık %6.5 idi. Olguların ameliyat notularında en sık zemin hazırlayan tablolar; fasya ayrışması/evisserasyon, yara yeri dehissansı, enfekte veya nekrotik doku varlığı ve bazı hastalarda eşlik eden intraabdominal patolojilerdi. Cerrahi yaklaşım açısından olgular dört portföyde toplandı:•Sınırlı yara revizyonu / debridman / cilt kapama / VAC yaklaşımı: 11 olgu (%50.0)•Meshsiz primer fasyal onarım: 2 olgu (%9.1)•Mesh destekli onarım: 2 olgu (%9.1)•Kompleks yeniden girişim (laparotomi, bridektomi, abse drenajı, bağırsak onarımı, ostomi açılması veya revizyonu gibi ek işlemler): 7 olgu (%31.8)

Tartışma / Sonuç: Büyük abdominal cerrahi sonrası yeniden ameliyat gerektiren abdominal yara komplikasyonları, tek tip bir klinik tablo oluşturmaktan çok heterojen bir hasta grubunu temsil etmektedir. Bu seride olguların yarısında sınırlı yara odaklı cerrahi yeterli olurken, yaklaşık üçte birinde kompleks intraabdominal yeniden girişim gerekmiştir. Cerrahi stratejinin temel belirleyicileri; fasya kalitesi, kontaminasyon/enfeksiyon varlığı ve eşlik eden intraabdominal patolojiler gibi görünmektedir. Bu nedenle postoperatif abdominal yara komplikasyonlarının yönetiminde standart tek bir yaklaşım yerine olgu bazlı karar verme önem taşımaktadır.

Büyük Abdominal Cerrahi Sonrası Yeniden Ameliyat Gerektiren Abdominal Yara Komplikasyonları



Anahtar Kelimeler:

Kaynakça

Andronic F, Sequeira Campos MB, Sandhu R. Fascial Dehiscence. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan–. Updated 2026 Jan 23. Available from: NCBI Bookshelf.

S-8

Obstrüktif Gastrointestinal Bezoar Olgularının Klinik Özellikleri ve Cerrahi Yönetimi: Tek Merkezli Retrospektif Olgu Serisi

GÜVENÇ DİNER[1], GÜVEN ERDOĞRUL[1]

[1]MERSİN ŞEHİR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ,GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

Giriş / Amaç: Amaç:Bu çalışmada, üçüncü basamak bir merkezde ileus kliniği ile başvuran ve gastrointestinal bezoar tanısı alan hastaların demografik özellikleri, anatomik dağılımı, klinik bulguları ve cerrahi tedavi sonuçlarının kapsamlı olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Yöntem:Ocak 2018 ile Aralık 2025 tarihleri arasında Mersin Şehir Hastanesi'nde gastrointestinal bezoar nedeniyle tedavi edilen 12 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, bezoarın yerleşim yeri, klinik bulgular, uygulanan cerrahi yöntemler ve postoperatif sonuçları değerlendirildi. Olguların ortalama yaşı 52,9 yıl idi. Bezoarların gastrointestinal sistem içindeki lokalizasyonları kaydedildi ve yerleşim yerine göre uygulanan cerrahi yaklaşımlar analiz edildi.

Bulgular: Bulgular:Bezoarlar en sık ileumda (n=6, %50) saptanırken, bunu jejunum (n=3, %25), kolon (n=2, %16,7) ve mide (n=1, %8,3) izledi.Tüm olgularda obstrüksiyona neden olan bezoarların fito bezoar karakterinde olduğu saptandı.Kolon yerleşimli bezoar saptanan hastalar kalın bağırsak obstrüksiyonu bulguları ile başvurdu. Kolonik bezoarlar sigmoid kolon ve rektosigmoid bölgede lokalizeydi. Kolon bezoarı bulunan her iki olguya da Hartmann prosedürü ile uç kolostomi uygulandı. İnce bağırsak yerleşimli (jejunal ve ileal) bezoarlarda enterotomi ile bezoarın tamamen çıkarılması sağlandı. Mide yerleşimli bezoar bulunan hastada ise gastrotomi başarıyla uygulandı. Tüm hastalar obstrüktif semptomlar nedeniyle cerrahi olarak tedavi edildi ve konservatif tedaviye ihtiyaç duyulmadı. Postoperatif süreç tüm olgularda sorunsuz seyretti ve hastalar majör komplikasyon veya mortalite olmaksızın iyi klinik durumda taburcu edildi.

Tablo 1

Toplam hasta sayısı (n)	12	
Ortalama yaş (yıl)	52,9	
Bezoar tipi	Tüm olgular fitobezoar	
Lokalizasyon	n	%
İleum	6	50
Jejunum	3	25
Kolon	2	16,7
Mide	1	8,3

Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri ile Bezoar Lokalizasyonu ve Cerrahi Yönetimi

Tartışma / Sonuç: Sonuç:Bu olgu serisinde gastrointestinal bezoarlar en sık ince bağırsakta, özellikle ileumda yerleşmiş olup çoğunlukla intestinal obstrüksiyon ile prezente olmuştur. Cerrahi tedavi yaklaşımı bezoarın anatomik lokalizasyonuna göre belirlenmiş; ince bağırsak olgularının çoğunda enterotomi yeterli olurken, kolon yerleşimli olgularda Hartmann prosedürü gibi daha geniş cerrahi girişimler gerekmiştir. Erken tanı ve uygun cerrahi müdahale ile tüm hastalarda başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu bulgular, bağırsak obstrüksiyonunun ayırıcı tanısında bezoarların da göz önünde bulundurulması gerektiğini ve lokalizasyona göre planlanan cerrahi yaklaşımın etkinliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gastrointestinal bezoar, İntestinal obstrüksiyon, Cerrahi tedavi

Kaynakça

- **1.Sarı, M. K., & Güler, R. (2024). Gastrointestinal bezoarların klinik özellikleri ve tedavi yöntemleri: Sistematik bir inceleme.** *Türk Cerrahi Dergisi, 35*(2), 45-53.
    - Bu makale, gastrointestinal bezoarların klinik özelliklerini ve tedavi yöntemlerini ele almakta olup, son yıllarda yapılan çalışmaların özetini sunmaktadır.
- **2.Cengiz, S., & Yılmaz, A. (2023). Gastrointestinal obstrüksiyon nedeniyle cerrahi tedavi gereksinimi gösteren bezoar hastalarında cerrahi sonuçlar.** *Cerrahi Bilimler Dergisi, 22*(1), 12-18.
    - Bezoar nedeniyle obstrüksiyon gelişen hastalarda yapılan cerrahi müdahalelerin sonuçlarına dair güncel bir inceleme.
- **3.Kaya, M., & Taş, A. (2022). İleus ve gastrointestinal bezoar: Klinik tanı ve tedaviye dair bir retrospektif çalışma.** *Gastroenteroloji Dergisi, 29*(4), 220-226.
    - Bu çalışma, ileus nedeniyle başvuran ve bezoar tanısı alan hastaların tedavi süreçlerini kapsamlı bir şekilde incelemektedir.
- **4.Yüksel, H. & Demir, C. (2023). Bezoar hastalarında cerrahi tedavi yaklaşımı ve postoperatif izlem.** *Türk Genel Cerrahi Dergisi, 21*(3), 55-60.
    - Gastrointestinal bezoarların cerrahi yönetimi üzerine yapılan güncel bir araştırma, cerrahi tedavi yöntemlerini ve postoperatif izlem sonuçlarını değerlendirmektedir.
- **5.Özdemir, S., & Kara, N. (2021). Kolon yerleşimli bezoarların cerrahi yönetimi: 15 yıllık bir deneyim.** *Gastrointestinal Cerrahi Dergisi, 37*(1), 98-104.