



1. ULUSAL (İLKBAHAR) MİDE KANSERİ Sempozyumu

Onursal Başkanlar
Salim Demirci
Enver İlhan

Sempozyum Başkanı
Hüseyin Çiyiltepe

Düzenleme Kurulu
Hüseyin Çiyiltepe
Arif Aslaner
Tebessüm Çakır
Rıdvan Yavuz
Mehmet Akif Üstüner
Serdar Çulcu
Gökalp Okut

Sempozyum Sekreterleri
Orhan Aras
Kemal Eyvaz

18-19 NİSAN 2025

Crowne Plaza Otel

Antalya



**GENX
KONGRE**



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



BİLİMSEL PROGRAM

18.04.2025 Açılış

13:00 - 13:30 İstiklal Marşı ve Saygı Duruşu
Sempozyum Açılış Konuşması
UMKD Başkanı'nın mesajı

1. Oturum: Erken Evre Mide Kanseri

13:30 - 15:00 Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ahmet Serdar Karaca, Prof. Dr. Ayhan Hilmi Çekin

13:30 - 13:45 Mide kanserini nasıl daha erken evrede tanıyabilirim? Yapay zeka bize bu konuda yardımcı olabilir mi?
Doç. Dr. Serdar Akça

13:50 - 14:05 Mide Kanseri 8. AJCC TNM evrelemesinin 7. evrelemeye göre üstünlüğü nedir?
9. TNM evelemesinden beklentimiz ne olmalıdır?
Doç. Dr. Derya Salim Uymaz

14:10 - 14:25 Erken evre mide kanserinde cerrahi dışı tedavi seçeneğim varmı? Nasıl yapıyorum?
Prof. Dr. Tahsin Dalgıç

14:30 - 14:45 Erken evre mide kanserinde standard cerrahi kavramı nedir? Sentinal LND yapabiliyormiyim?
Doç. Dr. Gökalp Okut

14:50 - 15:00 Tartışma

15:00 - 15:20 Kahve Arası

2. Oturum: Lokal ileri Mide Kanseri

15:20 - 17:10 Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ali Ekrem Ünal, Prof. Dr. Cem Kaan Parsak,
Prof. Dr. Fatih Mehmet Avşar

15:20 - 15:35 Proksimal ve distal mide tümörleri biyolojik olarak aynı mıdır?
Prof. Dr. Erman Aytaç

15:40 - 15:55 Lokal ileri mide kanserinin radyolojik evrelemesinde nelere dikkat ederim?
Dr. Ö. Üyesi Ayşe Keven



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



BİLİMSEL PROGRAM

- 16:00 - 16:15** PET-CT ne zaman çekmeliyim? Tanı anında? Yanıt değerlendirmede? Periton metastazı şüphesinde? FAPİ PET bize ne sağlar?
Doç. Dr. Çiğdem Soydal
- 16:20 - 16:35** Neoadjuvan tedavide en iyi ajanı bulduk mu? Tedaviye daha ne ekleyebilirim?
Doç. Dr. Derya Kıvrak Salim
- 16:40 - 16:55** Diagnostik laparoskopinin neoadjuvan tedavi öncesi ve sonrasındaki yeri
Prof. Dr. Erdal Birol Bostancı
- 16:55 - 17:10** Tartışma
- 17:10 - 17:30** Kahve Arası

3. Oturum: Karşıt görüş - Distal mide yerleşimli indiferansiye tümör var;

- 17:30 - 18:20** **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Yavuz Albayrak, Prof. Dr. Lütfi Dogan
- 17:30 - 17:45** Standard subtotal gastrektomi yaparım çünkü
Doç. Dr. Serdar Çulcu
- 17:50 - 18:05** Standard total gastrektomi yaparım çünkü
Doç. Dr. Ali Duran
- 18:05 - 18:20** Tartışma

19.04.2025 Sözlü Bildiri Sunumları

- 07:30 - 08:30** **Oturum Başkanları:** Doç. Dr. Adil Koyuncu, Doç. Dr. Kemal Eyvaz
- SS-1** Özofagogastrik Bileşkede Sessiz Tehlike: Endoskopi Destekli GIST Rezeksiyonu
Ayşegül Bekdemir
- SS - 2** İleri Evre Mide ve Gastroözofageal Bileşke (GEJ) Kanseriinde İmmünoterapi ve Kemoterapi Kombinasyonlarının Birinci Basamak Tedavide Etkinliği: Network Meta-Analiz Çalışması
Mehmet Mutlu Çatlı
- SS-3** Beklenmedik Misafir: Ivor-Lewis Prosedürü Sonrası Yutulan Diş İmplantı
Mehmet Alperen Uğur
- SS-4** Mide Kanseriinde Nadir Görülen Patolojik Tip; Poor Koheziv Adenokarsinom
Selim Özçelik
- SS-5** Lokal İleri Mide Kanseriinde Pankreatikoduodenektomi
Tuğçe Kocaalioğulları
- SS-6** Sleeve Gastrektomi Sonrası Gastrik Konduit Rekonstrüksiyonunun Zorlukları ve Uygulanabilirliği: Özofagus Kanseriinde Cerrahi Yaklaşımların Bir Olgu Sunumu ve Derlemesi
Mehmet Alperen Uğur



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



BİLİMSEL PROGRAM

4. Oturum: Özefagogastrik Bileşke Tümörleri

08:30 - 10:20	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Mustafa Duman, Prof. Dr. Mehmet Yıldırım, Doç. Dr. Ali Alemdar
08:30 - 08:45	Bileşke tümörlerini nasıl sınıflandırırım? Sınıflandırmada nelere dikkat ederim? <i>Doç. Dr. Yiğit Düzköylü</i>
08:50 - 09:05	Bu tümörlerde perioperatif tedavide radyoterapinin yeri kaldı mı? Postoperatif hangi durumlarda veririm? <i>Uzm. Dr. Burak Tilki</i>
09:10 - 09:25	Siewert tip 2 adenokarsinomda, total gastrektomi yaparım çünkü <i>Doç. Dr. Kadri Çolakoğlu</i>
09:30 - 09:45	Siewert tip 2 adenokarsinomda, İvor lewis yaparım çünkü <i>Doç. Dr. Nidal İflazoğlu</i>
09:50 - 10:05	Siewert tip 2 adenokarsinomda, Proksimal gastrektomi yaparım çünkü <i>Doç. Dr. Ulaş Aday</i>
10:00 - 10:20	Tartışma
10:20 - 10:40	Kahve Arası

5. Oturum: Rekonstrüksiyon ve Kaçak

10:40 - 12:00	Oturum Başkanları: Prof. Dr. Enver İlhan, Prof. Dr. Metin Ercan
10:40 - 10:55	Minimal invaziv total gastrektomi EJ anastomoz tiplerinden hangisi daha iyi? <i>Doç. Dr. Akın Fırat Kocaay</i>
10:55 - 11:10	RNY anastomoz mu? Loop Gastroenterostomi mi? Kaçınıcı cm den yapalım? <i>Doç. Dr. Tebessüm Çakır</i>
11:10 - 11:25	Omentektomi tüm evrelerde standart olmalı mıdır? <i>Doç. Dr. Abdullah Şenlikçi</i>
11:25 - 11:40	Anastomoz kaçaklarını nasıl yönetim <i>Dr. Öğr. Üyesi Ufuk Karabacak</i>
11:40 - 12:00	Tartışma



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



BİLİMSEL PROGRAM

Konferans

12:00 - 12:40 **Moderatörler:** Prof. Dr. Mehmet Mihmanlı, Prof. Dr. Salim Demirci

12:00 - 12:20 Cerrah gözüyle dünden bu güne mide kanseri tedavisinde neler değışti?
Prof. Dr. Cüneyt Kayaalp

12:20 - 12:40 Tıbbi Onkolog gözüyle dünden bu güne mide kanseri tedavisinde neler değışti?
Prof. Dr. Murat Koçer

12:40 - 13:30 Öğle yemeđi

6. Oturum: Zor vakalar paneli (Tümör konseyi)

13:30 - 15:00 **Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Mehmet Ali Gülçelik, Doç. Dr. Hüseyin Çiyiltepe

Cerrahi	<i>Prof. Dr. Osman Yüksel</i>	Radyoloji	<i>Dr. Öğ. Üyesi Ahmet Alpaslan</i>
Cerrahi	<i>Prof. Dr. Alper Sözütek</i>	Radyasyon Onkolojisi	<i>Dr. Neslihan Atabek</i>
Cerrahi	<i>Doç. Dr. Mehmet Can Aydın</i>	Nükleer Tıp	<i>Dr. Şule Özüğur</i>
Tıbbi Onkoloji	<i>Prof. Dr. Banu Öztürk</i>	Patoloji	<i>Prof. Dr. Armağan Günel</i>
Tıbbi Onkoloji	<i>Doç. Dr. Halil Taşkıynatan</i>	Gastroenteroloji	<i>Prof. Dr. Serkan Öcal</i>

13:30 - 14:00 Olgu 1 Tanı anında sınırlı peritoneal metastatik ve perioperatif tedavide stabil kalan genç hasta
Op. Dr. Onur Dinçer

14:00 - 14:30 Olgu 2 Herşey çok iyiiken intraoperatif sürpriz, karaciğerde tek küçük bir metastaz
Op. Dr. Ömer Kürklü

14:30 - 15:00 Olgu 3 Yüksek Anestezi Riskli Hastada Neoadjuvan tedavi sonrası tümör kayboldu? Ne yapsam? Takip edebilir miyim?
Op. Dr. Hilmi Erencan Polat

15:00 - 15:20 Kahve Arası



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



BİLİMSEL PROGRAM

7. Oturum: Neoadjuvan tedavi sonrası, Nasıl yapıyorum?

15:20 - 16:15 Oturum Başkanları: Prof. Dr. Arif Aslaner, Doç. Dr. Orhan Üreyen

15:20 - 15:35 Açık Gastrektomi ve D2 Lenf Nodu Diseksiyonu
Doç. Dr. Mehmet Akif Üstüner

15:35 - 15:50 Laparoskopik gastrektomi ve D2 Lenf Nodu Diseksiyonu
Doç. Dr. Orhan Aras

15:50 - 16:05 Robotik Gastrektomi ve D2 Lenf Nodu Diseksiyonu
Uzm. Dr. Rıdvan Yavuz

16:05 - 16:15 Tartışma

8. Oturum: Nutrisyon, ERAS ve Bilimsel Çalışma

16:15 - 17:15 Oturum Başkanları: Prof. Dr. İsmail Gömceli, Prof. Dr. Recep Çetin

16:15 - 16:30 Mide kanserinde preoperatif nutrisyonel değerlendirme ve perioperatif nutrisyonel destek
Doç. Dr. Serhan Derici

16:30 - 16:45 Postoperatif hastada iyileşmeyi hızlandırmak için nelere dikkat edebilirim?
Doç. Dr. Selçuk Gülmez

16:45 - 17:00 Mide kanserinde uzak doğudaki gibi çok merkezli araştırma planlamak imkansız mıdır?
Doç. Dr. Süleyman Demiryas

17:00 - 17:15 Tartışma

17:15 - 17:30 Akılcı ilaç kullanımı
Doç. Dr. Murat Karataş

17:30 - 17:45 Kapanış

SÖZLÜ BİLDİRİLER



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



18-19 NİSAN 2025
Crowne Plaza Otel
Antalya

SS-1 ÖZOFAGOGASTRİK BİLEŞKEDE SESSİZ TEHLİKE: ENDOSKOPİ DESTEKLİ GIST REZEKSİYONU

Ayşe Gül Bekdemir¹, Mehmet Akif Üstüner¹, Mehmet Can Aydın¹, Ali Eren Durmuş¹, Emre Musaoğlu¹, Hamdi Kaan Odabaşı¹, Tuğçe Kocaalioğulları¹
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Hastanesi

Giriş: Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), genellikle en yaygın olarak midede (%51), ortaya çıkar; ardından ince bağırsakta (%36), kolon (%7), rektum (%5) ve özofagus (%1) ortaya çıkar. GIST'lerin ana morfolojik tipi, iğsi hücreli (%70) tipten oluşur. %20 si epitel hücreli tip, %10 mikst tipten oluşur. GIST'lerde KIT yada CD34 pozitifliği ile tanı konur. Eğer tümör KIT, CD34 için negatifse, desmin ve S-100, DOG1 dahil olmak üzere ek testler KIT veya PDGFRA geninin boyanması veya mutasyon araştırması GIST'lerin teşhisi için yararlıdır.

Amaç: Bu bildirinin amacı, biyopsi ile tanı konulamayan ancak radyolojik ve klinik değerlendirme ile GIST olarak düşünülen, özofagogastrik bileşke yerleşimli mide tümörünün endoskopi destekli laparoskopik rezeksiyon sürecini sunmak ve multidisipliner yaklaşımın önemini vurgulamaktır.

Yöntem: 57 yaşında erkek hasta, şişkinlik ve erken doyma şikayetleri ile gastroenterolojik cerrahi polikliniğine başvurdu. Yapılan tomografi ve endoskopisinde 4x5 cm'lik kitlesi saptandı. Patolojisi anlamlı gelemeyen hastada radyolojik ve klinik değerlendirme sonrası GIST olarak değerlendirildi. Hastanın endoskopik incelemesinde kardiyadaki kitlenin özofagusa yakınlığı ve büyüklüğü nedeniyle laparoskopik lokal ekzizyon yapılma kararı verildi. Peroperatif endoskopik inceleme sonrası lokal ekzizyon yapıldı ve ekzizyon sonrası endoskopik olarak operasyon hattı değerlendirildi, sorunsuz operasyon sonlandırıldı. Patolojik incelemede cerrahi sınırlarda negatiflik sağlandığı doğrulandı. Hasta operasyon sonrasında tıbbi onkolojiye yönlendirildi.

Bulgular: Gastrointestinal stromal tümörler (GIST), gastrointestinal sistemin en sık görülen mezenchimal tümörleridir ve genellikle mide (%60-70) ve jejunum/ileum (%20-30) yerleşimlidir. Hastamızda olduğu gibi GIST'ler çoğunlukla non-spesifik bulgular olan şişkinlik, erken doyma, epigastrik rahatsızlık gibi semptomlarla ortaya çıkar ve gelişen boyutlarına bağlı olarak belirti verirler. GIST'lerin tanısı genellikle endoskopi ve radyolojik görüntüleme yöntemleri ile konur. Ancak bazı vakalarda biyopsi örneklerinin tanısal yeterliliği olmayabilir. Bu gibi durumlarda radyolojik görünüm, endoskopik değerlendirme ve klinik deneyim ile ön tanı konularak cerrahi planlama yapılması uygun kabul edilmektedir. Hastamızda da biyopsi sonucunun anlamlı olmaması nedeniyle tanı, klinik ve radyolojik verilere dayanarak konmuştur. Cerrahi rezeksiyon, lokalize GIST'lerde küratif tedavi yaklaşımıdır. Ameliyatta temel hedef, tümörün tam rezeksiyonu ve sağlam cerrahi sınırların elde edilmesidir. Lenf nodu diseksiyonu genellikle gerekli değildir, çünkü GIST'ler nadiren lenf nodu metastazı yapar. Bu vakada da laparoskopik lokal ekzizyon yapılmış ve operasyon sonrası endoskopik değerlendirme ile rezeksiyon hattı sorunsuz izlenmiştir. Peroperatif endoskopi, özellikle kardiya ve özofagogastrik bileşke gibi cerrahi olarak ulaşılması zor bölgelerde tümör lokalizasyonunun netleştirilmesi ve cerrahi sınırların intraoperatif doğrulanması açısından büyük avantaj sağlamaktadır. Bizim vakamızda da tümörün özofagusa yakın yerleşimi nedeniyle endoskopi destekli cerrahi tercih edilmiştir. Patolojik incelemede elde edilen sağlam cerrahi sınırlara rağmen, GIST'lerde risk sınıflaması (tümör boyutu, mitotik indeks, lokalizasyon) yapılmalı ve bu doğrultuda adjuvan tedavi ihtiyacı değerlendirilmelidir. Hastamızın operasyon sonrası onkolojiye yönlendirilmesi bu açıdan uygun bir yaklaşımdır.

Özofagogastrik Bileşkeye yakın tümör görüntüsü



laparoskopik ekzizyon sonrası endoskopik olarak anastomoz hattının kontrolü



Tartışma-Sonuç: Sonuç Özofagogastrik bileşkeye yakın yerleşimli GIST'lerde, endoskopi destekli laparoskopik rezeksiyon güvenli ve etkili bir tedavi seçeneğidir. Patolojik sınırların negatif olması, küratif cerrahinin başarısını göstermektedir. GIST'li hastalarda risk sınıflamasına göre adjuvan tedavi planlaması için multidisipliner yaklaşım önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Endoskopi destekli cerrahi, Gastrointestinal stromal tümör (GIST), Laparoskopik rezeksiyon, Multidisipliner yaklaşım, Özofagogastrik bileşke



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



SS-2 İLERİ EVRE MİDE VE GASTROÖZOFAGEAL BİLEŞKE (GEJ) KANSERİNDE İMMÜNOTERAPİ VE KEMOTERAPİ KOMBİNASYONLARININ BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİDE ETKİNLİĞİ: NETWORK META-ANALİZ ÇALIŞMASI

Mehmet Mutlu ÇATLI¹, Arif Hakan ÖNDER¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (ICI), ileri evre mide ve gastroözofageal bileşke (GEJ) kanserlerinin tedavisinde yeni bir çığır açmıştır. Ancak farklı ajanların etkinlik ve güvenlik profilleri ile alt grup sonuçları arasında belirgin heterojenite bulunmakta ve klinik kararlarda belirsizlik yaratmaktadır.

Amaç: Bu ağ meta-analiz çalışmasının temel amacı, ileri evre HER2-negatif mide ve gastroözofageal bileşke (GEJ) adenokarsinomlu hastalarda birinci basamak tedavi olarak kullanılan farklı immün kontrol noktası inhibitörü (İKİ) ve kemoterapi kombinasyonlarının karşılaştırmalı etkinliğini ve güvenlik profillerini kapsamlı bir şekilde değerlendirmektir.

Yöntem: HER2-negatif, metastatik mide/GEJ adenokarsinomlarında birinci basamak tedavide ICI + kemoterapi kombinasyonlarını değerlendiren 26 randomize kontrollü çalışma sistematik olarak incelendi. Toplam 15.342 hasta dahil edildi. Birincil sonlanımlar: genel sağkalım (OS) ve progresyonsuz sağkalım (PFS); ikincil sonlanımlar: $\geq$ derece 3 advers olaylar ve alt grup analizleridir (PD-L1 CPS, MSI durumu, PD-L1 negatif/MSS hastalar). Etkinlik karşılaştırmaları için sabit ve rastgele etkilerle network meta-analizi uygulandı.

Bulgular: İmmün kontrol noktası inhibitörleri (İKİ) ile kemoterapi kombinasyonları, tek başına kemoterapiye kıyasla hem genel sağkalım (OS) hem de progresyonsuz sağkalım (PFS) açısından istatistiksel olarak anlamlı üstünlük göstermiştir. OS için hazard oranı (HR) 0.78 (%95 GA: 0.73–0.84), PFS için ise HR 0.75 (%95 GA: 0.69–0.82) olarak hesaplanmıştır. Değerlendirilen ajanlar arasında toripalimab (OS HR: 0.67; PFS HR: 0.58) ve sintilimab (OS HR: 0.66; PFS HR: 0.62) en yüksek etkinlik profili sergilemiş, aynı zamanda ≥ 3 . derece advers olay oranları sırasıyla %49.2 ve %51.4 ile kabul edilebilir güvenlik sınırları içinde kalmıştır. Nivolumab, özellikle PD-L1 CPS ≥ 5 (OS HR: 0.71) ve MSI-H (OS HR: 0.52) alt gruplarında belirgin sağkalım avantajı sağlarken, pembrolizumab yalnızca KEYNOTE-859 çalışmasında anlamlı klinik fayda göstermiş ve en yüksek toksisite oranına (%60.2) sahip olmuştur.

Tartışma-Sonuç: Bu network meta-analiz çalışması, ileri evre mide/GEJ kanserlerinde immünoterapi ve kemoterapi kombinasyonlarının sağkalımı anlamlı ölçüde iyileştirdiğini ortaya koymaktadır. Toripalimab ve sintilimab, etkinlik ve tolere edilebilirlik açısından öne çıkan ajanlar olup, özellikle PD-L1 CPS ≥ 5 ve MSI-H hastalarda tedavi algoritmalarında öncelikli olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca, bu ajanların biyobelirteç-negatif hastalarda da etkili olabilme potansiyeli, klinik uygulamalarda önemli bir avantaj sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: ağ meta-analiz, gastroözofageal bileşke kanseri, immünoterapi, kemoterapi kombinasyonları, Mide kanseri



SS-3BEKLENMEDİK MİSAFİR: IVOR-LEWIS PROSEDÜRÜ SONRASI YUTULAN DİŞ İMLANTI

Mehmet Alperen Uğur¹, Gökalp Okut¹

¹Sağlık Bakanlığı İzmir Şehir Hastanesi

Giriş: Endotrakeal entübasyon sırasında ağız içi/dış travmaları sık görülen komplikasyonlardan biridir¹. Yapılan çalışmalarda entübasyon veya ekstübasyon gibi işlemler sırasında ağız içi/dış travması oranı %0.04 ila %12,08 arasında değiştiği gösterilmiştir². Kontrolsüz ve farkedilmeyen yabancı cisim haline gelen dış solunum yollarında trakeal, bronşial veya gastrointestinal traktusta obstrüksiyon veya yaralanmalara neden olabilir. Bu yazıda sunacağımız olgu ise, neoadjuvan kemoterapi ve radyoterapi (NAKTRT) sonrasında laparoskopik-torakoskopik Ivor-Lewis prosedürü uygulanan hastada postoperatif dönemde görüntülemelerde fark edilen yabancı cisim olgusu olacaktır.

Amaç: Vaka sunumu şeklinde sunulacaktır.

Yöntem: Neoadjuvan kemoterapi ve radyoterapi sonrasında distal özofagus tümörü olan 28 yaş erkek hastaya laparoskopik-torakoskopik Ivor-Lewis operasyonu yapılmıştır. Hastaya perioperatif tümörün lokalizasyonunun tespiti açısından endoskopi yapılmıştır. Operasyon sonrasında yoğun bakım ünitesine mekanik ventilatöre bağlı şekilde alınmıştır. Postoperatif birinci gün ekstübasyon planlanmıştır. Çekilen akciğer grafi görüntüsünde özofagogastrik anastomoz hattı yanında yabancı cisim olarak değerlendirilen bir görüntü saptanmıştır. (resim 1) Daha sonra aile bilgilendirmesi sırasında sorgulandığında hastanın operasyondan yaklaşık iki ay önce diş implantı yaptırdığı bilgisi alınmış ve hasta muayene edildiğinde yaptırdığı dişin yerinde olmadığı görülmüştür. Yabancı cismin trakeobronşial lokalizasyonda olma şüphesiyle hastaya göğüs cerrahisi tarafından bronkoskopi yapılmıştır. Bronkoskopide herhangi yabancı cisme rastlanmaması üzerine mediastende bulunması riski ile hastaya toraks bilgisayarlı tomografisi çekilmiş ve yabancı cismin gastrointestinal traktüste (mide) olduğu gözlenmiştir. (resim 2) Yapılan görüntülemelerde yabancı cismin künt kenarlı olduğu görülmüştür. Ekstübasyonun yapılması ve hastanın mevcut yoğun bakım halinin sonlandırılması amacıyla yabancı cisim acil olarak çıkarılması için herhangi bir girişim yapılmaması kararı alınmıştır. Postoperatif beşinci günde hem anastomoz kontrolü için hem de yabancı cisim çıkarılması için hastaya endoskopi yapılmıştır. Mide içerisinde bulunan yabancı cisim (diş implantı) endoskopik yabancı cisim forseps (fileli snare) ile çıkarılmıştır.

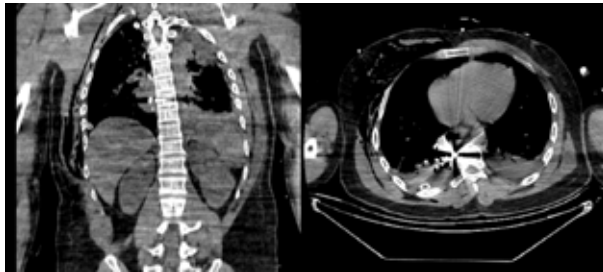
Bulgular: Vaka sunumu şeklinde sunulacaktır.

Akciğer Grafisi



Postoperatif Akciğer Grafi Görüntüsü

Toraks Tomografisi



Postoperatif Tomografi Görüntüsü

Tartışma-Sonuç: Ağız içi girişimler sırasında diş kırılması veya implantların çıkması gibi komplikasyonlar her zaman işlemi yapan hekimin ön görmesi gereken durumlardır. Olguda endotrakeal entübasyon, perioperatif nazogastrik sonda takılması ve yapılan endoskopi ağız içi travma olasılığını artırmaktadır. Yabancı cismin mediastinit, anastomoz kaçağı, pnömoni, bronkospazm, atelektazi gibi komplikasyonlara yol açabileceği göz önünde bulundurulmalı, bu yüzden hastalar postoperatif ayrıntılı muayene edilmelidir. Postoperatif dönemde tespit edilen yabancı cisimler, bulunduğu organ ve lokalizasyona göre ivedilikle ya da hastanın genel durumu değerlendirilerek öncelik planlaması sonrasında çıkarılmalıdır. Olguda gastrointestinal traktus içerisindeki ve künt kenarlı olduğu görülen yabancı cisim acil olarak çıkarılmamıştır. Hastanın öncelikle postoperatif ekstübasyonu ve derlenme dönemi öncelik olarak görülmüştür. Ayrıca preoperatif yapılan muayene ve anamnezlerde diş tedavisi öyküsü ve tedavi türünün sorgulanması, bu bilgilerin hastaya müdahale edecek tüm ekip çalışanlarına bildirilmesinin önemliliği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Laparoskopik Ivor-Lewis , Torakoskopik Ivor-Lewis , Yabancı Cisim Yutulması



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



SS-4MİDE KANSERİNDE NADİR GÖRÜLEN PATOLOJİK TİP; POOR KOHEZİV ADENOKARSİNOM

Selim Özçelik¹, Mehmet Can Aydın¹, Mehmet Akif Üstüner¹, Eray Can Akıncı¹, Tuğçe Kocaalioğulları¹

¹Sağlık Bilimle Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Hastanesi

Giriş: Azalan insidansına rağmen mide kanseri dünyada görülme sıklığı olarak 5. sıradadır ve kanser ölümlerinin en sık 3. nedenidir. Patolojik sınıflandırmada farklı sınıflandırmalar olsada en çok kabul gören sınıflama WHO-2010 sınıflamasıdır. WHO – 2010 sınıflandırmasına göre koheziv adenokarsinom diffüz tip adenokarsinomların alt tipi olan taşlı yüzük hücreli karsinomların bir alt tipi olarak sınıflandırılmıştır.

Amaç: Bizde bu yazıda nadir görülen bir patolojik tip olan poor kohesiv adenokarsinom vakamızı sunmak istedik.

Yöntem: Erken dönemde endoskopik biyopsi ile poor koheziv karsinom tanısı alan vakamızı sunuyoruz.

Bulgular: 62 yaş kadın hasta. Dispeptik yakınmaları nedeniyle yapılan endoskopisinde mide korpus-antrum bileşkesinde 1 cm'lik alanda ortası ülser polipoid alan izlendi. Alınan punch biyopsi sonucu koheziv adenokarsinom gelmesi üzerine hasta ileri tetkik edildi. Hasta onkoloji konseyinde görüşüldü ve operasyon kararı verildi. Hastaya subtotal gastrektomi, D2 lenfadenektomi ve Roux-en-Y anastomoz yapıldı. Postop 7. Günde hasta şifa ile taburcu edildi.

WHO - 2010 patolojik sınıflama

Consensus on the pathological definition and classification of poorly cohesive gastric...

7

Table 2 Comparison of different classifications of gastric cancer (Laurén, Nakamura, WHO and Japanese classifications)

Laurén (1965)	Nakamura (1968)	WHO (2010)	Japanese classification (2017)
Intestinal	Differentiated	Common type: Papillary Tubular	Common type: Papillary: pap Tubular 1 (well-differentiated): tub1 Tubular 2 (moderately differentiated): tub2
Intestinal/diffuse	Differentiated/ undifferentiated	Common type: Mucinous	Common type: Mucinous
Diffuse	Undifferentiated	Common type: Poorly cohesive, SRC phenotype Poorly cohesive, other cell types	Common type: SRC carcinoma: sig Poorly 2 (non-solid type): por2
Mixed	Undifferentiated	Common type: Mixed	Description according to the proportion (e.g. por2 > sig > tub2)
Indeterminate	Undifferentiated	Common type: Poorly differentiated tubular (solid) carcinoma Special type: Undifferentiated carcinoma	Common type: Poorly 1 (solid type): por1 Special type: Undifferentiated carcinoma

Tartışma-Sonuç: Batıda intestinal tip tümörlerin insidansı azalırken diffüz tip ve taşlı yüzük hücreli tümörlerin yani aynı zamanda koheziv adenokarsinomların insidansı artmaktadır. Adenokarsinomlar mide kanserinin en sık görülen tipidir(%90) ve intestinal - diffüz tip olarak ikiye ayrılır. Koheziv adenokarsinomun görülme sıklığı, tüm mide kanseri vakalarının yaklaşık %10-20'sini oluşturur. Buna rağmen koheziv tip adenokarsinomlar hala nadir görülen bir mide kanseri tipidir.

Anahtar Kelimeler: diffüz tip, mide kanseri, Poor koheziv adenokarsinom



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



NİSAN 2025
18-19
Crowne Plaza Otel
Antalya



SS-5LOKAL İLERİ MİDE KANSERİNDE PANKREATİKODUODENEKTOMİ

Tuğçe Kocaalioğulları¹, Mehmet Can Aydın¹, Mehmet Akif Üstüner¹, Ayşegül Bekdemir¹, Selim Özçelik¹, Eray Can Akıncı¹

¹Sağık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Bursa Şehir Hastanesi

Giriş: Mide kanseri, hastalık yükünün ve mortalitenin yüksek olduğu, dünyada sık görülen malignitelerden biridir. Lokal olarak ilerlemiş mide kanseri vakalarında R0 rezeksiyon elde etmek için etkilenen organların kombine rezeksiyonları savunulmaktadır.

Amaç: Pankreas başı ve duodenuma invazyonu olan lokal ileri mide kanserinde R0 rezeksiyon elde etmek için teorik olarak seçilmiş hastalarda pankreatikoduodenektomi (PD) gereklidir. Yüksek cerrahi risk ve kötü prognoz nedeniyle, mide kanseri için pankreatikoduodenektomi (PD) nadiren uygulanmaktadır. Ancak, cerrahideki ilerlemeler ve perioperatif yönetimdeki gelişmeler nedeniyle, sağkalımı iyileştirmek için özellikle lokal ileri mide kanserinde PD uygulanabilir.

Yöntem: Pankreas başına, transvers kolonun mezosuna arter ve venin geçtiği hattan invaze, mide antrum, pilor, duodenum ve bulbusu içine alan gross tam obstrüksiyona neden olan, mideyi dilate etmiş ileri evre mide kanserli bir hastada (60 yaşında erkek) başarılı radikal rezeksiyon olgusunu sunuyoruz.

Bulgular: Başlangıçta, endoskopik incelemesinde antrumda, pilor çevresinde çepeçevre malign görünümde lümeni daraltan gastrik çıkış obstrüksiyonuna neden olan kitle lezyonu izlendi. Biyopsiler alındı. Onkolojik PET CT de mide antropilrik bölgede yaklaşık 4.5 cm'lik segment boyunca hipermetabolik kitlesel görünüm kazanan duvar kalınlaşma sahası izlendi. Uzak metastaz izlenmedi. Hastanın artan semptomları nedeniyle gastroskopi tekrarı yapıldı ve antrumda lümeni tamamen daraltan tümöral lezyon görüldü. Balon dilatasyonu uygulanmasına rağmen endoskopiye duodenuma geçilemedi. Patolojik bulgular adenokarsinomu ortaya çıkardı. Laparoskopik evrelemede karaciğer metastazı olmadığını, yayılım olmadığını, negatif lavaj sitolojik bulgularını ve midenin distal kısmının hareketsizliği nedeniyle pankreasa invazyon olabileceğini doğruladı. Hastaya pankreatikoduodenektomi, subtotal gastrektomi, segmenter kolon rezeksiyonu ve anastomozu uygulandı.

Pankreatikoduodenektomi rezeksiyon sonrası



Tartışma-Sonuç: Sonuç olarak, lokal ileri evre mide kanseri olan hastaların tedavisi, özellikle pankreas invazyonu olan lokal ileri evre mide kanseri, multidisipliner yaklaşımı gerektirir. Mide adenokarsinomunun küratif amaçlı cerrahi tedavisi, bir veya daha fazla komşu organın rezeksiyonunu gerektirebilir.

Anahtar Kelimeler: Lokal ileri mide kanseri, Pankreatikoduodenektomi, R0 rezeksiyon



1. ULUSAL MİDE KANSERİ (İLKBAHAR) Sempozyumu



18-19 NİSAN 2025
Crowne Plaza Otel
Antalya



SS-6 SLEEVE GASTREKTOMİ SONRASI GASTRİK KONDUİT REKONSTRÜKSİYONUNUN ZORLUKLARI VE UYGULANABİLİRLİĞİ: ÖZOFAGUS KANSERİNDE CERRAHİ YAKLAŞIMLARIN BİR OLGU SUNUMU VE DERLEMESİ

Gökalp Okut¹, Mehmet Alperen Uğur¹, Kenan Can Ceylan²

¹T. C. Sağlık Bakanlığı İzmir Şehir Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş: Obezite, özofagus karsinomu da dahil olmak üzere artan kanser riski ile ilişkilidir. Bariatrik cerrahi, özellikle laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), obezite ve ilgili komorbiditeler için etkili bir tedavidir. Bununla birlikte, LSG gastrik anatomi ve vaskülarizasyonu değiştirerek özofago-gastrik rekonstrüksiyonu potansiyel olarak karmaşık hale getirebilir. LSG'nin gastroözofageal reflü, Barrett özofagusu ve özofagus karsinomu riskini artırdığı gösterilmiştir. LSG sonrası özofagus karsinomu vakaları mevcut olmasına rağmen, bu bağlamda laparoskopik-torakoskopik Ivor-Lewis özofajektomisi daha önce bildirilmemiştir.

Amaç: Obezite, özofagus karsinomu da dahil olmak üzere artan kanser riski ile ilişkilendirilmektedir. Bariatrik cerrahi, özellikle laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), obezite ve ilgili komorbiditelerin tedavisinde etkin bir yöntemdir. Ancak LSG, gastrik anatomi ve vaskülarizasyonu değiştirerek özofago-gastrik rekonstrüksiyonu potansiyel olarak karmaşık hale getirebilir. LSG'nin gastroözofageal reflü, Barrett özofagusu ve özofagus karsinomu insidansını artırdığına dair bulgular mevcuttur. LSG sonrası özofagus karsinomu vakaları bildirilmiş olsa da, bu bağlamda laparoskopik-torakoskopik Ivor-Lewis özofajektomisi daha önce literatürde yer almamıştır.

Yöntem: Vaka videosu sunulacaktır.

Bulgular: Vaka videosu sunulacaktır.

Abdomen Postoperatif Foto



Toraks Postoperatif Foto



Tartışma-Sonuç: Laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG), gastrik anatomiye önemli ölçüde değiştirerek özofagus kanseri cerrahisini potansiyel olarak karmaşık hale getirebilir. Sık kullanılan rekonstrüksiyon alternatifleri arasında kolon veya jejunum interpozisyonu yer almakla birlikte, LSG sonrası remnant midenin başarılı bir şekilde kullanımını tanımlayan sınırlı sayıda rapor bulunmaktadır [4, 5]. Önceki üç olguda LSG sonrası gastrik tüp kullanılmıştır. Bunlardan birinde biliopankreatik diversiyon ve duodenal switch sonrası minimal invaziv transhiatal özofajektomi uygulanmış, vaskülarizasyon makroskopik görünüm ve endoskopi ile değerlendirilmiştir [4]. İkinci olguda, indosiyanin yeşili floresanı ile perfüzyon değerlendirilerek yeni bir gastrik poş oluşturmak için artiküle lineer stapler kullanılmıştır [5]. Üçüncü olgu ise vasküler bütünlüğü doğrulamak için makroskopik incelemenin kullanıldığı hibrid Ivor-Lewis özofajektomisi ve mini-torakotomi içermektedir [6]. LSG, kısa gastrik arterler ve gastroepiploik damarları bölerek gastrik perfüzyonu tehlikeye atar ve midneyi sol ve sağ gastrik arterlere bağımlı hale getirir. Ancak, zamanla gelişen iskemik ön koşullandırma anastomoz kaçağı riskini azaltabilir [6]. İntraoperatif endoskopik ve laparoskopik değerlendirmeler, tüpün canlılığını değerlendirmek için kritik öneme sahiptir. Dikkatli bir preoperatif değerlendirme ve intraoperatif inceleme ile, daha önce laparoskopik sleeve gastrektomi (LSG) geçirmiş seçilmiş hastalarda remnant mide özofagus rekonstrüksiyonu için kullanılabilir. İskemik ön koşullandırma, anastomoz komplikasyon risklerinin azalmasına katkıda bulunabilir. Bu bulguların daha geniş kohortlarda doğrulanması için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ivor-Lewis özofajektomi, Laparoskopik Ivor-Lewis, Özofageal Karsinoma, Sleeve Gastrectomy, Torakoskopik Ivor-Lewis





18-19 NİSAN 2025

Crowne Plaza Otel

Antalya

[illegible]



1. ULUSAL (İLKBAHAR) MİDE KANSERİ Sempozyumu

GENX
KONGRE

GENX TURİZM LTD. ŞTİ.

İcadiye Cd No: 3 Kuzguncuk 34674 İstanbul

Tel: +90 216 310 11 00 Faks: +90 216 310 06 00

www.genx.com.tr