13. Ulusal Göğüs Cerrahisi Kongresi

ULUSLARARASI KATILIMLI

Türk Göğüs Cerrahisi Derneği
1998

LIBERTY LYKIA ÖLÜDENİZ
16-19 EKİM 2025

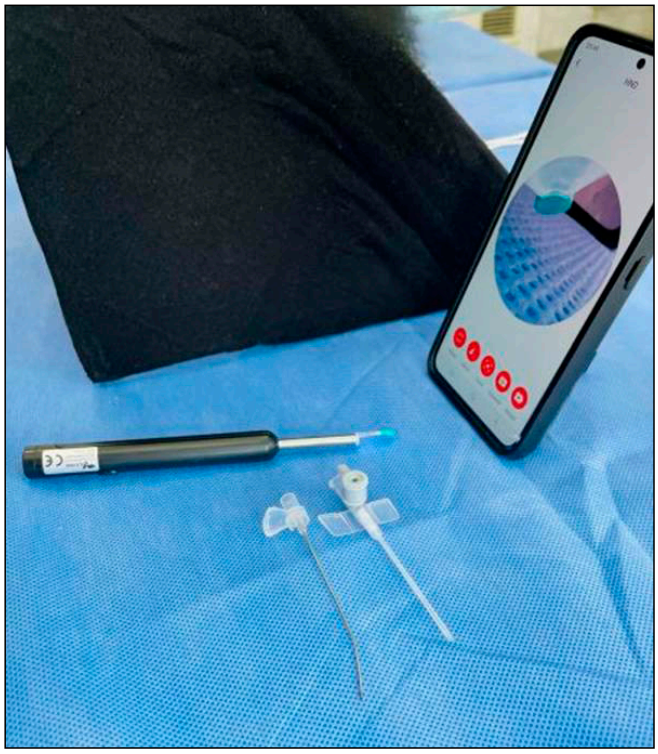
BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.goguscerrahisi2025.org

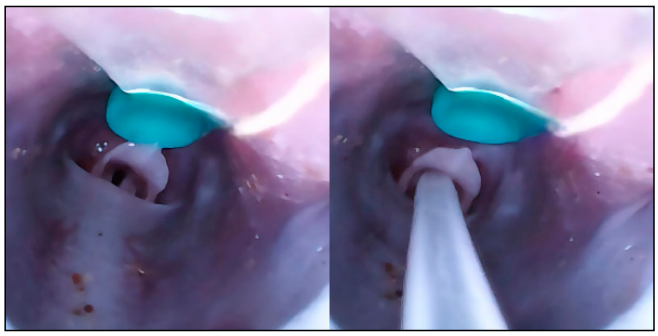
manlı olarak izlendi, entübasyonun doğruluğu ve güvenliği arttı. Kablosuz bağlantı ile yüksek çözünürlüklü görüntü elde edilerek hem eğitim hem de araştırma kayıtları sağlandı.

Sonuç: Kablosuz mini kamera sistemiyle ratlarda orotrakeal entübasyon güvenli, hızlı ve minimal invazivdir. İnhaler anestezi ile torasik girişimlerin uygulanabilirliğini artırır, trakeotomi ihtiyacını ortadan kaldırarak cerrahi süreci kısaltır. Ventilasyonu güvenli hale getirir, komplikasyon risklerini azaltır. Düşük maliyetli, kolay temin edilebilir malzemelerle uygulanabilir ve eğitim için görsel avantaj sağlar. Bu yöntem deneysel torasik cerrahide geleneksel entübasyona üstün, ekonomik ve öğretici bir seçenek olarak öne çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: orotrakeal entübasyon, video laringoskop, hayvan deneyleri



Resim 1. Entübasyon düzeneği (Kablosuz mini kamera, branül ve metal kılavuz)



Resim 2. Entübasyon esnasında vokal kordların ve endotrakeal tüpün görünümü

Akciğer / Plevra – Onkolojik

SB-070

Sunum Alanı: BİLDİRİ SALONU A
Sunum Başlangıç Tarihi: 2025-10-17 13:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2025-10-17 14:00:00

AKCİĞER KANSERİ TANISIYLA PNÖMONEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA MODİFİYE FRAJİLİTE İNDEKSİ-5 'İN PROGNOSTİK ÖNEMİ

Muhammet Sayan, Bengisu Artıran, Fevzi Oğuzhan Temirkaynak, Mahir Fattahov, Irmak Akarsu, Muhammet Tarık Aslan, Günel Ahmadova, Ayşegül Kurtoğlu, İsmail Cüneyt Kurul, Ali Çelik

Gazi Üniversitesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Santral yerleşimli akciğer malignitelerinde bazen parenkim koruyucu cerrahiler mümkün olmamakta ve pnömonektomi gerekebilmektedir. Pnömonektomi sonrası mortalite ve morbitide oranı yüksektir. Bu çalışmada son yıllarda çeşitli malignitelerde prognoz ve morbidite tahmininde kullanılan modifiye frajilite indeksi-5 (MFI-5)' in akciğer kanseri nedeniyle pnömonektomi yapılan hastalardaki efektifliği araştırılmıştır.

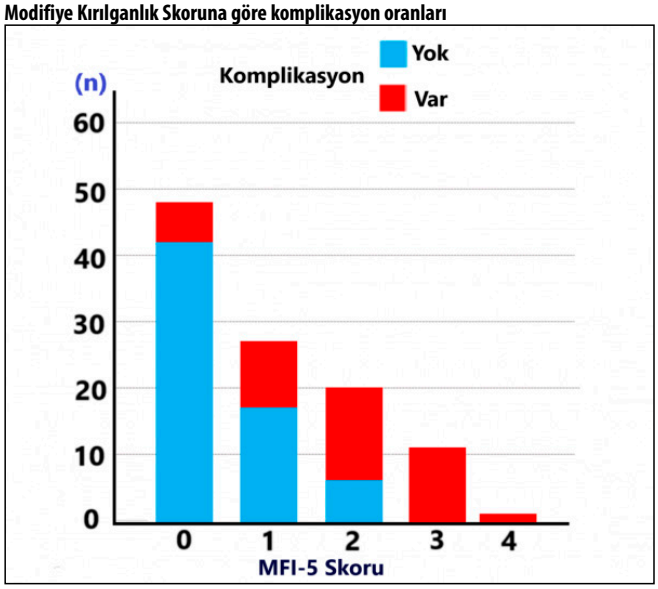
Yöntem: Ocak 2018-Aralık 2023 tarihleri arasında kliniğimizde akciğer kanseri tanısıyla opere edilen hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Preoperatif diyabet, hipertansiyon, kronik obstruktif akciğer hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve fonksiyonel status durumlarına göre MFI-5 skoru belirlendi. Univariate ve multivarite lojistik regresyon testi ile MFI-5 skorunun postoperatif 30 gün mortalite ve major komplikasyon varlığının tahminindeki etkisi araştırıldı. $p<0,05$ olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya kriterlere uygun 107 hasta dahil edildi. Hastaların 8 'i (7,5 %) kadın olup, ortalama yaş 61,4 ± 8,7 idi. MFI-5 skoru 48 hastada (44,9%) 0, 27 hastada (25,2%) 1, 20 hastada (%18,7) 2 idi. 4 hastada (3,7 %) postoperatif ilk 30 gün mortalite varken, totalde 42 hastada (39,3%) major komplikasyon mevcuttu. Çok değişkenli analizde 2 ve daha yüksek MFI-5 skoru ($p<0,008$, OR: 4,9) istatistiksel olarak anlamlı iken, yaş, cinsiyet, operasyon tarafı, <2 MFI-5 skoru, tümör çapı, operasyon türü ve lenf nodu metastaz durumu istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$).

Sonuç: Akciğer kanseri tanısıyla pnömonektomi yapılan hastalarda 2 ve üzeri MFI-5 skoru major postoperatif komplikasyonların tahmininde anlamlı bir belirteçtir.

Anahtar kelimeler: Akciğer Kanseri, modifiye frajilite indeksi-5 prognoz, pnömonektomi

Modifiye Kırılganlık Skoruna göre komplikasyon oranları



Bazı değişkenlere göre lojistik regresyon analizi sonuçları

Tablo. Bazı değişkenlere göre tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik Regresyon analiz sonuçları

	Univaryant	Multivaryant		
Değişkenler	p	p	Odds Oranı	Güven Aralığı (%95)
Yaş	0,04	0,08	1,05	0,8-1,2
Yön	0,07	0,1	2,3	0.8–6.4
Cinsiyet	0,9	-	-	-
Tümör Çapı	0,7	-	-	-
Neoadjuvan Tedavi	0,8	-	-	-
Cerrahi Tip	0,09	0,9	0,7	0.1–6.5
Tümör Evresi	0,3	-	-	-
MFI-5 Skoru <2	0,09	0,1	2,8	0.6–12.4
MFI-5 Skoru ≥ 2	<0,001	0,008	4,9	1.5–16.2

Akciğer / Plevra – Onkolojik

SB-071

Sunum Alanı: BİLDİRİ SALONU B
Sunum Başlangıç Tarihi: 2025-10-17 13:00:00
Sunum Bitiş Tarihi: 2025-10-17 14:00:00

EBUS-TBNA ESNASINDA HASTA BAŞI DEĞERLENDİRME(ROSE), ROSE YAPILMADAN EBUS-TBİA'DAN ÜSTÜNMÜ? ROSE GERÇEKTEN GEREKLİMİ?

Mehmet Yıldırım[1], Bülent Aydemir[1], Aybiyçe Elif Silpagar Güner[1], Nur Simge Kökleş[1], Eyüp Halit Yardımcı[2], Zuhal Kuş Silav[3], Makbule Çıkrıkçıoğlu[4], Hilal Yavuzel[5], Büşra Murutoğlu[1], Büşra Çağlayan[1], Kemal Rüzgar[1], Miray Ersöz[1], Tülin Satılmış[5]

[1]Sbü Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Suam, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[3]Sbü Kartal Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İstanbul
[4]Sbü Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İstanbul
[5]Sbü Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Suam, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

Amaç: Patolog eşliğinde(ROSE) yapılan EBUS-TBİA ile ROSE yapılmadan EBUS-TBİA yapılan olgular arasında bazı parametrelere bakılarak birbirleri arasında üstünlükleri olup olmadığı, varsa hangileri olduğunu özellikle işlem sırasında patoloğun olmasının tanısal değerinini artırıp artırmadığını araştırmak istedik.

Gereç-Yöntem: Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği'nde Nisan-2016 ile Mart 2020 yılları arasında yapılan EBUS-ROSE planlanan 195 olgu ile COVİD-19 pandemisinin vesile olması ile Mart-2020 ile Temmuz-2025 arasında patolog eşliğinde yapılmayan 195 EBUS olgu 2 ana gruba ayrılarak sonuçlar değerlendirildi. Olguların hepsi genel anestezi altında uygulandı. Olgular; yaş, cinsiyet, işlem süresi, toplam örneklenen biyopsi sayıları ve birbirleri arasında tanısal üstünlükleri olup olmadığına bakıldı.

Bulgular: Çalışmamızda 20-83 yaş aralığında; 139'u erkek, 151'i kadın toplam 390 olguya EBUS işlemi planlandı. 6 olguya lenf nodlarının çok küçük olması ve vasküler yapıların biyopsi yapmaya izin vermemesinden dolayı biyopsi yapılamadı. 1 hastada entübasyon güçlüğü nedeni ile işlem başarısız oldu. Patolog eşliğinde 190 olguya EBUS-TBİA yapıldı. Bu grupta ortalama süre 57.98 dakika, toplam TBİA sayısı ise 778(ortalama hasta başı: 4.03) iken patolog eşliğinde yapılmayan 193 EBUS-TBİA grubunda ise ortalama süre 44.52 dakika, toplam TBİA sayısı ise 838(ortalama hasta başı: 4.29) bulundu. ROSE grubunda işlem sonrası nihai patoloji raporları değerlendirildiğinde tanısal değer %86,31 olarak hesaplanmıştır. EBUS-ROSE yapılmayan II. Grupta ise tanısal değer %83.93 ile daha düşük bulunmuştur. Patolog eşliğinde yapılmayan TBİA patoloji sonuçlarında yapılan biyopsilerde yetersiz aspirat oranı patolog eşliğinde yapılan TBİA patoloji sonuçlarına oranla daha fazla bulundu(sırasıyla 31 e karşılık 26). Her iki grup birlikte 383 olgunun patolojik tanısal değeri %85.11 bulunmuştur.

Sonuç: İki grup karşılaştırıldığında; EBUS-ROSE grubunda diğer gruba göre daha az biyopsi avantajı sağladığı ancak daha fazla süre aldığı saptandı. İki grup arasında nihai tanısal değer karşılaştırıldığında, EBUS-ROSE grubunda diğer gruba nazarla biraz daha yüksek bulundu. Ancak EBUS-ROSE grubunda sonradan çıkan kesin patoloji raporunda tanı sağlanamayan olgu sayısının, EBUS-ROSE yapılmayan gruba kıyasla daha az bulunması EBUS-ROSE ile TBİA'nın pozitif üstünlüğünü gösterir (sırasıyla 26'ya karşılık 31). Bu çalışmadan çıkardığımız sonuç ise EBUS-ROSE ile TBİA'nın patolog eşliğinde yapılmayanTBİA'ya göre tanısal üstünlüğünün oransal fazla olmaması nedeni ile EBUS-ROSE'un mutlak şart olmadığı, ancak işlem esnasında daha az biyopsiye fırsat verdiği, güven verdiği ve konforlu olduğu kanaatindeyiz

Anahtar kelimeler: EBUS, akciğer, kanser, ROSE