

ACTA CHIRURGICA CROATICA

SLUŽBENI ČASOPIS HRVATSKOGA KIRURŠKOG DRUŠTVA HLZ-A
OFFICIAL JOURNAL OF THE CROATIAN SOCIETY OF SURGERY

11. HRVATSKI KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM
11th CROATIAN CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Program i knjiga sažetaka
Programme and Abstract Book

www.hdek.com.hr

Vol. 9

Suppl. 1

Zagreb 2012.

IMPRESSUM

Izdavač

Hrvatsko kirurško društvo Hrvatskoga liječničkog zbora
Klinika za kirurgiju, KBC Zagreb

Glavni i odgovorni urednik

Mate Majerović

Zamjenik glavnog urednika

Božidar Župančić

Tajnici

Goran Augustin, Petar Matošević

Urednici

N. Družijanić (Split), G. Kondža (Osijek), M. Margaritoni (Dubrovnik), A. Muljačić (Zagreb), L. Patrlj (Zagreb), V. Radonić (Split), Ž. Rašić (Zagreb), M. Stanec (Zagreb), Z. Stanec (Zagreb), Ž. Sutlić (Zagreb), B. Šebečić (Zagreb), M. Uravić (Rijeka), M. Zovak (Zagreb)

Urednički odbor

B. Anić (Zagreb), G. Bačić (Rijeka), I. Bačić (Zadar), I. Baća (Bremen), M. Bartol (Pakrac), H. Becker (Göttingen), Lj. Begić (Požega), M. Bekavac Bešlin (Zagreb), L. Bijelić (Washington), B. Biočina (Zagreb), T. Boić (Zabok), D. Boljkovac (Zagreb), R. Čulinović Čaić (Čakovec), S. Davila (Zagreb), M. Doko (Zagreb), B. Fila (Bjelovar), S. Gašparić (Koprivnica), N. Gusić (Pula), Z. Jukić (N. Gradiška), R. Karlo (Zadar), Ž. Kaštelan (Zagreb), J. Kiš (Vinkovci), D. Klapan (Našice), A. Koprek (Varaždin), J. Kovjanić (Sisak), M. Ledinsky (Zagreb), T. Luetić (Zagreb), I. Madžar (Sibenik), K. Makar (Zagreb), D. Manojlović (Vukovar), P. Miklić (Zagreb), H. J. Mischinger (Graz), Đ. Miškić (Sl. Brod), J. Muller (Berlin), Z. Perko (Split), D. Prgomet (Zagreb), F. M. Riegler (Beč), J. Samardžić (Sl. Brod), N. Senninger (Münster), Z. Slobodnjak (Zagreb), Z. Tutek (Karlovac), S. Višnjić (Zagreb), Č. Vukelić (Gospić)

Adresa uredništva

Acta Chirurgica Croatica
Klinika za kirurgiju
KBC Zagreb
Kišpatićeva 12
10 000 Zagreb
E-mail: petra.matjasec@kbc-zagreb.hr

Naklada:

300

Službeni časopis:

Hrvatskoga kirurškog društva
Hrvatskoga društva za dječju kirurgiju
Hrvatskoga društva za endoskopsku kirurgiju

Sadržaj / Contents

Dobrodošli / Welcome	7
Teme / Topics	12
Sažetci / Abstracts	13
Prijava za sudjelovanje, smještaj i plaćanje / Registration, Accommodation and Fees	14
Kotizacije / Fees	15
Sponzori / Sponsors	17
Satnica / Timetable	18
Program / Programme	19
Knjiga sažetaka / Abstract book	33
Posteri / Posters	97

Dobrodošli / Welcome

Cijenjene kolegice i kolege, uvaženi gosti i prijatelji,

osobita mi je čast i iskreno zadovoljstvo pozvati Vas u ime Organizacijskog odbora na 11. hrvatski kongres endoskopske kirurgije koji će se održati od 10. do 13. listopada 2012. u Slavonskom Brodu.

Donoseći nam nova saznanja, utemeljena na tradicijama kirurške struke i iskustvima koja stječemo u svakodnevnom radu, naši kongresi su osnova za unapređenje endoskopske kirurgije. Razmjena mišljenja i iskustava prilikom ovakvih susreta omogućuje nam uvođenje novih terapijskih postupaka i evaluaciju učinkovitosti kliničke prakse, te predstavlja i nužnost i izazov. Endoskopska kirurgija je interdisciplinarni i multidisciplinarni rad. Problemi koji se pri tome javljaju, razmišljanja naših suradnika te razmjena iskustava s kolegama komplementarnih struka, dodatni su razlozi za okupljanje na Kongresu.

Suvremene i nadasve zanimljive teme u stručnoznanstvenom programu koji predlažemo za Kongres, pružit će konstruktivne smjernice za svakodnevnu praksu. Iz ovih razloga očekujemo vaše sudjelovanje u radu Kongresa te ugodno druženje uz toplu dobrodošlicu lijepe Slavonije.

Prim. Josip Samardžić, dr. med.
Predsjednik Organizacijskog odbora 11. hrvatskog kongresa za endoskopsku kirurgiju

Dear Colleagues,

on behalf of the Congress Organizing Committee, it is my honour and privilege, as well as a true pleasure, to invite you to attend the 11th Croatian Congress of Endoscopic Surgery which will take place from October 10th to October 13th, 2012, in Slavonski Brod.

Bringing us new notions, which are based on surgical tradition and experiences gathered in everyday work, our congresses are a driving force in endoscopic surgery. Joint elaboration and exchange of information and experience, enable the implementation of new therapeutic procedures and evaluation of efficiency of clinical practice, which are a challenge and necessity. Endoscopic surgery presents an interdisciplinary and multidisciplinary work. The identification of problems and the reflections of colleagues of complementary professions, are an additional reason for coming to the Congress.

Novel and interesting issues in both expert and scientific programme that we recommend for our Congress will provide constructive guidelines for everyday clinical practice. Those are the reasons that drive us into believing that you would take part in the scientific and expert part of the Congress, and join the pleasant companionship in the warmly welcoming Slavonia.

*Prim. Josip Samardžić, MD
President of Organizing Committee of the 11th Croatian Congress of Endoscopic Surgery*

ORGANIZATOR / Organizer:

Hrvatsko društvo za endoskopsku kirurgiju HLZ
Hrvatski liječnički zbor
www.hdek.com.hr

Opća bolnica „dr.J.Benčević“ Slavonski Brod
Odjel za kirurške bolesti
A. Štampara 42
35000 Slavonski Brod
endokongres@bolnicasb.hr
www.bolnicasb.hr

Organizator “MACSIM exercise” - Hrvatsko društvo za urgentnu medicinu i kirurgiju
Šetalište braće Radić 2, Slavonski Brod

MJESTO ODRŽAVANJA / Congress Venue:

KAZALIŠNO KONCERTNA DVORANA “IVANA BRILIĆ MAŽURANIĆ” i
GRADSKA KNJIŽNICA SLAVONSKI BROD
Trg Stjepana Miletića 12, Slavonski Brod
kkd-ibm@kkd-ibm.hr

LOKALNI ORGANIZACIJSKI ODBOR / Local Organizing Committee:

PREDSJEDNIK / President: J. Samardžić
DOPREDSJEDNIK / Vice President: Milan Bitunjac
TAJNIK / Secretary: Boris Hrečkovski
BLAGAJNIK / Treasurer: D. Kraljik

ČLANOVI / Members:

Đ. Miškić, F. Latić, V. Pitlović, H. Mrković, M. Rupčić, A. Rupčić-Križanović, H. Palenkić, V. Bano, D. Križanović, A. Lukenda, D. Roško, D. Jurišić, J. Janković, D. Prpić, T. Bišćević, D. Smiljanić, M. Marcikić, J. Mihić

KONGRESNI ODBOR / Congress Committee:

PREDSJEDNIK / President: Z. Perko
DOPREDSJEDNICI / Vice Presidents: N. Družijanić, M. Zelić
ZAČASNI PREDSJEDNICI / Honorary Presidents: M. Bekavac - Bešlin, Z. Čala

ČLANOVI / Members:

V. Adam Neseck, D. Barišić, D. Diklić, E. Domini, Ž. Glavić, K. Grdović, T. Grgić, M. Gudelj, D. Korolija, I. Mađar, F. Marušić, A. Mijić, I. Soldo, R. Stare, I. Stipančić, R. Stipić, M. Škegro, D. Velnić, D. Vidović, S. Višnjic, I. Stojanović, M. Zelić, Đ. Vanjak (specijalizant)

ZAČASNI ČLANOVI / Honorary Members:

I. Baća, A. Depolo, D. Kovačić, K. Raguž, V. Jerković

ZNANSTVENI ODBOR / Scientific Committee:

V. Alfier, G. Augustin, Z. Bahtijarević, Lj. Begić, I. Bojanić, Z. Brekalo, B. Breznikar, Ž. Bušić, S. Dalibegović, B. Dukić, S. Feketić, B. Fludernik, F. Fundak, I. Fedel, M. Granov, M. Hašpl, M. Horžić, M. Huis, F. Husinec, S. Jadrijević, F. Jelenc, K. Jerčinović, T. Jurišić, Ž. Kaštelan, D. Klapan, I. Kocman, G. Kondža, M. Kopjar, A. Koprek, D. Kovač, J. Kristek, Ž. Lacković, Z. Magaš, M. Majerović, I. Marjanović, M. Martinac, Ž. Martinović, B. Nemec, Ž. Obradović, J. Pasini, F. Pašić, J. Paladino, L. Patrlj, B. Perić, T. Perić, J. Petrovčić, D. Pikot, A. Plesković, D. Prgomet, M. Prskalo, V. Rahelić, Ž. Rašić, I. Rotkvić, O. Rubin, M. Rubinić, V. Sojar, K. Stilinović, V. Supanc, Ž. Sutlić, M. M.Ledinsky, J. Filipović Čugura Šimunić, M. Šitum, I. Šoša, M. Švagelj, H. Tanović, I. Tripalo, D. Trnski, M. Uravić, V. Valjan, T. Vanjak, B. Vrbanc, B. Župančić

Teme / Topics

PREDAVANJA

1. PREDAVANJE PROF. BRANIMIR CVITANOVIĆ: ENDOSKOPSKA KIRUGIJA U HRVATSKOJ – izazovi za budućnost
2. TEHNOLOŠKO PREDAVANJE: INTEGRIRANE OPERACIJSKE DVORANE – KORAK NAPRIJED?
3. PRAVNA ODGOVORNOST KIRURGA / Responsibility of surgeons in front of law
4. EDUKACIJSKI PROJEKT HDEK-a / CAES Educational project

SJEDNICE I OKRUGLI STOLOVI

1. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U ABDOMINALNOJ KIRURGIJI / Endoscopic procedures in abdominal surgery
 - a. Operacije žučnjaka i žučnih putova
 - b. Endoskopsko liječenje kila trbušne stijenke
 - c. Endoskopska kirurgija jednjaka i želuca
 - d. Patološka pretilost
 - e. Laparoskopske operacije debelog crijeva
 - f. Endoskopska kirurgija u hitnim stanjima (apendicitis, divertikulitis, perforacija, trauma...)
 - g. N.O.T.E.S. i ENDOSKOPSKA KIRURGIJA KROZ JEDNU INCIZIJU / N.O.T.E.S. and single access endoscopic surgery
2. FAST TRACK SURGERY – pripravnici i načini korištenja
3. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U TORAKALNOJ KIRURGIJI / Endoscopic procedures in thoracic surgery
4. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U GINEKOLOGIJI / Endoscopic procedures in gynaecology
5. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U UROLOGIJI / Endoscopic procedures in urology
6. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U OTORINOLARINGOLOGIJI / Endoscopic procedures in otorhinolaryngology
7. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U DJEČJOJ KIRURGIJI / Endoscopic procedures in pediatric surgery
8. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U KARDIOVASKULARNOJ KIRURGIJI / Endoscopic procedures in cardiovascular surgery
9. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U ORTOPEDIJI I TRAUMATOLOGIJI / Endoscopic procedures in orthopaedics and traumatology
10. ENDOSKOPSKI ZAHVATI U NEUROKIRURGIJI / Endoscopic procedures in neurosurgery
11. ANESTEZIJA KOD ENDOSKOPSKIH ZAHVATA / Anesthesia during endoscopic procedures
12. SLOBODNE TEME I POSTERI / Free topics and posters
13. SPECIJALIZANTSKE TEME / Residents lectures
14. INSTRUMENTI U ENDOSKOPSKOJ KIRURGIJI: KOLIKO TO STOJI?! / Instruments in endoscopic surgery: How much it costs?!
15. Robotika u endoskopskoj kirurgiji
16. Laparoskopija u trudnoći
17. Laparoskopska limfadenektomija: kirurgija, urologija, ginekologija
18. Sudska pitanja u endoskopskoj kirurgiji

Sažetci / Abstracts

Sažetci se šalju on-line. / Abstracts are submitted on-line.

Uputno je sažetak napisati na uobičajen način (Uvod, Metode / Bolesnici, Rezultati, Rasprava).

Dopuštena duljina sažetka je 500 znakova.

Zadnji datum slanja sažetaka / *Deadline for Abstract submission: September, 20th 2012*

Obavijest o prihvatanju / *Notification of acceptance: September, 25 th 2012*

STRUČNI PROGRAM / Scientific Programme

Predavanja / Presentations

Kongres će se odvijati u obliku pozvanih predavanja, usmenih izlaganja, video prezentacija i postera. /

The Congress will be organized in the form of invited lectures, oral presentations, video presentations and posters.

Usmena izlaganja i prezentacije (Power Point) mogu biti na hrvatskom ili engleskom jeziku. /

Oral presentations and Power Point presentations can be in Croatian or English.

Nagrade izlagačima / *Prizes for Speakers*

Poseban ocjenjivački sud nagradit će najbolju video prezentaciju endoskopske operacije i najbolji poster,

najbolji specijalizantski rad. / *The jury will award a prize to the best video presentation of endoscopic operation, poster and residents presentation.*

UPUTE ZA PREDAVAČE I IZLAGAČE POSTERA / Instructions for Speakers and Poster presenters

Usmena izlaganja i video prezentacije / Oral and Video Presentations

- pozvani predavači 15 minuta + 5 minuta rasprava / *invited speakers 15 minutes + 5 minutes for discussion*
- usmena izlaganja i video prezentacije 7 minuta + 3 minute rasprave / *oral and video presentations: 7 minutes + 3 minutes for discussion*
- Predavanja mogu biti na hrvatskom ili engleskom jeziku. / *Lectures can be in Croatian or English language.*
- Prezentacije bi trebale biti na engleskom jeziku / *Slides should be in English language.*
- Tehnička oprema / *Technical Equipment*
- LCD projektor (Power Point prezentacije i video klipovi) / *Overhead projector – (Power Point and video clips)*

Predavači se mole da predaju i provjere svoje predavanje u sobi za pripremu predavanja najmanje dva sata prije predviđenog termina predavanja. / *Speakers are kindly asked to upload and check their presentations at least two hours before their lecture in the Slides preview room.*

Poster / Posters

Poster mogu biti na engleskom ili hrvatskom jeziku. / *Posters can be in Croatian or English language.*

Upute će biti dostupne on-line i poslane e-mailom. / *Informations will be available on-line and by e-mail.*

Izlaganje radova, usmeno ili u obliku postera, nije moguće bez uplaćene kotizacije (osim radova pozvanih predavača). / *Oral or poster presentation is not possible if the registration fee has not been paid.*

Svi sudionici kongresa moraju nositi identifikacijske bedževe. / *All participants must have identification badges.*

Prijava za sudjelovanje, smještaj i plaćanje / *Registration, Accommodation and Fees*

MJESTO ODRŽAVANJA / Congress Venue

KAZALIŠNO KONCERTNA DVORANA "IVANA BRLIĆ MAŽURANIĆ" i
GRADSKA KNJIŽNICA SLAVONSKI BROD
Trg Stjepana Miletića 12, Slavonski Brod
kkd-ibm@kkd-ibm.hr

Registracija sudionika / Registration:

registracija: www.hdek.com.hr
upiti: endokongres@bolnicasb.hr

Rezervacija soba i plaćanje kotizacije / Reservation and fee payment:

Rezervaciju soba i registraciju sudionika je moguće izvršiti i platiti preko Filida Travel Agency. /
Accommodation, registration and payment can be done using Filida Travel Agency.

FILIDA-PUTNIČKA AGENCIJA d.o.o.
Selska 92b, 10000 Zagreb
tel: 01/46 16 520/522; fax: 01/4616 521
e-mail: info@filidatravel.hr
www.filidatravel.hr

Registracije – radno vrijeme / Registration desk time table

11.10.2012. - 07,00 h – 18,00 h
12.10.2012. - 07,00 h – 18,00 h
13.10.2012. - 08,00 h – 12,00 h

Društveni program / Social programme

10.10.2012.

Kostimirani povijesni program living history

11.10.2012.

Svečano otvaranje i pozdravi dobrodošlice
Izlet u Kutjevačke podume

12.10.2012.

Svečana kirvajska večera - Zvonko Bogdan

Prijava na Kongresu / On-site Registration

Prijava će biti moguća na registracijskom mjestu za cijelo vrijeme trajanja Kongresa. /
On site registration will be possible during the Congress.

Kotizacije / Fees

NAZIV / OPIS	do 01.09.2012. (kn/EUR)	od 01.09.2012. (kn/EUR)	na dan kongresa (kn/EUR)
Kotizacija A Specijalisti	2500/350	2800/370	3000/420
Kotizacija X Specijalizanti / studenti	0/0	0/0	0/0
Kotizacija S Specijalizanti	1250/170	1300/180	1500/210
Kotizacija N Medicinske sestre	1250/170	1300/180	1500/210
Kotizacija E Predstavnici tvrtki	2500/350	2800/370	3000/420
Kotizacija P Osobe u pratnji	1250/170	1300/180	1400/200
Kotizacija D Kotizacija za 1 dan	700/100	700/100	700/100

Kotizacija uključuje / Registration Fee includes:

Kotizacije A, S, N, E:

- nazočnost stručnom programu Kongresa na mjestima usmenih izlaganja, poster prezentacija i izlagačkih prostora / *Admission to all Congress sessions, poster and exhibition areas*
- kongresne materijale: Konačni program i knjigu sažetaka, potvrđnica o sudjelovanju (osim E), kongresna torba, promotivni materijali / *Congress materials: Final Programme and Abstract book, Certificate of Attendance (except E), Congress bag, promo materials*
- koktel dobrodošlice i svečano otvaranje, kava u stankama Kongresa i simpozij ručak, svečana večera / *Welcome reception and Congress opening ceremony, coffee during the Congress coffee breaks, symposium lunch, Gala dinner*

Kotizacija P:

Kotizacija za pratnju uključuje sudjelovanje u društvenom programu / *Registration fee for accompanying persons includes participating in the social program.*

Kotizacija D:

Dnevna kotizacija uključuje nazočnost stručnom programu i pristup izložbenom prostoru za taj dan, kongresne materijale (konačni program i Knjigu sažetaka). / *Daily fee includes admission to the Congress sessions for that day, poster and exhibition areas and Congress materials (Final Programme and Abstract Book)*

Kotizacija X: (s odgovarajućom potvrdom bolnice ili indeksom / *with appropriate documentation*)

Uključuje nazočnost stručnom programu i pristup izložbenom prostoru, kongresne materijale (konačni program i Knjigu sažetaka). / *Includes admission to the Congress sessions, poster and exhibition areas and Congress materials (Final Programme and Abstract Book)*

Plaćanje / Payment

Plaćanje je moguće izvršiti preko Filida Travel Agency. / *Payment can be done using Filida Travel Agency.*

Prilikom registracije na Kongresu plaćanje će biti moguće gotovinom. / *On-site payment will be possible in cash only.*

[Hrvatska liječnička komora boduje aktivno sudjelovanje s 20 bodova, a pasivno sudjelovanje s 15 bodova.]

KAZALIŠNO KONCERTNA DVORANA "IVANA BRILIĆ MAŽURANIĆ" i GRADSKA KNJIŽNICA SLAVONSKI BROD

Trg Stjepana Miletića 12, Slavonski Brod

Tvrđava Brod

Hotel Savus, Dr. A. Starčevića 2a

Holel ART, Nikole Zrinskog 44

HOTEL CENTRAL, Ulica Petra Krešimira IV 45

HOTEL ZOVKO, Sjeverna vezna cesta bb

Matičević Centar, Sjeverna vezna cesta 63

Hotel Eko Garten, Vinogorska 69

Opća bolnica "Dr. Josip Benčević", Andrije Štampara 42

Sponzori / Sponsors

Platinasti sponzor

Johnson & Johnson S.E.

Zlatni sponzor

Covidien

Karl Storz Adria EOS

Srebrni sponzori

Olympus d.o.o.

Brončani sponzori

B. Braun Adria

Mel Medical Elektro – Tipex

Ostali sponzori i izlagači:

Erbe

Stoma medical d.o.o.

Coloplast

Pliva

Grad Slavonski Brod

Brodsko-posavska županija

Satnica / Timetable

10. 10. 2012. - srijeda

17,30	Kostimirana povijesna predstava i koktel dobrodošlice
-------	---

11. 10. 2012. - četvrtak

DVORANA/SATNICA	DVORANA A	DVORANA B
08,00 - 10,30	S1: Otvaranje	
10,30 - 11,00	Pauza za kavu	
11,00 - 13,00	S02: Kolecista	S04: Torakalna
13,00 - 14,00	Ručak/Lunch simpozij J&J	
14,00 - 16,00	S03: Kila	S05: Neurokir.
16,15	Izlet u Kutjevo	

12. 10. 2012. - petak

DVORANA/SATNICA	DVORANA A	DVORANA B
08,00-10,30	S06: Okrugli stol	
10,30 - 11,00	Pauza za kavu	
11,00 - 13,00	S07: Hitna	S10: Uro, gin., dječ.
13,00 - 14,00	Ručak/Lunch	
14,00 - 16,00	S08: Kolon i rektum	S11: Anes., ORL, Ort.
16,00 - 16,30	Pauza za kavu	S14: Introduction to MACSIM exercise
16,30 - 18,30	S09: Specijalizanti	
18,30 - 19,30	Skupština HDEK	
20,00	Svečana večera	

13. 10. 2012. - subota

DVORANA/SATNICA	DVORANA A	DVORANA B
08,00-10,30	S12: Pretilost, želudac, slezena	
09,00 - 11,00		S15: MACSIM exercise
10,30 - 11,00	Pauza za kavu	
11,00 - 13,00	S13: Slobodne teme	
13,00-14,00	ZATVARANJE	

S02: Jetra i učni putovi

S03: Endoskopska kirurgija kila

S04: Torakalna kirurgija

S05: Neurokirurgija

S06: Okrugli stol

S07: Laparoskopija u hitnim stanjima

S08: Kolon i rektum

S09: Specijalizantske teme

S10: Urologija, ginekologija, dječja kirurgija

S11: Anestezija, ORL, ortopedija

S12: Pretilost, želudac, slezena

S13: Slobodne teme

S14: Introduction to MACSIM

S15: MACSIM exercise - Hospital response to MI after terrorist attack

Program / Programme

SRIJEDA 10. 10. 2012. - Tvrđava Brod

- 17,30** Kostimirana povijesna predstava: Living history
18,00 Koktel dobrodošlice / Wellcome reception - Kazamat

ČETVRTAK 11. 10. 2012. - DVORANA A

- 08,00** Svečano otvaranje KUD"Gundinci"
 Pozdravni govori
 Predsjednik Organizacijskog odbora - Prim. dr. Josip Samardžić
 Predsjednik Hrvatskog društva za endoskopsku kirurgiju - Prof. dr. Zdravko Perko

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 01

08,30 - 10,30 Moderatori / Chair: J. Samardžić, D. Kraljik, Z. Perko, M. Zelić

PREDAVANJE PROF: BRANIMIR CVITANOVIĆ

Endoskopska kirurgija u Hrvatskoj - izazovi za budućnost
 M. BEKAVAC - BEŠLIN

Surgical complications during and after surgical endoscopic procedures - Spain experience
 F. DE LA CRUZ VIGO, Madrid, Španjolska

Slovenska iskustva u odgovornosti kirurga
 V. FLIS, Maribor, Slovenija

Vigilancija u prometu medicinskih proizvoda i sukobi interesa u postupcima javne nabave
 Z. PERKO

10,30 - 11,00 Pauza za kavu / Coffee break

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 02

11,00 - 13,00 Naslov / Topic: Jetra i žučni putovi / Gallbladder and CBD

Moderatori / Chair: Ž. GLAVIĆ, A. PLESKOVIĆ, Ž. BUŠIĆ, I. SOLDÓ

11,00 - 11,10 **Laparoskopska kolecistektomija na Klinici za kirurgiju KB Sveti duh od 1992 - 2012**
 Soldo I., Čala Z., Velnić D., Sever M., Grbavac M., Vukušić D.
 KB Sveti Duh, Zagreb

11,10 - 11,20 **Laparoskopska kolecistektomija u bolesnice predviđene za transplataciju srca**
 M. Adanić, H. Matasić, I. Kocman, J. Zenko
 KB Merkur

11,20 - 11,30 **Laparoskopska kirurgija žučnjaka i žučnih vodova u OŽB Požega**
 Zukanović G., Glavić Ž., Begić Lj., Šimleša D., Šantak G., Čosić J.
 OB Požega

11,30 - 11,40 **Laparoskopska i otvorena holecistektomija – iskustva hirurga u manjoj opštoj bolnici**
 Milošević P., Kolinović M., Babović M., Sorat D.
 OB Cetinje, Crna Gora

11,40 - 11,50	Laparoskopska kirurgija ehinokoka jetre M. Kolovrat, Ž. Bušić, F. Amić, D. Servis KB Dubrava, Zagreb
11,50 - 12,00	Laparoskopska pericistektomija ehinokoknih cista jetre - prikaz slučaja Kolak T., Baković J, Stipančić I, Miočinović M, Knežević M KB Dubrava, Zagreb
12,00 - 12,10	Laparoskopija - metoda izbora u liječenju pseudocista gušterače Đ. Miškić, J. Samardžić, D. Kraljik, F. Latić, H. Mrković, V. Pitlović OB Slavonski Brod
12,10 - 12,20	Laparoskopska kolecistektomija i ehinokok jetre Tripalo I., Vukelja D, Čargonja A, Gregurović W, Salopek - Angelov M, Čala Z. OB Ogulin
12,20 - 12,30	Prva iskustva iz SILS - a u O. B. Koprivnica J. Petrovčić, N. Bijelić, T. Jelić, T. Jerčinović OB Koprivnica
12,30 - 12,40	Laparoskopsko liječenje metastaze GIST - a u jetri - prikaz slučaja Baković J, Kolak T, Stipančić I, Miočinović M, Knežević M KB Dubrava, Zagreb
12,40-12,50	Laparoskopska pericistektomija ehinokokne ciste jetre ultrazvučnim nožem M. Kolovrat, Ž. Bušić, F. Amić, D. Servis KB Dubrava, Zagreb
13,00 - 14,00	Sponzorirano predavanje: Johnson&Johnson, Energizirajte se uz EES: predstavljamo Vam Powered Echelon Flex i Enseal G2 Tissue Sealers
	Ručak / Lunch

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 03

14,00 - 16,00	Naslov / Topic: Endoskopska kirurgija kila / Endoscopic hernia treatment Moderatori / Chair: M ŠKEGRO, D. VELNIĆ, D. VIDOVIĆ, T. KOLAK
14,00 - 14,12	Laparoskopska operacija ventralne kile D. Vidović, G. Kondža, B. Kovačić, A. Križan, M. Grubišić, D. Krpan, Z. Boras KBC Osijek
14,13 - 14,25	Minimalna invazivna kirurgija u liječenju ventralnih hernija Kraljik D., Samardžić J, Miškić Đ, Latić F, Mrković H, Pitlović V, Križanović – Rupčić A, Pavković V. OB Slavonski Brod
14,26 - 14,38	Laparoskopsko liječenje ingvinalne hernije - naša iskustva V. Pavković, J. Samardžić, M. Rupčić, A. Križanović Rupčić OB Slavonski Brod
14,39 - 14,51	Laparoskopsko zbrinjavanje posttraumatske ventralne hernije korištenjem 2 otvora Štanfel A., Tepeš M., Budimir T., Bednjanić A., Koprivčić I., Vidović D. KBC Osijek
14,52 - 15,04	Kirurško liječenje recidivne ingvinalne hernije D. Vidović, G. Kondža, B. Kovačić, A. Križan, M. Grubišić, D. Krpan, Z. Boras KBC Osijek

15,05 - 15,17	Prikaz slučaja - intraabdominalnog hematoma iz lezije donje epigastrične arterije tijekom LHVR V. Pitlović, J. Samardžić, D. Kraljik, Đ. Miškić, F. Latić, H. Mrković OB Slavonski Brod
15,18 - 15,30	Da li je potrebno fiksirati mrežicu kod TAPP - a? J. Petrovčić, N. Bijelić, T. Jerčinović, T. Jelić OB Koprivnica
15,31 - 15,43	Testikularna cirkulacija i imunološka senzibilizacija nakon hernioplastike N. Družijanić, I. Štula, Z. Perko, D. Kraljević, Z. Pogorelić, V. Čapkun, N. Bošnjak KBC Split
15,45 - 16,00	Laparoskopska resolucija interne kile poslije laparoskopskog bypassa G. Kunst, B. Breznikar, B. Rožej Splošna Bolnišnica Slovenj Gradec
16,15	Polazak autobusa ispred dvorane - Izlet u Kutjevo

DVORANA B SJEDNICA / SESSION 04

11,00 - 13,00	Naslov / Topic: Torakalna kirurgija / Thoracic surgery Moderatori / Chair: N. ILIĆ, Z. SLOBODNJAK, J. KRISTEK, I. NIKOLIĆ
11,00 - 11,12	Video - torakoskopsko liječenje primarnog spontanog pneumotoraksa N. Ilić, Juričić J, Banović J, Krnić D KBC Split
11,13 - 11,25	Torakoskopska simpatektomija I. Nikolić KB Dubrava, Zagreb
11,26 - 11,38	Video - torakoskopska lobektomija u liječenju ne malo staničnih karcinoma pluća J. Juričić, Ilić N, Krnić D, Banović J KBC Split
11,39 - 11,51	Videoasistirana torakoskopska kirurgija: šestogodišnje iskustvo Mihanovic J, Bacic I, Katusic Z, Morovic D, Bubicic J OB Zadar
11,52 - 12,04	Liječenje ljevkastog prsnog koša poštednom operacijskom metodom prema NUSS - u M. Žganjer Klinika za dječje bolesti Zagreb
12,05 - 12,17	Videoasistirana medijastinoskopija: trogodišnje iskustvo Katusic Z, Bacic I, Mihanovic J, Morovic D, Bubicic J OB Zadar
12,18 - 12,30	Video - torakoskopsko liječenje tumora ovojnice torakalnih spinalnih živaca D. Krnić, Juričić J, Ilić N, Banović J KBC Split
12,31 - 12,43	Uloga videoasistirane torakoskopije kod traume toraksa A. Lukenda, Šakić I., Rupčić M., Hrečkovski B., Janković J., Roško D., Juričić D., Prpić D. OB Slavonski Brod
13,00 - 14,00	Sponzorirano predavanje: Johnson&Johnson, Energizirajte se uz EES: predstavljamo Vam Powered Echelon Flex I Enseal G2 Tissue Sealers Ručak / Lunch

DVRANA B SJEDNICA / SESSION 05

14,00 - 16,00	Naslov / Topic: Neurokirurgija / Neurosurgery Moderatori / Chair: K. ROTIM, P. MIKLIĆ, R. SAFTIĆ
14,00 - 14,10	Upotreba ultrazvuka u neuroendoskopskim procedurama : novi uređaj \”NECUP - 2\” Jednačak H., Miklić P., Paladino J., Mrak G., Nemir J. KBC Zagreb
14,10 - 14,20	Endokrinološki ishod endoskopske transsfenoidne kirurgije: Iskustva Hrvatske Marić A, Kruljac I, Čerina V, Šulentić P, Vrkljan M KBC Sestre Milosrdnice Zagreb
14,20 - 14,30	Selektivna endoskopska diskektomija K. Rotim, M. Borić, B. Božić, A. Rotim KBC Sestre milosrdnice Zagreb
14,30 - 14,40	Endoskopska ventrikulostomija treće mozgovne klijetke Rotim K., Božić B, Subašić A, Borić M. KBC Sestre Milosrdnice, Zagreb
14,40 - 14,50	Endoskopska operacija velike parasagitalne ciste u novorođenčeta: prikaz slučaja M. Koršič, A. Porčnik University Medical center Ljubljana
14,50 - 15,00	Selektivna endoskopska diskektomija transforaminalnim pristupom prednosti u odnosu na klasičnu mikrodisektomiju Saftić R, Fučkar M, Periša N Vertebri – poliklinika za minimalno invazivnu neurokirurgiju kralježnice, Zagreb
15,00 - 15,10	Neurološke komplikacije kod laparoskopskih operacija M. Bitunjac OB Slavonski Brod
15,10 - 15,20	Endoskopski transventrikularni pristup za pinealnu cistu - prikaz slučaja Jugović D., Smrke B. UKC Ljubljana
15,20 - 15,30	Endoskopsko liječenje velike arahnoidne ciste pri djetetu sa dobrim uspjehom Koršić M., Smrke B. UKC Ljubljana
15,30 - 15,40	Neuroendoskopsko liječenje arahnoidne ciste lamine kvadrigemine u novorođenčeta D. Jugović, A. Porčnik University Medical center Ljubljana
15,40 - 15,50	TRANSSFENOIDALNI PRISTUP TUMORIMA KLIVUSA Melada A, Mladina R, Lupret V, Desnica A, Poje G, Vuković M KBC Zagreb
16,15	Polazak autobusa ispred dvorane - Izlet u Kutjevo

12. 10. 2012. PETAK

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 06 - OKRUGLI STOL / ROUND TABLE

08,00 - 09,45	PRAVNA ODGOVORNOST KIRURGA / Responsibility of surgeons in front of law R. STARE, V. FLIS, DE LA CRUZ VIGO, B. HREČKOVSKI, Ž. RAŠIĆ, N. GUSIĆ, D. KLAPAN
09,45 - 10,30	TEHNOLOŠKO PREDAVANJE: Integrirane operacijske dvorane Moderatori / Chair: V. ALFIERI, I. MAĐAR, Šibenik Karl Storz, Olympus, R. Wolf
10,30 - 11,00	Pauza za kavu / Coffee break

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 07

11,00 - 13,00	Naslov / Topic: Laparoskopija u hitnim stanjima / Emergencies and endoscopic surgery Moderatori / Chair: N. DRUŽIJANIĆ, S. DELIBEGOVIĆ, D. KOROLIJA - MARINIĆ, I. STOJANOVIĆ
11,00 - 11,10	Uloga laparoskopije u kirurškom liječenju akutnog kolecistitisa u KB Dubrava Held R., Čupurdija K, Vergles D, Feljan H, Židak M, Lacković Ž, Horžić M KB Dubrava, Zagreb
11,10 - 11,20	Kolecistektomije u hitnoj službi KBC - a Zagreb 2006. - 2012. Petrović I., Žedelj J, Škegro M, Augustin G KBC Zagreb
11,20 - 11,30	Akutni kolecistitis - indikacija za hitni kirurški zahvat Štanfel A., Kiš J., Švagelj M., Kasić M., Petrović - Lukačević M., Čuljak V., Stažić M., Čačić T. OB Vinkovci
11,30 - 11,40	Laparoskopska apendektomija – najbolji pristup u liječenju akutne upale crvuljka Feljan H, Židak M, Held R, Čupurdija K, Vergles D, Lacković Ž, Horžić M KB Dubrava, Zagreb
11,40 - 11,50	Laparoskopija u hitnoći A. Križanović Rupčić, D. Vučinić, M. Rupčić, D. Križanović OB Slavonski Brod
11,50 - 12,00	Laparoskopska apendektomija u OB Zabok Grgić T, Vukić T, Zelić Z, Bubnjar J, Ferenc S, Đukić V, Huis M, Boić T OB Zabok
12,00 - 12,10	Usporedba laparoskopske i klasične apendektomije u KBC Zagreb 2005. - 2011. Žedelj J, Augustin G, Matošević P, Petrović I, Majerović M, Kinda E, Kekez KBC Zagreb
12,10 - 12,20	Laparoskopska apendektomija u OB Pula u dvogodišnjem razdoblju Fedel I, Rozman F., Radolović R., Gluhačić B. OB PULA
12,20 - 12,30	Laparoskopske operacije crvuljka na Kirurškom odjelu OŽB Vinkovci 2007. - 2011. Marija Švagelj, Josip Kiš, Mirjana Stažić, Tomislav Čačić, Slaven Simon OB Vinkovci
12,30 - 12,40	Upotreba jednog HEM - O - LOK plastičnog klipsa u zbrinjavanju baze apendiksa tokom laparoskopske apendektomije Delibegović S. KUC Tuzla

12,40 - 12,50	Laparoskopska kolecistektomija nakon ERCP - a u drugom trimestru trudnoće D. Diklić, V. Supanc, Z. Novotny, G. Tometić KBC Sestre milosrdnice Zagreb
12,50-13,00	Laparoskopska ili otvorena apendektomija: naša iskustva i pregled literature M. Kolovrat, Ž. Bušić, F. Amić, D. Servis KB Dubrava Zagreb
13,00 - 14,00	Ručak / Lunch

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 08

14,00 - 16,00	Naslov / Topic: Kolon i rektum / Colon and rectum Moderatori / Chair: M. URAVIĆ, F. JELENC, I. STIPANČIĆ, F. MARUŠIĆ
14,00 - 14,07	Laparoskopija u kirurgiji rektuma – video asistirana amputacija rektuma M. Gudelj, M. Zelić, M. Boroe KBC Rijeka
14,10 - 14,17	Popuštanje anastomoze: laparoskopska vs. otvorena resekcija debelog crijeva Stipančić I, Knežević M, Baković J, Kolak T, Runjić I, Kliček R, Miočinović M KB Dubrava
14,20 - 14,27	Prednosti laparoskopske transperineoabdominalne resekcije niskog rektuma D. Kovačević, Amir Ibukić KBC Sestre milosrdnice Zagreb
14,30 - 14,37	Možemo li povećati broj laparoskopskih kolorektalnih operacija M. Zelić, M. Uravić KBC Rijeka
14,40 - 14,47	Kirurška tehnika laparoskopske abdominoperinealne resekcije rektuma F. Latić, H. Mrković, J. Samardžić, V. Pitlović, Đ. Miškić, D. Kraljik OB Slavonski Brod
14,50 - 14,57	Laparoskopske operacije kolona u Općoj bolnici Pula - rezultati jednog kirurškog tima Fedel I, Gluhačić B., Radolović R., Rozman F. OB Pula
15,00 - 15,07	Laparoskopska stražnja rektomektomija u liječenju kompletnog prolapsa rektuma Mrković H., Samardžić J., Pitlović V., Kraljik D. OB Slavonski Brod
15,10 - 15,17	Ekonomski aspekti laparoskopske i klasične operacije kolorektalnog karcinoma u KB Mostar Z. Brekalo, I. Kraljević, D. Zubac, P. Rastović, M. Šoljić KB Mostar
15,20 - 15,27	Rizični faktori za popuštanje anastomoze nakon laparoskopske resekcije rektuma infiltriranog endometriozom Jelenc F., Ribić - Pucelj M., Juvan R. UMC Ljubljana
15,30 - 15,37	Mehanička priprema crijeva u laparoskopskoj kolorektalnoj kirurgiji M. Zelić, KBC Rijeka

15,40 - 15,47	Preoperativna prehrana ubrzava pražnjenje želuca kod laparoskopske kolektomije M. Zelić, M. Uravić, A. Šustić KBC Rijeka
15,50 - 15,57	Virtualna kolonoskopija i 3D volumno renderiranje u karcinoma debelog crijeva Stanko Belina, V. Čuk, C. Lež, I. Ravlić OB Zabok
15,57-16,07	LAPAROSKOPSKE RESEKCIJE DEBELOG CRIJEVA U KBC RIJEKA Uravić M, Rahelić V, Zelić M, Petrošić N, Gudelj M, Bačić G, Grbas H, Mendrila D, Čepić I KBC Rijeka
16,00 - 16,30	Pauza za kavu / Coffee break

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 09

16,30 - 18,30 Naslov / Topic: Specijalizantske teme / Residents lectures

Moderator / Chair: Z. ČALA, M. BEKAVAC - BEŠLIN, V. RAHELIĆ

16,30 - 16,40	Pilot projekt temeljne edukacije iz laparoskopske kirurgije Matosevic P, Augustin G, Silovski H, Kinda E., Kekez T., Bruketa T., Jelincic Z., Smud D., Majerovic M. KBC Zagreb
16,40 - 16,50	Dijagnostička laparoskopska eksploracija kod traume abdomena u OB Varaždin A. Pajtak, K. Hrženjak, I. Biškup OB Varaždin
16,50 - 17,00	Usporedba komplikacija u laparoskopskoj i otvorenoj kolorektalnoj kirurgiji Knežević M, Stipančić I, Baković J, Kolak T, Runjić I, Kliček R, Miočinović M KB Dubrava, Zagreb
17,00 - 17,10	Prikaz slučaja - Laparoskopska višestruka resekcija Hrženjak K., Stare R., Biškup I., Pajtak A., Rutić Ž. OB Varaždin
17,10 - 17,20	Laparoskopsko liječenje perforiranog ulkusa želuca i duodenuma D. Vučinić, A. Križanović Rupčić, D. Križanović, M. Rupčić OB Slavonski Brod
17,20 - 17,30	Video asistirana torakoskopska kirurgija u liječenju spontanog pneumotoraksa I.Šakić, A. Lukenda, M. Rupčić OB Slavonski Brod
17,30 - 17,40	Laparoskopska adrenalektomija - single surgeon experience Hrženjak K., Stare R., Biškup I., Pajtak A., Rutić Ž. OB Varaždin
17,40 - 17,50	Edukacija u endoskopskoj kirurgiji za vrijeme specijalizacije Raguž K, Samardžić J, Mrković H, Kirac I OB Slavonski Brod
17,50 - 18,00	Iskustva KBC Split u primjeni različitih instrumenata kod laparoskopske kolecistektomije kroz jedan otvor Damir Quien, Z. Perko, R. Stipić, M. Petričević, D. Matić KBC Split
18,00 - 18,10	3D mjerenja za uporabu krutih instrumenata pri tranvaginalnoj kolecistektomiji M. Buljan, Z. Perko, L. Cambj, A. Pilić Ivković, N. Družijanić KBC Split

18,10 - 18,20	Akutni abdomen, perforacija mokraćnog mjehura - laparoskopski tretman J. Samardžić, O. Pehar, H. Mrković OB Slavonski Brod
18,20 - 18,30	Laparoskopsko liječenje akutne upale crvuljka S. Radanac, Samardžić J., Miškić Đ. OB Slavonski Brod
18,30 - 18,40	Laparoskopska apendektomija: usporedba rezultata specijalizanata O. Barčot, N. Družijanić, R. Stipić, Z. Perko KBC Split
18,40 - 19,30	SKUPŠTINA HDEK / CAES GENERAL ASSEMBLY
20,00	Svečana večera / Gala dinner Slavonski restoran ĐĐ Mile Budaka 1

DVORANA B SJEDNICA / SESSION 10

11,00 - 13,00	Naslov / Topic: Urologija, ginekologija, dječja kirurgija / Urology, gynecology, pediatric surgery Moderatori / Chair: K. GRDOVIĆ, S. VIŠNJIĆ, Z. BAHTIJAREVIĆ, M. PULJIZ
11,00 - 11,10	Laparoskopija u urologiji K Grdovic, O Perincic, T Soric, K Markulin, T Dominis OB Zadar
11,10 - 11,20	Cistoskopsko liječenje kod kasne prezentacije kongenitalnih stenoza uretre Z. Bahtijarević, Cvitković - Roić A, Kralj R, Bastić M, Pajić A, Zovko A, Čukelj M, Župančić B Klinika za dječje bolesti Zagreb
11,20 - 11,30	Uloga histeroskopije u bolesnica na terapiji Tamoxifenom M. Puljiz, O. Grgić, I. Alvir, D. Tomica, I. Mamić Klinika za tumore KBCSM, Zagreb
11,30 - 11,40	Primjena diodnog lasera za liječenje uroloških bolesnika u Klinici za urologiju, T. Kulis, N. Knezevic, M. Maric, D. Hauptman, M. Topalovic Grkovic, Z. Kastelan KBC Zagreb
11,40 - 11,50	Laserska vaporizacija prostate – naša iskustva Knežević M., Medverec Z, Lučić Đ, Dittrich D, Martinović M, Barišić B, Karlović K. OB Slavonski Brod
11,50 - 12,00	Rezultati primjene histeroskopije u OB Slavonski Brod Blažinkov Ž., Dunder S. OB Slavosnki Brod
12,00 - 12,10	Laparoskopska adrenalektomija – single surgeon expiriance K. Hrženjak, R. Stare, I. Biškup, A. Pajtak, Ž. Rutić OB Varaždin
12,10 - 12,20	Laparoskopske operacije u trudnoći Škvorc N. OB Čakovec
12,20 - 12,30	Laparoskopska postkemoterapijska retroperitonealna limfadenektomija N. Knezevic, T. Kulis, M. Maric, I. Milas, M. Grkovic, Z. Kastelan KBC Zagreb

12,30 - 12,40	Ginekološki laparoskopski zahvati u periodu 1997. - 2011. I. Veselski, T. Grgurević, J. Barišić, I. Jandrić OB Slavonski Brod
12,40 - 12,50	Laparoskopska retroperitonealna limfadenektomija kod tumora testisa V. Dadić, M. Šitum, Ž. Saratlija - Novaković, M. Bošnjak KBC Split
12,50 - 13,00	Endoskopsko liječenje primarnog vura na klinici za dječju kirurgiju, KDBZ Župančić B., Štampalija F., Bastić M., Bahtijarević, Z., Župančić V., Pajić A. Klinika za dječje bolesti Zagreb
13,00-13,10	Uloga minimalno invazivne kirurgije u liječenju varikokele i nespuštenih testisa u djece Bahtijarević Z., Bastić M., Pajić A., Štampalija F., Župančić B. Klinika za dječje bolesti Zagreb
13,00 - 14,00	Ručak / Lunch

DVORANA B SJEDNICA / SESSION 11

14,00 - 16,00	Naslov / Topic: Anestezija, ORL, ortopedija / Anesthesiology, ENT, orthopedics Moderatori / Chair: V. NESEK - ADAM, D. ĐANIĆ, D. PRGOMET
14,00 - 14,09	Anesteziološke osobitosti u urološkim laparoskopskim zahvatima Topalović Grković M., Goluža E., Kuliš T., Knežević N., Perić M., Kaštelan Ž, KBC Zagreb
14,10 - 14,19	Utjecaj prijeoperacijskog ugljikohidratno - proteinskog napitka na oporavak nakon laparoskopskih zahvata J. Kopic Marica Teskera, Ivan Mirković, Matija Jurjević, Iva Došen OB Slavonski Brod
14,20 - 14,29	Liječenje boli kod laparoskopskih kirurških zahvata I. Mirković, M. Jurjević, I. Matić, J. Kopic, N. Mrzljak - Vučinić, G. Kopričanec Stanić, M. Bitunjac OB Slavonski Brod
14,30 - 14,39	Usporedba PEEP - a i recruitment manevara kod anestezije za laparoskopiju I. Matić, M. Jurjević, I. Mirković, N. Mrzljak - Vučinić, G. Kopričanec - Stanić OB Slavonski Brod
14,40 - 14,49	Lokalna anestezija levobupivakainom: uporaba kod laparoskopske kolecistektomije Kolac T, Baković J, Stipančić I, Miočinović M, Knežević M KB Dubrava
14,50 - 14,59	Procjena utjecaja pneumoperitoneuma na respiraciju kod pretilih bolesnika Vranko - Nagy N., Koščak D, Lovrić J., Štivić Ž., Kesić - Valpotić G, Kučić Ž. OB Bjelovar
15,00 - 15,09	Endoskopska dijagnostika i terapija stranih tijela donjih dišnih puteva u djece D. Đanić, T. Stojadinović, B. Gergorić - Butina OB Slavonski Brod
15,10 - 15,20	Rezultati artroskopske rekonstrukcije prednje ukrižene sveze H. Pitlović, H. Mitrović, N. Knežević, D. Bitunjac, R. Kuduz, I. Samardžić OB Slavonski Brod

15,20 - 15,30	Virtualna endoskopija i 3D volumno renderiranje u obradi fraktura temporalne kosti R. Gulić, Višeslav Ćuk, Stanko Belina OB Zabok
15,30 - 15,40	Virtualna endoskopija uha - naše iskustvo V. Ćuk, R. Gulić, C. Lež, S. Belina OB Zabok
15,40 - 15,50	Minimalna invazivna video asistirana tireoidektomija (MIVAT): tehnika, prednosti tehnike D. Prgomet KBC Zagreb
15,50 - 16,00	Endoskopsko praćenje cijeljenja sinonazalne sluznice nakon FESS - a I. Pajić - Penavić, Đanić D, Sekelj A, Stojadinović T, Gudelj - Sertić A, Gregorić - Butina B, Sauerborn D OB Slavonski Brod

DVORANA B

16,10-16,30	Introduction to MACSIM exercise Prehospital and Hospital Response to Major Incidents B. Hrečkovski, J. Samardžić
18,30 - 19,30	SKUPŠTINA HDEK / CAES GENERAL ASSEMBLY
20,00	Svečana večera / Gala dinner Slavonski restoran ĐĐ Mile Budaka 1

13. 10. 2012. SUBOTA

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 12

08,30 - 10,30	Naslov / Topic: Pretilost,želudac,slezena / Obesity,stomach,spleen Moderatori / Chair: G. KONDŽA, E. KINDA, M. ZELIĆ, I. FEDEL
08,30 - 08,42	Slippage - ozbiljna komplikacija endobandinga Z. Misir,M. Bekavac - Bešlin,J. Gršić,M. Romić KBC Sestre milosrdnice,Zagreb
08,43 - 08,55	Plastična kirurgija u multidisciplinarnom liječenju morbidne pretilosti Puljiz Z., Balde D., Romić M., Mijić A., Hamel D., Bekavac Bešlin M. KBC Sestre milosrdnice,Zagreb
08,56 - 09,08	Želudčani obvod - prvih i drugih sto B. Breznikar, Kunst G., Rožej B. Opšta Bolnica Slovenj Gradec
09,09 - 09,21	Iskustvo u laparoskopskoj splenektomiji - osvrt na komplikacije s prikazom slučaja Kliček R., Stipančić I, Baković J, Knežević M, Runjić I, Kolak T, Miočinović M KB Dubrava,Zagreb
09,22 - 09,34	Laparoskopske splenektomije u dvogodišnjem periodu,iskustva jedne ustanove Kinda E., Jelinčić Ž., Majerović M., Smud D., Kekez T., Augustin G., Silovski H., Žedelj J., Morić T. KBC Zagreb
09,35 - 09,47	Laparoskopska operacija po Roscoe - Grahamu M. Romić , Z. Misir, Z . Puljiz, Bekavac - Bešlin M. KBC Sestre milosrdnice Zagreb
09,48 - 10,00	Kreiranje gastrostome laparoskopskim putem J. Samardžić, A. Križanović Rupčić, D Kraljik, M Rupčić, Đ Miškić, D Križanović, V Pitlović OB Slavonski Brod
10,02 - 10,15	Liječenje morbidne pretilosti u BiH - naše rano iskustvo H. Pandža, S. Čustović, N. Hadžiomerović, A. Alibegović, R. Čović OB Sarajevo
10,15 - 10,30	Prva 21 operacije LRYGB u JU OB "Prim. dr. A. Nakas" Sarajevo Alibegovic A, Hadziomerovic N. JU OB "Prim. dr. A. Nakas" Sarajevo
10,30 - 11,00	Pauza za kavu / Coffee break

DVORANA A SJEDNICA / SESSION 13

11,00 - 13,00	Naslov / Topic: Slobodne teme / Free topics Moderatoris / Chair: G. AUGUSTIN, Š. HASUKIĆ, D. DIKLIĆ
11,00 - 11,10	Cordless laparoskopska kirurgija – početna iskustva KBC - a Split Z. Perko, R. Stipić, M. Petričević, D. Matić KBC SPlit
11,10 - 11,20	3D laparoskopija: impresije operatera nakon početnih 10 operacija Augustin G, Matošević P, Majerović M, Kinda E, Kekez T, Jelinčić Ž, Silovski H, Fiolic Z KBC Zagreb

- 11,20 - 11,30** **Primjena 3D sistema u endoskopskoj kirurgiji – početna iskustva KBC - a Split**
Z. Perko, R. Stipić, M. Petričević, D. Matić, N. Družijanić
KBC Split
- 11,30 - 11,40** **Endoskopska subfascijalna kirurgija kroničnih venskih ulkusa u OB dr. Josip Benčević**
H. Palenkić, V. Bano, D. Vučinić, J. Samardžić
OB Slavonski Brod
- 11,40 - 11,50** **Difuzni peritonitis i laparoskopija**
D. Sklepić, E. Jozinović
OB Čakovec
- 11,50 - 12,00** **Tumor Meckeli - evog divertikla – prikaz slučaja**
K Grdović, S Kujndžić, O Perinčić, T Sorić, K Markulin, T Dominis
OB Zadar
- 12,00 - 12,10** **CT kolonografija i mr kolonografija u prijeoperacijskoj pripremi bolesnika za LA**
I. Čepić, M. Zelić, M. Uravić, B. Čandrlić, D. Miletić
KBC Rijeka
- 12,10 - 12,20** **Ozljeda trbušne aorte pri laparoskopskoj kolecistektomiji**
Gluhačić B., Fedel I.
OB Pula
- 12,20 - 12,30** **Porodično pojavljivanje antifosfolipidnog sindroma**
I. Mirković, D. Pikot, A. Sinožić, A. Ban, A. Angelini, M. Blažević
OB Pula
- 12,30-12,40** **Osobno iskustvo lezije glavnog žučnog kanala kod laparoskopske kolecistektomije**
J. Bubnjar
OB Zabok

DVORANA B

- 09,00 - 11,00** Hospital Response to Major Incident after terroristic attack - simulation exercise
Broj sudionika ograničen - prijave kod registracije.

11. | 11th

11. HRVATSKI KONGRES ENDOSKOPSKE KIRURGIJE S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM
11th CROATIAN CONGRESS OF ENDOSCOPIC SURGERY WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Knjiga sažetaka / *Abstract book*

Naslov/Topic:
Jetra i žučni putovi /Gallbladder and CBD
LAPAROSKOPSKA KOLECISTEKTOMIJA NA KLINICI ZA KIRURGIJU KB SVETI DUH

Soldo I., Čala Z., Velnić D., Sever M., Grbavac M., Vukušić D.

Prva laparoscopska operacija u Hrvatskoj bila je kolecistektomija a učinjena je 12. 5. 1992. na Klinici za kirurgiju KB Sveti Duh. Danas je to zlatni standard u liječenju kolelitijaze. Već od prvih dana pokušali smo unaprijediti laparoscopske operacije poboljšanjem operacijske tehnike, smanjenjem broja troakara ili pomicanjem troakara na mjesta gdje će biti nevidljiva. Od 1993.g. modificirali smo europski način operiranja te zahvat izvodimo izvornim načinom s pomoću tri troakara, a od 2002.g. radimo u izabranim slučajevima i kozmetske laparoscopske kolecistektomije.

POSTUPAK: U prvih deset godina učinjeno je 6669 laparoscopskih kolecistektomija a od 2001. do danas još 5011 tj. ukupno 11680. Od tog broja 96 otpada na kozmetske laparoscopske kolecistektomije. Također smo učinili 18 laparoscopskih kolecistektomija kod djece u dobi od 9 do 14 godina. Kod osam trudnica učinjena je laparoscopska kolecistektomija u prvom ili drugom trimestru trudnoće. Sve kolecistektomije učinjene su pomoću tri ili četiri troakara.

REZULTATI: Od većih komplikacija imali smo ozljede ekstrahepatičnih žučnih vodova, ozljede velikih krvnih žila, ozljede intraabdominalnih organa, ozljede dijafragme i ozljede krvnih žila trbušne stijenke. Imali smo 13 ozljeda ekstrahepatičnih žučnih vodova. Hepatikokole-dokus je potpuno presječen kod šest bolesnika, a desni hepatikus kod jednog bolesnika. Od toga broja četiri ozljede nisu prepoznate tijekom operativnog zahvata. Kod dva bolesnika ozljeda je prepoznata intraoperativno, učinjena je konverzija i zbrinjavanju ozljede koledokusa. Kod pet bolesnika ozljeđena je samo djelomično stijenka koledokusa i te su ozljede uočene za vrijeme operacije te su zbrinute nakon konverzije na otvoreni postupak. Kod svih bolesnika radilo se o upalnim i fibroznim promjenama u Calotovu trokutu, Mirizzijevu sindromu ili nejasnim anatomskim odnosima. Kod dvije bolesnice postoperativno je verificiran ostatni žučnjak. Kod pet bolesnika postoperativno se razvio apsces lože žučnjaka što je liječeno punkcijom ili laparotomijom

i drenažom. Tijekom navedenog perioda imali smo tri ozljede dijafrage, dvije ozljede duodenuma i dvije termičke ozljede želuca. Kod troje bolesnika radilo se o ozljedi velikih krvnih žila.

ZAKLJUČAK: Laparoscopska kolecistektomija čini 92% svih kolecistektomija na našoj Klinici. Težak operacijski nalaz te iskustvo operatera su glavni razlozi jatrogenih ozljeda tijekom laparoscopske kolecistektomije. Ozljede žučnih putova pripadaju među najteže komplikacije kolecistektomije i mogu dovesti do invalidnosti i smrti bolesnika a liječe se ovisno o njihovi tipu i iskustvu kirurške ekipe.

Laparoscopska kolecistektomija u bolesnice predviđene za transplantaciju srca / Laparoscopic cholecystectomy in a patient considered for heart transplantation

Mirta Adanić
Hrvoje Matasić, Ivica Kocman, Jelena Zenko
KB Merkur
Zajčeva ulica 19
mirta.adanic@gmail.com
0994888779
usmeno izlaganje

LAPAROSKOPSKA KOLECISTEKTOMIJA U BOLESNICE PREDVIĐENE ZA TRANSPLANTACIJU SRCA

M.Adanić, H.Matasić, I.Kocman, J.Zenko

UVOD: Kardijalni bolesnik je za anesteziologa uvijek izazov, bez obzira na vrstu operativnog zahvata. U tim situacijama, ključni su odabir najpoštednije kirurške tehnike te određivanje optimalne razine hemodinamskog monitoringa. Stoga je dobra komunikacija između anesteziologa i kirurga kod takvih bolesnika od iznimne važnosti.

PRIKAZ SLUČAJA: Kod bolesnice (48 god.) s dilatativnom kardiomiopatijom u terminalnom stadiju, indicira se operativno liječenje kroničnog kalkuloznog kolecistitisa, kao preduvjet za transplantaciju srca. Pri preoperativnom anesteziološkom pregledu, bolesnica je klinički i radiološki kardiopulmonalno kompenzirana. Ultrazvukom srca je verificirana teška dilatativna kardiomiopatija, s hipokinezijom posterolateralne stijenke, teškom MR gr 4+, uz masivnu TR, tlak u PA 50mmHg i EF 30%. Ostali klinički i laboratorijski nalazi su bili uredni. Neposredno po dolasku u salu se postave venki

put, EKG monitoring te arterijska kanila za invazivno mjerenje arterijskog tlaka. Početni hemodinamski parametri su bili: HR 67/min, SpO₂ 96%, SAP 100 mmHg, DAP 50mmHg, MAP 60mmHg. Nakon intubacije se kroz desnu v.jugularis int. postave centralni venski kateter i plućni arterijski kateter. Početna mjerenja pokazuju vrijednosti CVP 15mmHg, PCWP 39mmHg, SVR 681 dyn*sec/cm⁵ te CI 3,4 L/min/m². Do početka operacije bolesnica je bila hemodinamski stabilna. Nakon insulacije zraka u trbušnu šupljinu pod tlakom od 10mmHg, zamijeti se blagi pad arterijskog tlaka. PAK mjerenja pokazuju smanjenje vrijednosti CI na 1,8L/min/m², uz porast SVR na 1296 dyn*sec/cm⁵ te CVP na 29mmHg. U terapiju se uvede dobutamin u dozi od 8µg/kg/min. Kontrolna PAK mjerenja zabilježe oporavak kardijalne funkcije, uz povećanje CI na 2,8 L/min/m², te smanjenje SVR na 853 dyn*sec/cm⁵. Bolesnica je nakon operacije sedirana, intubirana i stabilna premještena u JIL. Nakon kratkotrajne mehaničke ventilacije se bolesnicu ekstubira. PAK mjerenja su zadovoljavajuća te se postupno, kroz nekoliko sati, u potpunosti ukine inotropna potpora. Slijedeći dan je bolesnica hemodinamski stabilna, eupnoična, zadovoljavajućih PAK mjerenja, diureze i laboratorijskih nalaza te se dogovorno premjesti na daljnje liječenje u Koronarnu jedinicu, iz koje je deveti postoperativni dan otpuštena kući.

RASPRAVA: Učinci povećanja intraabdominalnog tlaka na kardiovaskularni sustav pri laparoskopskoj kirurgiji su brojni. Kompresijom na intraabdominalne vaskularne strukture se smanjuje priljev venske krvi u '\desno srce\' te povećava SVR, što posljedično može dovesti do smanjenja CO. Uz to, rastezanje peritoneuma može podražajem vagusa rezultirati značajnom bradikardijom, čak i asistolijom. Isto tako je moguć i značajan podražaj simpatičkog sustava, s posljedičnom tahikardijom i hipertenzijom. Apsorpcija CO₂ može dovesti do hiperkarbije i acidoze. Sve to može uzrokovati hemodinamske promjene čak i kod zdravog bolesnika te se postavlja pitanje mogućnosti primjene takve metode kod bolesnika s pridruženim kardijalnim komorbiditetima. S druge strane, otvorena kolecistektomija podrazumijeva laparotomiju, koja predstavlja invazivniji zahvat, a time i značajniji kirurški stres. Veća je trauma tkiva i veličina rane te je bol intraoperativno i postoperativno puno izraženija, što dovodi do dugotrajnijeg i težeg oporavka bolesnika. Iako bi otvorena kirurška tehnika imala manji utjecaj na hemodinamske parametre intraoperativno, smatramo da je laparoskopski pristup, kao manje invazivan, uz adekvatan hemodinamski monitoring perioperativno, zaslužan za brz oporavak naše bolesnice.

LAPAROSKOPSKA KIRURGIJA ŽUČNJAKA I ŽUČNIH VODOVA U OŽB POŽEGA OD 2007.-2011. GODI / *Laparoscopic surgery of the gallbladder and bile ducts in County hospital Požega*

Zukanović Goran

Glavić Ž., Begić Lj., Šimleša D., Santak G., Ćosić J.

OŽB Požega, Odjel abdominalne kirurgije

Osječka 107, 34000 Požega

zukinjo@hotmail.com

098/550-312

Usmeno izlaganje

UVOD: Jedna od najčešćih operacija u digestivnoj kirurgiji je laparoskopna kolecistektomija. Ocem laparoskopne kolecistektomije smatra se francuski kirurg Philippe Mouret koji je 1987.godine laparoskopski podvezao arteriju i duktus cistikus te kroz minilaparotomiju odstranio žučnjak. Prema zaključku NIH-a (National Institutes of Health), od 1992.godine endoskopska kolecistektomija postaje standard u liječenju kolelitijaze.

CILJ: Ovim kratkim prikazom želimo dokumentirati primjenu ovog kirurškog napredka u našoj ustanovi te usporediti s rezultatima na regionalnoj i svjetskoj razini.

METODE: Uvidom u operacijske liste pacijenata operiranih u našoj bolnici od 2007.-2011.godine dobili smo podatke koje smo statistički obradili i usporedili sa podacima sličnih istraživanja

REZULTATI: Ovom operacijskom metodom u navedenom petogodišnjem razdoblju operirano je ukupno 788 bolesnika. Prema spolu bilo je 230 (29.2%) muških te 558 (70.8%) ženskih pacijenata. S obzirom na kliničku sliku akutnih odnosno subakutnih kolecistitisa bilo je 155 (19.7%), a kroničnih 633 (80.3%). Dreniran je gotovo svaki pacijent (80.3%) s tendencijom smanjivanja broja istog. Za vrijeme operacijskog zahvata verificirano je ukupno 17 (2.2%) umbilikalnih hernija dok je postoperativnih bilo 14 (1.8%). Broj konverzija u istom razdoblju iznosio je 31, što je 3.9% od ukupnog broja laparoskopki započetih operacija. Uvođenje četvrtog troakara bilo je nužno u 32 (4%) slučaja. Tijekom tog razdoblja nije zabilježen niti jedan smrtni slučaj.

ZAKLJUČAK: Prema podacima koje smo dobili zaključili smo da su statistički pokazatelji naše ustanove na razini onih recentne kirurške literature.

LAPAROSKOPSKA I OTVORENA HOLECISTEKTOMIJA – ISKUSTVA HIRURGA U MANJOJ OPŠTOJ BOLNICI

Milošević Predrag, Kolinović Marija, Babović Mihailo, Sorat Dragan
Opšta bolnica „Danilo I“, Cetinje, Crna Gora
predrag.v.milosevic@gmail.com

Cilj rada je analiza primjene laparoskopske i otvorene holecistektomije na nivou manje opšte bolnice, kakava je naša ustanova, uz upoređivanje dobijenih rezultata sa podacima iz literature, kako bi se stekao što bolji uvid u dosadašnje iskustvo i kvalitet hirurške prakse na ovom polju. Ova retrospektivno-prospektivna studija obuhvatila je 382 odrasla pacijenta (starija od 18 godina, prosječne starosti $53,09 \pm 15,01$ godina) podvrgnuta otvorenoj ili laparaskopskoj holecistektomiji u periodu od 2004. do 2011. godine u Opštoj bolnici „Danilo I“, na Cetinju, Crna Gora. Dijagnoza oboljenja zasnovana je na anamnezi, kliničkim, ultrazvučnim i laboratorijskim nalazima.

Podaci o polu i starosti pacijenta, dijagnozi, primijenjenom hirurškom zahvatu, intraoperativnim i postoperativnim komplikacijama su statistički obrađeni i upoređeni sa podacima iz literature.

Ukupan posmatrani period od 8 godina, podijeljen je na prve 4 godine, od 2004. do 2007. kada je u Opštoj bolnici „Danilo I“ na Cetinju, rađena isključivo otvorena hirurgija žučne kese (OH) i druge 4 godine, od 2008. do 2011. kada je pored OH u praksi primjenjivana i laparoskopija (LH). U periodu od 2008. do 2011. god. bilo je statistički značajno više operativnih zahvata u odnosu na prethodne 4 godine ($p < 0,0001$).

Pacijenti podvrgnuti LH su bili statistički značajno mlađi u odnosu na pacijente podvrgnute OH ($p < 0,0001$). Isto je utvrđeno i analizom starosti pacijenata prema polu. Statistički značajno više pacijenata sa akutnim holecistitisom je operisano otvorenom metodom, dok su pacijenti sa hroničnim holecistitisom statistički značajno češće podvrgnuti laparaskopskoj holecistektomiji ($p < 0,05$).

Razlika u učestalosti komplikacija između dva posmatrana perioda nije bila statistički značajna ($p > 0,05$). Smrtnog ishoda nije bilo.

Laparoskopska holecistektomija u okviru hirurške prakse naše ustanove, koja spada u red manjih opštih bolnica, primjenjuje se bezbjedno i efikasno kao i u mnogo većim centrima u kojima se ovi operativni zahvati izvode na znatno većem broju pacijenata čime se omogućava značajno usavršavanje hirurške vještine i sticanje određene rutine.

Laparoskopska pericistektomija ehinokoknih cista jetre- prikaz slučaja / *Laparoscopic pericystectomy of hepatic echinococcal cysts- case report*

Kolak T
Baković J, Stipančić I, Miočinović M, Knežević M.
Kb Dubrava
Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb
mariknezevic@gmail.com
0996095415
Poster

Sažetak: Na Kliniku za kirurgiju primljena je žena stara 58 godina, a radi liječenja kolelitijaze te ehinokoknih cista jetre. Prethodno je bolesnica bila hospitalizirana na Odjelu gastroenterologije zbog opstruktivnog ikterusa. Tada se učini ERCP te ekstrakcija dva sitna konkrementa. MSCT obradom verificiraju se ehinokokne ciste jetre radi čega se bolesnica po otpustu upućuje na Kliniku za infektivne bolesti gdje je provedena terapija alben-dazolom. Po hospitalizaciji na Klinici za kirurgiju učini se laparoskopska kolecistektomija te pericistektomija dviju cisti veličine 50 i 30 mm, u II. i III. segmentu jetre. Patohistološkom obradom utvrdi se da se radi o ehinokoknim cistama jetre. Postoperativni tijek protječe uredno te se bolesnica peti postoperativni dan otpušta iz bolnice. Godinu dana nakon toga bolesnica je ponovno hospitalizirana na Kliniku za kirurgiju jer se učinjenom obradom (MSCT, UZV) ponovno nađu ehinokokne ciste jetre i to u VII. segmentu jetre, promjera 34 mm. Ponovno se učini laparoskopska pericistektomija. Patohistološkom obradom utvrdi se da je u pitanju ehinokokna cista jetre. Bolesnica se peti postoperativni dan u dobrom općem stanju otpusti iz bolnice.

Laparoskopsko liječenje metastaze GIST-a u jetri- prikaz slučaja / *Laparoscopic treatment GIST liver metastatic disease- case report*

Kolak T
Baković J, Stipančić I, Miočinović M, Knežević M
Kb Dubrava
Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb
mariknezevic@gmail.com
0996095415
Usmeno izlaganje

Sažetak: Na Kiruršku kliniku KB Dubrava je primljena žena stara 53 godine radi operacijskog liječenja MSCT-om verificirane promjene veličine 4 cm, u II. segmentu jetre, citološki karakterizirane kao metastaza GIST-a. Tri

godine ranije pacijentici je učinjena laparoskopska resekcija želuca radi primarnog GIST-a. Nakon prve operacije pacijentica je upućena onkologu. Nije provedena adjuvantna terapija. Laparoskopskom eksploracijom se nađe opisana promjena na jetri. Učini se laparoskopska ekstirpacija tumora.

Laparoskopska kirurgija ehinokoka jetre / *Laparoscopic surgery of liver echinococcosis*

Marijan Kolovrat
Željko Bušić, Fedor Amić, Dražen Servis
Klinička bolnica "Dubrava" Zagreb
Av. Gojka Šuška 6, Zagreb
zbusic@kdbd.hr
098-263-799
Usmena prezentacija

Sažetak: U razdoblju od 1999- 2011 u odjelu abdominalna kirurgija II, sada endoskopska kirurgija operirano je 56 bolesnika zbog ehinokoka jetre. Od njih je bio jedan sa diseminiranom bolesti i jedan sa cistama mladica u koledokusu te posljedičnim opstruktivnim ikterusom. Također je bio jedan ehinokok slezene. Šesnaest bolesnika je operirano laparoskopskom tehnikom. U 9 bolesnika je učinjena laparoskopska pericistektomija a u 7 bolesnika laparoskopska parcijalna pericistektomija. U jednog bolesnika je bila komunikacija ciste sa žučnim vodom i učinjena je biliostaza najlonskim šavom Ethilon 5-0. Prosječna hospitalizacija u grupi laparoskopskih operacija bila je 5 dana. Prosječno trajanje operacijskog zahvata iznosilo je 85 minuta. U grupi laparoskopskih operacija nije bilo postoperacijskih komplikacija i za sada dokazanog recidiva bolesti.

LAPAROSKOPSKA KOLECISTEKTOMIJA I EHINOKOK JETRE

Tripalo I.
Vukelja D, Čargonja A, Gregurović W, Salopek-Angelov M, Čala Z.
Kirurški odjel Opće bolnice Ogulin
Bolnička ulica 38, 47300 Ogulin
zorcala@gmail.com
0914041966
usmeno

Sažetak: Laparoskopske kolecistektomije se na Kirurškom odjelu Opće bolnice u Ogulinu rade od 1996. godine. Postotak laparoskopskih u odnosu na otvorene

kolecistektomije je postupno rastao, tako da se ove operacije danas rade gotovo u potpunosti laparoskopskim načinom. Usto, rade se laparoskopske apendektomije i endoskopske operacije preponskih kila. Od rujna 2011. do rujna 2012. učinjena je 81 laparoskopska kolecistektomija. Tijekom takvih operacijskih zahvata povremeno se nađe i neki drugi patološki nalaz u trbuhu. U proteklih godinu dana smo, uz očekivane promjene na žučnjaku, u dva bolesnika naišli na ehinokok jetre. U jednom slučaju smo učinili konverziju na otvoreni postupak, te uz kolecistektomiju odstranili i promjenu na jetri. U drugog bolesnika smo učinili laparoskopsku kolecistektomiju i laparoskopsku eksciziju kalcificiranog ehinokoka jetre. U oba slučaja, operacijski i poslijeoperacijski tijek su protekli uredno, bez komplikacija. U zaključku se može reći da se u slučajevima kada je to moguće, a lokalni nalaz upućuje na kalcificirani ehinokok jetre može učiniti laparoskopska ekscizija.

Prva iskustva iz SILS-a u O.B. Koprivnica / *Experience With SILS In General Hospital Koprivnica*

Josip Petrovčić
Nenad Bijelić, Tomislav Jelić, Tomislav Jerčinović
Opća Bolnica "Dr. T. Bardek" Koprivnica
Ulica Željka Selinger b.b.
operacijacs@obkoprivnica.hr
0992202987
prezentacija

Sažetak: Unatrag godinu u našoj ustanovi započeli smo s laparoskopskim operacijama na jedan otvor. U tom razdoblju učinili smo 24 kolecistektomije i 3 apendektomije. Medicinske komplikacije nismo imali, a u dva slučaja učinili smo konverziju u "klasičnu" laparoskopsku operaciju. Dosadašnje iskustvo pokazuje da je moguće uz prethodno iskustvo u laparoskopiji i odgovarajuću edukaciju te opremu izvesti spomenute operacije u prihvatljivom vremenu, a koje još uvijek spada u fazu učenja metode.

**Laparoskopska pericistektomija ehinokokne ciste
jetre ultrazvučnim nožem / *Laparoscopic pericys-
tectomy of liver echinococcal cyst using harmonic
scalpel***

Marijan Kolovrat
Željko Bušić, Fedor Amić, Dražen Servis
Klinička bolnica "Dubrava" Zagreb
Av. Gojka Šuška 6, Zagreb
zbusic@kdb.hr
098-263-799
Usmena prezentacija

Sažetak: Liječenje ehinokokoze jetre, bolesti još uvijek prisutne u Hrvatskoj, sastoji se od konzervativnog liječenja i zatim kirurškog odstranjenja ehinokokne ciste. Operacija se može izvesti otvoreno i laparoskopskom tehnikom. Prikazan je slučaj solitarne ciste promjera 5 cm u VI segmentu jetre koja je odstranjena laparoskopskim putem koristeći harmonični skalpel. Postoperacijski tijek je bio uredan i bolesnica je puštena kući četvrti poatoperacijski dan. Laparoskopsku pericistektomiju ultrazvučnim nožem treba učiniti kada je to moguće.

SJEDNICA/SESSION 03

Naslov/Topic:

Endoskopska kirurgija kila/Endoscopic hernia treatment

Minimalna invazivna kirurgija u liječenju ventralnih hernija / Minimal invasive surgery in ventral hernia repair

Kraljik Darko

Samardžić J, Miškić Đ, Latić F, Mrković H, Pitlović

V, Križanović-Rupčić A, Pavković

OŽB "Dr Josip Benčević" Slavonski Brod

Andrije Štampara 42, Slavonski Brod

darkokraljik@gmail.com

098-226556

prezentacija

SAŽETAK: Hernije trbušne stijenke javljaju se relativno često u svakodnevnoj kirurškoj praksi. Primarne s incidencijom od 5 – 15% te postincisionalne nakon razolikih abdominalnih zahvata i recidivne u čak preko 50% slučajeva. Uporaba prostetskog materijala uz minimalnu invazivnu tehniku, znatno je reducirala incidenciju recidiva. U ovoj retrospektivnoj studiji, analiziramo i prezentiramo naša iskustva u posljednje dvije godine.

MATERIJAL I METODE: U posljednje dvije godine, 92 bolesnika operirano je na našem odjelu zbog hernija trbušne stijenke. Carbajo tehnika dvostruke krune primjenjena je u 22 bolesnika operirana laparoskopskim putem. Prostetski materijal koji smo koristili bile su Proceed, Physiomas i Parietex Composite mrežice.

REZULTATI: Od 92 bolesnika s ventralnim hernijama, 22 (20,24%) prosječne dobi 48 godina, operirali smo laparoskopskim putem. Prosječno trajanje operacijskih zahvata bilo je 64 minute. Najznačajnija zamijećena komplikacija, krvarenje iz epigastrične arterije, bila je razlogom reintervencije kod jedne bolesnice. Poslije operacijski boravak u bolnici trajao je prosječno 4,4 dana.

ZAKLJUČAK: Prednosti minimalnih invazivnih zahvata te niži postotak recidiva, pokazali su se glavnim opravdanjem u primjeni ove metode u liječenju hernija trbušne stijenke. Krivulja učenja te relativno visoka cijena korištenog prostetskog materijala, glavni su razlozi ne korištenja ove prihvatljive i korisne metode u većem broju slučajeva.

Laparoskopsko zbrinjavanje posttraumatske ventralne hernije korištenjem 2 otvora / Laparoscopic approach for posttraumatic ventral hernia using two ports

Štanfel Ana

Tepeš M., Budimir T., Bednjanić A., Koprivčić I., Vidović D.

KBC Osijek, Klinika za kirurgiju

Josipa Huttlera 4, 31 000 Osijek

anastanfel@gmail.com

Telefon/mobitel: + 385 98 1648 205

video prezentacija

Sažetak: Laparoscopic ventral hernia repair has many advantages compared to open surgery. Usually laparoscopic ventral hernia repair is done through three ports. In this case report we describe the laparoscopic approach for posttraumatic ventral hernia in 41 y/o male with an intra-abdominal placement of mesh using two ports. Videopresentation will show the advantages and disadvantages of these technique. Laparoskopsko zbrinjavanje ventralne hernije ima brojne prednosti u usporedbi s otvorenim pristupom. Obično se zbrinjavanje ventralne hernije vrši korištenjem 3 otvora. U ovom prikazu slučaja opisujemo laparoskopski pristup posttraumatskoj ventralnoj herniji u 41-godišnjeg muškarca s intraabdominalnim postavljanjem mrežice korištenjem 2 otvora. Videoprezentacija će pokazati prednosti i nedostatke ove tehnike.

Laparoskopska operacija ventralne kile / Laparoscopic ventral hernia repair

Dražen Vidović

G. Kondža, B. Kovačić, A. Križan, M. Grubišić, D. Krpan, Z. Boras

KBC Osijek

Huttlerova 4

drazen.vidovic@os.t-com.hr

098252646

oralno

Sažetak: The aim of this study was to evaluate the effectiveness and feasibility of laparoscopy for ventral hernia repair. Methods: This retrospective study included 70 cases with postincisional ventral hernias and primary ventral hernias. Mean age was 47 years (from 31 to 66). Results: We performed 42 laparoscopic operations for postincisional and 28 operations for primary ventral hernias. The mean operation time was 62 min (35-140) and mean hospitalisation was 4 days (2-33).

Postoperative complications was in 2 patients . In one patient was termic injury of colon transversum and one postoperative bleeding in patient with liver cirrhosis. Recurrenct was in 4 cases. There was no conversion and no death. Conclusion: Laparoscopic managment for primary ventral and postincisional hernias is safe and effective procedure.

Kirurško liječenje recidivne ingvinalne kile / Surgery for recurrent gro

Dražen Vidović

G. Kondža, B. Kovačić, A. Križan, M. Grubišić, D. Krpan, Z. Boras
KBC Osijek
Huttlerova 4
drazen.vidovic@os.t-com.hr
098252646
oralno

Sažetak: Recurrent ingvinal hernia accounts 10-15% of ingvinal hernia repairs. Significant quantitative problem for the surgical community. Usually caused by the breakdown of a repair performed with tension along the fascial suture lines, poor tissue quality, rapid returned to daily activities and systemic comorbidity. Surgical treatment is controversial. Significant problem with high recurrence rates and associated with major postoperative complication. Surgical treatment of recurrent groin hernia are best managed with mesh repair. Tension-free techniques (TEP, TAPP and Lichtenstein repair) are appropriate. Laparoscopic repair is becoming more common procedure with minimal use of pain medication and early return to work .

PRIKAZ SLUČAJA-INTRAABDOMINALNOG HEMATOMA IZ LEZIJE EPIGASTRIKE INF.TIJEKOM LVHR / A CASE OF INTRAABDOMINAL HAEMATHOMA DUE TO INF.EPIGAST. ART. RUPTURE DURING LVHR

Vlatka Pitlović

J.Samardžić, D.Kraljik, Đ.Miškić, F.Latić, H.Mrković
OB dr.J.Benčević
Štampareva 42, Sl.Brod
vpit@net.hr
098612060
oralna i video prezentacija

Sažetak: Uporaba laparoskopije za sve zahtjevnije operacijske postupke zahtjeva postavljane sve većeg

broja širih troakara kroz trb.stijenku.Kao rezultat navedenog u 0,2 % do 2% laparoskopskih operacija dolazi do ozljeda krv.žila trb.stijenke.Krvarenje iz ozljeđene krv. žile trb. stijenke predstavlja ozbiljnu komplikaciju.U ovom radu prikazujemo slučaj intraabdominalnog hematoma nastalog iz lezije epigastrike inf.tijekom laparoskopske operacije ventralne kile koji se prezentirao akutnim abdomenom 9. postop. dan.

Da li je potrebno fiksirati mrežicu kod TAPP-a / Mesh fixation in TAPP procedure, yes or no?

Josip Petrovčić

Nenad Bijelić, Tomislav Jerčinović, Tomislav Jelić
Opća Bolnica \ " Dr. Tomislav Bardek \ " Koprivnica
Ulica Željka Selinger b.b. Koprivnica
operacijacs@obkoprivnica.hr
0992202987
prezentacija

Sažetak: U radu su analizirani podaci za 136 pacijenata kojima je u učinjena laparoskopska hernioplastika tehnikom TAPP. Datatno su analizirani rezultati za 24 pacijenta kod kojih mrežica nije fiksirana. Vlastiti rezultati potvrđuju podatke iz literature da nije nužno fiksirati mrežicu. Učestalost komplikacija od kojih je najvažniji recidiv ne ovisi o fiksaciji mrežice, a pojam migracije i skvrčavanja mrežice kao mogućeg rzičnog faktora za nastanak recidiva više je vezan za kvalitetu mrežice koja se koristi za hernioplastiku.

Laparoskopsko liječenje ingvinalne hernije- naša iskustva / Laparoscopic inguinal hernia repair-our experience

V.Pavković

J. Samardžić, M. Rupčić, A. Križanović Rupčić
OB \ " Dr.J.Benčević \ "
A. Štampara 42,35000 Sl.Brod
akrizanovic@gmail.com
0951963399
usmeno izlaganje

Sažetak: Od Bassini-jeve operacije, 1887.godine, pa do danas, uvođenjem prostetičkog materijala i razvojem laparoskopske kirurgije, tehnika popravka ingvinalne hernije se značajno poboljšala. Popravak ingvinalne hernije je najčešće izvođeni kirurški zahvat u svijetu. Početak laparoskopskog popravka ingvinalne hernije datira od 90.tih godina, te se primjenjuju kao transab-

dominalna preperitonealna plastika i transabdominalna ekstraperitonealna plastika. Brojne studije su dokazale prednosti laparoskopskog liječenja. Brži oporavak pacijenta i vraćanje ka svakodnevnim aktivnostima, smanjenje postoperativne boli. U našoj ustanovi preferiramo T.A.P.P. tehniku, te u ovom predavanju iznosimo naša iskustva.

TESTIKULARNA CIRKULACIJA I IMUNOLOŠKA SENZIBILIZACIJA NAKON HERNIOPLASTIKE / *Testicular circulation and immunological sensitization after hernioplasty*

Nikica Družijanić

I. Štula, Z. Perko, D. Kraljević, Z. Pogorelić, V. Čapkun, N. Bošnjak

KBC SPLIT, Klinika za kirurgiju, Zavod za radiologiju, Klinički laboratorij

Spinčićeva 1

ndruzija@kbsplit.hr

021 556 226

usmeno

CILJ: Utvrditi je li preponska kila i stanje nakon operacije uz uporabu mrežice dovodi do promjene u testikularnoj cirkulaciji, te da li dolazi do imunološke senzibilizacije na spermije.

ISPITANCI: Prospektivna nerandomizirana studija kod 43 pacijenata koji su u razdoblju od 01.02.2010.g.do 01.02. 2011.g. operirani zbog preponske kile na Kliničkom odjelu digestivne kirurgije KBC Split. U studiju su uključeni pacijenti koji nisu imali raniju operaciju ili traumu testisa, autoimunu bolest, imunodefijenciju, upalu prostate, uretre ili epididimisa i varikokelu te koji su pristali na sudjelovanje u studiji.

METODE: Operacija otvorenim prednjim pristupom napravljena je u grupi II (28 pacijenata), dok je u grupi I ukupno 15 pacijenata operirano TAPP laparoskopskim pristupom. Kod svih pacijenata korištena je polipropilenska mrežica. Krv za analizu antispermatozoidnih protutijela analizirana je kod svih pacijenata prijeoperacijski i poslijeoperacijski nakon više od 120 dana. Za mjerenje protutijela rabili smo ELISA test za antispermatozoidna protutijela u serumu. Mjerenje doplerskih protoka na tri različite arterijske razine (a. testicularis, a. capsularis i aa. intratesticulares) napravljeno je kod svih pacijenata prijeoperacijski te rano poslijeoperacijski (nakon 48 sati) te kasno poslijeoperacijski - nakon 120 dana od operacije. Korišteni su parametri prilagođeni sporim

protocima uz korištenje sonde visoke rezolucije od 10 MHz. U statističkoj analizi za usporedbu različitih mjerenja koristili smo neparametrijske inačice za zavisne uzorke -Wilcoxonov i Friedmanov test.

REZULTATI: Našli smo statistički značajnu razliku u arterijskom protoku na nivou malih arterija testisa (aa. intratesticulares) u ranom poslijeoperacijskom razdoblju, a koji se normaliziraju u kasnom poslijeoperacijskom razdoblju. Na razini testikularnih i kapsularnih arterija nije bilo statistički značajnih promjena u oba mjerenja, bez obzira kojom su metodom operirani. Nismo našli znakova imunološke senzibilizacije.

ZAKLJUČAK: Vaskularna rezistencija testisa zbog operacijske manipulacije funikulusa prolazno raste u ranom poslijeoperacijskom razdoblju. Operacija preponske kile laparoskopskim ili prednjim ingvinalnim pristupom uz uporabu mrežice ne dovodi do trajnih promjena u testikularnoj cirkulaciji niti do imunološke senzibilizacije.

LAPAROSKOPSKA RESOLUCIJA INTERNE KILE POSLIJE LAPAROSKOPSKOG BYPASSA / LAPAROSCOPIC RESOLUTION OF INTERNAL HERNIA AFTER LAPAROSCOPIC GASTRIC BYPASS

Gregor Kunst

Brane Breznikar, Barbara Rožej

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

Gospodarska cesta 2, Slovenj Gradec, Slovenija

grega.kunst@gmail.com

+38631344410

CASE REPORT, ENGLISKI

CASE REPORT: LAPAROSCOPIC RESOLUTION OF INTERNAL HERNIA AFTER LAPAROSCOPIC GASTRIC BYPASS
G. KUNST, B. BREZNIKAR, B. ROŽEJ GENERAL HOSPITAL SLOVENJ GRADEC, DEPARTMENT OF GENERAL AND ABDOMINAL SURGERY
ABSTRACT INTRODUCTION
Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass (GBP) has been shown to be an effective treatment for morbid obesity, both weight loss and improvement in comorbidities such as diabetes and hypertension. Laparoscopic approach offers many advantages to the patient in terms of fewer wound complications, decreased length of hospital stay, and decreased postoperative pain. As all operations it has also complications. One such complication is internal hernia through one of the mesenteric defects, which can result in small bowel obstruction, ischemia, or infarction and often requires reoperation. An internal hernia is a complication with incidenc usu-

ally between 1 - 2 % (range 0,2 – 9 % based on multiple studies). It can potentially occur through either two or three defects, depending on whether a retrocolic or antecolic technique is used for the Roux limb. Petersen's defect is defined as the space between the Roux limb and the transverse mesocolon. A defect is also present between the biliopancreatic and Roux limbs at the jejunojejunostomy.

MATERIALS AND METHODS: From february 2007 we have performed more than 300 GBP out of almost 650 bariatric procuders which we started to do in 2005. We do antecolic antegastric aproach with linear steplers. We do not close Petersen and mesenterial defect.

RESULTS: Internal hernia appeared in 2 cases. In one patient we found difficult picture of internal hernia with complete herniation of entire small bowel through the mesenteric defect. We managed to resolve that laparoscopicaly and closed defects. Postoperatively patient didn` t have any complications.

CONCLUSION: Antecolic approach compared to retrocolic in GBP has lower rates of internal hernias. Mostly surgeons close mesenteric defects but we still have love rates of internal hernias. It is important to listen to the patient with abdominal pain after GBP. Contrast radiographs alone are unreliable in ruling out this diagnosis. Early intervention is crucial, most repairs can be performed laparoscopicaly.

SJEDNICA/SESSION 04

Naslov/Topic:

Torakalna kirurgija/Thoracic surgery

Video-torakoskopska lobektomija u liječenju ne malo staničnih karcinoma pluća / Video-thoracoscopic lobectomy at the treatment of of the non-small-cell lung c

Joško Juričić

Ilić N, Krnić D, Banović J

Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju

Spinčićeva 1, 21 000 Split

juricic@mac.com

091 1703961

Oralni

Uvod: Video-torakoskopska (VATS) lobektomija u liječenju ne malo staničnih karcinoma pluća je postala standardni, iako ne i rutinski izvođeni zahvat. Uz poštivanje onkoloških načela, ova metoda ima brojne prednosti za bolesnike u poredbi s klasičnom operacijom.

Metode i bolesnici: U razdoblju od 2009.-2012. indicirali smo VATS lobektomiju kod 22 bolesnika. Kriteriji za indicaciju su bili T1 i T2 tumori manji od 6 cm i periferno smješteni, bez N2 bolesti i bez centralne adherirajuće limfadenopatije. Konverziju u klasičnu ili hibridnu operaciju smo uradili kod 10 bolesnika (44.5 %). Resekciju bronha, krvnih žila i parenhima smo uradili samoživima, a sistemsku medijastinalnu limfadenektomiju harmoničnim rezačem.

Rezultati: U skupini od 12 bolesnika s VATS lobektomijom nije bilo perioperacijskog mortaliteta. Nijedna bolesnik nije primao krvne praoarate tijekom operacije. Kod jednog je bolesnika produžena drenaža zbog izlaženja zraka, a kod drugog bolesnika zbog krvarenja. Obje su komplikacije konzervativno zbrinute. Prosječno trajanje drenaže je bilo 3.6 dana, a hospitalizacije 7.4 dana.

Rasprava: Prednosti za bolesnike s urađenom VATS lobektomijom su brži oporavak, manja bol, bolji kozmetski rezultat, kraća drenaža i kraća hospitalizacija. Nedostaci metode su duže trajanje operacije i izrazito spora krivulja učenja.

Video-torakoskopsko liječenje primarnog spontanog pneumotoraksa / Video-thoracoscopic treatment of primary spontaneous pneumothorax

Nenad Ilić

Juričić J, Banović J, Krnić D

Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju

Spinčićeva 1, 21000 Split

juricic@mac.com

091 1703961

oralni

UVOD: Videotorakoskopso (VATS) liječenje je zlatni standard u zbrinjavanju primarnog spontanog recidivnog pneumotoraksa.

METODE I BOLESNICI: U razdoblju od 1995.-2005 smo video-torakoskopski operirali 240 bolesnika (164 M i 76 Ž) s primarnim recidivnim spontanim pneumotoraksom. Kod 82 % bolenika smo uradili atipičnu resekciju, kod 94 % abraziju pleure, kod 6% parcijalnu pleurektomiju i kod 3% bulektomiju.

REZULTATI: Kod 8.7 % bolesnika smo imali manje komplikacije zbrinute konzervativno. Prosječno trajanje operacije je bilo 35 minuta, drenaže 2.8, a hospitalizacije 4.3 dana. Svi analizirani parametri (ABS, minutni volumen disanja, FEV1, PaO2, količina anestetika i krvnih preparata, trajanje drenaže i hospitalizacije, kronična bol) su u prilog videotorakoskopskom liječenju.

RASPRAVA: Videotorakoskopsko liječenje je sigurna i efikasna procedura s minimalnim komplikacijama i danas je metoda izbora u liječenju primarnog spontanog pneumotoraksa

Video-torakoskopsko liječenje tumora ovojnice torakalnih spinalnih živaca / *Video-thoracoscopic treatment of the thoracic spinal nerve sheath tumours*

Dragan Krnić

Juričić J, Ilić N, Banović J

Klinički bolnički centar Split, Klinika za kirurgiju

Spinčičeva 1, 21 000 Split

juricic@mac.com

091 1703961

oralno

UVOD: Videotorakoskopsko liječenje tumora ovojnice spinalnih živaca je jednostavna i poštena metoda.

BOLESNICI I METODE: Od 2010.-2011. smo operirali tri bolesnika s tumorima ovojnice spinalnih živaca. Prvi dio zahvata su radili neurokirurzi stražnjim pristupom, a potom smo bolesnika operirali videotorakoskopski u bočnom položaju. Resekciju tumora smo radili harmoničnim rezačem.

REZULTATI: Prosječno trajanje videotorakoskopskog dijela operacije je bilo 52 minute. Trajanje torakalne drenaže je bilo 2 dana. Histološki se radilo od dva neurinoma i jednom hemangiomu. kod jednog je bolesnika liječenje produženo zbog bronhopneumonije. Ni jedan bolesnik nije imao neuroloških komplikacija.

RASPRAVA: Videotorakoskopsko liječenje metoda izbora u liječenju tumora torakalnih spinalnih živaca. Poslijeoperacijski oporavak bolesnika je brži, bol i deformiteti prsne stijenke su manji.

Uloga videoasistirane torakoskopije kod traume toraksa / *Role of video-assisted thoracoscopy in chest trauma*

Anto Lukenda

Šakić I., Rupčić M., Hrečkovski B., Janković J., Roško D., Juričić D., Prpić D.

OB "Dr. Josip Benčević"

A. Štampara 42

ivana_pl_2000@yahoo.com

098/9125440

power point prezentacija

Sažetak: Videoasistirana torakoskopija je našla široku primjenu u dijagnostici i liječenju oboljenja prsnog koša, međutim njena primjena je ostala kontroverzna u slučaju ozljeda prsnog koša. Neki kirurzi izvještavaju

o svojim pozitivnim iskustvima u primjeni ove tehnike kod pacijenata sa tupom i prodornom traumom prsnog koša. Videotorakoskopija je siguran, točan i koristan pristup u dijagnostici i liječenju pacijenata s ozljedom prsišta. Idealna je za procjenu dijafragmalnih ozljeda, za kontrolu krvarenja, rano otklanjanje zaostalog hemotoraksa, za liječenje empijema, hilotoraksa, perzistentnog pneumotoraksa te za uklanjanje intratorakalnog stranog tijela. Međutim, ova metoda se ne preporučuje kod pacijenata kod kojih je indicirana hitna torakotomija i kod postojanja sumnje na ozljedu srca i velikih krvnih žila. Prikazat ćemo naša prva iskustva u primjeni videoasistirane torakoskopije u traumatičnim prsištima.

Torakoskopska simpatektomija / *Thoracoscopic sympathectomy*

doc.dr.sc. Igor Nikolić

KB Dubrava, Zagreb

Av.Gojka Šuška 6, Zagreb

inik11@net.hr

012902766

usmeni

Sažetak: Presijecanje simpatičkog lanca dovodi do smanjivanja tegoba kod brojnih bolesti. To se prvenstveno odnosi na poboljšanje periferne cirkulacije kod Raynaudova sindroma, Burgerove bolesti, ublažavanja bolova kod kaudalgije, smanjivanja hiperhidroze, a znatno rjeđe se izvodi kod nekih poremećaja srčanog ritma, iznenadnih crvenila lica (facial flushing), abdominalnih bolova izazvanih karcinomom gušterače ili kroničnim pankreatitisom te kod anginalnog sindroma. Rezultati liječenja su postali još interesantniji od kada se simpatektomija izvodi torakoskopskim načinom, tako da su komplikacije i nepoželjni efekti znatno manji nego nakon torakotomije. Radi se o minimalnom invazivnom zahvatu koji daje izvrsne rezultate na duže vrijeme, siguran je i praćen malim brojem komplikacija. Uvođenjem video-asistirano načina rada, metoda je još više dobila na popularnosti i učinkovitosti tako da se preporuča u najranijim stadijima vaskularnih bolesti šaka, dok se nisu razvile nekrotične promjene i ulceracije kože. Jedna od rjeđih komplikacija koje se mogu pojaviti nakon zahvata jesu bradikardija, kompenzatorna hiperhidroza druge strane tijela, Hornerov sindrom kod lezije stelnog ganglija te pojava manje količine pleuralnog izljeva. U okviru predavanja prikazati ćemo slučaj naše bolesnice s angiopatijom desne šake te posljedičnim ulceracijama i demarkacijama na koži prstiju kod koje svi oblici konzervativnog načina liječenja nisu

doveli do smanjivanja tegoba te je učinjena torakoskopska simpatektomija.

Videoasistirana torakoskopska kirurgija: šestogodišnje iskustvo / Video-Assisted Thoracic Surgery: A Six-Year Experience

Mihanovic J

Bacic I, Katusic Z, Morovic D, Bubicic J

Division of Thoracic Surgery, Surgery Department, General Hospital Zadar

Bože Peričića 5, 23000 Zadar

mihanovic@gmail.com

0038598544401

Oral and video (PPT) presentation

ABSTRACT Background Video-Assisted Thoracic Surgery (VATS) is established approach to diagnosis and treatment of various intrathoracic conditions with numerous advantages such as low morbidity and shorter hospital stay.

Methods Authors analyzed 122 cases operated in General Hospital Zadar employing VATS during a 6-year period.

Results Eighty-three patients were men (68 %), and 39 women (32 %). Patients were between 19 and 82 years old (mean 58.0, SD±14.9). The majority were elective (106 patients - 86.9 %) versus 16 emergency admissions (13.1 %). Indications for operation were pulmonary mass/infiltration or interstitial lung disease in 56 patients (45.9 %), undiagnosed pleural effusion or infiltration in 41 cases (33.6 %), recurrent or persistent pneumothorax in 15 cases (12.3 %), massive pericardial effusion or mediastinal cyst in 3 (2.5 %), decortication for chronic empyema in 3 (2.5 %), late hemothorax in 2 (1.6 %) and palmar hyperhidrosis and Reynaud's disease in 1 patient respectively (0.8 %). Tissue samples were taken in all but one patient treated for analgesic palliative reasons. Pathologic diagnosis was reached in all of the analyzed tissue samples. Mean postoperative length of stay was 7.3 days (range 1-116 days, SD±10.7). Two patients died during postoperative period, one because of terminal malignant disease and the other after cardiac complications following open pleuropneumectomy for pleural mesothelioma.

Conclusion Since VATS introduction in our hospital in 2006, this method became valuable and safe in reaching the correct diagnosis for pulmonary or pleural

infiltrations, effusions of unclear etiology and treatment of recurrent pneumothoraces, benign lung and mediastinal tumours, empyemas, late haemothoraces and cardiac tamponade.

VATS u Općoj bolnici Pula od 2001. do 2011. / VATS in General hospital Pula from 2001 to 2011

Andrej Angelini

Renato Vidos, Davor Pikot, Igor Mirković, Anthony Ban
OB Pula - Torakovaskularni odjel

Negrijeva 6 52100 Pula

andrej.angelini@pu.t-com.hr

052/376-330, 091/376-0069

usmeni

Sažetak: Cilj rada je prikaz i analiza VATS tretmana u Općoj bolnici Pula od 01.01.2001. do 31.12.2011. Analizom dobivenih rezultata zaključili smo da je VATS tretman u dijagnostičke i terapijske indikacije opravdana.

SJEDNICA/SESSION 05

Naslov/Topic:

Neurokirurgija/Neurosurgery

ENDOSKOPSKI TRANSVENTRIKULARNI PRISTUP ZA PINEALNU CISTU-PRIKAZ SLUČAJA / ENDOS- COPIC TRANSVENTRICULAR APPROACH TO THE PINEAL CYST

Jugović Domagoj
Smrke Barbara
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek
za nevrokirurgijo
Zaloška 2, 1000 Ljubljana
barbara.smrke@siol.net
0038641722822
oral presentation

Sažetak: Jugović D, Smrke B Case report: ENDOSCOPIC TRANSVENTRICULAR APPROACH TO THE PINEAL CYST 30 years old patient was admitted to local hospital after 14 days of headache. MRI was performed and revealed a large cyst in the posterior part of the third ventricle compressing both foramen of Monro with radiological signs of chronic hydrocephalus. Endoscopic approach was used for total removal of cyst. Conclusion: The endoscopic approach is useful method for complete removal of cyst in the posterior part of the third ventricle

ENDOSKOPSKO LEČENJE VELIKE ARACHNOIDNE CISTE PRI DJETETU SA DOBRIM USPJEHOM / NEU- ROENDOSCOPIC TREATMENT OF LARGE ARACHNO- ID CYST IN CHILD WITH GOOD RESULT

Koršič Marjan
Smrke Barbara
Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek
za nevrokirurgijo
Zaloška 2, 1000 Ljubljana
barbara.smrke@siol.net
0038641722822
oral presentation

Sažetak: Koršič M, Smrke B Case report: NEUROENDOSCOPIC TREATMENT OF LARGE ARACHNOID CYST IN CHILD WITH GOOD RESULT Six years old epileptic child was admitted to clinical department for pediatric surgery after months of severe headache. A MRI revealed 5x4 cm large arachnoid cyst compressing the right temporal lobe. The patient was operated endos-

copically through minimal skin incision. Cystostomy was performed and communication between cyst and subarachnoid space on the cranial base was made. Control MRI showed significant reduction of cyst space and improvement of child's condition. Conclusion: Minimal invasive method is a good choice for treatment of large arachnoid cyst.

Upotreba ultrazvuka u neuroendoskopskim pro- cedurama : novi uređaj "NECUP-2" / Ultrasound in neuroendoscopic procedures-first results with new device "NECUP-2"

Jednačak Hrvoje
Miklič Pavle, Paladino Josip, Mrak Goran, Nemir Jakob
Klinika za neurokirurgiju, KBC Zagreb
Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb
hrvojejednacak@gmail.com
Telefon/mobitel: +385 91 523 1426
oralna prezentacija

Uvod Broj endoskopskih procedura u neurokirurgiji ubrzano raste, ne samo u liječenju raznih oblika opstruktivnog hidrocefalusa, već i u drugim indikacijama: liječenju raznih intrakranijskih cista i intraventrikularnih tumorskih procesa. Upotreba raznih neuroendoskopskih tehnika i instrumenata (tupa perforacija, endoskopske škare i forceps, mono bipolarna elektrokoagulacija i laser) jasno pokazuju insuficijentnost standardnog neuroendoskopskog armamentarijuma.

Metode Između lipnja 1997 i lipnja 2010, učinili smo 164 neuroendoskopske procedure: 127 ETV, 12 septostomija, 16 arahnoidalnih cista i 9 intraventrikularnih tumora. Rezultati "NECUP-2" je efikasno korišten u svim slučajevima u kojima se nije mogla učiniti tupa perforacija: 42/127 ETV, 10/12 septostomija, 15/16 arahnoidalnih cista. U devet slučajeva intraventrikularnih tumora neuroendoskopija se kombinirala sa otvorenom mikrokirurgijom uz očuvanje vaskularnih struktura. Nismo zabilježili komplikacije vezane uz upotrebu "NECUP-2". Od poslijeoperacijskih komplikacija zabilježene su četiri likvoreje i u devet bolesnika simptomi meningitisa. U praćenju bolesnika (od 6 mjeseci do 8 godina) zabilježena otvorenost stome od 80% (54/67 bolesnika). Svi bolesnici su imali poboljšan poslijeoperacijski klinički status.

Zaključak Prema prvim rezultatima čini se kako ultrazvučna kontaktna proba "NECUP-2" predstavlja novi uređaj u neurokirurškom armamentarijumu koji se

može koristiti u raznim poljima neurokirurgije. Minimalnom i kontroliranom lezijom koja se proizvodi na vrhu probe može se koristiti u visoko zahtjevnim operacijama kao što je treća ventrikulostomija ili resekcija tumora.

Endokrinološki ishod endoskopske transsfenoidne kirurgije: Iskustva / *Endocrinological outcomes of pure endoscopic transsphenoidal surgery: a Croatian*

Marić A

Kruljac I, Čerina V, Šulentić P, Vrkljan M

KBC "Sestre Milosrdnice"

Vinograska cesta 29

vcerina@kbcsn.hr

01/3787611

oralna prezentacija

Abstract AIM: To analyze early remission, complications, and pituitary function recovery after pure endoscopic endonasal transsphenoidal surgery (PEETS), a novel method in pituitary adenoma treatment.

METHODS: Testing of all basal hormone values and magnetic resonance imaging (MRI) were performed preoperatively and postoperatively (postoperative MRI only in nonfunctioning adenomas) in 117 consecutive patients who underwent PEETS in the period between 2007 and 2010. The series consisted of 21 somatotroph adenomas, 61 prolactinomas, and 4 corticotroph and 31 nonfunctioning adenomas. Sixty-three were macroadenomas and 54 were microadenomas. Remission was defined as hormonal excess normalization on the seventh postoperative day in functioning adenomas and as normal MRI findings approximately four months postoperatively in nonfunctioning adenomas. The presence of hypogonadism, growth hormone deficiency, and hypothyroidism was assessed on the seventh postoperative day. Hypocortisolism was assessed through necessity for replacement therapy within 18 months postoperatively.

RESULTS: Remission was achieved in 84% of patients: in 100% of microadenoma and 70% of macroadenoma patients ($P < 0.001$, odds ratio [OR], 28.16, 95% confidence interval [CI], 1.61-491.36), respectively. Endocrinological complications occurred in 17.1% of patients: in 9% of microadenoma and 24% of macroadenoma patients ($P = 0.049$, OR, 3.06; 95% CI, 1.03-9.08). Duration of empirical hydrocortisone replacement therapy was signi-

ficantly shorter in microadenoma patients ($P < 0.001$). Thirty-five percent of preoperatively present hormonal deficiencies improved after the surgery. Between tumor types there were no significant differences in remission, complications, and normal pituitary function recovery.

CONCLUSION: Patients with microadenomas had higher remission and lower complication rates following PEETS, emphasizing the necessity for early detection and treatment of pituitary adenomas. PEETS is a discussion-worthy method for microprolactinoma treatment.

Selektivna endoskopska diskektomija / *Selective endoscopic discectomy*

Krešimir Rotim

Marta Borić, Boris Božić, Ante Rotim

Klinički bolnički centar Sestre milosrdnice

Vinogradska cesta 29, 10 000 Zagreb

neuroklinika@kbcsn.hr

01/3787522

oralna prezentacija

Sažetak: Selektivna endoskopska diskektomija (SED) se zadnjih 30-ak godina razvija kao alternativna, minimalno invazivna metoda u liječenju hernije intervertebralnog diska, posebice u području lumbosakralne kralježnice. Njezin razvoj je započeo u '80-ima kao „artroskopska diskektomija“, da bi se narednih godina, zahvaljujući Yeungu i suradnicima postepeno usavršavala kao „selektivna endoskopska diskektomija“. SED ubrajamo u minimalno invazivnu kiruršku tehniku karakteriziranu manjim oštećenjem tkiva i bržim funkcionalnim oporavakom u usporedbi sa standardnom mikrokirurškom metodom, bez razlike u krajnjem ishodu liječenja. Uz opće prednosti kao što su: mogućnost izvođenja u lokalnoj anesteziji, skraćeni poslijeporacijski boravak u bolnici (2-3 dana), značajno manji gubitak krvi te smanjeno posljedično stvaranje ožiljnog tkiva, brži povratak bolesnika na posao te svakodnevnim životnim aktivnostima, ističe se izvrsna vizualizacija i osvijetljenje operacijskog polja posebno dizajniranim endoskopom i ciljano uklanjanje uzroka boli uz očuvanje zdravog dijela diska. Razmicanjem mišićnih vlakana formira se uski kanalni pristup na strukture kralježnice, a koji može biti transforaminalni (posterolateralni) ili interlaminarni. Indikacije za endoskopske operacije kralježnice odgovaraju onima standardnoj metodi. Zbog dvodimenzionalnog prikaza, endoskopski pristup

zahtjeva dugotrajnu praktičnu edukaciju, spretnost kirurga i stjecanje iskustva. Dosadašnja istraživanja potvrđuju prednosti endoskopskog pristupa u rješavanju degenerativnih bolesti kralješnice uz naglasak na odličnu vizualizaciju, manju traumu okolnog tkiva, manju postoperacijsku bol, manje stvaranje ožilnog tkiva. Kao nedostaci metode ističe se strma krivulja učenja, ograničene mogućnosti proširenja vidnog polja u slučaju nepredviđenih situacija te teoretski veći rizik ozljede neuroloških struktura. Rezultati usporedbe standardne, mikrokirurške metode i endoskopskog pristupa, prema dosadašnjoj literaturi, nisu pokazali razliku u konačnim kliničkim rezultatima. Ipak, uzimajući u obzir odgovarajuće indikacije temeljene na individualnom pristupu bolesniku, selektivna endoskopska diskektomija se nameće kao sigurna i učinkovita alternativa standardnoj mikrokirurškoj metodi.

Endoskopska ventrikulostomija treće mozgovne klijetke / *Endoscopic Ventriculostomy of Third Brain Ventricle*

Rotim Krešimir
Božić Boris, Subašić Ante, Borić Marta
KBC Sestre Milosrdnice
Vinogradska cesta 29
boris.drbozic@gmail.com
01/3787282
Oralna prezentacija

Sažetak: Endoskopska ventrikulostomija treće mozgovne klijetke postala je postupak u izboru liječenja supratentorijskog triventrikularnog nekomunicirajućeg hidrocefalusa najčešće prouzročenog stenozom ili okluzijom mezencefaličkog akvedukta. Osim toga koristi se i pri nekim drugim stanjima, kao pri operaciji koloidne ciste treće mozgovne klijetke, operacijama tumora koroidnog plesusa. Tim minimalnim zahvatom kod slučajeva hipertenzijskog hidrocefalusa izbjegava se ugradnja silikonskog derivacijskog uređaja u bolesnikovo tijelo, čime se značajno prevenira mogućnost bioloških i mehaničkih komplikacija. Endoskopskom ventrikulostomijom treće mozgovne klijetke istodobno se uspostavlja gotovo fiziologijsko protjecanje likvora iz unutarnjih u izvanjske subarahnoidalne prostore lubanjske osnovice, za razliku od derivacijskih zahvata kojima se palijativno i vrlo često samo privremeno rješavaju simptomi bolesnika s hidrocefalusom. Osim toga naglašavamo ventrikulostomija treće mozgovne klijetke rabi se i u drugim kliničkim indikacijama, operacijama koloidne ciste treće mozgovne klijetke, biopsijama i re-

dukciji i ablaciji intraventrikularnih tumora. U novije vrijeme ovaj minimalni zahvat koristimo i u operacijskom liječenju normotenzijskog hidrocefalusa sa izraženom kliničkom slikom u osoba starije životne dobi i daje mu prednost u odnosu na derivacijske postupke. Budući da je riječ o minimalnim invazivnim zahvatima, bolesnici endoskopske zahvate bolje podnose, manja je mogućnost postoperacijskih neuroloških ispada, bitno je manji kožni rez skriven u vlasištu, a značajno se skraćuje i boravak u bolnici i privremena nesposobnost za rad. U radu je prezentirana endoskopska ventrikulostomija treće mozgovne klijetke Klinike za neurokirurgiju KBC Sestre Milosrdnice u Zagrebu.

NEUROENDOSKOPSKO LIJEČENJE ARAHNOIDNE CISTE LAMINE KVADRIGEMINE U NOVOROĐENČETA / *NEUROENDOSCOPIC TREATMENT OF CYST OF THE QUADRIGEMINAL CISTERN IN A NEWBORN*

Domagoj Jugović, MD, PhD
Andrej Porčnik, MD
University Medical center Ljubljana
Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana
andrej.porcnik@kclj.si
Telefon/mobitel: +38631773527
oral presentation (power point)

Introduction: Arachnoid cysts in quadrigeminal cistern are rare lesions and are usually causing symptoms and signs of increased intracranial pressure due to non-communicating hydrocephalus. They are classified according to their anatomical and radiological appearance. The most frequent form (Type I) extended infratentorially and supratentorially with a dumbbell shape. Standard treatment is ventriculoperitoneal shunt, followed by craniotomy and resection of the cyst wall. Neuroendoscopy is a new emerging option to avoid ventriculoperitoneal shunts and to reduce invasiveness. We present the youngest child with quadrigeminal cistern cyst being treated with a combination of neuroendoscopy and microsurgery. Case report: The cyst in the quadrigeminal cistern was detected in utero with ultrasonography in a male fetus. Magnetic resonance imaging showed 3 x 4 x 3 cm cyst causing non-communicating hydrocephalus. The cyst was classified as a Type I. Therefore preterm planned elective caesarean section was performed at the 35th week of gestation. A combined endoscopic and microsurgical approach was used few days after birth. Magnetic resonance after operation showed marked shrinkage of the cyst and great expansion of the brain parenchyma. The child has

been without any signs or symptoms of raised intracranial pressure and no ventriculoperitoneal shunt was needed for the whole 7-month follow-up period. The neurological development was normal and no neurological deficits were present. The established fenestrations enabled cerebrospinal fluid to circulate normally.

Conclusions: Cyst causing non-communicating hydrocephalus detected in utero can be treated immediately after planned preterm birth with caesarian section with a combination of neuroendoscopy and microsurgery. Although the child needed no ventriculoperitoneal shunt and was symptom free, long-term outcome remains unknown. These rare cases require careful clinical and radiological follow-up.

ENDOSKOPSKA OPERACIJA VELIKE PARASAGITTALNE CISTE U NOVOROĐENČETA: PRIKAZ SLUČAJA / ENDOSCOPIC MANAGEMENT OF LARGE PARASAGITTAL CYST IN A NEWBORN: CASE REPORT

Marjan Koršič, MD, PhD
 Andrej Porčnik, MD
 University Medical center Ljubljana
 Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana
 andrej.porcnik@kclj.si
 Telefon/mobitel: +38631773527
 oral presentation (power point)

Introduction: Parasagittal interhemispheric cysts, often associated with agenesis of corpus callosum, are rare lesions. The optimal treatment is still controversial. Placement of cystoperitoneal shunt and open microsurgery are traditional treatments. Neuroendoscopy in children is due to its minimal invasiveness a new emerging option. There have been a few published cases on neuroendoscopical treatment of interhemispheric cyst in children. The authors document the youngest reported child with parasagittal multiloculated interhemispheric cyst that was treated with neuroendoscopy. Case report: The cyst was detected in a male fetus at the 35th week of gestation and in utero magnetic resonance imaging was performed at the 37th week of gestation. After delivery a progressive macrocrania with signs of raised intracranial pressure was developed. Endoscopic cystoventriculocisternostomy was performed 28 days after the birth. There was a marked symptom relief. One month after surgery magnetic resonance showed shrinkage of the cyst and expansion of the brain parenchyma. After a 2-month follow-up period, the child showed normal neurological deve-

lopment and head circumference increased for only 0.5 cm. The created fenestrations enabled the brain to expand.

Conclusions: Neuroendoscopic treatment of interhemispheric cysts should be considered the operative technique of choice in newborns. Although the intracranial pressure and the size of the cyst have decreased, long term follow up is necessary and future studies on more cases are needed.

Selektivna endoskopska diskektomija transforaminalnim pristupom - prednosti / SED - advantages on classic microdiscectomy

Saftić R
 Fučkar M, Periša N
 Vertebri – poliklinika za minimalno invazivnu neurokirurgiju kralježnice
 Petrovaradinska 1, Zagreb
 robert.saftic@gmail.com
 +385913877410
 Oralna prezentacija

Sažetak: Unazad dvadeset godina minimalno invazivna kirurgija kralježnice pojavljuje se kao pouzdana metoda za liječenje raznih poremećaja kralježnice. Od tridesetih godina prošlog stoljeća američki neurokirurzi Mixter, Barr i Dandy započnu sa operacijskim liječenjem hernije diska. Od tada laminektomija a kasnije i mikrodiskektomija postaju najviještenije operacije na kralježnici. Iako je mikrodiskektomija proglašena zlatnim standardom za liječenje diskus hernije u stvarnosti to nije uvijek bilo tako. Upravo radi velikog broja recidiva, dugačkim poslijeoperacijskim oporavkom i potrebom za agresivnijim reoperacijama u posljednjih 40 godina pokušavaju se pronaći alternativni načini liječenja. Od sedamdesetih godina prošlog stoljeća pojavljuje se čitav niz postupaka no svaki od njih imao je veliki stupanj komplikacija. Tijekom 1970-ih, Parviz Kambin i Hijikata počeli koristiti posebno osmišljene instrumente za operacije diskus hernije putem dorzolateralnog transforaminalnog pristupa uz zadovoljavajući rezultat od 75% poboljšanje u svojim pacijenata. Sa razvojem tehnologije tijekom devedesetih godina ovaj pristup usavršavaju Yeung Anthony, Martin Knight, Sang Ho Lee, Thomas Hoogland i drugi. Tijekom posljednjeg desetljeća prošlog stoljeća stotine tisuća pacijenata liječeno je putem endoskopske diskektomija sa rezultatima uspješnosti od preko 90% i sa znatno manjim stupnjem komplikacija u odnosu na klasičnu miktodiskektomiju.

Selektivni endoskopska discektomija (SED) kroz transforamnalni pristup je metoda temeljena na kombinaciji visoko sofisticirane opreme i kompleksne obuke operatera kako bi problem bio riješen na najbrži i precizniji način. Prednosti SED su dobro poznati: manje trauma tkiva, minimalizacija intraoperacijskih komplikacija, viša razina sigurnosti za pacijenta, beznačajana razina krvarenje i poslijeoperacijskog ožiljnog tkiva nakon operacije i brže vrijeme oporavka. Manji rezovi, manje komplikacija i brži povratak na posao su važna pitanja u svijetu u kojem se događa ekonomska kriza. Nedostaci endoskopskoj kirurgiji su skupa oprema i duga krivulja učenja. U poliklinici Vertebri diskus hernije se operiraju endoskopskim načinom unazad tri godine. Od rujna 2008 do rujna 2012 operirano je 371 bolesnika s 412 operiranih nivoa. Period praćenja za 151 pacijenata je 24 mjeseca. Kriteriji za uključivanje su bili pacijenti koji pate radikularne boli uzrokovane mekom hernije diska. Svi pacijenti su operirani pod lokalnom anestezijom i blagom sedacijom. Bilo je 25 reoperacija koje su učinjene METRx sustavom. Od težih komplikacija za izvojiti su dva pacijenta koja su imala neurološki deficit uslijed oštećenja živca. Prosječno vrijeme prošlo od operacije do povratka na administrativni posao je 44 dana a na fizički posao je 82 dana. Opća stopa uspjeha mjerena smanjenjem boli po VAS ljestvici prije i poslije operacije te po Oswestry Disability Indexu (ODI) je 94% poboljšanja stanja i smanjenja tegoba nakon operacije. U zaključku mogu naglasiti da se pažljivim operacijskom tehnikom uz uporabu lokalne anestezije i analgetičke sedacije značajno smanjuje stopa komplikacija prilikom operacije diskus hernije

Neurološke komplikacije kod laparoskopskih operacija / *Neurologic complications in laparoscopic surgery*

Milan Bitunjac
Opća bolnica "Dr Josip Benčević"
A.Štampara 42, Slavonski Brod
Milan.Bitunjac@bolnicab.hr
+385992190368
Usmeno izlaganje i video prezentacija

Sažetak: Usprkos manjoj invazivnosti laparoskopskih operacija i kod njih su moguće različite neurološke komplikacije tijekom samog zahvata ili u poslijeoperacijskom razdoblju. Osim komorbiditeta bolesnika, pojavljuju se neurološke komplikacije pridonose i neke osobitosti samog zahvata, a to su: trajanje operacije, položaj bolesnika tijekom operacije, utjecaj pneumoperitone-

uma na hemodinamsku i respiracijsku funkciju. Tako su opisani slučajevi naglog poslijeoperacijskog pogoršanja neurološkog stanja bolesnika s edemom mozga i povišenim intrakranijskim tlakom nakon laparoskopskih operacija s dugotrajnim ležanjem bolesnika u Trendelenburgovom položaju (1). Nasuprot tome, položaj bolesnika s izrazito podignutim uzglavljem dovodi do smanjenog povrata venske krvi i hipotenzije, što kod bolesnika s ostalim rizičnim čimbenicima može uzrokovati cerebralnu ishemiju i perioperacijski moždani udar. Stoga se preporučuje preoperacijsko razmatranje rizika uvjetovanih položajem bolesnika i izbjegavanje izrazito spuštenog ili izrazito povišenog uzglavlja, te izravnavanje bolesnika svaka dva sata kod duljih operacijskih zahvata, osobito kod bolesnika sa značajnim komorbiditetom (2). Do teških neuroloških posljedica može dovesti i embolizacija s CO₂. Na svu sreću ta je komplikacija izuzetno rijetku, budući da zbog dobre topivosti CO₂ u krvi, embolizacije manjom količinom plina ne izazivaju posljedice. Međutim, embolizacija većom količinom plina može dovesti do naglog hemodinamskog urušaja s teškim neurološkim posljedicama. Inače se učestalost moždanog udara kod bolesnika podvrgnutih zahvatima opće kirurgije kreće u rasponu od 0,08% do 0,7% (3). Opisano je oštećenje ventrikuloperitonealnog katetera kod laparoskopske operacije, pa kod bolesnika s od ranije ugrađenim kateterom treba računati i na tu mogućnost (4). Također su moguće ozljede živaca kod laparoskopskih operacija u području zdjelice i to ogranaka lumbosakralnog pleksusa, bilo zbog dugotrajnog nepravilnog položaja na operacijskom stolu, ili izravnim oštećenjem živca tijekom kirurškog postupka. Ove su ozljede najčešće opisane kod ginekoloških laparoskopskih operacija (5). Literatura: 1. Panday R, Garg R, Darlong V, Punj J, Chandrakha, Kumar A. Unpredicted neurological complications after robotic laparoscopic radical cystectomy and ileal conduit formation in steep trendelenburg position: two case reports. *Acta Anaesthesiol Belg* 2010;61:163-166. 2. Hayden P, Cowman S. Anaesthesia for laparoscopic surgery. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain*, 2011. 3. Kam PC, Calcroft RM. Peri-operative stroke in general surgical patients. *Anaesthesia* 1997;52:879-883. 4. Baskin JJ, Vishteh AG, Wesche DE, Rekate HL, Carrion CA. Ventriculoperitoneal shunt failure as a complication of laparoscopic surgery. *JSL* 1998; 2: 177-180. 5. Irvin W, Andersen W, Taylor P et al. Minimizing the risk of neurologic injury in gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2004;103: 374-382.

Transsfenoidalni pristup tumorima klivusa

Melada A, Mladina R, Lupret V, Desnica A, Poje G, Vuković M

Klinika za neurokirurgiju KBC Zagreb

Klinika za otorinolaringologiju KBC Zagreb

Aim of the study Rastuća upotreba mikrokirurških i endoskopskih tehnika u transsfenoidalnoj kirurgiji pridonijela je tome da endonazalni pristup postane standard kao najdirektniji put do tumora klivusa i prednjeg mozgovnog debla, a koji koristi prirodni anatomske koridor.

Navedeni postupci minimiziraju morbiditet usko povezan s invazivnijim i agresivnijim pristupima (nema potrebe za kraniotomijom, reducirana kompresija parenhima mozga), značajno skraćuju boravak bolesnika u bolnici, dok u isto vrijeme omogućuju jednaku ili čak bolju ekspoziciju patologije u navedenoj regiji.

Methods U razdoblju od posljednje tri godine, u našoj ustanovi je operirano 12 bolesnika sa tumorima klivusa (5 hordoma, 3 metastatska procesa, 1 dermoidna cista, 1 neuroendokrini tumor, 1 multipli mijelom te 1 granulom) uz upotrebu navedene endoskopske operativne tehnike. Kirurški pristup je izabran nakon pomne analize lokalizacije i ekstenzije tumora prema MR, MSCT obradi te pridruženim nalazima MSCT angiografije. Endoskopski pristup je izabran u slučajevima u kojima je anatomija nosnih šupljina te paranasalnih sinusa to dozvoljavala. Period praćenja je varirao između 3 mjeseca i tri godine. U seriji se nalazi 8 muških i 4 ženska bolesnika, prosječne životne dobi od 43 godine. Upotreba neuronavigacije uz MR oslikavanje se preporuča zbog lokalizacije vaskularnih struktura. 4 mm endoskop uz angulaciju od 0 stupnjeva se upotrebljava tijekom cijele procedure. Po parcijalnoj resekciji srednje nosne školjke kauterizira se mukoza sfenoidnog ušća. Tad se široko otvara sfenoidni sinus uz ekspanziranje lateralnog sfenoidnog recesusa i inter-otiko-karotidnog recesusa. Oboje predstavljaju važne kirurške oznake za nastavak operacije. Dno sfenoida se tad brusi do nazofarinksa i klivusa nakon čega slijedi brušenje prednjeg klivalnog zida. Karotidne arterije predstavljaju lateralnu granicu kirurške ekspozicije. Tumor se uklanja pod kontrolom endoskopa uz široko vidno polje s dobrom iluminacijom. Višeslojna tehnika zatvaranja se koristi za pokrivanje poslijeoperativne resekcije šupljine u samom klivusu. Uobičajeno se koristi fibrinsko ljepilo nakon platike dure autolognim materijalom uz sloj Surgicela u "sandwich" tehnici. Po rekonstrukciji se nazalni paket Mikulicz postavlja za podržavanje rekonstruktivnog materijala te dodatne nazalne hemostaze.

Results U većini slučajeva bilo je moguće vizualizirati lateralne margine tumora. Do recidiva tumora došlo je u 4 slučaja u kojih je liječenje nastavljeno radiokirurgijom. Poslijeoperativne komplikacije su uključivale rinolikvoreju u 3 slučaja koji su razriješeni postavljanjem vanjske lumbalne drenaže ili tamponadom sfenoidnog sinusa. Registrirane su dvije poslijeoperativne infekcije uspješno tretirane antibioticima.

Conclusion Transsfenoidalni, transklivalni pristup je preporučen u dobro izabranim slučajevima patologije srednjeg klivusa bez značajne lateralne ekstenzije. Endoskopska kirurgija klivusa zahtijeva interdisciplinarni tim stručnjaka u smislu suradnje ORL i neurokirurga s iskustvom u operaciji tumora lubanjske osnove. Treba napomenuti da tvorbe sa značajnom ekstenzijom iza kavernoznog sinusa te a. carotis interne ili pak tvorbe s posterolateralnom ekstenzijom često zahtijevaju pristup u nekoliko aktova, kombinirajući otvorene operativne tehnike s endoskopskim pristupima.

Naslov/Topic:

Laparoskopija u hitnim stanjima/Emergencies and endoscopic surgery

Akutni kolecistitis - indikacija za hitni kirurški zahvat / *Cholecystitis acuta - indication for early surgical treatment*

Štanfel Ana, Kiš Josip
Švagelj M., Kasić M., Petrović-Lukačević M., Čuljak V.,
Stažić M., Čačić T.
Opća bolnica Vinkovci
Zvonarska 57, 32 100 Vinkovci
anastanfel@gmail.com
+385 98 1648 205
oralna prezentacija

Background Acute cholecystitis is together with acute appendicitis one of the most common causes of acute abdomen and therefore acute surgical disease that requires emergent surgical treatment, namely early laparoscopic cholecystectomy.

Methods We did retrospective analysis of OR documentation and PHD for cholecystectomies in acute and chronic cholecystitis and cholelithiasis in General Hospital Vinkovci for the period since 2005 till 2011.

Results From year 2005 till 2011 every gallbladder operation started as laparoscopic procedure. We came to conclusion, that in our institution there is no significant difference in the number of complications after laparoscopic operation, whether it's acute or chronic cholecystitis or a cholelithiasis.

Conclusion This study confirms the thesis that early cholecystectomy is justified: it is frequently done laparoscopically, with just a few conversions and other complications, eliminating pain immediately, with fast postoperative recovery, significantly reduced duration of hospitalisation and patients absence from everyday activities. Therefore expenses are reduced. In the same time we avoid the complications due to postponement of surgical procedure.

Uloga laparoskopije u kirurškom liječenju akutnog kolecistitisa u KB "Dubrava" / *Role of laparoscopy in surgical treatment of acute cholecystitis in KB "Dubrava"*

Held R
Čupurdija K, Vergles D, Feljan H, Židak M, Lacković Ž,
Horžić M
Klinička bolnica "Dubrava"
Avenija Gojka Šuška 6, Zagreb
rebeka.held@gmail.com
01/290-2508
usmeno

Sažetak: Uloga laparoskopije u kirurškom liječenju akutnog kolecistitisa u KB "Dubrava" Uvod Svjedoci smo napretka laparoskopske kirurgije kojom se, u odnosu na otvorenu kirurgiju, u zadnjih nekoliko godina jednako uspješno zbrinjavaju mnoge kirurške bolesti. Laparoskopska kolecistektomija u elektivnim uvjetima postala je zlatni standard. Međutim, još uvijek postoje kontroverze oko izbora metode u liječenju akutnog kolecistitisa.

Metode Retrogradnom analizom podataka iz arhive Kliničke bolnice "Dubrava" obuhvatili smo bolesnike operirane radi akutnog kolecistitisa u razdoblju od kolovoza 2007.god. do kolovoza 2012.god.

Rezultati U navedenom razdoblju operiran je 401 bolesnik sa kliničkom slikom akutnog kolecistitisa. Otvorenim metodom operirano je 215 bolesnika (54%), a laparoskopskom metodom 186 (46%). Razdiobom po godinama uočava se trend povećanja laparoskopskih operacija, u odnosu na otvorene. Analizirani smo i kliničko-laboratorijske parametre te patohistološke karakteristike preparata u ove dvije skupine bolesnika.

Zaključak Istraživanje je pokazalo kako je laparoskopija jednako vrijedna metoda otvorenoj kirurgiji u liječenju akutnog kolecistitisa. Uzevši u obzir već poznate prednosti laparoskopske kirurgije, mišljenja smo da je laparoskopska eksploracija indicirana kad god je to tehnički moguće.

Kolecistektomije u hitnoj službi KBC-a Zagreb 2006.-2012. / *Cholecystectomies in the emergency department UHC Zagreb 2006-2012*

Petrović I
Žedelj J, Škegro M, Augustin G
KBC Zagreb
Kišpatićeva 12
jzedelj@gmail.com
091/5151553
oralna prezentacija

Cilj: Rad analizira kolecistektomije učinjene u hitnoj službi KBC-a Zagreb u razdoblju od 1.1.2006. – 30.6.2012.)

Metode: Uspoređen je broj laparoskopskih i klasičnih kolecistektomija u navedenom periodu, učestalost komplikacija kod obje metode, duljina hospitalizacije, trajanje zahvata te učestalost i razlozi za konverziju iz laparoskopske u klasičnu kolecistektomiju.

Rezultati: Od ukupno 581 kolecistektomije 212 su bile laparoskopske (36,49%). Udio laparoskopskih zahvata u ukupnom broju kolecistektomija raste (od 20 % 2006. do 53,3 % u prvih 6 mj. 2012.) Prosječno trajanje zahvata klasične kolecistektomije je 82,1 min., a laparoskopske 90,5 min. Prosječno trajanje hospitalizacije nakon klasične kolecistektomije je 7,1 dan, nakon laparoskopske 3,2 dana. Učestalost komplikacija laparoskopskih kolecistektomija je 6,6 %, dok je klasičnih kolecistektomija je 14,9 %. Učestalost konverzije iz laparoskopske u otvorenu kolecistektomiju je 12,74 % (27 slučajeva).

Zaključak: Vidljive se prednosti laparoskopskih zahvata u odnosu na klasične što se tiče duljine boravka pacijenta u bolnici te učestalosti komplikacija. Također je u navedenom razdoblju značajno porastao udio laparoskopskih kolecistektomija u ukupnom broju kolecistektomija.

Laparoskopska apendektomija – najbolji pristup u liječenju akutne upale crvuljka / *Laparoscopic appendectomy - the best treatment in acute appendicitis*

Feljan H
Židak M, Held R, Čupurdija K, Vergles D, Lacković Ž, Horžić M
Klinička bolnica Dubrava
Av. Gojka Šuška 6, Zagreb
hrvoje.feljan@gmail.com
098/563-737
Usmeno

Uvod Suvremeni pristup u liječenju akutnog abdomena trebala bi biti laparoskopska eksploracija abdomena. Jedan od najčešćih uzroka akutnog abdomena je akutna upala crvuljka. Iz toga razloga bi liječenje akutne upale crvuljka trebalo započeti laparoskopskom eksploracijom abdomena.

Metode Provedena je retrospektivna studija u kojoj su analizirani podatci iz arhive KB Dubrava od siječnja 2001.g. do prosinca 2011.g. Analizirali smo podatke bolesnika operiranih zbog akutne upale crvuljka s naglaskom na operacijski nalaz i patohistološku analizu. Rezultati U navedenom razdoblju laparoskopski je operirano 484 bolesnika s postavljenom dijagnozom akutne upale crvuljka, od čega 237 žena i 247 muškaraca. U 10% slučajeva naišli smo na inoćentan apendiks, te od toga u 2% slučajeva radilo se o drugoj patologiji (Meckelov divertikulitis, krvarenje iz ovarija, tuboovarijalni apsces, perforirani divertikul sigme, torzija apendices epiploike sigme).

Zaključak Studija je pokazala da laparoskopski pristup apendektomiji predstavlja brzu i jednostavnu dijagnostičku metodu koja razrješava dileme koje mogu ostati nakon apendektomije izmjeničnim rezom.

Laparoskopska apendektomija u OB Zabok / *Lapaeroscopic appendectomy in General Hospital Zabok*

Grgić T

Vukić T, Zelić Z, Bubnjar J, Ferenc S, Đukić V, Huis M,
Boić T

Opća bolnica Zabok

Bračak 8

tihomir.grgic@gmail.com

098556783

usmeno izlaganje

Uvod Iako još nije postala zlatni standard u liječenju akutnog apendicitisa, laparoskopska apendektomija (LA) u sve većem postotku uvodi se u velikom broju ustanova. U usporedbi sa otvorenom apendektomijom (OA), LA pokazuje brojne prednosti, u smislu bržeg oporavka pacijenta, manjeg postotka komplikacija, te se preferira i kod pacijenata sa komorbiditetima, starijih pacijenata i kod pacijenata sa kompliciranim apendicitisom.

Metode U OB Zabok smo u razdoblju od prosinca 2011. do rujna 2012. učinili 30 laparoskopskih apendektomija (20 ženskih, 10 muških pacijenata), prosječne životne dobi 38 godina. Sve LA napravili smo sa tri troakara (2 od 10 mm, 1 od 5 mm), a crvuljak zbrinemo sa endo omčom te nakon postavljanja u endo vrećicu odstranimo iz abdomena. Svim pacijentima postavljamo dren u Douglas.

Rezultati Prosječno vrijeme operacije bilo je 55 minuta, prosječno vrijeme hospitalizacije je 2,5 dana (2-5 dana). Kod jednog pacijenta imali smo manju infekciju rane- na mjestu gdje odstranjujemo crvuljak iz abdomena, kod ostalih operiranih pacijenata nije bilo komplikacija.

Zaključak Iako smo napravili malu seriju LA, rezultati nakon liječenja ovom tehnikom potvrđuju sve prednosti laparoskopske u odnosu na otvorenu apendektomiju te ćemo i nadalje preferirati LA u liječenju akutnog apendicitisa.

Usporedba laparoskopske i klasične apendektomije u KBC Zagreb 2005. - 2011. / *Comparison of laparoscopic and open appendectomy in UHC Zagreb 2005. - 2011.*

Žedelj J

Augustin G, Matošević P, Petrović I, Majerović M, Kinda E, Kekez T

KBC Zagreb

Kišpatićeva 12

jzedelj@gmail.com

091/5151553

oralna prezentacija

Cilj: Rad uspoređuje laparoskopske i klasične apendektomije učinjene u razdoblju 2005. – 2011. u KBC-u Zagreb.

Metode: izveden je udio laparoskopskih apendektomija u ukupnom broju apendektomija u razdoblju 2005. - 2011. Uspoređivali smo postotak komplikacija i duljinu trajanja hospitalizacije, trajanje laparoskopskih zahvata, učestalost konverzije u klasični zahvat te udio negativnih nalaza.

Rezultati: Udio laparoskopskih zahvata raste u ukupnom broju apendektomija (2005. 0,5 %, 2006. 3 %, 2007. 5,3 %, 2008. 11,2 %, 2009. 40 %, 2010. 44 %). Prosječno trajanje laparoskopskog zahvata je 52,4 min., prosječno trajanje hospitalizacije nakon laparoskopskih zahvata je 3,6 dana, a nakon klasičnih 5,2 dana. Učestalost komplikacija nakon laparoskopskih zahvata je 4,15 %, nakon klasičnih 13,3 %. Konverzija u klasični zahvat bilo je u 6,05 % slučajeva.

Zaključak: kod pacijenata operiranih laparoskopskom metodom manji je rizik od komplikacija te je boravak u bolnici kraći. S vremenom se povećava udio laparoskopskih zahvata sa povećanjem iskustva operatera.

Laparoskopska apendektomija u OB Pula u dvogodišnjem razdoblju / *Laparoscopic appendectomy in Pula General Hospital in the biennium*

Fedel I

Rozman F., Radolović R., Gluhačić B.

OPĆA BOLNICA PULA

A.Negri 6, Pula

ifedel@obpula.hr

0913760011

prezentacija

Sažetak: U OB Pula minimalna invazivna kirurgija uvedena je 1995. g. i tada je dominantan operativni zahvat bila laparoskopska kolecistektomija. Stjecanjem iskustva, nabavom nove opreme, kao i povećanjem broja kirurga zadnjih godina u našoj ustnovi rastao je i udio laparoskopskih zahvata, kako po broju tako i indikaciji. Cilj prezenacije je prikazati naše rezultate u liječenju akutne upale crvuljka u zadnje dvije godine, od kada smo i sustavnije pristupili tom operativnom zahvatu. U dvogodišnjem intervalu u OB Pula radi akutne upale crvuljka ukupno je operirano 287 bolesnika, od čega 71 (24,7%) laparoskopski. Prosječna životna dob bolesnika bila je 34 g. bilo je jednak broj žena i muškaraca, najmlađi bolesnik imao je 10 g., a najstariji 79 g. Prosječno vrijeme hospitalizacije bilo je 4,5 dana. U radu prikazujemo sve relevantne podatke vezane uz stupanj konverzije, morbiditet te samu tehniku operativnog zahvata.

Laparoskopse operacije crvuljka na Kirurškom odjelu OŽB Vinkovci 2007.-2011.

Marija Švagelj

Josip Kiš, Mirjana Stažić, Tomislav Čačić, Slaven Simon

Opća bolnica Vinkovci

32 100 Vinkovci, Zvonarska 57

marija.svagelj1@vk.t-com.hr

098 621 089

usmeno

Sažetak: Laparoskopse operacije crvuljka na Kirurškom odjelu Opće županijske bolnice Vinkovci u razdoblju od 2007. - 2011. godine Marija Švagelj, Josip Kiš, Mirjana Stažić, Tomislav Čačić, Slaven Simon Kirurški odjel OŽB Vinkovci

Uvod: Cilj rada je prikazati dinamiku uvođenja laparoskopse operacije crvuljka na Kirurškom odjelu Opće županijske bolnice Vinkovci s osvrtom na komplikacije u proteklom petogodišnjem razdoblju (2007. – 2011.).

Metode: Retrospektivno su analizirani bolesnici koji su operirani u razdoblju od 2007. do 2011. godine. Rezultati: Ukupno je učinjeno 723 apendektomije, od toga 132 (18.3%) laparoskopski, a 591 (81.7%) otvorenom metodom. Bilo je 350 (48.4%) žena (među njima 2 trudnice), te 373 (51.6%) muškarca. Bolesnici su bili u dobi od 3 do 89 godina, a najveći broj operiranih (281/39%) u dobi od 11 do 20 godina. Intraoperacijski najčešće je nađen flegmonozno promijenjeni crvuljak (332/46%), a nakon njega po učestalosti slijedi gangrenozni (19%). Imali smo ukupno 7 komplikacija ili 0.96%, a sve su bile nakon apendektomija učinjenih otvorenom metodom (591/1.18%). Umrlih nije bilo. Nakon laparoskopskih operacija nismo imali komplikacija. U 2007. laparoskopski je operirano 4%, u 2009. 14%, a 2011. 30%.

Zaključak: Navedeni rezultati ukazuju kako je laparoskopska apendektomija na našem odjelu postala sigurna metoda u liječenju upale crvuljka.

LAPAROSKOPIJA U HITNOĆI / *EMERGENCY LAPAROSCOPIC SURGERY*

A.Križanović Rupčić

D.Vučinić, M.Rupčić, D.Križanović

OB "Dr.J.Benčević"

A-Štampara 42, 35000, Slav.Brod

akrizanovic@gmail.com

095 1963399

usmeno izlaganje

Sažetak: Akutni abdomen je vodeći simptom u većine hitnih stanja u kirurgiji. Hitna laparoskopija pruža mogućnost kako evaluacije poremećaja koji ga uzrokuje, tako i njihovo liječenje. Laparoskopija je dokazano najbolja metoda kirurškog liječenja akutnog apendicitisa, akutnog holecistitisa, te ginekoloških hitnih stanja. Prema smjernicama Europskog društva za endoskopsku kirurgiju preporuke za izvođenje laparoskopskih zahvata u kirurškoj hitnoći se odnose na pacijente u kojih je postavljena radna dijagnoza perforiranog peptičkog ulkusa, akutnog holecistitisa, akutnog apendicitisa, hitnih ginekoloških stanja. Za druge bolesti i stanja je potrebno provesti daljnja klinička istraživanja. U ovom predavanju iznosimo naša iskustva u laparoskopiji kao dijagnostičkoj i terapijskoj metodi u liječenju akutnih kirurških bolesti.

Laparoskopska kolecistektomija nakon ERCP u drugom trimestru trudnoće / *Laparoscopic cholecystectomy after ERCP in the second trimester of pregnancy*

mr.sc. Davorin Diklić, dr. med.

Prim. Vladimir Supanc, dr. med, Zdenko Novotny, dr. med, Goran Tometić, dr. med.

KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

Gudovačka 7 Bjelovar

davorin.diklic@obbj.hr

099 4 777 222

PowerPoint

Uvod: Laparoskopska kirurgija je danas dobro etablirana u kirurškoj zajednici. S počecima laparoskopske kirurgije trudnoća je bila apsolutna kontraindikacija, a i danas nije široko prihvaćena za operativne zahvate u trudnoći. Postoji bojazan za ugroženost čeda i mogućnosti njegovog odbacivanja, posljedice djelovanja CO₂ na razvoj čeda te dugoročne posljedice na razvoj tijekom djetinjstva.

Metode: Na KBC Sestre milosrdnice, odjel ginekologije primljena je na bolničko liječenje trudnica F.I. rođena 1981. godine u XXIII tjednu trudnoće sa znacima mehaničkog ikterusa. Inače trudnoća je do tada proticala uredno, razvoj čeda uredan. Laboratorijskom obradom i UZV trbuha utvrdi se konkrement u d. koledokusu, u žučnoj vreći mnogo konkremenata uz znake upale. Od strane gastroenterologa indiciran ERCP, te je konkrement odstranjen endoskopski iz d. koledokusa. Dan poslije kirurg indicira operaciju akutno upaljenu žučnu vrećicu. Operacija učinjena laparoskopski u općoj anesteziji, pacijentica u Fowlerovom položaju nagnuta na lijevu stranu. Prvi troakar uveden otvoreno po Hassonu, pneumoperitoneum na 10 mm Hg. Stalno praćenje koncentracije CO₂ i O₂ u izdahnutom zraku, praćenje saturacije arterijske krvi pulsним oksimetrom. Trajanje operacije 40 minuta. Rezultat: Tijek operacije protekao u cijelosti uredno. Niti u jednom trenutku nije došlo do ugroze majke i čeda što se objektivno pratilo na suvremenim anesteziološkim aparatima. Rad kirurga bez gubitka krvi i istjecanja žuči u trbušnu šupljinu..

Zaključak: Ovo je inicijalno iskustvo laparoskopske kolecistektomije u trudnoći. Radilo se o akutnom stanju, mehaničkom ikterusu uzrokovanog konkrementom u d. koledokusu s pratećom akutnom upalom žučne vrećice ispunjene konkrementima. Dobrom suradnjom ginekologa, gastroenterologa, anesteziologa i kirurga uspješno je izvršeno liječenje akutnog stanja, a da ni

u jednom trenutku nije bila ugrožena niti majka niti čedo. Oporavak je protekao uredno i brzo, i majka je u terminu sretno rodila zdravo novorođenče. U stručnoj literaturi se objavljuje sve veći broj članaka koji govore o laparoskopskim operacijama u trudnoći, gdje je razvidno da uz primjenu algoritama nisu ugroženi niti majka niti čedo. To dokazuje da je laparoskopska kirurgija jednako sigurna kao i otvorena kirurgija u trudnoći.

UPOTREBA JEDNOG HEM-O-LOK PLASTIČNOG KLIPSA U ZBRINJAVANJU BAZE APENDIKSA TOKOM LAPAROSKOPSKE APENDEKTOMIJE

Samir Delibegovic. Klinika za hirurgiju, Univerzitetsko klinički centar Tuzla, Tuzla. Trnovac bb, 75000 Tuzla, Bosna i Hercegovina. delibegovic.samir@gmail.com

Uvod Tokom laparoskopske apendektomije, standardna tehnika zbrinjavanja baze apendiksa je ednolooptom ili stapler-om. Ranije smo demonstrirali mogućnost aplikacije dvostrukog Hem-o-lok klipsa. Međutim, aplikacija samo jednog klipsa smanjila bi cijenu laparoskopske procedure i skratila vrijeme hirurškog zahvata. Cilj ove prospektivne studije je bio da evaluiira moguće prednosti zbrinjavanja baze apendiska upotrebom samo jednog Hem-o-lok klipsa.

Pacijenti i metode 90 pacijenata sa akutnim apendicitisom randomizirano je u tri grupe: u prvoj grupi, baza apendiksa je zbrinuta upotrebom jedne endoloop ligiture, u drugoj grupi upotrebom 45-mm linearnog staplera, a u trećoj grupi upotrebom samo jednog Hem-o-lok klipsa. Analizirani su dob, spol, vrijeme operativne procedure, vrijeme aplikacije endolopa /staplera/klipsa, dužina hospitalizacije, cijena pojedinih metoda zbrinjavanja baze, intra i postoperativne komplikacije.

Rezultati Nije bilo signifikantne razlike u dužini hospitalizacije među ove tri grupe pacijenata; ali je prosječno vrijeme operacije signifikantno duže u endolop grupi u odnosu na stapler ($p=0.002$), dok se endoloop i Hem-o-lok grupe nisu signifikantno razlikovale ($p=0.22$). Vrijeme aplikacije endolopa je bilo signifikantno duže od staplera ($p<0.0001$) i Hem-o-lok-a ($p<0.0001$). Vrijeme aplikacije staplera je bilo signifikantno kraće od Hem-o-loka ($p<0.0001$). Međutim, cijena jednog endolopa-a je €28.85, staplera €230.7, a jednog Hem-o-lok klipsa €2.35.

Zaključak Upotreba samo jednog Hem-o-lok klipsa je

sigurna poput endoloopa i/ili staplera; međutim, vrijeme laparoskopske procedure upotrebom Hem-o-lok klipsa je kraće u poređenju sa upotrebom endoloopa, dok je cijena koštanja najniža.

Ključne riječi: laparoskopske apendektomija, akutni apendicitis, endoloop, stapler, Hem-o-lok klips.

Laparoskopska ili otvorena apendektomija: naša iskustva i pregled literature / *Laparoscopis versus open appendectomy: our experience and literature review*

Marijan Kolovrat
Željko Bušić, Fedor Amić, Dražen Servis
Klinička bolnica "Dubrava" Zagreb
Av. Gojka Šuška 6, Zagreb
zbusic@kdbd.hr
098-263-799
Usmena prezentacija

Sažetak: Kontroverzni su stavovi o izboru između otvorene i laparoskopske apendektomije. Dobro su poznate prednosti i nedostaci laparoskopije. Proveli smo prospektivnu studiju kroz 3 godine (1. siječnja 2008.- 31. prosinca 2010.) sa 123 bolesnika operiranih zbog akutne upale crvuljka. Bolesnici su slučajno odabrani. Podijeljeni su u dvije skupine: (LA) - laparoskopska apendektomija s 42 i (OA) – otvorena apendektomija s 81 zapisom. Proučavali smo: dob, spol; te preoperacijske vrijednosti broja leukocita, CRP, i nalaz ultrazvuka (UZ), prepisanu analgeziju i poslijeoperacijski PHD nalaz, te usporedili duljinu trajanja operacijskog zahvata, duljinu hospitalizacije i komplikacije. Provedena je telefonska anketa s pitanjima o osobnom zadovoljstvu nakon operacije. Kod 90% bolesnika PHD nalaz bio pozitivan na upalu. CRP kod 42 bolesnika preoperacijski (34%) sa srednjom vrijednosti 59; kod 31 (74%) bolesnika s povišenim preoperacijskim vrijednostima CRP PHD nalaz je bio pozitivan. UZV je učinjen kod 68 bolesnika (55%); kod 44 (65%) pozitivni UZV je bio sukladan PHD nalazu. Prosječno operacijsko vrijeme kod LA/OA je bilo 75/72 minuta. Jedina statistički značajna razlika je za duljinu hospitalizacije: 4 prema 6 dana ($p < 0,01$). U zaključku treba istaknuti da je LA i OA moguće usporediti brojem komplikacija. Neznatna prednost LA nudi kirurgu slobodu odlučivanja u hitnom operacijskom liječenju akutne upale crvuljka. Ključne riječi: laparoskopija, akutni apendicitis

SJEDNICA/SESSION 08

14,00-16,00 Naslov/Topic:

Kolon i rektum/Colon and rectum

Ekonomski aspekti laparoskopske i klasične operacije kolorektalnog karcinoma u K / *Economical aspects of laparoscopic and open surgery of colorectal carcinoma in C*

Zdrinko Brekalo

Iva Kraljević, Davor Zubac, Pejana Rastović, Martina

Šoljić

Klinička bolnica Mostar

Bijeli Brijeg bb

iva.kraljevic@yahoo.com

Telefon/mobitel: +38736336272

usmeno

Sažetak: Cilj rada je utvrditi da li je laparoskopska metoda operativnog zahvata skuplja u odnosu na klasičnu metodu. Ocjena se temelji na načelima kraćeg trajanja operacije, kraćim prijeoperacijskim i poslijeoperacijskim boravkom u bolnici, te smanjenom primjenom lijekova. Provedena je retrospektivna analiza 60 operiranih bolesnika na Klinici za kirurgiju Kliničke bolnice Mostar. Glavni ishodni parametri definirani su prema dužini prijeoperacijske i poslijeoperacijske hospitalizacije ispitanika prema vrsti operacije, dužini boravka ispitanika u Jedinici intenzivnog liječenja, dužini trajanja operacijskog zahvata, troškovima hospitalizacije prema vrsti operacije, troškovima lijekova prema vrsti operacije, troškovima potrošnog materijala prema vrsti operacije, troškovima osoblja prema vrsti operacije i troškovima energenata prema vrsti operacije. U analizu je uključeno 60 bolesnika sa kolorektalnim karcinomom od kojih je 30 bolesnika operirano klasičnom metodom, a ostalih 30 laparoskopskom metodom. Razdiobom bolesnika po dobi evidentira se najveća zastupljenost bolesnika dobne skupine od 65 godina i više (46,7%), a najmanja u skupini mlađih od 36 godina (3,3%) i statistički je značajna (χ^2 test = 33,333; $p < 0,001$). Analizom po spolu vidi se veća ali statistički neznajna zastupljenost muškaraca (56,7%) u odnosu na žene (43,3%). Raspodjelom po lokalizaciji tumora utvrđeno je da je najučestalija pojava tumora na rektumu te sigmoidalnom dijelu kolona. Prosječna dužina hospitalizacije kod laparoskopske operacije debelog crijeva iznosila je 9,3 dana, dok je kod klasične operacije iznosila 19,6 dana što je statistički signifikantno ($p < 0,001$). Trajanje operativnog zahvata značajno je

kraće kod laparoskopske metode u odnosu na klasičnu, što je i statistički signifikantno (Mann-Whitney U test, $p < 0,001$). Troškovi operacije pri klasičnoj metodi iznose 2.486,3 KM, dok kod klasične metode iznose 1.483,8 KM što je statistički značajno (studentov t test za nezavisne uzorke, $p < 0,001$). Ukupni troškovi hospitalizacije uključujući vrijeme ležanja na odjelu i Jedinici intenzivnog liječenja, operacijski zahvat, te primjenu antibiotske terapije tijekom ležanja kod laparoskopske metode iznose 3.865,2 KM, dok kod klasične metode iznose 4.613,8 KM. Temeljem rezultata ovog istraživanja na 60 bolesnika s operiranim kolorektalnim karcinomom može se zaključiti da laparoskopska metoda ima značajnu prednost pred klasičnom operacijskom metodom kolorektalnog karcinoma, što se očituje manjim ukupnim troškovima hospitalizacije bolesnika te bržem povratku svakodnevnom životu.

LAPAROSKOPIJA U KIRURGIJI REKTUMA – VIDEO ASISTIRANA AMPUTACIJA REKTUMA / *LAPAROSCOPY IN RECTAL SURGERY - VIDEO ASSISTED RECTAL RESECTION*

Miodrag Gudelj, dr.spec

dr.sc. Marko Zelić, dr.spec, Marin Boroe, dr.med.

Zavod za digestivnu kirurgiju, KBC Rijeka

Krešimirova 42, 51000 Rijeka

marin.boroe@ri.t-com.hr

091 5648285

PowerPoint prezentacija

Sažetak: U vremenskom razdoblju od 5 godina (2006. - 2011.) pratili smo uspješnost laparoskopske amputacije rektuma u odnosu na klasične operativne metode. 23 bolesnika operirana su laparoskopskom metodom. Zabilježili smo komplikacije u 3 slučaja koja su tražila daljnje operativno liječenje. Ostale komplikacije riješene su konzervativno. Duljina boravka u bolnici iznosila je u prosjeku 9 dana. Uklanjanje tampona učinjeno je 2. postoperativni dan. Odstranjenje drena učinjeno je 3. postoperativni dan. Rezultati su usporedivi sa onima kod otvorenog operacijskog pristupa. Iako tehnički zahtjevnija, video asistirana amputacija rektuma priznata je i pouzdana metoda.

Popuštanje anastomoze: laparoskopska vs. otvorena resekcija debelog crijeva / *Anastomotic leak after laparoscopic versus open bowel resection*

Stipančić I

Knežević M, Baković J, Kolak T, Runjić I, Kliček R, Miočinić M

Kb Dubrava

Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb

mariknezevic@gmail.com

0996095415

Usmeno izlaganje/ Laparoskopske operacije debelog crijeva

BACKGROUND: Anastomotic leak is one of the most serious complications of colorectal surgery and leads to significant morbidity and mortality. It is also associated with high reoperation rate and increased hospital length of stay. The aim of this study is to look at the incidence and outcomes of clinical anastomotic leak after laparoscopic and open colorectal resections in our department.

METHODS: Prospectively collected data were analyzed of all patients (n= 180) who underwent laparoscopic (n=92) or open (n=88) large bowel and rectal resection with primary anastomosis between January 2005. and June 2012. In 87 pts anastomosis was hand-made and in 93 created by stapler.

RESULTS: Clinical anastomotic leak was identified in 9 patients (5 male, 4 female) with median age of 59 years (range 37-83 years). The overall clinical anastomotic leak rate for all large bowel resections was 5%. One patients died so the mortality rate associated with anastomotic leak was 11,1 %. In our patients clinical anastomotic leak only occurred after low anterior resections. Overall 61 low rectal resections was performed (27 laparoscopic and 34 by open approach). Clinical anastomotic leak was detected in 6 patients after low colorectal and in 3 after coloanal anastomosis. So the rate of clinical anastomotic leak was 14,75 % after low anterior resections (lap 14,81%, open 14,70%). There was no difference in overall clinical anastomotic leak between laparoscopic (5 of 92/5,43 %) and open procedures (4 of 88/ 4,54%). An increased risk of anastomotic dehiscence was: rectal location of the disease, ASA score ≥ 3 , and prolonged (>3h) operative time. The median time to diagnosis of anastomotic leak following surgery was 4 days (range 2-9). Eight patients with clinical anastomotic leak were re-operated. Two had the anastomosis taken down with end colostomy (Har-

tmann procedure) and 6 patients had the anastomosis defunctioned by loop ileostomy without taking down primary anastomosis. One patient was successfully treated with transanal placement of an endo-sponge. Hospital stay for patients with anastomotic leak was significantly longer (range 8-71 days).

CONCLUSION: Overall clinical anastomotic leak after colorectal resections was 5 %. The risk for clinical anastomotic leak was higher as the anastomoses were constructed more distally, and occurred only after low colorectal or coloanal anastomosis. In our modest study we did not noticed difference in clinical anastomotic leak between laparoscopic and open type of surgery.

KIRUŠKA TEHNIKA LAPAROSKOPSKE ABDOMINOPERINEALNE RESEKCIJE REKTUMA / *LAPAROSCOPIC ABDOMINOPERINEAL RESECTION RECTUM*

dr. F. Latić

dr. H. Mrković, dr. J. Samardžić, dr. V. Pitlović, dr. Đ. Miškić, dr. D. Kraljik

OB "dr J. Benčević", Sl.Brod

Štampareva 42

feridlatic@yahoo.com

098263122

Usmeni , video

Sažetak: Bill Heald je 1993. godine inogurirao TME kao zlatni standard kod operacija karcinoma rektuma, koja zadovoljava sve kiruško onkološke kriterije R0 resekcije i D2 limfadenektomije, kod otvorene metode. Tehnika se zasniva u operiranju u sloju embrioloških limfovaskularnih ovojnica koja omogućava očuvanje autonomnih živaca, prezervaciju krvnih žila i organa zdjelice. Uvođenjem laparoskopije kao kiruške tehnike ništa ne mijenja u navedenim standardima osim što zahtjeva dobru kirušku uvježbanost kiruškog tima. Tumori čija donja granica udaljena 3-5 cm od anokutane linije zahtjevaju abdominoperitonealnu resekciju rektuma. nakon uvođenja 3 troakara od 12 mm diseciramo se Toldova fascija i pristupi u sloj embrioloških ovojnica uz vizualizaciju uretera, pleksus hipogastrikusa, disekciju magistralnih krvnih žila na ishodištu i TME. Kolon diseciramo lineranim staplerom u blizini mjesta kreiranja peristentne stome na mjestu uboda lijevog troakara od 12 mm. Perinalni akt izvodimo standardno kao i kod otvorene metode uz tamponadu i drenažu zdjelice.

Laparoskopske operacije kolona u Opcoj bolnici Pula - rezultati jednog kirurškog / *Laparoscopic colon surgery in General Hospital Pula - results of a single surgic*

Fedel I

Gluhačić B., Radolović R., Rozman F.

OPĆA BOLNICA PULA

A.Negri 6, Pula

ifedel@obpula.hr

0913760011

oralna prezentacija

Sažetak: U OB Pula u proteklih godinu dana učini smo 7 laparoskopskih operacije debelog crijeva. Kod svih bolesnika učinjena je standardna prednja resekcija rektosigme s visokom ligaturom AML, a crijevni kontinuitet je uspostavljen dvostrukom staplerskom tehnikom uz cirkularni stapler promjera 29.

REZULTATI: Prosječna dob bolesnika bila je $61 \pm 11,8$ godina, pri čemu je najstariji bolesnik imao 78g. Patohistološka analiza učinjena je kod svih bolesnika uz analizu perineuralne i vaskularne invazije, prosječno je bilo izolirano $10,4 \pm 3,4$ limfnih čvora. U jednom slučaju učinili smo konverziju iz laparoskopskog u „otvoreni“ zahvat. U postoperativnom tijeku kod jednog bolesnika razvio se protrahirani paralički ileus koji smo tretirali konzervativno. Prosječna duljina liječenja bila je 8,71 dan. Nismo imali reintervencija niti mortaliteta.

ZAKLJUČAK: Ovim radom htjeli smo prikazati iskustva jednog kirurškog tima u laparoskopskim operacijama kolona. Razlog malog udjela laparoskopskih u odnosu na „otvorene“ operacije kolona u našoj ustanovi nalazimo prvenstveno u limitiranim tehničkim uvjetima (jedan laparoskopski stup za sve operacijske sale i sve laparoskopske zahvate), bolesnici u uznapredovalim fazama bolesti, kao i relativno duga krivulja učenja, što produljuje vrijeme operativnog zahvata. Iako mala serija operiranih bolesnika, dosadašnji rezultati hrabre nas da ustrajemo u promicanju laparoskopskog zahvata kao standarda u liječenju neoplazmi kolona.

Možemo li povećati broj laparoskopskih kolorektalnih operacija/ *Can we increase the number of laparoscopic colorectal operations*

Marko Zelić

Miljenko Uravić

Zavod za digestivnu kirurgiju, KBC Rijeka

Krešimirova 42, 51000 Rijeka

zelicm@medri.hr

098 328138

oralno

Sažetak: Minimalno invazivna kirurgija debelog crijeva pokazala je sve prednosti laparoskopske kirurgije. Bolesnici operirani laparoskopski imaju manje postoperativne boli, ranije im se vraća funkcija crijeva i ukupno imaju manje kirurških komplikacija, kraće borave u bolnici i cjelokupni oporavak traje kraće. Iako su kratkoročni rezultati značajno bolji i dalje se samo mali postotak operacija izvede laparoskopskim pristupom. Razlozi su mnogobrojni: od edukacije, organizacije rada pa sve do same bolesti. Laparoskopske resekcije debelog crijeva tehnički su izrazito zahtjevne operacije sa dugačkom krivuljom učenja. Kirurzima koji rade isključivo kirurgiju kolona i rektuma nedostaje treninga u laparoskopskim tehnikama. U našoj populaciji je i veliki postotak bolesnika u višem stadiju maligne bolesti, koja je i najčešća indikacija za kolorektalne operacije. Kako bi povećali broj laparoskopskih kolorektalnih zahvata, te na taj način omogućili bolesnicima brži i kvalitetniji oporavak, potrebno je učiniti značajne pomake na polju edukacije i širenja postojećih znanja.

Prednosti laparoskopske transperineoabdominalne resekcije niskog rektuma / *Advantages of laparoscopic-assisted transperineoabdominal low rectum resection*

Prof.dr.sc. Dujo Kovačević

Amir Ibukić, dr. med.

KBC Sestre milosrdnice

Vinogradska cesta 29 Zagreb 10 000

ibukic@gmail.com

+385 1 3787 404

Oralna prezentacija

Uvod: Laparoskopski pristup u kirurgiji zbrinjavanja neoplazmi niskog rektuma uz prezervaciju analnog sfinktera je relativno nova metoda. Međutim, složena anatomija male zdjelice, zahtjevna kirurška tehnika i iskustvo operatera uzrok su sporije implementacije

laparoskopskog pristupa u kirurgiji rektuma. U našoj prezentaciji prikazat ćemo kako je osmišljena transperineoabdominalna tehnika pristupa na niski rektum, te iskustva i rezultate primjene ove tehnike u usporedbi sa klasičnim pristupom. Metode: Statistički smo analizirali kliničke i operativne parametre kod bolesnika koji su operirani laparoskopskom tehnikom naspram grupe bolesnika operiranih klasičnom metodom tijekom istog vremenskog perioda. Svi parametri su zabilježeni u bazi podataka i analizirani statističkim softverom. Rezultati: Vrijeme trajanja operativnog zahvata kod laparoskopije metode je bilo duže. Postoperativna uporaba analgezije, postoperativni oporavak izražen u danima hospitalizacije bili su kraći u usporedbi sa klasičnim pristupom. Stopa morbiditeta je statistički niža. Nismo zabilježili postoperativne komplikacije u smislu respiratornih komplikacija i infekcije rana. Zaključak: Laparoskopska transperineoabdominalna resekcija niskog rektuma je kod pažljivo selektiranih bolesnika prema statističkim pokazateljima i kliničkim rezultatima opravdana i dokazana metoda koja se može smatrati sigurnom u usporedbi sa klasičnim pristupom.

Laparoskopska stražnja rektomeksija u liječenju kompletnog prolapsa rektuma / *Laparoscopic mesh posterior rectopexy for the treatment of full thickness rectal*

Mrković H.
Samardžić J., Pitlović V., Kraljik D.
OPĆA BOLNICA Dr. Josip Benčević, Slavonski Brod
Andrije Štampara 42, Slavonski Brod
hmrkovic@yahoo.com
0989291131
Usmeno

Sažetak: Prolaps rektuma ili rektalna procidencija je protruzija pune debljine stijenke rektuma kroz analni sfinkter. Uzrok nastanka prolapsa rektuma nije potpuno jasan ali smatra se da se radi o klizajućoj herniji kroz defekt u zdjeličnoj fasciji ili intususcepciji rektuma koja počinje na razini srednje trećine rektuma. Najčešće korištene klasifikacije rektalnog prolapsa prema Altemeieru i Beahrsu ne uzimaju u obzir status analnog sfinktera, kontinenciju, opće stanje, spol i dob bolesnika, činitelje koji su važni u izboru operativnog zahvata za liječenje rektalnog prolapsa. S obzirom na navedene probleme ne iznenađuje velik broj operativnih zahvata koji se koriste ili su se koristili u liječenju rektalne procidencije, i danas je najveći izazov pronaći vrstu zahvata koja uzima u obzir sve gore navedene

čimbenike. Operativne zahvate za liječenje rektalnog prrolapsa dijelimo u dvije glavne skupine; abdominalne i perinealne. Abdominalne procedure dugoročno daju bolji rezultat ali su rezervirane za mlađe bolesnike i bolesnike dobrog općeg stanja, što kod bolesnika s rektalnim prolapsom najčešće nije slučaj te stoga i perinealni zahvati i dalje imaju široku primjenu. U našoj ustanovi se rijetko susrećemo sa slučajevima rektalnog prolapsa. Uzroci tome su, kao i drugdje, što se često radi o starijim bolesnicima koji bolest rijetko prijavljuju i dijelom u nedostatnoj dijagnostici slučajeva inkompletnog i povremenog prolapsa. U prošlosti su se na našem odjelu izvodile perinealne procedure liječenja prolapsa rektuma. S razvojem kirurške tehnike resekcije rektuma (u prvom redu TME, potom laparoskopske resekcije rektuma), započeli smo s abdominalnim pristupom i kao logičnim nastavkom laparoskopskom rektomeksijom u selektiranim slučajevima. Ovom prilikom prikazati ćemo 2 slučaja laparoskopske stražnje rektomeksije uz upotrebu djelomično resorptivne proteze (mrežice).

Virtualna kolonoskopija i 3D volumno renderiranje u karcinoma debelog crijeva / *VIRTUAL COLONOSCOPY AND THREE DIMENSIONAL VOLUME RENDERING IN SCREENING AND PREOP*

Stanko Belina
Višeslav Ćuk, Cvjetko Lež, Ivana Ravlić
Opća bolnica Zabok
Bračak 8, 49210 Zabok
stanko.belina@bolnica-zabok.hr
098-206-917
usmeno

Sažetak: VIRTUAL COLONOSCOPY AND THREE DIMENSIONAL VOLUME RENDERING IN SCREENING AND PREOPERATIVE DIAGNOSTICS OF COLORECTAL CANCER Stanko Belina (1), Višeslav Ćuk (2), Cvjetko Lež (3) Ivana Ravlić (1) (1) Department of Radiology, General Hospital Zabok, Croatia (2) Department of Otorhinolaryngology, General Hospital Zabok, Zabok, Croatia (3) Department of Pathology, General Hospital Zabok,

Croatia Introduction: Virtual endoscopy of the colon or virtual colonoscopy (VC) is a technique for postprocessing high resolution helical CT datasets. VC simulates endoscopic views of the inner surface of the colon. It was performed in real time by means of computer generated ray casting. VC may be performed together with 3D volume rendering (3DVR). VC can be applied in teaching, diagnostics, intervention planning or intra-

operative navigation. As a non-invasive technique it is particularly useful when the patient cannot tolerate classical fiberoptic endoscopy.

Objectives: To implement VC as a new technique of high resolution helical CT data postprocessing in screening and preoperative diagnostics and management of colorectal patients. Advantages and disadvantages of the method are shown.

Methods: VC and 3DVR in space analysis were performed using Syngo 2006G platform by Siemens Medical Systems in following subjects: two healthy subjects, a man with a spastic colon and some intestinal diverticula and polyps, a middle-aged patient who underwent endoscopic removal of a large colorectal polyp, a 64-year-old woman with large circular cancer stenosis of the rectum and right hepatic lobe metastatic lesion, and a 52-year-old man with a large endoluminal cancer mass in the sigmoid colon. Virtual colonoscopy was performed in real time using ray casting algorithm.

Results: VC and 3DVR were performed for all patients, based on data sets created from axial CT images collected from multislice helical CT scanner archived in DICOM format. Fly through and 3DVR postprocessing produced a series of images that were analyzed by one radiologist, one surgeon and two physicians experienced in virtual endoscopy.

Conclusion: VC is a useful non-invasive method in the assessment of malignant and benign lesions of colon. It may provide useful additional information for a surgeon during preoperative management. Furthermore, it allows three-dimensional visualization in the lumen beyond areas of narrowing or stenosis and it gives a highly accurate representation of colorectal lesions. Its disadvantages are that it does not provide histology, it requires an air-mucosa interface to produce an image and it cannot identify functional lesions. Using VC, clinicians can appreciate not only the intraluminal proliferation of the tumor but also the extraluminal extension of the mass and its relation to the surrounding organs.

Mehanička priprema crijeva u laparoskopskoj kolorektalnoj kirurgiji / *Mechanical bowel preparation in laparoscopic colorectal surgery*

Marko Zelić
Zavod za digestivnu kirurgiju, KBC Rijeka
Krešimirova 42, 51000 Rijeka
zelicm@medri.hr
098 328138
oralno

Sažetak: Mehanička priprema crijeva prije elektivnih operacija debelog crijeva se još uvijek smatra standardni protokol u svakodnevnoj praksi mnogih kirurških udruga. Međutim, rezultati randomiziranih studija u posljednje vrijeme govore kako i operacije na debelom crijevu a bez mehaničkog čišćenja se mogu izvesti sa sigurnosti. Agresivno čišćenje i priprema pogotovo starijih te pothranjenih bolesnika može biti povezan s povećanim rizikom od nastanka postoperativnih komplikacija. U takvih bolesnika češće su septičke komplikacije a kod značajnijeg produbljivanja pothranjenosti i popuštanje crijevnih anastomoza. Laparoskopski zahvati na debelom crijevu su tehnički zahtjevniji tako da prisustvo stolice u crijevu može značajno otežati rad operateru. U radu opisujemo naša iskustva sa pripremom crijeva kod bolesnika u kojih je učinjena laparoskopska resekcija debelog crijeva.

Preoperativna prehrana ubrzava pražnjenje želuca kod laparoskopske kolektomije / *PREOPERATIVE ORAL FEEDING IMPROVES POSTOPERATIVE GASTRIC EMPTYING*

Marko Zelić
Miljenko Uravić, Alan Šustić
Zavod za abdominalnu kirurgiju KBC Rijeka
Krešimirova 42
zelicm@medri.hr
098/328138
oralno

Objectives: Early postoperative enteral feeding stimulates gastrointestinal motility, prevents mucosal damage and translocations of microorganisms and with that reduces morbidity, mainly septic complications. It is therefore of great importance to start early enteral nutrition in order to reduce the incidence of these complications. Syndrome of the upper GI tract intolerance includes nausea, regurgitation of food and vomiting are common consequences of early enteral

postoperative feeding and are a frequent reason for discontinuation of oral feeding. perioperative stress is a major cause of the syndrome and every procedure that reduces stress is desirable to enable early postoperative enteral nutrition. The aim of the present study was to investigate the possible effects of preoperative carbohydrate fluid administration on postoperative gastric emptying.

Methods: Randomized and double blinded study included 40 patients with colon, upper rectal or rectosigmoid cancer. In all patients laparoscopic colorectal resection was performed. Investigated group received a carbohydrate-rich beverage day before and two hours before surgery. In control group patients were in the standard preoperative regime: nothing by mouth from the evening prior to operation. Paracetamol absorption test has been used for the evaluation of the gastric emptying.

Results: After colorectal resections paracetamol concentration is higher at 60 minutes in group with feeding, while in fasted group maximal concentrations are achieved only after 120 minutes.

Conclusion: With preoperative oral feeding in all patients, recovery of the normal gastric emptying is faster than in fasted patients.

Risk Factors for Anastomotic Leakage after Laparoscopic Rectal Resection of Deep Infiltrating Endometriosis

Franc Jelenc MD, PhD, Martina Ribič-Pucelj MD, PhD, Robert Juvan MD
University Medical Centre Ljubljana, Slovenia

Introduction: Deep infiltrating endometriosis with colorectal involvement is a complex disorder often requiring segmental bowel resection. Anastomotic leakage represents the most serious complication after bowel resection.

Methods: A retrospective analysis of patients with deep infiltrating endometriosis with rectal involvement, who underwent laparoscopic surgery in the years 2002 to 2011 was made.

Results: Laparoscopic partial rectal resection was performed in 95 patients with deep infiltrating endometriosis. The mean age of patients was 34.4 years

(range 22-62 years). Preoperative symptoms included dysmenorrhea, dyspareunia, chronic pelvic pain, rectal bleeding and infertility. The laparoscopic procedure was converted to formal laparotomy in 3 patients (3%). Three patients (3%) developed post-operative anastomotic leakage, two of them with recto-vaginal fistula, which required temporary ileostomy. All three cases of anastomotic leakage occurred in the first 33 patients operated by the laparoscopic technique in the period between 2002 to 2006. In this group of patients the number of previous abdominal procedures was higher than in the group of patients operated after 2006. Opening of the vagina was reported to represent a risk factor for anastomotic leakage.

Conclusions: Laparoscopic rectal resection for deep infiltrating endometriosis is a relatively safe procedure. Learning curve and surgeon's experience are of extreme importance. Incomplete and particularly repeated surgeries should be avoided and patient with suspected bowel involvement should be referred to tertiary centres with experience in endometriosis surgery. Postoperative fast-track surgery results in significantly lower complication rate, quicker recovery and shorter hospital stay.

Laparoskopske resekcije debelog crijeva u KBC Rijeka / Laparoscopic colorectal surgery in KBC Rijeka

URAVIĆ M
Rahelić V, Zelić M, Petrošić N, Gudelj M, Bačić G, Grbas H, Mendrila D, Čepić I
KBC Rijeka
Krešimirova 42 Rijeka
dmendrila@gmail.com
098389290
Power point prezentacija

Sažetak: LAPAROSKOPSKE RESEKCIJE DEBELOG CRIJEVA U KBC RIJEKA URAVIĆ M, Rahelić V, Zelić M, Petrošić N, Gudelj M, Bačić G, Grbas H, Mendrila, Čepić Odjel digestivne kirurgije, Klinika za kirurgiju, KBC Rijeka, Hrvatska dmendrila@gmail.com Uvod: U mnogim svjetskim centrima danas je široko rasprostranjena primjena minimalne invazivne tehnike u kolorektalnoj kirurgiji, kako u benignim, tako i u malignim bolestima debelog crijeva. Smatra se da je laparoskopska resekcija kolona, u usporedbi s otvorenom operacijskom metodom, praćena manjim morbiditetom i ranijim oporavkom. Metode: Podaci su prikupljeni prospektivno u pacijena-

ta koji su operirani kontinuitetnom resekcijom debelog i zadnjeg crijeva, a uključuju demografske podatke, dijagnoze, vrijeme operacije, postotak konverzija, komplikacije, patološko-histološke nalaze te dužinu boravka u bolnici. Rezultati: U našoj Klinici od ukupnog broja periranih ukupno je 63% muškaraca i 37% žene. Prosječna dob bolesnika iznosila je 67 godina. Učinjene su operacije prednje resekcije rektuma u bolesnika 32%, a niska prednja resekcija rektuma kod njih 7,2%. Resekcija sigme izvršena je u 36,8%. Od ostalih operacija navodimo desne, lijeve i subtotalne kolektomije, operacije po Hartmannu te rekonstrukcije kolona. Poslijeoperacijski boravak u bolnici iznosio je prosječno 6 dana. Zaključak: Iako tehnički zahtjevana, laparoskopska resekcija debelog crijeva je pouzdana i priznata metoda. Njezini rezultati su usporedivi s onima kod otvorene klasične operacije. Potencijalne koristi od laparoskopske resekcije kolona ogledaju se u bezbolnijem poslijeoperacijskom tijeku te bržem oporavku.

SJEDNICA/SESSION 09

Naslov/Topic:

Specijalizantske teme/Residents lectures

Pilot projekt temeljne edukacije iz laparoskopske kirurgije / Education in basic laparoscopic skills - pilot study

Matosevic P

Augustin G Silovski H Kinda E Kekez T Bruketa T Jelincic Z Smud D Majerovic M

KBC Zagreb

Kispaticeva 12, Zagreb

pmatosev@kbc-zagreb.hr

+385959134777

Usmeno izlaganje

Background Education in laparoscopic surgery in Croatia varies among hospitals. Feasibility of unique education of basic laparoscopic skills was evaluated in this study.

Methods Combination of one student per mentor and 3-phase program education was first trial due date in Croatia. Four applicants enrolled the Program from March 2012 until September 2012. The Program consists of 3 stages, first being theoretical exam, second includes simulator laparoscopic skills evaluation, and third hands-on live patient education consisting of 10 elective cholecystectomies and 5 appendectomies. Complexity of implementation in daily hospital routine and cost effectiveness were evaluated.

Results 1 candidate completed the program, 3 candidates are currently in the third phase of program. First two stages are easy to implement in daily work routine, while third phase require additional organizational and human resources. There was no significant cost burden associated to the Program.

Conclusion With experience gained during implementation of the Program, we can suggest first two phases described above as solid base for standardized basic laparoscopic education in all national hospitals. Third phase needs additional improvements and should be put as subject of discussion at Croatian Society of Endoscopic Surgery.

Usporedba komplikacija u laparoskopskoj i otvorenoj kolorektalnoj kirurgiji / Complications in colorectal surgery: laparoscopic vs. open colorectal surgery

Knežević M

Stipančić I, Baković J, Kolak T, Runjić I, Kliček R, Miočino-
vić M

KB Dubrava

Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb

mariknezevic@gmail.com

0996095415

Usmeno izlaganje/ Specijalizantske teme

Background: Open or laparoscopic colorectal surgery carry risks of various complications. Recent studies have raised concern that intraoperative complications may be increased in laparoscopic colorectal surgery. Here we report our experience by assessing and comparing the results of laparoscopic and open colorectal resections performed in our department over six year period.

Methods: All colon and rectal elective resections (n=210; 181 malignant and 29 benign conditions) performed in past six years were included. 96 patients underwent laparoscopic and 114 open resections. The records were reviewed from a prospective database and the relevant clinical data were obtained and analyses of all complications were performed.

Results: Complications occurred in 31 (14,76%) patients. Intraoperative complications occurred in 4 (1,91%) patients. In 2 (2,08%) patients submitted to lap surgery intraoperative complications mandated conversion (uncontrolled bleeding (n=1) and ureteric lesion (n=1)). In open surgery intraoperative massive bleeding occurred in 2 (1,75%) patients; from iliac vein (n=1) and sacral veins (n=1). Postoperative complications occurred in 27 (12.86 %) patients; 16 (14.04%) patients submitted to open and 8 (8.33 %) to laparoscopic surgery. Wound infection developed in 8 (3,81%); 5 (4.39 %) in open and 3 (3.13 %) in laparoscopic surgery. Anastomotic leak occurred only after low rectal resections. Leak occurred in 9 (5%) of 180 patients whom primary anastomosis was done. Clinical leakage occurred in 5 (5,43%) patients after laparoscopic and in 4 (4,54%) after open approach. Other postoperative complications included postoperative ileus (n=6), small bowel obstruction (n=1), small bowel perforation (n=1), intraabdominal abscess (n=1) and colostomy ischaemia (n=1). Cardiac, respiratory and urinary complications

occurred in 4 patients. Due to complications 22 (81.48 %) pts were reoperated and 8 (36.36 %) was earlier submitted to laparoscopic surgery and 14 (63.64 %) to open surgery. Hospital stay for patients with complications was significantly longer (range 8-71 days).

Conclusion: The complications of laparoscopic colorectal surgery compare favorably with those of open procedures. It seems that laparoscopic colorectal surgery showed slightly more intraoperative complications, but overall postoperative complications occurred more frequent in open surgery. Although the number of patients is too small for serious conclusions but it seems that shows some trends.

DIJAGNOSTIČKA LAPAROSKOPSKA EKSPLOKACIJA KOD TRAUME ABDOMENA U OB VARAŽDIN / *Diagnostic laparoscopic exploration of abdominal trauma in OB Varaždin*

A. Pajtak
K. Hrženjak, I. Biškup
OB Varaždin
I. Meštrovića bb, 42000 Varaždin
alen@dvasadva.net
098/191 82 89
ppt prezentacija

Cilj: Prikaz primjene laparoskopske eksploracije u OB Varaždin kod traume abdomena u petero pacijenata.

Metode: Indikacije za primjenu laparoskopske eksploracije u dijagnostici tupe i oštre traume abdomena u našoj ustanovi odgovaraju smjernicama SAGES-a iz 2007.god. U dijagnostičkoj laparoskopiji traume primjenjujemo standardni Olympus laparoskopski stup i standardne radne instrumente: 10mm troakar za kameru te prema potrebi 5mm, 10mm i 12mm troakari za različite hvatalice i škare.

Rezultati: U radu se daje prikaz petero pacijenata kod kojih je učinjena laparoskopska eksploracija u dijagnostici traume abdomena. U jednog pacijenta radilo se o automobilskoj nesreći gdje se radiološkom dijagnostikom nije uspjela potvrditi sumnja na rupturu slezene, stoga je je potvrgnut laparoskopskoj dijagnostici gdje je sumnja potvrđena, a potom izveden klasični operativni zahvat splenektomije. U jednog pacijenta radilo se o ubodu nožem u trbuh te je učinjena laparoskopska eksploracija gdje se prikaže penetracija peritoneuma u području lijevog rektusa bez perforacije i laceracije in-

traabdominalnih organa. U jednog pacijenta radilo se o ustrelnoj rani u području lijevog donjeg kvadranta. Laparoskopskom eksploracijom dokaže se nepenetrantni tijek projektila koji se kroz ulaznu ranu odstrani. U dva pacijenta radilo se o ubodnoj rani nožem u toraks. Kod njih je učinjena laparoskopska eksploracija abdomena i u jednog pacijenta je nađena razderotina dijafragme na dužini tri centimetra bez intraabdominalne lezije, te je učinjena laparotomija uz suture dijafragme i torakalnu drenažu. U drugog pacijenta je nađena penetracija kroz dijafragmu širine manje od 1 cm uz zaderanu krvnu žilu velikog omentuma. Učinjena je elektokoagulacija žile omentuma i torakalna drenaža.

Prikaz slučaja - Laparoskopska multiorganska resekcija / *Case report: Laparoscopic multiple resection*

K. Hrženjak
R. Stare, I. Biškup, A. Pajtak, Ž. Rutić
OB Varaždin
I. Meštrovića bb
khrzenjak21@net.hr
0989805772
usmeno izlaganje

Sažetak: Prikazujemo slučaj multiorganske resekcije prilikom izvođenja laparoskopske kolecistektomije. 16. godišnja pacijentica primljena zbog programskog operacijskog liječenja simptomatske kolecitijaze. Prilikom izvođenja rutinske endoskopske kolecistektomije, uporabom četiri standardna porta, eksploracijom abdomena uočena je paraovarijalna simplex cista desnih adnexa. U konzultaciji sa ginekologom, uz endokolecistektomiju, učini se endoskopska resekcija ciste te apendektomija. Čitavo vrijeme izvođenja operacije korišten je raspored portova kao za laparoskopsku kolecistektomiju. Ovim radom prikazujemo kako je simultana multiorganska laparoskopska resekcija, tj u ovom slučaju operacija u zdjelici, izvediva u rukama iskusnog kirurga kroz troakare za laparoskopsku kolecistektomiju, bez potrebe za dodatnim portovima.

LAPAROSKOPSKO LIJEČENJE PERFORIRANOG ULKUSA ŽELUCA I DUODENUMA / LAPAROSCOPIC REPAIR OF PERFORATED PEPTIC ULCER

D.Vučinić
A.Križanović Rupčić, D.Križanović, M.Rupčić
OB "Dr.J.Benčević"
A.Štampara 42, Slav.Brod
akrizanovic@gmail.com
095 1963399
usmeno izlaganje

Sažetak: Perforirani ulkus želuca i duodenuma pripada u hitna kirurška stanja. Prvo uspješno laparoskopsko prešivanje perforacijskog otvora je opisao Nathanson 1990.godine. Vrlo brzo je postalo široko primjenjivana metoda u liječenju navedene patologije. Laparoskopsko liječenje perforiranog ulkusa donosi brojne prednosti pred klasičnim liječenjem. Smanjen je broj komplikacija, brži je oporavak pacijenta kao i povratak ka normalnim svakodnevnim aktivnostima. U predavanju smo prikazali naša iskustva u laparoskopskom liječenju perforiranog ulkusa želuca i duodenuma.

Video asistirana torakoskopska kirurgija u liječenju spontanog pneumotoraksa / *Videoas- sisted thoracoscopic surgery in treatment of sponta- neous pneumothorax*

Ivana Šakić
Anto Lukenda, Mario Rupčić
OB "Dr. Josip Benčević"
A. Štampara 42
ivana_pl_2000@yahoo.com
091/1639 489
Power point prezentacija

Sažetak: Videoasistirana torakoskopska kirurgija u liječenju bolesti prsnog koša u svijetu je uvedena 1990-tih godina. To je suvremena metoda izbora i zlatni standard u liječenju primarnog i recidivnog spontanog pneumotoraksa. U skladu sa svjetskim trendovima počeli smo 2006.g. na odjelu kirurgije OB "Dr. J. Benčević" primjenjivati VATS metodu u dijagnostici i liječenju recidivirajućeg pneumotoraksa. Cilj ovog predavanja je pokazati naša iskustva i rezultate u tretmanu ove patologije u razdoblju od 2006.-2012.g.

Laparoskopska adrenalektomija – single surgeon expiriance / *Laparoscopic adrenalectomy-single surgeon expiriance*

Krunoslav Hrženjak
R. Stare, I. Biškup, A. Pajtak, Ž. Rutić
OB Varaždin
I. Meštrovića bb
khrzenjak21@net.hr
098/9805772
usmeno izlaganje

Sažetak: Prvu laparoskopsku adrenalektomiju izveo je 1992.g. Gagner sa suradnicima, i od tada laparoskopska adrenalektomija postaje metodom izbora u kirurškom liječenju različitih benignih i funkcionalno aktivnih i inaktivnih tumora nadbubrežne žlijezde. Ovaj rad prikazuje naša iskustva u laparoskopskom transperitonealnom odstranjivanju funkcionalno aktivnih tumora nadbubrežne žlijezde u razdoblju od 2009.g. -2011.god. U razdoblju od 2009.-2011.godine operirano je pet pacijenata. U dva pacijenta radilo se o feokromocitomu, u dva pacijenta o primarnom hiperaldosteronizmu, te kod jednog pacijenta o incidentalomu desne nadbubrežne žlijezde. U dva pacijenta radilo se o desnostranoj adrenalektomiji te u tri o lijevostranoj adrenalektomiji. U svih pacijenata učinjena je transabdominalna adrenalektomija laparoskopskom metodom. Položaj pacijenta bio je na boku kontralateralnom od oboljele žlijezde. Korištena su četiri troakara (jedan optički i tri radna (ispod xifoida, medioklavikularna linija i prednja aksilarna)). U svih pet pacijenata uspostava pneumopertoneuma izvedena metodom po Hassonu. U usporedbi sa otvorenim kirurškim pristupom, laparoskopska drenalektomija, ima brojne prednosti, uključujući vrijeme hospitalizacije, vrijeme oporavka bolesnika, bolji kozmetički učinak te smanjena postoperacijska bol. Uzimajući u obzir navedene prednosti, laparoskopska adrenalektomija predstavlja metodu izbora u kirurškom liječenju tumora nadbubrežne žlijezde.

Laparoskopsko liječenje akutne upale crvuljka / *Laparoscopic treatment of acute appendicitis*

Sanja Radanac
Samardžić J., Miškić Đ.
OB "Dr. Josip Benčević"
A. Štampara 42
sanjajurkovic2001@yahoo.com
091/6023100
power point prezentacija

Sažetak: 1981.g. Kurt Semm, njemački ginekolog učinio je prvu laparoskopsku apendektomiju. Iako se u početku smatrala neetičnom, unazad 20 godina ova metoda postaje sve više prihvaćena diljem svijeta, pa tako i kod nas. Laparoskopija ima bolju dijagnostičku preciznost, te prednosti u smislu bržeg oporavka pacijenta u odnosu na klasičnu metodu. Cilj ove prezentacije je pokazati naša iskustva i rezultate u laparoskopskom zbrinjavanju akutnog apendicitisa.

Akutni abdomen, perforacija mokraćnog mjehura-laparoskopski tretman / *Acute abdomen, perforation of urinary bladder- laparoscopic treatment*

prim. dr.med.Josip Samardžić
Ozren Pehar dr.med., Hrvoje Mrković dr.med.
OB Dr. Josip Benčević, Slavonski Brod
Andrije Štampara 42, 35000 Slavonski Brod
ozrenpehar@gmail.com
098-848-868
usmeno izlaganje, video prezentacija

Sažetak: Akutni abdomen ostaje jedna od najizazovnijih dijagnostičkih i terapijskih dilema. Unatoč napretku medicinske tehnologije preoperativna dijagnoza akutnih abdominalnih stanja još uvijek je neprecizna. Laparoskopija kao dijagnostički zahvat omogućava ranije, točnije i sigurnije dijagnosticiranje takvih stanja a ujedno je i terapijska tehnika. Perforacija šupljih organa jedan je od najčešćih uzroka peritonitisa i kliničke slike akutnog abdomena. Stanja koja pogoduju perforaciji u 30% slučajeva su raniji zahvati u abdomenu. Ostala stanja koja pogoduju perforaciji su invazija i ingestija neoplastičnog procesa te inflamacija kao posljedica radioterapije onkološki liječenih bolesnika. Prikazujemo slučaj 82 godišnje pacijentice, tijekom postupanja te način kirurškog zbrinjavanja. Mišljenja smo kako minimalno invazivna kirurška intervencija i iskusni tim dovode do povoljnog ishoda.

EDUKACIJA U ENDOSKOPSKOJ KIRURGIJI ZA VRIJEME SPECIJALIZACIJE / *EDUCATION IN SURGICAL ENDOSCOPY DURING RESIDENCY*

Raguž K
Samardžić J , Mrković H , Kirac I
OB "Dr. Josip Benčević",
Slavonski Brod, Hrvatska
kresoml@gmail.com
098352766
predavanje

Sažetak: Indikacije za endoskopsku kirurgiju kao i broj endoskopskih kirurških zahvata u stalnom su porastu. S druge strane, endoskopske operacije su tehnički zahtijevne, potrebna je sofisticirana oprema te specifične kirurške vještine. S obzirom da je usvajanje navedenih vještina neophodno kako bi endoskopska kirurgija bila i minimalno invazivna kirurgija, očita je važnost adekvatne edukacije i vježbe u endoskopskoj kirurgiji već za vrijeme specijalizacije. Cilj predavanja je prikazati odnos između starog i novog programa specijalizacije te iskustva specijalizanata u području endoskopske kirurgije. U ovom predavanju ću iznijeti i rezultate ankete koja je bila sprovedena u Hrvatskim bolnicama među specijalizantima a odnosi se na broj učinjenih laparoskopskih operacija tijekom specijalističkog staža.

Iskustva KBC Split u primjeni različitih instrumenata u LK kroz jedan otvor / *Our experiences in SSLC using different instruments in KBC Split*

Damir Quien
Zdravko Perko; Radoslav Stipić, Mirko Petričević, Dario Matić
Klinički bolnički centar Split
21000 Split, Spinčićeva 1
damir.quien@gmail.com
098/9417463
Prezentacija

Sažetak: Iskustva Kliničkog bolničkog centra Split u primjeni različitih instrumenata u laparoskopskoj kirurgiji kroz jedan otvor Quien D, Perko Z, Stipić R, Petričević M, Matić D

Sažetak Razvoj endoskopske kirurgije u 21. stoljeću se kreće u smjeru smanjenja ozljede trbušne stijenke uz zadržavanje niske razine komplikacija zahvata. Od uvođenja laparoskopske kolecistektomije kao zlatnog standarda za odstranjenje žučnog mjehura brojna

nastojanja kirurga dovela su do daljnjeg razvoja novih metoda: laparoskopske kirurgije kroz jedan otvor (eng. single site laparoscopic surgery – SSLS) i laparoskopske kirurgije kroz prirodne otvore (eng. natural orifice transluminal surgery – NOTES). Razvojem novih metoda dolazi do nužnog razvoja instrumenata koji se pri tom koriste. Dostupni instrumenti za laparoskopsku kirurgiju kroz jedan otvor sastoje se od instrumenata koji su uobičajeni u laparoskopskoj kirurgiji, ali su posebno prilagođeni ovom načinu pristupa. Uvidom u medicinsku dokumentaciju Kliničkog bolničkog centra Split prikupili smo podatke o pacijentima kod kojih je urađena elektivna kolecistektomija laparoskopskom metodom kroz jedan otvor u razdoblju od 1.11.2009. do 1.9.2012. godine. Pri tome su korištene različite kombinacije instrumenata i troakara proizvođača Olympus, Covidien, Richard Wolf MIC te Karl Storz. Ukupno je pregledana dokumentacija 29 pacijenata (10 muškaraca i 19 žena), starosti između 35 i 76 godina. Kod jednog pacijenta je urađena konverzija u otvorenu kolecistektomiju, a kod dvojice je postavljen dodatni troakar. Prosječno vrijeme trajanja zahvata iznosilo je 68 minuta (raspon: 40-110 min). Većina pacijenata, njih 25, imalo je kronični kolecistitis, u dva pacijenta radilo se o subakutnom kolecistitisu, te po jedan slučaj empijema žučnjaka i kolesteroloze. Prosječno trajanje poslijeoperacijskog boravka iznosilo je 2,3 dana (raspon: 1-7 dan). U nekoliko retrospektivnih studija pokazalo se da laparoskopska kolecistektomija kroz jedan otvor pruža jednaku razinu sigurnosti kao i konvencionalna laparoskopska kolecistektomija, uz očitu kozmetsku korist za pacijenta. Daljnji razvoj i implementacija ove metode svakako će ovisiti o razvoju instrumenata kao i studija koje će pratiti dugoročne ishode liječenja. Uvidom u literaturu i s obzirom na naša osobna iskustva laparoskopska kirurgija kroz jedan otvor je metoda koja će u budućnosti imati sve veći značaj u kliničkoj praksi.

3D laparoskopija: impresije operatera nakon početnih 10 operacija / 3D laparoscopy: Operators' impressions after initial 10 operations

Augustin G

Matošević P, Majerović M, Kinda E, Kekez T, Jelinčić Ž, Silovski H, Fiolic Z

Klinički bolnički centar Zagreb

Kišpatićeva 12

augustin.goran@gmail.com

0915252372

Oralna prezentacija

Introduction Up to date laparoscopic surgery was two dimensional (2D) presentation of 3 dimensional (3D) structures and working field. We investigated the operators' impressions during the first 10 different operations with 3D laparoscopy.

Methods During 7 days all patients with the indication for the laparoscopic operations at the Division of Gastrointestinal Surgery were included in the study. There were no objective parameters measured except duration of operation and intra- and early postoperative complications. Subjective measures of the operators' satisfaction and the feeling of exhaustion were compared to standard 2D laparoscopy. During operations the image was converted to standard 2D for comparison and TAPP procedures were performed in 3D technique for one side and 2D technique for the other.

Results There were three TAPP procedure for bilateral inguinal hernias, four elective cholecystectomies and one emergent for cholecystitis with empyema, one low anterior resection for carcinoma and one appendectomy for phlegmonous appendicitis. During TAPP procedure, the side performed in 3D was technically easier because there were less attempts to grasp the mesh and peritoneum during manipulation. The feeling of space during preparation of Bogros space was better during 3D procedure. The feeling of space during medial to lateral preparation above Treitz fascia and total mesorectal excision during low anterior resection was better and there was lower number of attempts of grasping the bowel during all parts of the procedure. There were no significantly different subjective impression during cholecystectomies and appendectomy. There were no conversion and no intra- and early postoperative complications.

Conclusions Preliminary results demonstrate that 3D visualization helps the surgeon to more accurately per-

form the parts of the operation where 'real' 3D space is necessary. These operative fields cannot be reached from other sides what makes makes these operations technically demanding. Operations, in which structures can be rotated, bent or can be accessed from all sides like appendix or gallbladder, 3D has no real advantages. Another factor that minimize the advantage of 3D in these operations is experience with large number of cases.

Laparoskopska apendektomija: usporedba rezultata specijalizanata / *Laparoscopic appendectomy: residents' results comparison.*

Ognjen Barčot

Nikica Družijanić, Radoslav Stipić, Zdravko Perko

KBC Split

Spinčičeva 1, 21000 Split

ognjen.barcot@st.t-com.hr

+385914344037

PPT/PPTX prezentacija

Sažetak: Laparoskopska apendektomija: usporedba rezultata specijalizanata. *Laparoscopic appendectomy: residents' results comparison.*

Uvod: Laparoskopska apendektomija je općeprihvaćena metoda liječenja akutnog apendicitisa. Međutim ni u najnovijem Pravilniku o specijalističkom usavršavanju doktora medicine (NN 100/2011) nije navedena kao obvezni dio praktičnog dijela specijalizantskog staža budućeg abdominalnog kirurga. Cilj ovog rada je je usporediti rezultate laparoskopske apendektomije koju je izvršio specijalizant i specijalist i otvorenu apendektomiju koju je izvršio specijalizant.

Metode / pacijenti: U ovoj studiji promatrano je ukupno 88 punoljetnih pacijenata (38 muškaraca i 50 žena) operiranih u hitnoj službi u periodu od 01.01.2012. do 30.08.2012. godine. Izdvojene su tri skupine pacijenata: laparoskopska apendektomija koju izvodi specijalizant (LAS; $n = 19$), laparoskopska apendektomija koju izvodi specijalist (LA; $n = 44$) te otvorena apendektomija koju izvodi specijalizant (OA; $n = 25$). Iz promatranja su bili isključeni pacijenti čija patologija nije bila apendikularnog porijekla ili oni s ASA statusom većim od III. Svi su pacijenti dobili barem jednu dozu prije- ili intra-operacijske antibiotske profilakse. Ukoliko je bilo potrebno, antibiotska terapija je bila nastavljena i poslijeoperacijski (metronidazol i ciprofloksacin).

Rezultati: Operacijsko vrijeme specijalizanta u grupi laparoskopskih apendektomija bilo je 43 ($SD \pm 10$) minuta, dok je specijalist istu operaciju izvršio tijekom 39 ($SD \pm 15$) minuta. To je statistički značajno kraće ($p < 0,042$). Trajanje otvorene apendektomije koju izvodi specijalizant bilo je 40 ($SD \pm 15$) minuta, što statistički nije značajno kraće ($p = 0,065$). Trajanje bolničkog liječenja bilo je u skupini LAS 6,1 ($SD \pm 2,2$) dana, u skupini LA 5,3 ($SD \pm 1,8$) dana te u skupini OA 5,6 ($SD \pm 2,0$) dana. Trajanje bolničkog liječenja statistički nije značajno različito. Zamijetili smo u skupini otvorenih apendektomija gdje je korišten izmjenični rez kroz McBurneyevu točku da su i operacijsko vrijeme 36,0 ($SD \pm 16,0$) minuta i bolničko liječenje 4,9 ($SD \pm 1,5$) dana statistički značajno kraći ($p < 0,003$ i $p < 0,013$) u usporedbi sa LAS.

Rasprava: Laparoskopska apendektomija je dobra operacijska metoda koja specijalizantu otvara put u tehnički zahtjevnije laparoskopske zahvate. U usporedbi s otvorenom apendektomijom koju izvodi specijalizant ne zahtjeva dulje operacijsko vrijeme, dok istovremeno nema razlike u duljini oporavka pacijenata. Kao i sve metode ima svoju krivulju učenja, pri čemu operacija traje dulje nego kad takvu operaciju izvodi iskusni specijalist. Smatramo da je razlika posebne skupine operiranih klasično, McBurneyevim pristupom uzrokovana prijeoperacijskim probirom. Također smatramo da ova metoda mora kao obveza biti uključena u obrazbu abdominalnog kirurga. Za potpunije rezultate ispitivanja, bilo bi potrebno skupine pacijenata randomizirati, za što je potreban i veći broj pacijenata.

Utjecaj preoperativne peroralne prehrane na stresni odgovor organizma / *Influence of preoperative peroral nutrition on stress response*

Bazdulj E. Zelić M.

Zavod za digestivnu kirurgiju, KBC Rijeka

Do sada su objavljene studije u kojima je istraživao stresni odgovor organizma na preoperativnu prehranu. Cilj istraživanja je procijeniti utječe li i na koji način preoperativna peroralna prehrana bogata ugljikohidratima na stresni odgovor organizma nakon laparoskopske kolecistektomije ispitivanjem određenih parametara (Interleukin 6 – IL-6, Heat shock proteins - HSP). Do sada u literaturi nije ispitivan međudodnos preoperativne prehrane i HSP-a.

U studiju je uključeno 40 bolesnika koji su podijeljeni u dvije skupine. Prva skupina uključuje bolesnike koji su dobili preoperativnu peroralnu prehranu (20 bolesnika)

a druga skupina uključuje bolesnike koji su bili kontrolna skupina – „ništa na usta“ (20 bolesnika). Kod svih bolesnika učinjena je laparoskopska kolecistektomija zbog kolelitijaze.

Na osnovu debivenih rezultata može se reći kako preoperativna peroralna prehrana bogata ugljikohidratima smanjuje stresni odgovor organizma.

SJEDNICA/SESSION 10

Naslov/Topic:

Urologija, ginekologija, dječja kirurgija/Urology, gynecology, pediatric surgery

Laparoskopija u urologiji / *Laparoscopy in urology*

K Grdovic
O Perincic, T Soric, K Markulin, T Dominis
Opća bolnica Zadar
B Peričića 5, Zadar
markulink@gmail.com
023505497
usmeno

Sažetak: Cilj predavanja je rezimirati trenutne trendove u urološkoj kirurgiji u svijetu te prikazati naša iskustva u razvoju laparoskopske urološke kirurgije u posljednjih 10 godina.

Cistoskopsko liječenje kod kasne prezentacije kongenitalnih stenoza uretre / *Cystoscopic treatment of congenital urethral obstructions of late presentation*

Zoran Bahtijarević
Cvitković-Roić A, Kralj R, Bastić M, Pajić A, Zovko A, Čukelj M, Župančić B
Klinika za dječje bolesti Zagreb, Poliklinika za dječje bolesti Helena
Klaićeva 16
rok_kraljzg@yahoo.com
099/621-6446
power point prezentacija

Sažetak: Prikazujemo 12 pacijenata kod kojih su se simptomi vezani uz kongenitalnu stenozu uretre javili nakon novorođenačkog razdoblja što se smatra atipičnom prezentacijom ove patologije. Prikazujemo načine cistoskopskog liječenja te uspoređujemo uspješnost kirurškog tretmana u kasnijoj dobi u odnosu na cistoskopsko liječenje kongenitalnih opstrukcija uretre koje se prezentiraju u novorođenačkom periodu.

Uloga histeroskopije u bolesnica na terapiji Tamoxifenom / *Role of hysteroscopy in patient on Tamoxifen therapy*

M.Puljiz
O.Grgić, I.Alvir, D.Tomica, I.Mamić
Ginekološka onkologija, Klinika za tumore KBCSM
Ilica 197
puljiz.kzt@gmail.com
013783567
predavanje

Sažetak: Histeroskopija (HySC) je dijagnostička i operacijska endoskopska pretraga kojom uvođenjem teleskopa u materijšte imamo neposredan uvid u cijelo materijšte a nakon detekcije suspektne tvorbi i mogućnost njihovog odstranjenja. Hormonalna terapija u pacijentica nakon operiranog karcinoma dojke i pozitivnim estrogenskim receptorima u postmenopauzi je Tamoxifen. Po podacima iz literature Tamoxifen značajno povišuje rizik nastanka raka tijela maternice (endometrija). Cilj istraživanja bio je ispitati učinkovitost (HySC) u svrhu detekcije patoloških promjena endometrija indicirane ultrazvučnim nalazom zadebljanja endometrija od 8 mm i više. Dobiveni rezultati pokazali su osjetljivost 87%, specifičnost 95%, PPV 78%, NPV 94% a zaključak je da pozitivan nalaz HySC 9x povećava vjerojatnost nalaza patohistologije što HySC pozicionira kao dobru screening metodu kod asimptomatskih pacijentica na terapiji Tamoxifenom.

Primjena diodnog lasera za liječenje uroloških bolesnika u Klinici za urologiju / *The application of diode laser in the treatment of urological patients at Univer*

Tomislav Kulis
Nikola Knezevic, Marjan Maric, Dinko Hauptman, Marija Topalovic Grkovic, Zeljko
University Hospital Center Zagreb and University of Zagreb, School of Medicine,
Kišpatićeva 8, Zagreb
tkulis@gmail.com
098824092
usmeno

Sažetak: The application of laser in treatment of urological patients is rapidly developing field. In some therapeutic areas lasers have already become part of standard treatment. Diode laser with wavelength of 980 nm provide good haemostatic ability with adequ-

ate tissue vaporisation. It has been applied in several urological operations, mostly prostate vaporization. Aim of this study is to present our six years experience in the application of diode laser. We have used diode laser 980 nm (Evolve HPD, Biolitec AG, Jena, Germany) with end-fire, side-fire or twister fiber, depending on the operation type. In our department laser operations of prostate, urethral stricture, renal tumors, urinary bladder and renal pelvis tumors have been performed. During this period we have performed 55 operations of prostate, 18 operations for urethral strictures, 17 laparoscopic partial nephrectomies, one bladder tumor vaporisation and one renal pelvis tumor vaporization. Lasers represent useful, minimally invasive method with effective tissue coagulation and haemostasis, in spite of increased operative costs. Further studies with longer follow up are needed to determine adequate place of lasers in urology, however lasers certainly have optimistic future perspective.

Laserska vaporizacija prostate – naša iskustva / Laser vaporization of prostate - our experience

Knežević Matej

Medverec Z, Lučić Đ, Dittrich D, Martinović M, Barišić B, Karlović K.

Opća bolnica Dr.Josip Benčević, Slavonski Brod

Andrije Štampara 42, 35000 Sl.Brod

matejknezevic1@gmail.com

0922616749

usmeno izlaganje i prezentacija

Sažetak: Primjena laserske terapije u liječenju simptoma donjeg urinarnog trakta uzrokovanih benignom hiperplazijom prostate stječe sve veću popularnost. Kao osnovni razlog se ističe manja invazivnost postupka u odnosu na standardizirani operativni tretman, transuretralnu resekciju prostate (TURP). Učinak lasera se zasniva na vaporizaciji tkiva prostate što omogućava bolju kontrolu nad intraoperativnim krvarenjem. Posljedično se minimizira i broj komplikacija što opravdava epitet minimalno invazivnog zahvata. Ovim radom prezentirat će se rezultati i iskustva operativne primjene lasera za liječenje benignog uvećanja prostate u Općoj bolnici Dr.Josip Benčević u Slavonskom Brodu. U razdoblju između siječnja 2010. i ožujka 2011.godine 15 pacijenata je liječeno transuretralnom laserskom vaporizacijom radi hiperplazije prostate. Korišten je diodni laser. Obavljena je analiza perioperativnih parametara (status pacijenta, trajanje zahvata, nužnost transfuzije krvi, komplikacije, trajanje kateterizacije i hospitalizacije),

te su isti uspoređeni sa podacima iz literature. Laserski tretman je efektivniji u odnosu na standardizirani operativni postupak TURP, ima manje intraoperativnih komplikacija, kraći je period kateterizacije i trajanje hospitalnog liječenja, ali je trajanje operacije duže i učestalije su kasne komplikacije. Evaluacija inicijalnih 15 slučajeva laserske vaporizacije prostate pokazuje da je postupak minimalno invazivan, te je terapija izbora u biranim skupinama pacijenata.

Rezultati primjene histeroskopije u OB Slavonski Brod / Results of hysteroscopy application in General hospital Slavonski Brod

Blažinkov, Željko

Dunder, Snježana

Odjel za ginekologiju i porodništvo OB "Dr. Josip Benčević" Slavonski Brod

Andrije Štampara 42, Slavonski Brod

zeljko.blazinkov@yahoo.com

098541014

usmeno izlaganje i video prezentacija

Sažetak: Histeroskopija (HYSC) je minimalno invazivni zahvat u ginekologiji kojim se vizualizira kavum uterusa te se njime preciznije dolazi do dijagnoze. Prvu histeroskopiju izveo je Pantaleone 1869.g. adaptiranim cistoskopom. To je ujedno bila i prva endoskopska metoda u ginekologiji. Krajem 2010.g. se započelo sa primjenom HYSC zahvata na Odjelu za ginekologiju i porodništvo u Slavonskom Brodu, međutim to je bilo sporadično, dok u 2011. G. nije započela primjena 5,5 mm HYSC optike s kojom se značajno povećao broj zahvata. U navedenom razdoblju učinjen je 71 HYSC zahvat. Prema uputnim dijagnozama većina pacijentica je upućena sa dijagnozom polipa endometrija (59,1 %), hiperplazija sluznice (22,5 %), metroragijama (11,3 %) i sterilitet (7,1 %). Kod pacijentica koje su prethodno kiretirane zbog hiperplazije endometrija u menopauzi tek se na HYSC zahvatu uočio polip endometrija koji do tada standardnim UZV metodama nije registriran. Rezultati ukazuju da se primjenom navedene metode dolazi do preciznije dijagnoze u etiologiji zadebljane sluznice u menopauzalnih žena u odnosu na UZV i kiretažu.

Laparoskopska adrenalektomija – single surgeon experience / Laparoscopic adrenalectomy-single surgeon experience

Krunoslav Hrženjak
R. Stare, I. Biškup, A. Pajtak, Ž. Rutić
OB Varaždin
I. Meštrovića bb
khrzenjak21@net.hr
098/9805772
usmeno izlaganje

Sažetak: Prvu laparoskopsku adrenalektomiju izveo je 1992.g. Gagner sa suradnicima, i od tada laparoskopska adrenalektomija postaje metodom izbora u kirurškom liječenju različitih benignih i funkcionalno aktivnih i inaktivnih tumora nadbubrežne žlijezde. Ovaj rad prikazuje naša iskustva u laparoskopskom transperitonealnom odstranjivanju funkcionalno aktivnih tumora nadbubrežne žlijezde u razdoblju od 2009.g. -2011.god. U razdoblju od 2009.-2011.godine operirano je pet pacijenata. U dva pacijenta radilo se o feokromocitomu, u dva pacijenta o primarnom hiperaldosteronizmu, te kod jednog pacijenta o incidentalomu desne nadbubrežne žlijezde. U dva pacijenta radilo se o desnostranoj adrenalektomiji te u tri o lijevostranoj adrenalektomiji. U svih pacijenata učinjena je transabdominalna adrenalektomija laparoskopskom metodom. Položaj pacijenta bio je na boku kontralateralnom od oboljele žlijezde. Korištena su četiri troakara (jedan optički i tri radna (ispod xifoida, medioklavikularna linija i prednja aksilarna)). U svih pet pacijenata uspostava pneumoperitoneuma izvedena metodom po Hassonu. U usporedbi sa otvorenim kirurškim pristupom, laparoskopska adrenalektomija, ima brojne prednosti, uključujući vrijeme hospitalizacije, vrijeme oporavka bolesnika, bolji kozmetički učinak te smanjena postoperacijska bol. Uzimajući u obzir navedene prednosti, laparoskopska adrenalektomija predstavlja metodu izbora u kirurškom liječenju tumora nadbubrežne žlijezde.

Laparoskopske operacije u trudnoći / Laparoscopic operations in pregnancy

Škvorc Nino
Županijska bolnica Čakovec
I.G.Kovačića 1e.
nino.skvorc@gmail.com
098303678
usmeno

Sažetak: LAPAROSKOPSKE OPERACIJE U TRUDNOĆI
ŠKVORC N. Županijska bolnica Čakovec nino.skvorc@gmail.com U Županijskoj bolnici Čakovec smo u petogodišnjem razdoblju od 01.01.2007. do 31.12.2011. godine izvršili 3 laparoskopske operacije tijekom trudnoće. Sve trudnice su spontano zanjale ne znajući da imaju promjene na adneksima, a koje su bile dijagnostičirane na rutinskim antenatalnim kontrolama. Laparoskopiji su bile podvrgnute zbog bolova i/ili povećanja tumorske mase uz uredan tijek trudnoće, nakon podrobne obrade (anamneza, klički i ultrazvučni pregled, laboratorijska obrada) adneksalnih masa. Svi tumorski biljezi i dominantno CA -125 je bio u granici normalnih vrijednosti. Dvije laparoskopije su izvršene sa 15 tjedana, a jedna sa 16 tjedana trudnoće zbog najmanjeg mogućeg rizika spontanog pobačaja. Korišteni su uobičajeni instrumenti u laparoskopiji i bipolarna hvatalica za koagulaciju uz rezanje škalicama, a pneumoperitonej se uspostavio otvorenim pristupom. Zatražena je patohistološka dijagnostika i citološka obrada ispirka tvorbi. Prva bolesnica je bila 1992. godište u 15. tjednu uredne trudnoće. Ultrazvučno: unilokularna anehogena tvorba lijevih adneksa veličine 105x131x85 mm bez patološkog protoka sa hiperehogenim papilarnim odjekom 14x17 mm. Diferencijalno dijagnostički sumnja na dermoidni teratom. Intraoperativno: torzija lijevih adneksa sa bijekastom tvorbom potpuno destruiranog jajnika uz priraslice sa sigmoidnim kolonom. Učinjena je detorzija adneksa i ovarijektomija. Patohistološka dijagnoza: Teratoma dermoides cysticum ovarii. Druga bolesnica je bila 1982. godište u 15. tjednu uredne trudnoće sa povećanim bolnim desnim jajnikom oko 80 mm. Ultrazvučno: bilokularna tvorba 74x54 mm, bez patološkog protoka. Intraoperativno: torzija desnih adneksa, desni jajnik destruiran cističnom glatkom tvorbom, sa čvrsto priraslim desnim jajovodom. Učinjena je detorzija desnih adneksa, mobiliziran jajovod te cistektomija desnog jajnika uz prezervaciju preostalog tkiva jajnika s minimalnom koagulacijom. Patohistološki dijagnoza: Cysta ovarii simplex. Treća bolesnica je bila 1984. godište, u 16. tjednu trudnoće. Ultrazvučno: multilokularna hipoehogena tvorba lijevog jajnika sa

progresivnim povećanjem do 100 mm. Intraoperativno: multikolularna tvorba /endometriom/ koja destruirala jajnik u potpunosti s čvrstim priraslicama sa jajovodom i okolnim strukturama. Učinjena adhezioliza i salpingooforektomija uz hemostazu. Patohistološki: Cysta endometriotica ovarii et cysta paratubaria. Trudnoće su redovito praćene i uredno završile porođajima u ročnom terminu. Napredkom laparoscopske kirurgije broj kontraindikacija za izvođenje operacijskih postupaka sve je manji. U samim počecima laparoscopske kirurgije trudnoća se smatrala apsolutnom kontraindikacijom, prvenstveno zbog nepoznavanja utjecaja CO₂ – pneumoperitoneja na fetus. Uvijek postoji dvojba između praćenja adneksalnih tvorbi za vrijeme trudnoće ili operiranja uz moguće komplikacije kao i gubitak trudnoće uz sve poduzete mjere opreza. Bolesnici-trudnici moraju se usmeno i pismeno predložiti svi mogući postupci sa ishodom našeg djelovanja, a ona sama mora pristati potpisom na izbor metode i moguće komplikacije. Kod adneksalnih masa u trudnoći, ako je potrebno pristupiti operaciji, laparoskopija je sigurnija od laparotomije, uz pridržavanje principa operiranja tim načinom te izvođenje iste najbolje između 16. i 23. tjedna trudnoće.

KLJUČNE RIJEČI: laparoskopija, trudnoća, adneksa

Laparoscopska postkemoterapijska retroperitonealna limfadenektomija u liječenju / *Postchemotherapy laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection for nonsemin*

Nikola Knezevic
Tomislav Kulis, Marjan Maric, Ivan Milas, Marija Topalovic Grkovic, Zeljko Kaste
University Hospital Center Zagreb and University of Zagreb, School of Medicine,
Kišpatićeva 8, Zagreb
tkulis@gmail.com
098824092
usmeno

Introduction: Laparoscopic retroperitoneal lymph node dissection (LRPLND) has become accepted staging method for clinical stage I nonseminomatous germ cell tumor. Due to gained experience, it is applied as a therapeutic approach for patients with postchemotherapy residual tumor masses. First published series have reported high number of intraoperative and postoperative morbidities with a high number of open conversions. We reviewed our indications, complication

rate and results of postchemotherapy RPLND.

Material and methods: Retrospectively we analyzed medical records of 37 patients who were selected for postchemotherapy RPLND according to our criteria. All patients were operated since 2005 by one surgeon. The surgical technique consisted of removing the residual tumor mass plus unilateral template dissection. Selection criteria for laparoscopic operation were: residual retroperitoneal tumor masses after chemotherapy smaller than 6 cm in diameter on CT scan; less or equal to 5 chemotherapy cycles; and normalized testicular tumor markers.

Results: All operations were successfully completed laparoscopically and there was no need for conversion to open surgery or blood transfusion. Mean residual tumor size on CT scan was 3.0 (range 1.1-6.0) cm and the median number of chemotherapy cycles was 4 (range 3-5). In two patients minor intraoperative vascular injuries occurred, which were controlled by laparoscopic techniques. Postoperatively, one patient had prolonged lymphorrhea in duration of 10 days, which resolved by low fat dietary measures. The mean operative time was 200 (range 160-270) minutes and the median hospitalisation was 4 (range 3-12) days. Median number of lymph nodes obtained for pathohistological examination was 17 (range 9-31). Pathohistological examination revealed mature teratoma in 20 patients and necrosis in 17 patients. No patient developed infield recurrence during a mean follow up of 35 months.

Conclusion: Postchemotherapy RPLND is challenging mostly due to desmoplastic postchemotherapeutic reaction and large residual tumor masses. However, in selected patients it is safe, oncologically effective, low morbidity procedure with all the benefits of minimally invasive surgery.

Laparoskopska retroperitonealna limfadenektomija kod tumora testisa / *Laparoscopic retroperitoneal lymphadenectomy for testicular tumors*

Vlado Dadić

Marijan Šitum, Žana Saratlija-Novaković, Marinko Bošnjak

KBC Split Odjel za Urologiju

Spinčićeve 1, 21000 Split

msitum@krizine.kbsplit.hr

021 557 325, 095 8500 648

Usmeno Izlaganje

Sažetak: LAPAROSKOPSKA RETROPERITONEALNA LIMFADENEKTOMIJA KOD BOLESNIKA S NESEMINOMSKIM TUMORIMA TESTISA Dadić V, Šitum M, Saratlija-Novaković Ž, Bošnjak M. KBC Split, Split, Hrvatska msitum@krizine.kbsplit.hr

Cilj: Cilj rada je prikazati inicijalne rezultate laparoskopske retroperitonealne limfadenektomije kod tumora testisa na Odjelu za urologiju KBC Split.

Metode: Studijom je obuhvaćeno 19 bolesnika koji su liječeni laparoskopskom retroperitonealnom limfadenektomijom između svibnja 2004. i rujna 2012. godine. Operativnom zahvatu je prethodila radiološka obrada. Kod svih bolesnika zahvat je izvršen transabdominalnim pristupom sa 4 troakara.

Rezultati: Ukupno je operirano 19 bolesnika s neseminomskim tumorima testisa u dobi od 19 do 39 godina. U jednom slučaju je bila potrebna konverzija u otvoreni kirurški zahvat, a transfuzija krvi nije bila potrebna u niti jednom slučaju. Kod 7 bolesnika učinjena je desnostrana, a kod 8 bolesnika lijevostrana laparoskopska retroperitonealna limfadenektomija. Prosječno je uklonjeno 12 čvorova (najmanje 2, a najviše 29). Kod tri bolesnika su nađeni metastatski limfni čvorovi prosječne veličine 2.4 cm. U jednog bolesnika su bila pozitivna dva limfna čvora, a u dva bolesnika jedan limfni čvor. Trajanje hospitalizacije iznosilo je od 3 do 10 dana. U 3 slučaja učinjena je postkemoterapijska limfadenektomija te je kod jednog bolesnika pronađeno tumorsko tkivo.

Zaključak: Laparoskopska retroperitonealna limfadenektomija pokazala se učinkovitom i sigurnom metodom liječenja neseminomskih tumora testisa. U odnosu na otvoreni kirurški zahvat laparoskopska metoda ima manji broj komplikacija, manji gubitak krvi, manje bolne incizije i brži povratak operiranih uobičajnim aktivnostima.

ENDOSKOPSKO LIJEČENJE PRIMARNOG VUR NA KLINICI ZA DJEČJU KIRURGIJU, KDBZ / *ENDOSCOPIC TREATMENT OF VUR AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY, CHZ*

Župančić B.

Štampalija F., Bastić M., Bahtijarević, Z., Župančić V., Pajić A.

Klinika za dječju kirurgiju, Klinika za dječje bolesti Zagreb

Klaićeve 16, 10000 Zagreb

fran.stampalija@gmail.com

0912820843

Oralna prezentacija

UVOD Endoskopsko liječenje VUR-a injekcijama Defluxa je danas metoda izbora. Otvorene operativne metode tipa Lich-Gregoireve operacije ili antirefluksne plastike na verteksu mokraćnog mjehura po Bradić-Pasiniju su indicirane nakon što endoskopski liječenje ne uspije.

METODE Postupak endoskopskog liječenja ponavlja se do tri puta po svakom refluksnom ureterovezikalnom spoju. Od 2003. do 2011. godine smo na Klinici za dječju kirurgiju KDBZ endoskopskom primjenom Defluxa liječili 635 djece od 3 mjeseca do 18 godina starosti. Djevojčica je bilo 395, a dječaka 240, a ukupno 784 refluksnih ureterovezikalnih ušća. Liječimo III, IV i V stupanj VURa, a II stupanj samo kod recidivnih infekcija urotrakta.

REZULTATI Refluks II stupnja je bio prisutan kod 55 (7%) liječene djece, III stupanj kod 407 (52%), IV stupanj kod 259 (33%), V stupanj kod 63 (8%) djece. Nakon prve injekcije je izliječeno 615 (78,5%), nakon druge injekcije 704 (89,8%), a nakon treće ukupno 745 (95%) refluksnih ušća. Bolje rezultate nakon prve injekcije smo postigli kod novorođenčadi, odnosno izliječenje refluksa u 84,6%. Otvoreni kirurški postupak je zahtijevalo 5% djece.

RASPRAVA Metoda endoskopske injekcije Defluxa je minimalno invazivna, tehnički znatno manje zahtjevna u odnosu na klasične otvorene metode, s visokim postotkom uspješnosti liječenja. Može se ponavljati, bez većih reperkusija na pacijenta. Ova metoda je tipičan primjer evolucije u liječenju gdje klasične otvorene metode bivaju gotovo potpuno zamijenjene minimalno invazivnom metodom. Međutim, poznavanje tehnika otvorenih metoda je nužna u ono malo slučajeva koji se ne mogu izliječiti endoskopskom metodom.

Ginekološki laparoskopski zahvati u periodu 1997. - 2011. / *Gynecologic laparoscopic surgery 1997-2011*

Igor Veselski

Tomislav Grgurević, Josip Barišić, Ivan Jandrić

Odjel za ginekologiju i porodništvo, OB "Dr Josip Benčević", Slavonski Beod

Andrije Štampara 42, 35000 Slavonski Brod

ivan@jandric.com

098 7312 32

PowerPoint prezentacija

Sažetak: U radu su referirani laparoskopski zahvati Odjela za ginekologiju i porodništvo Opće bolnice "dr. Josip Benčević" kroz period 1997.-2011. godine. U 914 učinjenih laparoskopija najveći udio imaju adnektomije (32,2%), operacije zbog ektopične trudnoće (20%) dijagnostičke laparoskopije u obradi steriliteta (17,3%), te laparoskopske resekcije ovarija i cistektomije (12,6%). Usporedbom udjela laparoskopskih i laparotomijskih operacija adnektomije i rješavanja ektopične trudnoće primjetan je pad udjela laparotomija u usporedbi s laparoskopskim pristupom u promatranom periodu. U obrađenom razdoblju zabilježene su 2 ozbiljnije komplikacije zahvata; lezija a. ilijake interne te lezija rektuma, svaka uspješno zbrinuta u istom aktu.

ULOGA MINIMALNO INVAZIVNE KIRURGIJE U LIJEČENJU VARIKOKELE I NESPUŠTENIH TESTISA U DJECE

Bahtijarević Z., Bastić M., Pajić A., Štampalija F., Župančić B.

Minimalno invazivna kirurgija u svjetskim uvjetima uzima sve važnije mjesto u kirurškom liječenju djece, obzirom na njene opće priznate prednosti. U Klinici za dječje bolesti Zagreb ona se izvodi od 1995. godine i dio je svakodnevnih prakse.

U okviru širokog spektra laparoskopskih zahvata koji se izvode u našoj ustanovi, liječenje varikokele i dijagnostika i liječenje nespuštenih testisa spadaju među najčešće izvođene zahvate.

U našoj Klinici smo postavili kriterije za operativno liječenje varikokele, i to stupanj varikokele, postojanje simptoma te potvrda nalaza ultrazvučnom doppler metodom. Apsolutne indikacije za liječenje su varikokela 3. stupnja, varikokela 2. stupnja u kombinaciji sa subjektivnim simptomima neugode i boli te promjer krvnih žila na doppleru veći od 3 mm. Služimo se operacijom

po Palomu kojom se ligiraju i presijecaju i spermatična vena i arterija.

Laparoskopska operacija po Palomu se pokazala kao sigurna i efikasna metoda liječenja varikokela s minimalnim postoperativnim komplikacijama, kraćim hospitalnim boravkom, nižom razinom postoperativne boli i bržem povratku svakodnevnim aktivnostima.

Tim se pristupom smanjuje incidencija postoperativne hidrocele, te drugih opisivanih komplikacija.

Laparoskopsko liječenje varikokele se u našoj Klinici čini od 2001. godine, a od 2007. godine je metoda izbora i gotovo jedini način liječenja, prihvaćen od većine operatera, te se klasična operacija izvodi vrlo rijetko, u iznimnim situacijama. Prikazati ćemo naše rezultate liječenja varikokela laparoskopskom metodom u razdoblju od 2006. – 2012. godine, tijekom kojeg smo liječili 356 pacijenata.

Kriptorhizam je stanje u kojem se jedan ili oba testisa ne mogu naći na uobičajenom mjestu u skrotumu ili anatomskom putu spuštanja testisa iz abdomena. U algoritmu pregleda se služimo kliničkim pregledom i UZV pretragom ingvinalnih kanala i skrotuma te abdomena. Također je važan podatak da li je testis kod djeteta ikad viđen na zahvaćenoj strani. U slučajevima kada se testis ne nalazi, smatramo da je laparoskopska eksploracija abdomena jedina sigurna metoda, koja je u istom aktu i najpouzadnija dijagnostička metoda i terapijski postupak. Prikazati ćemo 67 pacijenata liječenih na našoj Klinici u razdoblju od 2006. do 2012. zbog kriptorhizma. Kod svih pacijenata je prethodno zahvatu učinjen klinički pregled i UZV pregled, a kod jednog je dijela učinjena i eksploracija ingvinalnih kanala. Svi pacijenti su potvrđeni laparoskopskoj eksploraciji i liječeni ovisno o kliničkom nalazu.

Prema našem iskustvu, laparoskopska eksploracija kod dijagnoze kriptorhizma je jedina sigurna vizualna metoda kojom se može potvrditi postojanje testisa, ujedno u istom aktu može biti i terapijska, bilo u jednom ili dva akta. Naša iskustva potvrđuju da samo negativni nalaz kod eksploracije ingvinalnog kanala nikako ne smije biti smatran dokazom za anorhiju, odnosno aplaziju testisa.

SJEDNICA/SESSION 11

Naslov/Topic:

Anestezija, ORL, ortopedija / Anesthesiology, ENT, orthopedics

Anesteziološke osobitosti u uroloških laparoskopskih zahvata / Anesthesiological aspects of laparoscopic surgery in urology

Topalović Grković Marija¹

Goluža Eleonora, Kuliš Tomislav, Knežević Nikola, Perić Mladen, Kaštelan Ž

Klinika za anesteziologiju, reanimatologiju i intenzivno liječenje¹ Klinika za u

Kišpatićeva, Zagreb

tkulis@gmail.com

098824092

usmeno

Sažetak: Prednosti laparoskopske kirurgije dovode do njene sve veće zastupljenosti u modernoj urologiji što zahtjeva dobro poznavanje izazvanih patofizioloških promjena, mogućih komplikacija kao i njihovog zbrinjavanja. Patofiziološke promjene tijekom laparoskopske kirurgije primarno su vezane za učinak pneumoperitoneuma te apsorpciju ugljičnog dioksida (CO₂) i namještaja bolesnika tijekom zahvata. Pneumoperitoneum osobito u kombinaciji s trendelenburgovim položajem djeluje na kardiovaskularni (povećanje ili smanjenje venskog priljeva), respiratorni (hipoksija, hiperkapnija), SŽS (povećanje intrakranijalnog tlaka-ICP) i renalni sustav (smanjenje diureze). Vrijednosti intraabdominalnog tlaka (IAP) do 15 mmHg minimaliziraju spomenute učinke. Dugi laparoskopski urološki zahvati mogu dovesti do značajne apsorpcije CO₂ (respiratorna acidoza, aritmije) a koja je dodatno povećana kod retroperitonealne insuflacije plina. U preoperativnoj pripremi treba obratiti pažnju na bolesnike s teškim kongestivnim srčanim zatajenjem, valvularnim insuficijencijama (rizik od kardijalnih komplikacija), kao i s restriktivno- opstruktivnim plućnim bolestima i adipozitetom (rizik od respiratornih komplikacija). Ovisno o dužini trajanja zahvata prema većini literature najbolje intraoperativne uvjete osigurava opća endotrahealna anestezija s kontroliranom ventilacijom (održavanje normokapnije) uz adekvatnu –duboku mišiću relaksaciju. Komplikacije koje mogu nastati su CO₂ subkutani emfizem, pneumotorax, pneumomediastinum te kao najozbiljnija venska zračna embolija. Apsolutne kontraindikacije za ovakvu vrstu zahvata su povišeni

ICP, stanje šoka, teška miopija, i glaukom (laparoskopski zahvati u zdjelici). Prolongirani laparoskopski zahvat (>6h) uz refraktornu acidozu i hipotermiju je indikacija za konverziju u otvoreni operativni zahvat. U Klinici za urologiju KBC Zagreb od 1997 godine učinjeno je više od 1100 laparoskopskih zahvata. Intraoperativno nije zabilježena niti jedna ozbiljnija kirurška i anesteziološka komplikacija. U postoperativnom tijeku u 4 bolesnika je verificirana plućna embolija, a u 3 bolesnika ipsilateralna, opsežna pneumonija. Konverzija u otvoreni operativni zahvat je učinjena je u 4 bolesnika. Pažljiv probir i priprema pacijenata, praćenje i zbrinjavanje patofizioloških promjena tijekom zahvata uz suradnju anesteziologa i kirurga čini ovakvu vrstu zahvata minimalno rizičnom za većinu bolesnika.

Utjecaj prijeoperacijskog ugljikohidratno-proteinskog napitka na oporavak nakon / Effects of oral preoperative carbohydrate-protein drink on recovery after laparo

Jasminka Kopic

Marica Teskera, Ivan Mirković, Matija Jurjević, Iva Došen

Opća bolnica "Dr Josip Benčević"

A. Štampara 42, Slavonski Brod

Jasminka.Kopic@bolnicasb.hr

+38598654880

usmeno izlaganje i video prezentacija

Sažetak: Svaki kirurški zahvat izaziva prolaznu smanjenu osjetljivost tkiva na učinke inzulina (inzulinsku rezistenciju). Rezultat toga je manja pohrana glukoze u skeletnim mišićima i povišena razina glukoze u krvi. Pokazano je da je inzulinska rezistencija više izražena što je veći kirurški stres (1) i što je dulje prijeoperacijsko gladovanje (2). Poznato je također da inzulinska rezistencija nepovoljno utječe na poslijeoperacijski oporavak i produljuje boravak u bolnici (1). Kod laparoskopskeolecistektomije, zbog manje invazivnosti operacije, inzulinska rezistencija je značajno manje izražena nego kod otvoreneolecistektomije (smanjenje inzulinske osjetljivosti za 18% kod laparoskopske, nasuprot 58% kod otvoreneolecistektomije) (3). Prijeoperacijsko pijenje ugljikohidratne otopine uvečer i ujutro uoči operacije smanjuje inzulinsku rezistenciju i sprječava gubitak mišićne mase nakon kolorektalnih operacija (4) i operacija ugradnje umjetnog kuka. Kod laparoskopskeolecistektomije je pokazana smanjena učestalost poslijeoperacijske mučnine i povraćanja kod bolesnika koji su prijeoperacijski pili ugljikohidratnu otopinu u odnosu na bolesnike koji su pili vodu (5). Temeljem

ovih spoznaja u ESPEN-ove smjernice o enteralnoj prehrani je uvrštena preporuka pijenja ugljikohidratne otopine uvečer i ujutro do 2 h prije operacije, umjesto prijeoperacijskog gladovanja, za većinu bolesnika koji su podvrgnuti velikim operacijskim zahvatima (6). U radu će biti prikazani rezultati pilot studije o učinku pijenja ugljikohidratne otopine uvečer i ujutro prije laparoskopske kolecistektomije na perioperacijski osjećaj gladi i žeđi, poslijeoperacijsku mučninu i povraćanje, osjećaj nadutosti, bol, sposobnost kretanja i razinu glukoze u krvi. Ispitivanje je provedeno na skupini od 20 bolesnika liječenih na Kirurškom odjelu Opće bolnice „Dr. Josip Benčević“ u Slavonskom Brodu, tijekom rujna 2012. godine, podvrgnutih laparoskopskoj kolecistektomiji. Za svakog je bolesnika zabilježen spol i dob, te ASA prijeoperacijski rizik. Slučajnim odabirom su bolesnici podijeljeni u kontrolnu i protokol skupinu, po 10 bolesnika u svaku. Prijeoperacijska priprema, tehnika balansirane anestezije i poslijeoperacijska analgezija su provedene istovjetno kod svih bolesnika. Bolesnici protokola skupine su uz prethodno objašnjenje i uputu dobili 3 bočice od 200 ml ugljikohidratno-proteinske otopine ProvideXtra, proizvođača Fresenius. Dvije bočice su popili tijekom večeri uoči operacije, a treću su popili ujutro na dan operacije, ali ne kasnije od 6.30 h, tako da su osigurana 2 prijeoperacijska sata bez peroralnog unosa. Bolesnici kontrolne skupine su do ponoći uoči operacije pili vodu, nakon čega do operacije nisu ništa uzimali na usta. Bolesnicima su na dan operacije odmah nakon buđenja, te sutradan postavljena pitanja o jačini prijeoperacijskog osjećaja gladi i žeđi, postoperacijskoj mučnini i povraćanju, osjećaju nadutosti i sposobnosti kretanja. Poslijeoperacijski intenzitet boli je mjereno vizualno-analognom skalom (VAS), a razina glukoze u krvi je mjerena prijeoperacijski, neposredno nakon operacije i sutradan. Rezultati pilot studije će biti prikazani na 11. Hrvatskom kongresu endoskopske kirurgije s međunarodnim sudjelovanjem, koji se održava u Slavonskom Brodu 10.-13. listopada 2012. godine.

Liječenje boli kod laparoskopskih kirurških zahvata / Pain management in laparoscopic procedures

Ivan Mirković, dr. med.

M. Jurjević, I. Matić, J. Kopic, N. Mrzljak-Vučinić, G. Kopričanec Stanić

Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“

A. Štampara 42; 35000 Slavonski Brod

ivanmirk@gmail.com

0915849121

usmena prezentacija

Sažetak: Svaki kirurška procedura uzrokuje oštećenje tkiva, otpuštanje upalnih medijatora u cirkulaciju i time izaziva bol. Oštećenje tkiva i postoperativna bol kod laparoskopskih zahvata je puno manje nego kod klasičnih, ali nije zanemariva. Postoperativna bol bitno umanjuje osjećaj uspješnosti operacije i zadovoljstva liječenjem, a ima i niz patofizioloških posljedica koje mogu produljiti oporavak i utjecati na ishod liječenja. Liječenje boli je klinički problem koji je u velikom dijelu, barem teoretski, riješen. Uključuje preoperativnu pripremu bolesnika, adekvatnu intraoperativnu analgeziju, postoperativnu sistemsku primjenu protuupalnih lijekova i analgetika, metode lokalne i regionalne anestezije, a multimodalna analgezija je indicirana kada je god moguće. Ovaj članak će opisati svaku pojedinačnu metodu s posebnim osvrtom na primjenu kod laparoskopskih operacija.

Ključne riječi: bol, postoperativna bol, terapija boli, laparoskopska kirurgija

Usporedba PEEP-a i recruitment manevara kod anestezije za laparoskopiju / Positive end expiratory pressure vs. recruitment maneuvers during anesthesia for

Doc.dr.sc. Ivo Matić, dr. med.

M. Jurjević, I. Mirković, N. Mrzljak-Vučinić, G. Kopričanec-Stanić

Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“

A. Štampara 42; 35000 Slavonski Brod

ivo.matic@bolnicasb.hr

091/2557930

Power-point prezentacija

Sažetak: Positive end expiratory pressure vs. recruitment maneuvers during anesthesia for short-lasting laparoscopic surgery; Prospective pilot study I. Matić¹; M. Jurjević¹; I. Mirković¹; N. Mrzljak-Vučinić¹; G. Kopričanec-Stanić¹ 1 Department of Anesthesiology, Reanimatology and Intensive Care, „Dr. Josip Benčević“ General Hospital; Slavonski Brod, Croatia Correspondence – ivo.matic@bolnicasb.hr

Background: Patients undergoing laparoscopic surgery almost always have some degree of respiratory impairment due to development of respiratory atelectasis and the decrease in functional residual capacity (FRC). Application of Positive End Expiratory Pressure (PEEP) during anesthesia can attenuate these effects, but application of PEEP is often linked with

hemodynamic changes that some patients find hard to tolerate. Furthermore, surgeons sometimes also require a Trendelenburg position for the patient which than further exaggerates the effects of pneumoperitoneum on respiratory function and hemodynamic. The study was designed to compare the continuous use of PEEP during laparoscopic surgery with a double recruitment maneuver at the end of surgery. Patients and methods: 20 patients undergoing short-lasting (under 2h) laparoscopic surgery (cholecystectomy, hernia repair) were randomized to receive either continuous PEEP 5cm H₂O (group A) or 0cmH₂O PEEP but a double recruitment maneuver using inspiratory pressure of 30cmH₂O for 15 seconds at the end of surgery after abdominal decompression (group B). Patients with preexisting respiratory disease were excluded from the study. All patients were anaesthetized using balanced general anesthesia with O₂/air 40/60% using low-flow anesthesia with Sevoflurane. Tidal volume (V_t) was set to 7ml/kg and respiratory rate (RR) was adjusted to keep end-tidal CO₂ between 30-35mmHg. Body mass index (BMI) was calculated for each patient, PaO₂, PaCO₂ and SatO₂ were recorded before the surgery, 30min after initiation of pneumoperitoneum, at the end of surgery (after abdominal decompression) as well as 1h after surgery. Need for supplementary oxygen and adequacy of analgesia using visual analog scale (VAS) were recorded in the post anesthesia care unit (PACU). All patients had supplementary oxygen 2L/min through nasal cannula applied for 50min after surgery, and the last PaO₂, PaCO₂ and SatO₂ were recorded 1h after surgery, just before discharge from the PACU. Results: PaO₂ (kPa) median Group A vs B (9.2/19.7/19.3/10,3 vs 9.4/18.2/17.8/9.0); SatO₂ (%) Group A vs B (94, 99, 99, 92 vs 95, 98, 99, 90); BMI 31 vs 30.6. VAS1 5 vs 4; VAS2 2 vs 2.

Conclusion Probably due to insufficient number of patients, a statistically relevant difference was not found for either of the recorded parameters. In the second phase, the study will aim to recruit a larger number patients per group with a similar BMI. Key words: laparoscopy, PEEP, recruitment maneuver, anesthesia

Lokalna anestezija levobupivakainom: uporaba kod laparoskopske kolecistektomije / Levobupivacain anesthesia in patient underwent laparoscopic cholecystectomy

Kolak T

Baković J, Stipančić I, Miočinović M, Knežević M

Kb Dubrava

Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb

mariknezevic@gmail.com

0996095415

Poster

Sažetak: U našoj studiji željeli smo istražiti utjecaj levobupivakaina na poslijeoperacijsku bol kod pacijenata kojima je učinjena laparoskopska kolecistektomija. Tijekom 2011. i 2012. na Kirurškoj klinici KB Dubrava, studiji je podvrgnuto 60 pacijenata kojima je učinjena laparoskopska kolecistektomija. Pacijenti su nasumice podijeljeni u dvije grupe. Jednoj grupi je neposredno nakon laparoskopske kolecistektomije injiciran levobupivakain (Chirocaine Abbott) u incizijske rane. Drugoj skupini je ubrizgana fiziološka otopina. Za procjenu postoperativne boli korištena je Vizualna analogna skala (VAS) 1 sat, 6 sati i 24 sata iza operacije. Također je analizirana postoperativna potrošnja analgetika. Naša studija pokazuje da infiltracija levobupivakaina, na kraju operacije, u incizijske rane značajno smanjuje postoperacijsku bol i potrošnju analgetika.

Procjena utjecaja pneumoperitoneuma na respiraciju kod pretilih bolesnika... / Evaluation of the effect of pneumoperitoneum on respiratory function in obese...

Vranko - Nagy Nada

Košćak D, Lovrić J., Štivić Ž., Kesić - Valpotić G, Kučić Ž.

Opća bolnica Bjelovar

Mihanovićeva 8

darko.koscak1@bj.t-com.hr

043/279166

usmeno

Sažetak: EVALUATION OF THE EFFECT OF PNEUMOPERITONEUM ON RESPIRATORY FUNCTION IN OBESE PATIENT THAT ARE UNDERGOING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN A BALANCED GENERAL ANESTHESIA Vranko-Nagy N.1, Koščak D.2, Lovrić J.2, Štivić Ž.2, Kesić - Valpotić G. 1, Kučić Ž.2, Grbaš-Bratković S.2, Vujčić D.2 1 County General Hospital Bjelovar, Department of Anesthesiology, Croatia 2 County General Hospital Bje-

Ilovar, Department of Surgery, Croatia darko.koscak1@bj.t-com.hr

Introduction: Laparoscopic cholecystectomy nowadays is a gold standard in treatment of cholelithiasis but pneumoperitoneum and position of the patient on the operating table causes disturbances in respiratory system in all, especially in obese and ASA III and IV group patients. Aim: Evaluation of the effect of pneumoperitoneum on respiratory function in obese patients that are undergoing laparoscopic cholecystectomy in balanced general endotracheal anesthesia (GEA) with complete muscle relaxation and mechanical ventilation.

Methods: A prospective study included 75 patients with cholelithiasis ASA I status, II and III. Group A consists of 50 patients BMI 30-40 kg/m² and group B 25 patients BMI from 18.5 to 25 kg/m². Arterial blood oxygen saturation, carbon dioxide at the end of exhalation, peak airway pressure and compliance were measured noninvasively in three time intervals during GEA: 5 minutes after intubation of patients (T1), 5 minutes after insufflation of carbon dioxide into the abdominal cavity (T2) and 5 minutes after disinflation of carbon dioxide from the abdominal cavity (T3).

Results: Pressure of CO₂ at the end of exhalation in group A compared to group B was also significantly higher ($p < 0.05$) in time T1 and amounted to $31.5 \pm 2.30.2 \pm 2$, in time T2 $34.8 \pm 3.33.0 \pm 2$ and in T3 time $37.2 \pm 3.35.5 \pm 2$ mmHg. Peak pressure in the airways in group A was significantly higher than in group B ($p < 0.05$) in T1 period and amounted to $16.4 \pm 3.13.5 \pm 2$, in T2 $21.7 \pm 3.18.8 \pm 3$ and in T3 time $17.3 \pm 2.14.3 \pm 2$ hPa. Compliance was lower ($p < 0.05$) in group A at time T1 ($45.2 \pm 12.52.5 \pm 11$) and in time T3 ($43.1 \pm 9.49.4 \pm 9$ ml/hPa), while in T2 time no statistically significant changes have been observed. Oxygen saturation of arterial blood after achieving pneumoperitoneum between the two groups showed no significant difference.

Conclusion: The increase in CO₂ pressure values at the end of exhalation and increased peak pressure in the airways and, although respectable, do not have adverse effect on respiration and clinical condition of the patient and can be corrected by hyperventilation and reducing pneumoperitoneum pressure that is usually maintained at 12 mmHg.

Anesteziološke osobitosti u uroloških laparoskopskih zahvata / *Anesthesiological aspects of laparoscopic surgery in urology*

Topalović Grković Marija 1

Goluža E1, Kuliš T2, Knežević N2, Perić M1, Kaštelan Ž2

Klinika za anesteziologiju1, Klinika za urologiju2

Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb

tkulis@gmail.com

+38512388504

oralno

Sažetak: Prednosti laparoskopske kirurgije dovode do njene sve veće zastupljenosti u modernoj urologiji što zahtjeva dobro poznavanje izazvanih patofizioloških promjena, mogućih komplikacija kao i njihovog zbrinjavanja. Patofiziološke promjene tijekom laparoskopske kirurgije primarno su vezane za učinak pneumoperitoneuma te apsorpciju ugljičnog dioksida (CO₂) i namještaja bolesnika tijekom zahvata. Pneumoperitoneum osobito u kombinaciji s trendelenburgovim položajem djeluje na kardiovaskularni (povećanje ili smanjenje venskog priljeva), respiratorni (hipoksija, hiperkapnija), SŽS (povećanje intrakranijalnog tlaka-ICP) i renalni sustav (smanjenje diureze). Vrijednosti intraabdominalnog tlaka (IAP) do 15 mmHg minimaliziraju spomenute učinke. Dugi laparoskopski urološki zahvati mogu dovesti do značajne apsorpcije CO₂ (respiratorna acidoza, aritmije) a koja je dodatno povećana kod retroperitonealne insuflacije plina. U preoperativnoj pripremi treba obratiti pažnju na bolesnike s teškim kongestivnim srčanim zatajenjem, valvularnim insuficijencijama (rizik od kardijalnih komplikacija), kao i s restriktivno-opstruktivnim plućnim bolestima i adipozitetom (rizik od respiratornih komplikacija). Ovisno o dužini trajanja zahvata prema većini literature najbolje intraoperativne uvjete osigurava opća endotrahealna anestezija s kontroliranom ventilacijom (održavanje normokapnije) uz adekvatnu –duboku mišiću relaksaciju. Komplikacije koje mogu nastati su CO₂ subkutani emfizem, pneumotorax, pneumomediastinum te kao najozbiljnija venska zračna embolija. Apsolutne kontraindikacije za ovakvu vrstu zahvata su povišeni ICP, stanje šoka, teška miopija, i glaukom (laparoskopski zahvati u zdjelici). Prolongirani laparoskopski zahvat (>6h) uz refraktornu acidozu i hipotermiju je indikacija za konverziju u otvoreni operativni zahvat. U Klinici za urologiju KBC Zagreb od 1997 godine učinjeno je više od 1100 laparoskopskih zahvata. Intraoperativno nije zabilježena niti jedna ozbiljnija kirurška i anesteziološka komplikacija. U postoperativnom tijeku u 4 bolesnika je verificirana plućna embolija, a u 3 bolesnika ipsilateral-

na, opsežna pneumonija. Konverzija u otvoreni operativni zahvat je učinjena je u 4 bolesnika. Pažljiv probir i priprema pacijenata, praćenje i zbrinjavanje patofizioloških promjena tijekom zahvata uz suradnju anesteziologa i kirurga čini ovakvu vrstu zahvata minimalno rizičnom za većinu bolesnika.

Endoskopska dijagnostika i terapija strani tijela donjih dišnih puteva u djece / *Endoscopic diagnosis and treatment of the bodies of the lower respiratory tract*

Davorin Đanić
Tomislav Stojadinović, Brankica Gergorić-Butina
Odjel za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata
OB „Dr.J.Benčević“
Andrije Štampara 42
davorin.djanic@sb.t-com.hr
035 / 201 430
usmena prezentacija

Sažetak: Endoskopska dijagnostika i terapija strani tijela donjih dišnih puteva u djece Đanić D., Stojadinović T., Gregorić-Butina B. Odjel za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod Medicinski Fakultet Osijek Sveučilište Josip Juraj Strossmayer Aspirirana strana tijela donjih dišnih putova predstavljaju ozbiljno medicinsko stanje karakterizirano vrlo različitim anamnestičkim podacima, simptomima i prognozom. Najčešće se incidenti događaju u ranoj životnoj dobi, 1.-3. godine života, rjeđe u dojenačkoj ili školskoj dobi. Dijagnostički i terapijski postupci su vrlo složeni i uključuju timski rad otorinolaringologa, pedijatra, anesteziologa. Za uspješno i kvalitetno rješavanje ovih problema potrebno je veliko kliničko iskustvo operatera odnosno tima, kao i kompletna medicinska endoskopska oprema. Autori u radu prezentiraju svoja iskustva i razmišljanja u endoskopskoj dijagnostici i terapijskom pristupu ovog vrlo složenog medicinskog stanja.

Virtualna endoskopija i 3D volumno renderiranje u obradi fraktura temporalne kos / *VIRTUAL ENDOSCOPY AND 3D VOLUME RENDERING IN THE MANAGEMENT OF TEMPORAL BONE FRA*

Rozita Gulić
Višeslav Ćuk, Stanko Belina
Opća bolnica Zabok
Bračak 8, 49210 Zabok
rose1hr@yahoo.it
098-272-880
usmeno

Sažetak: VIRTUAL ENDOSCOPY AND 3D VOLUME RENDERING IN THE MANAGEMENT OF TEMPORAL BONE FRACTURES Rozita Gulić (1), Višeslav Ćuk, (1), Stanko Belina (2) (1) Department of Otorhinolaryngology, General Hospital Zabok, Zabok, Croatia (2) Department of Radiology, General Hospital Zabok, Croatia Classical X-ray examination has high proportion of false negative findings in cases of temporal bone fractures, therefore high resolution computed tomography (HRCT) is essential in the management of such cases. Thredimensional volume rendering and virtual endoscopy (VE) are postprocessing methods on the basis of images acquired by computed tomography may provide additional help in the temporal bone fractures management. 3D analysis using 3D volume rendering (3DVR) was performed on the basis of CT datasets acquired from four patients with temporal bone fractures. Analysis was done by Syngo CT 2006G. 3DVR and VE were performed in real time. Siemens Somatom Emotion was applied for HRCT scanning. We present results of 3DVR analysis in cases of fifty year old men who fell down from the roof and who had transversal multifragmental right temporal bone fracture, forty two year old men who had left temporal bone fracture and associated peripheral facial nerve palsy, thirty five year old man who suffered severe head trauma in motorcycle accident and forty year old man who suffered severe head trauma in a tractor accident.

Virtualna endoskopija uha - naše iskustvo / *VIRTUAL ENDOSCOPY OF THE EAR – OUR EXPERIENCE*

Višeslav Ćuk

Rozita Gulić, Cvjetko Lež, Stanko Belina

Odsjek otorinolaringologije, Opća bolnica Zabok

Bračak 8, 49210 Zabok

viseslavcuk@yahoo.com

098-1801738

usmeno

OBJECTIVES: To demonstrate our experience with virtual endoscopy (VE) of the ear and to show its possible application in the field of otorhinolaryngology.

METHODS: High-resolution helical computed tomography (HRCT) of temporal bones (slice thickness 0,6 mm) was performed in ten subjects with healthy ears, who underwent CT scanning due to vascular headache, two subjects with chronic otitis media and two subjects who suffered severe head trauma. Siemens Somatom Emotion 16 scanner was used for data collection. Images were stored in DICOM format at Xeon workstation. Ray-casting fly-through algorithm was applied. 3D volume rendering was performed using 3D Syngo CT 2006G.

RESULTS: We performed virtual otoscopy, virtual endoscopy of the middle ear cavity, and virtual endoscopy of temporal bone pneumatic spaces and nearby structures in all subjects. Manual and semiautomatic virtual endoscopy was done within Syngo specialized software environment. Virtual endocamera position and its direction of view was driven with mouse pointing device and its position was tracked within three coordinate planes presented as frontal, horizontal and sagittal MSCT reconstructions. For each subject we created sets of VE and 3DVR images. Image analysis was performed by one radiologist, and two ENT specialists.

CONCLUSIONS: We found that Syngo 2006G 3D is acceptable platform for virtual endoscopy of middle ear cavity and temporal bone pneumatic spaces. It is especially useful for educational purposes. In selected cases it may be very helpful for diagnostics and preoperative planning.

Minimalna invazivna video asistirana tireoidektomija (MIVAT): tehnika, prednosti / *Minimally Invasive Video-Assisted Thyroidectomy (MIVAT): Technique, Advantages*

Drago Prgomet

Klinika za bolesti uha, nosa i grla i kirurgiju glave i vrata

Kišpatićeva 12, Zagreb

predstojnik_orl@kbc-zagreb.hr

01 2367610

usmeno

Uvod Minimalna invazivna video asistirana tireoidektomija (MIVAT) je primjenjiv način operiranja u selektiranim slučajevima kod bolesti štitnjače. Zahvat se obavlja kroz 15-20 mm široku medijalnu inciziju vrata uz 30° rigidni endoskop, konvencionalne instrumente i ultrazvučni nož. Tijekom operacije jednim dijelom postoji mogućnost direktne vizualizacije operativnog polja. Bolesnici u istraživanje smo uključili 35 bolesnika operiranih ovom metodom na našoj klinici u vremenu od 2006-2011. godine. 29 bolesnika su bili s benignim lezijama štitnjače. Kod 24 bolesnika učinjena je lobektomija.

Rezultati. Trajanje operacije korištenjem MIVAT tehnike je dulja u odnosu na klasičnu tiroidektomiju. Komplikacije su bile jedanke kako po vrsti tako i učestalosti u odnosu na klasične operacije a estetski rezultati su bolji.

Rasprava MIVAT je prikladna tehnika za oko 25% bolesnika koji trebaju operirati štitnjaču. Zahvat nije prikladan za reoperacije. Bolja je vizualizacija vitalnih struktura (povratni živac, krvne žile, paratireoidea) i brži postoperativni oporava. Nedostatak su dulje vrijeme operacije, potrebna dodatna oprema i veći broj asistenta.

ENDOSKOPSKO PRAĆENJE CIJELJENJA SINONAZALNE SLUZNICE NAKON FESS-a / *ENDOSCOPIC MONITORING OF POSTOPERATIVE SINONASAL MUCOSA WOUNDS HEALING AFTER FESS*

Ivana Pajić-Penavić
 Đanić D, Sekelj A, Stojadinović T, Gudelj-Sertić A, Gregorić-Butina B, Sauerborn D
 Opća bolnica "dr Josip Benčević"
 Andrije Štampara 42
 ivana.pajic-penavic@sb.t-com.hr
 0915470032
 usmeni

Sažetak: The sinus labyrinth spaces and ostia of various sinus areas can be visualized by use of endoscopic techniques, e.g., in functional endoscopic sinus surgery (FESS). Ventilation and normal sinus function can be maintained by this minimally invasive method. Endoscopic sinus surgery (ESS) is the superior surgical method of treatment for recurrent acute sinusitis, chronic sinusitis, obstructive nasal polyposis, extramucous fungal sinusitis, periorbital abscess, rhinoliquorrhea, antrochoanal polyp, foreign body extraction, mucocele, dacryocystorhinostomy, excision of various tumors of the sinuses, nose, anterior, middle and posterior cranial fossa, epistaxis control, optic nerve decompression, choanal atresia, and orbit decompression. Functional endoscopic sinus surgery (FESS), a minimally invasive technique, remains the most widely accepted therapy for chronic rhinosinusitis (CRS) and nasal polyposis (NP) after failure of medical treatment. FESS aims to remove inflammatory mucosa and to restore both ventilation and drainage of the sinus cavities. However, healing quality significantly influences the functional outcome. The exact mechanism of mucosal healing after sinus operation remains unclear. Postoperative wound healing is a highly coordinated process that includes coagulation, i.e. clot formation, inflammatory stage, and tissue formation and remodeling. Endoscopic observation of the nasal and sinus mucosa healing after FESS revealed four clinical stages: stage 1 characterized by the formation of abundant crusts, lasting for 1-10 days; stage 2 characterized by obstructive lymphedema, with pronounced swelling of residual mucosa, lasting for up to 30 days; stage 3 characterized by mesenchymal growth, when pale, edematous mucosa is transformed to red mucosa, lasting for up to 3 months; and stage 4 characterized by cicatrix formation, lasting for 3-6 months. The duration of particular stages can be reduced or prolonged by postoperative treatment. Proper treatment of postoperative cavity is a significant

segment in the process of mucosal healing, and thus part of the FESS. Due knowledge of the healing stages can help recognize a mucosal healing impairment and introduce appropriate therapy depending on the stage of the healing process. The healing stages and planning of postoperative therapy after endoscopic sinus surgery are presented.

Rezultata artroskopske rekonstrukcije prednje ukrižene sveze / *A results of all arthroscopic ACL reconstruction*

Hrvoje Pitlović
 H.Mitrović, N.Knežević, D.Bitunjac, R.Kuduz, I.Samardžić
 OB dr.J.Benčević
 Štampareva 42, Slavonski Brod
 hrpitlovic@gmail.com
 098849049
 prezentacija

Sažetak: Od 2007-2011. na odjelu ortopedije (3 iskusna operatera) učinili su 191 artroskopske rekonstrukcije prednje ukrižene sveze učeterostručenim presatkom tetiva semitendinosusa i gracilisa. Fiksacija je rađena Rigid-Fix metodom femoralno te interferantnim bioresorptivnim Milagro vijkom tibijalno. Bilježene su intra i poslijeoperacijske komplikacije, te procedure koje su rađene istovremeno sa rekonstrukcijom prednje križne sveze. Pacijentima je nakon minimalno 9 mj. postoperativno određena Tenger Lyshom skala. Rezultati dobiveni skalom su statistički obrađeni u odnosu na dob, spol, vrijeme proteklo od ozljede do rekonstrukcije ligamenta, vrstu rehabilitacije te oštećenja hrskavice i meniskusa. Također je ispitivan gubitak osjeta ovisno o smjeru kožne incizije (kosa ili uzdužna).

SJEDNICA/SESSION 12

Naslov/Topic:

Pretilost, želudac, slezena / Obesity, stomach, spleen

Liječenje morbidne pretilosti u BiH-naše rano iskustvo / Treatment Of Morbid Obesity In B&H-Our Early Experience

Haris Pandža

Samir Čustović, Namik Hadžiomerović, Asim Alibegović, Ranko Čović,

Opća bolnica "Prim dr Abdulah Nakaš" Sarajevo
Kranjčevićeva 12, 71000 Sarajevo, B&H

haris.pandza@gmail.com

Telefon/mobitel: +38761158098

oral presentation

Introduction: Morbid obesity is becoming very often problem in western countries. In our country there is no publications connected to this issue. There are different surgical procedures in the treatment of morbid obesity. Most common and most efficient is LRYGB.

Material and methods: Since October 2010 till June 2012 twenty-one patients with morbid obesity have been operated. Twenty patients were treated with LRYGB (laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass) and one with LSG (laparoscopic sleeve gastrectomy). All patients were prepared for operation (preoperative diet, stop smoking) in order to achieve good preoperative condition. In this review we analyzed preoperative criteria, introducing standards for this procedure, intraoperative techniques and difficulties and postoperative outcome.

Results: Median age of patients was 36.7, BMI 48.73, average operative time was 135.7 minutes, and average hospital stay was 3.14 days. We had one intraoperative complication: the nasogastric probe was stapled and reanastomosis was done. Average BMI loss after 6 months was 22.34% and after one year 31.59% compared to preoperative BMI and 15.17% compared to BMI measured six months after surgery. There were no major complications. Fourteen months after surgery postoperative incisional hernia occurred in one patient.

Conclusion: LRYGB is feasible and very effective way in the treatment of morbid obesity and its comorbidities. It has considerable longer learning curve compared

to cholecystectomy and multidisciplinary approach is essential to achieve adequate results. As alternative can be done sleeve gastrectomy either as definitive or temporary procedure.

Plastična kirurgija u multidisciplinarnom liječenju morbidne pretilosti nakon us / Plastic surgery in multidisciplinary treatment of morbid obesity after a success

Puljiz Zvonimir

Balde Denis, Romić Marijan, Mijić August, Hamel Duško, Bekavac Bešlin Miroslav

KBC SESTRE MILOSRDNICE

Vinogradska 29 Zagreb

zvonimip@net.hr

099 3787 074

usmeno

Sažetak: There are more and more patients with massive weight loss after bariatric surgical procedures that are potential candidates for plastic surgery procedures. Postoperatively after successful weight reduction, patients often suffer from problems caused by excess skin. The problem arises as a result of loss of subcutaneous adipose tissue and loss of elasticity of the skin as a result of prolonged skin stretching due to obesity. The skin has no possibility retraction leading to the emergence of hanging ptotic skin, primarily in regions such as the trunk (breast, stomach, hips), upper arms and upper legs. Besides unacceptable aesthetic appearance, patients suffer from chronic infections and intertrigo, limited mobility and difficult physical activity. Given the typical localization of hanging skin, the most common plastic surgery procedures in the body shaping are breast reduction, abdominoplasty, extended abdominoplasty (high lateral tension), body lifting (Lockwood operations), and resection of upper arms and thighs excess skin. Possible complications after these operations are hematoma, seroma, wound infection, skin necrosis, wound dehiscence, respiratory distress and deep vein thrombosis. The risk of complications after these procedures is higher in the simultaneous performed bariatric operations and plastic surgery. Because of this, the ideal time to implement procedures of body shaping is a period of at least 12-18 months after bariatric surgery, when it comes to stabilization of weight and reaching an adequate nutritional status. If a patient has excess skin in multiple locations, it is possible to simultaneously run multiple processes of body shaping, and it is possible to simultaneously

perform laparoscopic surgery correcting silicone tape on the stomach if necessary. The role of plastic surgery is rounding of whole treatment of patients with morbid obesity, which gives meaning to the earlier procedures of bariatric surgery in terms of improving quality of life and restoring normal - usual body proportions. Postbariatric body shaping has become an important part of plastic surgery in recent years and is an important part of a multidisciplinary approach to morbidly obese. From our own experience we can point out case of a patient with a weight reduction of 80 kg and a stabilized body weight and nutritional status 3 years after bariatric surgery, in which there has been a dislocation of silicone stomach tape. We performed simultaneous operations - laparoscopic correction of the silicone stomach tape, abdominoplasty and mammoplasty.

Slippage - ozbiljna komplikacija endobandinga / *Slippage: a potentially serious complication after laparoscopic adjustable gastr*

Zvonimir Misir, dr.med.
prof.dr.sc. Bekavac-Bešlin, Jurica Gršić, dr.med., Marijan Romić, dr.med.
KBC "Sestre Milosrdnice"
Vinogradska cesta 29; 10000 Zagreb
zmisir@gmail.com
0912203367
prezentacija

Abstract Laparoscopic adjustable gastric banding (LAGB) is an increasingly common procedure for morbid obesity. It is very popular restrictive bariatric procedure worldwide. Laparoscopic adjustable gastric banding has the lowest morbidity and mortality rates among the common bariatric procedures. Despite being safe and effective for management of morbid obesity it has several troublesome complications. The most prevalent complication following LAGB is band slippage leading to gastric prolapse and obstruction and needs emergency treatment. Incidence of band slippage ranges from 2 to 14%. It can be anterior or posterior with similar presentation. These cases often present to the emergency department where surgeons need to appropriately diagnose and stabilize the patient, prior to any surgical intervention. Depending on the presentation surgery is often required urgently. It is imperative that surgeons and gastroenterologists at all levels of training recognize its signs and symptoms in order to reduce the morbidity and mortality associated with this life-threatening condition. Mini-

mally-invasive approach should be considered in most of the cases, but the approach depends on the general surgeon's experience. Treatment usually consists of band's deflation, laparoscopy for repositioning or band removal. As laparoscopic adjustable gastric banding is increasingly used, more patients will present to the emergency department with complications of the procedure, particularly complications from band slippage. Because the consequences of slippage may require acute surgical intervention, it is imperative that general surgeons, gastroenterologists and radiologists recognize this complication early and avoid potentially serious consequences. The purpose of this text is to familiarize surgeons with this common complication so as not to be overlooked.

Želudčani obvod-prvih i drugih sto / *Gastric bypass-the first and the second hundred cases*

Brane Breznikar
Kunst Grega, Rožej Barbara
OPŠTA BOLNICA SLOVENJ GRADEC
Gospodsvetska 1, 2390 Slovenj Gradec
b_breznikar@hotmail.com
+386 41 660 024
PP

Uvod. Želudčani obvod je najčešća bariatrijska operacija kod nas i u svijetu. Poslije dvije godine operiranja samo sa prilagodljivom trakom i uzdužnih (sleeve) resekcija u 2005 i 2006 godini, u 2007 počeli smo raditi obvod, koji danas predstavlja skoro 50% od svih 650 bariatrijskih operacija. Bolesnici/metode. Analizirali smo rezultate prvih 100 obvoda i usporedili ih sa serijom od drugih 100. pratili smo starost, BMI, EWL, komplikacije, re-do,... Rezultati. Kod prvih 100 broj praćenih, starost i BMI su slični, dok je EWL kod prvih 67,0%, kod drugih 72,2%. Komplikacija je kod drugih 100 manje. Poslije 5 godina je kod 6 praćenih od ukupno 7 pacijenata EWL 85,0%. Zaključak. Naši rezultati su usporedivi sa literaturom. Sve više je obvoda na račun manje operacije sa prilagodljivom trakom.

Laparoskopska operacija po Roscoe-Grahamu / *Laparoscopic Roscoe-Graham procedure*

Marijan Romić dr.med.

Zvonimir Misir dr.med; Zvonimir Puljiz dr. med.; Prof. dr. sc. Bekavac-Bešlin

KBC Sestre milosrdnice Zagreb

Trg Hrvatskih Pavlina 8 Zagreb

dr.romic@gmail.com

095 8 320 519

Usmeno

Sažetak: Laparoscopic Roscoe-Graham procedure

Even Roscoe-Graham published his procedure for perforated peptic ulcer in far 1937 his method is still wide spread in treatment of perforated gastric ulcer. Modifications have been proposed and the open approach to the perforate ulcer has been proven to be succesful in vast majority of the patients. After RTG suspicion, the perforated ulcer is definitely identified either through a open incision other by laparoscope. Today lot of surgeons use the term „suture sec. Roscoe-Graham“ in wrong way. Avoiding suture tension when repairing the perforation was one of guidelines in Roscoe-Graham procedure. Although it is sometimes done, tying the sutures to close the perforation prior to placing the omentum at the defect has the disadvantage of preventing the broad apposition of the omentum to the duodenal serosa- there is a space between omentum and the duodenal serosa. If the sutures are tied after the omentum is in place, with no attempt to sew the ulcer perforation closed, the omentum will effectively plug the perforation. Recent publications from centers where a lot of laparoscopic procedures were performed, specifically omental patch closure of the perforation, are reporting insignificant time difference between open and the laparoscopic procedure. Although the cost of the instrumentation is higher in laparoscopic procedure that is compensated because patients who have laparoscopic perforated ulcer operations spend less time in the hospital, use less of postoperative narcotic analgesics and has less incidence of wound infections.

Iskustvo u laparoskopskoj splenektomiji-osvrt na komplikacije s prikazom slučaja / *The experience in laparoscopic splenectomy-complications review with case report*

Kliček R

Stipančić I, Baković J, Knežević M, Runjić I, Kolak T, Miočinović M

Department of Abdominal Surgery, Clinical Hospital „Dubrava“ Zagreb, Croatia

Avenija Gojka Šuška 6, 10 000 Zagreb

rklicsek@gmail.com

01/2903 444 / 098/9127-101

Usmeno izlaganje/Specijalizantska sekcija

Aim: Laparoscopic splenectomy (LS) presents a challenge in patients with splenomegaly despite being the preferred procedure for most elective splenectomies. According to literature the portal thrombosis presents an expected postoperative complication of laparoscopic splenectomy. Our experience with laparoscopic splenectomy in the setting of postoperative complications is presented. We also reported a case of 49 years old female patient with history of acute leukemia in the childhood, hypertension, diabetes, hyperlipidemia admitted to surgical treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) who developed postoperative portal vein thrombosis (PVT) with mesenteric oedema and intestinal ischemia without gangrene. PVT confirmed with the severe clinical feature and intraoperative local finding was treated conservatively with the proper therapeutic effect.

Methods: The data were collected prospectively from May 2003. to January 2012. in all patients (N=40) that underwent LS in Clinical Hospital „Dubrava“ Zagreb, Croatia. The nature of disease, spleen size (measured on CT or ultrasound), gender, age, operative time, conversion, hospital stay, need for accessory incision, type of splenic artery ligation preoperative and postoperative platelet values were recorded. The postoperative complications were noted as well. The impact of diagnosis (benign/malignant) and the spleen size onto the outcome following LS were evaluated.

Results: Majority of patients submitted to LS had benign hematologic disease (31 of 40) and more than half of them had splenomegaly (23/40). Almost all patients with splenic malignancy have splenomegaly (8 of 9). The mean spleen size in splenomegaly patients was 23,88 cm (range 15-31 cm). Splenomegaly was associated with higher conversion rate (3 vs 2) due to

bleeding and longer mean operative time (128,54 vs 104,75 min). Furthermore, in splenomegaly more patients (7 vs 1) required accessory incision and additional port and blood transfusion (8 vs 1). But length of stay and postoperative morbidity was not associated with enlarged spleen in our series. The postoperative complications were recorded in 3 patients following the LS (7.5%). Intraoperative lesion of descending colon with prompt laparoscopic suturing was experienced in one patient. The PVT was noted in two patients (5%); one without significant clinical signs while the presented one developed severe clinical feature with intestinal ischemia presenting as acute abdomen and submitted to explorative laparotomy. Both were treated conservatively. Both patients had ITP; the asymptomatic case had splenomegaly, while the presented patient had normal sized spleen.

Conclusion: According to our results, the same as to some previously presented studies LS has become a treatment of choice for majority of patients including those with splenomegaly. In spite of longer operative time and more blood loss laparoscopic splenectomy in the setting of splenomegaly is safe in appropriately experienced hands with full awareness of increased complexity of technical performance and caution requirement. The early detection of PVT as expected postoperative complication is essential. The development of PVT was not associated with spleen size in our study.

Laparoskopske splenektomije u dvogodišnjem periodu, iskustva jedne ustanove / Laparoscopic splenectomies in 2 year period, single institution experien

Kinda E., Jelinčić Ž., Majerović M., Smuđ D., Kekez T., Augustin G., Silovski H.
Žedelj J., Morić T.
ZAVOD ZA GASTROINTESTINALNU KIRURGIJU, KLINIKA ZA KIRURGIJU, KBC ZAGREB
KIŠPATIĆEVA 12, 10000 ZAGREB
majsecbudak@yahoo.com
0993555225, 012388196
usmena prezentacija

TITLE: LAPAROSCOPIC SPLENECTOMIES IN 2 YEAR PERIOD, SINGLE INSTITUTION EXPERIENCE **AUTHORS:** Kinda E., Jelinčić Ž., Majerović M., Smuđ D., Kekez T., Augustin G., Silovski H., Matošević P., Bruketa T., Majsec Budak A. Department of Surgery, Division of Abdominal Surgery, University Hospital Center "Zagreb", Zagreb, Croatia.

BACKGROUND: In today's surgical trends, laparoscopic splenectomy (LS) became preferred approach for most splenectomies performed for hematological disorders. Learning curve in surgeons education, and meta-analysis of collected experiences throughout last decade have minimised possible contraindications, whereas in case of massive splenomegaly there still is some controversy. We report a single institution experience in 2 year period.

METHODS: We have analyzed operation and hospitalization data from our patients during the elected time interval, regarding perioperative morbidity and mortality, baseline pathology, operation time, postoperative hospital stay and need for transfusional therapy.

RESULTS: In the period from August 2010. to August 2012 a total of 39 splenectomies were performed. Fourteen splenectomies were performed by laparoscopic approach (LS group - 36%), there were 4 attempted laparoscopic splenectomies converted to an open approach (10%), and 25 open splenectomies (64%), together as 74% open splenectomy group (OS). There were 7 revisional operations due to postoperative complications, all of which in the OS group. Four revisional operations were performed for evacuation of postoperative intraabdominal haemathoma, packing and depacking, on 2 patients. Both of those patients had osteomyelofibrosis as baseline pathology. One reoperation was performed as an evacuation of foreign material due to breakage of abdominal drain. Reasons for converting the attempted laparoscopic approach to an open approach was inability to control bleeding in 1 case, unexpected extensive intraabdominal adhesions in 2 cases, and intolerance of pneumoperitoneum in 1 case. Perioperative mortality was 0% in LS group, whereas there was 1 death in the perioperative period among OS group (4%) in case of patient with high-stage NHL consuming liver parenchyma and icterus. Perioperative morbidity was 0% in the LS group, and 12% (3 patients) in OS group, all of which represented as asymptomatic left pleural effusion, regressing spontaneously. Mean spleen size in LS group was 13cm (range from 9cm to 15cm), comparing to mean spleen size of 23cm in OS group (range from 15cm to 35cm). Duration of postoperative hospital stay of the LS group were significantly shorter (5 days) than those of the open splenectomy (OS) group (8 days). Blood loss also were comparable between the two approaches, and the only 2 patients who received blood perioperatively were those revised for intraabdominal hemathoma,

both with osteomyelofibrosis. Additionally, LS was associated with not significantly longer operative times (85 min) comparing to OS group (70 min). During the evaluated period operative time for LS group has shortened from average 115 minutes to the reached 85 mean operating time, showing well known influence of learning curve.

CONCLUSIONS: LS is preferred compared to OS, based on faster patient recovery and shorter hospital stays, with not significantly longer operative times. We conclude that LS may be acceptable option even in cases of a massive spleen, whereas abdominal adhesions, comorbidities and some specific baseline pathologies may be limiting factors, as well as learning curve of surgeons.

Kreiranje gastrostome laparoskopskim putem / *Laparoscopic gastrostomy*

J. Samardžić

A. Križanović Rupčić, D. Kraljik, M. Rupčić, Đ. Miškić, D. Križanović, V. Pitlović

OB Dr. J. Benčević

A. Štampara 42, Slav. Brod, 35000

akrizanovic@gmail.com

0951963399

usmeno izlaganje

Sažetak: U bolesnika oboljelih od malignih bolesti, u kojih postoji nemogućnost peroralnog uzimanja hrane, a s ciljem sprječavanja maligne kaheksije je potrebno omogućiti unos optimalnih energetske i metaboličkih količina hranjivih sastojaka. Dakle, cilj je izbjeći gladovanje ili manjak bitnih sastojaka prehrane. Gastrostomu najčešće izvodimo kod inoperabilnih tumora probavnog trakta od usne šupljine, pa do kardije želuca. U koliko tumor u cijelosti opstruira probavnu cijev i kada nije moguće kroz isti proći gastroskopom ostaje nam mogućnost klasičnog i laparoskopskog kreiranja gastrostome. Do sada smo učinili 4 laparoskopske gastrostomije, te smo mišljenja da se i kod ove indikacije pokazuju sve prednosti laparoskopije kao minimalno invazivne kirurgije. U sklopu predavanja prikazujemo viedoprezentaciju.

Prva 21 operacije LRYGB u JU OB "Prim.dr. A. Nakas" Sarajevo Kako osigurati sig / *The first 21 laparoscopic gastric bypass procedures for morbid obesity*

Alibegović A,

Hadziomerović N.

Ju OB "Prim.dr. A. Nakas" Sarajevo

Kranjceviceva 12, 71000 Sarajevo BiH

namik.hadziomerovic@gmail.com

00 387 62 139 419

Oralno

Sažetak: The first 21 laparoscopic gastric bypass procedures for morbid obesity at the General Hospital "Prim. Dr. A. Nakas" in Sarajevo How to provide the patient safety ? Alibegović A.* MD. Mr. Med. Sci. and Hadziomerović N.** MD Mr. Med. Sci. *County Hospital Växjö, Sweden **Javna ustanova Opća bolnica "Prim. Dr. A. Nakas" Sarajevo

ABSTRACT BACKGROUND Obesity is a pan-endemic health problem in both developed and developing countries. Obesity and in particular morbid obesity (defined as a body mass index [BMI] > 40 kg/m²), leads to a high incidence of complications and a decrease in life expectancy, especially among younger adults.(1,2) The growing number of institutions and surgeons starting bariatric surgery as a treatment of choice for morbid obesity demand evidence based practice guidelines aiming to secure the safety of the patients operated at those institutions. Key factors in patient safety include comprehensive preoperative medical evaluation, patient education, appropriate perioperative care, and long-term follow-up. Several studies have showed that patients who had demonstrated a 5% preoperative weight loss had shorter operative times.(4,5) The suitable number of the LRYGB (Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass) operation which predict acceptable surgical outcomes is according to several studies between 50-100 LRYGB procedures and is important factor to managing the early phase of the learning curve. (6,7)

METHODS. We searched a literature in Medline and Cochrane library for studies with evidence about patient selection and safety related to weight loss surgery. The best practice evidence found was applied through the whole process of the selection, preparing and perioperative time. Risk factors identified were BMI >60, age >50, gender, morbidities, smoking and inexperienced surgeons and institution. Those factors were avoided in our two first cases. We chose to patients without

morbidity, non smokers (one of them was smoker until two months before surgery), with BMI < 50, who coped to reduce BW 4 -5% before surgery. To avoid problems because of the leak of the surgical experience in bariatric surgery a guest bariatric surgeon was invited and was present until the patients were discharged from the hospital.

RESULTS: Despite the leak of the experience for bariatric surgery at our institution operation time was 135,7 minute, early mobilisations was reached already two ours after the completion of the surgery, patient did not have any of the early complications, and all patients were discharged from the hospital at one, two od three days (3,14) after the surgery.

CONCLUSION: Following rigorously the best practise guide lines for LRYGB it is possible to avoid unnecessary complications during the early phase of the learning curve. Mandatory rules should be well educated and prepared patients and staff, well informed patients, preoperativ weight loss at least 4-5 %, BMI 35-45, non smokers, steal healthy persons, a presence of the experienced bariatric surgeon and no previous abdominal surgery. Key words: obesity, BMI, LRYGB, good preparation, long term follow up

REFERENCES 1. Must A, Spadano J, Coakley EH, et al. The disease burden associated with overweight and obesity. JAMA. 1999;282:1523–1529. [PubMed] 2. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, et al. Years of life lost due to obesity. JAMA. 2003;289:187–193. [PubMed] 3. Apovian CM,1 Cummings S,2 Anderson W,1 Borud L,3 Boyer K,3 Day K,3 Hatchigian E,3 Hodges B,4Patti ME,5 Pettus M,6 Perna, F,1 Rooks D,3 Saltzman E,7 Skoropowski J,3 Tantillo MB,3 and Thomason P.Best Practice Updates for Multidisciplinary Care in Weight Loss Surgery 4.Alverado R., Alami RS and Hsu G et al, The impact of preoperative weight loss in patients undergoing laparoscopic Rpx-en gastric bypass, Obes surg 15(2005), pp 1282-1286. 5. Solomon MD,, Gigi Y. Liu BSa, Ramzi Alami MD, John Morton MD, FACSa and Myriam J. Curet MD, FACSa Benefits to Patients Choosing Preoperative Weight Loss in Gastric Bypass Surgery: New Results of a Randomized Trial Houman Journal of the American College of Surgeons Volume 208, Issue 2, February 2009, Pages 241-245 6. Søvik TT, Aasheim ET, Kristinson J, Schou CF, Diep LM, Nesbakken A, Mala T. Establishing laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass: perioperative outcome and characteristics of the learning curve Obes Surg. 2009 Feb;19(2):158-65. 7. Shin RB Evaluation of the learning curve for laparoscopic Roux-en-Y gastric

bypass surgery. Charleston Area Medical Center, Surg Obes Relat Dis. 2005 Mar-Apr;1(2):91-4.

SJEDNICA/SESSION 13

Naslov/Topic:

Slobodne teme/Free topics

„Cordless“ laparoskopjska kirurgija – početna iskustva KBC-a Split / „Cordless“ endoscopic surgery - a first experience at Split University Hospital

Zdravko Perko

Radoslav Stipić, Mirko Petričević, Dario Matić

Klinika za kirurgiju, KBC SPLIT

Spinčićeva 1

zperko@kbsplit.hr

021/565226

usmeno

Sažetak: Razvoj endoskopske kirurgije i poboljšanje ugođe operiranja neraskidivo je povezano i s odgovarajućim razvojem instrumenata i tehnologije. U današnje vrijeme je potrebno naći razumnu i ekonomski opravdanu mjeru. Primjena visokofrekventnog titranja u endoskopskoj kirurgiji je dobro poznata i evaluirana. Osnovni nedostatak dosadašnjih sustava je cijena uređaja, uz već postojeću visoku cijenu jednokratnih instrumenata. Također, nedostatak je i potreba uporabe i ručnog pretvornika s provodnikom, kao i kalibriranje i servisiranje generatora, koji se ubraja i u kapitalnu opremu. Između 17. i 20. rujna 2012. godine imali smo mogućnost, kao prvi u ovom dijelu svijeta, isprobati novi bežični instrument za primjenu visokofrekventnog titranja u laparoskopjskoj kirurgiji – Sonicision™ (Covidien, SAD). Tijekom ovog razdoblja uradili smo 5 operacija – po dvije laparoskopjske kolecistektomije i hernioplastike i laparoskopjsku operaciju ventralne kile. Sve operacije su prošle bez komplikacija. Vrijeme operiranja nije bilo produljeno. Na osnovi našeg kratkog i ograničenog iskustva, možemo zaključiti da je instrument vrlo jednostavan za uporabu, kao i samo sastavljanje i rastavljanje sustava, a ni testiranje prije uporabe nije potrebno. Pri prvoj uporabi nema potrebe za prilagodbom, uz prethodno iskustvo s takvom tehnologijom. Vrijeme trajanja baterije je i više nego dovoljno. Sve operacije smo izveli bez ponovnog punjenja baterije. Primjetili smo daleko manje stvaranje bioaerosola tijekom uporabe instrumenta, dok je brzina rada i hemostaza bolja nego kod drugih sustava. Rukovanje je utoliko lakše jer nema provodnika koji smeta tijekom laparoskopjskih zahvata, uz primjerenu ergonomiju drške. Instrument nije težak, ne zagrijava se, niti je

drška nepraktična za primjenu. Svakako je i nesumnjiva prednost što instrument više ne zahtijeva stacionarni generator, što olakšava nabavku i održavanje čitavog sustava. Sustav nema servisiranja, testiranja, kao ni kalibriranja. Nakon ove probne serije pacijenata, koristit ćemo ga i za zahtjevnije operacije, poput laparoskopjske resekcije kolona i/ili rektuma, gdje bi njegove dobre osobine još više mogle doći do izražaja.

Primjena 3D sistema u endoskopskoj kirurgiji – početna iskustva KBC-a Split / 3D System in endoscopic surgery - a first experience at Split University Hospital

Zdravko Perko

Radoslav Stipić, Mirko Petričević, Dario Matić, Nikica

Družić

Klinika za kirurgiju, KBC Split

Spinčićeva 1

zperko@kbsplit.hr

021/565226

usmeno

Sažetak: Razvoj endoskopske kirurgije neraskidivo je povezan s odgovarajućim razvojem instrumenata i opreme. Ponekad je teško naći razumnu mjeru između želje, potrebe i cijene. Tijekom rujna 2012. godine imali smo priliku isprobati 3D Sistem proizvođača Karl Storz, Tuttingen, Njemačka. Sistem se sastoji od 3D laparoskopjskog kutom 00 i procesora, te 34" monitora. Pomoću ovog sistema izvršili smo ukupno 6 operacija – po tri laparoskopjske hernioplastike i kolecistektomije. Operacije su prošle bez komplikacija. Prve operacije su trajale nešto dulje radi potrebne prilagodbe novom pogledu na operacijsko polje. Na osnovu naših skromnih iskustava držimo da je prilagodbu sustavu potrebno provesti na jednostavnijim operacijskim zahvatima – kolecistektomiji. Osobito je važan ispravan kut gledanja na monitor. Tijekom operacija je važno imati besprijekorno čiste leće laparoskopjskog radi omogućavanja 3D pogleda. Nedostatak sustava je nepostojanje endoskopa pod kutom od 300, jer se danas većina operacija, osobito zahtjevnijih, ipak radi s kutnim laparoskopom. Također, nemamo iskustva s duljim operacijskim zahvatima, tako da ne znamo smeta li 3D pogled tijekom duljeg operiranja. Možemo zaključiti da nakon stanovitve prilagodbe primjena 3D sistema u laparoskopjskoj kirurgiji omogućuje bolju vizualizaciju operacijskog polja i bolji osjećaj dubine. Vjerujemo kako su takvi sustavi ipak potrebni manje iskusnim operaterima. Ostaje otvoreno pitanje prilagodbe i mijenjanje vrste pogleda (2D na 3D), kao

i ponovnog vraćanja s 3D na 2D pogled. Po našem skromnom iskustvu, takva prilagodba nije problem.

3D laparoskopija: impresije operatera nakon početnih 10 operacija / 3D laparoscopy: Operators' impressions after initial 10 operations

Augustin G

Matošević P, Majerović M, Kinda E, Kekez T, Jelinčić Ž, Silovski H, Fiolic Z

Klinički bolnički centar Zagreb

Kišpatićeva 12

augustin.goran@gmail.com

0915252372

Oralna prezentacija

Introduction Up to date laparoscopic surgery was two dimensional (2D) presentation of 3 dimensional (3D) structures and working field. We investigated the operators' impressions during the first 10 different operations with 3D laparoscopy.

Methods During 7 days all patients with the indication for the laparoscopic operations at the Division of Gastrointestinal Surgery were included in the study. There were no objective parameters measured except duration of operation and intra- and early postoperative complications. Subjective measures of the operators' satisfaction and the feeling of exhaustion were compared to standard 2D laparoscopy. During operations the image was converted to standard 2D for comparison and TAPP procedures were performed in 3D technique for one side and 2D technique for the other.

Results There were three TAPP procedure for bilateral inguinal hernias, four elective cholecystectomies and one emergent for cholecystitis with empyema, one low anterior resection for carcinoma and one appendectomy for phlegmonous appendicitis. During TAPP procedure, the side performed in 3D was technically easier because there were less attempts to grasp the mesh and peritoneum during manipulation. The feeling of space during preparation of Bogros space was better during 3D procedure. The feeling of space during medial to lateral preparation above Treitz fascia and total mesorectal excision during low anterior resection was better and there was lower number of attempts of grasping the bowel during all parts of the procedure. There were no significantly different subjective impression during cholecystectomies and appendectomy. There were no conversion and no intra- and early postoperative complications.

Conclusions Preliminary results demonstrate that 3D visualization helps the surgeon to more accurately perform the parts of the operation where 'real' 3D space is necessary. These operative fields cannot be reached from other sides what makes these operations technically demanding. Operations, in which structures can be rotated, bent or can be accessed from all sides like appendix or gallbladder, 3D has no real advantages. Another factor that minimize the advantage of 3D in these operations is experience with large number of cases.

Ozljeda trbušne aorte pri laparoskopskoj kolecistektomiji / Abdominal aorta injury in laparoscopic cholecystectomy

Mr.sc.dr Bojan Gluhačić

Dr Ivica Fedel

Opća Bolnica Pula

Negrijeva 6

gluhacic@gmail.com

098800258

predavanje

Sažetak: Gospođa NN zaprimljena radi planirane laparoskopske kolecistektomije . 21.4.2005. učinimo laparoskopsku kolecistektomiju,nakon uvađanja Veressove sonde anesteziolog alarmira pad tlaka. Po uvađanju kamere u abdomenu oskudno krvi,tlak se ubrzo normalizira te završimo zahvat na standardni način. 2 sata po zahvatu dolazi do hemoragičnog šoka sa nemjerljivim tlakom i pulsom,hitnom laparotomijom nađemo perforacijski otvor na trbušnoj aorti iznad bifurkacije kojeg prešijemo. Poslijeoper. smještena u JIL,27.4. eksplorativna laparotomija radi retroperitonealnog hematoma,učini se evakuacija hematoma i toaletta abdomena. Poslijeoper. oporavak protrahiran,no bez sekvela te je 25.5. otpuštamo na kućnu njegu. 8.6. ponovni prijem radi febrilnog stanja,CTom abdomena ne nađemo kolekcija u abdomenu,hemokultura i urinokultura sterilne,na th. Ciprinolom dolazi do pada upalnih markera i normofebriliteta te se 21.6. otpušta. Uslijedi tužba bolnici za naknadu radi liječničke pogreške. Od 2 vještačenja jedno je ozljedu aorte okarakteriziralo liječničkom pogreškom,a drugo komplikacijom laparoskopske kolecistektomije. U literaturi se ova ozljeda uvijek okarakterizira kao komplikacija,učestalost ozljeda velikih krvnih žila pri laparoskopskoj kolecistektomiji je 1-2 promila i češći su u mršavih osoba što je bila i gospođa NN. Ovaj sudski predmet još nije završen.

Difuzni peritonitis i laparoskopija / *Diffuse peritonitis and laparoscopy*

Darko Sklepić, dr.med.
 Edita Jozinović, dr.med.
 Županijska bolnica Čakovec
 I.G. Kovačića 1e, Čakovec
 darko13s@gmail.com
 095 8705 275
 Usmena prezentacija

Sažetak: Laparoskopija u stanjima difuznog peritonitisa dugo se smatrala kontraindiciranom. Što zbog povećanog intraabdominalnog tlaka za vrijeme zahvata i posljedične bakterijemije, što zbog uvjerenja da laparoskopski pristup ne omogućuje adekvatan tretman uzroka peritonitisa i adekvatnu toaletu. Unatoč brojnim radovima i recenzijama koji govore u prilog pozitivnog ishoda laparoskopski izvršenih zahvata u stanjima peritonitisa, još uvijek postoji velik broj kirurga koji su skeptični u odabiru pristupa za rješavanje peritonitisa. Naša prezentacija svodi se na kratak osvrt na radove koji obrađuju rezultate ishoda laparoskopski i otvoreno izvršenih zahvata u stanjima peritonitisa, zatim na naša iskustva, te na kratak prikaz slučaja pacijentice koja je bila podvrgnuta laparoskopskom operativnom zahvatu radi „akutnog abdomena“. Uzrok navedenog stanja bio je difuzni peritonitis vjerojatno uzrokovan prikrivenom perforacijom želučanog ulkusa. Uz dobru eksploraciju i toaletu i naknadno provedenu antibiotsku terapiju pacijentica je zdrava otpuštena sa našeg odjela. Nakon 6 mjeseci bila je ponovno podvrgnuta laparoskopiji radi istovremeneolecistektomije i plastike preponske kile. Video zapisi stanja kod prvog i drugog operativnog zahvata ohrabruju nas u našem nastojanju da hitnim stanjima u abdomenu pristupamo i rješavamo ih laparoskopski.

Endoskopska subfascijalna kirurgija kroničnih venskih ulkusa u O.B. „Dr. Josip Benčević“ / *Seps of chronic venous ulcers in GH "Dr. J. Benčević"*

H.Palenkić
 V.Bano, D.Vučinić, J.Samardžić
 OB.\"Dr.J.Benčević\"
 A.Štampara 42, Slav.Brod
 hrpal@net.hr
 091 515 5255
 usmeno izlaganje

Sažetak: Vaskularni odsjek službe za opću kirurgiju opće bolnice u Slavonskom Brodu, na temeljima do tada već rutinskih laparoskopskih operacija u abdomenu te nakon provedene uskospecijalističke edukacije 1999.g. izvodi prvu endoskopsku operaciju ligiranja i presjecanja perforantnih vena donje trećine potkoljenice u svrhu liječenja kroničnog venskog ulkusa. Prvu i sve sljedeće endoskopske operacije vena (Subfascial endoscopic perforator surgery, SEPS) izveo je dr. Velimir Bano nakon pomne selekcije bolesnika s kliničkom slikom dugogodišnjih kroničnih venskih ulkusa refrakternih na konzervativnu terapiju. Rezultati operacija uglavnom su impresivni, operacije nisu vremenski dugotrajne te se nakon kratke krivulje učenja izvode rutinski i prolaze bez većih komplikacija. U zadnje vrijeme razvojem tehnologije obloga za previjanje kroničnih rana te kombiniranjem s kompresivnom terapijom postotak zalječenja kroničnih venskih ulkusa raste ali endoskopska kirurgija perforantnih vena ima svoje sigurno mjesto u liječenju upravo onih bolesnika kod kojih unatoč provedenoj svoj konzervativnoj terapiji ne dođe do poboljšanja.

Porodično pojavljivanje antifosfolipidnog sindroma / *Familial occurrence of antiphospholipid syndrome*

Igor Mirković
 Davor Pikot, Aleksandra Sinožić, Anthony Ban, Andrej Angelini, Marina Blažević
 Opća bolnica Pula
 Negrijeva 6, Pula
 mirkovic.igi@gmail.com
 098255581
 Usmena prezentacija

Sažetak: Dijagnosticirali smo antifosfolipidni sindrom kod djevojke stare 17 g, a naknadno i kod njene majke. Djevojka upućena na odjel zbog ishemije prstiju lijevog

stopala. CD arterija pokaže okluziju lijeve poplitealne i desne radijalne arterije. Rizični čimbenik je uzimanje oralne kontracepcije - Logest tbl. U koagulogramu produljeno PTV 66 sec. Određena terapija: Clivarine 0,25 ml. Premještanje na Kliniku za pedijatriju KBC Zagreb. Kardiološki pregled uredan. UZV srca - nalaz uredan. CD arterija nogu: Lijevo poplitealna arterija okludirana, u P2 segmentu slaba arterijska kolateralna. Slab kolateralni arterijski protok vidljiv u ATP, okludirana ADP/CD arterija ruku pokazuje okluziju desne radijalne arterije. Laboratorijski nalazi: Lupus antikoagulant - pozitivan. aCl-IgG 39 GPL U/ml - umjereno pozitivno aCl-IgM 15 MPL U/ml - slabo poz. beta 2 GPI - 194 RU/ml - ref. interv. < 20 Od terapije ordiniran Clexane 1x0,4 ml, a kasnije 2x0,4 ml. Zbog ishemije prstiju lijevog stopala, učinjena hitna DSA luka aorte, supraaortnih grana, abdominalne aorte, arterija zdjelice i donjih ekstremiteta. Primjerena morfologija i hemodinamika ishodišta supraaortnih grana, abdominalne aorte, a oba bubrega vaskularizirana preko jedne renalne arterije. Uredno prohodne arterije desne noge. Lijevo okluzija poplitealne arterije dužine 5,5 cm, karaktera akutne tromboembolije. Prikazuje se ATP, ATA i Af do gležnja. Indicirana lokalna intraarterijska tromboliza cross-over tehnikom. Nakon rekanalizacije i postavljanja liznog katetera u trombu, injicirano je 10 mg alteplaze. Tromboliza se nastavlja kontinuiranom infuzijom alteplaze do ukupne aplikacije 100 mg alteplaze kroz 36 sati. Zadnja DSA pokazuje rekanaliziran okludiran segment poplitee uz vidljivu okluziju tibiofibularnog trunkusa te početnog i distalnog segmenta ATP Fibularna arterija i ATA prate se do gležnja. CD arterija donjih ekstremiteta 22.12.2009: Lijevo uredan protok AFC, AFS, AP, ATP, prohodna ATA, reducirane brzine protoka. Hipoplastična arterija femoralis superficijalis, poplitealna arterija trifazičkog spektra, uredne morfologije. Tibialis anterior i posterior oko 1,2 mm prohodne, trifazičkih spektara. ABI 24.12.2009. uredne pletizmografske krivulje uz redukciju protoka u razini lijevog skočnog zgloba. ABI 0,58 lijevo, desno 1,02. Pletizmografijom prstiju stopala vide se reducirane gotovo aplanirane krivulje I i V prsta lijeve noge. ABI 30.12.2009.: pletizmografija ukazuje na oporavak protoka lijeve noge, a i oporavak protoka prstiju lijevog stopala. Zaključak: Postavljena je dijagnoza antifosfolipidnog sindroma, a tromboza je posljedica uzimanja kontracepcije. Savjetovan prestanak uzimanja istih. Terapija: Martefarin 1+1/4 tbl i Andol 100 mg uz kontrole PV-a. Majka boluje od exudativnog eritema, a javlja se u hitan prijem 7.2.2010. zbog tromboze površne femoralne vene u distalnoj trećini desne natkoljenice sa ekstenzijom tromba u poplitealnu venu i proksimalnu trećinu vena potkoljenice, Dijagnoza postavljena sa

CD-om vena nogu. Ordiniran Heparin te Marivarin 2 tbl i elastični zavoj. Obzirom da kćer boluje od antifosfolipidnog sindroma, pacijentica upućena u KBC Rebro, prof. B. Aniću, koji kontrolira antifosfolipidne čimbenike: LAC pozitivan aCl IgG
..... 44 GPL U/ml - jako pozitivno aCl IgM
..... 18 GPL U/ml - slabo pozitivan
anti beta 2 gliko protein 48 RU/ml - pozitivan
Postavljena dijagnoza antifosfolipidnog sindroma, najvjerojatnijeg primarnog, te je preporučeno da uzima Martefarin tbl uz Decortin 10 mg i Resochin 1 tbl (zbog exudativnog eritema). Majka i kćer se kontroliraju u KBC Rebro u Zagrebu te su dobro.

Tumor Meckeli-evog divertikla – prikaz slučaja / Tumor of Meckeli diverticulum – case report

K Grdović
S Kujundžić, O Perinčić, T Sorić, K Markulin, T Dominis
Opća Bolnica Zadar, Internistička ordinacija dr. Stipan Kujundžić, Zadar
B Peričića 5, Zadar
markulink@gmail.com
023505497
usmeno

Sažetak: Bolesnik sa smetnjama pasaže crijeva javio se na pregled internisti. Klinički pregled bez osobitosti., a laboratorijski nalazi u granicama referentnih vrijednosti. UZV i CT pregledom nađena inhomogena tumorska tvorba u zdjelici te je indicirana eksploracija. Naknadnim UZV pregledom utvrđeno da se tvorba nalazi intraabdominalno te se indicira laparoskopska eksploracija. Intraoperativno dijagnosticirana i odstranjena egzoftična tumorska tvorba Meckeli-evog divertikla. Operacija i postoperacijski oporavak protekli su bez komplikacija. PH nalaz: Myoma intramurale intestini tenui.

CT kolonografija i mr kolonografija u prijeoperacijskoj pripremi bolesnika za LA / *MR colonography and CT colonography in the preoperative preparation of patients*

I.Čepić

M.Zelić, M.Uravić, B.Čandrić, D.Miletić

Klinika za kirurgiju, Zavod za digestivnu kirurgiju, KBC
Rijeka

Krešimirova 42, Rijeka

ivica.cepic@gmail.com

051 658-670

Usmeno- powerpoint

Sažetak: CT kolonografija („virtualna kolonoskopija“) i MR kolonografija predstavljaju neinvazivne dijagnostičke metode koje omogućavaju intra i ekstraluminalni prikaz debelog crijeva. Ove pretrage omogućavaju prikupljanje mnoštva podataka kojih klasičnim pretragama nismo u mogućnosti dobiti. Osim prikaza debelog crijeva omogućavaju i prikaz ostalih organa u trbušnoj šupljini što je iznimno važno kod bolesnika sa kolorektalnim karcinomom zbog prikaza jetre, limfnih čvorova i susjednih organa. Indikacije za korištenje ovih metoda osim za dijagnostiku kolorektalnog karcinoma su sve upalne bolesti debelog crijeva, neuspješna klasična kolonoskopija te kontrolni pregledi nakon operativnih zahvata dok je kontraindikacija za korištenje ovih pretraga malo. Osnovni nedostatak je nemogućnost uzimanja uzoraka za citološku i patohistološku analizu. Važnost ovih dijagnostičkih pretraga dolazi do izražaja u pripremi bolesnika kod kojih se planira laparoskopska operacija, jer kod istih smo uskraćeni za osijet dodira te postoji mogućnost da se sinhroni tumori previde ukoliko nije učinjena kolonoskopija u cijelosti zbog opstrukcije lumena tumorom. Ove pretrage u nekim zemljama spadaju u scrining metode za otkrivanje kolorektalnog karcinoma, a i u našoj ustanovi dobiva svoje mjesto u dijagnostici promjena na debelom crijevu ponajviše u sklopu prijeoperativne pripreme za laparoskopske operacije debelog crijeva.

Poster / Posters

Infekcija *Helicobacter pylori* i polip želuca / *Helicobacter pylori* infection and gastric polyps

Ljubica Fuštar-Preradović

Jakovina T, Mišić M, Prvulović I, Tomić K, Mahovne I, Jakovina K.

Department for Pathology, Forensic Medicine and Cytology, General Hospital Slavon

Andrije Štampara 42

ljubica.fustar.preradovic@sb.t-com.hr

091 532 4929

poster prezentacija

Introduction. Gastric polyps are uncommon, found in about 0,4% of adult autopsies. The great majority are non-neoplastic and appear hyperplastic nature. Hyperplastic polyps form as a reaction to chronic inflammation in the cells that line the inside of the stomach. They are usually benign, but they can become cancerous if left untreated.

Aim. The aim of this study is find out frequency of *Helicobacter pylori* infection in gastric polyps. Material and methods. For cytology air dried, May-Grünwald Giemsa stained imprint of polyp biopsy were prepared. For histology paraffin-embedded, 5µm thick sections stained with hemalaun-eosin of polyp biopsy were prepared.

Results. In period of 1 st of January 2000 to 31st December 2002 in our hospital 38 endoscopically removed gastric polyps were examined cytological by imprint method. All material were completely histologically examined. Polypus hyperplasticus was diagnosed in 37 histological slides, and there was one Adenoma tubular. In our specimen *Helicobacter pylori* was not found in 73.7% gastric polyps, and was not found in 26.3%. But, 70% polyps with *Helicobacter pylori*, i.e. 18,4% of all polyps were situated in prepyloric region.

Conclusion. In course of 3 years 38 gastric polyps were examined cytologically and histologically. Only 26.3 of these patients had accompanied *Helicobacter pylori* infection and 70% of these were situated at prepyloric region. So, we found that majority of gastric polyps; mainly have not positive correlation with accompanied *Helicobacter pylori* infection.

Primjena TEM-a u sučaju profuznog krvarenja iz adenomatoznih polipa na kolorekta / Use of TEM in the case of severe bleeding from adenomatous polyps on colorectal

G. Šantak

G. Zukanović, J. Čosić, D. Šimleša, D. Matoković, Ž. Glavić, Lj. Begić

Opća bolnica Požega

Osječka 107

gsantak@hotmail.com

034 254402

Poster

Sažetak: Polipi na mjestu anastomoze nakon resekcija kolona i rektuma razmjerno su česta pojava s incidencijom do 15%. Dijagnosticiraju se uglavnom slučajno tijekom kontrolnih kolonoskopija nakon operacije i gotovo uvijek su asimptomatski, a nakon biopsije nije potreban poseban tretman. Patohistološki, velika većina ovih polipa su inflamatorni polipi, a samo rijetko, u oko 1% operiranih pacijenata nalazimo adenomatozne polipe. Ovdje opisujemo nalaz adenomatoznih polipa koji su svojim izgledom oponašali recidiv carcinoma na kolorektalnoj anastomozi i pritom izazvali profuzno krvarenje. 47-godišnji muškarac primljen je na naš odjel pet mjeseci nakon laparoskopske resekcije sigmoidnog kolona radi adenocarcinoma, zbog obilnog krvarenja per recti. Kod prijema su registrirani klinički i laboratorijski znakovi posthemoragijske anemije. Kolonoskopski je u području anastomoze uočena tumorska tvorba neravne površine koja zahvaća gotovo cijelu cirkumferenciju crijeva i aktivno krvari, no zbog ekstenzivnosti procesa nije bila moguća pouzdana kolonoskopska biopsija. Nakon kraće pripreme pacijenta napravljena je submukozna TEM ekscizija cijele cirkumferencije crijeva zahvaćenog tvorbom, a preparat je poslan na PH analizu. Postoperacijski tijek protekao je bez komplikacija. Histopatologija je pokazala nalaz adenomatoznih polipa u području anastomoze bez tumorskih stanica. Pacijent je otpušten kući četvrti dan nakon operacije, nakon normalizacije laboratorijskih nalaza. Dvije godine nakon operacije nema znakova recidiva prvotnog procesa. U odnosu na ukupan broj svih lokalnih recidiva (14,4%), incidencija lokalnih intraluminalnih recidiva kolorektalnog karcinoma je rijetka (3,2%), no ne i zanemariva. Stoga je pouzdana patohistološka analiza, kakvu omogućuje TEM ekscizija, metoda izbora u dijagnostici i terapiji promjena na kolorektalnoj anastomozi.

Endoskopska kirurgija u rekonstrukciji dojke / *Endoscopically assisted surgery in breast reconstruction*

Zoran Veir

K Kunjko, B Cvjetičanin, D Duduković, D Dujmović, N

Fuks, H Veir, B Zdilar, Z Za

Klinički bolnički centar Zagreb

Kišpatićeva 12

kristian.kunjko@gmail.com

098280987

Poster

Uvod: Polandov sindrom je karakteriziran sa hipoplazijom ili aplazijom dojke i potkožnog masnog tkiva, odsutstvom velikog pektoralnog mišića te hipoplazijom rebra i gornjeg ekstremiteta. Incidencija je u rasponu od 1:7000-100000 živorođene djece. Do sada su objavljene mnoge tehnike rekonstrukcije torakalne stijenke koje najčešće uključuju rekonstrukcije protezom i latissimus dorsi reznjem.

Prikaz slučaja: Sedamnaest godišnja pacijentica sa Polandovim sindromom, koji uključuje aplaziju desne dojke sa aplazijom velikog i malog pektoralnog mišića. Kod pacijentice je rađena rekonstrukcija sa tkivnim ekspanderom prije dvije godine, u vanjskoj ustanovi, koja nije dala zadovoljavajuće estetske rezultate. Glavni problem je bio što je inframamarna brazda bila 3 cm niže nego na lijevoj strani uz prazan gornji pol dojke.

Kirurška tehnika: Preoperativno pacijentica je bila detaljno nacrtana i izmjerena (Slika 1). Zahvat je bio u općoj anesteziji sa položajem na lijevom boku. Inframamarna incizija desne dojke kroz koju je odstranjen ekspander (Slika 2). Kroz 3 male incizije u dužini 2,5 cm (jedna na donjem rubu skapule, druga u srednjoj aksilarnoj liniji i treća na donjem polu latissimus dorsi mišića) te uz pomoć endoskopa odignut je latissimus dorsi režanj (Slika 3). Režanj je potom rotiran i pozicioniran sa prednje strane do lateralnog ruba sternuma, a ispod njega je stavljen implantat (225g Natrelle 410 MF). Na taj način dobili smo idealnu simetriju obje dojke uz podignutu inframamarnu brazdu i punoću gornjeg pola desne dojke (Slika 4 i 5).

Zaključak: Rekonstrukcija aplazije dojke kod Polandovog sindroma, daje najbolje rezultate u kombinaciji sa latissimus dorsi reznjem i implantatom. Endoskopski asistiranje odizanje latissimus dorsi reznja ostavlja mnogo manje ožiljke koji su samim time i estetski prihvatljivi u odnosu na standardni rez na leđima prilikom klasičnog odizanja latissimus dorsi reznja.

Laparoskopska apendektomija u trudnoći-Prikaz slučaja / *Laparoscopic Appendectomy in Pregnancy-Case Report*

Zrinka Tomac

Mario Rupčić, Tomislav Grgurević, Josip Barišić

Odjel za ginekologiju i porodništvo

OB\ "Dr.J.Benčević" Slavonski Brod

Andrije Štampara 42., 35000 Slavonski Brod

zrinka.tomac@sb.t-com.hr

098/884-502

Poster

Sažetak: Primigravidi NN (28.god) na našem je Odjelu, u 25.tjednu trudnoće, učinjena cerclage zbog insuficijencije cervikalnog kanala. Prethodno je u terapiju uvedena peroralna tokoliza zbog prijetjećeg prijevremenog porođaja, te je provedena antibiotska terapija zbog cervicitisa. Zahvat postavljanja šava cerclage protekao je uredno. Treći dan po zahvatu trudnica se žali na jake bolove u desnom donjem kvadrantu abdomena, koji se šire u desnu nogu. Opstetrički nalaz uredan, šav cerclage drži, uterus normotoničan. Pri palpaciji javlja bol u projekciji apendiksa. Afebrilna, negira mučninu i povraćanje. Upalni parametri, određivani u više navrata, u granicama su referentnih vrijednosti. Konzultira se kirurg, koji s obzirom na netipičnu kliničku sliku preporuča intenzivnu opservaciju. Kako ni nakon 12satne opservacije bolovi ne jenjavaju, ponovno se konzultira kirurg, te se odluči učiniti eksplorativnu laparoskopiju u OET anesteziji. Tijekom laparoskopije nađe se flegmono promijenjen crvuljak koji se odstrani. Ostali nalaz u abdomenu uredan. Postoperativni tijek uredan uz antibiotsku i antikoagulantnu terapiju. Trudnica otpuštena kući u 27. tjednu trudnoće, uz preporuku uzimanja peroralne tokolize. Daljnji tijek trudnoće uredan. Šav cerclage skinut u 37. tjednu trudnoće. U 41. tjednu trudnoće uredno vaginalno rodila.