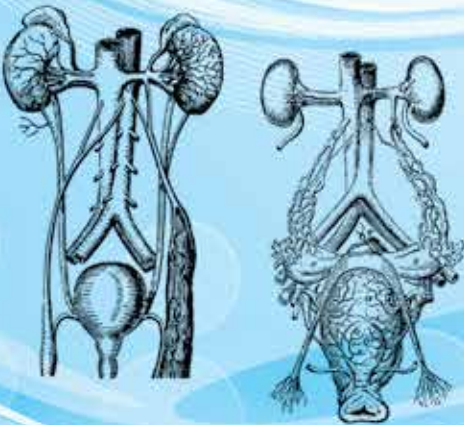




Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

# 3. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

02 - 06 KASIM 2016  
RIXOS SUNGATE OTEL, ANTALYA



BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

## ÖNSÖZ

Sayın Meslektaşım,

Ürolojik Cerrahi Derneği 3. Ulusal kongresinin (UCD 2016) hazırlıklarını tamamlamış durumdayız. Yaklaşık 1,5 yıllık çalışmalarımızın sonuçlarını heyecanla bekliyoruz. UCD 2016'nın hazırlık aşamasına; Yönetim Kurulu, Bilimsel Kurul ve Bildiri Değerlendirme Heyeti dahil 31 akademisyen katıldı. UCD 2016'nın en önemli bölümlerinden biri de akademik çalışmaların yer aldığı bildiri, poster ve video sunum bölümleridir. UCD 2016'da 340 Kurumdan 105 sözel bildiri, 140 sözlü poster, 46 sunulu video bildiri, 150 poster, 39 video bildiri yer almaktadır. UCD 2016'ya katkıda bulunan tüm meslektaşlarımıza teşekkür ederim.



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

## BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KOMİTESİ

---

Levent Türkeri  
Güven Aslan  
Aydın Mungan  
Murat Koşan  
Cenk Bilen  
Ender Özden  
Ömer Demir  
Volkan İzol  
Serkan Doğan  
Berk Burgu  
Cem Akbal  
Serhat Gürocak  
Tufan Tarcan  
İlker Şen  
Şahin Kabay  
Levent Emir  
Emre Bakırcıoğlu  
İyimser Üre  
Serkan Deveci  
Kamil Çam  
Kamil Yakupoğlu  
F. Tuncay Akı  
Rasin Özyavuz  
Metin Onaran  
Fehmi Nerter  
Berk Burgu

## YÖNETİM KURULU

---

Ahmet Adil Esen  
Serdar Tekgül  
Bülent Alıcı  
Rasin Özyavuz  
Ceyhun Özyurt  
Ender Özden  
Cem Akbal  
Serkan Doğan  
Tufan Tarcan  
Aydın Mungan  
Bora Küpeli

## KONGRE BİLİMSEL KURULU

---

Adil Esen  
Serdar Tekgül  
Cem Akbal  
Bülent Alıcı  
Berk Burgu,  
Serkan Doğan  
Ender Özden  
Cenk Yücel Bilen  
Ömer Demir  
Levent Türkeri  
Güven Aslan  
Emre Bakırcıoğlu  
İyimser Üre  
Hamdi Özkara  
Tufan Tarcan  
İlker Şen

# SERBEST BİLDİRİLER 1 (ÜROONKOLOJİ)

3 Kasım 2016 / Salon A / 17:00-18:00

Oturum Başkanları: İrfan Atakan, Yaşar Bedük



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-01

## MULTİPARAMETRİK MR VE TRANSREKTAL USG KILAVUZLUĞUNDA HEDEFE YÖNELİK PROSTAT FÜZYON BİYOPSİSİ: ERKEN DÖNEM SONUÇLAR

Ahmet Güdeloğlu,<sup>1</sup> Amiral Farahvash,<sup>2</sup> Sinan Sözen,<sup>3</sup>  
Cenk Yücel Bilen<sup>4</sup>

1. Özel Memorial Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Lôsante Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

4. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Mutliparametrik MR ve transrektal USG gibi görüntüleme modalitelerinin birleştirilmesi, transrektal USG kılavuzluğunda standart biyopsinin tanı koyabilme kapasitesini potansiyel olarak artıran heyecan verici bir inovasyon olarak klinik uygulamaya girmiştir. Bu çalışma, ülkemizde de yeni klinik uygulamaya giren mutliparametrik MR ve transrektal USG kılavuzluğunda hedefe yönelik prostat füzyon biyopsisi uygulamasının erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçlamaktadır.

**YÖNTEM:** Mayıs 2016 ile Ağustos 2016 tarihleri arasında prostat kanseri şüphesi ile mutliparametrik MR (Philips İntera 3.0 T) çekilen ve PI-RADS 3 ve üzeri lezyona sahip toplam 16 hastaya transrektal USG (SmartUS, Telemed) eşliğinde transperineal stepper (CIVCO, EX3) yardımı ile MIM Symphony (MIM Software, Cleveland) yazılımı kullanılarak hedefe yönelik prostat füzyon biyopsisi yapılmıştır. Genel anestezi altında yapılan bu işlemden sonra hastaların hepsi aynı gün taburcu edilmişlerdir.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 61 (52 -74) ve ortalama PSA değeri 5.5 ng/ml (3.9 - 7.6) olan hastaların ortalama prostat hacimleri 63 cm<sup>3</sup> (43 - 120) idi. 3 hastada (%19) parmakla muayene bulgusu pozitif. 6 hastanın (%38) en erken 1 yıl önce yapılan standart biyopsi öyküsü vardı. 16 hastada ortalama boyutu 11 mm (4 - 25) olan toplamda 19 lezyon örneklendi. Bu lezyonların %58'i (11/19) apex veya apex-mid bileşim yerine lokalizedi. Lezyonların %32'si (6/19)

PI-RADS 3, %42'si (8/19) PI-RADS 4 ve %26'sı (5/19) PI-RADS 5 olarak sınıflandırılmaktaydı. Her bir lezyondan ortalama 4.8 kor (2 - 6) biyopsi alındı. 11 hastada sağ periferel zondan, 13 hasta ise sol periferel zondan sırası ile ortalama 2.6 kor ve 3.4 kor random biyopsiler de alındı. Patolojik inceleme sonucunda 19 lezyonun 6'sında, 16 hastanın 7'sinde prostat adenokarsinomu tespit edilmiştir. Tümör tespit edilen 7 hastanın 3'ünde daha önce tümör negatif gelen standart biyopsi öyküsü mevcuttu. Hastalar için ortalama anestezi süresi 60 dakikaydı (45 - 100). İşlem sonrasında hiç bir hastada ateş veya ürosepsis izlenmezken sadece 1 hastada işleme bağlı hematüri ve üriner retansiyon gelişmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Ülkemizde klinik uygulamaya yeni girmiş olan mutliparametrik MR ve transrektal USG kılavuzluğunda hedefe yönelik prostat füzyon biyopsisi prostat kanseri tanısı koymada güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir. Standart biyopsiye olan üstünlüğünün gösterilebilmesi açısından daha fazla sayıda hasta ile yapılan karşılaştırmalı klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-02

## MR/US FÜZYON PROSTAT BİYOPSİ: KLİNİK ÖNEMLİ KANSER SAPTAMADA ÇÖZÜM OLABİLİR Mİ?

Mahir B. Özgen,<sup>1</sup> Bora Özveren,<sup>2</sup> Yılören Tanıdır,<sup>3</sup>  
Niyazi Levent Türkeri<sup>2</sup>

1. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

3. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Mutliparametrik MR (mp-MR) kılavuzluğunda MIM® Symphony kullanılarak yapılan MR/transrektal ultrason (USG) füzyon biyopsi sonuçları değerlendirildi.

**YÖNTEM:** Son 1 yıl içerisinde prostat kanseri

şüphesi nedeniyle MR/USG füzyon biyopsi planlanan tüm hastalara 3Tesla mp-MR görüntülemesi yapıldı. PIRADS 3, 4 ve 5 lezyonu olan hastaların lezyonları tek radyolog tarafından MIM® Software kullanılarak

**Tablo 1:** Füzyon biyopsi sonuçları

	Benign	Prostat Ca	pValue
Yaş (yıl)	59,4±9,0	66,8±8,1	0,016*
PSA (ng/dl)	7,2±6	6,2±3,0	0,59
Kor sayısı (n)	17,3	16,9	0,82
İşaretli lezyon sayısı (n)	4±1,7	3,3±1,3	0,23
Lezyona hedefli bx (n)	3,3±1,8	3,2±1,2	0,87
Random bx (n)	7,8	8,3	0,71

**Tablo 2:** mp-MRI'nin kanser saptama başarısı

PIRADS skoru	HS (n)	Tm sayısı (oranı)	Gl 6 HS (oranı)	Gl 7 HS (oranı)	Gl 8-10 HS (oranı)	p* Value
3	16	3 (%18,7)	3 (%100)	0 (0)	0 (0)	0.49
4 ve 5	19	10 (%52)	0 (0)	7 (%70)	3 (%30)	0,015

HS: hasta sayısı; Gl:Gleason Tm: Tümör

**Tablo 3:** mp-MRI lezyonları ile patoloji uyumluluğu

	Benign sayısı (oran)	Malign sayısı (oran)
PIRADS 4 veya 5 ten en az biri var	9 (%35)	10 (%77)
PIRADS 4 veya 5 ten en az biri yok	17 (%65)	3 (%23)
Total	26 (%100)	13 (%100)

PIRADS 4 veya 5'ten en az birinin var olması ile patoloji sonucu arasında ilişkiyi incelemek için yapılan Ki-Kare testi sonucunda:  $p=0.03139 < 0.05$  olduğundan PIRADS 4 veya 5' ten birinin var olması patoloji sonuçlarının farklılığını %95 güvenle etkiler; PIRADS 4 veya 5'in varlığı adenokarsinom varlığı ile pozitif yönde ilişkilidir.

\* PIRADS değerinin tm saptama anlamlılığı

işaretlendi. Tüm hastalara genel anestezi altında perineal olarak MR/USG füzyon biyopsi uygulandı. Hastalara pre-operatif tek doz 500 mg Amikasin IV yapıldı ve post-op dönemde herhangi bir antibiyotik verilmedi.

MR'da işaretlenen her PIRADS skoru 3-4-5 bildirilen lezyonlardan ortalama 2-5 kor biyopsi alındı.

**BULGULAR:** Füzyon biyopsi sonucu benign veya malign patolojisi olan gruplarda PSA açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Toplam 39 hastanın 13'ünde (%33,3) kanser saptandı. Saptanan kanserlerin histopatolojik değerlendirme sonuçları ve görüntüleme PIRADS skorları ile eşleştirilmesi Tablo 1-3'de verildi.

Klinik önemsiz adenokanser saptanan 3 hastanın 2'si aktif izlem protokolüne alındı. Diğer hastaya ise robot-yardımlı radikal prostatektomi (RARP) uygulandı. Klinik önemli kanser saptanan 7 hastaya RARP uygulandı. RARP yapılan hastaların tümünde, patolojik inceleme sonuçlarının füzyon biyopsi Gleason skorları ile tam uyumlu olduğu saptandı.

Post-operatif dönemde hiçbir hastada enfeksiyon görülmedi. İki (% 5.1) hastada akut idrar retansiyonu gelişti.

**ÇIKARIMLAR:** Füzyon biyopsi uygulamasının başlangıç döneminde elde edilen bu veriler lezyona hedefli prostat biyopsi yönteminin özellikle klinik önemli kanser saptanmasında önemli bir yer tutacağını düşündürmektedir. MR/US füzyon biyopsi başarısının tam olarak değerlendirilebilmesi için daha

fazla sayıda hasta deneyimi ile prospektif randomize çalışma kanıtlarına ihtiyaç vardır.

SS-03

## PROSTAT BİYOPSİSİNDE PROSTAT VOLÜMÜNE GÖRE KOR SAYISININ ARTTIRILMASI KANSER TANI ORANLARINI ETKİLER Mİ?

Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hüseyin Tarhan,<sup>1</sup> Yelda Dere,<sup>2</sup> Hayrettin Şahin,<sup>1</sup> Ömer Erdoğan<sup>1</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Muğla  
2. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Muğla

**AMAÇ:** Prostat biyopsisinde kor sayısının artırılması prostat kanseri saptama olasılığını arttırmaktadır. Bununla beraber, farklı prostat volümlerinde kor sayısının ne olması gerektiği konusunda belirsizlikler devam etmektedir. Bu çalışmada prostat volümündeki artışa bağlı olarak kor sayısının artırılmasının prostat kanseri tanısındaki etkinliğini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Eylül 2012-Kasım 2015 tarihleri arasında transrektal ultrason kılavuzluğunda, 12 kor prostat biyopsisi yapılan 348 hastanın verileri (Grup 1), Aralık 2015- Haziran 2016 tarihleri arasında prostat volümü;

≤ 40cc, 41-45cc, 46-50cc, 51-60cc, >60cc olan ve sırasıyla 12, 14, 16, 18, 20 kor prostat biyopsisi yapılan 103 hastanın verileri (Grup 2) ile karşılaştırıldı. Daha önce yaptığımız çalışmada prostattın cc'si başına alınması gereken kor uzunluğunun cutoff değeri >3.31mm olarak bulunmuştu. Prostat volümlerine göre alınması gereken kor sayısı buna göre belirlendi. Biyopsi hasta lateral dekübitis pozisyonunda ya periprostatik sinir blokajı ya da midazolam ve remifentanil ile sedasyon prosedürü altında yapıldı.

**BULGULAR:** Biyopsi yapılan hastaların ortalama yaş, prostat volümü ve PSA değerleri sırası ile grup 1'de 64.41±7.64 yıl, 53.99±24.37cc, 13.88±27.91ng/ml iken grup 2'de 64.20±7.58 yıl, 51.95±32.43cc, 15.42±35.82ng/ml idi (bütün değerler için p>0.05). Kanser saptama oranı grup 1'de %26 iken grup 2'de %33 idi (p=0.04).

**ÇIKARIMLAR:** Prostat biyopsisinde alınacak kor sayısına prostat volümleri de göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. Ancak EAU klavuzlarında da önerildiği gibi prostat boyutu ne olursa olsun en az 12 kor biyopsi alınmalıdır. Bununla beraber büyük hacimli prostatlarda kor sayısının artırılması hem örneklenen doku miktarını hem de örneklenen prostat alanını arttırarak kanser tanı oranlarını arttırmaktadır.

SS-04

## MULTİPARAMETRİK MR KILAVUZLUĞUNDA IN-BORE PROSTAT BİYOPSİSİ YAPILAN OLGULARDA PI- RADS SKORU İLE HİSTOPATOLOJİK BULGULAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

Murat Can Kiremit,<sup>1</sup> Ömer Acar,<sup>1</sup> Tuna Mut,<sup>2</sup>  
Aslıhan Onay,<sup>3</sup> Metin Vural,<sup>4</sup> Sergin Akpek,<sup>4</sup> Tarık Esen<sup>5</sup>

1. Koç Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul
2. VKV Amerikan Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul
3. Koç Üniversitesi Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul
4. VKV Amerikan Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul
5. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Multiparametrik MR (Mp-MR) kılavuzluğunda in-bore prostat biyopsisi yapılan olgularda artan PI-RADS skoru ile kanser saptama oranları arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermek.

**YÖNTEM:** Şubat 2012 - Ağustos 2016 arasında prostat kanseri şüphesi nedeniyle Mp-MR rehberliğinde in-bore biyopsi yapılmış olan 86 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Her

hasta biyopsi öncesinde Mp-MR ile değerlendirildi ve prostat içerisinde yerleşen kanser-şüpheli alanlar PI-RADS skorlama sistemine göre kategorize edildi. Birden çok şüpheli alan barındıran prostatlar için prostattın tamamındaki radyolojik izlenimi yansıtmayı amacıyla ağırlıklı PI-RADS skoru tayin edildi. İlk Mp-MR'dan farklı bir zamanda gerçekleştirilen in-bore biyopsi sırasında; sadece kanser-şüpheli alanlar, gerçek zamanlı MR görüntüleme ile hedeflenerek örneklendi. Mp-MR yorumu ve in-bore biyopsi işlemi aynı radyolog tarafından gerçekleştirildi. Biyopsi öncesi Mp-MR'da tespit edilmiş olan şüpheli odakların PI-RADS skoru ile biyopsi ve radikal prostatektomi spesimenlerindeki histopatolojik bulgular arasındaki ilişki irdelendi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaş ve serum PSA değeri sırasıyla 65.1 ± 7.8 yıl ve 9.1 ± 9.01 ng/ml olarak kaydedildi. Yirmidokuz hastanın (%33.7) daha önce negatif sonuçlanmış olan prostat biyopsisi öyküsü mevcuttu. Kırkiki hastanın (%48.8) Mp-MR'ında tek şüpheli odak tespit edilirken, sırasıyla 29 (%33.7), 14 (%16.2) ve 2 (%2.3) hastada 2, 3 ve 4 adet kanser-şüpheli odak saptandı ve radyolojik özelliklerine göre PI-RADS skorları tayin edildi. Sırasıyla 1 (%1.1), 30 (%34.8) ve 55 (%63.9) hastanın ağırlıklı PI-RADS skoru 3, 4 ve 5 olarak rapor edildi.

Ağırlıklı PI-RADS skoru 3 olan hastanın in-bore biyopsisinde malignite tespit edilmezken, baskın PI-RADS skoru 4 olan olguların 17 tanesinde (%56.6), 5 olanların ise 43'ünde (%78.1) in-bore biyopsi ile malignite tanısı kondu (p= 0.04). Ağırlıklı PI-RADS skoru 4 olan olgularda in-bore biyopsi ile Gleason ≥7 prostat ca. tespit edilme oranı %46.6 (n= 14) iken aynı oran baskın skoru 5 olanlarda %61.8 (n= 34) olarak kaydedildi (p= 0.25).

Operedilen 26 hastanın; 8'inde ağırlıklı PI-RADS skor 4 iken, geri kalan 18 hastada genel radyolojik izlenim PI-RADS 5 idi. Operedilen PI-RADS 4'lülerin tamamında, PI-RADS 5 baskın olguların ise 1'i hariç hepsinde RP gleason skoru 7 ve üzerindedir.

**ÇIKARIMLAR:** In-bore yöntem ile MR kılavuzluğunda prostat biyopsisi yapılan olgularda PI-RADS skoru arttıkça genel kanser ve yüksek dereceli kanser saptanma oranı artmaktadır.

SS-05

## PROSTAT KANSERİNDE GA-68 PSMA PET/BT İLE İLK DENEYİMLERİMİZ

Ata Özen,<sup>1,1</sup> İyimser Üre,<sup>1</sup> Hasan Önner,<sup>2</sup> Ali Ülgen,<sup>1</sup>  
İlknur Ak Sivrikoz,<sup>2</sup> Cavit Can<sup>1</sup>

1. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir  
2. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** Prostat spesifik membran antijeni (PSMA) prostat kanserli hücrelerde yüksek oranda ekspres edilen bir yüzey proteindir. Son dönemde PSMA ligandlarının Galyum-68, Teknesyum-99m, İyot-131 gibi çeşitli radyoaktif maddelerle işaretlenmesiyle prostat kanseri metastazlarının veya rekürrenslerinin hücre düzeyinde daha spesifik olarak saptanabileceği bildirilmektedir. Bu çalışmada, hastanemizde Mayıs 2016'dan bu yana kullanılmaya başlanan Ga-68 PSMA PET/BT ile ilgili ilk deneyimlerimizin paylaşılması amaçlandı.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde radikal prostatektomi sonrası PSA rekürrensi tespit edilen, yüksek riskli prostat kanseri tanısı alan veya diğer görüntüleme yöntemlerinde şüpheli metastatik görünüm varlığı olan hastaların metastaz odaklarının teyit edilmesi amacıyla istenen Ga-68 PSMA PET/BT sonuçları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplam 30 hastadan Ga-68 PSMA PET/BT istendi. Radikal prostatektomi sonrası PSA rekürrensini değerlendirildiği 7 hastanın 4'ünde metastatik odak saptandı. Hastaların PSA değerleri ve PSMA PET/BT sonuçları tabloda belirtilmiştir. Diğer görüntüleme yöntemlerinde (NAF PET/BT veya kemik sintigrafisi) şüpheli kemik lezyonu saptanan

**Tablo:** Radikal prostatektomi sonrası PSA nüksü görülen hastaların Ga-68 PSMA PET/BT sonuçları

Hasta	PSA değeri	Ga-68-PSMA/PET sonucu
1	0.33	PSMA tutulumu izlenmedi
2	0.45	PSMA tutulumu izlenmedi
3	0.9	PSMA tutulumu izlenmedi
4	0.44	Sol iliak zincirde 2 adet lenf nodunda tutulum mevcut
5	0.69	Sol 7.kostada metastatik tutulum
6	3.4	Sağ 2. kosta ve torakal 2. vertebrada metastatik tutulum
7	6.5	Sol internal iliak bölgede 3 adet lenf nodu tutulumu

6 hastadan 3'ünde şüpheli lezyonların metastatik tutulum gösterdiği belirlenirken, 3 hastada PSMA aktivitesi göstermediği belirlendi. Tanı anında yüksek riskli hastalık (PSA>20 ve/veya Gleason≥7) nedeniyle çekilen 17 hastanın 6'sında prostat dokusu haricinde PSMA tutulumu görülmedi. 7'sinde multipl kemik ve lenf nodu metastazı saptandı. 1 hastada kemik metastazı, 3 hastada ise kemik metastazı yokken lenf nodu metastazı saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Son dönemde prostat kanserindeki yeni görüntüleme yöntemleriyle birlikte hastalığın tanı aşamasında ve takip sürecinde yeni ufuklar ortaya çıkmıştır. Özellikle hücresel düzeyde yapılan Ga-68 PSMA PET/BT gibi görüntüleme yöntemleri sayesinde hastalığın daha net ortaya konularak tedavi seçenekleri ve alternatifleri daha iyi belirlenebilecektir. Vaka sayımız oldukça sınırlı olmasına rağmen Ga-68 PSMA PET/BT'nin tanı anında yüksek riskli hastalardaki lenf nodu, kemik veya organ metastazlarının gösterilmesinde, diğer tanı yöntemlerindeki şüpheli metastatik lezyonların değerlendirilmesinde ve radikal prostatektomi sonrası PSA nüksü saptanan hastalarda patolojik odakların tespit edilmesinde kullanılabileceği düşüncesindeyiz.

SS-06

## RADİKAL PROSTATEKTOMİ UYGULANAN PROSTAT KANSERİ TANILI HASTALARDA 68GA-HBED-CC-PSMA İLE YAPILAN PET-BT SİNTİGRAFİSİNİN ROLÜ

Mehmet Hamza Gultekin,<sup>1,1</sup> Ahmet Erözenci,<sup>1</sup>  
Levent Kabasakal,<sup>2</sup> Çetin Demirdağ,<sup>1</sup>  
Fethi Ahmet Türegün,<sup>1</sup> Emre Demirci<sup>3</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

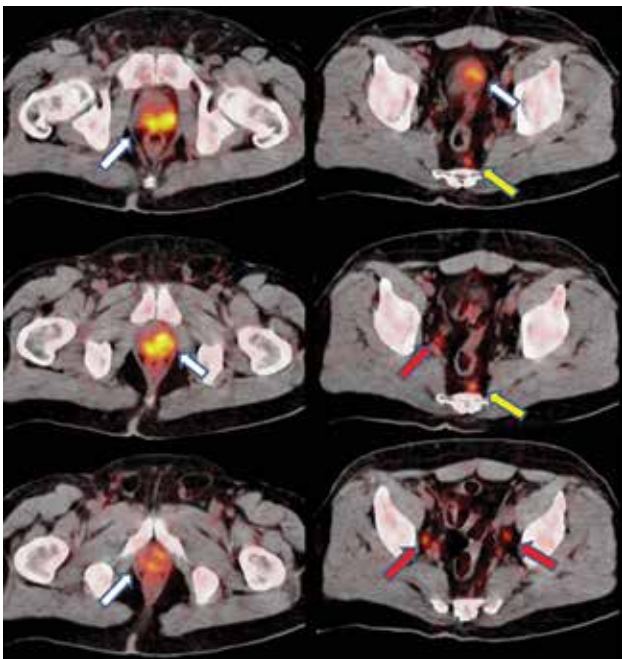
3. S.B. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Çalışmamızdaki amaç, prostat kanserli tanılı ve Radikal Prostatektomi operasyonu yapılması planlanan hastalarda operasyon öncesi çekilen 68Ga-HBED-CC-PSMA PET/BT sintigrafisinin klinik lokal (T) ve lenf nodu (N) evrelemesine uygulanabilecek etkin bir görüntüleme yöntemi olup olmadığının patolojik evreleme ile kıyaslanılarak ortaya konulmasıdır.

Tablo		
Ortalama Yaş (yıl)	63,5 (46-78)	
Ortalama PSA (ng/mL)	14,6 (3,2-71)	
PREOPERATİF GLEASON SKORU	6	22 (%44)
	7	23 (%46)
	≥8	5 (%10)
KLİNİK T EVRESİ	≤ T2a	28 (%56)
	T2b	6 (%12)
	≥ T2c	16 (%32)
RİSK GRUBU	DÜŞÜK	12 (%23,5)
	ORTA	19 (%37,3)
	YÜKSEK	19 (37,3)

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2014 ile Haziran 2016 tarihleri arasında Radikal Prostatektomi(RP) operasyonu planlanan ve aydınlatılmış onamı alınan 51 hastaya operasyon öncesi 68Ga- HBED-CC-PSMA PET-BT sintigrafisi yapıldı. RP patolojisi ile 68Ga- HBED-CC-PSMA PET-BT sintigrafisinin sonuçlarının korelasyonu araştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmamıza aldığımız 51 hastanın yaş ortalaması 63,5(46-78) ve PSA ortalaması 14,6 ng/mL (3,2-71) bulundu. Düşük risk grubundaki 12 hastanın 5'inde (%41,7), orta risk grubundaki 19 hastanın 15'inde (%78,9) ve yüksek risk grubundaki 19 hastanın 18'inde (94,7) prostat içi aktivite tutulumu görüldü (Tablo 1).



Prostat içi tümör lokalizasyonları ayrı ayrı değerlendirilerek postoperatif patoloji ile kıyaslanıldığında PSMA PET-BT sintigrafisinin duyarlılığı %58,2, özgüllüğü %75,3, pozitif kestirim değeri %84,4, negatif kestirim değeri %44, toplam tanı değeri ise %63,4 bulundu.

Genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu yapılan 28 hastamızın 6'sında (%21,4) patolojik lenf nodu metastazı saptandı. Ortalama 28,5 (6-41), toplamda 829 lenf nodu diseke edildi. Toplamda 20 lenf nodunda (%2,4) metastaz saptandı. PSMA PET-BT'nin duyarlılığı %50, özgüllüğü %100, pozitif kestirim değeri %100, negatif kestirim değeri %88 ve toplam tanı değeri %89,3 bulundu.

PSMA PET-BT'nin seminal vezikül tutulumu için duyarlılığı %63,6, özgüllüğü %92,3, pozitif kestirim değeri %70, negatif kestirim değeri %90 ve toplam tanı değeri %86 bulunmuştur.(McNemar Test p:0,383)

**ÇIKARIMLAR:** Sonuçlarımız PSMA PET-BT'nin RP öncesinde klinik lokal(T) ve lenf nodu(N) evrelemesini doğru bir şekilde yapabileceğini göstermekte olup PSMA PET-BT'nin prostat biyopsisi öncesinde hedef lezyonun belirlenmesinde vede preoperatif lenf nodu evrelemesinde güvenle kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Düşük risk grubundaki hastalarda PSMA PET-BT'nin tanı koydurucu gücü zayıf olması nedeniyle sadece orta ve yüksek risk grubunda PSMA PET-BT çekilmesini önermekteyiz.

SP-01

## ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖĞRENME EĞRİSİ: CERRAHİNİN ÜÇ FARKLI AŞAMASINDA DEĞİŞEN ZAMAN DİLİMLERİ

Bora Özveren,<sup>1</sup> Mahir B. Özgen,<sup>2</sup> Niyazi Levent Türkeri<sup>1</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Tek cerrah, tek asistan ve aynı hemşire ekibi tarafından yapılan Robotik Radikal Prostatektomi (RRP) ameliyatında öğrenme eğrisi açısından veri sağlayabileceği düşünülen, cerrahi aşamalarda geçen zaman dilimlerindeki değişimler araştırıldı.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada, aynı cerrah, hasta-yanı asistan ve hemşire ekibi tarafından yapılan 150 RRP ameliyat video kayıtları incelendi. Öğrenme eğrisi başlangıcındaki ardışık 11 hasta ile 150 vaka



ardından yapılan ardışık 11 hastanın ameliyatındaki 3 kritik cerrahi aşamanın zamanları kaydedildi. Transperitoneal yolla, Montsouris yöntemi ile yapılan RRP'de aşağıdaki üç cerrahi aşamanın zaman kaydı tutuldu:

- I. retrovezikal antegrad yolla vas deferens ve seminal veziküller ile posterior prostatik alanın diseksiyonu
- II. prostat proksimal sınırında mesane boynunun kesilmesi ile prostatın posterior planına ulaşılması
- III. veziköüretal anastomoz.

Cerrahi teknik ve yöntem açısından farklı uygulama yapılmayan bu üç aşamanın başlangıç ve bitimi arasında geçen zaman saniye (sn) biriminde hesaplandı.

**BULGULAR:** RRP uygulanan hastaların verileri Tablo 1'de verildi. Hastaların demografik ve patolojik özellikleri birbirinden belirgin farklı bulunmadı. Öğrenme eğrisi başlangıcındaki vakalarda ortalama süreler I. cerrahi aşamada 1188,63 sn (aralık 260-1680 sn); II. aşamada 733,63 sn (aralık 260-1320); III. aşamada 1838,18 sn (aralık 1020-2280) idi.

Tablo					
	I saniye	II saniye	III saniye	Gleason skor	T - Evre
İkinci Grup					
1	970	330	1440	7(3+4)	2c
2	800	135	390	7(3+4)	2a
3	740	260	990	6(3+3)	2c
4	840	215	1560	7(3+4)	2c
5	900	210	1340	7(3+4)	3a
6	950	540	1300	7(4+3)	3a
7	840	300	1200	7(3+4)	2c
8	900	330	690	7(3+4)	3a
9	525	120	1620	9(4+5)	3b
10	765	660	1560	6(3+3)	2c
11	630	330	1200	7(3+4)	2c
Ortalama	805.454545	311.81818	1208.1818		
Birinci Grup					
1	870	1200	1800	6(3+3)	2c
2	920	1020	1820	7(3+4)	2c
3	260	540	1980	6(3+3)	2a
4	1180	600	1965	8(4+4)	2c
5	960	260	2280	6(3+3)	2c
6	1350	750	1480	7(4+3)	3b
7	1380	1320	2160	7(4+3)	2c
8	1680	390	1960	7(3+4)	2c
9	1430	950	1825	7(4+3)	3a
10	1665	510	1020	7(3+4)	2c
11	1380	530	1930	7(3+4)	2c
Ortalama	1188.63636	733.63636	1838.1818		

Ekip belirli bir cerrahi deneyim kazandıktan sonraki vakalarda hesaplanan süreler I. cerrahi aşamada 805,45 sn (aralık 525-970 sn); II. aşamada 311,81 sn (aralık 135-660); III. aşamada 1208,18 sn (aralık 390-1620) olarak ölçüldü.

Karşılaştırılma yapılan bu iki dönemde RRP her üç aşamasında geçen sürelerin kısaltıldığı izlendi. Sözkonusu zaman değişimleri posterior prostat-seminal vezikül diseksiyon aşamasında %32, mesane boynunun kesilmesi aşamasında %57,6 ve veziköüretal anastomoz aşamasında ise %34,3 oranında azalma olarak ortaya çıktı.

**ÇIKARIMLAR:** Robot yardımlı onkolojik cerrahide gerek konsol cerrahinin gerekse ekibin diğer üyelerinin deneyim kazanması artan vaka sayısı ile orantılıdır. Onkolojik ve cerrahi sonuçların başarısı, komplikasyonların azalmasının yanında ameliyat süreleri de bu artan deneyim ile uyumlu seyretmektedir. Bu çalışmada RRP ameliyatında teknik beceri ve ekip eşgüdümü gerektiren üç ayrı aşamanın hepsinde önemli bir oranda "hızlanma" saptanmıştır. En belirgin değişim mesane boynunun kesilmesi ile prostatın posterior planına ulaşılmasında geçen zamandaki azalma oranı olarak görülmüştür.

SP-02

## MRG KILAVUZLUĞUNDA TRUS FÜZYON PROSTAT BİYOPSİSİ

Ömer Burak Argun,<sup>1</sup> Can Öbek,<sup>2</sup> Mustafa Bilal Tuna,<sup>3</sup> Tümküt Doğanca,<sup>2</sup> İltter Tüfek,<sup>1</sup> Selçuk Keskin,<sup>4</sup> Ali Rıza Kural<sup>4</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi, Üroloji ABD, İstanbul
2. Acıbadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul
3. Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji, İstanbul
4. Acıbadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Günümüzde halen prostat kanseri tanısında transrektal ultrasonografi (TRUS) eşliğinde 10-12 parça örnekleme yapılan biyopsi yöntemi standart uygulamadır. Bu işlem sırasında parçalar belirli kalıplar dahilinde, fakat rastgele alınmaktadır. Bu yöntemle, klinik anlamsız kanserlerin gereğinden fazla saptandığı, klinik anlamlı kanserlerin ise gözden kaçabildiği bilinmektedir. Günümüzde multiparametrik prostat MRG'nin kullanımıyla prostat kanseri görüntülemesinde bir devrim yaşanmaktadır. Böylece MRG kılavuzluğunda biyopsi yapılması da mümkün hale gelmiştir. Bu çalışmada multiparametrik prostat MRG (mpMRG)-TRUS füzyon prostat biyopsisindeki

ilk deneyimlerimiz sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Klinik olarak prostat kanseri şüphesi bulunan ve mpMRG ile şüpheli lezyon saptanan hastalara Artemis (Eigen, CA, USA) platformu kullanılarak mpMRG-TRUS füzyon biyopsi uygulandı. İşlem sedasyon altında uygulandı ve hedeflenen lezyonlardan 3-5 parça örnekleme yapıldı. Ek olarak 12 parça standart biyopsi işlemi yapıldı.

**BULGULAR:** Çalışmamızda 204 ardışık hastanın mpMRG ile tespit edilmiş 426 şüpheli lezyonuna mpMRG-TRUS füzyon biyopsi işlemi uygulandı. Ortalama yaş 62 ( $\pm 8$ ) ve ortalama PSA düzeyi 7,23 ( $\pm 5,5$ ) olarak saptandı. Genel kanser tespit oranı %52,9 (108/204) idi. Saptanan kanserlerin %79,6'sında (86/108) Gleason Skoru (GS)  $\geq 7$  olarak bulundu. PIRADS 3, PIRADS 4 ve PIRADS 5 lezyonlar için kanser tespit oranları sırasıyla %12, %39 ve %84 idi. Aynı şekilde ve sırayla PIRADS skorları için GS  $\geq 7$  kanser oranları %42, %73 ve %89 olarak bulundu. Sistemik biyopsi ve hedefe yönelik yapılan biyopsilerde kanser tespit oranları sırasıyla %49 ve %46, GS  $\geq 7$  kanser tespit oranı %61 ve %74, GS 6 kanser tespit oranı ise %32 (32) ve %15 (14) olarak bulundu. Sistemik biyopsi ile GS 6 olarak tespit edilen 32 hastanın 11'inde hedefe yönelik biyopsiler ile nihai GS 7 olarak upgrade oldu. Hasta grubumuzda sadece hedefe yönelik biyopsi ile 2 hastada GS  $\geq 7$  kanserin kaçırılacağı görüldü. Dört hastada (%2) işlem sonrası enfeksiyon gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Sistemik biyopsi ile karşılaştırıldığında hedefe yönelik biyopsi ile klinik olarak anlamlı kanser tespit oranı daha yüksek olarak bulundu. Daha önemli olarak GS  $\geq 7$  tümörler daha fazla saptanırken, GS 6 tümörler daha az saptanmıştır. Bu yöntemle prostat biyopsisinin ana amacı olan klinik anlamlı kanserlerin daha çok, klinik anlamsız kanserlerin ise daha az saptanması mümkün olabilmektedir.

SP-03

## RADİKAL PERİNEAL VE RETROPUBİK PROSTATEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA PERİOPERATİF PARAMETRELER VE HAYAT KALİTE İNDEKSLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA

Utku Can,<sup>1</sup> Cemal Gökteş,<sup>1</sup> Cihangir Çetinel,<sup>1</sup> Cahit Şahin,<sup>1</sup> Kubilay Sabuncu,<sup>1\*</sup>

1. S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı klinik lokal evre prostat kanseri tanılı hastalarda retropubik ve perineal prostatektomi yöntemlerinin ve ek olarak uygulanan pelvik lenf nodu diseksiyonunun perioperatif morbiditeler, onkolojik sonuçlar ve 1 yıllık hayat kalitesi üzerine etkilerini araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Ocak 2013 ve Mart 2015 yılları arasında kliniğimize başvuran, klinik lokalize evre, partin tablosunda %5'ten az lenf nodu tutulumu öngörülen prostat kanseri tanılı hastalar çalışmaya dahil edildi. Prospektif randomize olarak toplam 104 hastanın 38'ine RPP, 31'ine RRP ve 34'üne RRP+PLND uygulandı. Hastaların perioperatif bakım parametreleri, gelişen komplikasyonlar ve onkolojik takipleri yanısıra operasyon öncesi ve sonraki dönemdeki genel ve hastalık spesifik hayat kalitesi skorlamaları kaydedildi.

**BULGULAR:** Gruplar arasında yaş, serum PSA, klinik evre, biyopsi gleason skoru ve Charlson komorbidite indeksleri açısından fark saptanmazken intraoperatif kanama miktarı ve ortalama transfüzyon miktarı RPP grubunda anlamlı olarak düşüktü (RPP: 645cc, RRP: 960cc, RRP+PLND: 890cc). Yine gruplar arasında yatış süreleri açısından fark saptanmazken, operasyon süresinin RRP+PLND grubunda anlamlı olarak daha uzun olduğu gözlemlendi. (RPP ve RRP: 117dk, RRP+PLND: 145dk). Patolojik evre ve cerrahi sınır pozitifliği yanında 1 yıllık rekürrensiz sağkalım süreleri benzerdi (RPP 9.9 ay, RRP 11.2 ay, RRP+PLND 10.2 ay). Clavien sınıflamasına göre en 1 komplikasyon varlığı dikkate alınarak yapılan karşılaştırmada 3 grup birbirine benzerdi (RPP:%53, RRP:%48, RRP+PLND:%53). Hayat kalite skorlamalarına göre; genel ve prostat kanser spesifik hayat kalitesi 3 grup için de benzerdi. 3 grupta da sinir koruyucu cerrahinin inkontinans ve erektil fonksiyonlar açısından ek faydası gösterilemedi.

**ÇIKARIMLAR:** Perineal diseksiyon kanama ve kan transfüzyonu açısından avantaj sağlarken, postoperatif drenaj süresi ve yara enfeksiyonu oranları daha yüksektir. Lenf nodu diseksiyonu komplikasyon, morbidite ve 1 yıllık hayat kalitesi açısından dezavantaj sağlamamaktadır. Radikal perineal ve pelvik lenf nodu diseksiyonlu ya da diseksiyonsuz retropubik prostatektomi benzer üriner, seksüel, gastrointestinal, hormonal fonksiyonlar yanısıra benzer hayat kalitesi sunmaktadır. Pelvik lenf nodu diseksiyonunun hayat kalitesi üzerine etkisini de içeren daha çok hasta sayılı, daha uzun takip süreli ve minimal invaziv yöntemlerin de karşılaştırılabileceği prospektif randomize bir çalışma ile kanıt düzeyi daha yüksek sonuçlara ulaşılabileceğini düşünmekteyiz.

SP-04

## YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERİNDE CERRAHİ

Taha Numan Yıkılmaz,<sup>1,1</sup> Erdem Öztürk<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

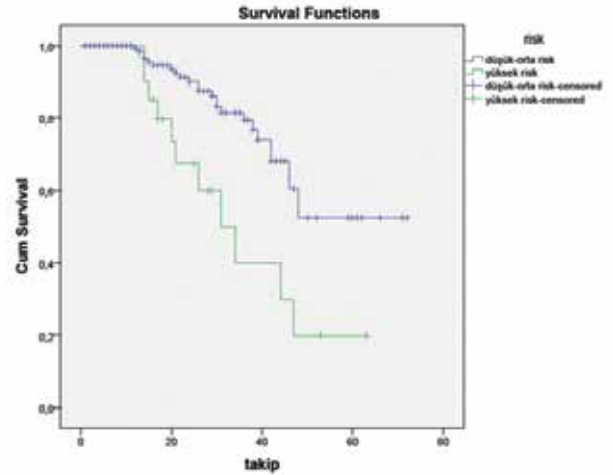
**AMAÇ:** Yüksek riskli prostat kanserinin tedavisinde cerrahi ve radyoterapi seçenekleri bulunmaktadır. Günümüzde cerrahi tecrübenin artması nedeniyle yüksek riskli gruba da cerrahi uygulayan merkezler bulunmaktadır. Kliniğimizde yüksek riskli prostat kanseri tanısı konulup açık radikal prostatektomi uygulanan olguların fonksiyonel ve onkolojik sonuçlarını değerlendirdik.

**YÖNTEM:** Şubat 2011 ve Şubat 2015 tarihleri arasında radikal prostatektomi uygulanan 203 olgu çalışmaya alındı. Olguların 20 tanesinin yüksek riskli olduğu anlaşıldı. Bu olguların demografik ve karakteristik özellikleri retrospektif olarak toplandı. Yüksek riskli olgular ile diğer riskteki prostat kanseri olgularının özellikleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Yüksek riskli olgularda biyokimyasal nüks ile ilişkili parametreler incelendi.

**BULGULAR:** Yüksek riskli prostat kanseri tanısı alan olguların ortalama yaşı 63.1 (aralık 56-69 yaş), ortalama PSA seviyeleri 14.2 ng/mL (aralık 9-46 ng/mL), ortalama takip süreleri 27.85 ay şeklinde bulundu. Olguların 11'inde (%55) biyokimyasal nüks izlendi (Tablo 1). Yüksek riskli olgularda istatistiksel olarak biyokimyasal nüks ile sadece seminal vezikül invazyonu arasında ilişki anlamlı çıkmıştır. Prostat kanserinde düşük-orta ve yüksek riskin BKN üzerine etkisini Kaplan-Meier analizine göre incelediğimizde sonuçların istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna

**Tablo 1:** Olguların klinik ve patolojik özellikleri

	Düşük ve orta riskli hasta grubu n=183	Yüksek riskli hasta grubu n=20
Yaş (yıl)	65	63.1
PSA (ng/mL)	8.4	14.2
Cerrahi öncesi Gleason skoru	6.29 (5-7)	8.18 (6-9)
Biyokimyasal nüks	25	11
Hastanede yatış süresi (gün)	4.8	6.6
Takep süresi (ay)	20.41	27.85



ulaşmıştır (Figür 1). Yüksek riskli olguların sağ kalımları beklendiği üzere daha düşük bulunmuştur ve bu olgularda BKN daha erken dönemde gelişmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Bu bulgular neticesinde yaş, komorbidite ve hasta tercihi göz önünde bulundurularak yüksek riskli hastalarda cerrahi seçenek öncelikli olarak düşünülmesi gerekmektedir. Gleason skorunun onkolojik sonuçları öngörmede en önemli faktör olduğu ve klinik T3 evrelerin %20 kadarının organa sınırlı hastalık patolojisine sahip olabileceği unutulmamalıdır. Onkolojik ve fonksiyonel sonuçları bakımından yüksek risk ve düşük risk arasında anlamlı bir fark bulunmadığı ancak hastalara cerrahi sonrası ek tedavilerin gerekebileceği akılda tutulmalıdır.

SP-05

## YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERİNİN PRİMER LENF NODU EVRELEMESİNDE 68GALLİUM-PSMA PET/BT GÖRÜNTÜLEMESİNİN TANISAL BAŞARISI

Can Öbek,<sup>1,1</sup> Tünkut Doğanca,<sup>1</sup> Emre Demirci,<sup>2</sup> Meltem Ocak,<sup>3</sup> Ali Rıza Kural,<sup>4</sup> Asif Yıldırım,<sup>5</sup> Uğur Yücetaş,<sup>6</sup> Çetin Demirdağ,<sup>7</sup> Sarper M. Erdoğan,<sup>8</sup> Levent Kabasakal<sup>9</sup>

1. Acibadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul
2. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp, İstanbul
3. İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmasötik Teknoloji, İstanbul
4. Acibadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul
5. Medeniyet Üniversitesi, Üroloji, İstanbul
6. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul
7. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul
8. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, İstanbul
9. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp, İstanbul

**AMAÇ:** PSMA/PET BT prostat kanseri evrelemesinde kullanılan yeni bir moleküler görüntüleme tekniğidir. Çalışmalarda sıklıkla tedavi sonrası dönemde kullanımına odaklanılmıştır. Bu çalışmada, yüksek veya çok yüksek riskli, metastaz saptanmamış hasta grubunda 68Gallium-PSMA PET görüntülemesinin lenf nodu evrelemesindeki tanınabilir başarılarını morfolojik görüntüleme teknikleri ile karşılaştırarak araştırdık.

**YÖNTEM:** Bu çalışma Üroonkoloji Derneği ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp ABD ortaklığında çok merkezli olarak yürütüldü. Toplam 8 merkezden hasta katılımı sağlandı. Haziran 2014-Ekim 2015 tarihleri arasında yüksek veya çok yüksek riskli prostat kanseri tanısı ile cerrahi tedavi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu planlanan hastalara tek merkezde çekilen PSMA PET-BT sonuçları, morfolojik görüntüleme olarak MRG/BT sonuçları, nihai patoloji sonuçları ile karşılaştırılarak değerlendirildi. Duyarlılık, özgüllük ve doğruluk değerleri hesaplandı. Ayrıca patolojik ve radyolojik lenf nodu metastazı için Kappa değerleri hesaplandı.

**BULGULAR:** Toplam 51 hasta çalışmaya dahil edildi. PSMA PET'in lenf nodu metastazını tespiti için duyarlılık, özgüllük ve doğruluk değerleri sırasıyla %53, %86 ve %76 olarak saptandı. Onbeş ve daha fazla lenf nodu diseksiyonu yapılmış hasta grubunda ise bu değerler sırasıyla %67, %88 ve %81'e yükselmekteydi. PSMA PET ve morfolojik görüntüleme için Kappa değerleri 0,41 ve 0,18 olarak hesaplandı.

**ÇIKARIMLAR:** PSMA/PET BT primer prostat kanserinin lenf nodu evrelemesinde morfolojik görüntüleme tekniklerine kıyasla daha üstündür. Lenf nodu evrelemesi için cerrahi diseksiyon altın standart olma özelliğini korumaktadır.

SP-06

## FARKLI 2 YÖNTEMLE YAPILAN AÇIK RADİKAL PROSTATEKTOMİ (ANTEGRADE VE RETROGRADE); YÖNTEMLERİN TRANSFÜZYON GEREKLİLİĞİ, EREKTİL FONKSİYONUN VE KONTİNANSIN KORUNMASI ÜZERİNE ETKİSİ

Yüksel Yılmaz,<sup>1</sup> Osman Köse,<sup>1,1</sup> Ertan Can,<sup>2</sup> Sacit Nuri Görgel,<sup>1</sup> Batuhan Ergani,<sup>2</sup> Ahmet Selçuk Dindar<sup>1</sup>

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir  
2. S.B. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Antegrade yöntemin daha kolay, az kanamalı, nörovasküler demeti korumada daha güvenli bir yöntem olabileceğinin ortaya konması bakımından klinik deneyimimizi sunmak.

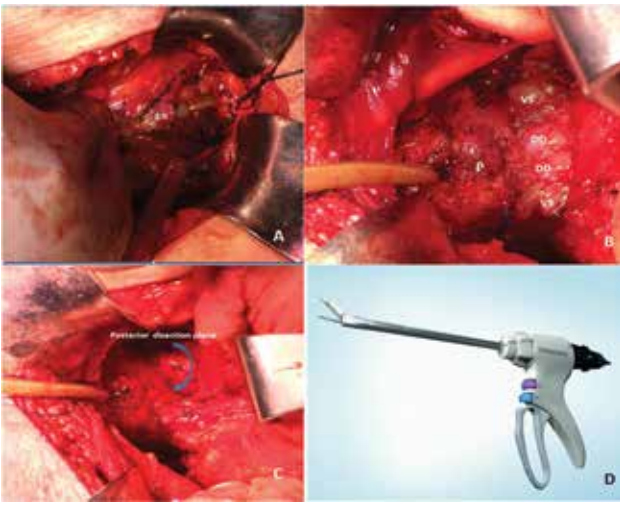
**YÖNTEM:** Çalışma Ocak 2006-Ocak 2016 tarihleri arasında Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapıldı. Antegrad teknikte (grup 1); endopelvik fasya soğuk kesiyle ayrılıp, puboprostatik ligamanlar

**Tablo 1:** Preoperatif hasta verileri

		Antegrad	Retrograd	p değeri
Hasta Sayısı		67	50	
Yaş (Yıl±SS)		63,7±6,2	63,5±6,3	0.875
PSA		9,8±9,2	10,1±6,4	8.848
Gleason skor	6	44	35	0.567
	7	19	12	
	≥8	4	3	
DM		17	9	0.436
Erektıl disfonksiyon		17	24	0.011
İnkontinans		0	4	0.031

**Tablo 2:** Peroperatif / Postoperatif veriler

		Antegrad	Retrograd	p değeri
Operasyon zamanı (dk)		110±38	120±41	0.108
Transfüzyon (ünite)	(n)	8 (1-3Ü)	9 (1-5Ü)	0.055
Hospitalizasyon (gün)		8 (5-13)	6 (4-13)	< 0,001
Gleason skor	6	32	21	0.077
	7	27	23	
	≥8	8	6	
Cerrahi sınır pozitifliği		12	21	0.003
Biyokimyasal nüks		19	7	0.072
Anastomoz darlığı		16	3	0.009
İnkontinans		17	29	0.004
Erektıl disfonksiyon		41	40	0.49
Takip süresi (ay)		36 (6-84)	12 (6-26)	< 0,001



Thunderbeat (doku yönetim sistemi) ile kesilip DVC vicryl sütünle bağlanır. Mesane boynu-prostat arasından saat 5 ve 7 hizaları yakınına kadar Thunderbeat ile disseke edilir (Resim 1A, B, C, D). Veziküla seminalisler bir right-angle pens ile disseke edilirken, kanama odakları hemo-clipler ile kontrol edilir. Bir right-angle pens ile posterior prostatik fasya prostat bazalinde Denonvillier fasyadan ayrılır. Parmakla diseksiyon geliştirilir. Lateral pediküller Thunderbeat ile kavranıp yukarı doğru sıvazlanarak mühürlenip kesilir. Prostat bazali anteriorundan bir Allis pens ile tutularak craniale doğru çekilir. Prostat apeksi uretradan, disseke edilip makasla kesilir (67 olgu).

Retrograd yöntemde Thunderbeat kullanılmadı (n=50). Transfüzyon gereğine, hematocrit değerleri baz alınarak karar verildi. Kontinans ve erektil fonksiyon durumu, hastanın önceki durumu da göz önüne alınarak 3 aylık kontrollerinde yüz-yüze görüşülerek kaydedildi.

**BULGULAR:** Toplam, 67 antegrad Thunderbeat kullanılarak ve 50 retrograde teknikle olmak üzere 117 hasta değerlendirildi. Verilerimiz tablo 1 ve 2 de gösterildi. Antegrad yöntemde transfüzyon gereği, anlamlı olmasa da daha az olmaktadır ( $p=0.055$ ). İnkontinansda antegrad lehine anlamlı fark çıkmıştır ( $p=0.004$ ). Ancak antegrad yöntemde ortaya çıkan 17 inkontinans olgusundan tamamı maksimum 9. aya kadar tümüyle iyileşmiştir (4-9 ay) (stress inkontinans?). Retrograd yöntemdeki 29 inkontinans hastanın 24 ü maksimum 12 aydan önce iyileşmiştir (4-12 ay), 5 hastada ise ortalama günlük 2 pedik ıslatma devam etmektedir. Eretil disfonksiyon 1. grup hastalarda, pre-op durumlarına göre daha fazla sayıda görünüyor olmakla birlikte teknikler arasında anlamlı fark çıkmamıştır ( $p=0.49$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Antegrad teknikte transfüzyon azlığı önemli bir sonuç olduğu gibi ( $p=0.055$ ), NVB

diseksiyonu, alana hakimiyet, kanamasız bir alanda ve ayrıca koter kullanma gereğinin ortaya çıkmaması nedenleriyle de, daha güvenilir ve daha kolay yapılabilmektedir. Thunderbeat ile lateral pedikülleri yukarı sıvazlayarak NVB dan uzağa çıkılıp mühürleme yapılarak ısı travmasından kaçınılır.

SP-07

## BİYOPSİ SONUÇLARI İLE AKTİF İZLEME UYGUN OLUP RRP YAPILAN, ANCAK RRP SONUÇLARINA GÖRE AKTİF İZLEME UYGUN OLMADIĞI GÖRÜLEN HASTALARDA FARKLI MİKRO-RNA EKSPRESYONLARININ ÖNGÖRÜ DEĞERİNİN ARAŞTIRILMASI

N. Özgür Kurul,<sup>1</sup> Ferhat Ateş,<sup>1</sup> İsmail Yılmaz,<sup>2</sup> Zeki Aktaş,<sup>1</sup> Gizem Narlı,<sup>2</sup> Temuçin Şenkul<sup>1</sup>

1. GATA Haydarpaşa, Üroloji Servisi, İstanbul

2. GATA Haydarpaşa, Patoloji Servisi, İstanbul

**AMAÇ:** Son yıllarda PSA'nın prostat kanseri taramasında yaygın olarak kullanılması ve biyopsi tekniğindeki gelişmelere paralel olarak tanı konan hasta sayısında ve düşük riskli prostat kanseri tanısında ciddi oranlarda artışlar olmuştur. Bu hastaların büyük bir kısmında kanser klinik olarak önemsizdir ve erken veya gereksiz tedaviler uygulandığında bunlara bağlı komplikasyonlar nedeniyle yaşam kaliteleri bozulmaktadır. Aktif izlem düşük riskli prostat kanseri olan hastalarda küratif tedavi şansını kaybetmeden uygulanan bir yakın izlem seçeneğidir. Sadece biyopsi ve PSA verilerine dayanarak bu hastaları doğru bir şekilde belirlemek bazen güç olabilmektedir. Bu sorunlarla karşılaşmamak için son yıllarda PSA'ya yardımcı ya da onun yerini alabilecek kansere özgü belirteçler araştırılmaya başlanmıştır.

**YÖNTEM:** Bu belirteçlerden biri olarak miRNA'lar; normal olarak transkripsiyon sonrası seviyede hedef mRNA ifadelerin negatif düzenleyicileri olarak işlev gören, yaklaşık 22 nükleotid uzunluğunda, küçük kodlanmayan RNA'ların bir sınıfıdır. Son gelişmeler miRNA mutasyonları ya da yanlış ifadeleri, çeşitli insan kanserleri ile ilişkili olduğunu ve miRNA'ların tümör baskılayıcılar ve onkogenler olarak işlev yaptığını göstermiştir. miRNA'ların kanser ile ilişkili genlerin ekspresyonunu baskılayabileceği ve kanserin teşhis ve tedavisinde faydalı olabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda, daha önce yapılan çalışmalarda

prostat kanserinde etkinliği gösterilmiş 5 miRNA (Let7-c, miR-21, miR-145, miR-182, miR-221)'nin aktif izleme uygun hastalardan alınan normal ve tümörlü dokulardaki ekspresyon farkları incelenmiştir. Çalışmaya Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi'nde Ocak 1999 ve Şubat 2015 tarihleri arasında opere edilen ve Prostat Adenokarsinom tanısı alan, tuşe anormalliği olmayan, PSA<10 ng/mL ve biyopsi patolojisi Gleason 3+3=6 olan 45 olgu ile retrospektif (geriye dönük) olarak planlandı. BPH nedeniyle TUR-P yapılan 30 hasta ikinci kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi.

**BULGULAR:** Çalışmamızda prostat kanserinde miR-21 ve miR-182'nin onkogen olarak rol oynadığı, Let7-c, miR-145 ve miR-221'in ise tümör baskılayıcı rol oynadıkları gösterildi. RRP sonrası Gleason upgrade olan hastalarda her iki kontrol grubuna göre de miR-145'de azalma olduğu gösterildi (p=0,042 p=0,02). Biyokimyasal nüks olan hastalarda tümörlü hastaların normal dokusuna göre miR-21'in ise belirgin eksprese olduğu görüldü (p=0,048). Ayrıca en belirgin ekspresyon farkı, biyokimyasal nüks görülen hastalarda miR-221'de izlendi (EAA: 0.705 (%95 GA: 0.540-0.870) ve p=0.030). Bir başka deyişle miR-221, 2-ΔΔCT değerinin <0.3151 eksprese olduğu hastalarda, %70 duyarlılık ve %71 özgüllükte biyokimyasal nüksü öngörebildiği anlaşıldı.

**ÇIKARIMLAR:** Prostat kanserinde özellikle miR-21, miR-145 ve miR-221 için aktif izleme dahil etme ve hasta takibinde PSA'ya yardımcı olabilecek veriler elde edildi. Ancak bu konuda geniş hasta sayıları ile iyi dizayn edilmiş yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

SP-08

## EVRE T1A VE T1B PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA İZLEM VE TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Enis Kervancıoğlu,<sup>1</sup> Eray Hasırcı,<sup>2</sup> Ayhan Dirim,<sup>3</sup> Hakan Özkardeş<sup>2</sup>

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Evre T1a ve T1b prostat kanserli hastalarda izlem ve tedavi sonuçlarının gözden geçirilmesi.

**YÖNTEM:** 2001 ile 2016 yılları arasında transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) yapılmış 3855 hasta retrospektif olarak incelendi. Preoperatif rektal muayeneleri normal, histopatolojik inceleme sonucunda prostat kanseri saptanan (T1a ve T1b) toplam 32 olgu çalışmaya dahil edildi.

**BULGULAR:** Olguların yaş ortalaması 73.1 yıl (55-90 yıl), ortalama PSA değerleri ise 5.1 ng/mL (0.7- 22 ng/mL) idi. Beş olguya TUR-P öncesi PSA yüksekliği nedeniyle prostat iğne biyopsisi yapılmış ve histopatolojik inceleme sonuçları BPH olarak rapor edilmişti. Transüretal prostat rezeksiyon spesimenlerinin histopatolojik incelemesi sonucu 25 olgu evre T1a, 7 olgu ise evre T1b prostat kanseri olarak değerlendirildi. Gleason skorlamasına göre 24 olgu Gleason skoru ≤6, 3 olgu Gleason skoru 3+4, 1 olgu Gleason skoru 8 ve 4 olgu Gleason skoru 9-10 idi. Takiplerde evre T1a olan 5 olgunun 1'ine tanı konulduğunda, 4 olguya ise ortalama 9 ay (6-13 ay) süren takipler sonrasında artan PSA veya hasta tercihi nedeniyle radikal prostatektomi uygulandı. T1b olan 7 hastanın 6'sına ek tedaviler uygulandı. İzlem, cerrahi ve hormonal tedavilere göre grupların dağılımı ve PSA seviyeleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Uygun hasta seçimi T1a-T1b prostat kanser hastalarının tedavi seçeneklerinin belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır.

**Tablo 1:** T1a ve T1b prostat kanseri olgularda tedavi durumlarına göre sonuçları

	T1a	T1b	İzlem (ay)	Ort. PSA (ng/mL)	Ortanca PSA (ng/mL)
Radikal prostatektomi	5	2	61 (12-157)	0.84 (0.02-3.6)	0.04 (0.02-4.2)
Hormonal tedavi	-	4	41.8 (21-85)	2.4 (0-7)	1.54 (0,04-8.6)
Tedavi verilmeyen	20	1	72.6 (3-175)	1.2 (0.08-4.8)	0.81 (0.08-5.67)
Toplam	25	7			

SP-09

## YÜKSEK RİSKLİ LOKAL PROSTAT KANSERİNDE TEDAVİ DENEYİMİMİZ

Fuat Kızılay,<sup>1</sup> Mehmet Şahin,<sup>1</sup> Adnan Şimşir,<sup>1</sup> Çağ Çal,<sup>1</sup> İbrahim Kadri Cüreklibatır<sup>1</sup>

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** 2016 Avrupa Üroloji Kılavuzlarına göre PSA>20 ng/ml veya Gleason skoru>7 olan veya klinik T2c olan hastalara yüksek riskli lokal prostat kanseri (PK) olarak sınıflandırılmaktadır. Radikal prostatektomi (RP), Radyoterapi (RT) ve Androjen Baskılama Tedavisi (ABT) tek başına veya kombine tedavi seçenekleridir. Bu çalışmada kliniğimizde 2013-2015 yılları arasında yüksek riskli lokal prostat kanseri tanısı alan 35 hastaya uygulanan tedavileri ve sonuçlarını analiz etmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2013-2015 yılları arasında yüksek riskli prostat kanseri tanısı alan 35 hastanın verisi retrospektif analiz edildi. Hastaların yaşı, tedavi öncesi Prostat Spesifik Antijen (PSA) değerleri (ng/ml), Gleason Skoru (GS), uygulanan tedaviler ve güncel PSA değerleri kayıt edildi ve incelendi.

**BULGULAR:** Toplam 35 hasta yüksek riskli lokal PK tanısıyla kliniğimizde tedavi edildi. Hastaların yaş ortalaması 68.61'di (49-92). Ortalama PSA (ng/ml) değerleri 36.69'du (5.04-238). 2 hastanın GS'u 3+3=6/10, 4 hastanın 3+4=7/10, 1 hastanın 3+5=8/10, 8 hastanın 4+3=7/10, 14 hastanın 4+4=8/10, 5 hastanın 4+5=9/10, 1 hastanın 5+4=9/10'du. 1 hastaya ABT, 1 hastaya palyatif transüretal prostat rezeksiyonu (TURP), 7 hastaya Robot yardımcı Laparoskopik RP (RLRP), 1 hastaya RLRP+ABT, 2 hastaya RLRP+RT, 5 hastaya Retropubik RP (RRP), 3 hastaya RRP+RT, 14 hastaya RT, 1 hastaya RT+ABT tedavileri uygulandı. Yalnızca 3 hastada PSA nüksü saptandı (Haziran 2016). Bu hastalara yalnızca RP uygulanmıştı. Bu hastaların ikisinin GS'u 4+4=8/10, birisinin GS'u 5+4=9/10'du.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda 35 yüksek riskli lokal PK tanılı hastamızın tedavi yöntemlerini ve sonuçlarını sunduk. Hastalar farklı tedavi modaliteleriyle tedavi edilmiş, yalnızca 3 hastada PSA nüksü olmuştur. Bu hastalarda tedavi seçenekleri halen tartışmalıdır ve risk sınıflandırılması doğru yapılarak hastayla da görüşerek tedaviye başlanmalıdır. Nomogramlar ve ileri görüntüleme yöntemleri kullanılarak yüksek riskli PK hastalarının cerrahi tedaviden ne kadar fayda göreceklarini öngörmek mümkündür. GS yükseldikçe hastanın monoterapiden fayda görme şansı azalır

ve bu hastalara bilgi verilerek kombine tedaviler ön planda tutulmalıdır.

SP-10

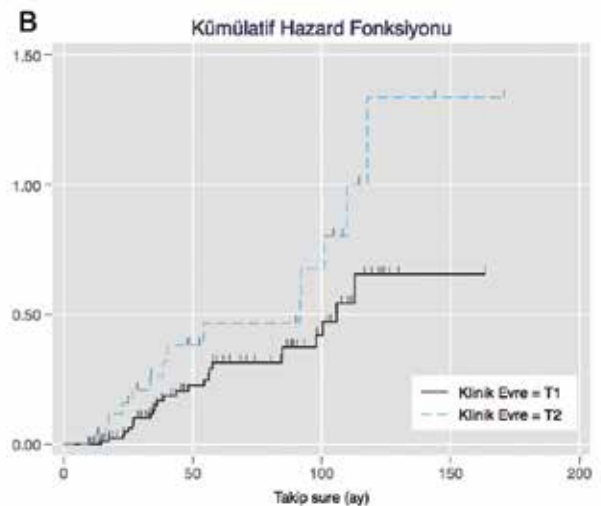
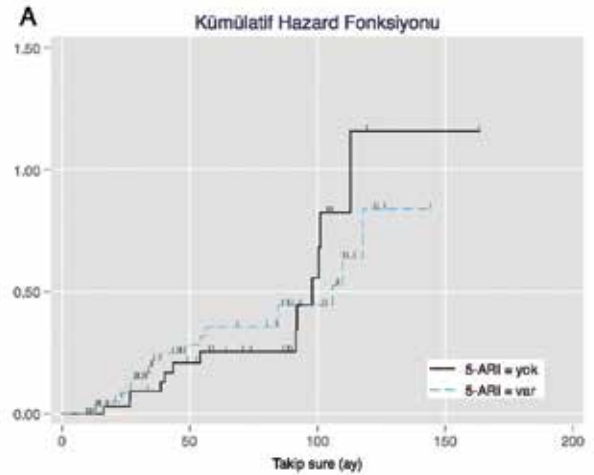
## AKTİF İZLEM HASTALARINDA PATOLOJİK İLERLEMEDE PSA DANSİTESİ VE 5-ARI KULLANIMI DEĞİL KLİNİK EVRE ETKİLİDİR

Tayyar Alp Özkan,<sup>1</sup> Mustafa Yüksekaya,<sup>2</sup> Mehmet Esat Kösem,<sup>2</sup> Emrah Şimşek,<sup>2</sup> Murat Üstüner,<sup>1</sup> Özdal Dillioğlugil<sup>2</sup>

1. T.C Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli

2. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

**AMAÇ:** Lokalize prostat kanserinde aktif izlem (Aİ) tedavi alternatifi olarak önerilmektedir. Bu çalışmada



prospektif takip edilen Aİ hastalarında, çeşitli faktörlerin ilerleme üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kriter (PSA <15 & ≤2 örnek & ≤cT2c & Gleason ≤3+3) dahilinde olan toplam 152 hasta Aİ'e alındı. Bunlardan verileri tam en az 12 aylık takibi ve biyopsi tekrarı olan 126 hasta çalışmaya dahil edildi. Rutin takip ilk 2 yıl 3 aylık, sonraki yıllarda 6 aylık PSA, 6 aylık rektal tuşe ve her yıl tekrar biyopsi ile yapıldı. Biyopsi tekrarlarında ilk biyopsiye göre odak sayısında ve/veya Gleason derecesinde artış patolojik ilerleme kabul edilirdi. Patolojik ilerleme veya hasta tercihi nedeniyle definitif tedavi (DT) olarak radikal prostatektomi veya radyoterapi yapıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 69,5±/ - 7,8 idi. Ortalama takip süresi 59,78±/ -39,5 ay (12-170), ortalama PSA 6,07±/ -3,83 ng/dl idi. Bu hastalarda 5 yıllık genel sağkalım %71 idi. Ölen 10 hastadan sadece 1 tanesi PCa'ya bağlı nedenler ile kaybedildi. %31 (n=39) hastada ortalama 52,2±/ -32,9 ayda patolojik ilerleme saptandı.

5 alfa redüktaz inhibitörü (5-ARI) kullanmayan hastaların (n=45) 5 yıllık ilerleme için kümülatif hazard oranı 0,77 ve kullanan hastaların ki (n=71) 0,69 idi (log-rank p=0,073) (Şekil 1).

Hastalar klinik evre T1 (n=97) ve T2 (n=29) olarak gruplandırıldığında, patolojik ilerleme için kümülatif hazard oranı T2 hastalarda 0,62, T1 hastalarda 0,82 idi (log-rank p=0,030) (Şekil 2).

Hastalar başlangıç PSA dansitesine göre gruplara ayrıldığında PSAD ≤ 0,10 ng/ml/cc (n=49) ve PSAD >0,10 ng/ml/cc (n=77) arasında patolojik ilerleme açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,74).

DT (n=55/126) alan hastaların %29'u (n=16/55) patolojik ilerleme olmadan kendi istekleri doğrultusunda, geri kalan %71'i (n=39/55) ise ilerleme nedeni ile DT aldı.

**ÇIKARIMLAR:** Aktif izlem hastalarında patolojik ilerleme için PSA dansitesi ve 5-ARI kullanımını değil, klinik evre etkilidir.



# SERBEST BİLDİRİLER 2 (ÜROONKOLOJİ)

3 Kasım 2016 / Salon B / 16:00-17:00

Oturum Başkanları: Hamit Ersoy, Sümer Baltacı



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-07

## LAPAROSKOPI DENEYİMSİZ KIDEMLİ CERRAHIN ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖĞRENME EĞRİSİ

Cüneyt Adayener,<sup>1</sup> Tolga Muharrem Okutucu,<sup>1</sup>  
Cemil Uygur<sup>1</sup>

1. Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Üroloji, Kocaeli

**AMAÇ:** Robot yardımcı radikal prostatektomi (RYRP), her geçen gün daha yaygın olarak kullanılan robotik cerrahi uygulamaları içerisinde en sık gerçekleştirilen cerrahi işlemlerden biridir. Zorluk derecesi yüksek olan cerrahi işlemin öğrenme eğrisi dik ve ustalaşma için gerekli hasta sayısı fazladır. Daha önceki laparoskopi deneyiminin öğrenme süresini kısalttığı ile ilgili bilgiler çelişkilidir.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde laparoskopi deneyimsiz kıdemli bir cerrah (C.U.) tarafından gerçekleştirilen ilk 105 robot yardımcı radikal prostatektomi uygulamasının peroperatif sonuçları araştırılarak cerrahın öğrenme süreci değerlendirilmiştir. Eylül 2011 ile Haziran 2016 arasında gerçekleştirilen olguların ameliyathanedeki konsol süreleri, kaybedilen kan miktarları kaydedilmiştir. Ustalaşma kriteri olarak 120 dakikalık konsol süresi ve ortalama 100 cc lik kan kaybı yanında cerrahın konsolda kendini rahat ve güvende hissetmesi kriterleri kıstas olarak alınmıştır.

**BULGULAR:** RYRP uygulanan ilk 30 olgunun ortalama konsol süreleri ve kaybedilen kan miktarı ortalamaları sırasıyla 167,1 dk ve 205,1 ml'dir. Sonraki 75 olgu için bu değerler yine sırasıyla 124,4 dk ve 106 olarak ölçülmüştür. İşlemi gerçekleştiren cerrah ilk 30 olgu sonrasında konsolda kendisini daha güvende ve rahat hissettiğini ifade etmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** RYRP işleminin zorluk derecesinin yüksekliği tartışmasızdır. Önceki laparoskopi deneyiminin öğrenme süreci üzerine etkisinin yanında işlemi gerçekleştiren cerrahın kişisel becerisi de öğrenme sürecine doğrudan etki yapmaktadır. Kliniğimize ait verilere göre laparoskopi deneyimsiz kıdemli bir cerrah ilk 30 olgu sonrasında "ustalaşmaktadır".

SS-08

## ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Selçuk Keskin,<sup>1</sup> İlder Tüfek,<sup>2</sup> Burak Argun,<sup>1</sup>  
Mustafa Bilal Tuna,<sup>3</sup> Tüncüt Doğanca,<sup>4</sup> Can Öbek,<sup>5</sup>  
Ali Rıza Kural<sup>2</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

3. Acıbadem Atakent Hastanesi, Üroloji, İstanbul

4. Özel Acıbadem Taksim Hast, Üroloji, İstanbul

5. Özel Acıbadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Prostat kanseri nedeniyle robot yardımcı radikal prostatektomi (RYRP) uygulanan hastalarda peroperatif ve erken postoperatif sonuçları incelemek.

**YÖNTEM:** Mart 2005-Mayıs 2016 tarihleri arasında RYRP uygulanan 1183 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalarda transperitoneal yaklaşım kullanıldı. D'amico risk sınıflamasına göre orta ve yüksek risk grubunda olan hastalara Haziran 2007 tarihinden sonra genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu da yapıldı. Hastaların peroperatif ve erken postoperatif verileri, klinik evre ve patolojileri ve en az 1 yıllık takipte rekürrens oranları incelendi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 61.2 (±7.2) idi. Ortalama PSA 8,1(±6.2) ng/ml idi. Hastaların 435'inde geçirilmiş batın veya üriner sistem cerrahisi öyküsü mevcuttu. Toplam operasyon süresi (lenf nodu diseksiyonu dahil) ortalama 160.9(±51.4) dk olarak bulundu. Ortalama kan kaybı 245.4 (±171) ml. idi. Hastaların

Tablo

	n	cs	LNI	Tümör hacmi	PSA	Takipte PSA nüksü olan hastalar*
pT0	5	0	0	0	6.67	0
pT2	829	71 (%0.8)	2	2,41cc	6.68	12/765(%0.15)
pT3	349	86(%24.6)	76	7,93cc	11.53	51/309(%16.5)

cs: cerrahi sınır

LNI: lenf nodu invazyonu

\*1 yıllık takip süresi olan hastalar

710'una (%59.9) lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 16.9(±9.9) idi. Hastaların 327'sinde tek taraflı 774'ünde çift taraflı sinir korundu. Ortalama hastanede kalış süresi 4.5(±1.6) gün, sonda alınma süresi 6.7(±1.7) gün idi. 48 hastada 1.ay USG'de lenfosel saptandı 14 hastada septomatik lenfosel nedeniyle perkütan drenaj uygulandı. Bir hasta postoperatif 1. saatte gelişen myokard infarktüsü nedeniyle ex oldu. Altı hastada port girişine veya diseksiyona bağlı olarak gelişen barsak yaralanması nedeniyle primer onarım yapıldı. Bir hasta barsak mezo yaralanması nedeniyle eksplere edilerek genel cerrahi tarafından onarım yapıldı. Bir hastada perop, 5 hastada postoperatif dönemde transfüzyon yapıldı.

Hastaların patolojik evrelerine göre cerrahi sınır pozitiflikleri, lenf nodu invazyonu, tümör hacimleri ve en az 1 yıllık takip süresi olanlar PSA nüks oranları Tablo 1'de verilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** RYRP ve genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu, düşük komplikasyon oranı ve takip süresinin kısa olmasına rağmen 1 yıllık izlemde düşük rekürrens oranları ile prostat kanserinin cerrahi tedavisinde başarı ile uygulanan bir yöntemdir.

9 olgu T2b ve 9 olgu T2c. İleri evre prostat kanseri tanısıyla hormonal tedavi alan toplam 3 hastaya yapılan kurtarma prostatektomisi ve konservatif tedaviye yanıtız bir kronik prostatit tanılı olgunun sonuçları da araştırmaya dahil edilmiştir. Olguların 64'üne iki taraflı ve 7'sine tek taraflı sinir koruyucu cerrahi uygulanmıştır.

**BULGULAR:** RYRP uygulanan olguların ameliyat süreçlerindeki ortalama konsol süresi 136 dakikadır (83 - 265 dk). Ameliyat sırasındaki ölçülen ortalama kankayıları 133 ml'dir (0-2300ml). Toplam iki hastada yapılan ikişer ünite kan transfüzyonu haricinde diğer olgularda replasmana gerek olmamıştır. Sıralamada ilk otuz olgu arasında yer alan derin dorsal ven kanaması kontrol altına alınamayan bir ve port girişi esnasında barsak yaralanması olan bir olmak üzere toplam iki olguda açık cerrahiye dönülmüştür.

**ÇIKARIMLAR:** Robot yardımcı radikal prostatektomi uyguladığımız olguların ameliyat süreleri ve ameliyat esnasındaki ortalama kan kayıpları incelendiğinde üroloji literatüründe benzer uygulama için hedeflenen iki saatlik ameliyat süresi ve 100 cc kan kaybı seviyelerini yakaladığı görülmüştür.

SS-09

## ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ. İLK 105 OLGUMUZUN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Cüneyt Adayener,<sup>1</sup> Tolga Muharrem Okutucu,<sup>1</sup> Cemil Uygur<sup>1</sup>

1. Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, Üroloji, Kocaeli

**AMAÇ:** Lokalize prostat kanseri tedavisinde altın standart radikal prostatektomidir. Robotik uygulamaların cerrahi pratiğine girmesi sonrasında özel sağlık sigorta hizmeti vericilerin robotik uygulamaları finanse etmesi ile robot yardımcı radikal prostatektomi (RYRP) ülkemizde de eğitim hastaneleri dışında özel hastanelerde açık ve laparoskopik yöntemlerden daha sık uygulanır olmuştur. Hastanemizde RYRP uyguladığımız ilk 105 hastanın peroperatif sonuçlarını paylaşıyoruz.

**YÖNTEM:** Eylül 2011 ve Haziran 2016 tarihleri arasında kliniğimizde RYRP yapılan yaş ortalaması 62.5 (38 - 77 yaş) toplam 105 hastanın tıbbi kayıtları araştırıldı. Hastaların PSA ortalaması 12'dir (0,4 - 122). Hastaların klinik evrelere göre dağılımı şöyledir. İki olgu T1a, bir olgu T1b, 58 olgu T1c, 22 olgu T2a,

SS-10

## LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ DENEYİMİMİZ

Mehmet Özen,<sup>1</sup> Ender Özden,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>2</sup> Yakup Bostancı,<sup>3</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>2</sup> Şaban Sarıkaya,<sup>2</sup> Ali Faik Yılmaz<sup>2</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

2. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

3. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Radikal prostatektomi (LRP) lokalize prostat kanserinin cerrahi tedavisinde minimal invaziv yöntemlerden biridir. Biz de kliniğimizdeki LRP deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ağustos 2009 - Haziran 2016 tarihleri arasında klinik lokalize prostat kanseri tanısıyla 204 hastaya LRP uygulandı. 10 hasta hariç ekstrapitoneal yöntem tercih edildi. Transperitoneal yöntem tercih edilme sebebi yakın zamanda geçirilmiş pelvik cerrahi - pelvik travma öyküsü ve eş zamanlı kolorektal kanser cerrahisi yapılmasıydı. Üretravezikal anostomozda "Van Velthoven" tekniği kullanıldı. Peroperatif tüm hastalarda anostomoz kaçağı için test yapıldı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 63,4 ± 7,1 (3880) yıl, PSA düzeyi 11,4 ± 9,2 (0,8115) ng/ml,

**Tablo 1:** Hastaların klinik evre, peroperatif, postoperatif verileri

Klinik Evre			Operasyon Süresi (dk)	TKK (ml)	HKS (ortanca) (gün)	ÜKS (gün)	Kontinans 6.ay
T1a,T1b	T1c	T2					
10	92	102	139,3 ± 47,1	331,7 ± 201,4	4.3	8,5 ± 4,2	89.60%
-4.90%	-45.10%	-50%	(65-270)	(100-1200)	(2-41)	(7-45)	

TKK: Tahmini kan kaybı, HKS: Hastanede kalış süresi, ÜKS:Üretral kateterizasyon süresi

**Tablo 2:** Hastaların Preoperatif PSA değeri ve Gleason skoru ve postoperatif patoloji bulguları

		n	CS (+) (%)
Patolojik Evre	pT2	120	10 (%8,3)
	pT3a	52	21 (40)
	pT3b	28	12 (%42,8)
	pT4	4	3 (%75)
Preoperatif Gleason Skoru	<7	121	20 (%14,8)
	7	72	21 (%29,1)
	>7	11	5 (%45,4)
PSA	<4	24	5 (%12)
	≥04-<10	115	21 (%17,7)
	≥10	65	20 (%28,9)
Tümör Volümü (%)	<5	50	4 (%8,1)
	≥5-<10	58	7 (%13,2)
	≥10	96	35 (%35,1)

CS: Cerrahi Sınır

transrektal ultrasonografide prostat ağırlığı 43,2±20,4 (5120) ml ve preoperatif Gleason skoru 6,4 ± 0,7 (69) idi. Olguların 31 tanesinde TUR prostatektomi öyküsü mevcuttu. Olguların % 53,4'üne pelvik lenfadenektomi uygulandı. Hastaların ortalama takip süresi 29,4±19(172) ay idi. Hastaların klinik evre, peroperatif, postoperatif verileri ve onkolojik sonuçlarımız Tablo I ve Tablo II' de sunulmuştur. Toplam 19 hastada biyokimyasal nüks gözlemlendi. Hastaların 6'sında (% 3) Clavien III ve üzerinde komplikasyon izlenirken, 33 hastada (%15) Clavien III komplikasyon izlendi. Bir hastada postoperatif 1.gün reanostomoz yapıldı. İki hasta da postoperatif lenfösel drenajı yapıldı.Üç hastaya üretral darlık ve anostomoz darlığı tanısıyla endoskopik tedavi yapıldı. Peroperatif 2 hastada rektum, 1 hastada iliak ven yaralanması izlenirken, her üç hastada primer onarım gerçekleştirildi. Peroperatif ve postoperatif dönemde 23 olguya kan transfüzyonu yapılırken;

3 olguda idrar ekstravazasyonu, 3 olguda İYE ve 1 olguda antibiyotik kullanımına bağlı üremi gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Lokalize prostat kanserinin tedavisinde LRP, uzun öğrenme eğrisine rağmen, altın standart olan açık cerrahiye benzer onkolojik sonuçlarla uygulanabilir.

SS-11

## T3-T4 BÖBREK TÜMÖRLERİNDE DOKUZ EYLÜL DENEYİMİ

Kaan Çömez,<sup>1</sup> Alperen Yıldız,<sup>1,2</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Ömer Demir,<sup>2</sup> Güven Aslan,<sup>1</sup> Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Böbrek tümörleri prostat ve mesane tümörlerinden sonra üçüncü sıklık görülmekte olup mortalitesi en yüksek olan ürolojik tümördür. Böbrek hücreli kanserin önemli bir özelliği damarsal yapılarla uzanım göstermesidir. Vena kava inferior trombüsü olan böbrek tümörlü olgular daha önceleri mortalite ve morbiditelerinin yüksek olması nedeniyle genellikle opere edilmiyorlardı ancak cerrahi tekniklerin gelişmesi ve olgu seçiminin uygunluğu bu hastalığın cerrahi tedavisini uygun bir seçenek haline getirmiştir. Bizde bu çalışmamızda T3-T4 böbrek tümörlü olgularımızda cerrahi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2000 ile Haziran 2016 yılları arası kliniğimizde nefrektomi yapılan patoloji sonucunda T3-4 olan 39 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların

**Tablo 1:** Hastaların preoperatif ve postoperatif verileri

	Minimum	Maksimum	Ortalama
Yaş	32	77	59,6±11,6
Operasyon Süresi	60	360	187,7±67,3
Tümör Boyutu	50	180	93,1±43,4
Hospitalizasyon süresi	3	7	7,4±2,9

ortalama takip süresi 51± 55,1 aydı. Hastaların demografik verileri, operasyon süresi, insizyon şekli, peroperatif komplikasyonlar, metastaz varlığı, metastaz yoksa metastaza kadar gelişen süre, patolojik sonuçlar, cerrahi sınır, hospitalizasyon süresi, preoperatif ve son başvuru anında ki kreatinin değerleri retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaşı, operasyon süresi, tümör boyutu ve hospitalizasyon süreleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların 5'inde (%12.8) akciğer metastazı, 3 tanesinde (%7,7) kemik metastazı, 1 tanesinde (%2,6) karaciğer metastazı mevcuttu. Sadece bir hastaya laparoskopik nefrektomi uygulandı. Diğer hastaların 32 tanesine (%82.1) chevron insizyon, 4 tanesine (%12.8) flank insizyon, 2 tanesine (%10,3) orta hat insizyon yapıldı. Hastaların 20 tanesine (%51.3) adrenalektomi, 12 tanesine (%30.8) trombektomi, yapıldı. Peroperatif komplikasyonlara bakıldığında 1 hastaya (%2.6) splenektomi, 1 hastada (%2.6) karaciğer yaralanması, 2 hastada (%5.1) vena kava inferior yaralanması ve 2 hastada (%5.1) kolon yaralanması oldu. Patoloji sonuçlarını değerlendirdiğimizde 21 hasta T3a (%53.8), 16 hasta T3b (%41), 1 hasta T3c (%2.6), 1 hasta T4 (%2.6) olarak raporlandı. Tümörlerin özellikleri incelendiğinde 4 hastada (%10.3) sarkomatoid değişiklikler, 14 hastada (%35.9) mikrovasküler invazyon, 21 hastada (%53.8) sinüs invazyonu, 3 hastada (%7.7) adrenal invazyon, 6 hastada (%15.49) toplayıcı sistem invazyonu, 36 hastada (%92.3) renal ven invazyonu, 10 hastada (%25.6) vena kava invazyonu ve 7 hastada (%17.9) cerrahi sınır pozitif saptandı. 11 hastada takiplerinde metastaz saptandı. Ortalama metastaz saptanma süresi 16,1 ± 18,1 (3-47) ay'dı. Takiplerde 2 hasta kaybedildi.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak renal ven tutulumu ve/veya vena kava trombusu olan cerrahiye uygun vakalarda küratif tedavi cerrahidir. Bu cerrahi klinik deneyimi ve kabul edilebilir komplikasyon oranları ile multidisipliner yaklaşımı olan merkezlerde yapılmalıdır.

SS-12

## EVRE T1 RENAL KİTLELERDE ROBOT-YARDIMLI NEFRON KORUYUCU CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

Mahir B. Özgen,<sup>1\*</sup> Bora Özveren,<sup>2</sup> Niyazi Levent Türkeri<sup>2</sup>

1. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Klinik T1 evre renal kitlelerde robot-yardımlı nefron koruyucu böbrek tümör cerrahisi sonuçlarımızı değerlendirdik.

**YÖNTEM:** 2011-2016 yılları arasında klinik evresi T1 olan ve tümör nefrometri değerlendirmesi için PADUA skorlaması, post-operatif değerlendirmede Clavien-Dindo sınıflaması kullanılan ve tek cerrah tarafından opere edilen ve yeterli izlem verisine sahip olan 20 hasta retrospektif olarak incelendi. Trifekta kriterleri negatif cerrahi sınır, postoperatif komplikasyon olmaması ve sıcak iskemisi zamanı ≤ 25 dakika olarak tanımlandı.

**BULGULAR:** Demografik veriler, cerrahi ve onkolojik sonuçlar Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Evre T1 renal tümörlerde robot-yardımlı nefron koruyucu böbrek cerrahisi sonuçları Trifekta kriterlerine göre oldukça başarılı gözükmektedir. Özellikle onkolojik (cerrahi sınır) ve minimal invazif yöntem (kısa süreli yatış, azalmış kan kaybı, düşük komplikasyon oranı) bakış açısı ile robotik cerrahi güvenilir bir üro-onkolojik tedavi seçeneği olarak öne çıkmaktadır.

**Tablo 1:** Demografik ve preoperatif veriler

Değişkenler	Value
Hastalar (n)	20
Yaş ort (SD)	52,9 (8,9)
Ort tümör çapı cm	3,7 (1,5-6,4)
Klinik evre, n (%)	
T1a	11 (55)
T1b	9 (45)
PADUA skoru ort	7,7 (6-12)
Ort preoperatif GFR, ml/min/1.73m <sup>2</sup>	85,9 (64,9-109,4)

SD: Standart sapma; GFR: Glomeruler filtrasyon hızı

**Tablo 2:** Perioperatif, postoperatif ve patolojik veriler

Değişkenler	Value
Ort operasyon zamanı, dak (min-max)	183 (160-215)
Ort TTK, ml (range)	110 (50-900)
Ort SİZ (min-max)	20,3 (0-30)
Intraoperatif komplikasyonlar, n(%)	0 (0)
Postoperatif komplikasyonlar, n(%)	
Total	20
Clavien-Dindo I	18 (90)
Clavien-Dindo II	1 (5)
Clavien-Dindo IIIa	0 (0)
Clavien-Dindo IIIb	1 (5)
Ort hastanede yatış süresi, gün	2,35 (1-5)
Ort izlem süresi, ay	24,1 (3-62)
Ort postoperative eGFR, ml/min/1.73 m2	86,9 (62,7-107,4)
Trifecta, n (%)	18 (90)
Histoloji, n(%)	
Berrak Hücreli RCC	14 (70)
Papiller	3 (15)
Kistik	1 (5)
Benign	2 (10)
Patoloji T evre, n (%)	
T1a	12 (66,6)
T1b	6 (33,3)
Fuhrman grade $\geq 3$ , n (%)	3 (17,6)
Pozitif cerrahi sınır, n (%)	0 (0)
Rekürrens, n (%)	0 (0)
Metastaz, n (%)	0 (0)

TKK: Tahmini kan kaybı; SİZ: Sıcak iskemi zamanı;  
GFR: Glomeruler filtrasyon hızı

SP-11

## BÖBREK TÜMÖRÜ NEDENİYLE YAPILAN RADİKAL NEFREKTOMİ SONRASI OLUŞAN LOKAL REKÜRRENSLERİN, PRE-OP RADYOLOJİK VERİLERİ, OPERASYON ÖZELLİKLERİ VE PATOLOJİK RAPORLARI IŞIĞINDA İRDELENMESİ

Osman Köse,<sup>1</sup> Yüksel Yılmaz,<sup>1</sup> Sacit Nuri Görgel,<sup>1</sup>  
Ahmet Selçuk Dindar,<sup>1</sup> Kaan Bal,<sup>2</sup> Enis Mert Yorulmaz,<sup>2</sup>  
Batuhan Ergani<sup>3</sup>

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir  
2. S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir  
3. S.B. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Radikal nefrektomi sonrası lokal rekürrens oldukça can sıkıcı bir durumdur. Rekürrenslerin erken ya da geç tanınmasının sağkalım üzerine etkisi net olarak bilinmemesine rağmen, hala curatif olabilecek erken dönemde yakalamanın ekstirpasyon şansını artırabileceğinden hareketle, bu durumdaki hastalarımızın verilerini gözden geçirerek, lokal rekürrensi öngörmeye ipuçları elde edebilir miyiz? Sorusuna yanıt aradık.

**YÖNTEM:** Ocak 2008 ve Ocak 2016 arası Primer böbrek tümörü nedeniyle radikal nefrektomi yapılan hastaların, preoperatif grafileri, operasyon notları ve patolojik değerlendirme sonucu elde edilen veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Üroepitelial tümörler, renal yerleşimli lenfoma olguları, metastazlı olduğu önceden bilinen ve yine radikal nefrektomi yapılmış olan hastalar ile metastatik böbrek tümörleri çalışma dışı bırakıldı. Veriler, hasta dosyalarından ve elektronik ortamdan elde edildiler. Operasyon sonrası lokal nüksü olanlar ile en az 2 yıl izlenebilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Kılavuzlara uygun olarak; yüksek risk taşıyan hastalar 6. ayda CT ve sonra yılda bir CT ile, orta risk grubu hastalar 6. ayda CT ile sonra yılda bir USG, CT, USG, CT olarak izlendiler, gerekli görülen durumlarda abdominal ve torakal MR ile takip edildiler.

**BULGULAR:** 162 radikal nefrektomi olgusundan 11'i üroepitelial böbrek tümörü, 2 si primitif nöroektodermal



**Tablo 1:** Lokal nüks oluşan 9 hastanın radyolojik ve histopatolojik özellikleri

Hastalar	Evre-boyut	Fhurman Grade	Lenf nodu (+,-)	LVI	Tümör tipi	Cerrahi sınır	Nüks zamanı	Post-Op metastaz
ÖD	T1b, 7 cm	IV	(-)	(-)	ClearCCa	(+)	7. ay	yok
ŞK	T3bN+,15cm	III	(+)	(+)	ClearCCa	(-)	6. ay	var
Na.Ar	T3b,8 cm	II	(-)	(-)	ClearCCa	(+)	8. ay	yok
NM	T3bN+,14cm	III	(+)	(+)	PapillerCCa	(-)	3. ay	var
BÖ	T3bN+,10cm	IV	(+)	(+)	ClearCCa	(-)	1. ay	yok
Ne.Ak	T3aN+,8cm	II	(+)	(+)	ClearCCa	(+)	2. ay	var
Ne.AI	T3b,11cm	II	?	?	ClearCCa	(+)	6. ay	var
AA	T3a,8cm	II	?	(-)	ClearCCa	(-)	6. ay	var
RŞA	T1b,6cm	I	?	?	ClearCCa	(+)	8. ay	yok

tümör,1 liposarkom, 1 leiomyosarkom ve 23 benign kitle tanısı almasından çalışma dışı bırakıldı (toplam 38 hasta). Kalan 124 hastadan lokal nüksü olan 9 kadarına ait veriler tablo 1 de dökümanete edildi. Görüleceği üzere olguların 7 si yüksek evreli (T3, 4 ünde T3N+), 8. hastada T1b Fuhrman grade IV, 9. hasta T1b multifokal Boshniac tip IV kitle var ve operasyonu zor yapılmış, cerrahi sınır pozitifliği olan hastalardır. Lokal nüksü olan hastalardan, operasyonda lenf diseksiyonu yapılan hastamız 4 tanedir. Olgulara ait tüm veriler tablo 1 de özetlenmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Radikal nefrektomi sırasında, T3 evreli olduğu radyolojik olarak ve cerrahi sırasında öngörülen hastalar, zor cerrahi işlem ve çevre doku veya organlara yapışıklığı olan ve özellikle obez hastalarda pararenal yağ dokusunun da genişçe alınması, ele gelen veya radyolojik olarak belirlenen renal hiler lenf nodlarının mümkünse tümüyle çıkarılması, büyük kitlelerde “no touch” prensibine de uygun olarak, geniş neoangiogenetik yapılanmaların dikkatli diseksiyonu, rüptürlerinden sakınılması gibi tedbirler, lokal nüksün engellenmesinde önemli adımlar olabileceği düşüncesindedir.

SP-12

## KASTRASYONA DİRENÇLİ PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA KASTRASYONA DİRENÇ GELİŞME SÜRESİNİN GENEL SAĞ KALIM VE DOSETAKSEL TEDAVİSİNİN BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ

Evren Süer,<sup>1</sup> Nurullah Hamidi,<sup>2</sup> Çağrı Akpınar,<sup>1</sup>  
Mehmet İlker Gökce,<sup>1</sup> Ömer Gülpınar,<sup>1</sup>

Abdulkadir Türkölmez,<sup>1</sup> Sümer Baltacı,<sup>1</sup> Yaşar Bedük,<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmada kastrasyona dirençli prostat kanserli (KDPK) hastalarda kastrasyona direnç gelişme süresinin genel sağ kalım ve Dosetaksel tedavisinin başarısı üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2004 - Ocak 2016 yılları arasında KDPK tedavisi için Dosetaksel verilen 162 hastanın verileri incelendi. Tüm hastaların tanı anında yaş, gleason skoru (GS), klinik evre, kastrasyon tipi, estramustin kullanım öyküsü, kastrasyon testesteron düzeyi, androjen deprivasyon tedavisi(ADT)' ne direnç olana kadar geçen süre, ADT sırasındaki en düşük PSA, Dosetaksel tedavisi öncesi PSA, Dosetaksel tedavisi sırasındaki en düşük ve en yüksek PSA değeri, Dosetaksel kür sayısı kaydedildi. Hastalar KDPK gelişim süresine göre Grup 1 ( $\leq 12$  ay), Grup 2 (13-24 ay) ve Grup 3 ( $> 24$  ay) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Dosetaksel tedavisine cevap, Dosetaksel tedavisi öncesi PSA düzeyinden %50 ve daha fazla PSA düşüşleri kabul edildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $74,4 \pm 8,5$  (55-93) ve ortalama alınan Dosetaksel kür sayısı  $8,4 \pm 5,7$  (1-18) idi. Her 3 grup PSA düzeyleri, genel sağ kalım ve Dosetaksel tedavisine biyokimyasal cevap açısından karşılaştırıldı ve sonuçlar tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterildi. Hastalarda tanı anında  $\geq 8$  GS prostat kanseri tespit edilme oranı Grup1'de anlamlı yüksek bulunmuş, diğer klinik parametreler ise gruplar arasında benzer olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasında Dosetaksel tedavisi öncesi PSA değerleri benzer olarak bulunmuştur. Genel sağ kalım ve Dosetaksel tedavisine cevap Grup1'de diğer gruplara göre anlamlı düşük bulunmuştur. Yapılan çok değişkenli analizde ADT'ye direnç

Tablo					
Parametreler	Tüm hastalar (162)	Grup 1 (n=52)	Grup 2 (n=48)	Grup 3 (n=62)	p değeri
Yaş, ortalama±std	74,4±8,5	75,7±8,2	73,3±8,5	74,2±8,8	0.84
<b>İlk tanı anında Gleason derece, n (%)</b>					
<8	18 (11,1)	6 (11,5)	2(4,2)	10 (16,2)	0.21
≥8	144 (88,9)	46 (88,5)	46(95,8)	52 (83,8)	
<b>İlk tanı anında klinik T evre, n (%)</b>					
≤T2	44 (27,2)	15 (29,8)	14 (29,2)	16 (25,9)	0.72
T3-4	118 (72,8)	37 (71,2)	34 (70,8)	46 (74,1)	
<b>İlk tanı anında yapılan tedavi</b>					
Primer metastatik	124 (76,5)	46 (88,5)	42 (87,5)	36 (58)	0.037
RP	20 (12,3)	4 (7,6)	4 (8,3)	12 (19,4)	
RT	10 (6,2)	0	0	10 (16,1)	
Hormonal tedavi	8 (5)	2 (3,9)	2(4,1)	4 (6,5)	
<b>Kastrasyon tipi, n (%)</b>					
Medikal	114 (70,3)	32 (61,5)	34(70,8)	48 (77,4)	0.25
Cerrahi	48 (29,7)	20 (38,5)	14(29,2)	14 (22,6)	
<b>Estramustin kullanım varlığı, n (%)</b>	<b>33 (20,3)</b>	<b>10 (19,2)</b>	<b>11(22,9)</b>	<b>12 (19,3)</b>	<b>0.78</b>
<b>Hormonal manuplasyon yapılma durumu, n (%)</b>					
Hayır	82 (50,6)	28 (53,8)	23(47,9)	33 (53,2)	0.48
Withdraw	38 (23,4)	11 (21,2)	10(20,7)	16 (25,8)	
Switch	42 (26)	13 (25)	15(31,2)	13 (21)	
<b>Metastaz yayılımı, n (%)</b>					
Kemik	149 (92)	48 (92,3)	47(97)	54 (87)	0.64
Lenfatik	62 (38,2)	26 (50)	10(20,8)	26 (42)	
Karaciğer	18 (11,1)	4 (7,6)	4(8,3)	10 (16,1)	
Akciğer	18 (11,1)	6 (11,5)	4(8,3)	8 (13)	
<b>ADT sırasında en düşük PSA düzeyi, ortanca (min-maks)</b>	<b>3,2 (0,008-150)</b>	<b>17,7 (0,12-150)</b>	<b>2,3 (0,03-19)</b>	<b>1,2 (0,008-7,3)</b>	<b>0.014</b>
<b>Dosetaksel öncesi PSA düzeyi, ortanca (min-maks)</b>	<b>78,7 (1,5-1092)</b>	<b>93,4 (4-526)</b>	<b>63,7 (4,42-196)</b>	<b>78,1 (1,5-1092)</b>	<b>0.024</b>
<b>Dosetaksel tedavisi sırasındaki en düşük PSA düzeyi, ortanca (min-maks)</b>	<b>38,4 (0,03-400)</b>	<b>65,9 (0,7-400)</b>	<b>34,8 (0,03-161)</b>	<b>18 (0,3-120)</b>	<b>0.026</b>
<b>Dosetaksel başladıktan sonra en yüksek PSA düzeyi, ortanca (min-maks)</b>	<b>113,3(3,2-617)</b>	<b>153(4-617)</b>	<b>102,7 (3,2-231)</b>	<b>88,2 (5-490)</b>	<b>0.037</b>
<b>Ortanca sağ kalım süresi, ay</b>	<b>15.2</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>0.016</b>
<b>2 yıllık genel sağ kalım, %</b>	<b>18.5</b>	<b>7.6</b>	<b>25</b>	<b>32.2</b>	<b>0.029</b>
<b>Dosetaksel tedavisine cevap, PSA &gt;%50 azalma, n (%)</b>	<b>96(59,2)</b>	<b>16(30,7)</b>	<b>32 (66,6)</b>	<b>44 (71)</b>	<b>0.009</b>

gelişene kadar geçen süre genel sağ kalım (HR: 2.8, %95 CI: 1.924-3.282, p=0.001) ve Dosetaksel tedavisine cevap üzerine(HR: 1.9, %95 CI: 1.156-4.086, p=0.001) bağımsız bir prognostik faktör olarak değerlendirilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** KDPK hastalarında, kastrasyon direnci gelişim süresi Dosetaksel tedavisinin PSA cevabını ve sağ kalıma etkisine öngörmede önemli bir prognostik kriter olarak kullanılabilir.

SP-13

## T1 EVRELİ RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA NEFRON KORUYUCU CERRAHİ GÜVENLİ BİR TEDAVİ TERCİHİDİR

Asgar Garayev,<sup>1,1</sup> Muhammed Sulukaya,<sup>1</sup> Dilşad Aksoy,<sup>2</sup> Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Niyazi Levent Türkeri,<sup>1</sup> İlker Tinay<sup>1</sup>

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul  
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, İstanbul

**AMAÇ:** Böbrek kanseri üzerine hazırlanan güncel rehberlerde nefron koruyucu cerrahi (NKC), T1a evresindeki hastalıkta standart tedavi olmasına rağmen T1b evresindeki hastalıkta seçilmiş vakalarda önerilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde T1b evresindeki hastalığına yönelik NKC ya da radikal

**Tablo 1:** T1b evreli böbrek tümörlerinde cerrahi tekniklere göre klinik-laboratuvar ve patolojik sonuçların karşılaştırılması

Parametre	T1b Evreli tümörler		P değeri
	Grup 1 (NKC)	Grup 2 (Radikal Nefrektomi)	
Hasta sayısı, n	28	80	-
Tanı anı yaş, yıl, ortalama±SD	58±11	57±15	0,963
Patolojik boyut, mm, ortalama±SD	49,9±6,3	53,4±7,5	0,028*
Kanama miktarı, ml, ortalama±SD	524±343	396±563	0,271
ES replasmanı, n, Ü	1,2±3,2	0,3±0,7	0,207
Preoperatif kreatinin, mg/dL, ortalama±SD	0,83±0,2	0,99±0,35	0,072
Postoperatif 1.ay kreatinin, mg/dL, ortalama±SD	0,92±0,26	1,38±0,57	0,008*
Pre-postop kreatinin değişimi, p değeri	0,196	0,0001*	-

nefrektomi (RN) uygulanan hastalardaki peroperatif ve erken postoperatif bulguları karşılaştırdık.

**YÖNTEM:** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroonkoloji Polikliniği böbrek kitlesi veri tabanındaki hastalardan, T1b hastalık nedeniyle opere edilen hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar NKC ve ya RN uygulanan iki gruba ayrıldı ve tanı anındaki hasta yaşı, operasyon ait bulgular, böbrek fonksiyonları açısından operasyon öncesi ve sonrası kreatinin değerleri ve patolojik bulgular karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Düzenli takiplerine devam eden toplam 463 hastanın verileri gözden geçirildi ve T1b evreli renal hücreli karsinom (RHK) tanısı alan toplam 108 (%23,3) hastaya ait bulgular değerlendirildi. Grup 1 NKC (n=28 - %26) ve grup 2 RN (n=80 - %74) olarak belirlendi. Gruplar arasında; tanı anındaki hasta yaş (58 - 57 yıl), peroperatif kanama miktarı (524ml - 396 ml), peroperatif kan transfüzyonu (1,2 - 0,3 ünite) ve preoperatif kreatinin değerleri (0,83 - 0,99 mg/dL) arasında anlamlı fark yoktu (tablo). Patolojik boyut Grup 1'de Grup 2'ye göre küçük (49,9 - 53,4 mm, p=0,028) ve Grup 2'de postoperatif 1. ay kreatinin değeri Grup 1'e göre yüksek (0,92 - 1,38 mg/dL, p=0,008) saptandı. Pre-postoperatif kreatinin değerlerindeki yükseliş yine Grup 2'de istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,0001 - Tablo). Nefron koruyucu cerrahi uygulanan grupta sadece 1 hastada (%3,5) patoloji raporunda cerrahi sınır pozitifliği bildirildi ve 28 aylık takibinde hastada herhangi bir lokal nüks ya da metastaz izlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Hasta serimizin sonuçlarına göre, uygun seçilmiş hastalarda T1b evreli tümörlerde NKC böbrek fonksiyonlarının korunması açısından RN oranla daha güvenli bir tercihtir.

SP-14

## 7 CM VE DAHA KÜÇÜK RENAL KİTLELERİN EKSİZYONU SONRASI BENİGN PATOLOJİLER YILLAR İÇERİSİNDE AZALYOR MU?

Mesut Altan,<sup>1,1</sup> Emin Mammadov,<sup>2</sup>

Hakan Bahadır Haberal,<sup>3</sup> Emrullah Söğütülen,<sup>3</sup>

Mustafa Sertaç Yazıcı,<sup>4</sup> Bülent Akdoğan,<sup>4</sup> A. Haluk Özen<sup>4</sup>

1. Hacettepe, Üroloji, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Ankara

4. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Renal kitle nedeniyle cerrahi uygulanan 7 cm ve daha küçük kitlelerde benign patoloji ile ilişkili



**Tablo 1:** Bening patoloji ile ilişkili faktörlerin tek değişkenli analizde belirlenmesi

		Bening	Maling	Toplam	p
Ortanca yaş, yıl		54 (19-86)	56 (16-89)		0.222
Cinsiyet, n (%)	Erkek	64 (12,5)	446 (%87,5)	510	<0,001
	Kadın	85 (%25,6)	247 (%74,4)	332	
Prezentasyon, n (%)	İnsidental	88 (%17,4)	419 (%82,6)	507	0.751
	Semptomatik	61 (%18,2)	274 (%81,8)	335	
Tümör boyut, n (%)	≤2 cm	18 (%25,4)	53 (%74,6)	71	0.002
	2,1-4 cm	79 (%21,5)	289 (%78,5)	368	
	4,1-7 cm	52 (%12,9)	351 (%87,1)	403	
Komponent, n (%)	Kistik	28 (%15,9)	148 (%84,1)	176	0.485
	Solid	121 (%18,2)	545 (%81,8)	666	
Cerrahi, n (%)	NKC	105 (%23,2)	347 (%76,8)	452	<0,001
	RN	44 (%11,3)	346 (%88,7)	390	

**Tablo 2:** Bening patolojiyi öngören faktörlerin çok değişkenli analiz sonuçları

Parametreler	p	HR	%95CI
Cinsiyet, kadın	<0,001	2.561	1,761-3,725
Cerrahi, NKC	<0,001	2.498	1,518-4,110
Tümör boyutu, mm	0.011	0.981	0,967-0,996
Cerrahi zamanı	2010-2015	<0,001	1
	2004-2009	0.008	1.89
	1997-2003	0.002	2.48
	1990-1996	<0,001	4.418

faktörlerin araştırılması.

**YÖNTEM:** Ocak 1990-Aralık 2015 tarihleri arasında 1371 renal kitle nedeniyle cerrahi yapılan hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. ≤7 cm tümör boyutu olan 842 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş, cinsiyet, tümörün kistik olması, tümör boyutu, cerrahi zamanı (1990-1996 / 1997-2003 / 2004-2009 / 2010-2015), tanı anında semptom varlığı, yapılan cerrahi (nefron koruyucu cerrahi/radikal nefrektomi) ile benign patoloji arasındaki ilişki değerlendirildi. Veriler SPSS 21,0 programında analiz edildi. Tek değişkenli analizde ki-kare testi veya Mann-Whitney u testi, çok değişkenli analizde regresyon analizi kullanıldı.

**BULGULAR:** Ortanca hasta yaşı 55 (16-89) yıl, ortanca takip süresi 44,6 (3-270) ay olarak bulundu. %17,7 (149/842) hastanın patoloji sonucunun benign olduğu görüldü. Tek değişkenli analizde kadın cinsiyet, tümör boyutu, cerrahi zamanı, parsiyel nefrektomi yapılmış olması benign patolojiyle ilişkili bulunmuştur (sırasıyla; p<0,001, p=0,002, p=0,041 ve p<0,001) (Tablo 1). Hasta yaşı, prezentasyon ve kistik komponent ile benign patoloji arasında

ilişki bulunamadı (p=0,222, p=0,751 ve p=0,485; sırasıyla). Çok değişkenli analizde cinsiyet, tümör boyutu, cerrahi zamanı ve cerrahi tipi, benign patolojiyi öngören faktörler olarak bulundu (p<0,001, p=0,011, p<0,001 ve p<0,001), (Tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** Kadın cinsiyet ve küçük tümör boyutu, benign patolojiyle ilişkili en önemli bağımsız preoperatif parametrelerdir. Benign kitlelere daha çok nefron koruyucu cerrahi yapılmakta ve yıllar içinde cerrahi yapılan benign kile oranı azalmaktadır.

SP-15

## EVRE I BÖBREK TÜMÖRÜNDE R.E.N.A.L NEFROMETRİ SKORUNUN GÜNLÜK PRATİKTE RADİKAL/PARSİYEL NEFREKTOMİ SEÇİMİNE ETKİSİ

Alperen Yıldız,<sup>1</sup> Kaan Çömez,<sup>2</sup> Ozan Bozkurt,<sup>2</sup> Ömer Demir,<sup>1</sup> Uğur Mungan,<sup>2</sup> İlhan Çelebi,<sup>2</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir  
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Renal hücreli kanserler tüm kanserlerin %2-3'ünü oluşturmaktadır. Son yıllarda böbrek kitlelerinin değerlendirilmesinde çeşitli skora sistemleri kliniklerde uygulanmaktadır. Kutikov ve Uzzo tarafından 2009 yılında cerrahi zorluk, cerrahiye bağlı komplikasyonları tahmin etmek ve verilerin standardizasyonu amaçlı R.E.N.A.L nefrometri skoru tanımlanmıştır. Biz bu çalışmada evre 1 böbrek tümörlerinde R.E.N.A.L nefrometri skorunun günlük pratikte radikal/parsiyel nefrektomi seçimine etkisini

**Tablo 1:** Her iki grubun karşılaştırılması

	Radikal Nefrektomi (n:180)	Parsiyel Nefrektomi (n: 84)	p
Yaş	60,9± 11,6	56,4±12,3	0.004
Operasyon Süresi (dk)	140,9±60,2	145,9±49,3	0.499
Tümör boyutu (mm)	47,4±15,1	32,8±10,9	<0,001
R.E.N.A.L nefrometri skoru	8,5±1,6 (4-12)	5,4±1,4 (4-10)	<0,001

araştırdık.

**YÖNTEM:** Ocak 2005 ile Haziran 2016 yılları arası kliniğimizde, radikalve parsiyelnefrektomi yapılan 264hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar radikal (n:180) ve parsiyel (n:84) olarak ikiye ayrıldı. İki grup demografik verileri, operasyon süresi, R.E.N.A.L nefrometri skorları, tümör boyutu, patoloji sonuçları açısından retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Her iki grubun ortalama yaşları ve operasyon süreleri benzerdi (Tablo 1). Parsiyel nefrektomi yapılan hastaların ortalama iskemi süresi 9,6 ±10,8 dakikaydı. Beklendiği üzere radikal nefrektomi yapılan grupta tümör boyutları daha büyüktür. Hastaların R.E.N.A.L nefrometri skorları incelendiğinde parsiyel nefrektomi yapılan grupta istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü (Tablo 1). Postoperatif patoloji sonuçları incelendiğinde radikal nefrektomi yapılan hastaların 123'ünde (%68.3) berrak renal hücreli karsinom, 27'sinde (%15) tip 1 papiller renal hücreli karsinom, 5'inde (%2.8) tip 2 papiller renal hücreli karsinom, 19'unda (%10.6) kromofob renal hücreli karsinom, 2'sinde (%1.1) adenokarsinom, 2'sinde(%1.1) multilokuler kistik karsinom, 1'inde (%0.6) müsinöz tübüler ve içsi hücreli karsinom, 1'inde (%0.6) sınıflandırılmayan tip renal hücreli karsinom saptandı. Parsiyel nefrektomi yapılan hastalarda 55'inde (%65.5) berrak renal hücreli karsinom, 16'sinde (%19) tip 1 papiller renal hücreli karsinom, 2'sinde (%2.4) tip 2 papiller renal hücreli karsinom, 6'sında (%7.1) kromofob renal hücreli karsinom, 3'ünde(%3.6) multilokuler kistik karsinom, 1'inde (%1,2) sınıflandırılmayan tip renal hücreli karsinom, 1'inde (%1,2) kistik renal hücreli karsinom saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak her iki gruba bakıldığında parsiyel nefrektomi yapılan hastaların R.E.N.A.L nefrometri skoruna göre daha düşük riskli grupta olduğu saptanmıştır. R.E.N.A.L nefrometri skora göre radikal veya parsiyel nefrektomi kararında yol gösterici olabilir.

SP-16

## İLERİ EVRE PROSTAT KANSERLİ OLGULARDA PERİOSTİN, İNTEGRİN- $\alpha$ 4 VE FİBRONEKTİN EPİTELYAL-MEZENKİMAL GEÇİŞ PROTEİNLERİNİN İFADELENME VARYASYONLARI

Ece Konaç,<sup>1</sup> Emrullah Söğütödel,<sup>2</sup> İlker Kılıçcioğlu,<sup>3</sup> Gülşah Albayrak,<sup>4</sup> Cenk Yücel Bilen,<sup>2</sup> Asiye Uğraş Dikmen<sup>5</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Ankara

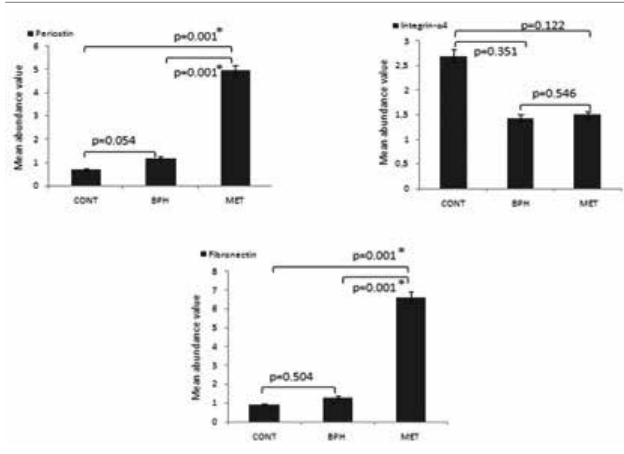
4. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Ankara

5. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Epitelden mezenkimale geçiş (EMT), yara iyileşmesinde, kök hücre davranışında ve kanser progresyonunda önemli bir süreçtir. Metastatik aşamada önem arz eden EMT, genellikle kanserin agresifliği ile ilişkilendirilir ve tümör hücrelerinin göçünü artırabilmektedir.

**YÖNTEM:** Çalışmamızda, yaşları 40-85 arasında değişen 40 metastatik prostat kanseri (MPK), 20 BPH (Benign Prostat Hiperplazi) ve 20 sağlıklı kontrol (K) grubundan alınan periferik kan örneklerinden EMT sürecinde rol alan proteinlerden Periostin, İntegrin- $\alpha$ 4 ve Fibronektin'in ekspresyon düzeyleri Western Blot yöntemiyle belirlenerek kanser progresyonundaki rolleri araştırılmıştır. Western Blot bantlarından sayısal ortalama yoğunluk değerleri ile yapılan Mann-Whitney U istatistiksel analizine göre araştırılmıştır.

**BULGULAR:**MPK grubunun ortalama yaşı:61,4±10,68 yaş ve ortalama PSA değeri: 137,14±221,22 ng/ml bulunmuştur. Metastaz açısından yalnızca kemik, kemik+lenf nodu, kemik+lenf nodu+organ tutulumu oranları sırasıyla; %37,5 (15/40), %42,5 (17/40), %20 (8/40) olarak bulunmuştur. Periostin ve fibronektin, K ve BPH gruplarına göre MPK grubunda oldukça yüksek ekspresyon düzeyi göstermiştir. MPK örneklerin çoğunda, integrin  $\alpha$ 4, K ve BPH gruplarına göre ya çok düşük ifadenmiş ya da hiç ifade göstermemiştir (Şekil1.). İntegrin- $\alpha$ 4 dışındaki diğer iki proteinde MPK grubunda, K ve BPH grubuna göre anlamlı ifadenme artışı gözlenmiştir (periostin p=0.001; fibronektin p=0.001). İntegrin- $\alpha$ 4 MPK grupta azalma göstermiştir (K-MPK p=0.122; BPH-MPK; p=0.546) (Şekil2.). K ve BPH grupları birlikte ele alınıp MPK grubuna karşı incelendiğinde ise



yine periostin ve fibronectin'in metastatik grupta anlamlı derecede yüksek ifadelendiğini (K+BPH vs. MPK  $p=0.001$ ); integrin- $\alpha 4$ 'de ise anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur ( $p=0.122$ ). Metastaz bölgeleri (kemik, kemik+lenf ve kemik+lenf+organ) ile bu genler arasındaki ifadelene ilişki incelendiğinde yalnızca kemik metastazı olan hastalarda kemik+lenf ve kemik+lenf+organ metastazı olan hastalara göre periostinin anlamlı derecede yüksek ifadelendiği bulundu (sırasıyla  $p=0.004$ ,  $p=0.039$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Periostinin kemiğe metastaz aşamasında etkin rolü olabileceğini göstermiştir. Araştırılan bu proteinlerin prostat kanserinin metastatik progresyon sürecine gidişte rol oynayabileceğini, ancak ileri evre prostat kanserinde rol oynayan araştırılması gereken başka sinyalizasyon yollarının ve proteinlerin devrede olduğunu göstermektedir.

SP-17

## ATYPICAL SMALL ACINAR PROLİFERATION (ASAP) SAPTANAN HASTALARDA PSA NİN PREDİKTİF DEĞERİ NEDİR? İKİNCİ BİYOPSİ HER ZAMAN GEREKLİDİR?

Caner Ediz,<sup>1</sup> Ayşe Nur İhvan<sup>2</sup>

1. S.B. Üsküdar Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. SB Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

**AMAÇ:** Prostat spesifik antijen (PSA) yüksekliği sebebi ile prostat biyopsisi yapılan ve histopatolojik inceleme sonucunda atypical small acinar proliferation (ASAP) saptanan hastalarda ikinci kez prostat biyopsisi uygulamanın gerekliliğini tartışmak ve re-biyopsi zorunluluk kriterlerini saptamak amaçlandı

**YÖNTEM:** 2008-2016 ocak ayları arasında

transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi yapılan 2295 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Histopatolojik olarak 228 hastada ASAP saptandı. 217 hasta çalışmaya alındı. 120 sine 3 ila 6 aylık zaman dilimi içerisinde re-biyopsi gerçekleştirildi. Hastaların ilk ve ikinci biyopsi öncesinde total psa, serbest psa, serbest/total psa oranı, psa dansitesi hesaplandı. İkinci biyopsi sonuçları ile bu verilerdeki değişimler karşılaştırıldı. İlk biyopsi ve ikinci biyopsi zamanında yapılan ölçümlerin karşılaştırılması için Wilcoxon eşleştirilmiş iki örneklem testi kullanılmıştır. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya dâhil edilen 120 ASAP tanılı hastanın ortalama yaşı 63,06 (40-78) idi. Prostat volümü ortalama 54,04 cc (10-140). Ortalama total psa değeri 8,63 ng/ml (0,9-32,5), serbest psa değeri 1,59 ng/ml (0,0017-8,9), serbest/total psa oranı %19,77 (0,0014-0,79), psa dansitesi 0,1959 ng/mL/cc (0,01-0,98) saptandı. Yapılan biyopsilerde alınan örneklerin ortalama 1,3 âdetinde (1-5) ASAP saptandı. ASAP saptanan 120 hastaya yapılan ikinci biyopsiler sonucunda 73 (%60,8) hastada ikinci biyopsi sonucu benign, 24 (%20) hastada yine ASAP ve 23 (%19,2) hastada prostat adenokarsinom (PCa) olarak raporlandı. İkinci biyopsisi benign olarak raporlanan hastaların total psa, serbest psa ve psa dansitesi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede azalma saptanırken ( $p<0,001$ ), serbest/total psa oranları açısından bir farklılık mevcut değildi ( $p=0,077$ ). İkinci biyopsisi yine ASAP olan grupta hiçbir değişken açısından anlamlı farklılık yoktu. İkinci biyopsisi PCa olan hastaların total psa değerleri artmış iken ( $p=0,009$ ), serbest psa değerlerinde anlamlı bir fark yoktu. ( $p=0,297$ ). Ayrıca PCa grubunda serbest/total PSA değerleri azalmış ( $p<0,001$ ) ve PSA dansite değerleri artmış saptandı ( $p=0,010$ ).

**ÇIKARIMLAR:** ASAP tanısı bulunan hastalarda ikinci biyopsi öncesi total psa, serbest psa, serbest/total psa oranı ve psa dansitesi rutin olarak değerlendirilmeli. Eğer total psa değerinde azalma varsa ikinci biyopsi kararında aceleci olunmamalı, total psa değerinde artma var ise geç kalınmadan ikinci biyopsi yapılmalıdır.

Tablo

İkinci biyopsi sonucu	Değişken	İlk biyopsi Median (Min.-Max.)	İkinci biyopsi Median (Min.-Max.)	p
Asap (n=24)	Tpsa	6,33 (2,29-32,50)	5,79 (2,08-32,00)	0.113
	Fpsa	1,25 (0,38-8,90)	1,26 (0,40-4,20)	0.305
	TFPsa	0,18 (0,06-0,62)	0,18 (0,09-0,46)	0.782
	PsaDan	0,16 (0,04-0,65)	0,17 (0,04-0,48)	0.297
Benign (n=73)	Tpsa	6,30 (2,50-31,00)	5,00 (0,30-30,60)	<0,001
	Fpsa	1,30 (0,40-6,50)	1,03 (0,05-4,50)	<0,001
	TFPsa	0,20 (0,03-0,50)	0,21 (0,04-0,65)	0.077
	PsaDan	0,14 (0,04-0,98)	0,10 (0,01-0,70)	<0,001
CA (n=23)	Tpsa	6,21 (0,90-19,00)	6,51 (1,20-19,20)	0.009
	Fpsa	0,77 (0,002-4,47)	0,65 (0,20-3,35)	0.297
	TFPsa	0,13 (0,001-0,79)	0,10 (0,01-0,26)	<0,001
	PsaDan	0,16 (0,01-0,77)	0,18 (0,02-0,80)	0.01

SP-18

## D'AMICO DÜŞÜK RİSK GRUBUNDAKİ HASTALARIN RADİKAL PROSTATEKTOMİ PATOLOJİSİNDE SAPTANAN EVRE VE DERECEDE YÜKSELME İLE İLİŞKİLİ PREOPERATİF FAKTÖRLER

Serdar Çelik,<sup>1</sup> Ozan Bozkurt,<sup>2</sup> Ömer Demir,<sup>3</sup> Burçin Tuna,<sup>4</sup> Kutsal Yörükoğlu,<sup>4</sup> Güven Aslan<sup>3</sup>

1. Artvin İli Yusufeli Devlet Hastanesi, Üroloji, Artvin

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

4. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Bu yazıda kliniğimizde prostat adenokarsinomu nedenli radikal prostatektomi (RRP) yapılan D'Amico düşük risk grubundaki hastalar değerlendirildi. Radikal prostatektomi materyalinde evre ve derece yükselmesine neden olabilecek preoperatif faktörler araştırıldı.

**YÖNTEM:** Prostat kanseri nedenli RRP yapılan hastalardan PSA<10 ng/ml ve prostat biyopsi Gleason skoru ≤6 ve klinik T1c-T2a olan hastalar yani D'Amico düşük risk grubundaki hastalar değerlendirildi. Prostat iğne biyopsisindeki Gleason skoru ve klinik evresine göre RRP patolojisindeki Gleason skorunda ve patolojik evresinde yükselme olan ve olmayan hastalar ayrı ayrı ikiye bölünmüş gruplarda değerlendirildi. Hastaların PSA, fPSA, PSA dansitesi, prostat iğne biyopsi patoloji verileri (Gleason skoru, perinöral invazyon ve HPIN varlığı, biyopsi tümör

yüzdesi ve pozitif odak sayısı) ve RRP patoloji verileri (Gleason skoru, Tersiyer Gleason paterni, patolojik T evresi, cerrahi sınır pozitifliği, lenf nodu pozitifliği ve tümör volümü) ile biyokimyasal nüks verileri incelendi. Mevcut veriler evre ve derece yükselmesine göre ayrı ayrı ikiye bölünmüş gruplar arasında karşılaştırılarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** RRP yapılan düşük risk grubundaki 151 hasta retrospektif değerlendirildi. Preoperatif klinik evre ve RRP patolojik evre verilerine göre yapılan değerlendirmede hastaların 130'unda T evresinde yükselme gözlenmezken 21'inde evrede yükselme saptandı. Bu iki grup arasında yapılan karşılaştırmada preoperatif verilerde anlamlı farklılık saptanmadı. Postoperatif verilerden ise evre yükselmesi ile paralel olacak şekilde RRP Gleason skoru, tümör hacmi ve cerrahi sınır pozitifliğinde istatistiksel anlamlı farklılık gözlemlendi (Tablo 1). Prostat iğne biyopsi Gleason skoru ve RRP Gleason skoru verilerine göre yapılan değerlendirmede hastaların 88'inde derecede yükselme gözlenmezken 63'ünde yükselme saptandı. Bu iki grup arasında yapılan karşılaştırmada ise preoperatif verilerden sadece biyopsi tümör yüzdesinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (p<0,001). Postoperatif verilerden ise Tersiyer Gleason paterni, patolojik T evresi, tümör hacmi ve cerrahi sınır pozitifliğinde istatistiksel anlamlı farklılık gözlemlendi (Tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak düşük risk grubunda preoperatif verilerden sadece biyopsi tümör yüzdesinin Gleason skorunda derece yükselmesi ile ilişkili olduğu, diğer verilerin ise evre ya da derece yükselmesi ile ilişkili olmadığı gözlemlenmiştir.

**Tablo 1:** RRP patolojisi T evresinde preoperatif klinik evreye göre yükselme olan ve olmayan D'Amico düşük risk grubundaki hasta verileri ile bu verilerin gruplar arası karşılaştırılması.

	<b>Evre yükselmesi olan grup (n=21)</b>	<b>Evre yükselmesi olmayan grup (n=130)</b>	<b>P</b>
Yaş	62,4±5,4 (54,7-74,1)	61,3±6,4 (46,8-73,6)	0.441
PSA	5,8±1,6 (3,3-9,5)	5,7±1,8 (2,3-9,9)	0.808
fPSA	0,9±0,4 (0,3-1,5)	0,9±0,4 (0,05-2)	0.815
PSA dansitesi PSA/PV	0,15±0,07 (0,06-0,3)	0,14±0,07 (0,04-0,5)	0.403
Prostat iğne biyopsisi Gleason skoru	6	6	1
PNİ pozitifliği n,(%)	2 (%9,5)	11 (%8,5)	0.872
HPİN pozitifliği n,(%)	13 (%61,9)	78 (%60)	0.869
Biyopsi tümör yüzdesi	21,5±18,2 (5-70)	17,2±20,6 (5-100)	0.417
Pozitif odak sayısı	1,8±1,1 (1-4)	1,7±1,1 (1-9)	0.725
Klinik evre <T2c / >T2c	21 / 0	130 / 0	
RRP evre T2/T3	0 / 21	130 / 0	<0,001
RRP Gleason skoru	6,8±0,4 (6-7)	6,4±0,5 (6-8)	0.001
Tersiyer Gleason Paterni	4,6±0,5 (4-5)	4,2±0,4 (4-5)	0.092
Ekstra prostatik yayılım yaygın / fokal (%)	21 (%100)	0 (%0)	
	yaygın:12, fokal:9		
Tümör hacmi (cc)	2,6±1,3 (1,1-5,4)	1,2±2,4 (0,01-22)	0.022
Cerrahi sınır pozitifliği (%)	10 (%47,6)	12 (%9,2)	<0,001
Lenf nodu pozitifliği (%)	0 (%0)	0 (%0)	1
Biyokimyasal nüks (%)	4 (%19)	12 (%9,2)	0.175

**Tablo 2:** RRP patolojisi Gleason skorunda prostat iğne biyopsisi Gleason skoruna göre derece yükselmesi olan ve olmayan D'Amico düşük risk grubundaki hasta verileri ile bu verilerin gruplar arası karşılaştırılması.

	<b>Derece yükselmesi olan grup (n=63)</b>	<b>Derece yükselmesi olmayan grup (n=88)</b>	<b>P</b>
Yaş	62,2±6 (48-74,1)	60,9±6,4 (46,8-73,6)	0.224
PSA	5,5±1 (2,3-9,5)	5,7±1,6 (2,5-9,9)	0.474
fPSA	0,9±0,5 (0,2-2)	0,9±0,4 (0,05-2)	0.477
PSA dansitesi PSA/PV	0,15±0,08 (0,04-0,5)	0,13±0,06 (0,04-0,5)	0.241
Prostat iğne biyopsisi Gleason skoru	6	6	1
PNİ pozitifliği n,(%)	6 (%9,5)	7 (%7,9)	0.872
HPİN pozitifliği n,(%)	39 (%61,9)	52 (%59,1)	0.869
Biyopsi tümör yüzdesi	26,1±25,6 (5-100)	12,6±13,3 (5-80)	<0,001
Pozitif odak sayısı	1,8±1,4 (1-9)	1,7±0,9 (1-6)	0.458
Klinik evre <T2c / >T2c	63 / 0	88 / 0	
RRP evre T2/T3	47 / 16	83 / 5	0.002
RRP Gleason skoru	7±0,1 (7-8)	6	<0,001
Tersiyer Gleason Paterni	5	4	<0,001
Ekstra prostatik yayılım yaygın / fokal (%)	16 (%25,4)	5 (%5,7)	
	yaygın:8, fokal:8		
Tümör hacmi (cc)	2,4±3,3 (0,02-22)	0,8±0,9 (0,01-3,6)	0.022
Cerrahi sınır pozitifliği (%)	13 (%20,6)	9 (%10,2)	0.074
Lenf nodu pozitifliği (%)	0 (%0)	0 (%0)	1
Biyokimyasal nüks (%)	10 (%15,9)	6 (%6,8)	0.075

SP-19

## D'AMICO ORTA RİSK GRUBUNDAKİ HASTALARIN RADİKAL PROSTATEKTOMİ PATOLOJİSİNDE SAPTANAN EVRE VE DERECEDE YÜKSELME İLE İLİŞKİLİ PREOPERATİF FAKTÖRLER

Serdar Çelik,<sup>1</sup> Ozan Bozkurt,<sup>2</sup> Ömer Demir,<sup>2</sup>  
Burçin Tuna,<sup>3</sup> Kutsal Yörükoğlu,<sup>3</sup> Güven Aslan<sup>2</sup>

1. Artvin İli Yusufeli Devlet Hastanesi, Üroloji, Artvin

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Bu yazıda kliniğimizde prostat adenokarsinomu nedeniyle radikal prostatektomi (RRP) yapılan D'Amico orta risk grubundaki hastalar değerlendirildi. Radikal prostatektomi materyalinde T evresinde ve derecesinde yükselmeye neden olabilecek preoperatif faktörler araştırıldı.

**YÖNTEM:** Prostat kanseri nedeniyle RRP yapılan hastalardan PSA 10-20 ng/ml ve/veya prostat biyopsi Gleason skoru=7 ve/veya klinik T2b olan hastalar yani D'Amico orta risk grubundaki hastalar değerlendirildi. Prostat iğne biyopsi Gleason skoru ve klinik T evresine göre RRP patolojisinde T evresinde ve Gleason skorunda yükselme olan ve olmayan hastalar ayrı ayrı ikiye bölünmüş gruplarda değerlendirildi. Prostat biyopsi Gleason skorunda 3+4=7 (7a) saptanan fakat RRP Gleason skoru 4+3=7 (7b) olan hastalar da derecede yükselme olan hastalar grubunda değerlendirildi. Hastaların PSA, fPSA, PSA dansitesi, prostat iğne biyopsi patoloji verileri (Gleason skoru, perinöral invazyon ve HPIN varlığı, biyopsi tümör yüzdesi ve pozitif odak sayısı) ve RRP patoloji verileri (Gleason skoru, Tersiyer Gleason paterni, patolojik T evresi, cerrahi sınır pozitifliği, lenf nodu pozitifliği ve tümör volümü) ile biyokimyasal nüks verileri incelendi. Mevcut veriler evre ve derece yükselmesine göre ayrı ayrı ikiye bölünmüş gruplar arasında karşılaştırılarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** RRP yapılan orta risk grubundaki 187 hasta retrospektif değerlendirildi. Preoperatif klinik T evresi ve RRP patolojik evre verilerine göre yapılan değerlendirmede hastaların 103'ünde T evresinde yükselme gözlenmezken 84'ünde evrede yükselme saptandı. Bu iki grup arasında yapılan karşılaştırmada preoperatif verilerden PSA ve PSA dansitesi ile prostat biyopsi verilerinden perinöral invazyon pozitifliği, tümör yüzdesi ve pozitif odak sayısı T evresinde yükselme gözlenen grupta anlamlı olarak daha yüksek

gözlendi. Postoperatif verilerden RRP Gleason skoru, Tersiyer Gleason paterni, tümör hacmi, cerrahi sınır pozitifliği ve biyokimyasal nüks oranlarında ise T evresinde yükselme ile paralel olacak şekilde istatistiksel anlamlı farklılık gözlendi (Tablo 1). Prostat iğne biyopsi Gleason skoru ve RRP Gleason skoru verilerine göre yapılan değerlendirmede hastaların 148'inde derecede yükselme gözlenmezken 39'unda yükselme saptandı. Bu iki grup arasında yapılan karşılaştırmada ise preoperatif verilerden PSA, fPSA ve PSA dansitesi derece yükselmesi olan grupta daha yüksekken, biyopsi Gleason skoru ve tümör yüzdesinin ise yükselme olmayan grupta daha yüksek olduğu saptandı. Postoperatif verilerden ise sadece tümör hacminde istatistiksel anlamlı farklılık gözlendi (Tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak orta risk grubunda preoperatif verilerden PSA ve PSA dansitesinin hem evre hem de derece yükselmesi ile ilişkili olduğu, prostat biyopsi verilerinden ise perinöral invazyon pozitifliği, tümör yüzdesi ve pozitif odak sayısının T evresinde yükselme ile ilişkili olduğu gözlenmiştir.

**Tablo 1:** RRP patolojisi evresinde preoperatif klinik evreye göre yükselme olan ve olmayan D'Amico orta risk grubundaki hasta verileri ile bu verilerin gruplar arası karşılaştırılması.

	<b>Evre yükselmesi olan grup (n=84)</b>	<b>Evre yükselmesi olmayan grup (n=103)</b>	<b>P</b>
Yaş	63,2±5,7 (42,9-74,8)	62,5±5,8 (46,3-75,4)	0.425
PSA	9,4±4,9 (1,1-19,8)	8,1±3,8 (2,3-17,2)	0.049
fPSA	1,1±0,6 (0,4-3)	1,2±1 (0,2-7,6)	0.43
PSA dansitesi PSA/PV	0,3±0,2 (0,03-1,1)	0,2±0,12 (0,05-0,6)	0.014
Prostat iğne biyopsisi Gleason skoru	6,8±0,4 (6-7)	6,8±0,4 (6-7)	0.239
PNİ pozitifliği n,(%)	33 (%39,3)	21 (%20,4)	0.005
HPİN pozitifliği n,(%)	61 (%72,6)	79 (%76,7)	0.522
Biyopsi tümör yüzdesi	56,3±31,2 (5-100)	35±26,3 (5-90)	<0,001
Pozitif odak sayısı	3,5±2,3 (1-10)	2,6±1,9 (1-8)	0.004
Klinik evre <T2c / >T2c	84 / 0	103 / 0	
RRP evre T2/T3	T2:8 , T3:76	T2:103, T3:0	<0,001
RRP Gleason skoru	7,1±0,5 (6-9)	6,7±0,4 (6-7)	<0,001
Tersiyer Gleason Paterni	4,9±0,2 (4-5)	4,6±0,5 (4-5)	0.001
Ekstra prostatik yayılım yaygın / fokal (%)	76 (90,5)	0 (0)	
	43 / 33		
Tümör hacmi (cc)	4,3±5,2 (0,2-36)	2,1±2,3 (0,02-11,7)	<0,001
Cerrahi sınır pozitifliği (%)	33 (%39,3)	13 (%12,6)	<0,001
Lenf nodu pozitifliği (%)	1 (%0,7)	0 (%0)	
Biyokimyasal nüks (%)	30 (%35,7)	11 (%10,8)	<0,001

**Tablo 2:** RRP patolojisi Gleason skorunda prostat iğne biyopsisi Gleason skoruna göre derece yükselmesi olan ve olmayan D'Amico orta risk grubundaki hasta verileri ile bu verilerin gruplar arası karşılaştırılması.

	<b>Derece yükselmesi olan grup (n=39)</b>	<b>Derece yükselmesi olmayan grup (n=148)</b>	<b>P</b>
Yaş	65,2±5,3 (48-72,6)	62,2±5,7 (42,9-75,4)	0.004
PSA	11,2±4,6 (1,1-18,2)	8±4 (2,3-19,8)	<0,001
fPSA	1,6±1,4 (0,4-7,6)	1±0,6 (0,2-3,5)	0.004
PSA dansitesi PSA/PV	0,28±0,16 (0,03-0,8)	0,21±0,15 (0,05-1,1)	0.013
Prostat iğne biyopsisi Gleason skoru	6,4±0,5 (6-7)	6,9±0,3 (6-7)	<0,001
PNİ pozitifliği n,(%)	11 (%28,2)	43 (%29)	0.917
HPİN pozitifliği n,(%)	28 (%71,8)	112 (%75,7)	0.619
Biyopsi tümör yüzdesi	33,8±27,8 (5-90)	47,3±30,6 (5-100)	0.015
Pozitif odak sayısı	2,6±1,8 (1-9)	3,1±2,2 (1-10)	0.202
Klinik evre <T2c / >T2c	39 / 0	148 / 0	
RRP evre T2/T3	18 / 21	93 / 55	0.068
RRP Gleason skoru	7,3±0,7 (7-9)	6,8±0,4 (6-7)	0.004
Tersiyer Gleason Paterni	5	4,7±0,4 (4-5)	0.101
Ekstra prostatik yayılım yaygın / fokal (%)	21 (53,8)	55 (37,2)	
	Yaygın:12, fokal:9	Yaygın:31, fokal:24	
Tümör hacmi (cc)	5,5±6,7 (0,5-36)	2,4±2,4 (0,02-21)	<0,001
Cerrahi sınır pozitifliği (%)	12 (%30,8)	34 (%23)	0.315
Lenf nodu pozitifliği (%)	1 (%0,9)	0 (%0)	
Biyokimyasal nüks (%)	9 (%23,1)	32 (%21,6)	0.845



SP-20

## PROSTAT BİYOPSİ ÖRNEKLERİNDEKİ PARÇALANMA PATOLOJİ SONUÇLARINI ETKİLEYEBİLİR

Yılören Tanıdır,<sup>1,1</sup> İlker Tinay,<sup>1</sup> Asgar Garayev,<sup>1</sup>  
Farhad Talibzade,<sup>1</sup> Niyazi Levent Türkeri<sup>2</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji,  
İstanbul

2. Acibadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Oniki odaklı transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi (TRUS-Bx) yapılan hastaların patoloji örneklerinin parçalı olması (her odakta 2 ve fazlası parça olması) patolojik değerlendirmede Gleason skorunu etkileyebilir. Bu çalışmamızda transrektal ultrasonografi eşliğinde satürasyon biyopsisi (TRUS-SB) uygulanan hastalarda odakların parçalanma sayısının Gleason skoru üzerine olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2010-2014 tarihleri arasında TRUS-SB uygulanan ardışık 410 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Verileri tam olan 379 hasta incelendi. Her biyopsi odağının parçalanma sayısı, malignite varlığı, Gleason skoru açısından istatistiksel olarak değerlendirildi. Odaklar parçalanma sayısına göre tek veya 2 den fazla parçalı olacak şekilde 2 gruba ayrıldı. Ayrıca her odak hem primer ve sekonder Gleason paterni  $\leq 3$  ve  $\geq 4$  olarak, hem de Gleason skoru  $\leq 6$  ve  $\geq 7$  olarak gruplara ayrıldı. Gruplar arası karşılaştırma için Ki-kare ve tek değişkenli lojistik regresyon testi uygulanarak değerlendirildi.

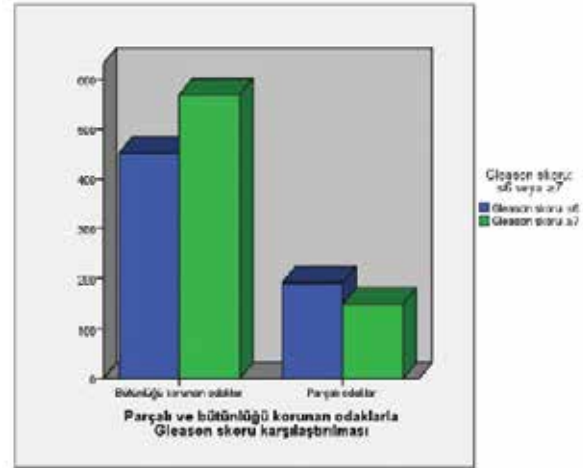
**BULGULAR:** Çalışmada 9854 biyopsi odağı değerlendirildi. Toplam 1363 odakta (%13,8) adenokarsinom saptandı. Bu odaklardan 1022 odakta (%74,9) alınan doku örneği bütünlüğü bozulmadan tek parça halinde, kalan 341 örnekte ise (%25,1) ise doku parçalanmış olarak rapor edilmiştir.

Tek parça halinde patolojiye gönderilen 1022 biyopsi odağının 452'sinde Gleason skoru  $\leq 6$ , 570'inde ise Gleason skoru  $\geq 7$  olarak saptandı. Parçalanmış biyopsi odaklarının 191'inde Gleason skoru  $\leq 6$ , 150'inde ise Gleason skoru  $\geq 7$  olarak rapor edildi. Gleason skorunun  $\leq 6$  bulunma ihtimali,

odak bütünlüğü bozulmuş örneklerde daha yüksek bulundu ( $p < 0,0001$ ). İki grup arasında primer Gleason paterninin  $\leq 3$  ve  $\geq 4$  olması açısından fark olmadığı saptandı ( $p = 0,1$ ). Parçalanmış biyopsi odaklarında sekonder Gleason paterninin  $\leq 3$  olma ihtimali bütünlüğü bozulmamış biyopsi odaklarına göre daha yüksek bulunmuştur ( $p = 0,09$ ). Benzer sonuçlar ikili lojistik regresyon analizinde doğrulanmıştır ( $p < 0,0001$  ve  $p = 0,001$ ) (Tablo, Şekil).

**ÇIKARIMLAR:** TRUS-SB örneğinin değerlendirilmesinde örneklerin bütün veya parçalı olması Gleason skorunu etkilemektedir. Doku bütünlüğünün bozulması sekonder Gleason paternini yanlış değerlendirmemize ve son aşamada Gleason skorunu daha düşük bulmamıza neden olabilir.

Şekil: Gleason skoru ve parçalı odakların karşılaştırması



Tablo: Odakların parçalanma özelliği ve Gleason skorunun karşılaştırılması

		Gleason Skoru		Toplam
		$\leq 6$ (n, (%))	$\geq 7$ (n, (%))	
Odakların bütünlük durumu	Bütün odaklar	452 (44,2 %)	570 (55,8 %)	1022
	Parçalı odaklar	191 (56,0%)	150 (44,0 %)	341
	Toplam	643 (47,2%)	720 (52,8%)	1362

$p < 0,0001$  (Ki-kare testi)



SS-13

## KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE TÜRÖRÜ NEDENİYLE TAKİP EDİLEN HASTARIN YAŞAM KALİTELERİNİN VE SEKSÜEL FONKSİYONLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Deniz Bolat,<sup>1,1</sup> Mehmet Erhan Aydın,<sup>1</sup> Özgü Aydoğdu<sup>1</sup>*1.S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir*

**AMAÇ:** Mesane kanseri dünya genelinde en sık görülen 11. kanser tipidir. Mesane kanserlerin %75'i mukoza (Ta, CIS) ve submukozaya sınırlıdır (T1). Herhangi bir maligniteye sahip olan hastalarda, gerek psikolojik gerekse organik nedenlere bağlı olarak seksüel istekte azalmayı ve seksüel yanıt siklüsündeki (uyarılma, plato, orgazm, rezolüsyon) bozulmayı içeren cinsel fonksiyon bozuklukları görülebilmektedir.

Bu çalışmanın amacı kasa invaze olmayan mesane tümörü (KİOMT)nedeniyle takip edilen hastalardaki cinsel fonksiyon bozukluklarının değerlendirilmesidir.

**YÖNTEM:** Mart 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında KİOMT nedeniyle düzenli aralıklarla kontrol sistoskopileri yapılan 50 hastanın mesane tümörü ile ilgili bilgilerine hastane kayıtlarından ulaşıldı. Hastaların seksüel fonksiyonlarını değerlendirmek amacıyla Uluslararası Cinsel İşlev İndeksi'nin 5 soruluk versiyonu (IIEF-5: 5-7 şiddetli, 8-11 orta, 12-16 hafif-orta, 17-21 hafif, 22-25 ed yok ), Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (FSFI: >30 iyi, 23-29 orta, <23 kötü), Avrupa Kanser Araştırma ve Tedavi Organizasyonu-Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri Yaşam Kalitesi Anketi (EORTC-QLQ NMIBC 24) ve Beck Depresyon Envanteri (1-10 normal, 11-16 hafif ruhsal sıkıntı, 17-20 sınırdaki kinik depresyon, 21-30 orta depresyon, 31-40 ciddi depresyon, >40 çok ciddi depresyon) kullanıldı.

Son 1 ay içerisinde düzenli cinsel ilişkisi olmayan, KİOMT dışında başka bir malignitesi olan, bilinen bir nörolojik ya da sistemik hastalığı olanlar ile hastane kayıtlarına ulaşılamayan hastalar çalışma dışı bırakıldılar.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 57.6±11.5 yıl ve %88'i erkek idi. Hastaların %40'ı (n=20) herhangi bir intrakaviter tedavi almıştır (12 hasta kemoterapi, 7 hasta immünoterapi, 1 hasta kemoterapi+immünoterapi). Hastaların ortalama Beck skoru 10.7±9.5, IIEF-5 skoru 15.6±5.9, FSFI skoru 19.2±10.9 ve EORTC-

QLQ NMBIC 24 skoru ise 38.2±7.7 idi.

Hastalardan %84'ü kendini mesane tümöründen dolayı kötü hissetmediğini, %74'ü günlük yaşantısının aksamadığını, %64'ü gelecekteki sağlığından hiç endişe duymadığını, %66'sı muayene ve tetkik sonuçlarından endişe duymadıklarını bildirmişlerdir. Hastalardan %24'ü cinselliğe hiç ilgi duymadıklarını, %38'i ise oldukça ilgili olduklarını, %54'ü cinsel samimiyet konusunda kendilerini rahat hissetmediklerini, %20'si cinsel anlamda tatminkar olmadıklarını belirtmişlerdir.

İntrakaviter tedavi alan hastalardan %57'si mesaneye yönelik aldıkları tedavinin cinsel ilişki sırasında eşine bulaşmasından endişe duyduğunu belirtirken, %19U böyle bir endişeleri olmadığını bildirmişlerdir.

**ÇIKARIMLAR:** KİOMT, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu hastaların takipleri süresince, hastalıkları ve uygulanan tedavilerle ilgili olarak doğru ve detaylı bilgilendirilmeleri önemlidir. KİOMT'lu hastaların psikolojik ve seksüel yaşamları ile ilgili beklentileri göz önünde bulundurularak, bu şikayetlerine yönelik tedavi alternatifleri kendileriyle tartışılmalıdır.

SS-14

## MESANE TÜRÖRLERİNDE TANI ANINDAKİ BT ÜROGRAFINİN SENKRON ÜST ÜRİNER SİSTEM TÜRÖRÜ TANISINDAKİ YERİ: 463 HASTANIN ANALİZİ

Anđan Şimşir,<sup>1</sup> Fuat Kızılay,<sup>1,1</sup> Tuncer Bahçeci<sup>1</sup>*1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir*

**AMAÇ:** Mesane tümörü dünyada en sık görülen 11. kanser tipidir. Bilgisayarlı Tomografi (BT) Ürografi, üriner trakttaki papiller tümörlerin tanısı için kullanılır, dolma defekti veya hidronefroz olarak bulgu verir. BT mevcut değilse intravenöz ürografi (İVÜ) bir alternatif olabilir ancak özellikle kasa-invazif mesane tümörlerinde BT Ürografi lenf nodlarının durumu ve komşu organlar hakkında sağladığı bilgi nedeniyle daha faydalıdır. Mesane tümörü tanısından hemen sonra BT Ürografi veya İVÜ gerekliliği elde edilecek önemli bulguların düşük olasılığı nedeniyle tartışmalıdır. Üst trakt ürotelyal karsinom (ÜTÜK) insidansı %1.8 gibi düşük bir oranken, trigonda yerleşen tümörler için bu oran %7.5'a çıkmaktadır. Multipil ve yüksek riskli tümörlerde tanı sırasında ÜTÜK riski artar.

Bu çalışmada yeni tanı alan mesane tümörlerinde

patoloji, tümör yerleşimi, sayısı ve boyutundan bağımsız gerçekleştirilen BT Ürografi'nin senkron ÜTÜK tanısı koymadaki önemini analiz etmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2010-2016 yılları arasında kliniğimizde BT için genel kontrendikasyonu olmayan primer mesane tümörü tanısı alan ve opere olan (Transüretal Mesane Tümörü Rezeksiyonu) 463 hastaya tanı anında veya en geç postoperatif 2. günde BT ürografi çekildi. Hastaların tümör sayısı, lokalizasyonu ve büyüklüğü BT için kriter olarak değerlendirilmedi. BT Ürografi sonuçlarında hastalardaki senkron ÜTÜK sıklığı araştırıldı.

**BULGULAR:** Yalnızca bir hastada (%0.215) sol renal pelviste senkron tümör saptandı. 4 hastada ureterovezikal tutulum, 1 hastada ileal kitle, 32 hastada iliak lenfadenopati (LAP), 2 hastada obturator LAP, 7 hastada paraaortik LAP, 1 hastada vertebral metastaz, 4 hastada inguinal LAP, 9 hastada karaciğerde metastaz, 1 hastada umbilikus ciltaltı metastaz, 1 hastada peniste skip metastaz, 6 hastada kemik metastazı, 2 hastada kolon invazyonu, 5 hastada retroperitoneal LAP, 2 hastada intraperitoneal LAP ve 2 hastada sürrenal metastaz saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Mesane tümörü tanısı sırasında gerçekleştirilen BT Ürografi tetkikinin senkron üst üriner sistem tümörü tanısı konmasındaki rolünü irdeleyen literatürde daha önce yapılmış bir çalışma yoktur. Çalışmamızda patoloji sonuçları ve tümör özelliklerinden bağımsız olarak 463 primer mesane tümörünün yalnızca bir tanesinde senkron ÜTÜK saptanmıştır. Literatürdeki mevcut bilgiler ve çalışmamızın sonuçlarına dayanarak BT Ürografinin her primer mesane tümöründe senkron ÜTÜK tanısında yeri olmadığını, sadece multipil ve yüksek tümörlerde kullanılabileceğini vurgulamaktayız.

SS-15

## TRANSÜRETRAL REZEKSİYON İLE TEDAVİ EDİLEN KASA İNVAZE OLMAYAN YÜKSEK HACİMLİ MESANE TÜMÖRLERİNİN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Ata Özen,<sup>1</sup> Ali Ülgen,<sup>1</sup> Münir Ali Bilgehan,<sup>1</sup> Mustafa Açıklalın,<sup>2</sup> İyimser Üre,<sup>1</sup> Cavit Can<sup>1</sup>

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir  
2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Patoloji Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** Mesane tümörlerinin tanı anında yaklaşık %70'i kas invazif değildir. Özellikle semptomatik olmayan veya hematürinin zaman zaman olması nedeniyle hasta tarafından çok önemsenmeyen durumlarda büyük boyutlara ulaşabilir. Kliniğimizde tanı almış ve 20 gramın üzerinde tümör rezeke edilen mesane tümürlü hastaların uzun dönem takiplerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde mesane tümörü nedeniyle tedavi edilen hastaların bilgilerine hasta kayıtlarımızdan ulaşıldı. Kas invazif olmayan ve rezeksiyon materyalinde 20 gr'dan fazla doku bulunan hastalar çalışmaya dahil edildi. Tanı anında kas invazif olan ya da 4-6 hafta içinde yapılan yeniden rezeksiyonunda (Re-TUR) patoloji sonucu T2 olarak rapor edilen hastalar çalışma dışında bırakıldı. Elde edilen veriler IBM SPSS 21.0 ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Kas invazif olmayan yüksek hacimli Ta tümürlü hasta sayısı 17, T1 tümürlü hasta sayısı ise 42 idi. Hastaların sadece biri kadındı. Hastaların ortalama yaşı 62,5 idi. Hastaların tamamına ilk rezeksiyon sonrası 4-6 hafta içinde yeniden rezeksiyon yapıldı. Ta ve T1 tümör Re-TUR sonuçları tabloda görülmektedir. Re-TUR sonucu T2 çıkan 2 hasta çalışma dışında bırakıldı. Ta tümörlerin ortalama tümör hacmi 92,2 gr (20-440), ortalama takip süresi 79,7 ay (24-174, ortn.60) idi. 7 hastada rekürrens görülmez iken 8 hastada rekürrens, 2 hastada T1 evresine progresyon görüldü. Hiçbir hastada T2 evresine progresyon görülmedi. Takip süresince tümör nedeniyle kaybedilen hasta olmadı. T1 tümörü olan hastaların ortalama tümör hacmi 89,5 gr (20-410), ortalama takip süresi 72,2 ay (18-166, ortn. 67,5) idi. 18 hastada rekürrens görülürken 15 hastada hiç rekürrens saptanmadı. 9 hastada takip sırasında progresyon saptanması üzerine radikal sistektomi yapıldı. Takiplerde 3'ü Ta tümürlü ve 3'ü T1 tümürlü toplam 6 (%10,1) hastada üst üriner sistem tümörü saptanarak nefroüretrektomi ve

**Tablo 1:** Yüksek hacimli mesane tümörlerine yapılan re-TUR sonuçları

İlk TUR	Re TUR	T0	Ta	T1	T1+CIS	CIS
Ta		10 (%58,8)	6 (%35,3)	1 (%5,9)	0	0
T1		16 (%38,1)	15 (%35,7)	7 (%16,7)	2 (%4,8)	2 (%4,8)

parsiyel sistektomi yapıldı. 5 hasta tümör nedeniyle kaybedildi.

**ÇIKARIMLAR:** Yüksek hacimli, kasa invaze olmayabileceği izlenimini veren mesane tümürlü hastalarda ilk rezeksiyondaki ameliyat süreleri uzun olsa da rezeksiyonu tamamlayarak ve mutlaka re-TUR ile patolojik evre doğrulanarak hastalara kendi mesaneleri ile yaşama şansı tanınabilir. Ayrıca bu hastalarda üst üriner sistem tümörü görülme sıklığı daha yüksek olabildiği için üst üriner sistem kontrolleri daha sık yapılması uygun olacaktır.

SS-16

## MESANENİN KAS İNVAZİF OLMAYAN ÜROTELYAL KARSİNOMALARINDA NÖTROFİL LENFOSİT VE LENFOSİT MONOSİT ORANLARI EAU RİSK SKOR TABLOLARI İLE İLİŞKİLİ OLABİLİR Mİ?

Ali Furkan Batur,<sup>1</sup> Kerem Genç Kutman,<sup>1</sup>  
Mustafa Suat Bolat,<sup>2</sup> Ekrem Akdeniz,<sup>2</sup> Cem Şenol,<sup>1\*</sup>  
Kubilay Yüzüncü<sup>3</sup>

1. S.B. Sincan Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara
2. S.B. Samsun Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun
3. Özel Samsun Atasam Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Nötrofil lenfosit oranı(NLO) ve Lenfosit Monosit oranı (LMO)'nın kasa invazif olmayan mesane kanserli (KİOMK) hastalarda rekürrens ve progresyon tahmininde kullanılabileceğini öne süren birçok çalışma bulunmaktadır. Biz de bu hipotezden yola çıkarak NLO ve/veya LMO'nun EORTC risk skor tabloları ile ilişkisi olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Transüretral rezeksiyon yapılarak KİOMK tanısı almış hastaların kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı anında kas invazyonu (T2), eşlik eden romatolojik hastalığı ve hematolojik malignitesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Patolojik değerlendirmede; hastalar EAU kılavuzlarına göre gruplara ayrıldı ve 2004 WHO sistemine göre derecelendirme yapıldı. T1G3 grubu olan hastalar diğer hastalarla karşılaştırıldı. NLO, mutlak nötrofil sayımının mutlak lenfosit sayımına bölünmesi ve LMO da, mutlak lenfosit sayımının mutlak monosit sayımına bölünmesi ile bulundu. Hastaların çalışma protokol kağıtları bir araştırmacı tarafından (DR.AFB) değerlendirildi. Rekürrens ve progresyon skorları hesaplandıktan sonra EAU kılavuzlarında belirlendiği üzere 4 gruba ayrıldı. Bunun sonucunda ulaşılan sonuçlar EORTC risk tablolarında düşük, orta ve yüksek risk olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

Bağımsız T testi, Mann whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile gruplar karşılaştırıldı. ROC analizi NLO ve LMO'nun T1G3 sınıflandırmasının anlamlılığının gücünü belirlemek üzere uygulandı.  $p<0,05$  değeri anlamlı olarak tanımlandı. Analizler SPSS 19 (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY) kullanılarak yapıldı.

**Tablo**

Değişken	Diğerleri* (N:71)	T1G3 (N:24)	p
Yaş	64 [54-70]	69.5 [64-74.5]	0.004
Sigara içme	32.06±19.84	35.5±25.12	0.495
Beyaz küre sayısı	8408.87±2413.07	8988.75±4258.82	0.412
Lenfosit sayısı	2377.46±967.32	1932.96±762.79	0.044
Nötrofil sayısı	5052.27±1978.28	5627.87±4299.33	0.376
Monosit sayısı	617.75±439.26	558.33±190.92	0.523
Platelet sayısı	242802.82±66479.56	245875±92587.12	0.882
EAU Progresyon skoru	4.73±3.73	13.96±4.18	<0.001
EAU Rekürrens skoru	3.49±3.17	7.33±2.79	<0.001
NLR	2.18[1.67-2.67]	2.25[1.63-3.43]	0.537
LMR	5.62±7.86	3.87±2.02	0.285

**BULGULAR:** Çalışmada ortalama yaş değeri 64 olan 81 erkek ve 14 kadın hasta değerlendirmeye alındı. Tüm hastaların %5.3'ünü(24 hasta) T1G3 hasta grubu oluşturuyordu. Ortalama NLO 2.96(SD 3.38) ve ortalama LMO 5.06(SD 6.56) olarak bulundu. Rekürrens ve progresyon risk kategorilerinde ağırlık 3.gruptaydı. Yüksek riskli hastalar tüm hastaların %63.2(60 hasta)'sini oluşturmaktaydı(Tablo). Evreler açısından değerlendirildiğinde NLO ve LMO bakımından istatistiksel anlamlı olarak fark saptanmadı. Sadece multivaryat analizlerde LMO orta riskli grupta düşük ve yüksek riskli gruplara göre hastalık progresyonu bakımından daha anlamlı bulundu (5.67 (3.93-7.18; p=0.013). EAU rekürrens ve progresyon skorları ve kategorileri değerlendirildiğinde NLO ve LMO açısından fark bulunmadı. ROC analizine göre NLO için optimum sınır değeri  $\geq 5.04$  (20% sensitivite, 95% spesifite,  $p=0.541$ ; area under the curve [AUC] 0.542, 95% güven aralığı [CI] 0.402–0.682) olarak bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** NLO ve LMO bizim çalışmamızda rekürrens ve progresyon için EAU risk skora tablo ile korele olarak bulunmadı. Çeşitli kanser tipleri ile ilişkilendirilerek rekürrens ve progresyonu belirlemeye katkısı bulunduğu söylenen bu oranların KİOMK'da etkisinin değerlendirilmesi için daha geniş hasta sayılı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

SS-17

## AÇIK VE LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Volkan İzol,<sup>1</sup> Yıldırım Bayazit,<sup>1</sup> Çağrı Tekdöş,<sup>1\*</sup> Nebil Akdoğan,<sup>1</sup> Şaban Doran,<sup>1</sup> M. Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Sistektomi endikasyonu olan mesane kanserli hastalarda radikal sistektomi açık veya laparoskopik olarak uygulanabilmektedir. Bu çalışmada son bir yıl içinde yaptığımız açık ve laparoskopik radikal sistektomi olgularının perioperatif verileri karşılaştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Şubat 2015- Mart 2016 tarihleri arasında on hastaya laparoskopik, on hastaya açık radikal sistektomi uygulandı. Hastaların perioperatif ve postoperatif bulguları karşılaştırıldı. Açık radikal sistektomide umblikus hizasından simfizis pubise

doğru 9-12 cm longitudinal median insizyon uygulandı. Urakus umblikusa doğru diseke edilerek urakusun her iki yanından periton mesaneye doğru diseke edildi. Radikal sistektomi literatürde tanımlanan şekilde uygulandı. Laparoskopik radikal sistektomi de pnömoperitoneumun oluşturulmasını takiben göbek hizası  $\pm 1$  cm'lik bir seviyeden yerleştirilen 10 mm'lik kamera portunun kılavuzluğunda 2 adet 5 mm'lik ve 2 adet 10 mm'lik port kullanılarak ameliyat gerçekleştirilmiştir. Erkek hastalarımızın tamamına standart yöntemle sadık kalınarak radikal sistoprostatektomi, kadın hastalarımıza ise klasik anterior ekzenterasyon uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Laparoskopi yapılan hastaların sekiz'i erkek iki'si kadındı. Açık radikal sistektomi yapılan hastaların yedi'si erkek üç'ü kadındı ( $p=0,2$ ). Hastaların bulguları tabloda gösterilmiştir.

Taburcu olduktan sonraki bir ay içinde hastaneye başvurulara bakıldığında, laparoskopi grubunda bir hastanın göğüs ve karın ağrısı ile tekrar başvurduğu, açık grubundan bir hastanın da kemoterapi planlaması ve tetkik amacıyla onkoloji servisinde yatırıldığı saptandı ( $p=0,7$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Az sayıda hastayı içeren bu çalışmada, açık ve laparoskopik radikal sistektomi arasında operasyon verileri ve maliyet açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır. Cerrahin deneyimine göre radikal sistektomi açık veya laparoskopik yöntemlerle yapılabilir.

	Açık	Laparoskopik	P değeri
Yaş	64,8±7,5	58,7±11,7	0,2
VKİ	26,6±4,6	27,5±4,8	0,6
Operasyon süresi(saatt)	348,5±46,7	314±115,2	0,2
Peroperatif kanama miktarı(ml)	665(300-1500)	510(200-1500)	0,2
Perioperatif kan transfüzyon oranı	% 20	% 20	0,7
Periloop dren çekilme(saatt)	59,8±12,4	65,2±17,2	0,6
Douglas dren çekilme(saatt)	104,4±22,9	112,4±29	0,5
NG çekilme(saatt)	108,4±17,1	92,4±17,6	0,07
Mobilizasyon(saatt)	29±4,8	22,6±3,7	<b>0,02</b>
Hastanede yatış süresi(saatt)	243±68,3	267,5±116	0,6
Maliyet(TL)	6769,8(2548-8861)	7051,7 (3842-11460)	0,2
Klinik evre t1	2(% 20)	5(% 50)	0,07
Klinik evre t2	8(% 80)	5(% 50)	
Cerrahi sınır pozitifliği	1(% 10)	0(% 0)	0,3
Lenf nodu metastazı	4(% 40)	4(% 40)	0,6
Postoperatif Komplikasyon	Clavien(1-2) Clavien(3)	10(% 100) 9(% 90) 0(% 0) 1(% 10)	0,3
Ortalama çıkarılan Lenf Nodu Sayısı	14,8±8,4	24,7±13,7	0,04

SS-18

## KOMPLET REZEKSİYON YAPILAN PTA YÜKSEK DERECELİ KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİ HASTALARINDA RE-TUR GEREKLİ Mİ?

İlker Tinay,<sup>1</sup> Bahadır Şahin,<sup>1\*</sup> İpek Erbarut Seven,<sup>2</sup>  
Deniz Filinte,<sup>3</sup> Tarık Emre Şener,<sup>4</sup> Yılören Tanıdır,<sup>4</sup>  
Haydar Kamil Çam,<sup>4</sup> Ferruh Şimşek<sup>4</sup>

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul  
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul  
3. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul  
4. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Kasa invaze olmayan mesane kanserinde (KIOMK), lamina propria invazyonu olan (pT1) hastalarda ikinci TUR (reTUR) yapılmasının önemi bilinmektedir. Buna karşılık lamina propriaya invaze olmayan (pTa) ve tümör derecesi yüksek dereceli olarak rapor edilen hastalarda reTUR önerilmesine rağmen, etkinliği ve gerekliliği net değildir. Bu çalışmada patolojisi pTa yüksek dereceli olarak rapor edilen hastalardaki reTUR işlemlerinin sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2012 ve Haziran 2016 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle TUR uygulanan toplam 522 hastadan; ilk TUR-M patolojisi pTa/pT1 yüksek dereceli olarak rapor edilen ve ilk TUR-M işlemi komplet tamamlanan toplam 42 hasta dâhil edildi. Tüm hastalara ilk TUR-M işlemi takiben 4-8 hafta arasında reTUR uygulandı. Hastalar ilk TUR-M patolojilerine göre pTa ve pT1 olarak iki gruba ayrıldı ve karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dâhil edilen hastaların ilk TUR-M patolojisi 12 hastada pTa veya 30 hastada pT1 yüksek dereceli hastalık olarak raporlandı. Çalışmaya dâhil edilen hastaların 41'i erkek ve 1'i kadın hastaydı. Ortalama hasta yaşı 64.24yıl (min:44 – maks:83) olarak hesaplandı.

İlk TUR-M sonrasında patoloji sonucu pTa ve pT1 olarak raporlanan grupların her ikisinde de hastaların %33,3'ünde (pTa 4/12 - pT1 10/30) gönderilen örneklerde kas dokusu mevcut değildi. Yapılan reTUR işlemi sonrası tüm hastalarda kas dokusu varlığı rapor edildi ve hiçbir hastada reTUR sonrası tümör evre yükselmesi saptanmadı.

pTa yüksek dereceli hastalığı olan hastaların %25'inin ve pT1 hastalığı olan hastaların da %40'ının reTUR patoloji incelemelerinde tümör saptandı (Tablo 1). Her iki grupta reTUR sonucunda tümör saptanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0.359).

Tablo

		İLK PATOLOJİ SONUCU			
		Ta (n=12)		T1 (n=30)	
		Sayı	%	Sayı	%
ReTUR Patolojisi	Tümör Yok	9	%75	18	%60
	Daha düşük dereceli tümör	2	%16.7	3	%10
	İlk TUR ile aynı	1	%8.3	9	%30
	Daha yüksek evreli/ dereceli tümör	0	%0	0	%0

Sadece ilk TUR-M işlemi sırasında kas dokusu varlığı rapor edilen hastaların reTUR sonuçlarına bakıldığında ise, pTa grubunda hiçbir hastada (0/8) tümör saptanmazken pT1 hastaların yarısında (10/20) reTUR sonucunda tümör rapor edildi ve iki grup arasında anlamlı fark saptandı (p=0,014).

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızın bulgularına göre; yüksek dereceli pTa tümörü olan KIOMK hastalarında reTUR sonrasında evre yükselmesi olmamasına rağmen, özellikle kas dokusu varlığı rapor edilmeyen hastalarda rezidü tümör açısından reTUR uygulanmalıdır.

SP-21

## INTRAVEZİKAL AURORA KINAZ-A İNHİBİTÖRÜ VE BCG TEDAVİSİNİN KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİNİN ÖNCÜL LEZYONLARINDAKİ KARŞILAŞTIRMALI HİSTOPATOLOJİK VE MOLEKÜLER ANALİZİ:İLK SONUÇLAR

Kerem Teke,<sup>1\*</sup> Hasan Yılmaz,<sup>2</sup> Alı Kemal Uslubaş,<sup>2</sup>  
Nil Güzel,<sup>3</sup> Gürler Akpınar,<sup>3</sup> Murat Kasap,<sup>3</sup>  
Demir Kürşat Yıldız,<sup>4</sup> Özdal Dillioğlugil<sup>2</sup>

1. S.B. Ağrı Devlet Hastanesi, Üroloji, Ağrı

2. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Kocaeli

3. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Biyoloji, Kocaeli

4. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Kocaeli

**AMAÇ:** İn-vivo olarak, mesane karsinogenezisinde intravezikal Aurora Kinaz-A (AURKA) inhibitörü (Alisertib[ALS]) etkinliğini intravezikal BCG ile karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** İki mg MNU (Metilnitrosurea) 40 adet 7-8 haftalık Wistar-Albino sıçana intravezikal olarak 8 hafta boyunca 2 haftada bir uygulandı. Onuncu

Tablo

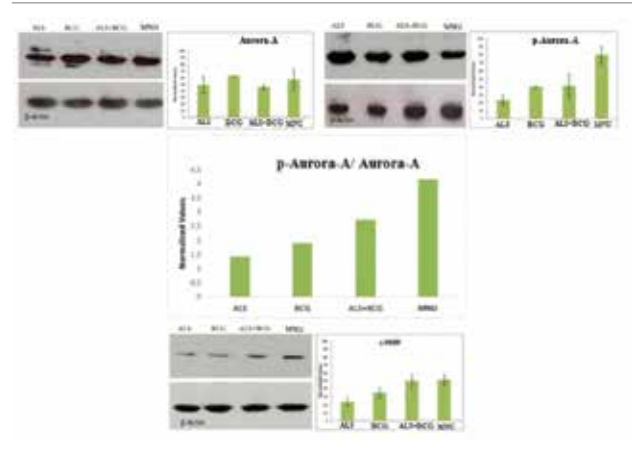
	MNU	ALS	BCG	ALS+BCG
	N=9	N=8	N=8	N=8
Normal Ürotelyum	2 (22.2%)	4 (50%)	4 (50%)	7 (87.5%)
Düz Hiperplazi	0	2 (25%)	2 (25%)	1 (12.5%)
Papiller Hiperplazi	0	0	1 (12.5%)	0
Düşük Dereceli İntraepitelyal Neoplazi (DDİEN)	7 (77.8%)	2 (%25)	1 (12.5%)	0
Ki-67 Proliferatif İndeks	60a	5b	5b	5b

haftada sıçanlar MNU (Tedavi almayan, 0.4 ml %0,9 NaCl), BCG (106 koloni Tice-BCG tedavisi alan), ALS (100nmol ALS tedavisi alan) ve ALS+BCG (ALS ve BCG tedavisi alan) olmak üzere dört eşit gruba ayrıldı. ALS, BCG ve ALS+BCG tedavileri 10-15. Haftalarda haftada bir kez uygulandı. 16. Hafta tüm mesaneler alındı ve yarısı, histopatolojik (Hematoksilen-Eosin) ve immünohistokimyasal (Ki-67) incelemeler için ayrıldı. Ayrıca mesanelerin kalan yarısında c-PARP (apoptozis göstergesi), Aurora-A, fosforile (p)-Aurora-A ve p-Aurora-A/ Aurora-A (proliferasyon göstergeleri) Western Blot inceleme ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Deney sonunda hayatta kalan sıçan sayısı MNU, BCG, ALS ve BCG+ALS gruplarında sırasıyla 9, 8, 8, 8 idi ( $p>0.05$ ). Kasa invaze olmayan mesane kanseri hiçbir sıçanda görülmedi. Ancak MNU grubunda papiller hiperplazi ve düşük dereceli intraepitelyal neoplazi (DDİEN) çoğunlukla görülürken (%77,8), tamamen normal ürotelyum görülme oranı BCG, ALS ve BCG+ALS gruplarında sırasıyla %50, %50 ve %87.5'ti (Tablo1). Ki-67 proliferatif indeks oranı, ve p-Aurora-A ve p-Aurora-A/ Aurora-A MNU grubunda tedavi gruplarına (ALS, BCG, ALS+BCG) göre istatistiksel olarak yüksek izlendi ( $p<0,05$ ). Tedavi grupları arasında istatistiksel fark izlenmedi (Tablo1, Resim1).Apoptozis belirteci olan c-PARP seviyesi ALS+BCG grubunda diğer iki tedavi grubundan yüksekti. BCG grubunda, MNU grubuna göre Aurora-A seviyesi değişmezken, ALS ve ALS+BCG grubunda düştüğü görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Intravezikal AURKA inhibitörü (ALS) ve BCG benzer patolojik değişikliklere ve antiproliferatif özelliklere sahiptir. Ayrıca histopatolojik olarak ALS+BCG tedavisinin sadece BCG tedavisine göre daha üstün olduğu görüldü. Bu yeni bir tedavi yaklaşımı olabilir. Diğer taraftan, p-Aurora-A ve

p-Aurora-A/Aurora-A oranının Ki-67'ye paralel bir şekilde tüm tedavi gruplarında azalmış olması, AURKA hedefli tedavi modalitesinin gelecekte yeni umut verici bir intravezikal tedavi seçeneği olabileceğini göstermektedir.



SP-22

## IN-VİVO, MESANE KARSİNOGENEZİS MODELİNDE, MESANENİN PREKANSERÖZ LEZYONLARINDA BACİLLUS CALMETTE-GUERİN (BCG) CEVABININ PROTEOMİK ÇALIŞMAYLA DEĞERLENDİRİLMESİ

Kerem Teke,<sup>1</sup> Nil Güzel,<sup>2</sup> Gürler Akpınar,<sup>2</sup> Murat Kasap,<sup>2</sup> Hasan Yılmaz,<sup>3</sup> Ali Kemal Uslubaş,<sup>3</sup> Demir Kürşat Yıldız,<sup>4</sup> Özdal Dillioğlu<sup>3</sup>

1. S.B. Ağrı Devlet Hastanesi, Üroloji, Ağrı

2. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Biyoloji, Kocaeli

3. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Kocaeli

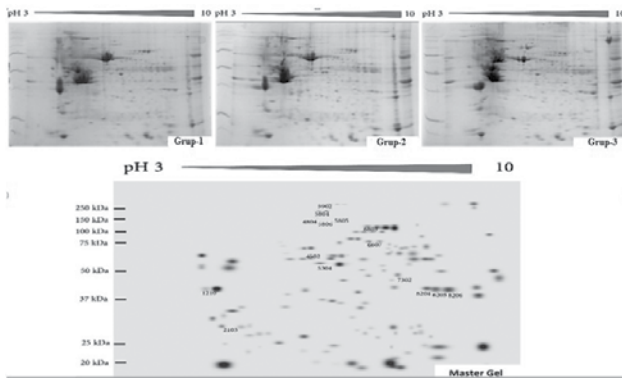
4. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Kocaeli

**AMAÇ:** Çalışmamızda mesane kanserinin prekürsör lezyonlarında intravezikal BCG yanıtı ile ortaya çıkabilecek olası moleküler belirteçleri proteomik seviyesinde incelemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 7-8 haftalık 30 adet dişi Wistar-albino sıçan, kontrol grubu (Grup 1), sadece Metilnitrozüre (MNU) grubu (tedavi almayan grup-Grup 2), BCG tedavi grubu (Grup 3) olmak üzere üç gruba ayrıldı (n:10/grup). İlk 10 haftada, Grup 2 ve Grup 3'e iki haftada bir 2 mg MNU intravezikal yolla toplam 5 doz olacak şekilde verildi. 10 ve 15. haftalar arasında Grup 3'e intravezikal yolla haftada bir kez 106 koloni BCG (Tice-suşu) verildi. Grup 2'den bir,

Tablo

	Grup-1 (Kontrol- Grubu)	Grup-2 (MNU- grubu)	Grup-3 (BCGtedavi- grubu)
	N=10	N=9	N=8
Normal Ürotelyum	10 (100%)	2 (22.2%)	4 (50%)
Düz Hiperplazi	0	0	2 (25%)
Papiller Hiperplazi	0	0	1 (12.5%)
Düşük dereceli intraepitelyal neoplazi	0	7(77.8%)	1 (12.5%)
Ki-67 proliferatif indeksi	0a	60 b	5 a



Grup 3'den iki sıçan çalışma sürecinde öldü. 16. haftada tüm sıçanların mesanesi alınarak, kubbeden boyna iki eşit parçaya bölündü. Mesanelerin yarısı immunohistopatolojik çalışma için yarısı ise iki boyutlu jel elektroforezi ile proteomik analiz için kullanıldı. Farklı şekilde eksprese olan proteinler Western Blot analizi ile doğrulandı.

**BULGULAR:** Grup-2'de prekanseröz lezyonlar (%77.8), Grup-1 (%0) ve Grup-3'e (%50) göre daha sık izlendi. Grup-3'de Ki-67 proliferatif indeksin Grup-2'ye göre anlamlı derecede ( $p<0.05$ ) azaldığı görüldü (Tablo 1). Bazı proteinlerin ekspresyonunda gruplar arasında iki kattan fazla değişiklik izlendi (Resim 1). Bunlardan daha önce onkogeneze önemli rol oynadığı bildirilen Rab GDP dissosiyasyon inhibitör beta (Rab GDIβ), mitokondriyal aldehit dehidrogenaz (m-ALDH) ve 14.3.3. zeta/delta'nın, Grup-3'de Grup-2'ye göre daha az eksprese edildiği, Grup-2'de ise Grup-1'e göre m-ALDH ve 14.3.3. zeta/delta'nın daha fazla eksprese edildiği saptandı (Resim 1).

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışma literatürde, mesanenin prekanseröz lezyonlarında 14.3.3. zeta/delta ve m-ALD'nin arttığını gösteren ilk çalışmadır. BCG tedavisi ile bu proteinlerin ve ayrıca Rab GDIβ miktarının sadece Grup-2 (MNU Grubu)'ye göre

düştüğü saptanmıştır. BCG tedavisi ile sağlanan bu düşüşler, mesane karsinogenezi sürecinde intravezikal BCG tedavisine yanıtını göstermede bu proteinlerin biyomarker olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

SP-23

## MESANE YAN DUVAR TÜMÖRLERİNİN TRANSÜRETRAL REZEKSİYONUNDA OBTURATOR SINIR BLOĞUNUN TÜMÖR SPESMENİNDE DETRUSOR KASI VARLIĞI VE HASTALIK NÜKSÜ ÜZERİNE ETKİSİ

Güven Erbay,<sup>1,1</sup> Mehmet Karabakan,<sup>2</sup>

Ali Seydi Bozkurt,<sup>1</sup> Ercüment Keskin,<sup>1</sup> Fethi Akyol,<sup>3</sup>

Erkan Hirik,<sup>1</sup> Bülent Çelebi<sup>1</sup>

1. S.B. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Erzincan

2. S.B. Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji, Mersin

3. S.B. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, Erzincan

**AMAÇ:** Çalışmamızda mesane yan duvar tümörlerinin transüretal rezeksiyonunda (TUR-TM) spinal anesteziye ek olarak uygulanan obturator sinir bloğunun (ONB), tümör spesmeninde detrusor kas dokusu varlığı ve tümör nüks oranı üzerine etkisi araştırıldı.

**YÖNTEM:** 2011 Ocak ve 2015 Aralık ayları arasında kliniğimizde spinal anestezi altında mesane yan duvar yerleşimli tümörü olan 96 hasta hastaya TUR-TM uygulandı. Hastaların ortalama yaşı  $69.4 \pm 1.48$  (24-93) idi. 96 hasta; sadece spinal anestezi yapılan 49 hasta ve spinal anesteziye ek olarak ONB yapılan 47 hasta olarak ikiye ayrıldı ve gruplar adduktor kas kontraksiyonu, mesane perforasyonu, komplet tümör rezeksiyonu, patoloji materyalinde kas dokusunun örneklenip örneklenmemesi ve takip döneminde nüks gelişip gelişmemesi açısından geriye dönük olarak karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama takip süresi  $36.3 \pm 17.2$  aydı. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık yoktu ( $p>0.05$ ). Tümör boyutu ve tümör adetinin incelenmesinde her iki grup arasında istatistiksel açıdan fark bulunmadı ( $p>0.05$ ). ONB yapılmayan grupta obturator refleksin anlamlı olarak devam ettiği görüldü ( $p<0.05$ ). ONB yapılan hastalarda sırasıyla komplet rezeksiyon yapılma oranının ve kas dokusu içerme oranının anlamlı

Tablo

	ONB Yapılanlar		ONB Yapılmayanlar		p
	Var	Yok	Var	Yok	
Obturator Refleks	3	44	28	21	0.000
Komplet Rezeksiyon	43	4	31	18	0.001
Mesane Perforasyonu	0	47	2	47	0.162
Tümör Rekürrensi	7	40	17	32	0.025

olarak yüksek olduğu saptandı (p:0.001, p: 0.001). Sadece 2 hastada mesane perforasyonu gelişirken bu hastaların ikisi de ONB yapılmayan gruptaydı. ONB uygulanan hastaların hiç birinde komplikasyon gelişmedi. Postoperatif rekürrens takibi yapılan hastalarda ONB yapılmayan grupta anlamlı olarak yüksek oranda rekürrens saptandı (p: 0.025).

**ÇIKARIMLAR:** TUR-TM operasyonları sırasında spinal anesteziye eklenen ONB'nin obturator refleksi önleyerek tümör boyutu veya sayısından bağımsız olarak detrusor kas dokusunu da içeren komplet rezeksiyona olanak sağlayarak hastalık rekürrensini önemli oranda azalttığı saptandı.

SP-24

## TRANSÜRETRAL TÜMÖR REZEKSİYONU İLE RADİKAL SİSTEKTOMİ ARASINDA GEÇEN SÜRENİN PROGNOZA ETKİSİ

Hakan Türk,<sup>1</sup> Ahmet Çinkaya,<sup>2</sup> Hilmi Kodaz,<sup>3</sup> Sıtkı Ün<sup>4</sup>

1. Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya
2. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, radyasyon onkolojisi, Kütahya
3. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, medikal onkoloji, Kütahya
4. DİĞER, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Çalışmamızın amacı invazif mesane tümörlerinde son transüretal tümör rezeksiyonu (TUR-T) ile radikal sistektomi arasında geçen sürenin; lenf nodu pozitifliği, uzak metastaz durumu, hastalısız sağkalım ve toplam sağkalıma etkisini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2005 ile Mayıs 2016 tarihleri arasında invazif mesane tümörü (Evre  $\geq$ pT2) veya yaygın kasa invaze olmayan mesane tümörü veya BCG dirençli kasa invaze olmayan mesane tümörü nedeniyle radikal sistektomi ve üriner diversiyon uygulanan 396 hasta çalışmaya dahil edildi ve

verileri retrospektif olarak gözden geçirildi. Hastaların hepsine radikal sistektomi ile birlikte pelvik lenf adenektomi uygulandı. Patolojik evreleme 2002 TNM sınıflamasına göre yapıldı. Hiçbir hasta neoadjuvan kemoterapi almadı. Her bir hasta için son TUR-T ile radikal sistektomi arasında geçen süreler hesaplandı. 3 aydan kısa sürede radikal sistektomi yapılan hastalara grup I, 3 aydan uzun sürede radikal sistektomi yapılan hastalar ise grup II olarak belirlendi. Lenf nodu pozitiflik durumu, post operatif uzak metastaz durumu, hastalısız sağkalım ve toplam sağkalım açısından fark olup olmadığı incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların 350'si (%88.3) erkek, 46'si (%11.7) kadın olup, yaş ortalamaları 62.1 yıl (dağılım, 32-83) idi. Tümörlerin histolojik tipi; 298 (%71.6) hastada pür transizyonel hücreli carsinom (TCC), 118 (%28.4) hastada TCC ile birlikte diferansiyasyon (skuamöz, adeno karsinom, miks ya da sarkomatoid) idi. Radikal sistektomisi 3 aydan önce yapılan (Grup I) hasta grubunda yaş ortalaması 61.5 (dağılım 48-80), radikal sistektomisi 3 aydan daha sonra yapılan (Grup II) hasta grubunda yaş ortalaması 63.3 idi. İki grup arasında yaş açısından istatistiksel olarak fark yoktu (p=0.581). Son TUR-T ile radikal sistektomi arasında geçen ortalama süre Grup I için 1.67, Grup 2 için 4.08 ay (p=0.01) idi. Grup I'de 136 (%42.9), grup II'de 36 (%45.5) hastaya pT2'den daha düşük evrelerde radikal sistektomi uygulandı, pT2 ve üzeri patoloji ile radikal sistektomi yapılan hastalar grup I'de 181 (%57), grup II'de 43 (%54.4) hasta olarak dağıldı (p=0.66). Grup I'de TCC+diferansiyasyon eşlik eden 82 (%25.8) hasta grup II'de 16 (%20.2) hasta yer

**Tablo 1:** Comparison of the demographic and tumor characteristics between groups

	Group 1 (0-3 mo)	Group 2 (3>mo)	p value
Age (65 y ↓ / 65 y ↑)	182/135	42/37	0.58
Gender (M / F)	283/34	67/12	0.01
T Stage (T2 ↓ / T2 ↑)	136/181	36/43	0.66
Low Grade / High Grade	34/283	Apr-75	0.12
Tcc / Tcc+ Diferansiation	235/82	63/16	0.15
Lenf node (negative/positive)	250/67	64/15	0.67
Metastases ( negative/positive)	201/116	49/30	0.16
Disease free survival (mean, median, min-max)	22, 15, 1-106	10.8, 8, 1-50	<0.001
Overall survival (mean, median, min-max)	26, 19.5, 3-106	13.9, 10, 3-50	<0.001



almakta idi. Radikal sistektomi spesmen patolojisinde grup I de ki hastaların 67 (%21.1)'sinde lenf nodu pozitif, grup II'deki hastaların 15 (%18.9)'inde lenf nodu pozitif olarak bulundu. Yine grup I'de postoperatif takiplerinde lokal nüks veya metastaz gelişen 116(%36.5) hasta, grup II'de 30 (%37.9) hasta yer almaktaydı. Grup I'de hastalısız sağkalım 22 ay (vs 10.8 ay), toplam sağkalım 26 ay (vs 13.9 ay) olarak bulundu. İstatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu (sırasıyla  $p<0.001$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo).

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak mesane tümörü tanısının konduğu TUR-T ile radikal sistektomi arasında geçen süre hastalısız sağkalımı ve toplam sağkalımı ters orantılı olarak etkilemektedir. Bu nedenle radikal sistektomi planlanan hastaların operasyon geciktirilmemesi daha olumlu sonuçlar verecektir.

SP-25

## KAS İNVAZİV MESANE KANSERİNDE TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN RENAL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Nurullah Hamidi,<sup>\*1</sup> Evren Süer,<sup>2</sup> Mete Özkıdık,<sup>2</sup> Uygur Bağcı,<sup>2</sup> Mehmet İlker Gökçe,<sup>2</sup> Abdulkadir Türkölmez,<sup>2</sup> Sümer Baltacı,<sup>2</sup> Yaşar Bedük<sup>2</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Kas invaziv mesane kanseri (KİMK) için tedavi edilen hastaların çoğunda böbrek fonksiyonlarında bozulma gelişmektedir. Bu çalışmada biz KİMK olup multimodal tedavi (MMT) veya radikal sistektomi(RS) ile tedavi edilip en az 5 yıllık takibi olan hastalarda renal fonksiyonlardaki değişiklikleri değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 1995-Aralık 2010 arasında

**Tablo 1:** Hasta Özellikleri

Özellik	Toplam(n=234)	RS (n=175)	MMT (n=59)	P değeri
Ortalama yaş±SS (yıl)	66.5±5.7	65.3±6.2	67.4±4.9	0.07
Bazal GFR, Ortalama±SS	91.1±18.2	91.8±18.8	89.1±16.3	0.73
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek, sayı(%)	197(84.2)	156(89)	41(70)	*0.0001
Kadın, sayı(%)	37(15.8)	19(11)	18(30)	
<b>Histolojik tip</b>				
Urotelyal Karsinom, sayı(%)	210(89.7)	157(89.7)	53(89.8)	0.07
Yassı hücreli karsinom, sayı(%)	13(5.5)	7(4)	6(10.2)	
Yassı hücreli diferansiyasyon, sayı(%)	6(2.6)	6(3.4)	-	
Adenokarsinom, sayı(%)	3(1.3)	3(1.7)	-	
Diğer, sayı(%)	2(0.9)	2(1.2)	-	
<b>Komorbidite</b>				
Hipertansiyon, sayı(%)	88(37.6)	60(34.3)	28(47.5)	0.07
Diabetes Mellitus, sayı(%)	62(26.5)	40(22.8)	22(37.3)	*0.03
Hiperlipidemi, sayı(%)	30(12.8)	23(13.1)	7(11.9)	0.8
Aterosklerozis, sayı(%)	21(9)	17(9.8)	4(6.8)	0.5
Hidronefroz, sayı(%)	47(20.1)	37(21.1)	10(16.9)	0.49
KİS, sayı(%)	32(13.7)	12(6.8)	20(33.9)	*0.0001
<b>Klinik T evre</b>				
cT0, sayı(%)	13(5.6)	7(4)	6(12.2)	*0.0001
cT <sub>a</sub> -1, sayı(%)	24(10.3)	11(6.4)	13(26.5)	
cT2, sayı(%)	137(58.5)	97(55.4)	40(81.6)	
cT3+4, sayı(%)	60(25.6)	60(34.2)	-	

\*İstatistiksel olarak anlamlı, KİS, Karsinoma In Situ; GFR, Glomerular Filtrasyon Oranı; MMT, Multimodal tedavi; RS, Radikal sistektomi.

kliniğimizde T1-4N1-2M0 evresine sahip RS yapılan ya da MMT gören 460 hasta tanımlandı. Takipsiz olan hastalar ya da 5 yıl içinde ölen hastalar çalışma dışında bırakıldı. Sonuç olarak RS yapılan 175 ve MMT alan 59 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş, cinsiyet, tedaviden hemen önceki bazal GFR, tümör histolojisi, klinik tümör evresi, komorbidite öyküsü ve tedavi öncesi hidronefroz varlığı değerlendirildi. GFR MDRD(the Modification of Diet in Renal Disease) formula ile hesaplandı. Takipte 6 ayda bir bakılan GFR ölçümleri kaydedildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş ve ortalama bazal GFR 66.5±17.9 yıl ve 91.1±18.2 mL/dk idi. Tablo 1’de hasta özellikleri detaylı olarak verilmiştir. Her iki grubun bazal GFR değerleri benzer olduğu halde sonraki takip dönemlerinde MMT alan grupta GFR

düzeylerinin istatistiksel olarak daha düşük olduğu izlendi (tablo 2). Çok değişkenli analizde, MMT (p=0.0001, OR: 3.2, %95 CI:1.248-5.481), DM öyküsü (p=0.0001, OR: 4.9, %95 CI:2.575- 9.706) ve hipertansiyon öyküsü (p=0.0001, OR: 3.6, %95 CI: 2.019-6.552) varlığının 5 yıllık takipler sonunda GFR’nin 60 ml/dk nın altına inmesi ile ilişkili olduğu belirlendi (tablo 3).

**ÇIKARIMLAR:** KİMK’e yönelik tedavilerden sonra 5 yıl içinde renal fonksiyonlarda bozulma çoğu hastada tespit edilmektedir. MMT kolunda renal fonksiyon bozukluğu daha belirgin olarak izlenmektedir. Diabetes Mellitus ve hipertansiyon öyküsü olan hastalarda 5 yıl sonunda GFR’nin 60 ml/dk ‘nın altında olma oranı daha fazladır.

**Tablo 2:** İki grubun GFR karşılaştırmaları

GFR oranları	Toplam	RS	MMT	P değeri
	(n=234)	(n=175)	(n=59)	
Bazal,Ortalama±SS	91.1±18.2	91.8±18.8	89.1±16.3	0.74
6. ay,Ortalama±SS	84.8±19	88.7±17.9	73.2±17.8	*0.0001
12.ay Ortalama±SS	81.4±20.6	87.1±17.7	64.9±20.1	*0.0001
18.ay Ortalama±SS	79±20.8	82.6±18	68.1±24.9	*0.002
24.ayOrtalama,±SS	78.2±20.9	82.1±17.8	68±25	*0.001
30.ay Ortalama±SS	77.5±20.7	81.1±18.3	66.8±23.8	*0.001
36.ay Ortalama±SS	75±20.9	78.3±19.1	65.4±23	*0.005
42.ay Ortalama±SS	73.4±21	76.6±19.8	63.7±21.8	*0.003
48.ay Ortalama±SS	70.9±21.6	74±21	62±21	*0.005
54.ay Ortalama±SS	68.7±21.9	71.7±59.6	59.6±19.4	*0.002
60. ay Ortalama±SS	64.9±21.8	67.5±22.3	57.2±18.3	*0.009

\*İstatistiksel olarak anlamlı, GFR, Glomerular Filtrasyon Oranı; MMT, Multimodal tedavi; RS, Radikal Sistektomi.

**Tablo 3:** Beş yıl sonunda GFR’si 60 ml/dk ‘nın altında olan hastalarda çok değişkenli analiz

Değişkenler	OR	95% CI	P değeri
Yaş (ileriyaş)	1.1	0,952-1,054	0.95
Cinsiyet(Kadın)	0.9	0,530-1.882	0.99
MMT	3.2	1.248-5.481	0.0001
KİS	1.3	0,523-3.289	0.56
Preoperatif HN	1.1	0,523-2.268	0.82
Diabetes Mellitus öyküsü(+)	4.9	2.575- 9.706	0.0001
Hipertansiyonöyküsü(+)	3.6	2.019-6.552	0.0001
Hiperlipidemiöyküsü(+)	4.6	0,512-41.166	0.17
Aterosklerozöyküsü(+)	0.1	0,010-1.095	0.6

\*CI, Confidence Interval; KİS, Karsinoma in situ; HN, Hidronefroz; MMT, Multimodal tedavi;OR, Odds ratio

SP-26

## İNSAN MESANE TÜMÖRÜ HÜCRE KÜLTÜRÜ ÜZERİNE MITOMİSİN-C'NİN İN-VİTRO ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Murat Gül,<sup>1</sup> Serdar Göktaş,<sup>2</sup> Meltem Demirel Kars,<sup>3</sup> Mehmet Kaynar<sup>2</sup>

1. SB. SBÜ. Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Konya

2. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Konya

3. Selçuk Üniversitesi, İleri Teknoloji Araştırma ve Uygulama Merkezi, Konya

**AMAÇ:** Mesane tümörleri ürogenital sistem tümörleri içinde ülkemizde ve dünyada ikinci sıklıkta yer almakta olup mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerinden birisidir. Bu tümörlerin tedavisinde nüks ve progresyonun önlenmesi amacıyla intravezikal kemoterapi kullanılmaktadır. Günümüzde en sık kullanılan kemoterapötik ajan ise Mitomisin-C'dir. Güncel kılavuzlara ve randomize kontrollü çalışmalara bakıldığında orta ve yüksek riskli tümörlere adjuvan kemoterapi veya immunoterapi verilmesi önerilmekte ancak mitomisin'in hangi dozlarda ve hangi aralıklarda ne kadar süre ile kullanılacağına dair ortak bir konsensus bulunmamaktadır. Günümüzde kliniklerdeki uygulamalar, genellikle merkezlerin farklı klinik uygulamalarının sonucunda gelişen tecrübelerle göre ortaya çıkmıştır ve uygulanan tedavi süresi ve sıklığı konusu halen tartışmalı olmaya devam etmektedir. Bu nedenle bu çalışmada insan yüksek derece mesane kanseri hücre kültürleri üzerinde mitomisin-c'nin farklı dozlarda ve farklı sürelerdeki etkisinin araştırılması ve sonuçların günümüzde uygulanan şemalar ile karşılaştırılarak tedavinin en optimal düzeyde sağlanması ve böylece klinik uygulamalara ışık tutması amaçlanmıştır.

**Tablo 1:** UMUC-3 hücrelerine 1 saat uygulamanın ve doz tekrarlarının hücre sayısına etkileri

	UMUC-3 hücre sayısı (x106)		
	kontrol	5 µg/mL	10µg/mL
<b>Uygulama süresi</b>			
Başlangıç	1.5	1.5	1.5
1. hafta	27.28	14.2	4
2. hafta	310	3	1.78
3. hafta	350	3	1.8
4. hafta	350	4.9	3
5. hafta	350	0.75	0.35
6. hafta	350	0	0

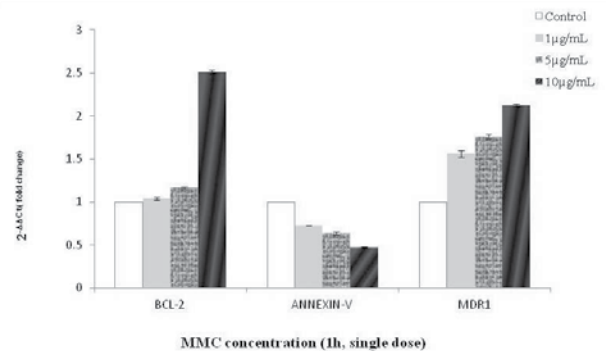
**Tablo 2:** UMUC-3 hücrelerine 1 saat uygulamanın ve doz tekrarlarının hücre sayısına etkileri

	UMUC-3 hücre sayısı (x106)		
	kontrol	5 µg/mL	10µg/mL
<b>Uygulama süresi</b>			
Başlangıç	1.5	1.5	1.5
1. hafta	27.28	14.2	4
2. hafta	310	3	1.78
3. hafta	350	3	1.8
4. hafta	350	4.9	3
5. hafta	350	0.75	0.35
6. hafta	350	0	0

**YÖNTEM:** Mesane kanserine model hücre hatlarından biri olan UMUC-3 (yüksek dereceli malign tek katmanlı üreyen yapışkan mesane kanserine model hücre hattıdır) hücreleri ticari olarak satın alınarak MMC'nin farklı dozları hücrelere değişen sürelerde uygulanmıştır.

**BULGULAR:** Hücre üremesinin etkisi XTT yöntemiyle belirlenerek IC50'yi yani hücrelerin %50'sini öldüren doz (IC50, 0.175-0.081 mg/mL) bulunmuştur. 5 µg/mL ve 10 µg/mL MMC'nin 1 ve 2 saatlik uygulama sonuçları Tablo 1 ve 2'de sunulmuştur. Flowsitometri sonuçlarına göre 1 saatlik tek doz MMC'nin UMUC-3 hücre kültürü subpopulasyonunda MMC dirençli hücreleri arttırdığı saptanmıştır. MMC her ne kadar apoptotik ve nekrotik hücre sayısını arttırmasa da, MDR1 (multiple drug resistance) ve ANXA5 (apoptotic) gen ekspresyonunu arttırmış; BCL2 gen ekspresyonunu ise azaltmıştır. (Şekil 1)

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışmanın sonuçlarına göre yüksek dereceli mesane tümöründe 1 ve 2 saatlik MMC tedavisinde tek dozun uygun olmadığı ve en az iki dozda istenilen sonuca ulaşılabileceği gösterildi. Yine yapılan moleküler tetkikler ile 1 saat, tek doz MMC uygulanmış UMUC-3 hücrelerinde doz artışlarında kontrol hücrelerine göre daha fazla sayıda dirençli popülasyon içerdiği bu nedenle 1



saatlik uygulamanın yetersiz olduğu desteklenmiştir. Bu sonuçlar tek doz 1 saatlik uygulamanın klinik vakalarda nüksü engellemeyeceğini öngörebilir. Ayrıca 1 saatlik uygulama yapıldığında tedaviye en az 6 hafta kadar devam edilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Süre 2 saate çıktığında ise bu tedavi süresi 2 hafta gibi bir süreye kısalmaktadır. Bu sonuçların randomize homojen hasta grupları üzerinde yapılacak klinik çalışmalarla desteklenmesi koşulu ile günümüz klinik uygulamalarına ışık tutması beklenmektedir.

SP-27

## KAS İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERLİ HASTALARDA EORTC VE CUETO SKORLAMA SİSTEMLERİNİN REKÜRENS VE PROGRESYON

## ÖNGÖRÜLERİNİN DOĞRULUĞU VE KARŞILAŞTIRILMASI

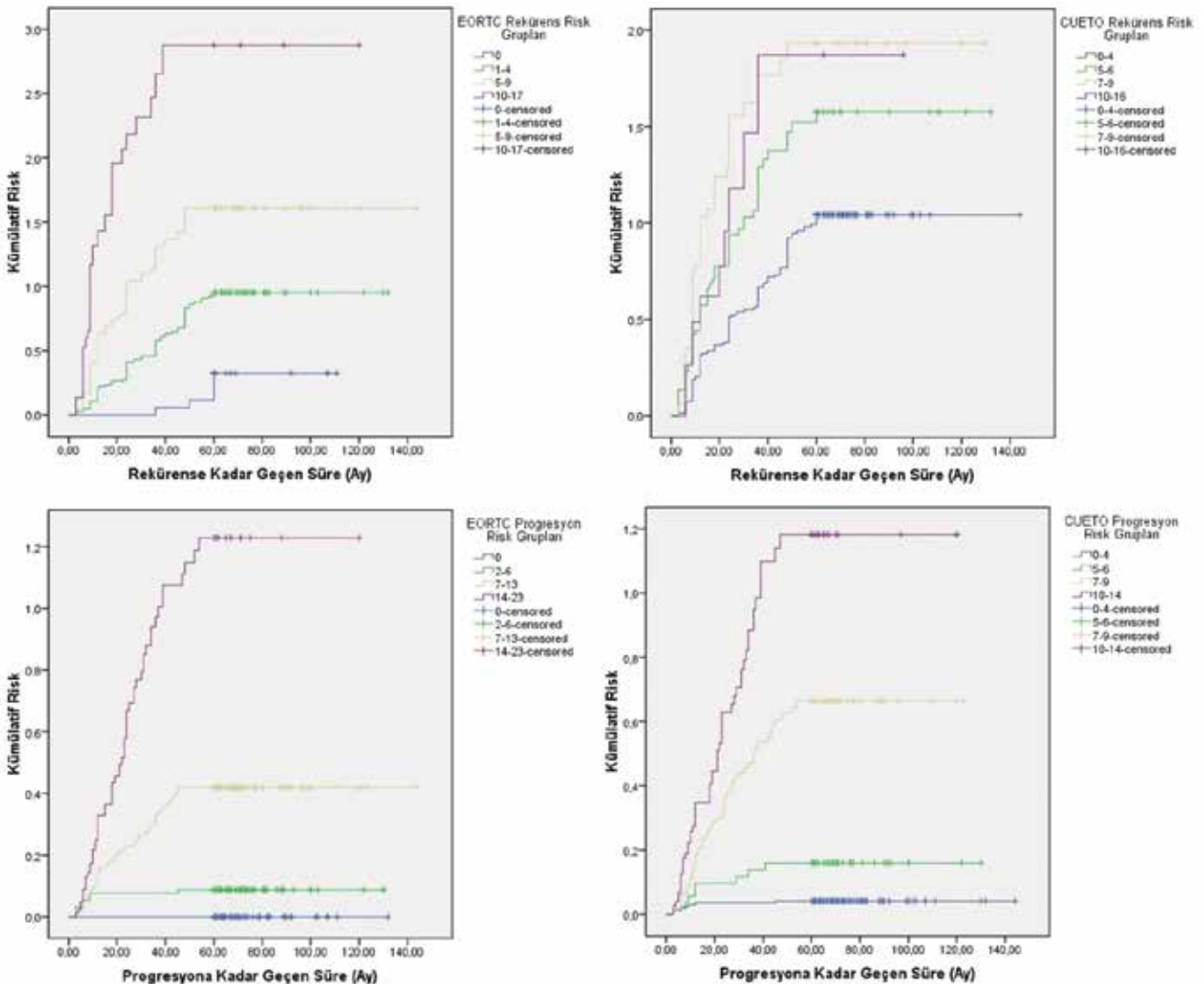
Muhammet Fatih Kılınc,<sup>1</sup> Göksel Bayar,<sup>2</sup>

1. S.B. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. İdil Devlet Hastanesi, Üroloji, Şırnak

**AMAÇ:** Kas invaziv olmayan mesane kanserli hastalarda takip sırasında gelişebilecek rekürens ve progresyonu ön görme için kullanılan European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) ve Spanish Urological Club for Oncological Treatment (CUETO) skorumla sistemlerinin doğruluklarını ve Türk hastalarda hangisinin daha iyi sonuç verdiğini saptamayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2003-2010 yılları arasında mesane kanseri nedeniyle transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-M) uygulanmış hastaları verileri geriye doğru incelendi. Çalışmamız retrospektif olup, prospektif tabanlıdır. Çalışmaya dahil edilecek hasta



Grafik-1: EORTC ve CUETO nomogramlarına göre sınıflandırılmış grupların rekürens ve progresyona kadar geçen sürenin Kaplan- Meier analizi.

sayısı önceki bir referans çalışmadan yola çıkılarak hesaplanmıştır ( $\alpha$ : 0,05, power: 0,99). En az 5 yıllık takibi olmayan, intrakaviter tedavi o günün koşullarına göre uygun yapılmayan, mesane kanseri dışında bir sebepten hayatını kaybeden, patoloji sonucu primer karsinoma in-situ (CIS) olan ve riskli olduğu için erken dönemde yapılan tekrar TUR-M sonucunda patolojisi kas invaziv saptananlar çalışmadan çıkarıldı. Rekürens, takipler sırasında yapılan TUR-M sonucu patolojik tümör saptanması; progresyon ise takipler sırasında yapılan TUR-M sonucu kas invaziv patolojik tümör saptanması olarak kabul edilmiştir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tümör boyutu ve sayısı, patolojik evre ve greydi, öncesinde rekürens gelişmesi ve sıklığı, CIS varlığı kaydedildi. Bu veriler kullanılarak EORTC ve CUETO nomogramlarına göre hastalar risk sınıflarına ayrıldı. Takip sırasında gelişen rekürens ve progresyonlar kaydedildi. Sonuçta risk gruplarına göre gelişen rekürens ve progresyon oranı her iki nomogram kullanılarak karşılaştırıldı. Rekürens ve progresyona kadar geçen süre analizi iki nomogram için de ayrı ayrı yapıldı. İstatistiksel analiz için Kaplan- Meier ve multivariyete lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Concordance indeks ve ROC eğrisi güvenilirlik testleri olarak kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 400 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 63,7 (23-91), takip süresi 56,6 aydı. Takip süresi progresyon gelişmeyenlerde ortalama 70 (60- 120) aydı. Rekürens ve progresyon için yapılan Kaplan- Meier analizi Grafik-1'de görülmektedir. Takip sırasında 289 (% 72,3) hastada rekürens, 116'sında (% 29) progresyon gelişmiştir. ROC analizine göre çizgi altındaki boyalı alan (AUC) olan rekürens ve progresyon öngörüsü EORTC için 0,704 ve 0,830; CUETO için 0,616 ve 0,842 olarak hesaplanmıştır. Yapılan multivariyete lojistik regresyon analizinde ise konkordans indeks rekürens ve progresyon analizinde EORTC için sırasıyla 0,777 ve 0,801; CUETO için ise 0,705 ve 0,881 olarak bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere dayanarak rekürens öngörmede EORTC nomogramının Türk hasta popülasyonuna daha uygun olduğu saptanmıştır. Progresyon öngörüsünde ise CUETO nomogramı verileri her ne kadar daha güvenilir dursa istatistiksel anlamlı bir fark saptanmamıştır.

SP-28

## RIJİD VE FLEKSİBLE SİSTOSKOPİNİN AĞRI, YAŞAM KALİTESİ, ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE CİNSEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇAPRAZ GEÇİŞLİ TEK KÖR ÇALIŞMA

Oktay Üçer,<sup>1</sup> Gökhan Temeltaş,<sup>1</sup>  
Mehmet Bilgehan Yüksel,<sup>1</sup> Bilal Gümüş,<sup>1</sup>  
Talha Müezzinoğlu<sup>1</sup>

1. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

**AMAÇ:** Sistoskopi üroloji pratiğinde özellikle yüzeysel mesane kanseri takibinde sık kullanılan bir tanısal yöntemdir. Rijid ya da fleksible sistoskop kullanımının karşılaştırıldığı sınırlı çalışmalarda ağrının rijid sistoskop kullanımında daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ancak bu çalışmaların en önemli eksikliği rijid sistoskop çapının fleksible sistoskoptan daha büyük olmasıdır. Literatürde eşit çaptaki rijid ve fleksible sistoskopun karşılaştırıldığı çalışma bulunmamaktadır. Biz çalışmamızda 15,5 Fr çaplı rijid ve fleksible sistoskopu ağrının yanı sıra yaşam kalitesi, cinsel fonksiyon ve alt üriner sistem semptomları açısından karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Yüzeysel mesane kanseri tanısı alan ve rutin kontrol sistoskopi takibine alınan toplam 41 erkek çalışmaya alındı. 20 hastanın (Grup 1) ilk sistoskopisi fleksible sistoskop ile yapılırken diğer 21 hastada (Grup 2) ilk sistoskopide rijid sistoskop kullanıldı. İkinci sistoskopilerinde fleksible uygulananlara rijid, rijid uygulananlara fleksible sistoskop kullanıldı. Tüm hastalarda ağrı skoru vizüel ağrı skalası (VAS) ile işlemden hemen sonra değerlendirildi. İkinci sistoskopi sonrası hastaya hangi sistoskopiye tercih edeceği soruldu. Ayrıca hastalarda cinsel fonksiyon, yaşam kalitesi ve alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesi için sırasıyla IIEF, SF-36 ve MLUTS formları kullanıldı.

**BULGULAR:** Yaş, BMI, ekonomik düzey ve eğitim seviyesi açısından iki grup arasında fark saptanmadı. Hastaların 22'si fleksible sistoskopu tercih ederken 19'u rijid sistoskopu tercih edeceğini belirtti ( $p>0,05$ ). IIEF, SF-36 ve MLUTS skorları ve bu skalaların alt grup skorları arasında da her iki grup arasında fark saptanmadı. VAS skorları arasında da anlamlı fark saptanmadı. Yaşam kalitesi açısından yapılan multivariyete analizinde; çalışma grubumuzda cinsel

fonksiyon, ağrı ve sistoskopi şeklinin yaşam kalitesine etkisi olmadığı ancak işeme semptomlarının yaşam kalitesini bağımsız olarak etkilediği saptandı. Her iki yöntem sonrasında postsistoskopik IIEF, SF-36 ve MLUTS skorlarında anlamlı değişiklik saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızın sonuçları eşit çapta kullanılan rijid ve fleksible sistoskop ile yapılan sistoskopilerin; ağrı, cinsel fonksiyon, alt üriner sistem semptomları ve yaşam kalitesi açısından hasta üzerinde benzer etkilere sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca sistoskopi genel olarak değerlendirildiğinde; hasta üzerinde yaşam kalitesi, cinsel fonksiyon ve alt üriner sistem semptomları açısından olumsuz etki yaratmamaktadır.

SP-29

## RADİKAL SİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN PEROPERATİF VE POSTOPERATİF SONUÇLARA ETKİSİ

Çağrı Tekdöş,<sup>1</sup> Volkan İzol,<sup>1</sup> İ. Önder Yılmaz,<sup>1</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>1</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup> Şaban Doran,<sup>1</sup> M. Zühtü Tansuğ,<sup>1</sup> Uğur Erken<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Non-metastatik invaziv mesane kanserinde standart tedavi radikal sistektomiyle birlikte üriner diversiyon yapılmasıdır. Bu cerrahi yöntemin sonuçlarını etkileyebilecek faktörlerden biride vücut kitle indeksi (VKİ). Bu çalışmada, radikal sistektomi yapılan hastalarda vücut kitle indeksinin perioperatif ve postoperatif sonuçlara etkisi değerlendirildi.

**YÖNTEM:** Ekim 2011 - Haziran 2016 arasında kliniğimizde 82 hastaya radikal sistektomi ve ileal loop uygulandı. Hastalar, VKİ <25, 25≤VKİ<30 ve VKİ≥30 olmak üzere üç gruba ayrıldı. Gruplar operasyon süresi, bağırsak motilitesi, nazogastrik(NG) çekilme süresi, kan transfüzyonu gerektiren olgu sayısı, yatış süresi ve maliyet açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama yaşı 62,2±7,9 (41-79) olan hastaların 72'si erkek 10'u kadındı. Otuz iki hastada (%39) VKİ<25, 27 hastada (%32,9) VKİ 25-30 arası, 23 hastada (%28) VKİ≥30 olarak saptandı. Ortalama operasyon süresi sırasıyla 371,6±77, 4dakika, 359,2±73,9 dakika, 395,6±56,4 dakika bulundu (p=0,02). Kanama miktarı sırasıyla 620±302 ml, 501±289 ml, 745±693 ml olarak saptandı (p=0,2). Kan transfüzyon oranları sırasıyla %15,6, %18,5

Tablo

Clavien Sınıflaması	VKİ<25	25≤VKİ<30	30≤VKİ	Toplam
1	24	20	10	54
2	7	5	6	18
3A	1	0	1	2
3B	0	1	3	4
4	0	0	1	1
5	0	1	2	3

p<0,0001 (Ki-kare testi)

ve %34,4 idi (p=0,3). NG çekilme süresi sırasıyla 84±46,6 saat,90,1±45,9 saat ve 91,5±58,2 saattir (p=0,3). Hastanede yatış süresi sırasıyla 249,7±233 saat, 273,5±146,9saat ve 328,2±348,1 saattir (p=0,5). Maliyet karşılaştırmasına bakıldığında sırasıyla 7062 (1612-13426) TL, 7974 (2548-17238)TL ve 9115(3093-33619)TL olduğu görüldü (p=0,2). Yukarıdaki bulgulara bakıldığında operasyon süresinin obez hastalarda istatistiksel olarak anlamlı derecede daha uzun olduğu saptandı. Diğer bulguların da obez hastalar aleyhine olduğu fakat bunlar arasındaki farkın anlamlı düzeye ulaşmadığı görüldü. Postoperatif dönem komplikasyonlar,clavien sınıflamasına göre tabloda gösterilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** VKİ yüksek olan hastalarda postoperatif iyileşme döneminin olumsuz etkilendiği, cerrahi riskin ve maliyetin arttığı fakat aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Bu çalışmada artan deneyimle birlikte radikal sistektominin VKİ'si yüksek hastalarda da güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir.

SP-30

## ÇEŞİTLİ SICAKLIKLARDA MITOMİSİN C UYGULAMASININ ÇEŞİTLİ MESANE TÜMÖRÜ HÜCRE KÜLTÜRLERİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

İbrahim Yıldırım,<sup>1</sup> Turgay Ebiloğlu,<sup>2</sup> Sami Uğuz,<sup>3</sup>  
Yasin Aydoğmuş,<sup>2</sup> Yusuf Kibar,<sup>1</sup> Ferit Avcu,<sup>4</sup> Ali Uğur Ural<sup>5</sup>

1. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

2. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara

4. Memorial Hastanesi, Hematoloji, Ankara

5. Bayındır Hastanesi, Hematoloji, Ankara

**AMAÇ:** Çeşitli sıcaklıklarda Mitomisin C (MC) uygulamasının çeşitli mesane tümörü hücre kültürleri üzerindeki etkisini araştırmak.

**YÖNTEM:** Çalışma TCCSUP, T24, UMUC-3, ve RT4 mesane tümörü hücre kültürleri ile yapılmıştır. MC sırası ile oda sıcaklığında vücut sıcaklığındaki hücre kültürleri üzerine, vücut sıcaklığında vücut sıcaklığındaki hücre kültürleri üzerine, 40-42°C'de vücut sıcaklığındaki hücre kültürleri üzerine, 45-50°C'de vücut sıcaklığındaki hücre kültürleri üzerine, ve 40-42°C'de 40-42°C'deki hücre kültürleri üzerine uygulanmıştır. Kırk-42°C'de 40-42°C'deki hücre kültürleri üzerine uygulan MC'nin 1 saat boyunca 40-42°C'de kalması sağlanmıştır. (Synergo Etkisi (SE))

**BULGULAR:** TCCSUP hücre kültüründe yaşayan hücre miktarı sıcaklık artması ile azalmıştır. ( $p<0.001$ ). T24 hücre kültüründe yaşayan hücre miktarı sıcaklık artması ile azalmıştır. ( $p<0.001$ ). UMUC-3 hücre kültüründe hücre miktarındaki azalış 36.8°C, 40-42°C ve SE'de belirgindir ( $p=0.021$ ,  $p=0.027$ ,  $p<0.001$ ). RT4 hücre kültüründe 36.8°C ve SE'de belirgindir ( $p<0.01$ ,  $p<0.001$ ).

Tüm hücre kültürlerinde en az yaşayan hücre SE'de gözlenmiştir. Ancak SE'de kontrol grubunda da aynı şekilde hücre azalması gözlenmiştir ( $p>0.05$ ).

**ÇIKARIMLAR:** MC'nin akut etkisi sıcaklık artması ve zaman ile artış göstermektedir. Ancak SE'de hem MC hem de kontrol grubunda benzer şekilde hücre azalması gözlenmiştir. Bu durumda MC değil sıcaklık etkisi mesane tümörü hücrelerinin ölümüne neden olmuştur.

# SERBEST BİLDİRİLER 4 (ÜROONKOLOJİ)

4 Kasım 2016 / Salon A / 15:15-16:15

Oturum Başkanları: Talha Müezzinoğlu, Ahmet Güdeloğlu



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-19

## ROBOT-YARDIMLI RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU: AÇIK CERRAHİ İLE BENZER ONKOLOJİK SONUÇLAR

Mahir B. Özgen,<sup>1,1</sup> Bora Özveren,<sup>2</sup> Niyazi Levent Türkeri<sup>2</sup>

1. Acibadem Kadıköy Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) ileri evre germ hücreli tümörlerde ve primer kemoterapi sonrası rezidü kitlenin eksizyonu

amacıyla yapılan ve ileri düzeyde deneyim gerektiren bir operasyondur. Standart açık RPLND'ye alternatif oluşturan, minimal invaziv bir yöntem olan robot-yardımlı RPLND serimizin sonuçlarını değerlendirdik. **YÖNTEM:** 2013-2016 yılları arasında kemoterapi öncesi klinik evresi IIA-III A arasında olan, ikisi primer ekstragonadal germ hücreli tümör ve altısı testis kaynaklı 8 hastaya robot-yardımlı RPLND yapıldı. Toplam 6 hastaya kemoterapi sonrası rezidü kitle nedeniyle 2 hastaya ise primer RPLND uygulandı. Klinik evresi II ve yukarı olan hastalara tümör markerları normal düzeye gelene kadar 3 veya 4 siklus BEP kemoterapisi verildi. Post operatif komplikasyonların değerlendirilmesi için Clavien-Dindo sınıflaması kullanıldı.

**Tablo 1:** Preoperatif, "template" ve pozisyonel özellikler

Olgu	Yaş	Testiküler patoloji	KE	Pre-op KTx	"Template"	Pozisyon
1	32	%40 embryonel, %60 yolk sac	IIIA	+	Sol	Lateral
2	30	*	IIA	+	Sol	Lateral
3	27	%60 embryonel, %40 matur teratom	IIB	+	Sol	Lateral
4	33	*	IIB	+	Sol	Lateral
5	21	%35 embryonel, %5 seminom, %60 matur teratom	IIC	-	Sağ	Lateral
6	20	%60 embryonel, %40 matur teratom	IIB	-	Sağ	Lateral
7	30	%60 embryonel, %35 seminom, %5 yolk sac teratoma "%40 embryonel, %18 koriokarsinom,	IIA	+	Sol	Lateral
8	24	%40 immatur teratom, %2 yolk sac	IIB	+	Sol	Lateral

\* Testiküler patoloji yok (Ekstragonadal Germ Hücreli Tm); KE: kemoterapi öncesi klinik evre; KTx: kemoterapi

**Tablo 2:** Perioperatif veriler, patoloji ve izlem sonuçları

Olgu	AS (dk)	ACG	TKK (ml)	YS (g)	Tümör hacmi* (cm)	Nod sayısı	Pozitif nod	Patoloji	İzlem (ay)	Onkoloji Sonuç
1	210	Hayır	50	2	10x7x4,5	13	9	Teratom	30	Hastalık bulgusu yok
2	210	Hayır	100	2	7x5x1,5	12	0	Nodüler fasiit	19	Hastalık bulgusu yok
3	180	Hayır	100	2	10x8x3,5	25	2	Teratom	31	Hastalık bulgusu yok
4	300	Hayır	100	3	16x11x6	20	5	Seminom	16	Postoperatif radyoterapi
5	300	Hayır	100	3	8x8x1,5	12	1	Seminom	14	Postoperatif kemoterapi (3xBEP)
6	180	Hayır	50	1	12x4,5x3	3	1	Embryonel	31	Postoperatif kemoterapi (3xBEP)
7	220	Hayır	100	3	13,5x7x2,6	13	1	Teratom	27	Hastalık bulgusu yok
8	220	Hayır	100	2	8x5x5	9	3	Teratom	3	Hastalık bulgusu yok

AS: Ameliyat süresi; ACG: Açık cerrahiye geçiş; TKK: tahmini kan kaybı; YS: Yatış süresi; \*: Patolojik spesimen



**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 27,1 yıl (20-33) idi. Patolojik incelemede ortalama lenf nodu sayısı 14 (3-25) olarak saptandı. Hiçbir hastada açık cerrahiye geçilmedi ve peroperatif komplikasyon yaşanmadı. Ortalama kan kaybı 87 ml (50-100); postoperatif süreçte Clavien-Dindo skoru ortalama değeri 1 olarak saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Robot yardımlı RPLND, deneyimli ellerde cerrahi ve onkolojik sonuçlar açısından son derece geçerli bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.

SS-20

## EVRE I TESTİS TÜMÖRLÜ HASTALARIN ONKOLOJİK SONUÇLARI

İsmail Selvi,<sup>1\*</sup> Okan Baş,<sup>2</sup> Halil Başar<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. S.B. Ankara Dışkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Testis kanseri, sıklıkla 15-35 yaş arası erkeklerde görülür ve tüm kanserlerin %1-1,5'ini oluşturmaktadır. Bu kanserlerin %90-95'ini germ hücreli tümörler (GHT) oluşturmaktadır. Çoğu hasta (%80-85) tanı anında evre I hastalığa sahiptir ve bu evrede 10 yıllık genel sağ kalım oranları % 95 üzerindedir. Bu çalışmada Evre I testis tümörlerinde uyguladığımız tedavi seçeneklerini ve onkolojik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ankara Onkoloji Hastanesi Üroloji Kliniğinde 2010-2016 yılları arasında testis tümörü ön tanısıyla inguinal orşiektomi uygulanan 77 hastanın verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Bu olgulardan 69' unda GHT bulunmuş olup çalışmaya Evre I GHT saptanan 32 hasta dahil edilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 32,26 (8-60 yaş) idi. Patoloji sonuçları 19 (% 54,9) hastada pür seminom, 7 (% 21,8) hastada nonseminom, 6 (%18,8) hastada ise miks GHT olarak raporlanmıştır. İki hastada ise (% 6,25) bilateral senkron evre I seminom saptanmıştır. Tümör yerleşimi 10 (% 31,2) hastada sol, 20 (% 62,5) hastada sağda iken, 2 (% 6,25) hastada ise bilateraldir. Ortalama tümör boyutu 4,48 (0,9-15,7) cm idi. Dokuz hasta izleme alınmış olup iki olgu düzenli takiplere gelmemiştir. İzleme alınan hastalardan sadece bir tanesinde 12. ayda nüks gözlenmiş ve 3 kür BEP (bleomisin+etoposid+sisplatin) tedavisi sonrası 12 aylık takipte nüks gözlenmemiştir. Diğer 6 hastada ise ortanca 24 ay (6-48 ay) izlemde nüks görülmemiştir.

Adjuvan radyoterapi (RT) ile tedavi edilen 12 seminom olgusunun birisi RT sonrası takipsiz kalırken, diğer 11 olguda 48 aylık (12-60 ay) ortanca takip süresi boyunca nüks saptanmamıştır. Adjuvan kemoterapi (KT) olarak 4 (%12,5) hastaya evre I seminom olduğu için tek doz karboplatin; nonseminom ve miks GHT olan 5 hastaya (%15,6) ise BEP protokolü uygulanmıştır. Tek doz karboplatin uygulanan hastalardan birinde bilateral seminom mevcut olup bu hastada 23. ayda nüks gelişmesi üzerine 4 kür BEP verilmiştir. BEP uygulanan 5 hastanın biri KT sonrası takipsiz kalırken, diğer 4 hastanın ortanca takip süresi 36 ay (2-60 ay) olup nüks izlenmemiştir. Hastaların ortalama hastaliksiz sağ kalım (HSK) süreleri 32,29 ay, genel sağ kalım (GSK) süreleri 32,73 ay olarak hesaplandı. Hastaların histopatoloji, adjuvan tedavi, HSK ve GSK sürelerine göre dağılımı tablo 1' de verilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Evre I GHT saptanan hastalarda tümörün histopatolojisine ve risk faktörlerine bağlı olarak postoperatif takip ve adjuvan tedavi seçenekleri

**Tablo 1:** Evre I GHT hastaların histopatoloji, adjuvan tedavi, hastaliksiz

	Seminom	Nonseminom	Miks	Toplam
<b>Hasta sayısı, n</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>32</b>
İzlem, n	3	2	4	9
Nüks (+)	-	1	-	1
Nüks (-)	2	1	3	6
Takipsiz	1		1	2
<b>RT, n</b>	<b>12</b>			<b>12</b>
Nüks (+)	-			-
Nüks (-)	11			11
Takipsiz	1			1
<b>Tek doz karboplatin, n</b>	<b>4</b>			<b>4</b>
Nüks (+)	1			1
Nüks (-)	3			3
Takipsiz	-			-
<b>BEP, n</b>		<b>4</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
Nüks (+)		-	-	-
Nüks (-)		4	-	4
Takipsiz		-	1	1
<b>Tedaviyi istemeyen, n</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>HSK (ay)-ortalama</b>	<b>34.94</b>	<b>26.27</b>	<b>36</b>	<b>32.29</b>
<b>GSK (ay)-ortalama</b>	<b>35.11</b>	<b>26.36</b>	<b>36</b>	<b>32.73</b>

Sağ kalım (HSK) ve genel sağ kalım (GSK) sürelerine göre dağılımı

değişmekle beraber, genel sağ kalım oranları oldukça yüksektir. Güncel kılavuzlarda da bu mükemmel sağ kalım oranlarına paralel olarak adjuvan tedavinin yan etkileri nedeniyle daha az toksisitesi olan seçenekler tercih edilmektedir. Evre I seminom olgularının adjuvan tedavisinde RT ise artık önerilmemektedir.

SS-21

## BİLATERAL SENKRON TESTİKÜLER GERM HÜCRELİ TÜMÖRLER: KLİNİK DENEYİMİMİZ

İsmail Selvi,<sup>1\*</sup> Ali İhsan Arık,<sup>1</sup> Mehmet Sinan Başay<sup>1</sup>

1.S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Testis kanseri tüm ürolojik kanserlerin %5'ini oluşturmaktadır. Bunların da %1-5'i bilateraldir. Primer bilateral testis kanseri %80-85 vakada metakron (ayrı zamanda), %15- 20 vakada ise senkron (eş zamanlı) olarak saptanmaktadır. Senkron olan testis kanseri vakalarında tümörler genellikle aynı histolojik tipte olmaktadır. Bu hastaların tedavisinde radikal inguinal orşiektomi altın standart yaklaşımdır. Ancak organ koruyucu cerrahi (parsiyel orşiektomi) son yıllarda

seçilmiş olgularda uygulanılabilmektedir. Kliniğimizde tedavi ettiğimiz bilateral senkron germ hücreli tümörlü dört hastanın onkolojik verilerini sunmayı amaçladık. **YÖNTEM:** 2013-2016 yılları arasında kliniğimize başvurmuş 4 bilateral senkron germ hücreli tümör olgusunu; tümör patolojisi, hastalık evresi, IGCCCG risk gruplarına göre dağılımı, postoperatif adjuvan tedaviler ve takip sürecinde gelişen durumlar açısından retrospektif olarak analiz ettik (Tablo).

**BULGULAR:** Ortalama tanı yaşı 34.8 olan 4 hastanın 3'ünde her iki tarafta da aynı patoloji (seminom) saptanırken, olguların sadece 1'inde farklı patoloji saptandı. Üç hasta evre 1, bir hasta (% 25) ise evre 3 olarak tanı almıştır. Evre 1 bilateral seminom olan iki olguya tek doz karboplatin verildi. Bu hastaların birinin düzenli kontrolleri yapılabildi, 36. ayda nüksüz olduğu görüldü. Kontrollerine devam etmeyen diğer hasta ise 23. ayda karında şişlik olması üzerine hastaneye başvurdu. Bu hastanın sol paraaortik 12.5 cm lik nüks saptanması üzerine 4 kür BEP uygulandı. KT sonrasında kitlesinde parsiyel regresyon olması nedeniyle kalan rezidüel kitleye RT yapıldı.

Evre 1S olan hastaya (seminom ve senkron nonseminom testis tümörü olan) 3 kür BEP uygulanırken, evre 3 bilateral seminom olan olguya 4 kür BEP uygulandı. Üç hastada iki tarafta da tümöre eşlik eden (intratübüler germ hücreli neoplazi) eşlik ederken, bir hastada ise tek tarafta ITGHN tümöre eşlik etmektedir. Ortalama 23 aylık takip süresinde

**Tablo 1:** Bilateral senkron testiküler germ hücreli tümörlü hastaların onkolojik verileri

Hasta no	Yaş	Sol taraf patoloji	Sol taraf evre	Sağ taraf patoloji	Sağ taraf evre	Postop tedavi	Takep süresi (ay)	Durum
1	27	seminom tümör çapı 3.7 cm LVİ-ITGHN+	T1N0M0S0 Evre 1A	seminom tümör çapı 4.3 cm LVİ+ ITGHN+	T2N0M0S0 Evre 1B	KT (tek doz karboplatin)	36	Nüks yok
2	45	seminom tümör çapı 4.5 cm LVİ-ITGHN-	T2N0M0S0 Evre 1B	seminom tümör çapı 2 cm LVİ- ITGHN+ rete testis invazyonu+	T1N0M0S0 Evre 1A	KT (tek doz karboplatin)	29	23. ayda sol paraaortik 125 mm LAP nüksü olunca, 4 kür BEP verildi -28. ayda LAP boyutu 26 mm e geriledi -29. ayda rezidüel kitleye RT verildi.
3	25	seminom tümör çapı 3 cm LVİ-ITGHN+ rete testis invazyonu+	Evre 1S	miks germ hücreli (%70 seminom + %30 teratom) tümör çapı 6.5 cm LVİ+ ITGHN+	T2N0M0S1 Evre 1S	KT (3 kür BEP)	23	Nüks yok
4	42	seminom tümör çapı 1.5 cm LVİ-ITGHN+	T1N3M1aS3 Evre 3C	seminom tümör çapı 5 cm LVİ- ITGHN+	T1N3M1aS3 Evre 3C	KT (4 kür BEP)	4	-Öyküsünde bilateral orşiopeksi hikayesi mevcut -Sağ inguinalde 120 mm LAP, -Sol inguinalde 34 mm LAP, -Sağ paraaortik ve interaortakaval alanda 71 mm LA

hastalığa bağlı ölüm saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Senkron bilateral testiküler germ hücreli tümörler nadir olarak rastlanmaktadır. Çoğu aynı histopatolojide olup genellikle de seminom'dur. Her ne kadar unilateral saptanan seminomlar daha iyi prognoz ve düşük evrede olsalar da bilateral olgular daha ileri evrede olabilmektedir. Ancak erken tanı ve doğru tedavi yaklaşımları ile yüksek sağ kalım oranları sağlanabilmektedir.

SS-22

## LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİDE 15 YILLIK DENEYİMLERİMİZ

Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup> Volkan İzol,<sup>1</sup> Gamze Akkuş,<sup>2</sup>  
İ. Önder Yılmaz,<sup>1</sup> Fesih Ok,<sup>1</sup> Şaban Doran,<sup>1</sup>  
M. Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Ürolojide laparoskopinin yerleşmeye başlamasıyla, bu yöntemin en çok avantaj sağladığı operasyonlardan birinin adrenalektomi olduğu görülmüştür. Bu posterde, kliniğimizin on beş yıllık laparoskopik adrenalektomi (LA) deneyimi sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Kliniğimize laparoskopik adrenalektomi uygulanan hastaların verileri, 2001 yılından başlamak üzere prospektif olarak Microsoft Excel® programı ile kaydedildi. Mart 2001 - Haziran 2016 tarihleri arasındaki olgular demografik özellikleri, klinik tabloları, adrenal kitle ve/veya adrenal bez anatomisi, operasyon endikasyonları, intraoperatif ve postoperatif parametreler açısından değerlendirildi.

### BULGULAR

LA uygulanan 61 hasta vardı. Hastaların 40'ı kadın 21'i erkek, ortalama yaş 45.3±16.3 yıl ve vücut kitle indeksi (VKİ) 27.86±5.4 idi. Olguların 5'inde (%9.8) hipertansiyon (%8.2), 10'unda (%16.3) yan ağrısı varken, 46'sında (%75.5) insidental kitle saptanmıştı. 41 (%67.2) hastada sağ, 19 (%31.2) hastada sol, 1 (%1.6) hastada ise bilateral adrenal patolojisi vardı. Tüm olgulara, transperitoneal yaklaşımla LA uygulandı. Operasyonlarda genellikle sol taraf için 3, sağ taraf için ise 4 port kullanıldı. Olguların 6'sı (%9.8) sekonderdi. 6 (%9.8) hastaya, adrenal fonksiyonlarını korumak amacıyla laparoskopik parsiyel adrenalektomi yapıldı. Ortalama operasyon süresi 113±40 dakikaydı ve 1 hasta dışında intraoperatif kan

transfüzyonu gerekmedi. Spesimen boyutu ortalama 68±51 mm idi. Clavien-Dindo skorlama sistemine göre 2 hastada grade 1, 2 hastada grade 2, 1 hastada grade 4 postoperatif komplikasyon gelişti. Analjezi parenteral 75 mg diklofenak sodyum ve/veya 1000 mg parasetamol ile sağlandı ve ortalama 1.19±0.43 adet kullanıldı. Ortalama yatış süresi 40±33 saattir.

**ÇIKARIMLAR:** LA, her iki tarafta adrenal bezlere yapılacak girişimler için mükemmel bir görüntüleme sağlayabilen, görecelik kısa bir öğrenme dönemi sonrası güvenle uygulanabilen bir yöntemdir. Laparoskopik yaklaşımın bilinen avantajları adrenalektomi için de geçerlidir. Bu nedenlerle LA, kliniğimizde küçük adrenal kitleler için standart yöntem haline gelmiştir.

SS-23

## LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ CERRAHİSİNDE OMÜ DENEYİMİ

Mehmet Özen,<sup>1</sup> Ender Özden,<sup>1</sup> Latif Mustafa Özbek,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkin Kamil Yakupoğlu<sup>1</sup>  
Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Kliniğimizde laparoskopik adrenalektomi uygulanan olguların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Aralık 2008 - Temmuz 2016 tarihleri arasında kliniğimizde toplam 81 olguya laparoskopik adrenalektomi uygulanmıştır. Olgular operasyon öncesi metabolik değerlendirilmeye alındı. 79 olguya transperitoneal yaklaşım uygulanırken sadece 2 olguya retroperitoneal yaklaşım tercih edildi.

**BULGULAR:** Aralık 2008- temmuz 2016 tarihleri arasında laparoskopik adrenalektomi yapılan yapılan 34 erkek ve 47 bayan toplam 81 olgu incelemeye alındı. Yaş ortalaması 49,7 (18-74) yıl olarak belirlendi. Tablo 1'de hastaların demografik ve operatif verileri verilmiştir. 31 olguda feokromasitoma, 15

**Tablo 1:** Hastaların demografik ve operatif verileri

Sayı	81
Ortalama yaş (yıl)	49,7 (18-74)
Cinsiyet (K/E)	47/34
Yön (sağ/sol)	35/46
Ameliyat süresi (dk)	63,6 ±28
Anestezi süresi (dk)	119,7±37,8
Hospitalizasyon (gün)	2,2 ±1,4
Ortalama takip süresi(ay)	36,3±17,1

olguda Cushing sendromu, 8 olguda Conn sendromu tespit edildi ve 43 olgu metabolik olarak aktif izlendi. Patolojik değerlendirmede ise 4 olguda adrenal kortikal karsinom, 13 olguda ise metastaz tespit edildi. İki olguda Major komplikasyon görüldü. Bu olguların bir tanesinde renal ven yaralanması izlenirken diğerinde perop diafram yaralanması mevcuttu. Her iki komplikasyon da ilk yirmi olgu esnasında izlendi

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik yöntem, adrenalektomi cerrahisinde güvenli ve etkin bir yöntemdir ve klinik tecrube ile birlikte güvenilirliği artmaktadır.

SS-24

## 5 CM VE DAHA BÜYÜK ADRENAL KİTLELERİN LAPAROSKOPİK CERRAHİ GÜVENLİ Mİ?

Kadir Ömür Günseren,<sup>1,1</sup> Onur Kaygısız,<sup>2</sup> Yakup Kordan,<sup>2</sup> İsmet Yavaşcaoğlu,<sup>2</sup> Hakan Vuruşkan<sup>2</sup>

1. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Bursa

2. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Laparoskopik adrenalektomi uygulanan 5 cm ve daha büyük adrenal kitlelerde postoperatif sonuçların 5cm'den küçük kitleler ile karşılaştırılması

**YÖNTEM:** Mart 2004 - Ağustos 2016 tarihleri arasında kliniğimizde tek taraflı laparoskopik transperitoneal adrenalektomi uygulanan 250 hasta çalışmaya alınarak veriler retrospektif olarak kaydedildi. Hastalar patolojik spesmen boyutuna göre iki gruba ayrıldı. Kitle boyutu 5cm ve daha büyük olanlar grup 1, 5 cm'den küçük olanlar grup 2'yi oluşturdu.

**BULGULAR:** Grup 1'de 77 hasta, Grup 2'de 173 hasta mevcuttu. Ortalama yaş 51.06±12.85 idi. Grup 1'de ortalama yaş grup 2'ye göre anlamlı düşük saptandı (tablo). Grup 1'deki ortalama boyut 55mm iken grup 2'de 30mm saptandı. Her iki grupta patolojik boyut ile görüntüleme boyut arasında korelasyon olduğu görüldü. Ortalama operasyon süresi, ve hastanede kalış süresi grup 1'de uzun olmakla birlikte anlamlı farklılık saptanmadı (tablo). Ortalama kanama miktarı her iki grupta benzer bulundu (tablo). Toplam 6 hastada adrenokortikal karsinom (ACC) mevcuttu. Gruplar arasında patolojik sonuçlar benzer bulundu (tablo). Grup 1'deki bir hastada kanama nedeniyle açık cerrahiye geçilmesi, ve grup 2'deki bir hastada distal pankreas yaralanması haricinde peroperatif majör komplikasyon saptanmadı. Gruplar arasında komplikasyonlar açısından fark bulunmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik yaklaşım 5cm'den büyük sürrenal kitlelerde de güvenle uygulanabilir. Sürrenal kitlelerin boyutunu preoperatif değerlendirmede görüntüleme yöntemleri yüksek korelasyon ile doğru bilgi vermektedir.

Tablo

		grup 1 (n:77)	grup 2 n:(173)	p
yaş		48,6 ± 12,8	52,15 ± 11,8	0.034
cinsiyet (kadın)		46 (%59.7)	106 (%61.3)	0.889
görüntüleme boyut (mm)		55 (17-108)	30 (8-53)	<0,001
patolojik boyut (mm)		55 (50-100)	30 (10-47)	<0,001
operasyon süresi (dk)		100 (45-360)	90 (20-210)	0.053
kanama miktarı (ml)		50 (10-500)	50 (5-300)	0.069
Patoloji	benign	65	146	0.093
	metastaz	7	24	
	malign	5 ACC:3 Malign FEO:1 Leomyosarkom:1	3 ACC:3	
hastanede kalış süresi (gün)		3 (1-38)	1 (1-10)	0.902

SP-31

## PLAZMAKİNETİK SİSTEMLE TUR-TM YAPILAN YÜZEYEL MESANE TÜMÖRLÜ HASTALARDA TÜMÖR ÇEVRESİNİN VAPORİZASYONU TÜMÖR NÜKSÜNÜ AZALTABİLİR Mİ? ÖN RAPOR

Yüksel Yılmaz,<sup>1</sup> Mehmet Cemal Kahya,<sup>2</sup>  
Nasuhi Engin Aydın,<sup>3</sup> Osman Köse,<sup>1</sup> Ertan Can,<sup>4</sup>  
Batuhan Ergani,<sup>4</sup> Ahmet Selçuk Dindar<sup>1</sup>

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir  
2. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, İzmir  
3. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir  
4. S.B. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Yüzeysel mesane tümörlerinde transüretal tümör rezeksiyonu sonrası plazmakinetik sistem ile tümör çevresinin ve şüpheli alanların vaporizasyonunun rekürrens üzerine etkisini araştırmak.

**YÖNTEM:** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bilimsel Araştırma Projesi kapsamında prospektif bir çalışma olarak planlandı. Ocak 2014 ile Haziran 2016 tarihleri arasında primer yüzeysel mesane tümörü olan 97 hasta, plazmakinetik sistemle TUR (Grup 1) ve monopolar sistemle TUR (Grup 2) yapılanlar olarak randomize edilerek çalışmaya alındı. Çalışmaya alınma kriterleri: 1-En fazla 3 odaklı ve 3 cm den küçük çaplı primer yüzeysel mesane tümörleri, 2- Rezeksiyondan sonra 2 yıl düzenli izleme katılan hastalar, 3-Post-op tek doz intrakaviter kemoterapiye (her hastaya yapıldı) ek tedavi yapılma kriterleri ve uygulamaları her iki grup için aynı olmalı. Mesane tümör alanları mesane şablonunda haritalandı. Vaporizasyon işlemi; loop'un vaporize edilecek alana çok yakına getirilerek mukoza üzerinde kabarma-dalgalanma yapacak bir enerji birikimi olacak süre için plazmakinetik sistemin kesme (cutting) seçeneğine basılmasıyla yapıldı (Resim 1 ve video 1). Ayrıca şüpheli alanlar da vaporize edildi.

**BULGULAR:** Çalışma kriterlerine uyan ve düzenli takibe gelen 97 hasta değerlendirmeye alındı. Grup 1 de 45 hastadan 5'inde (%11.1), Grup 2'de 52 hastadan 11'inde (%21.1) nüks saptandı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamsızdı (p=0.184). Grup 1 'deki 5 hastanın 2'sinin nüksü eski rezeksiyon yeri yakınında olurken (2 cm lik alan içinde), Grup 2'deki 9 hastanın nüksü eski rezeksiyon alanı yakınında idi (p=0.051). Görüldüğü gibi istatistiksel anlamlılığa çok yakın bir değer ortaya çıkmıştır. Hasta yaş ve cinsiyeti, tümör odak sayısı, ek tedavi uygulanma oranı ve çeşitliliği (Grup 1 de 20 hastaya, Grup 2 de

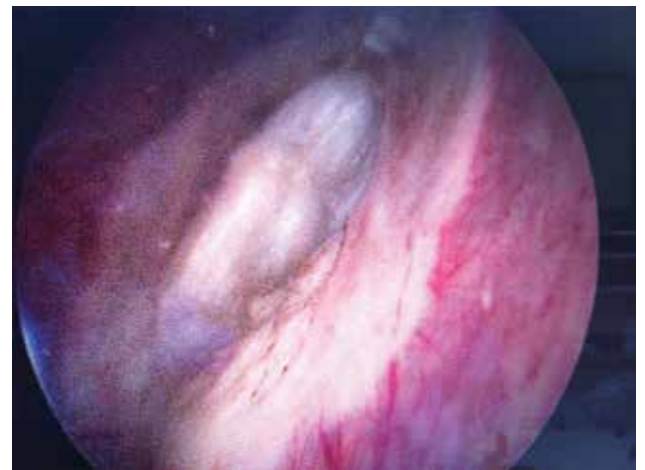
22 hastaya ek tedavi uygulanmıştır), sigara kullanım oranı (% ve paket/yıl olarak), re-TUR oranı ve re-TUR da tümör rastlama oranı (grup 1 de 3 olguda, grup 2 de

**Tablo 1:** Her iki grup hastaların demografik özellikleri

	Bipolar	Monopolar	p değeri	
Hasta Sayısı	45	52		
Yaş (yıl+SD)	62,7±10,4	65,9±10,8	0.15	
Cinsiyet	Kadın	7	8	0.981
	Erkek	38	44	
Sigara Kullanımı	40	45	0.726	
Sigara paket / yıl	47,7±22,3	45,3±24,5	0.51	
Komorbidite varlığı	29	28	0.29	

**Tablo 2:** Operatif ve postoperatif veriler

	Bipolar	Monopolar	p değeri	
Hasta Sayısı	45	52		
Tümör Odağı	Tek	31	38	0.65
	Multiple	14	14	
T evresi	Ta	27	30	0.818
	T1	18	22	
Grade	Düşük	28	31	0.793
	Yüksek	17	21	
Re-TUR uygulanan	15	19	0.583	
Re-TUR patoloji	Tm yok	13	12	0.267
	Ta	2	1	
	T1	1	4	
	Cis	0	2	
Tek doz Epirubisin	24	20	0.166	
Mitomisin -C ( 6 hf)	7	7	0.831	
BCG 6hf±idame	13	15	0.906	
Takip süresi (ay)	11,0±7,2	13,7±7,0	0.7	
Rekürrens	5	11	0.184	
2cm ve daha yakın	2	9	0.051	
2 cm'den uzak	3	2	1	



7 olguda), T evresi ve tümör grade'i bakımından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı.

**ÇIKARIMLAR:** TUR-Plazma kinetik sistem ile rezeksiyon çevresinin vaporizasyonu etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Rekürrens azaltılması üzerine olan etkisi, sadece rezeksiyon yapılan standart TUR yöntemine göre daha iyi bulunmuştur, istatistiksel anlamlılığa çok yakın değerdedir ( $p=0.051$ ). Çalışmada en az iki yıllık izlem kriteri bakımından, son kabul edilen hastalar için süre 2017 Haziranında dolacaktır. Bu tarihte daha doğru oranlar verilebilecektir.

SP-32

## LOKALİZE RENAL HÜCRELİ KANSER NEDENİYLE NEFREKTOMİ YAPILAN OLGULARDA AMELİYAT ÖNCESİ BAKILAN NÖTROFİL-LENFOSİT ORANININ UZAK METASTAZ VE HASTALIĞA ÖZGÜ SAĞ KALIM ÜZERİNE ETKİSİ

Nurullah Hamidi,<sup>1</sup> Evren Süer,<sup>2</sup> Uygur Bağcı,<sup>2</sup> Mehmet İlker Gökçe,<sup>2</sup> Ömer Gülpınar,<sup>2</sup> Çağatay Mehmet Göğüş,<sup>2</sup> Abdulkadir Türkölmez,<sup>2</sup> Sümer Baltacı,<sup>2</sup> Yaşar Bedük<sup>2</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Son yıllarda hemogram parametrelerinin kanser hastalarında sağ kalımı kötü yönde etkilediğini gösteren birçok çalışma yayınlanmıştır. Bu çalışmada nefrektomi öncesi bakılan Nötrofil-Lenfosit Oranının(NLO) nefrektomi sonrası metastaz ve hastalığa özgü sağ kalım(HÖS) üzerine ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Ocak 1995 - Aralık 2014 tarihleri arasında lokalize Renal Hücreli Kanser (RHK) ön tanısı ile radikal veya parsiyel nefrektomi yapılan ve patolojisi RHK gelen 780 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalardan demografik, patolojik evre, histolojik tip, tümör derecesi gibi verilerinin yanında nefrektomiden 14 gün önce bakılan serum beyaz küre, platelet sayısı, nötrofil, lenfosit sayısı ve NLO oranları kaydedildi. Çalışmadaki birincil amaç NLO'nun uzak metastaz gelişimi ve HÖS ile ilişkisinin incelenmesi idi.

**BULGULAR:** Tüm hastalarda ortalama yaş 58,4±12 idi. Ortanca 44 aylık takip süresi boyunca 210 (%26,9)

hastada uzak metastaz gelişirken 132 (%16,9) hastada hastalık nedeniyle ölüm gerçekleşmiştir. Yüksek NLO'nun ( $NLO \geq 3,7$ ) yüksek fuhrmann tümör derecesi, ileri tümör evresinin metastaz gelişimi ve hastalığa bağlı ölüm ile ilişkili olduğu saptandı (Tüm karşılaştırmalar için  $p < 0,001$ ). Çok değişkenli analizde Fuhrmann tümör derecesinin 3-4 olması, patolojik evrenin 3-4 olması ve NLO'nun 3,7 ve üzeri olması metastaz gelişimini öngören bağımsız prediktif faktör olduğu saptandı. HÖS açısından ise patolojik evrenin 3-4 olması ve NLO'nun 3,7 ve üzeri olmasının bağımsız prediktif faktör olduğu saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Yüksek NLO, metastaz gelişim riski ve HÖS ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak çalışmamızın sonuçlarını destekleyen çok merkezli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

**Tablo 1:** Hastaların demografik, patolojik ve klinik verileri

Parametreler	Genel(n=780)
Yaş, ortalama±std (min-maks)	58,4±12(25-88)
<b>Cinsiyet, n(%)</b>	
Kadın	278(35.7)
Erkek	502(64.3)
<b>Histolojik tip, n(%)</b>	
Şeffaf hücreli	598(76.6)
Papiller	133(17.1)
Kromofob	38(4.8)
Diğer	14(1.5)
<b>Fuhrmann derece</b>	
1-2	431(55.3)
3-4	349(44.7)
<b>Patolojik evre</b>	
pT1	507(65)
pT2	198(25.4)
pT3-4	75(9.6)
<b>Serum beyaz küre sayısı, ortalama±std (min-maks)</b>	<b>8100±2300 (2200-24200)</b>
<b>Serum platelet sayısı, ortalama±std (min-maks)</b>	<b>264820±94600 (35000-880000)</b>
<b>Serum nötrofil sayısı, ortalama±std (min-maks)</b>	<b>5280±1950 (1300-21700)</b>
<b>Serum lenfosit sayısı, ortalama±std (min-maks)</b>	<b>1970±720 (500-4800)</b>
<b>Serum NLO, ortalama±std (min-maks)</b>	<b>2,97±1,9 (0,3-14)</b>
<b>Metastaz gelişim oranı, n(%)</b>	<b>210(26.9)</b>
<b>Hastalığa özgü sağ kalım oranı,%</b>	<b>83.1</b>

NLO, Nötrofil-Lenfosit oranı

**Tablo 2:** Her iki grubun demografik ve patolojik verileri ile metastaz gelişim ve HÖS oranlarının karşılaştırılması

Parametreler	NLO<3,7 (n=466)	NLO≥3,7 (n=314)	p değeri
Yaş, ortalama±std	56,5±14	59,4±9	0.71
(min-maks)	(38-74)	(25-88)	
Cinsiyet, kadın(%)	158(33.9)	120(38.2)	0.32
<b>Histolojik alt tip, n(%)</b>			
Şeffaf hücreli	359(77)	239(75.6)	0.46
Papiller	79(17)	54(17)	
Kromofob	21(4.5)	17(5.2)	
Diğer	7(1.5)	7(2.2)	
<b>Fuhrmann derece</b>			
1-2	295(63.3)	136(43.3)	<0.001
3-4	171(36.7)	178(56.7)	
<b>Patolojik evre</b>			
pT1-2	438(92.2)	267(85)	<0.001
pT3-4	28(7.8)	47(15)	
<b>Metastaz gelişimi, n(%)</b>	<b>83(17.8)</b>	<b>127(40.4)</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Hastalığa özgü sağ kalım oranı</b>	<b>418(89.6)</b>	<b>230(73.2)</b>	<b>&lt;0.001</b>

**Tablo 3:** Metastaz gelişim ve Hastalığa özgü sağ kalımı öngören faktörler

	Metastaz gelişimi			Hastalığa özgü sağ kalım		
	HR	%95 CI	p değeri	HR	%95 CI	p değeri
İleri yaş(>70)	1	0.84-1.24	0.48	1-Feb	0.806-1.164	0.14
Kadın cinsiyet	1-Jan	0.948-1.702	0.3	1-Dec	0.914-1.254	0.2
Fuhrmann tümör derecesinin 3-4 olması	1-Apr	1.262-1.786	0.03	1-Mar	1.108-1.656	0.02
Patolojik evrenin 3-4 olması	2-Jan	1.489-3.254	0.001	2-Mar	1.384-3.804	0.001
NLO≥3,7	1-Aug	1.054-4.792	0.006	2-Jan	1086-3.432	<0.001

SP-33

## LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİDE İKİ FARKLI SÜTÜR TEKNİĞİNİN RETROSPEKTİF KARŞILAŞTIRILMASI

Onur Kaygısız,<sup>1\*</sup> Sinan Çelen,<sup>2</sup> Berna Vuruşkan,<sup>3</sup> Hakan Vuruşkan<sup>1</sup>

1. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa  
2. S.B. Sandıklı Devlet Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Afyon  
3. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Laparoskopik Parsiyel nefrektomilerde (LPN) sıcak iskemii süresinin erken postoperatif dönemde böbrek fonksiyon kaybında önemli bir role sahiptir.

Sıcak iskemii süresinin en az olduğu LPN tekniğinin tanımlanması günümüzde önem kazanmıştır. Kitle çıkarıldıktan sonra tek tek damarların bağlandığı klasik renorafik tekniği yerine devamlı suture ile damar bölgesinin bağlanması laparoskopik cerrahide suture süresini ve buna bağlı sıcak iskemii süresini azaltacaktır. Çalışmada amacımız, Laparoskopik Parsiyel Nefrektomide bu iki tekniğin etkinlik ve güvenliğini retrospektif olarak karşılaştırmaktır.

**YÖNTEM:** Aralık 2011 ile Ekim 2015 yılları arasında deneyimli olan tek bir cerrah tarafından laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulanan ardışık 70 hastanın medikal verileri retrospektif olarak değerlendirildi. 6 aylık takibi olmayan ve daha önce aynı böbrekten ameliyat hikayesi olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Grup 1'de Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi sırasında, poliglekapron suture materyali kullanılarak

Tablo

	Group 1 (n=31)	Group 2 (n=31)	P
Yaş	59 (38- 80)	53 (32-78)	0.123
Cinsiyet (Kadın)	13	9	0.426
Vücut Kitle indeksi	27.12 (22-47)	27.21 (17-47)	0.833
Kitle çapı (cm)	4 (2-8)	3 (2-5)	0.006
PADUA skoru	7 (6- 9)	6 (6-8)	0.03
Sıcak iskemi süresi	13 (6-26)	21 (13-42)	<0.001
Cerrahi sınır pozitifliği	1 (3.2%)	2 (6.5%)	0.612
Ameliyat süresi (dakika)	120 (60/210)	120 (60/210)	0.656
Tahmini kan kaybı (ml)	50 (30-450)	85 (30-300)	0.010
1. gün Hemotokrit değişimi	-1.7 (-4.6/ 0.2)	-1,6 (-5.2/0.10)	0.330
2. gün Kreatin değişimi	0 (-0.6/0)	-0.1 (-0.7/ 0.1)	0.877
6. ay Kreatin değişimi	0 (-0.2/0.1)	0 (-0.9 / 0.3)	0.719
Tahmini GFH değişimi 6. ay (mL/min/1.73 m2)	0 (-4/8)	0 (-20/39)	0.680
SATAVA	4 (%12.9)	5 (%16.1)	0.744
	3 (%9.7)	3 (%9.7)	
	1 (3.2%)	0	
Trifekta oranı	%80.6	71%	0.554
Komplikasyon Clavien	6 (%19.4)	5 (%16.1)	0.809
	1 (%3.2)	2 (%6.5)	
Hastanede kalış (gün)	2 (2-6)	3 (2-7)	0.008

yapılan devamlı (running) sütür renorafi uygulananlar ile Vicryl ile geleneksel aralıklı bağlama sütür renorafi uygulanan hastalar karşılaştırmalı olarak değerlendirildi. Trifekta komplikasyon gelişmeden, böbrek sıcak iskemi süresinin 25 dakikanın altında olması ve negatif cerrahi sınır sağlanması olarak tanımlandı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 57.8± 19.5 idi. Hasta demografik özellikleri ve kitle patolojik subtipi ve boyutu açısından gruplar arasında fark yoktu (tablo). Grup 1'deki kitlelerin PADUA skoru grup 2'ye göre anlamlı yüksekti (tablo). Sıcak iskemi süresi, tahmini kanama miktarı, hastanede kalış süresi grup 1'de daha az iken, ameliyat süresi, komplikasyon oranı iki grup arasında benzerdi (tablo). Kan kreatinin değişimi ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı (GFH) değişimi akut dönemde ve 6. Ayda benzerdi (tablo). Trifekta oranları iki grup arasında benzerdi (tablo).

**ÇIKARIMLAR:** Devamlı sütür ile renorafi tekniği daha kısa sıcak iskemi süresi, daha az kan kaybı ve daha kısa hastanede kalış ve benzer komplikasyon oranıyla geleneksel aralıklı sütür tekniğine tercih edilmelidir.

SP-34

## SON BİR YIL İÇİNDE GERÇEKLEŞTİRDİĞİMİZ ACİL NEFREKTOMİLERİMİZDEKİ MALİGN PATOLOJİ SONUÇLARIMIZ: 3 VAKA IŞIĞINDA

Ömer Yüksel,<sup>1</sup> Mehmet Remzi Erdem,<sup>1</sup> Feridun Şengör,<sup>2</sup>  
Ömer Ergin Yücebaş,<sup>2</sup> Ahmet Rüknettin Aslan,<sup>2</sup>  
Çağatay Tosun,<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul  
2. DİĞER, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Nadir bir durum olarak karşımıza çıkan Wunderlich sendromu, spontan olarak travma yaşamadan gerçekleşen, perirenal veya subkapsüler hematoma oluşması durumudur. Kitle, ağrı ve hipovolemik şok tablosu ile prezente olur. Çoğunlukla malignitelere sekonder gelişir. Non-travmatik renal hematoma nedeniyle acil nefrektomi yaptığımız 3 hastamızı sunacağız.

**YÖNTEM:** Vaka 1: 47 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve halsizlik şikayeti ile acile başvurdu. Bilgisayarlı BT'sinde sol böbreği çevreleyen en geniş yerinde 6 cm hematoma izlendi. İlk hemotokrit değeri 34 olan hastanın değerleri tedrici olarak 23'e kadar geriledi. TA: 70/40, nabız: 145 olması ve hastada bilinç bulanıklığı görülmesi üzerine acilen operasyona alındı ve acil sol nefrektomi yapıldı. Nefrektomi esnasında göle görülen bir kitle lezyon tesbit edemedi.

Vaka 2: 40 yaşında erkek hasta bilinen hiçbir travma öyküsü olmamasına rağmen acile halsizlik ve idrarda kanama şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrek orta alt poldenorta çıkan kitle-hematoma ayrımı net olarak yapılamayan 15-12-9 cm bir lezyon tesbit edildi. Vitallerinin instabil olması üzerine acil operasyona alındı.

Vaka 3: 34 yaşında bayan hasta kronik anemi, baş ağrısı ve karın ağrısı şikayeti ile acile başvurdu. Hastanın tansiyonları çoklu antihipertansif kullanımına rağmen 220/120 seviyesinin altına düşürülemedi. Ara ara ataklar halinde daha da yüksek değerler ölçüldü. Bilgisayarlı tomografisinde sol böbrek etrafında ise 93x71 mm boyutunda hematoma görüldü. Hastanın hemotokrit değeri 23 olmasına rağmen tansiyonları yüksek seyretmekte ve bilinci bulanık olması üzerine acil operasyona alındı.

**BULGULAR:** Yapılan patolojik incelemede 1. Vakanın patolojisi berrak hücreli RCC fuhrmann grade 2, tümör boyutu 1,5 cm olarak rapor edildi. 2. Vaka işi hücreli mezenkimal tümör olarak tesbit



edildi, detaylı immunhistokimyasal incelemede sinoviyal sarkom, monofazik fibröz tip ile uyumlu olduğu görüldü. Hastanın renal kapsül invazyonu, perirenal yağ dokusu invazyonu ve pelvikalisyel sistem invazyonu görüldü. 3. Vakamızda tesbit edilen tümör histolojik tipi Feokromositoma olup, büyük çaplı bir vende tümör invazyonu görüldü. Bu nedenle hastaya metastaz taraması yapıldı. Başka bir odak saptanamadı.

**ÇIKARIMLAR:** Son bir yıl içerisinde karşılaştığımız bu 3 non-travmatik renal hematoma vakası, böyle durumlarda malignite ihtimalinin oldukça sık olduğunu hatırlattı ve cerrahi yaklaşımlarımızı bu yönde planlamamızın hasta prognozu açısından yararlı olacağını düşündürdü.

SP-35

## OBEZİTENİN LAPAROSKOPIK RADİKAL RENAL CERRAHİ ÜZERİNE ETKİSİ

Volkan İzol,<sup>1</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup> Nebil Akdoğan,<sup>1,1</sup> Fesih Ok,<sup>1</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>1</sup> Nihat Satar,<sup>1</sup> Şaban Doran,<sup>1</sup> M. Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Gelişmiş ülkelerde obezitenin artmasıyla birlikte obez hastalara uygulanan laparoskopik cerrahi girişimlerin sıklığı giderek artmaktadır. Kliniğimizde renal kitle tanısı konulan obez ve normal kilolu hastalara uyguladığımız laparoskopik radikal nefrektomi (LRN) ve nefroüretrektomi (LRNÜ) deneyimlerimiz değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** 2011-2016 yılları arasında kliniğimizde böbrek veya üst üriner sistem (ÜÜS) tümörü nedeniyle LRN veya LRNÜ yapılan 86 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 30'unun vücut kitle indeksi (VKİ) 30 kilogram/metrekaresinin üzerinde, 56'sının ise 30'un altındaydı. İki grubun operasyon süresi, operasyon sırasındaki kanama miktarı, bağırsak motilitesi başlama süresi (BMBS), hastanede yatış süresi, komplikasyonlar ve maliyetleri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya 60'ı erkek, 26'sı kadın 86 hasta dahil edildi. Hastaların bulguları tablo 1'de gösterilmiştir. İki grup arasında yalnızca peroperatif kanama miktarı obez hastalar aleyhine yüksek bulunmuş olup, bu farkın nedeninin, eğitim sürecini tamamlamamış cerrahların yaptığı, az sayıda kanamalı operasyon olduğu görülmüştür.

**ÇIKARIMLAR:** LRN ve LRNÜ, eğitim aşamasını

	VKİ>30	VKİ<30	P değeri
Yaş	59,7±12,6(33-82)	59,2±13(19-83)	
VKİ	33,6±3,5	26±2,5	
Operasyon süresi(saat)	208±91,2(130-540)	173±47,2(65-300)	0,147
Peroperatif kanama miktarı(ml)	390±386(50-1500)	225±283(50-2000)	0,019
Bağırsak motilitesi(saat)	16,8±6(8-30)	18,1±5,9(8-36)	
Hastanede yatış süresi(saat)	92±108(26-624)	95±116(30-672)	0,813
Maliyet(TL)	3810±2100(1610-8800)	3427±2241(964-12480)	0,237
Postoperatif Komplikasyon	Clavien(1-2)	0(%0)	0(%0)
	Clavien(3)	2(%100)	2(%100)

tamamlamış cerrahlar tarafından obez hastalarda da güvenle uygulanabilir. Eğitim sürecini tamamlamamış ürologların hasta seçiminde VKİ'yi göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

SP-36

## TESTİKÜLER KİTLE VE İNTRATESTİKÜLER EPİDERMOİD KİSTLERİN İLİŞKİSİ: RETROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

Bahadır Topuz,<sup>1,1</sup> Emrah Coğuplugil,<sup>2</sup> Sercan Yılmaz,<sup>1</sup> Sami Uğuz,<sup>1</sup> Murat Zor,<sup>2</sup> Engin Kaya,<sup>1</sup> Bilal Fırat Alp,<sup>2</sup> İbrahim Yıldırım<sup>3</sup>

1. GATA, Üroloji, Ankara

2. GATA, Üroloji, Ankara

3. GATA, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Testiküler epidermoid kistler nadir görülen benign lezyonlardır ve genelde genç erkekleri etkiler. Tüm testiküler tümörlerin yaklaşık %1-2'sini oluşturur. Genelde testiste palpabl ve ağrısız kitle vardır. Tümör markırları normal aralıkta saptanır. USG'de kitle etraf testis parankiminden iyi sınırlarla ayrılır. Bu retrospektif çalışmadaki amacımız testiküler epidermoid kistlerin karakteristiklerini ortaya koymaktır.

**YÖNTEM:** 1995 ve 2016 yılları arasında kliniğimizde testiküler kitle nedeniyle parsiyel veya radikal orşiektomi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Toplam 16 hastanın patolojik tanısı testiküler epidermoid kist olarak saptandı. Bu 16 hastadan 3 tanesinin patolojik tanı dışında verilerine ulaşılamadı. Literatür incelendiğinde bu tanı ile daha fazla hasta sayısı ile planlanan çalışma olmadığı görüldü.

**BULGULAR:** Ortalama hasta yaşı 22,9 (20-29) olarak saptandı. Toplam 13 hastanın 9 tanesinin testiküler kitlesi sağ tarafta, 4 tanesinin sol tarafta olduğu belirlendi. Bütün hastaların tümör markırları (AFP, B-HCG ve LDH) normal aralıkta saptandı. Sadece

Tablo

Hasta	Orşiektomi yılı	Yaş (yıl)	Tümör tarafı	Testis lokalizasyonu	Tümör markırları	Kitle boyutu (mm)	Kitle lokalizasyonu	Orşiektomi şekli
1	2002	20	Sağ	Skrotal	Normal	26x24	Orta pol	Radikal
2	2004	23	Sol	Skrotal	Normal	18x17	Orta pol	Radikal
3	2004	21	Sağ	İnguinal	Normal	16x10	Orta pol	Radikal
4	2004	21	Sağ	Skrotal	Normal	20x20	Üst pol	Radikal
5	2009	21	Sağ	Skrotal	Normal	22x20	Orta pol	Parsiyel
6	2009	21	Sol	Skrotal	Normal	13x11	Orta pol	Parsiyel
7	2009	21	Sağ	Skrotal	Normal	18x17	Üst pol	Parsiyel
8	2011	26	Sağ	Skrotal	Normal	19x13	Alt pol	Parsiyel
9	2011	29	Sağ	Skrotal	Normal	20x15	Üst pol	Parsiyel
10	2011	25	Sol	Skrotal	Normal	24x22	Alt pol	Parsiyel
11	2012	25	Sağ	Skrotal	Normal	18x12	Alt pol	Parsiyel
12	2015	21	Sol	Skrotal	Normal	17x14	Alt pol	Parsiyel
13	2016	24	Sağ	Skrotal	Normal	12x11	Orta pol	Parsiyel

1 hastanın testisi sağ inguinal kanal yerleşimli idi. Ortalama tümör boyutu 18.6x15.8 mm saptandı. Testiküler kitleler en sık testis orta polünde gözlemlendi. Toplam 13 hastanın 4 tanesinde cerrahi yaklaşım olarak radikal orşiektomi yapıldığı belirlendi (Tablo 1). **ÇIKARIMLAR:** Çalışma verilerimiz değerlendirildiğinde frozen incelemenin gelişmesiyle birlikte yıllar ilerledikçe cerrahi yaklaşımın parsiyel orşiektomi yönünde olduğu net görülmektedir. Testis kitlelerine yaklaşımda epidermoid kistlerde göz önünde bulundurulmalı ve gerekli durumlarda frozen inceleme yapılmalıdır. Bu sayede gereksiz testis kaybı önlenmiş olur.

yansımalarının değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde 2004 ile 2016 yılları arasında yaşa göre PSA değeri normalden yüksek olan ve prostat biyopsisi yapılan 1,062 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Rektal muayenede bulgusu olan veya 5-alfa redüktaz inhibitörü kullanan hastalar çalışma dışında tutuldu. Bu olgulardan, kontrol PSA değeri olan veya biyopsi öncesi ve sonrasında s/t PSA oranı elde edilmiş toplam 303 hasta çalışmaya dahil edildi. Toplam 214 hastaya ortanca 4 hafta (2-8 hafta) süren antibiyotik tedavisi sonrasında, kalan 89

**Tablo 1:** Antibiyotik verilen ve verilmeyen olgularda tPSA ve s/tPSA değişimlerine göre histopatolojik sonuçlar (sınır değer %5 olarak alındığında).

Patoloji				
Antibiyotik		Prostat kanseri	Benign	p
tPSA Değişimi				
Kullanıldı	Azalmış	7	9	0.614
	Değişim yok	3	12	0.112
	Artmış	24	34	0.399
	Azalmış	24	59	0.407
Kullanılmadı	Değişim yok	13	22	0.498
	Artmış	32	64	0.758
	s/tPSA Değişimi			
Kullanıldı	Azalmış	30	37	0.004
	Değişim yok	3	10	0.549
	Artmış	16	55	0.014
	Azalmış	6	13	0.633
Kullanılmadı	Değişim yok	1	2	1,000
	Artmış	5	16	0.558

SP-37

## YÜKSEK PSA BULGUSU SONRASINDA ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ VERİLEN VE VERİLMİYEN HASTALARDA PSA VE SERBEST PSA ORANI DEĞİŞİMLERİNİN PROSTAT BİYOPSİ SONUÇLARIYLA İLİŞKİSİ

Berkan Duran,<sup>1</sup> Ayhan Dirim,<sup>1</sup> Eray Hasırcı,<sup>2</sup> Enis Kervancıoğlu,<sup>2</sup> Hakan Özkardeş,<sup>2</sup>

1) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

2) Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Antibiyotik kullanılıp kullanılmamasının total PSA düzeyi ve serbest/total (s/t) PSA oranına etkisi ve bu değişimlerin prostat biyopsi sonuçlarına olan

**Tablo 2:** Antibiyotik verilen ve verilmeyen olgularda tPSA ve s/tPSA değişimlerine göre histopatolojik sonuçlar (sınır değeri %10 olarak alındığında)

Patoloji				
Antibiyotik	tPSA Değişimi	Prostat kanseri	Benign	p
Kullanıldı	Azalmış	18	45	0.458
	Değişim yok	26	49	0.577
	Artmış	25	51	0.880
	Azalmış	4	7	1,000
Kullanılmadı	Değişim yok	10	21	0.399
	Artmış	20	27	0.372
	s/tPSA Değişimi			
Kullanıldı	Azalmış	25	31	0.014
	Değişim yok	12	27	0.795
	Artmış	12	44	0.026
	Azalmış	5	12	1,000
Kullanılmadı	Değişim yok	2	8	0.698
	Artmış	5	11	0.737

**Tablo 3:** Tüm olguların s/t PSA oran değişimlerine göre değerlendirilmesi.

Patoloji			
	Prostat kanseri	Benign	p
s/tPSA değişimi (sınır %5)			
Azalmış	36	50	0.005
Değişim yok	4	12	0.562
Artmış	21	71	0.014
s/tPSA değişimi (sınır %10)			
Azalmış	43	0.025	
Değişim yok	14	35	0.616
Artmış	17	55	0.071

olguya antibiyotik verilmeksizin ortalama 1 ay sonraki kontrol PSA düzeylerindeki yükseklik nedeniyle biyopsi yapılmıştı. Her iki grupta da PSA ve s/t PSA oran değişimleri için %5 ve %10 sınır (cut off) değerler alınarak karşılaştırmalar yapıldı.

**BULGULAR:** Hastaların ortanca yaşı 63 yıl (45-86) idi. Antibiyotik verilen grupta istatistiksel olarak anlamlı PSA düşüşü izlenmedi ( $p > 0.05$ ). Antibiyotik verilen ve verilmeyen gruplarda %5 ve %10 sınır değerlerine göre total PSA ve s/t PSA oran değişimleri ile patoloji sonuçları Tablo 1 ve Tablo 2'de özetlenmiştir. Yine her iki grup s/t PSA oran değişimlerine göre birlikte değerlendirildiğinde elde edilen sonuçlar Tablo 3'de verilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Rektal muayenesi normal, yaşa göre

yüksek PSA değeri olan hastalarda önce antibiyotik verilerek ya da herhangi bir ilaç verilmeksizin makul bir süre sonra kontrol PSA değerine bakılarak prostat biyopsisine karar vermek sıklıkla başvurulan durumlardır. Biyopsi kararı verilmesinde s/t PSA oran değişimlerinin, özellikle antibiyotik kullanan olgularda total PSA'dan daha fazla yol gösterici olabileceği anlaşılmaktadır.

SP-38

## DÜŞÜK RİSKLİ PROSTAT KANSERİ NEDENİYLE AKTİF İZLEME ALINAN HASTALARDA ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE EREKTİL DİSFONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Göksel Bayar,<sup>1</sup> Muhammet Fatih Kılıncı,<sup>2</sup>

Hüseyin Acinikli<sup>3</sup>

1. İdil Devlet Hastanesi, Üroloji, Şırnak

2. S.B. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

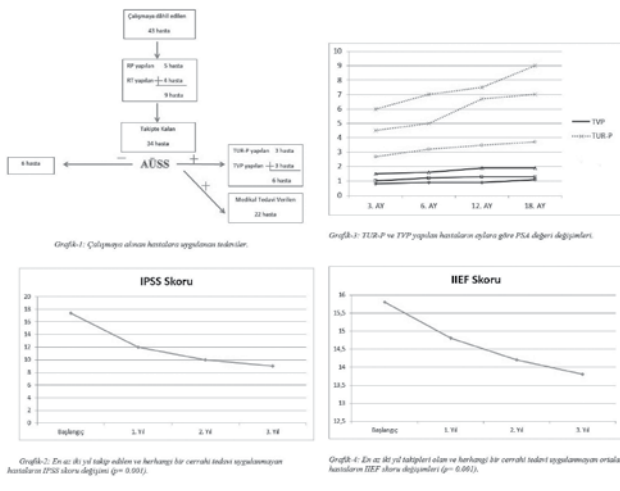
**AMAÇ:** Prostat kanseri için aktif izlem uyguladığımız hastalarda alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve erektil disfonksiyon (ED) şikayetlerine yaklaşımımızı paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2005-2012 yılları arasında düşük riskli prostat kanseri nedeniyle aktif izleme alınan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. En az 3 yıllık takibi olmayan, takip sırasında definitif tedavi gereksinimi doğan, verileri eksik ve takipten çıkan hastalar hariç tutuldu. Hastalar, prostat kanseri takibi yapıldığı için, her kontrole geldiklerinde AÜSS ve ED şikâyetleri açısından incelenmiştir. IPSS (uluslararası prostat semptom sorgulama) formu doldurularak, üroflometri incelemesi yapılmıştır. Ciddi AÜSS olan ve şikâyetleri artan veya akut idrar retansiyonu gelişen hastalara radikal prostatektomi (RP) yerine transvezikal prostatektomi (TVP) veya transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) uygulanmıştır. ED açısından IIEF (uluslararası erektil fonksiyon indeksi) ile değerlendirme yapıldı. IIEF skoru 22'nin altında olanlar ED'si var kabul edildi. AÜSS nedeniyle uygulanan cerrahi tedavi, IPSS ve IIEF skoru değişimi kaydedildi. Yıllar içinde olan IPSS ve IIEF değişimi için Friedman analizi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri Wilcoxon analiziyle kontrol edildi.

**BULGULAR:** Toplam 34 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 61 (51-72) yıl, takip süresi

**Tablo 1:** Hastaların demografik verileri

Hasta Sayısı (n)	34
Ortalama Yaş (yıl)	61 (51- 72)
Ortalama PSA (ng/ml)	5 (2,7-9)
AÜSS olan hasta sayısı (%)	28 (% 82)
ED olan hasta sayısı (%)	24 (% 70)
TUR-P veya TVP yapılanlar	6 (% 18)
Ortalama Takip Süresi (ay)	62 (36- 120)
Ortalama takip süresi(ay)	36,3±17,1



62 (36- 120) ay, PSA değeri 5 ng/ml (2,7- 9) olarak saptandı. Hastaların 28'inde (% 82) ilk başvuru anında AÜSS mevcut idi. AÜSS orta ve şiddetli olanlarda dahi mümkün olduğunca cerrahi tedaviden kaçınıldı. Medikal tedavi olarak alfabloker ve/veya antikolinergik kullandık. 5 alfa redüktaz inhibitörleri (dutasterid, finasterid) PSA takibinde sıkıntı yaratma endişesiyle kullanılmadı. Hastaların IPSS skorunda yıllar içinde istatistiksel anlamlı azalma izlendi (p= 0,001). AÜSS nedeniyle medikal tedaviye dirençli ve kontrol biyopsisinde tümör saptanmayan 6 (% 18) hastaya prostatektomi yapıldı. Bunların tamamı aktif izleme alındıktan en az 3 yıl sonra yapıldı. Hastaların ortalama prostat hacmi 90 (60-120) cc idi. Bunlarda 3'üne TUR-P diğer üçünün prostat boyutu büyük olduğu için TVP uygulandı. TVP yapılan hastaların PSA değeri 0,8-2 ng/ml arasında seyretmesine karşın, TUR-P yapılanlarda 2,7- 9 ng/ml arasında seyretmiştir.

ED açısından değerlendirildiğinde 34 hastanın, ilk tanı anında 24 (%70), birinci yıl 27 (% 80)'sinde, ikinci yıl 30 (% 88)'unda ve üçüncü yıl 30 (% 88)'unda ED saptandı. ED şikayeti olanlara sadece PDE5i tedavisi verildi. Yıllar içinde IIEF skorunun az da olsa anlamlı olarak düştüğü görüldü (p= 0,001). IIEF puanlarındaki bu düşüş hastaların ED derecesini etkileyecek kadar önemli bir düşüş değildi. Zaten yapılan Wilcoxon

analizinde bu düşüşün anlamlı olmadığı görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Düşük riskli prostat kanseri nedeniyle aktif izleme alınan hastaların takibi sırasında sadece kansere odaklanılmamalı ve hastalar AÜSS ve ED açısından değerlendirilmeli, takip edilmeli ve medikal tedaviden mahrum bırakılmamalıdır.

SP-39

## PROSTAT KANSERİNDE AKTİF İZLEM SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Rahmi Gökhan Ekin,<sup>1\*</sup> Gökhan Koç,<sup>1</sup> Özgür Çakmak,<sup>1</sup> Okan Nabi Yalbuздаğ,<sup>1</sup> Serkan Karamazak,<sup>1</sup> Mustafa Karabıçak,<sup>1</sup> Taha Çetin,<sup>1</sup> Yiğit Yalçın,<sup>1</sup> Zafer Kozacıoğlu<sup>1</sup>

1. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Prostat kanseri(PK) tanısından sonra aktif izlem yapılan hastaların özellikleri ve onkolojik sonuçlarını incelemektir.

**YÖNTEM:** Hastaların kayıtları retrospektif olarak tarandı. Demografik veriler, takip süresi, yapılan biyopsi sayısı, aktif izlem esnasında küratif tedaviye geçen hastaların tedavi değişikliği nedeni ve onkolojik sonuçları değerlendirildi.

**BULGULAR:** Eylül 2005-Haziran 2016 arasında toplam 191 hastaya aktif izlem yapıldı. Hastaların ortalama yaşı ve PSA değeri sırasıyla, 63,11±7,4 (49-75) yıl ve 5,97±4,0 (2,5-9,8)ng/ml idi. Aktif izlem yapılan 127 hasta (%66,4) çok düşük, 64 hasta (%33,6) düşük riskli PK idi. Klinik evre; 7 hastada T1a (%3,6), 4 hastada T1b (%2,0), 168 hastada T1c (%87,9) ve 12 hastada T2a (%6,2) idi. Biyopside ortalama pozitif kadran sayısı ve bir kadrandaki en fazla tutulum yüzdesi sırası ile 2,66±1,0 (1-6) ve 15,25±15,5 (1-60) idi. Hastalar ortalama 56,08±22,7 (3-105) ay takip edildi ve aktif izlem süresinde yapılan ortalama prostat biyopsisi sayısı 3,30±0,9 (1-5) idi. Küratif tedavi yapılan 23 hastada (%12,0) en sık neden, (13 hasta, %6,6) hastaların tedavi olmak isteği idi. En sık yapılan küratif tedavi radikal prostatektomi idi ve 15 hasta (%7,8) opere edildi. Hastalar (n=5) en çok ilk 6 ayda kendi isteği ile küratif tedaviye yöneldi. Radikal prostatektomi yapılan 15 hastanın Gleason skorları; 11'inde 3+3 (%73,3), 2'sinde 3+4 (%13,3), 1'inde 4+3 (%6,6) ve 1'inde 3+5 (%6,6) idi. Gleason skoru 3+5 dışındaki hastalarda PK organa sınırlı idi ve takiplerinde biyokimyasal rekürrens saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Kliniğimizde PK nedeni ile aktif izlem yapılan hastalarda ekstraprostatik yayılım riski düşük

olup, onkolojik açıdan güvenli bir şekilde aktif izlem uygulanmaktadır. Aktif izlemi terk etmenin en sık nedeni ise hastanın tedavi isteğidir.

düzenli takibin çok önemli oluşu ve bu kararın mutlaka birlikte alınması gerektiği hususudur.

SP-40

## PROSTAT KANSERLİ HASTALARIMIZDA AKTİF İZLEM SONUÇLARIMIZ

Mehmet Akif Ramazanoğlu,<sup>1\*</sup> Mehmet Remzi Erdem,<sup>1</sup>  
Feridun Şengör,<sup>2</sup> Ömer Ergin Yücebaş,<sup>2</sup>  
Ahmet Rüknettin Aslan,<sup>2</sup> Çağatay Tosun<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul  
2. DiĞER, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** PSA döneminden sonra artan biyopsi miktarı ve biyopsi esnasında alınan kor sayısındaki artış, klinik olarak önemsiz bir çok prostat kanserinin tesbit edilmesine ve bir kısmında fazladan tedavi almasına neden oldu. Bunun önüne geçilmesi amacıyla, belli kriterler dahilinde, uygun hastalara takip ve gereğinde müdahale prensiplerini içeren aktif izlem protokolleri uygulanmaya başlandı. Kliniğimizde son üç yıl içerisinde takip ettiğimiz 11 aktif izlem vakasının sonuçlarını paylaşacağız.

**YÖNTEM:** 2013-2016 yılları arasında prostat adenokarsinomu tanısı alan hastalardan cerrahi tedaviye uygun olan hastalardan PSA 10 ng/dl, Gleason 7, DRE T2b, tümör yüzdesi 5 ve 3 kordan azında tümör görülen hastalarımıza aktif izlemi bir alternatif olarak sunduk. Bunlardan 11'i düzenli takiplere gelebileceğini belirtip izlem grubuna alındı. Hastalara her 3 ayda bir PSA ve DRE, 18-24 ayda bir veya PSA ikilenme zamanı 6 ayın altında ise hemen biyopsi yapılacağı anlatıldı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 64, ortalama PSA değeri 4,9 idi. PSA takiplerinde ikilenme hiçbir hastada görülmedi. Her 3 ayda bir yapılan DRE'de hiçbir hastada anlamlı farklılık görülmedi. 8 hastaya re-biyopsi yapıldı ve patolojik olarak ilerleme görülmedi. Hastaların 1'i hariç tamamı aktif izleme devam etti. Bri tek hasta biyopsi sonrası yüksek ateş nedeniyle yatırılıp antibiyoterapi aldı ve bu nedenle yeniden biyopsi olmak istemeyip opere olmak istedi. Onun da cerrahi patoloji sonucu 3+3:6 adeno ca <5'den az olarak tesbit edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Aktif izlem uygun hasta grubunda oldukça yararlı ve hasta konfrunu bozmayan minimal invazif bir yaklaşımdır. Bu konuda üzerinde dikkatle durulması gereken huşu, durumun hastaya tüm ayrıntılarıyla ve anlaşılır bir şekilde anlatılması,

# SERBEST BİLDİRİLER 5 (ANDROLOJİ)

4 Kasım 2016 / Salon A / 16:15-17:15

Oturum Başkanları: İbrahim Cüreklibatır, Önder Kaygılı



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-25

## HİPERTANSİF HASTALARDA ED OLAN VE OLMAYANLAR ARASINDA İNFLAMATUAR VE VASOREAKTİF MARKERLAR ARASINDAKİ FARKLILIKLAR

Devrim Tuğlu,<sup>1</sup> Mehmet Tolga Doğru,<sup>2</sup> Ercan Yuvaç,<sup>1</sup>  
Vedat Şimşek,<sup>2</sup> Üçler Kısa,<sup>3</sup> Erdal Yılmaz,<sup>4</sup>  
Ertan Batıslam<sup>4</sup>

1. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Kırıkkale

2. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı,  
Kırıkkale

3. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı,  
Kırıkkale

4. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Kırıkkale

**AMAÇ:** Hipertansiyon ile Erektile disfonksiyon birlikteliğinin tek başına hipertansiyonu olan hastalara göre inflamatuvar ve vazoreaktif parametreler üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2014-2016 yılları arasında Kardiyoloji polikliniğinde Hipertansiyon tanısı konulan ve herhangi bir antihipertansif tedavi almayan hastalara IIEF-15 formu verilerek IIEF skorları saptandı. Bu şekilde tespit edilen ED (+) 68 ve ED (-) 65 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm katılımcılarda açlık kan şekeri ve HbA1c düzeyleri, Böbrek, Karaciğer fonksiyon testleri ve Lipid profilini içeren rutin kan analizleri ve Testosteron düzeyleri çalışıldı. İnflamasyon ve vazoreaktif markerlar olarak, CRP, Homosistein, İntima media kalınlığı, Pulse wave analizleri, TAK, TOS, OSI ve PON-1 aktiviteleri değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmada Hipertansiyonlu ve ED'li hastaların ciddi erektil disfonksiyonlu olanlarında PON-1, Homosistein, Pulse wave analizi, İntima media kalınlığı parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken; TAK, TOS, OSI, CRP parametrelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışmada özellikle ciddi Erektile disfonksiyon saptanan HT'lu bireylerde endotel disfonksiyonu'nun göstergesi olan PON-1'in azaldığı ancak TAS, TOS VE OSI'da değişme olmadığı tespit edildi. Elde edilen bu sonuçlar ışığında PON-1'in; TAK, TOS ve OSI gibi verilerden bağımsız olarak ED için bir gösterge olabileceği düşünülmüştür.

SS-26

## FİZİKSEL AKTİVİTENİN PREMATÜR EJAKULASYON ÜZERİNE ETKİSİ: PROSPEKTİF, RANDOMİZE, SHAM- KONTROLLÜ ÇALIŞMA SONUÇLARI

Muhammet Fatih Kılınc,<sup>1</sup> Yasin Aydoğmuş,<sup>2</sup>  
Yıldırım Yıldız,<sup>1</sup> Ömer Gökhan Doluğlu,<sup>1</sup>

1. S.B. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Fiziksel aktivite ve prematur ejakulasyon (PE) arasındaki ilişkiyi araştırmak ve orta derecede fiziksel aktivitenin ejakulasyon süresini geciktirebileceği ve PE için alternatif bir tedavi olup olmadığını belirlemek.

**YÖNTEM:** Prematur ejakulasyon tanısı alan 105 hasta çalışmaya alındı. 35 hasta isteğe bağlı 30 mg dapoksetin ile tedavi edildi (Grup 1). 35 hasta orta derecede fiziksel aktivite yapmaları önerildi (Grup 2). 35 hastaya ise minimal derecede fiziksel aktivite yaptırıldı (Grup 3-sham grup). Demografik özellikleri, metabolik eşdeğer (MET), prematür ejakulasyon teşhis aracı (PEDT) ve intra vajinal ejakülatör gecikme süresi (IELT) kaydedildi.

**BULGULAR:** Tedavi öncesi, üç grup arasında yaş, body mass index, MET, PEDT veya IELT açısından anlamlı bir fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Çalışmanın sonunda, Grup 3 ile karşılaştırıldığında Grup 1 ve 2 de önemli ölçüde PEDT puanlarının azalma ve IELT artış oldu ( $p < 0.001$ ). Gruplar arasında ikili karşılaştırmalarda; bazal MET, PEDT puanları ve IELT benzer olarak bulunurken çalışma sonunda Grup 1-3 ve Grup 2-3

	Disposition	Moderate Physical	Flaccid	p
	(Mean) (SD)	(Mean) (SD)	(Mean) (SD)	
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76
Pre	38.00 (11.4)	38.00 (11.4)	37.99 (11.4)	0.73
Post	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	37.33 (11.4)	0.76

arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (her ikisi için  $p < 0.001$ ). Ayrıca Grup 1 ve 2' nin sonuçları çalışma sonunda benzer olarak bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Haftada en az 5 kez 30 dakikadan daha uzun orta derecede fiziksel aktivite ejakulasyonda gecikmeye neden olur. Bu tarz bir fiziksel aktivitenin PE tedavisi için isteğe bağlı olarak alınan dapoksetinin alternatifi olabileceği ortaya çıkmıştır.

SS-27

## KOMBİNE PENİL REVASKÜLARİZASYON TEKNİĞİNİN UYGULANDIĞI VEYA UYGULANMADIĞI PEYRONİ HASTALIĞININ CERRAHİ TEDAVİSİNDE ASELÜLER MATRİKS GREFT (XENOGUARD) KULLANIMI; İLK SONUÇLAR

Önder Kaygılı,<sup>1</sup> Muhammet Fuat Özcan,<sup>2</sup>  
Özer Ural Çakıcı<sup>2</sup>

1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. S.B. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Plak insizyonunu takiben kapatıcı material olarak kullandığımız aselüler matris greftin (Xenoguard) ilk sonuçlarını sunduk.

**YÖNTEM:** Penil kurvatur ile birlikte en az 12 ay Peyroni hastalığı öyküsü olan 22 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı 52 (24-65) idi. Preoperatif tüm hastalarda intrakavernöz enjeksiyon ve penil kurvaturun fotoğrafik görüntüleri kaydedildi. Domuz perikardından üretilen Xenoguard, izotonik salin içinde bekletildi ve penil revaskülarizasyon tekniği kullanılarak veya kullanılmadan uygulanan

subkoronal insizyon yaklaşımıyla yapılan plak insizyonu sonrası oluşan tunikal defekti kapatmak için kullanıldı.

**BULGULAR:** Tüm hastalarda penil kurvatur cerrahi olarak düzeltildi. Hastaların ortalama takip süresi 16 (8-26) haftaydı. Hastaların % 80 'inde potens tamdı ve % 20 inde potens için ek tedavi gerekti. İntraoperatif penil kısılma, uzun süreli ağrı, enfeksiyon, greft alanında şişlik (bulging) veya lokal immünolojik ret kanıtına rastlanmadı. Cerrahi tedaviyle birlikte 8 hastaya penil revaskülarizasyon uygulandı ve bu hastalar kabul edilebilir fonksiyonel sonuçlara sahipti.

**ÇIKARIMLAR:** Peyroni plak insizyonunu takiben kavernoöz defektin Xenoguard ile kapatılması, cerrahi prosedürü kolaylaştırmakla birlikte kormorbiditeye olmamaktadır ve yeterli klinik sonuç alınmasını sağlar. Erektile disfonksiyon ve peyroni hastalığı olan seçilmiş vakalarda, penil revaskülarizasyonla kombine olarak peyroni hastalığının cerrahi tedavisinde Xenoguard kullanımı, alternatif bir tedavi seçeneği olabilir.



SS-28

## TİP 2 DİYABET HASTALARDA HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİNİN EREKTİL FONKSİYON ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Hasan Koçoğlu,<sup>1</sup> Kadir Dündar,<sup>2</sup> Zafer Demirel,<sup>3</sup>  
Sami Uğuz,<sup>4</sup> Ali Güragaç<sup>5</sup>

1. Gölcük Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kocaeli  
2. Gölcük Asker Hastanesi, Sualtı ve Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi, Kocaeli  
3. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir  
4. GATA, Üroloji Bölümü, Ankara  
5. Tatvan Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bitlis

**AMAÇ:** Kontraksiyon ve relaksasyon faktörleri penil ereksiyonda çok önemlidir. Diabetli hastalarda bu fonksiyonlarda yetmezlik olmaktadır. Diabetik hastalardaki ED klinik tedavisinde Hiperbarik oksijen tedavisinin (HBOT) nin fayda sağlayabileceğine yönelik çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmanın amacı, tip 2 diyabetli hastalarda erektil fonksiyonu (EF) HBOT etkisini değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Ağustos 2012 ve Mart 2015 tarihleri arasında 50-60 yaş arası ED nu olan tip 2 diabet 32 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Kronik hastalığı olanlar, majör depresyon ya da psikoz öyküsü olanlar, nöropsikiyatrik hastalıklar ve erektil disfonksiyon (özellikle Fosfodiesteraz Tip 5 İnhibitörleri) için ilaç alanlar çalışma dışı bırakıldı. Tüm katılımcılar Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi (IIEF) kullanılarak 25 seans HBOT öncesi ve tedavi uygulandıktan 3 ay sonraki erektil fonksiyonu değerlendirildi.

**BULGULAR:** pre-HBOT ve post-HBOT IIEF skorları karşılaştırıldı. 25 seans HBOT sonrası toplam IIEF skorları ve puanları (erektil fonksiyon (EF), genel memnuniyet (OS) ve ilişki tatmini (IS) etki alanı) HBOT tedavi öncesine göre (p <0.05) önemli derecede yüksekti.

**ÇIKARIMLAR:** Bu ön sonuçlar HBOT tip 2 diyabetli hastalarda ED iyileştirilmesi için etkili olabileceğini düşündürmektedir.

kanda bakıldı. Hastalar fresh m-Tese öncesi 3 gruba ayrıldı. Grup I n=13 hastaya hiç bir medikal tedavi uygulanmadı. Grup II de n= 20 hastaya anastrozole 1 mg /günde altı ay verildi. Grup III de n=8 hastaya haftada 3 veya 5 gün aralıklarla 2500 ila 5000 iü kadar değişen dozlarda Hcg tedavisi ile cerrahi öncesi normogonodotropik hale getirildi (fsh 18 mIU/mL < ve tt >240 ng/dl ). Sonrasında tüm hastalara fresh m-Tese uygulandı. Cerrahi sonrası patolojik değerlendirmeleri tarandı..

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 28.3±4.2 , evlilik süreleri 6±2 yıl idi. Testis volümleri skrotal ultrasonda ortalama 25±0.6 ml ölçüldü. Fsh, lh sırasıyla ortalamaları 46.72±9.8 mIU/mL ve 29.21±8,6 mIU/mL, tt 152.49±39.26 ng/dl ölçüldü. Y kromozom mikrodelesyon izlenmedi. Fresh miko-Tese de sırasıyla Grup I n=4 , grup II de n=11 ,grup III de n=2 hastada sperm bulundu ve aynı seansta IVF/ICSI uygulandı. Cerrahi süresi ortalaması 89±22 dk idi. Patolojik değerlendirmede grup II hastalarda Johanson (Jhs) skorunun 4-5 arasında gözlenirken diğer gruplardan Jhs1-2 gözlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Klinefelter sendromlu hastalarda cerrahi öncesi aromotaz inhibitörü kullanan grupta sperm bulma oranı daha yüksek gözlenildi. Yine bu gruptaki hastaların patolojik skorlamasının alternatif tedavi almış veya hiç tedavi almamış gruplardan daha yüksek bulundu.

SS-29

## MEDİKAL TEDAVİ SONRASI KLİNEFELTER SENDROMLARINDA MİKRO TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONUN (M-TESE) DA SPERM BULMA ŞANSI DAHA YÜKSEK OLABİLİR ?

Ahmet Şalvarcı,<sup>1</sup>

1. Novafertil Tüp Bebek Merkezleri, Üroloji, Konya

**AMAÇ:** Klinefelter sendromuna (KS) tüm azospermili erkekler içinde %11 oranında ,ciddi oligospermili hastalar içinde %0.7 oranında rastlanır. Mikro Tese yöntemi KS lerde sperm aramak için yaygın kullanılır..

**YÖNTEM:** 2008-2014 arasında n=41 genetik olarak mozaik, nonmozaik azospermili Klinefelter tanısı almış hastalarda; fizik muayene, skrotal ultrasonografi yapıldı.Semen analizleri incelendi. Y kromozom mikrodelesyon ve fsh, lh, total testosteronlarına (tt)

SS-30

## RADİKAL PROSTATEKTOMİ SIRASINDA NÖROVASKÜLER DEMET'İN KORUNMASININ PENİL ATROFİ ÜZERİNE ETKİSİ

Nurullah Hamidi,<sup>1</sup> Namık Kemal Altınbaş,<sup>2</sup>Mehmet İlker Gökçe,<sup>3</sup> Evren Süer,<sup>4</sup> Cemil Yağcı,<sup>2</sup>Sümer Baltacı,<sup>3</sup> Abdulkadir Türkölmez,<sup>3</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Radyoloji, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

4. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Radikal prostatektomi(RP) sırasında nörovasküler demet(NVD)'in korunması ile kavernöz cisim fibrozisi ve buna bağlı olarak penil atrofinin engellenebileceğine inanılmaktadır.Bu çalışmamızda, NVD'nin korunmasının penil atrofi üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.



**Tablo 1:** RP sonrası 3.ve 6. ayda ortalama penis boylarının karşılaştırılması

Gruplar	Penis boyu (RP sonrası 3.ay), mm Ortalama±Std sapma (minimum-maksimum)	İki grup karşılaştırmalarında p değeri	Penis boyu (RP sonrası 6.ay), mm Ortalama±Std sapma (minimum-maksimum)	İki grup karşılaştırmalarında p değeri
Grup 1	120,5±14 (100-157)	0.048		0.03
Grup 2	129,2±11,4 (103-150)			
Grup 1	120,5±14 (100-157)	0.039		0.027
Grup 3	129,9±9,7 (112-150)			
Grup 2	129,2±11,4 (103-150)	>0,05		>0,05
Grup 3	129,9±9,7 (112-150)			

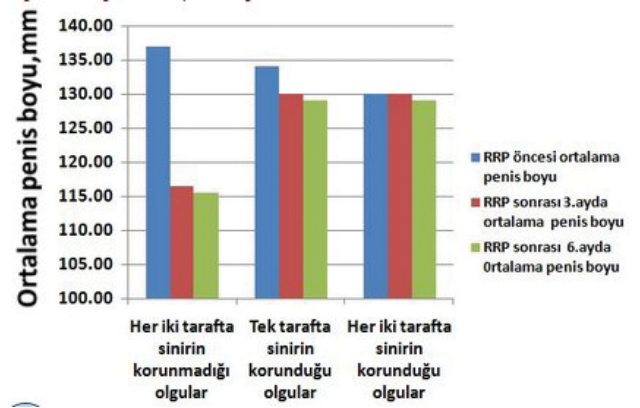
RP: Radikal prostatektomi

**YÖNTEM:** Mart 2014 - Ağustos2015 tarihlerinde kliniğimizde, organa sınırlı PK nedeniyle RP yapılan 65 potent hasta prospekif olarak değerlendirildi. Tüm olguların yaş, ek hastalık öyküleri, RP öncesi ve sonrası (3.ve 6.ay) penis boyu kaydedildi. Penis boyu, flask haldeki penise prepubik yağ dokunun parmak yardımıyla bastırılıp penise maksimum kontraksiyon uygulandıktan sonra pubo-penil cilt kavşağı ile glansın ucuna kadar ki mesafe ölçülerek kaydedildi. Olgular, RP sırasında NVD'nin korunmasına göre her iki tarafa NVD korunmayan (Grup 1=22 olgu), tek tarafa NVD korunan (Grup 2=21 olgu) ve her iki tarafta NVD korunan (Grup 3=21 olgu) olmak üzere 3 gruba ayrıldı.

**BULGULAR:** Ortalama yaş(grup1'de 58.6, grup2'de 59, grup3'de 60), ek hastalık öyküsü ve RP öncesi ortalama penis boyu(grup 1'de 135 mm, grup2'de 132 mm, grup 3'de 132,8 mm) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Tüm grupların RP sonrası (3.ve 6.ay) ortalama penis boyları ve grupların karşılaştırmaları tablo 1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir. Buna göre, RP sonrası 3.ve 6.aydaki ortalama penis boyu diğer iki gruba göre grup1'de istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısa iken, grup 2 ve grup 3 arasında ise anlamlı farklılık izlenmedi. Ayrıca takip dönemlerinde görülen penis boylarındaki değişiklikler incelenecek olursa; Grup 1'de RP sonrası 3.ayda RP öncesine göre penis boyunda istatistiksel olarak anlamlı derecede kısalma olduğu(135mm'den 120.5mm'ye, p=0.001) ve RP sonrası 6.ayda bu kısalmanın daha da belirgin hale geldiği izlenirken (135mm'den 118.8mm'ye,

**Tablo 2:** Tüm gruplarda RP öncesi ve sonrası(3. ve 6.ay) takiplerinde ortalama penis boyunda görülen değişikliklerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi

Penis boyundaki değişiklikler	Grup 1	Grup 2	Grup 3
RP öncesi ve RP sonrası 3.ay arasında görülen fark	0.001	>0,05	>0,05
RP öncesi ve RP sonrası 6.ay arasında görülen fark	<0,001	>0,05	>0,05
RP sonrası 3 ve 6.ay arasında görülen fark	>0,05	>0,05	>0,05



p=0.0001), RP sonrası 3.ve 6.aylar arasında görülen 1.7mm'lik kısalmanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü (p>0.05). Buna rağmen grup 2 ve 3'te RP sonrası takiplerde görülen penis kısalmasının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı izlendi(tablo 2 ve resim 1).

**ÇIKARIMLAR:** Her iki tarafta NVD'nin korunmadığı olgularda RP sonrası dönemde penil atrofinin NVD korunan olgulara göre daha belirgin olduğu izlendi. Bu nedenle RP esnasında en azından tek tarafta NVD'nin korunmasının penil atrofinin önlenmesi açısından önemli olabilir.

SP-41

## POLİORŞİ: NADİR 2 OLGU

Sami Uğuz,<sup>1</sup> Ali Güragaç,<sup>2</sup> Zafer Demirer,<sup>3</sup> Sercan Yılmaz,<sup>1</sup> Emin Aydur<sup>1</sup>

1. GATA, Üroloji Bölümü, Ankara

2. Tatvan Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bitlis

3. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir

**AMAÇ:** Poliorşidizm çok nadir görülen bir anomalidir. Histolojik olarak kanıtlanmış bilateral poliorşi olgusu ve varikoselin eşlik ettiği bilobule testisin olduğu poliorşi olgularını sunuyoruz.



**YÖNTEM:** Birinci olgu 20 yaşında sağ inguinal şişlik şikayeti olan sağ inguinal kanalda 2 adet inmemiş testisi olan ve sol hemiskrotumdada 2 adet testisi olan bir olguydu. Sağ inguinal kanaldaki 2 adet testisten dismorfik görünümde olanına orşiyektomi ve normal boyutta olanına orşiopeksi uygulandı. İkinci olgu 21 yaşında olup sol scrotal ağrı ve sol testiküler kitle şüphesi olan bir olguydu. US ve MRI sonucunda sol grade 3 varikosel ve bilobule sol testis saptandı. Semen analizinde oligoastenoteratozoospermi saptandı ve hastaya mikroskopik sol varikosektomi uygulandı.

**BULGULAR:** İlk vaka; histopatolojik inceleme olgunlaşmamış testis ile uyumlu oldu ve bir poliorşi tanısı doğrulandı. 2 hafta sonrası yapılan US görüntülemesinde testiste kan akımı normal saptandı. İkinci olguya; mikroskopik subinguinal varikosektomi uygulandı. 1 yıl sonar yapılan sperm analizi normal saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Poliorşi oldukça nadir bir durum olup US ve MR tanıda oldukça yararlı görüntüleme yöntemleridir.

SP-42

## PREMATÜR EJAKÜLASYONU OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA BEYİN OMURİLİK SIVISI 5HİAA DEĞERLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Abdullah Erdoğan,<sup>1</sup> Murat Demirbaş,<sup>1</sup> Sedat Öner,<sup>1</sup> Mustafa Murat Aydos,<sup>1</sup> Efe Önen,<sup>1</sup> Canan Yılmaz<sup>2</sup>

1. S.B. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji, Bursa  
2. S.B. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon, Bursa

**AMAÇ:** Prematür ejakülasyon (PE) sık görülen, eşlerin cinsel ve sosyal hayatını olumsuz etkileyen ve hayat kalitesinde anlamlı düzeyde bozulmaya sebep olan önemli bir durumdur. Buna rağmen etyolojisi ve patofizyolojisi halen tam olarak aydınlatılamamıştır. Biz çalışmamızda PE'nin patofizyolojisine ışık tutabilmek amacıyla İELT (İntravaginal Ejaculation Latency Time-Vajina İçi Ejakülasyon Gecikme Süresi) sonucuna göre PE tanısı olan ve olmayan bireylerin Beyin Omurilik Sıvısı (BOS)'nda serotonin metaboliti olan 5-HİAA (5-Hidroksi İndol Asetik Asit) seviyelerini karşılaştırmayı ve PE'nin BOS 5-HİAA düzeyi ile ilişkisini ortaya koymayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Nisan 2015 - Ekim 2015 tarihleri arasında kliniğimizde spinal anestezi altında operasyon planladığımız (varikosel, hidrosel, üreter taşı gibi..) ve son 6 aydır cinsel aktif 60 hasta çalışmaya alındı. Kronometre yardımıyla İELT ölçümü yapılması istenildi. Çalışmaya İELT'si 1 dk altında olan 30 erkek hasta ve kontrol grubu olarak İELT'si 1 dk üzerinde olan 30 erkek hasta dahil edildi. Hasta ve kontrol grubuna PE şiddetini belirlemek amaçlı Prematür Ejakülasyon Arap İndeksi (PEAI) ve depresyon düzeyini ölçmek amaçlı BECK depresyon formları dolduruldu. Spinal anestezi işlemi oturur pozisyonda, lomber 3 ve 4' üncü vertebral aralıktan 25G spinal iğne ile uygulandı. Hastalardan 1,5 cc berrak BOS alındı. Hasta ve kontrol grubunun İELT süresi ile BOS 5-HİAA seviyesi, PEAİ skoru, BECK skoru karşılaştırmaları yapıldı. Çalışmaya katılan tüm bireyler, öncelikle çalışma hakkında sözel olarak bilgilendirildi ve sonrasında tüm katılımcıların çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alındı.

**BULGULAR:** Tüm hastalar (n=60) incelendiğinde BOS 5HİAA düzeyleri ortalaması hasta grupta (n=30) daha yüksek olmasına rağmen ( $86.80 \pm 28.33 > 76.44 \pm 35.91$ ) bu istatistiksel olarak anlamlı değildi ( $p=0.22$ ). Tüm hastalarda İELT ile 5HİAA değişkenleri arasında ters yönlü anlamlı bir korelasyon ( $r=-0.322; p=0.012$ ) bulunmuştur. PE tanısı olan kişilerde İELT süresi ile 5HİAA düzeyleri arasında anlamlı korelasyon ( $p=0.154$ ) bulunmazken, PE tanısı olmayan kişilerde İELT ile 5HİAA değişkenleri arasında ters yönlü anlamlı bir korelasyon tespit edildi ( $r=-0.450; p=0.013$ ). PEAİ ile BECK değişkenleri karşılaştırıldığında ise ters yönlü anlamlı korelasyon ( $r=-0.362; p=0.005$ ) bulunmuştur.

**ÇIKARIMLAR:** Yaptığımız çalışma PE patofizyolojisinin açıklanmasına farklı bir bakış açısı getirmektedir. Bununla beraber sorunu net olarak

ortaya koyamamaktadır. Beklenilenin aksine BOS 5H1AA seviyesi ile İELT' nin ters orantılı bulunması PE' li hastalarda vücudun serotonin artırma çabası içinde olabileceğini ve BOS 5H1AA yüksekliğinin daha erken boşalmanın sebebi değil, sonucu olabileceğini düşündürdü. Bu denli sık görülmekle birlikte eşlerin cinsel ve sosyal yaşamını önemli ölçüde etkileyen bu hastalığın patofizyolojisinin ve dolayısıyla da tedavisinin etkin bir şekilde aydınlatılabilmesi için reseptör düzeyinde daha spesifik ve genetik çalışmalara ihtiyaç vardır.

SP-43

## EREKTİL DİSFONKSİYONU OLAN PEYRONİE HASTALARINDA PROTEZ İMPLANTASYONUNA ALTERNATİF OLARAK PENİL REVASKÜLARİZASYON CERRAHİSİ İLE BİRLİKTE PENİL DÜZELTME TEKNİKLERİ: UZUN DÖNEM SONUÇLAR

Önder Kayıgil,<sup>1</sup> Emrah Okulu,<sup>2</sup> Fatih Akdemir<sup>3\*</sup>  
Özer Ural Çakıcı<sup>2</sup>

1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

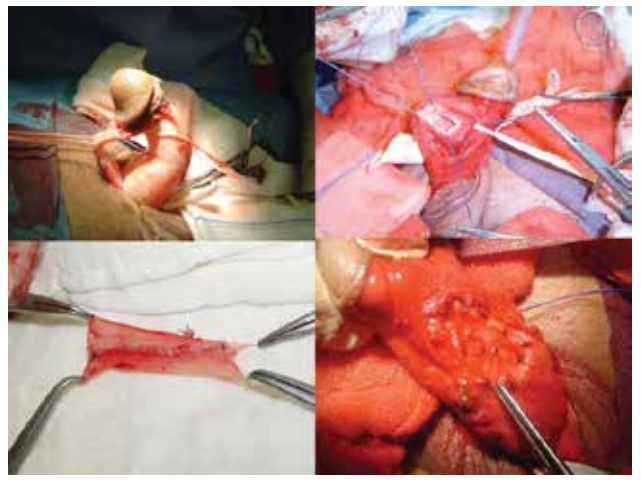
2. S.B. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

3. S.B. Terme Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Olumlu yöndeki ön sonuçlarımız nedeniyle revaskülarizasyon ve penil düzeltme tekniklerinin cerrahi kombinasyonunu uygulamaya devam ettik. Uzun dönem sonuçlarımızı bildirmek istiyoruz.

**YÖNTEM:** 2008 ile 2015 yılları arasında erektil disfonksiyonu olan 60 Peyronie hastamıza penil revaskülarizasyon cerrahisi ile birlikte penil düzeltme tekniklerini uyguladık. Hastalara ameliyat öncesi ürolojik olarak penil renkli Doppler ultrason, korpus kavernozum elektromiyografisi (CC-EMG) ve kavernozaometri yapıldı. Tüm hastalara ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası takiplerinde 15 soruluk 'International Index of Erectile Function' (IIEF-15 ve 5-maddelik IIEF-5) anketi verildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $53.78 \pm 6.48$  yaş (aralık 47-63 yaş) idi. Ortalama takip süresi 48 ay (14-68 ay) idi. Tüm hastalarda penil açılma derecesi  $> 40$  idi. Beş hastaya üretra disseksiyonu yapılması gerekti. Bir hastaya distal korporeal kompleks deformitesi nedeniyle penil ayrıştırma uygulandı. Cerrahi sonrası komplikasyon gelişen



hasta olmadı. Ortalama total IIEF skoru ameliyat öncesi  $25.4 \pm 2.8$  iken en son kontrolde  $52.23 \pm 1.2$  idi ( $p < 0.05$ ). Ortalama IIEF-5 skoru ameliyat öncesi  $7.3 \pm 1.3$  iken en son kontrolde  $20.9 \pm 1.9$  idi ( $p < 0.05$ ). Erektile disfonksiyonu-olan skoru (IIEF-15)'na göre 32 hastanın ED'siz cutoff değeri  $> 26$  idi. Tüm hastalara tam penil güçlendirme sağlandı. Bununla birlikte yedi hastada (%11.66) penil kılcalma bildirildi, ancak memnuniyetsizlik ifade edilmedi. Hastaların 53'ü cerrahi sonuçlardan memnundu.

**ÇIKARIMLAR:** IIEF anketini kullanarak elde ettiğimiz anlamlı düzeltilmeler ve memnun edici ön sonuçlar, seçilmiş erektil disfonksiyonlu Peyronie hastalarında bu cerrahi kombinasyonun penil protez implantasyonuna alternatif olabileceğini düşündürmektedir. Bu alanda ileri çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

SP-44

## SOL VARİKÖSELEKTOMİ OPERASYONU GECİREN HASTALARDAKİ PREOPERATİF VE POSTOPERATİF AĞRI DÜZEYİ VE SPERMİOGRAM PARAMETRELERİ ARASINDAKİ İLİSKİ

Emre Altıntaş,<sup>1\*</sup> Murat Akand,<sup>1</sup> Mustafa Koplay,<sup>2</sup>  
Necat İslamoğlu,<sup>3</sup> Necat İslamoğlu,<sup>3</sup> Özcan Kılıç,<sup>4</sup>  
Murat Gül,<sup>4</sup> Haluk Kulaksızoğlu,<sup>5</sup> Mesut Sivri,<sup>2</sup>  
Serdar Gökteş,<sup>4</sup>

1. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

2. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya

3. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya

4. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

5. İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**Tablo 1:** Postoperatif 6. aydaki renkli Doppler ultrason parametreleri arasındaki korelasyonlar.

		TA-PSH	TA-Rİ	İTA-PSH	İTA-Rİ	KA-PSH	KA-Rİ
TA-PSH	r	1	-0.696	0.462	-0.363	0.758	-0.394
	p	,	<0.001	0.007	0.038	<0.001	0.023
TA-Rİ	r		1	-0.177	0.508	-0.588	0.606
	p		,	0.323	0.003	<0.001	<0.001
İTA-PSH	r			1	-0.598	0.618	-0.367
	p			,	<0.001	<0.001	0.036
İTA-Rİ	r				1	-0.487	0.456
	p				,	0.004	0.008
KA-PSH	r					1	-0.575
	p					,	<0.001
KA-Rİ	r						1
	p						,

SD: Standart deviyasyon, VAS: Vizüel analog skala, TA: Testiküler arter, İTA: İntratestiküler arter, KA: Kapsüler arter, PSH: Peak sistolik hız, Rİ: Reziyite indeksi.

**AMAÇ:** Bu çalışmada mikroskopik subinguinal varikoselektomi (MSV)den sonra testiküler arter (TA), kapsüler arter (KA) ve intratestiküler arter (İTA)'deki pik-sistolik hız (PSH) ve rezistivite indeksi (Rİ)'ndeki değişikliklerin postoperatif ağrı düzeyi ve semen parametreleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Haziran 2012-Mart 2015 arasında klinik varikozel tespit edilen 82 hastadan 59'una sol MSV yapılmıştır. Bu hastalar içinden 18-31 yaş aralığında olan, sadece skrotal ağrısı ile infertilitesi veya semen parametrelerinde bozukluk olan toplam 38 hasta çalışmaya dahil edildi. Takipte tüm hastalar postoperatif 3. ve 6. aylarda ağrı, semen analizi ve skrotal RDUS ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Postoperatif dönemde toplam 5 hasta takipsizlik nedeniyle çalışmadan çıkarıldı; bu nedenle toplam 33 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama yaş 25.5±4.5 olarak bulundu. Preoperatif olarak 19 hastada (57.6%) 2. derece, 14 hastada (42.4%) ise 3. derece varikozel mevcuttu. Ortalama preoperatif ağrı ve ven çapı sırasıyla 6.0±1.9 ve 3.6±0.8 mm iken; hastaların ortalama preoperatif sperm konsantrasyonu ve progresif motilitesi sırasıyla 8.5±6.3 milyon/mL ve %54.3±27.7 idi. MSV boyunca bağlanan ven sayısı 9, (aralık: 4-12) iken; 20 hastada eksternal spermatik ven saptandı. MSV süresi ortalama 72.4±14.6 dakika idi. Postoperatif 6. ayda bu hastaların hiçbirisinde hidrosel ya da testiküler atrofi gibi komplikasyonlar gözlenmedi.

Hastaların çoğunun ağrı skorlarında postoperatif 1. ve 2. kontrolde klinik önemli azalma tespit edildi. Postoperatif 3. aydaki skrotal RDUS'ye göre sadece TA-PSH'de klinik önemli artma ve TA-Rİ ve KA-Rİ'de klinik önemli azalma tespit edildi. Ancak, postoperatif 6. ayda yapılan ikinci skrotal RDUS TA-PSH'de klinik önemli artma ve TA-Rİ'de klinik önemli azalma göstermiştir. İTA ve KA'in PSH'lerindeki artış ve KA ve İTA'in Rİ'lerindeki azalma hem preoperatif hem de postoperatif 3. ay değerlerinde klinik olarak anlamlıydı.

İkinci kontrol spermogramda 21 hastada (63.6%) sperm konsantrasyonu 15 milyon/mL'nin üzerinde saptandı.

Postoperatif 3. ayda TA-PSH ile İTA-PSH (r=0.358, p=0.04), TA-PSH ile KA-PSH (r=0.469, p=0.006) ve İTA-PSH ile KA-PSH (r=0.46, p=0.007) arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** PSH ve Rİ gibi sınırlı parametrelerle de olsa, skrotal RDUS MSV sonrası mikrohemodinamik değişiklikleri saptayabilir ve operasyonun sonuçları tahmin edilebilir. TA-PSH sperm konsantrasyonunun ve ağrının düzeyinin düzelmesini ön görmede kullanılabilir.

SP-45

## İDİOPATİK ERKEK İNFERTİLİTESİ VE METİLENTETRAHİDROFLOAT REDÜKTAZ (MTHFR) GEN PROMOTÖR HİPERMETİLASYONU ARASINDAKİ İLİŞKİ

Müjdegül Z. Karaca,<sup>1</sup> Emrullah Söğütülen,<sup>1,2</sup> Ece Konaç,<sup>1</sup> Buket Yurteri,<sup>1</sup> Gürkan Bozdağ,<sup>4</sup> Cenk Yücel Bilen,<sup>5</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik Anabilim Dalı, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik ABD, Ankara

4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Ankara

5. DİĞER, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Gen ifadenmesinin epigenetik düzenlenmesi keşfedildikten sonra üreme tıbbında epigenetik büyük bir yere sahip olmuştur. Bu çalışmayla, idiyopatik erkek infertilitesi nedeniyle yardımcı üreme yöntemlerine ihtiyaç duymuş hastaların spermlerinde metilentetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) gen promotör hipermetilasyonun etkili olup olmadığını araştırmak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Demografik yapıları bakımından istatistiksel

**Tablo 1. Normozoospermik idiyopatik infertil erkek ve sağlıklı kontrollerin karakteristik özellikleri**

	Normozoospermik idiyopatik infertil erkek (n=40)	Sağlıklı kontroller (n=40)	P değeri
Yaş (yıl, ort. ± SS) (aralık)	30.7±5.2 (21-40)	29.3±6.0 (20-40)	0.33
Eş yaşı (yıl, ort. ± SS) (aralık)	28±3.2 (20-34)	27±2.5 (18-38)	0.30
Evlilik yaşı (yıl, ort. ± SS) (aralık)	23±2.83 (18-30)	22±3.7 (18-34)	0.40
İnfertilite süresi (yıl, ort. ± SS) (aralık)	6.7±1.83 (2-17)	-	-
Cocuk sayısı (yıl, ort. ± SS) (aralık)	-	1.6±0.83 (1-4)	-
Sigara	17	19	0.78
Alkol	5	4	0.86
Cinsel perhiz (gün, ort. ± SS) (aralık)	3.7±1.12 (3-7)	4.1±1.10 (3-7)	0.54
Semen hacmi (ml, ort. ± SS) (aralık)	2.9±1.03 (1.5-4.5)	3.1±1.20 (1.5-4.5)	0.47
Sperm konsantrasyon (milyon/ml, ort ± SS) (aralık)	49.6±29.0 (15-154)	46.7±30.2 (15-122)	0.42
Motilite (% , ort ± SS) (aralık)	61.4±14.0 (40-85)	59.3±15 (38-86)	0.93
Vitalite (% , ort ± SS) (aralık)	71.3±11.2 (60-90)	74.1±9.0 (60-95)	0.82
DNA konsantrasyon (ng/ul, ort. ± SS) (aralık)	33.07±22 (2.1-80.0)	111.7)	0.43
Metilasyon miktarı (% , ort. ± SS) (aralık)	11.0±18.8 (1-77)	4.3±6.2 (2-10)	0.01
Hipermetilasyon (miktar)	21	2	0.0001

olarak farklılık bulunmayan 40 normozoospermik idiyopatik infertil erkek ve 40 sağlıklı erkek kontrollerin sperm DNA'ları izole edildi. İzole edilen DNA'ların sodium bisülfat ile modifikasyonunun ardından MTHFR gen promotör metilasyon durumu pyrosekanslama ile belirlendi.

**BULGULAR:** Normozoospermik olan infertil erkeklerde MTHFR gen promotör metilasyon oranı (%11) sağlıklı kontrollere göre (%4,3) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (p=0.001) (Tablo 1). Metilasyon sınırı ROC analizine göre %9,5 olarak belirlendi. Hipermetilasyona uğramış DNA oranı infertil grup içerisinde 21 (%53) iken kontrol grupta 2 (%5) olarak bulundu. İnfertil grubun normometilasyon ve hipermetilasyona göre alt-grup analizi yapıldığında da klinik özellikleri bakımından istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** MTHFR'nin epigenetik düzeyde sessizleşmesi sonucu ifadenememesi (hipermetilasyon) erkek infertilitesinde artmış risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

SP-46

## EREKTİL DİSFONKSİYON HASTALARINDA SERUM ENDOCAN DÜZEYİNİN ÖNEMİ

Mehmet Karabakan,<sup>1,4</sup> Aliseydi Bozkurt,<sup>2</sup>

Serkan Akdemir,<sup>3</sup> Murat Günay,<sup>4</sup> Ercüment Keskin<sup>5</sup>

1. Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin

2. S.B. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzincan

3. İzmir Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji A.B.D., İzmir

4. S.B. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Kliniği, Erzincan

5. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzincan

**AMAÇ:** ED etyolojisi multifaktöryeldir ve ana sebepleri arasında hipertansiyon, diabetes mellitus, kronik arter hastalığı gibi kronik hastalıkların yanısıra bu hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçların yan etkileri de vardır. Altta yatan temel neden ise endotelial disfonksiyona neden olan dejeneratif değişikliklerdir. Endotelial spesifik molekül 1 (Endocan) endotelial hücrelerden salınan bir dermanat sülfat proteoglikandır. Endocan tümör adezyonu, progresyonu, migrasyonu, anjiyogenez, inflamatuvar hastalıklar gibi endotelial bağımlı patolojik durumlarda rol oynamaktadır. Endocan proinflamatuvar sitokinlerin endotelial hücrelerden üretimini artırır ve mikrovasküler geçirgenlikte artışa neden olur ve lökosit migrasyonu regüle eder. Endocan, vasküler düz kas hücre proliferasyonunu ve migrasyonunu stimüle ederek aterosklerozda neointima oluşumuna katkıda bulunan yeni bir endotelial mediatör olduğu öne sürülmektedir. Bu çalışmada erektil disfonksiyonu (ED) olan hastalarda serum endocan seviyeleri ölçüldü ve serum endocan seviyeleri ve erektil disfonksiyon arasındaki muhtemel ilişki araştırıldı.

**YÖNTEM:** Çalışmaya alınan 64 hasta şiddetli ED (19 hasta), orta ED (24 hasta), hafif ED (21 hasta) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. 20 sağlıklı erkek ile kontrol grubu oluşturuldu. Tüm hastaların ereksiyon işlevleri Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi-5 (IIEF-5) formu kullanılarak değerlendirildi. Her katılımcının vücut kitle indeksi (VKİ), açlık serum glukoz, total testosteron, düşük ve yüksek dansiteli lipoprotein, trigliserit ve endocan düzeyleri belirlendi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş, serum açlık kan şekeri, vücut kitle indeksi ve kolesterol seviyesi 3 ED grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. (p>0,05) Ortalama Serum endocan düzeyi sırasıyla şiddetli, orta ve hafif ED ve kontrol grubunda 1.076 ng/mL ±0.5 ng/mL, 0.674 ±0.40 ng/mL, 0.671±0.3 ng/mL, 0.73±0.46 ng/mL olarak sonuçlandı. Bu sonuçlar ile şiddetli ED grubunda en yüksek değerler saptandı ve diğer gruplardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi. (p<0.05) Ortalama serum endocan seviyeleri kontrol grubunda, orta ve hafif ED gruplarına kıyasla anlamlı olarak yüksek saptandı. (p<0.05)

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışmada, endotelial disfonksiyon markırı olduğu düşünülen serum endocan düzeyinin şiddetli ED hastalarında anlamlı yüksek olması serum endocan düzeyinin değerlendirilmesinin ED tanı ve takibinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

**Tablo 1:** Metastaz gelişim ve Hastalığa özgü sağ kalımı öngören faktörler

	şiddetli ED (n:19)	Orta ED (n:24)	Hafif ED (n:21)	Kontrol (n:20)	p
<b>Klinik veriler</b>					
Yaş (yıl)	56.4±7.7	53.7±8.9	56.1 ±7.9	52.6 ±7.9	0.39
IIEF-5 skoru	6.1±0.94	9.7±0.9	15.5±3.3	23.8 ±1.3	0.001
VKİ (kg m2)	25.4± 2.8	27.0±3.1	25.9±2.3	26.4±2.7	0.34
Hipertansiyon(%)	10.5	12.5	15.0	9.5	0.93
Sigara kullanımı(%)	52.6	54.2	30.0	33.3	0.06
Diabet (%)	15.8	8.3	10.0	9.5	0.90
KAH (%)	10.5	8.3	5.0	4.7	0.44
<b>Hematolojik veriler</b>					
AKŞ (mg/dl)	115 (73-260 )	110(86-200 )	105(81-197 )	99(82-150 )	0.07
TT (ng dl-1)	387.2± 159.8	315.9± 127.5	438.0±149.8	347.6±123.0	0.031
LDL (mg/dl)	110.1± 41.2	113.7± 28.4	131.1±36.0	108.1±43.6	0.196
HDL (mg/dl)	41.1± 6.4	40.2± 8.4	42.3±9.7	37.4±6.5	0.106
TG (mg/dl)	243.4± 147.6	176.7± 76.9	148.8±67.2	183.5±88.4	0.026
Total Kolesterol, (mg/dl)	199.8± 50.8	179.7± 30.0	206.2± 30.6	188.3± 38.7	0.11
Endocan(ng/mL)	1.076±0.5	0.674±0.4	0.671±0.3	0.73±0.46	0.011

IIEF-5, uluslararası erektil fonksiyon indeksi-5; VKİ, Vücut kitle indeksi;KAH, Kroner arter hastalığı;

Açlık kan şekeri; TT, Total Testosteron LDL, Düşük dansiteli lipoprotein; HDL, yüksek dansiteli lipoprotein; TG, Trigliserit

SP-47

## DIYABETİK EREKTİL DİSFONKSİYON HASTALARINDA PENİL REVASKÜLARİZASYON CERRAHİSİ: UZUN DÖNEM SONUÇLAR

Önder Kayıgil,<sup>1</sup> Emrah Okulu,<sup>2</sup> Fatih Akdemir,<sup>3\*</sup>

1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

2. S.B. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

3. S.B. Terme Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

**AMAÇ:** Vaskülojenik erektil disfonksiyon tedavisinde penil revaskülarizasyon cerrahisinin uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin modifiye Furlow-Fisher tekniğinin sonuçları üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Diyabet dışında risk faktörü olmayan revaskülarizasyon cerrahisi uyguladığımız 50 erektil disfonksiyonlu hastanın uzun dönem sonuçlarını topladık. 2004 ile 2015 yılları arasında ortalama yaşı 47.2 yaş olan (aralık 23-73 yaş) toplam 225 hastaya penil revaskülarizasyon cerrahisi uygulandı. Bunlardan 50 hastanın diyabet tanısı vardı ve ortalama 60.94±1.34 ay takip edildiler. Tümünün

Dahiliye, Nöroloji, Psikiyatri, Anestezi bölümlerince de rutin takipleri yapıldı. Hastalara ameliyat öncesi ürolojik olarak penil renkli Doppler ultrason, korpus kavernozum elektromiyografisi (CC-EMG) ve kavernozaometri yapıldı. Ameliyat öncesi dönem ile ameliyat sonrası en son kontrolde yapılan IIEF-5 skorlamasında en az 5 puanlık artış düzelme (cerrahi başarı) olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Cerrahi öncesi ortalama toplam IIEF-5 skoru 28.1±5.7 iken son kontroldeki skor 42.2±6.3 idi (p<0.05). Cerrahi öncesi IIEF-5 skoru 8.3±2.2 iken son kontrolde 17.7±2.1 (p<0.05). Erektile Fonksiyon alan skoru ortalaması cerrahi öncesi 11.6±3.4 iken son kontrolde 21.7±6.1 idi (p<0.05). IIEF-15'e göre, 32 hastanın ED'suz eşik değeri >26 idi. IIEF-5'e göre



50 diyabetik hastanın 35'inde (%70) cerrahi başarılı idi.

**ÇIKARIMLAR:** Bu sonuçlarla, kontrollü diyabet dışında risk faktörü olmayan hastalarda penil revaskülarizasyon cerrahisinin penil protez implantasyonundan önce alternatif bir seçenek olabileceğini düşünmekteyiz.

SP-48

## PELVİK OTONOMİK DİSFONKSİYON: ALT İDRAR YOLU SEMPTOMLARI İLE BİRLİKTE EREKTİL DİSFONKSİYON OLAN HASTALARDA YENİ BİR TANIM

Önder Kayıgil,<sup>1</sup> Yücel Altay,<sup>1,2</sup> Emrah Okulu<sup>3</sup>

1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

2. S.B. Ergani Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Diyarbakır

3. S.B. Ankara Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Alt idrar yolu semptomları (AİYS) olan hastalarda korpus kavernozum elektromiyografi (CC-EMG) verileri, pelvik otonomik disfonksiyon için tanısal parametre olarak kullanılabilir sorusunu araştırmak

**YÖNTEM:** Bu çalışma AİYS ile birlikte erektil disfonksiyonu olan 50 hastada planlanmıştır. Total 'International Index of Erectile Function' (IIEF) skoru <26 ve I-PSS skoru >10 idi. Tüm hastaların ürolojik değerlendirmeleri penil renkli Doppler ultrason, CC-EMG, kavernozaometri, ürodinami ve transrektal ultrason ile yapıldı. CC-EMG ölçümleri yapılan hastalar relaksasyon derecelerine göre gruplara ayrıldılar. Relaksasyon derecesi %50'nin altında olan hastalar grup 1 (n=23), ve %50'nin üzerinde olanlar grup 2 (n=27)'yi oluşturdu.

**BULGULAR:** Grup 1'in IIEF-5 ve IIEF-15 skorları grup 2'ye göre daha düşüktü. Grup 2'nin I-PSS skorları, grup 1'e göre daha düşüktü. Papaverin öncesi ortalama amplitüd değerleri grup 1'de 261.41

$\pm 112.97$  iken grup 2'de  $246 \pm 101.28$  idi ( $p<0.05$ ). Papaverin enjeksiyonu sonrası ortalama amplitüd değerleri grup 1'de  $182.73 \pm 60.71$  iken grup 2'de  $83.2 \pm 29.19$  idi ( $p<0.05$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Artmış elektrik patlaması ve azalmış relaksasyon yanıtları, mesane sfinkter aktivitesinin artmış kontraktıl halinin bir indirect bulgusu olabilir ve bu nedenle CC-EMG kavernozaometri ile benzer şekilde pelvik otonomik disfonksiyon tanısında da kullanılabilir.

SP-49

## EREKTİL DİSFONKSİYON HASTALARINDA GÜNDE BİR KEZ TADALAFİL 5 MG TEDAVİSİNİN EJAKÜLASYON SÜRESİNE ETKİSİ

Mehmet Karabakan,<sup>1,1</sup> Ercüment Keskin,<sup>2</sup> Serkan Akdemir,<sup>3</sup> Aliseydi Bozkurt<sup>2</sup>

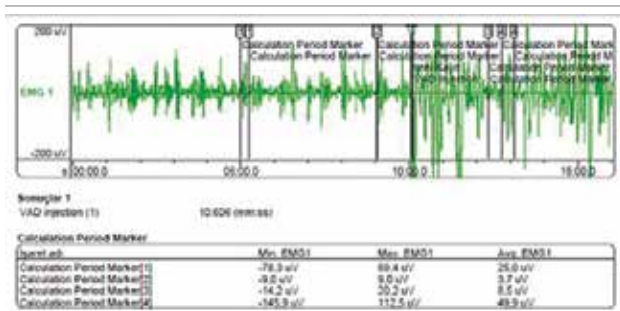
1. Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin

2. Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzincan

3. İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Prematür ejakülasyon (PE) yaklaşık %30 prevalans oranında görülmekte ve erkeklerde en sık görülen seksüel fonksiyon bozukluğu olarak düşünülmektedir. PE için en yaygın tedavi farmakolojik tedaviler ve davranış tedavisidir. Farmakolojik tedavide ilk seçim serotonin reuptake inhibitor (SSRI) ilaçlarıdır ancak fosfodiesteraz tip-5 (PDE5) inhibitörü ilaçlar, lokal anestetikler ve tramadol gibi ilaçlarda kullanılmaktadır. PDE5 inhibitörü ilaçları PE tedavisinde etkili bulunmuştur ancak günlük tadalafil 5 mg kullanımıyla ilgili veriler yetersizdir. Literatürde erektil disfonksiyonu olan hastalarda günlük tadalafil 5 mg kullanımının PE üzerine etkisini değerlendiren çalışmalara rastlanılmamıştır. Bu çalışmada erektil disfonksiyonu olan hastalarda günde bir kez tadalafil 5mg tedavisinin ejakülasyon süresine olan etkisi incelendi.

**YÖNTEM:** Çalışmaya ocak 2015 ve ocak 2016 tarihleri arasında üroloji polikliniğine başvuran erektil disfonksiyon tanılı 60 hasta dahil edildi. Tüm hastaların Uluslararası Erektıl Fonksiyon İndeksi-5 (IIEF-5), İnvajinal Ejakülasyon Latans Süresi (IELTs) ve Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) kaydedildi. Hastalar 3 ay süresince tadalafil 5 mg günde bir kez kullandıktan sonra ereksiyon, ejakülasyon fonksiyonları ve alt üriner sistem



**Tablo 1:** Hastaların klinik ve biyokimyasal verileri

	Hastalar (n:60)
Yaş (yıl)	50.4±7.9
Total Testosteron (ng dL-1)	444.6±178.6
Total kolesterol (mg/dL)	188.7±29.6
Açlık kan şekeri (mg dL-1)	104 (80-360)
HDL (mg dL-1)	43.2± 9
LDL (mg dL-1)	111.9± 32.4
Hipertansiyon (%)	33.9
Sigara (%)	45.8
DM (%)	15.30

LDL kolesterol = düşük dansiteli lipoprotein kolesterol,  
HDL kolesterol = yüksek dansiteli, lipoprotein kolesterol.  
DM = Diabetes mellitus.,

**Tablo 2:** Hastaların klinik sonuçları

Değerler	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	P value
IIEF-5	9.5±3.7	16.1±4.7	<0.001
IPSS	14.7±4.7	10.4±3.8	<0.001
IELT	2.1±1.3	3.2±1.4	<0.001

IIEF-5 = Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi-5,  
IPSS= Uluslararası Prostat Semptom Skoru, IELT= İntravajinal Ejakülasyon Latans Süresi  
P değerleri independent T test analiz yöntemi kullanılarak elde edilmiştir

semptomları tekrar değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların tedavi öncesi ortalama değerleri; IELTs 2.1 ± 1.3 dk, IIEF-5: 9.5±3.7, IPSS: 14.7±4.7. olarak sonuçlanmıştır. Hastaların 3 aylık tedavi sonrasında IELTs 3.2±1.4 dk, IIEF: 16.1±4.7, IPSS: 10.4±3.8 olarak sonuçlandı. Tedavi sonrası hastaların IIEF değerleri ve ejakülasyon zamanında anlamlı artış saptandı, IPSS değerlerinde ise anlamlı azalma gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Günde bir tadalafil 5 mg tedavisinin erektil disfonksiyon tedavisinde güvenle kullanılabilceği ve ejakülasyon zamanında uzamayı sağladığı saptandı.

SP-50

## PREMATÜR EJAKÜLASYON TANILI HASTALARIN BAŞVURU ÖNCESİ KENDİNİ TEDAVİ ETME YÖNTEMLERİ

Serhan Çimen\*(1)

1. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya

**AMAÇ:** Prematür ejakülasyon erkek cinsel fonksiyon bozuklukları arasında ilk sırada yer almaktadır. Kişinin ve partnerinin cinsel ve diğer sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Prematür ejakülasyon tanılı hastaların başvuru öncesi kendini tedavi etme yöntemlerini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında başvuran ve prematür ejakülasyon (PE) tanılı 94 hastaya sorularak yaptıkları tedavi yöntemleri incelendi.

**BULGULAR:** Polikliniğimize başvuran 94 PE tanısı konulan hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların yaş ortalaması 37,2 (19-54) olarak tespit edildi. Hastaların hekime başvuru öncesi 9' unda (% 9,5) ilişki esnasında başka konuya odaklanma, 8' inde (% 8,5) ilişki esnasında bir süre durup tekrar ilişkiye devam etme, 10' unda (% 10,6) ilişki öncesi masturbasyon yapma, 19' unda (% 20,3) daha sık ilişkide bulunma, 18' inde (% 19,2) ilişki öncesi alkol veya diğer keyif verici maddeler alma ve 21' inde (% 22,4) ise penisi sıkma ve 9' unda (% 9,5) da bu yöntemlerin birkaçını kullanarak kendi kendini tedavi etmeye çalıştıkları tespit edilmiştir. Bu tedavileri uygulayıp başarılı olduğuna inanan hasta sayısı 41 (% 43,6) olarak bulundu. Yinede başka tedavi arayışı içinde olduklarını belirttiler.Hastalara medikal tedavi verildi.

**ÇIKARIMLAR:** Erkeklerde sık görülen bir cinsel fonksiyon bozukluğu olan PE tedavisinde farklı tedavi yöntemleri hastalar tarafından denenmektedir. Hastaların bu konuda iyi bilgilendirilmeli, psikososyolojik analizi yapılmalı ve uygun tedaviye yönlendirilmelidirler.



# SERBEST BİLDİRİLER 6 (ÇOCUK ÜROLOJİSİ)

4 Kasım 2016 / Salon A / 17:15-18:15

Oturum Başkanları: Reşit Tokuç, Özgür Tan



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-31

## EAU/ESPU VUR RİSK SINIFLAMASI GÜNLÜK PRATİKLE UYUMLU MUDUR?

Burak Çıtamak<sup>1</sup> Ali Cansu Bozacı,<sup>1</sup> Mesut Altan,<sup>1</sup>  
Burhan Özdemir,\*<sup>1</sup> Hakan Bahadır Haberal,<sup>1</sup>  
Hasan Serkan Doğan,<sup>1</sup> Serdar Tekgül<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Vezikoüreteral reflü (VUR) cerrahi tedavisinde hasta seçimi için kullanılan risk gruplarının klinik pratik ile uyumlu olup olmadığını araştırmak.

**YÖNTEM:** 1997-2016 yılları arasında kliniğimizde VUR nedeniyle opere edilen 751 hastadan tüm verilerine ulaşılan 686 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar Avrupa Üroloji kılavuzunda verilen kriterlere göre düşük orta ve yüksek riskli olarak 3 gruba ayrıldı. Hastaların cinsiyet, operasyon tipi, başarı, postoperatif İYE, lateralite, VUR derecesi, renal skar, araya giren enfeksiyon (AGE) ve işeme disfonksiyonu (İD) olup olmaması karşılaştırıldı. Sonuçlar SPSS 17.0 ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Hastaların 92'si (% 13,4) düşük, 483'ü (%70,7) orta, 109'u (%15,9) yüksek riskli grubundaydı. Genel başarı %85,3 iken STING yapılanlarda %75, UNC yapılanlarda başarı %93 olarak bulundu. Bilateral, yüksek dereceli reflüler, skarlı hastalar, işeme disfonksiyonu olanlar yüksek risk grubta daha yüksek oranda bulundu. Yüksek riskli grupta UNC (%82,6), düşük riskte ise STING(%76,1) daha fazla tercih edildiği görüldü. UNC ve STING yapılanlar içinde risk grupları karşılaştırıldığında başarı farkı olmadığı tespit edildi. İD, kızlarda daha fazla tespit edilmiş olup, İD olan hastalarda düşük dereceli VUR daha fazla tespit edilmiş olup, endoskopik tedavi daha fazla tercih edilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** VUR hastaları, EAU/ESPU risk sınıflamasına göre gruplandırıldığında, düşük riskli gruplarda endoskopik, yüksek riskli gruplarda açık cerrahinin daha fazla tercih edilmiş olduğu anlaşılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında; yüksek riskli grubun tedavisinde daha yüksek başarı oranlarına

sahip olan açık cerrahi yöntemlerin tercih edildiği ve risk sınıflamasının günlük pratikle örtüşüyor görülmektedir.

SS-32

## MİYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA BOTULİNUM NÖROTOKSİN A İLE NÖROJENİK DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTE TEDAVİSİNDE İDRARDA BDNF DÜZEYİNİN MESANE DİNAMİKLERİNİ ÖNGÖRMEDEKİ ETKİNLİĞİ

Çağrı Akın Şekerci,<sup>1,1</sup> Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Tuncay Top,<sup>1</sup>  
Banu İşbilen Başok,<sup>2</sup> Ferruh İşman,<sup>3</sup> Ferruh Şimşek,<sup>1</sup>  
Cem Akbal,<sup>1</sup> Tufan Tarcan<sup>1</sup>

1. Marmara Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

2. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, İzmir

3. Medeniyet Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya, İstanbul

**AMAÇ:** Myelodisplazili çocuklarda intradetrusor Botulinum nörotoksin A (BoNT A) enjeksiyonu sonrası tedavinin etkinliğini değerlendirmede ürodinamik inceleme altın standarttır. Bu çalışmanın amacı miyelodisplazili çocuklarda BoNT A tedavisi öncesi ve sonrası idrarda Brain Derived Neurotrophic Factor (BDNF) düzeylerinin tanı ve izlemdeki değerinin saptanmasıdır.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde miyelodisplaziliye ikincil nörojenik detrusor aşırı aktivitesi nedeniyle BoNT A enjeksiyonu uygulanan 23 çocuk çalışmaya alındı. Bu hastaların idrarları intradetrusor BoNT A enjeksiyonu öncesi, postoperatif birinci ve üçüncü ayda idrar kültürleri sterilken toplandı. Toplanan idrar örnekleri 3000 rpm' de 10 dakika santrifuj edildikten sonra -80 derecede dondurularak saklandı. İdrarda BDNF düzeyleri ELISA yöntemiyle çalışıldı. Çocukların BoNT A enjeksiyonu öncesi ve sonrası ürodinamik incelemeleri ve üriner BDNF düzeyleri değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 6 (% 33) erkek, 17 (% 66) kız, toplam 23 hastanın yaş ortalaması 100,0

Tablo 1

	Botoks Grubu Tedavi Öncesi	Botoks Grubu Postoperatif 1. ay	Botoks Grubu Postoperatif 3. ay	P Değeri
BDNF (ng/mg Cr) ±Sd (n:23)	1,0±1,0	0,6±1,1	0,4±0,3	0,006* 0,006** 0,333***

Tablo 2

	Tedavi Öncesi	Postoperatif 6. Hafta	P Değeri
Maksimum mesane kapasite (cc)±Sd (n:23)	155,0±105,0	246,1±110,3	<0,001
Maksimum detrusor basınç (cmH <sub>2</sub> O)±Sd (n:23)	47,4±24,3	29,8±17,0	0,002

±34,5 aydı. 23 olgunun da tanısı miyelomeningoseldi. Lezyon düzeyi 20 çocukta lomber, 1 çocukta sakral, 2 çocukta lumbosakraldi. Üriner BDNF düzeyleri BoNT A enjeksiyonu sonrası birinci ve üçüncü aylarda tedavi öncesine göre anlamlı olarak (p = 0,006, p = 0,006) düşüktü. BoNT-A enjeksiyonu sonrası üçüncü ay düzeyi birinci aya göre düşük olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo-1). Hastaların ürodinamik inceleme bulgularında (maksimum mesane kapasitesi ve maksimum detrusor basıncı) BoNT A tedavisi sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzelme kaydedildi (Tablo-2).

**ÇIKARIMLAR:** Miyelodisplazi çocuklarda BoNT-A enjeksiyonu öncesi ve sonrası yapılan ürodinamik inceleme günümüzde altın standart olmakla beraber pahalı ve invaziv bir yöntemdir. BoNT-A enjeksiyonu sonrası idrarda düzeyi anlamlı olarak düşen BDNF gelecekte bu hastaların izleminde alternatif bir seçenek olabilir.

SS-33

## VEZİKOÜRETERAL REFLÜ İÇİN CERRAHİ TEDAVİ UYGULADIĞIMIZ OLGULARDA BAŞARIYI ETKİLEYEN PREOPERATİF FAKTÖRLER NELERDİR?

Eda Tokat,<sup>1</sup> İyimser Üre,<sup>2</sup> Cenk Acar,<sup>3</sup> Zafer Sınık,<sup>4</sup> Mustafa Özgür Tan,<sup>1</sup> Özdemir Serhat Gürocak<sup>1</sup>

1) Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Abd, Ankara

2) Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Abd, Eskişehir

3) Özel Eryaman Tıp Merkezi, Üroloji, Ankara

4) Özel Odak Cerrahi Tıp Merkezi, Üroloji, Denizli

**AMAÇ:** Vezikoüreteral reflüsü (VUR) olan olgularımızda uyguladığımız cerrahi işlemlerin başarısını önceden belirleyebilecek preoperatif parametreleri değerlendirmek

**YÖNTEM:** 2009 - 2016 yılları arasında 346 renal üniteden klinik takipleri eksiksiz olan toplam 296 renal ünitenin preoperatif olarak klinik parametreleri, reflü derecesi ve yönü, DMSA'da skar varlığı, başlangıç tedavisi, uygulanan cerrahi yöntem ile postoperatif üriner enfeksiyon, alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve renal sintigrafi bulguları retrospektif olarak değerlendirildi. Cerrahi sonrası DMSA'da yeni skar ve/veya üriner sistem enfeksiyonun varlığı postoperatif başarısızlık olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş ve takip süresi sırasıyla 75 (6-132) ay ve 27,2 (6-96) aydı. 229 (%77,4) renal üniteye enjeksiyon ve 67 (%22,6) renal üniteye üreteroneostomi (UNC) uygulandı. Vakaların 91'ine (%56,9) unilateral, 69'una (%43,1) bilateral enjeksiyon ve 27'sine (%57,5) unilateral ve 20'sine (%42,5) bilateral UNC uygulandı. Preoperatif VCU'da hastaların 13'ünde (%4,4) 1.derece, 43'ünde (%14,5) 2.derece, 141'inde (%47,6) 3.derece, 73'ünde (%24,7) 4.derece ve 26'sında (%8,8) 5.derece VUR tespit edildi. Postoperatif 28 (%9,4) ve 13(%4,3) hastada sırasıyla idrar yolu enfeksiyonu ve DMSA'da yeni skar belirlendi. Preoperatif parametrelerden hastanın yaşı, AÜSS varlığı, başlangıç tedavisinde enjeksiyon yapılması ve artan risk grubu postoperatif başarıyı anlamlı şekilde etkiliyordu (p<0.001) (Tablo).

**ÇIKARIMLAR:** VUR olan olgularda tedavi yaşının küçük olması, AÜSS varlığı, erken dönemde enjeksiyon yapılması ve EAU risk sınıflamasının artması tedavinin sonucunu olumsuz yönde etkilemektedir. Bu açıdan hastaya cerrahi girişim yapılmadan önce mutlaka üst üriner sistem için risk sınıfının belirlenip AÜSS uygun şekilde tedavi edildikten sonra hastaya uygun tedavi yönteminin doğru yaşta uygulanmasının klinik başarıyı olumlu yönde artıracığını düşünmekteyiz.

Tablo

	B	P değeri	Exp(B)	95% Güven Aralığı EXP(B)		
				Alt	Üst	
Yaş	-.069	0.039	.937	.880	.998	
Cinsiyet	-.060	0.896	.942	.385	2,305	
Tanı DMSA'da skar varlığı	.941	.136	2,562	.744	8,821	
AÜSS varlığı	-.872	0.047	.367	.158	.854	
Başlangıç Tedavisi		<.001				
	Enjeksiyon	-4,841	<.001	.008	.002	.041
	UNC	-.690	.264	.502	.149	1,685
	DAP+Anti-kolinerjik	-4,741	<.001	.009	.002	.043
EAU Risk grubu		<.001				
Orta-risk	-.052	.927	.950	.316	2,852	
Yüksek risk	-2,237	<.001	.107	.032	.352	

SS-34

## VEZİKOÜRETERAL REFLÜSÜ OLAN HASTALARDA RENAL SKAR VE ARAYA GİREN ENFEKSİYONLAR AÇISINDAN KİMLER RİSK ALTINDADIR?

Burak Çıtamak,<sup>1</sup> Ali Cansu Bozacı,<sup>1,1</sup> Mesut Altan,<sup>1</sup>  
Burhan Özdemir,<sup>1</sup> Oğuzhan Kahraman,<sup>1</sup>  
Hasan Serkan Doğan,<sup>1</sup> Serdar Tekgül<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Vezikoüreteral reflüsü (VUR) nedeniyle opere edilen çocuklarda renal skar ve preoperatif dönemde araya giren enfeksiyonları (AGE) öngören preoperatif faktörleri araştırmak.

**YÖNTEM:** 1997-2016 yılları arasında kliniğimizde VUR nedeniyle opere edilen 751 hastadan tüm verilerine ulaşılan 686 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Preoperatif parametreler renal skar ve preop AGE açısından ayrı ayrı analiz edildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 69,6±44 ay (3-204), erkek/kız oranı 250/436 olarak bulundu. Renal skar varlığını öngören faktörler olarak VUR derecesi ve bilateral olması bulunurken, çok değişkenli analizde ise VUR derecesinin en önemli parametre olduğu tespit edildi (p<0,0001). Yapılan analizde preoperatif AGE'yi öngören tek faktörün kız cinsiyet olduğu bulundu (p<0,0001).

**ÇIKARIMLAR:** VUR nedeniyle tedavi gören hastalarda renal skar ve AGE cerrahi müdahale kararını etkilemektedir. VUR'un yüksek dereceli

olması ve bilateral olması renal skar, kız cinsiyet ise AGE olma oranını arttırmaktadır. Bu riskler göz önüne alınarak VUR tedavisi planlanmalıdır.

SS-35

## ANNENİN GEBELİK DÖNEMİNDE MARUZ KALDIĞI YÜKSEK ÇEVRE SICAKLIĞI HIPOSPADİAS RİSKİNİ ARTTIRIR MI?

Muhammet Fatih Kılıncı,<sup>1,1</sup> Sedat Çakmak,<sup>2</sup>  
Demirhan Örsan Demir,<sup>3</sup> Yıldırım Yıldız,<sup>1</sup>  
Ömer Gökhan Doluğlu,<sup>1</sup> Kaya Horasanlı,<sup>2</sup> Ayhan Dalkılıç<sup>2</sup>

1. S.B. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. S.B. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. S.B. Ankara Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Gebelik sırasında annenin maruz kaldığı çevre sıcaklığı ile hipospadias riski arasındaki ilişkiyi araştırmak.

**YÖNTEM:** Ocak 2000 ile Kasım 2015 yılları arasında gebelik dönemini Ankara ve İstanbul bölgesinde geçiren hipospadias onarımı ve diğer ürolojik girişimler (sünnet, idrar yolu enfeksiyon, piyeloplasti, nefrolitotomi, v.b) yapılan çocukların verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hipospadias gelişim riski olan 8-14. gebelik haftalarında maruz kalınan çevre sıcaklığı her hasta için Meteoroloji Genel Müdürlüğünden alınan verilere göre hesaplandı. Maruz kalınan çevre sıcaklığı, anne yaşı, parite,

ekonomik durum, doğum haftası, doğum ağırlığı her iki grup için karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** 2000-2015 yılları arasında 1709 hipospadias onarımı yapılan çocuk ile 4946 diğer ürolojik girişimler yapılan çocuğun verileri karşılaştırıldı. Anne yaşı, parite, ekonomik durum, doğum haftası, doğum ağırlığı her iki grup için istatistiksel olarak fark saptanmadı. 8-14. gebelik haftalarında maruz kalınan maksimum ve ortalama aylık çevre sıcaklığı yaz ayı özellikle aşırı sıcak günlerin bulunduğu temmuz ve ağustos ayı hipospadias grubunda diğer gruba göre anlamlı bulundu ( $p=0.001$ ). Yaz aylarındaki maksimum ve ortalama aylık çevre sıcaklığı hipospadias riskini arttırdığı gözlemlendi [OR:1.35,95% CI: 1.10, 1.65 and OR 1.20, 95% CI: 0.96, 1.50].

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışma gebeliğin 8-14. gebelik haftalarında yaz aylarının yüksek sıcak günlerinde annenin maruz kaldığı yüksek çevre sıcaklığının hypospaidas riskini arttırdığı göstermiştir.

SS-36

## PEDİATRİK HASTA GRUBUNDA YAPILAN PERKÜTAN NEFROLİTOTRİPSİ AMELİYATINDA BAŞARIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hikmet Cebrayilov,<sup>1</sup> Serhat Gürocak,<sup>1</sup>

M. Yavuz Koparal,<sup>1</sup> Bora Küpeli,<sup>1</sup> Özgür Tan<sup>1</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotripsi (PCNL) operasyonu çocuk hastalarda günümüzde böbrek taşı cerrahi tedavisinde en sık kullanılan cerrahi yöntemlerden biridir. Bu çalışmada çocuk hastalarda yapılan PCNL'de başarıyı etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Haziran 2002 - Mayıs 2015 tarihleri arasında kliniğimizde PCNL yapılan 41 çocuk hasta (erkek/kız: 21/20) çalışmaya alındı. 29 çocuk hastaya sağ böbrek taşı, 12 çocuk hastaya ise sol böbrek taşı sebebiyle PCNL uygulandı. Hiçbir hastaya bilateral PCNL uygulanmadı. Perkütan giriş hasta yüzüstü yatar pozisyonda iken yapıldı. Tamamen taşlardan arındırılmış stone free (SF) ya da klinik olarak önemsiz (CIRF) kabul edilen asemptomatik, 4mm den küçük, nonobstrüktif ve enfeksiyona yol açmayan taşlara sahip hastalarda işlem başarılı olarak kabul edildi. Çalışmamızda PCNL operasyonlarında başarıyı etkileyen faktörlerden cerrahi deneyim, taş yükü, taşın

yeri, giriş yeri, geçirilmiş operasyon öyküsü, taşın cinsi, hidronefroz, ek tedavi ihtiyacı, taşın opasitesi, tanı yaşı, komplikasyon varlığı, postoperatif dönemdeki hematokrit ve kreatinin değerleri, sheat boyutu, vücut kitle indeksi değerlendirildi. Retrospektif dökümanite edilmiş hasta verileri analiz edildi.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması  $9,9 \pm 4,89$  (2-17) idi. Ortalama operasyon süresi  $102 \pm 27$  dk., ortalama yatış süresi  $7,41 \pm 0,7$  gün idi. Ortalama nefrostomi kalış süresi  $2,45 \pm 0,5$  gün idi. Postoperatif birinci günde çekilen direkt grafilerde başarı oranı %82,9 saptandı. Başarı oranı kompleks taşlar için %45,5, basit taşlar için %96,7 olarak bulundu ( $p<0,001$ ). 41 çocuk hastanın 12'si daha önceden aynı taraftan açık böbrek cerrahisi veya PCNL öyküsüne sahipti. Operasyon öyküsü olan ve olmayan gruplar başarı açısından karşılaştırıldığında 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0,001$ ). Cerrahi deneyimin başarıya etkisi değerlendirildiğinde iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p<0,001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Taş lokalizasyonu, ek tedavi gereksinimi, cerrahi tecrübe, hidronefroz derecesi ve geçirilmiş cerrahi, çocuklarda, PCNL işleminde başarıyı etkileyen faktörler olarak görülmüştür. Artan deneyim ve gelişen yeni enstrümanlar başarı oranını yükseltecektir.

**Tablo 1:** PCNL'de başarı oranları açısından analiz edilen faktörler

Hastaya Ait Faktörler	İşleme Ait Faktörler
Yaş / yıl	Cerrahin tecrübesi
Vücut- Kitle indeksi BMI kg/m2	Giriş kaliksi
Böbrekte hidronefroz derecesi	Sheat boyutu ( Fr)
Geçirilmiş ameliyat hikayesi	Trakt sayı
Serum kreatinin ( postop) mg/dl	Transfüzyon gereksinimi
Taş yükü / cm2	İntraop ve postop komplikasyonlar
Taş lokalizasyonu	
Taş opasitesi	

**Tablo 2:** PCNL uygulanan çocuk hastaların klinik özellikleri

	<b>n: 41 hasta</b>
Hasta sayısı ( renal ünite )	(41renal ünite)
Tanı yaşı ort ( min- max ) yıl	9,9±4,89 ( 2-17)
Erkek / Kadın	21/20 (%51,2/48,8)
Sağ / Sol	29/12 (%70,7/29,3)
BMI ort kg/m2	19,89±3,96
≤ 18,5 kg/m2	18 hasta (%43,9)
18,6-24,9 kg/m2	16 hasta (%39)
≥ 25 kg/m2	7 hasta (%17,1)
Preop Hb / Hct ort mg/dl	12,86±1,16 /38,39±4,64
Preop BUN / Kreatinin ort mg/dl	12,76±3,56/0,63±0,35
Geçirilmiş operasyon hikayesi (aynı taraf)	n: 12 hasta (%29,3)
Piyelolitotomi	7 hasta (%58,3)
URS	3 hasta (%25)
RIRS	2 hasta (%16,7)
ESWL hikayesi	n: 6 hasta (%14,6)
Hidronefroz (Society for Fetal Urology Grading Scale)	22 hasta (%53,7)
Grade 0	19 hasta (%46,3)
Grade 1	8 hasta (%36,4)
Grade 2	10 hasta (%45,4)
Grade 3	4 hasta (18,2%)
Ek hastalık	n: 21 hasta (%51,2)
Diğer üriner sistemde taş hastalığı	5 hasta (%23,8)
Sık İYE	7 hasta (%33,2)
VUR	1 hasta (%4,8)
Sistinozis	5 hasta (%23,8)
Hiperkalsüri Tip 1	1 hasta (%4,8)
KBH	1 hasta (%4,8)
Osteogenezis imperfekta	1 hasta (%4,8)

**Tablo 3:** PCNL uygulanan çocuk hastaların taş özellikleri

<b>Ortalama taş yükü cm2</b>	<b>6,30 ± 2,08</b>
≤ 4,9 cm2	10 hasta ( %24,4)
≥ 5,0 cm2	31 hasta ( %75,6)
<b>Taş lokalizasyonu</b>	
Basit taşlar	30 hasta ( %73,2)
İzole renal pelvis	18 hasta ( %60)
İzole üst kaliks	5 hasta ( %16,7)
İzole orta kaliks	1 hasta ( %3,3)
İzole alt kaliks	6 hasta ( %20)
Kompleks taşlar	11 hasta ( %26,8)
Staghorn	2 hasta ( %18,2)
Parsiyel staghorn	4 hasta ( %36,4)
Renal pelvis ve alt kaliks	3 hasta ( %27,2)
Orta ve üst kaliks	1 hasta ( %9,1)
Multiple yerleşimli	1 hasta ( %9,1)
<b>Taşın opasitesi</b>	
Opak	37 hasta ( %90,2)
Semi opak	4 hasta ( %9,8)

**Tablo 4:** Başarıyı etkileyen faktörler

FAKTÖR		BAŞARILI		BAŞARISIZ		Ki-Kare	P
		N	%	N	%		
YAŞ /yıl	<4	6	75	2	25	0.5	0.777
	05-12	15	83.3	3	16.7		
	13-18	13	86.7	2	13.3		
TAŞ YÜKÜ /cm <sup>2</sup>	<4,9	10	90.9	1	9.1	0.68	0.411
	05-10	24	80	6	20		
TAŞIN YERİ	BASİT	29	96.7	1	3.3	14.91	<0,001
	KOMPLEKS	5	45.5	6	54.5		
HİDRONEFROZ	GRADE 0-1	25	92.6	2	7.4	5.22	0.022
	GRADE 2-4	9	64.3	5	35.7		
GEÇİRİLMİŞ AMELİYAT	YOK	27	93.1	2	6.9	7.25	<0,001
	VAR	7	58.3	5	41.7		
OPASİTE	SEMİ	3	75	1	25	0.2	0.657
	OPAK	31	83.8	6	16.2		
TECRÜBE / vaka sayısı	0-15	9	60	6	40	8.78	<0,001
	16-41	25	96.2	1	3.8		
BMI / kg/m <sup>2</sup>	<24,9	28	82.4	6	17.6	0.46	0.83
	>25	6	85.7	1	14.3		
ACCESS YERİ	ALT	16	84.2	3	15.8	0.41	0.839
	ORTA	18	81.8	4	18.2		
SHEAT BOYUTU (Fr)	20	29	85.3	5	14.7	0.79	0.375
	>20	5	71.4	2	28.6		
KOMPLİKASYON	YOK	28	87.5	4	12.5	2.15	0.142
	VAR	6	66.7	3	33.3		
POSTOP HCT mg/dl	<32,9	12	92.3	1	7.7	1.18	0.277
	>33	22	78.6	6	21.4		
POSTOP KREATİNİN mg/dl	<0,69	24	88.9	3	11.1	1.99	0.159
	>0,7	10	71.4	4	28.6		
EK TEDAVİ	YOK	31	96.9	1	3.1	20.03	<0,001
	VAR	3	33.3	6	66.7		

SP-51

## PEDİATRİK URETERORENOSKOPİ SONRASI HİDRONEFROZ: İNSİDANSI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİ

Perviz Hacıyev,<sup>1</sup> Onur Telli,<sup>2</sup> Mehmet İlker Gökçe,<sup>3</sup> Mete Özkıdık,<sup>3</sup> Anar İbrahimov,<sup>3</sup> Berk Burgu,<sup>2</sup> Tarkan Soygür<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** URS sonrası gelişen Hidronefroz yaygın bir problemdir ve postoperatif dönem takiplerinde komplikasyon gelişebilmektedir. Biz bu çalışmada pediatrik hastalarda URS sonrası gelişen postoperatif Hidronefrozun insidansını ve postoperatif hidronefrozla ilişkili faktörleri tanımlamayı amaçladık.  
**YÖNTEM:** Semirijid yada f-URS yapılan 116 hastayı retrospektif olarak inceledik. Çalışmadaki primer amaç postoperatif dönemde Hidronefroz insidansını ve postoperatif Hidronefoza yol açabilecek risk faktörlerini belirlemek.

**BULGULAR:** Çalışmadaki hastaların ortalama yaşı  $9.5 \pm 4.5$  olup, 68 (58.6%) erkek 48 (41.4%) bayandan oluşmaktadır. Çalışmadaki hastaların demografik özellikleri Tablo 1 de özetlenmiştir. Retrospektif

olarak 84 hastaya fleksible ve 32 hastaya semirijid URS yapıldı. Ortalama taş büyüklüğü 9.4±3.9-mm'dir. Postoperatif yapılan görüntülemelerde (Stent çıkarılmasını takiben 6 ve 12. haftalar arası) hastaların 32 (27.6%)'sinde Hidronefroz olduğu görüldü. 10 (87%) hastada taşsızlık elde edildi. Tek değişkenli analizde; geçirilmiş ipsilateral URS hikayesi (P=0.001), operasyon süresi(P=0.03), impakte taş varlığı (P=0.001), operasyon sırasında üreteral hasar gelişimi (p=0,013) ve postoperatif dönemde geçirilen renal kolik atakları (P=0.009) postoperatif dönemde Hidronefroz riskinde artış ile ilişkili parametrelerolarak tanımlanmıştır. Tek değişkenli analiz sonuçları tablo 2 de özetlenmiştir. Çok değişkenli analizde ipsilateral URS öyküsü (OR:1.664, P=0.027) ve impakte taş varlığı (OR:1.788, P=0.014) ve operasyon sırasında üreteral hasar gelişimi (HR:1,106,P=0,039), postoperatif hidronefrozun gelişimde bağımsız prognostik faktör olduğu bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** Taş hastalarının önemli bir bölümünde URS'yi takiben ipsilateral hidronefroz gelişmektedir. İpsilateral hidronefroz öyküsü ve impakte taşı olan ve operasyon sırasında üreteral hasar gelişen hastalar postoperatif hidronefroz gelişmesi açısından yüksek risklidir. Bu yüzden hekimler postoperatif dönemde görüntüleme için, karar verme sürecinde bu parametleri göz önünde bulundurmalıdır.

SP-52

## ÇOCUK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE İNTRAOPERATİF YAPILAN LOKAL ANESTEZİK UYGULAMASI HASTA MEMNUNİYETİNİ ARTTIRIR

Erman Ceyhan,<sup>1</sup> Fatih İleri,<sup>1</sup> Ali Cansu Bozacı,<sup>1</sup> Hasan Serkan Doğan,<sup>1</sup> Özgür Canbay,<sup>2</sup> Aysun Anay Yılbaş,<sup>3</sup> Serdar Tekgül<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi (PNL) yapılan çocuk hastalarda nefrostomi traktına uygulanan lokal anesteziğin postoperatif analjezik ihtiyacına ve hasta konforuna etkisi değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** Çalışmaya 32 çocuk hasta dahil edilmiştir. Tüm hastalara aynı anestezi ve analjezi

uygulanmış,sonrasında PNL gerçekleştirilmiştir. Hastaların randomize edilerek yarısına giriş hattı boyunca serum fizyolojik (SF), diğer yarısına ise 2mg/kg dozunda prilokain ve bupivakain (LA grubu) enjekte edilmiştir.Post-op tüm hastalara rutin 6x15mg/kg dozunda parasetamol uygulanmıştır. Tüm hastalara post-op 15.dk, 30.dk, 1.sa, 6.sa ve 24.sa FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability scale) bakılmıştır. Ağrı skorları 4 ve üzerinde olanlara kurtarıcı analjezik olarak 1mg/kg meperidin(im) uygulanmıştır. Hastaların ağrı skorları,kurtarıcı analjezik ihtiyaçları, ilaçlara bağlı yan etkiler ve ilk 24 saatteki analjezi memnuniyetleri (0:hiç memnun değilim,4:çok memnunuz) karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Kontrol grubu hastaların ortanca yaşı 69,5(29-204),LA grubun ortanca yaşı ise 71(12-204)aydır. Taş boyutu kontrol grubunda ortanca 16mm, LA grubunda 15,5mm'dir.İki grup arasında yaş,taş boyutu-sayısı,yatış süresi ve FLACC skorları arasında anlamlı fark yoktur.Hastaların analjezik ihtiyacı çoğunlukla post-op ilk 15. dk'da olmuştur fakat ilk 15.dk'da kurtarıcı analjezik uygulamaları karşılaştırıldığında kontrol grubu (10/16) ile LA grubu (5/16) arasında fark izlenmemiştir (Pearson Ki-Kare 0,077). SF uygulanan hastaların %87,5'unda kurtarıcı analjezik uygulama ihtiyacı olmasına karşın,bu oran LA grubunda %56,3'tür (Ki-Kare 0,049; Fisher's Exact 0,113). İki grup arasında 2. doz kurtarıcı analjezik ihtiyacı açısından anlamlı fark yoktur (SF: 4/16, LA:0/16; Fisher's Exact 0,101; Ki-Kare 0,033). LA grubunda post-op bulantı-kusma görülmesi açısından anlamlı fark yoktur. SF grubunun analjezik memnuniyeti ortanca değeri 2 iken LA grubunun ortanca değeri 3 olarak bulunmuştur ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(Mann-Whitney U,0,012).

**ÇIKARIMLAR:** PNL cerrahi prosedür ve post-op diversiyon ihtiyacı olması sebebiyle ağrılı bir cerrahi işlemdir.Özellikle çocuk hastalarda post-op yeterli analjezi sağlanması PNL sonrası hasta konforu için önemlidir.Çalışmamızda preemtif LA uygulamasının, ağrı skorları üzerine olumlu etkisi görülmüş olmakla beraber muhtemelen hasta sayısının azlığı kaynaklı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.Uygulanan LA sonrası çocukların daha konforlu olmaları analjezi memnuniyetlerini anlamlı şekilde arttırmıştır.

SP-53

## REZİSTAN ENÜREZİS NOKTURNADA PELVİK TABAN AKTİVİTESİ VE PELVİK TABAN REHABLİTASYONU

Yelda Pekbay,<sup>1,1</sup> Cem İrkılata,<sup>2</sup> Bahadır Topuz,<sup>2</sup>  
Giray Ergin,<sup>3</sup> Murat Dayanç<sup>1</sup>

1. Live Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Özel Korum Hastanesi, Üroloji, Ankara

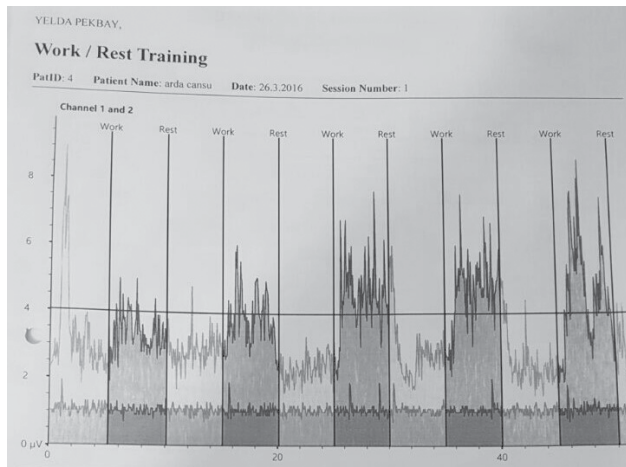
**AMAÇ:** Gece inkontinansı (Enüresis nokturna) patofizyolojisi ve tedavi seçenekleri iyi araştırılmış olmasına rağmen, halen primer tedavilere (alarm ve desmopressin) cevap vermeyen bir hasta grubu söz konusudur. Biz bu çalışmada primer tedavilere cevap vermeyen hastalarda pelvik taban aktivitesini (PTA) değerlendirdik.

**YÖNTEM:** Kliniğimize başvuran 90 enüresis nokturnalı çocuktan 72'si primer tedaviler ile tedavi edildi. Geri kalan 18 hasta primer tedavilere cevap vermedi. Bu hastalarda PTA yüzeyel elektrodlar kullanılarak ölçüldü. Ölçüm esnasında 5 saniye kontraksiyon ve 5 saniye relaksasyon yaptırılarak 50 saniyelik periyodun ortalama değerleri kaydedildi (Resim).

**BULGULAR:** 18 hastanın 12'sine PTA'nin düşük olduğu belirlendi (Tablo). Bu hastalar pelvik taban rehabilitasyon programına alındı ve 9 hastada tam

Tablo

Parametre	Kas Aktivitesi ( $\mu V$ )	
Hasta sayısı	12	
Tedavi öncesi	Kasılma	4.8
	Gevşeme	2.1
Tedavi sonrası	Kasılma	9.7
	Gevşeme	1.6



kurulum ve 3 hastada düzelme sağlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Enüresis nokturnalı çocukların %15'lik bir alt grubunda pelvik taban disfonksiyonu söz konusudur. Enüresisin bu alt grubunda pelvik taban rehabilitasyonuna yönelik tedaviler fayda sağlamaktadır.

SP-54

## ENÜREZİS NOKTURNALI HASTALARDA 3 YILDAN UZUN SÜRELİ DESMOPRESSİN KULLANIM SONUÇLARI

Perviz Hacıyev,<sup>1,1</sup> Onur Telli,<sup>1</sup> Adil Hüseyinov,<sup>2</sup>

Çağrı Akpınar,<sup>2</sup> Berk Burgu,<sup>1</sup> Tarkan Soygur<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Genç erişkinlerde nokturnal enüresisin uzun vadeli sonuçlarını değerlendirmek. Aynı zamanda desmopressin tedavisinin önerilerin süresinden daha uzun ve reçetesiz olarak kullanan bir alt grubun uzun dönem sonuçları değerlendirmek.

**YÖNTEM:** Nokturnal enüresis öyküsü olan 1050 genç erişkine, demografik özelliklerini değerlendirmek için yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, önceki tedavi geçmişi, mevcut nokturi, gündüz semptomları ve aile öyküsü sorulu anket gönderildi.

Aynı zamanda nüks eden enüresis nedeniyle 3 yıldan daha uzun sürede reçetesiz desmopressin kullanan hastalar çağrılıp altgrup olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ankete yaş ortalaması 19.8 ve 154 (%51.6) erkek olan 298 (%28.3) kişi yanıt verdi. Nokturi ve gündüz semptomları sırasıyla %21.4 ve %24.3 bildirildi.

Yanıt veren katılımcıların öyküsünde tedaviye tam cevap %59.2 idi.

Gündüz semptomları, VKİ>30 kg/m<sup>2</sup>, önceki tedaviye direnç, sigara öyküsü nokturi olan hastalarda yüksek izlendi.

29 çocuk (21 erkek) (4.7 yıl / 3-8 ortalama) enüresis nükseden için daha uzun 3 yıl sürekli reçetesiz Desmopressin (ab) kullanmak (çeşitli farmasötik formlar) bildirdi.

Hastaların 29 (21 erkek) desmopressin tedavisinin önerilerin süreden 3 yıl daha uzun ve reçetesiz olarak kullanmaya devam etmiş.

Bu altgrup hastalara uroflowmetri, idrar analizi,



serum elektrolit düzeyleri değerlendirildi.(23/29). Tüm tetkikler normal izlendi ve desmopressin kesilen 9 hastanın 6da relaps görüldü(%66.6)

**ÇIKARIMLAR:** Enürezisli çocukların özellikle uzun süre desmopressin kullananların uzun takipleri yetersizdir. Bazı özellikler ve bilgiler ışığında enüretik popülasyonda uzun dönem sonuçları tahmin edebilmesi mümkün. Desmopressin kesildiğinde relaps eden monosemptomatik enürezis hastalarında, Desmopressin uzun süre kullanımının güvenli ve efektif olduğu bulunmuştur.

SP-55

## PEDİATRİK HASTALARDA ÜRETEROSKOPİK TAŞ TEDAVİSİ DENEYİMİMİZ

Serhan Çimen,<sup>1</sup>

1. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği , Malatya

**AMAÇ:** Kliniğimizde pediatrik yaş grubundaki hastalara yapılan üreterorenoskopik taş tedavisi sonuçlarımızı değerlendirdik.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde son 3 yıl içinde yapılan ve pediatrik yaş grubunda olan 56 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Üreterorenoskopi işlemi 8 FR çaplı semirijid üreterorenoskop ile yapıldı.

**BULGULAR:** Pediatrik yaş grubunda olan ve renal kolik nedeniyle acil servise ve/veya polikliniğimizde başvuran 56 taş hastası değerlendirmeye alındı. Hastaların 26'sı (%46,4) kadın iken, 30 hasta (%53,6) erkek cinsiyete sahipti. Hastaların 29' unda (% 51,7) taş sol üreterde iken, 27' sinde (% 48,3) sağ üreterde idi. 41 hastada taş distal üreterde, 14 hastada orta üreterde ve 1 hastada proksimal üreterde idi. Yaş ortalaması 15,4 (9-17)olarak tespit edildi. Hastaların 54'ünde (%96,4) tam taşsızlık sağlandı. Hastaların % 99 una (üretra dilatasyonu yapılan olgularda, taşın böbreğe push back olduğu durumlarda, ESWL gibi ek işlem düşünülen hastalarda, mukoza hasarı oluşan hastalarda, diğer böbreğin afonksiyone veya hipofonksiyone olduğu durumlarda ve uzun süreli hidronefroz mevcut olan olgulara) DJ stent takıldı. Ortalama operasyon süresi 22 dakika ve hastanede ortalama kalış süresi 2,1 gün olarak tespit edildi. Hastanede yatarak intravenöz antibiyotik tedavisi gerektiren İYE 1 (% 1,2) hastada görüldü. Başka komplikasyon görülmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Minimal invaziv bir yöntem olan üreterorenoskopik litotripsi düşük komplikasyon

oranları, daha kısa hastanede kalış süresi, uygun taş olgularında yüksek taşsızlık oranları ile erişkin yaş grubunda olduğu gibi pediatrik yaş grubunda da güvenli bir şekilde uygulanabilmektedir.

SP-56

## KIKIRDAMA (GİGGLE) İNKONTİNANSLI ÇOCUKLARDA PELVİK TABAN AKTİVİTESİ

Yelda Pekbay,<sup>1</sup> Giray Ergin,<sup>2</sup> Bahadır Topuz,<sup>3</sup>

Hasan Cem İrkılata,<sup>3</sup> Murat Dayanç,<sup>1</sup>

1. Live Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Özel Koru Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Kıkırdama inkontinansı genellikle kız çocuklarında gülme esnasında artan intraabdominal basınca bağlı idrar kaçırma ile gözlenen ve patofizyolojisi tam bilinmeyen bir durumdur. Biz kıkırdama inkontinansı ile bize başvuran çocuklarda pelvik taban aktivitesi (PTA) ve öksürme anındaki PTA'ni belirlemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimize başvuran 4 kıkırdama inkontinansı olan çocuğun PTA değerlendirildi. Her hasta işeme sonrası ve yüzeysel elektrodlar kullanılarak PTA'leri ölçüldü. Ölçüm esnasında 5 saniye kontraksiyon ve 5 saniye relaksasyon yaptırılarak 50 saniyelik periyodun ortalama değerleri kaydedildi.

**BULGULAR:** Kontraksiyon ve relaksasyon periyotlarındaki ortalama PTA değerleri kasılma fazında düşük, gevşeme fazında normal değerlerdeydi (Tablo). Ayrıca öksürtme sırasında ölçülen ortalama PTA değerleri normal çocuklara göre düşüktü ve pelvik taban rehabilitasyonu sonrası kasılma fazı ve öksürme ile ko-kontraksiyon fazında PTA değerlerinde yükselme ile birlikte inkontinansın düzeldiği gözlemlendi (Tablo).

**ÇIKARIMLAR:** Çocuklarda kıkırdama inkontinansı

Tablo

	Parametre	Ortalama PTA
Tedavi öncesi	Kasılma	3.4
	Gevşeme	1.4
	Öksürük ile Ko-kontraksiyon	9.3
Tedavi sonrası	Kasılma	7.5
	Gevşeme	1.4
	Öksürük ile Ko-kontraksiyon	13.9

patofizyolojisinde özellikle ani intraabdominal basınç artışına pelvik taban kaslarının cevabının yetersizdir. Kıkırdama inkontinansı olan çocuklarda PTA ölçümü tedavi sonrası pelvik taban disfonksiyonunun düzelip düzelmeyeceğini gözlemlenmede kullanılabilir noninvaziv ve etkin bir yöntemdir.

SP-57

## VAN İLİNDEKİ ENÜREZİSLİ ÇOCUKLARIN ETİYOLOJİK YÖNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ

Buğra Doğukan Törer,<sup>1</sup> Murat Gül<sup>2</sup>

1. S.B. Özalp Devlet Hastanesi, Üroloji, Van

2. S.B. Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van

**AMAÇ:** DSM-IV (Diagnostic and Statical Manuel of Mental Disorders, Fourth Edition) tanı kriterlerine göre enürezis tanısı alan çocukların etyolojik yönden araştırılması.

**YÖNTEM:** Yaşları 5-14 arasında değişen 21'i kız, 19'u

Tablo 1

	Enürezis nokturna	Enürezis nokturna+diurna	Toplam
Primer	(%65) 26	(%7.5) 3	(%72.5) 29
Sekonder	(%17.5) 7	(%10) 4	(%27.5) 11
Toplam	(%82.5) 33	(%17.5) 7	(%100) 40
Yaş grupları	Kız	Erkek	Toplam
5yaş-10yaş	(%42.5) 17	(%37.5) 15	(%80) 32
11yaş-14yaş	(%12.5) 5	(%7.5) 3	(%20) 8
Toplam	(%55) 22	(%45) 18	(%100) 40

Tablo 2

Laboratuvar bulguları	İdrar yolu enfeksiyonu	Hiperkalsiüri	Ultrason
Primer	(%5) 2	(%2.5) 1	(%5) 2
Sekonder	(%2.5) 1	(%2.5) 1	(%0) 0
Toplam	(%7.5) 3	(%5) 2	(%5) 2

Tablo 3

Öykü bulguları	Primer	Sekonder	Toplam
Derin uyku	(%67.5) 27	(%22.5) 9	(%90) 36
Aile öyküsü	(%30) 12	(%15) 6	(%45) 18
Parazit Öyküsü	(%20) 8	(%5) 2	(%25) 10
Konstipasyon	(%12.5) 5	(%5) 2	(%17.5) 7
Adenoid vegetasyon	(%5) 2	(%2.5) 1	(%7.5) 3

erkek, 40 enürezisli vaka etiyolojik faktörler yönünden değerlendirildi. Vakaların hepsine tam otomatik idrar tahlili, gaitada parazit aranması ve üriner sistem ultrasonografi tetkikleri yapıldı. Uyku alışkanlıkları ve aile öyküleri sorgulandı.

**BULGULAR:** Vakaların 29'u primer, 11'i sekonder tipte idi. Primer enürezisli vakaların 3'ü sekonder enürezisli vakaların ise 4'ü hem noktürnal hemde diürnal tipte bulundu. Primer enürezisli vakaların % 93.1'inde derin uyku, % 41.3'ünde pozitif aile öyküsü, % 3.4'ünde hiperkalsiüri, % 6.9'unda gaitada parazit ve % 6.9'unda idrar yolları enfeksiyonu vardı. USG de patolojik bulgu % 6.9'unda gösterildi.

Sekonder enürezisli vakaların %81.8'inde derin uyku, % 54.5'inde pozitif aile öyküsü, %9.1'sinde hiperkalsiüri ve % 9.1'inde idrar yolları enfeksiyonu vardır. USG'lerin de anormallik yoktu. (Tablo 1-3)

**ÇIKARIMLAR:** Günümüzde enürezis her ne kadar bir çok sebebe bağlansa da çalışmamızda hem primer hem de sekonder enürezisli çocuklarda etyolojinin büyük kısmını derin uyku ve aile öyküsünün oluşturduğunu, çevresel faktörlerin hastalığın gelişiminde rolünün daha az olduğu saptandı.

SP-58

## 12 YAŞINDAKİ ERKEK HASTADA TRANSİZYONEL HÜCRELİ MESANE KANSERİ: OLGU SUNUMU

Mehmet Çağlar Çakıcı,<sup>1</sup> Sercan Sarı,<sup>2</sup>

Nimet Öge Köklü,<sup>3</sup> Levent Sağnak,<sup>2</sup> Hamit Ersoy<sup>2</sup>

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

2. S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

3. S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Mesane tümörleri çocukluk çağında nadir görülmektedir. Bu yaş grubunda görülen değişici epitelyal hücreli mesane tümörü çoğunlukla düşük evre ve düşük nüks oranına sahip olmakla birlikte yakın takibi önerilmektedir. Bu vaka sunumunda ağrısız makroskopik hematurü şikayeti ile polikliniğe başvuran 12 yaşındaki erkek hastayı sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2 aydır devam eden aralıklı, ağrısız makroskopik hematurü şikayetiyle tarafımıza başvuran hastanın yapılan üriner sistem ultrasonografisinde mesane sağ yan duvar inferiorunda 8,3 x 6 mm boyutunda polipoid nodüler lezyon saptandı.



Sistoskopide bilateral üreter orifisleri doğal olarak gözlemlendi, mesane sağ yan duvarda sağ orifisin yaklaşık 2 cm lateralinde saplı polipoid lezyon görüldü (Resim-1). Eş zamanlı olarak lezyona TUR uygulandı.

**BULGULAR:** Patolojik incelemede düşük dereceli non-invaziv ürotelyal kanser tanısı aldı (pTa). Hasta 3 ay sonra sistoskopi planlanmak üzere takibe alındı. Çocukluk çağı mesane tümörleri genellikle mezoderm orijinli olmakla birlikte epitelyal orijinli olanlarına çok daha az rastlanmaktadır.

**ÇIKARIMLAR:** Mesane tümörü, pediatrik yaş grubunda nadir gözlenmesine rağmen makroskopik hematüri şikayeti ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekmektedir.

SP-59

## PEDİATRİK BÖBREK TAŞ HASTALIĞINDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ

Mehmet Mesut Pişkin,<sup>1</sup> Emil Civazade,<sup>1</sup>  
Mehmet Balasar,<sup>1</sup> Yunus Emre Göğür,<sup>1</sup> Giray Karalezli<sup>1</sup>  
1) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji, Konya

**AMAÇ:** İlerleyen teknolojiyle birlikte yeni jenerasyon fleksibl üreteroskoplara ile holmium lazer gibi etkin ve güvenilir litotriptörler geliştirilmiş, bu sayede retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) taş tedavisinde önemli bir alternatif haline gelmiştir. Çocuk taş hastalığında da önerilmekle birlikte bu konuda halen çok fazla çalışma

bulunmamaktadır. Bu çalışmamızda pediatrik yaş grubunda RIRC uygulamalarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2013- ağustos 2016 tarihleri arasında böbrek taşlarının tedavisi için retrograd intrarenal cerrahi uygulanan 34 çocuk hastanın (25 erkek, 9 kız) verileri retrospektif olarak incelendi. Toplam taş yükü, birden fazla taşı olanlarda, her taşın ayrı ayrı büyüklüklerinin toplamıyla elde edildi. İşlem olympus URF-P6 ve karl storz FLEX-X2 marka fURS ile yapıldı. 15 hastada erişim kılıfı kullanıldı. Taşlar Holmium:YAG lazer kullanılarak kırıldı. Post-operatif 3. hafta kontrolünde taşsızlık, başarı olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ortalama hasta yaşı 8 (8 ay-16yaş) yıldı. 2 (%6) hastada bilateral, 21 (%62) hastada sağ, 11 (%32) hastada ise sol böbrek taşı vardı. Hastaların 1'inde (%3) üst, 5'inde (%15) orta, 10'unda (%29.3) alt kaliks, 10'unda (%29.3) pelvis ve 8'inde (%23.4) multikalisiyel yerleşimli taşlar mevcuttu. Ortalama taş boyutu 14.6 (5-27)mm idi. Ortalama operasyon süresi 65 (40-100) dakika idi. Hastanede kalış süresi 1.4 (1-7) gündü. 4 hastada rezidü taş izlendi ki, bunlardan 2-si işlem sırasında görüntünün bozulmasından dolayı sonlandırılan olgulardı. İşlem sonrası 17 hastaya double j kateter takıldı ve üç hafta sonunda alındı. Postoperatif dönemde 1 hastada ek tedavi gerektiren  $\geq 38^\circ$  ateş görüldü. Ameliyat sonrası başarı oranı %88.2'dir.

**ÇIKARIMLAR:** Retrograd intrarenal cerrahi, pediatrik hasta grubunda özellikle 2 cm ve altında olan taşlarda güvenle ve başarıyla uygulanabilen bir yöntemdir.

SP-60

## HIPOSPADIAS CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN BİLETERAL HİDRONEFROZ

Cumhur Yesildal,<sup>1</sup> Furkan Dursun,<sup>2</sup> Güven Oysul<sup>3</sup>

1. Gümüşsuyu Asker Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Beytepe Asker Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

3. Hava Kuvvetleri Komutanlığı, Halk Sağlığı ve Tıbbi İstatistik, Ankara

**AMAÇ:** Hipospadias 1/300 canlı doğumda bir görülen doğumsal en sık penil anomalidir. Komplikasyonların çokluğu cerrahi tedaviyi zorlaştırmaktadır. Yeni geliştirilen teknikler komplikasyon oranlarını anlamlı düzeyde azaltmaktadır. Vaka sunumumuzda hipospadias cerrahisi sonrası nadir görülen komplikasyonlardan, bilateral hidronefroz olgusunu sunacağız.

**YÖNTEM:** 14 yaşında erkek hasta; yan ağrısı, idrar tazziğinde azalma ve dizüri şikayeti ile başvurdu. Anamnezde 6 ay önce başka bir sağlık kuruluşunda sorunsuz olarak hipospadias onarımı operasyonu olduğunu, operasyon sonrasında kontrole çağrılmadığını ve ek şikayeti olmadığı için kontrole gitmediğini beyan etmekteydi. Fizik muayenede 6f nelaton sonda ile kalibre edilemeyen meatal darlık (resim 1) ve hastabaşı USG'de bilateral grade I hidronefroz saptandı. Laboratuvar bulguları ve DÜSG'si normal olarak değerlendirildi. Ardından hastaya sedasyon ve LAA meatotomi uygulandı. Operasyon sonrası 14 f nelaton sondanın rahatlıkla ilerletebildiği görüldü. Bir hafta tutulduktan sonra hastaya topikal kortikosteroid tedavisi başlandı ve dilatasyon programına alındı. 3 ay sonra hastanın rahatlıkla idrarını yapabildiği ve hidronefrozunun gerilediği gözlemlendi.

**BULGULAR:** TİPU Snoodgrass tarafından 1994 yılında tanımlandı. Distal ve midpenil hipospadias hastalarında önerilen ve en çok tercih edilen yöntemdir. Bu teknikle komplikasyonlar azalmış olsada cerrahları hala rahatsız etmektedir. Üretral fistül (%21) en sık görülen komplikasyondur. Bunu meatal darlık (%14) ve dar üretra (%14) izlemektedir. Meatal darlık istenmeyen ve önlenilebilen bir komplikasyondur. En sık oluş nedeni meayı olabildiğinden daha distale taşımaya çalışmak ve dairesel kozmetik bir üretra hazırlamaya çalışmaktır. Ayrıca stürlerinde kontraksiyona ve skara neden

olabildiği düşünülmektedir. Bu komplikasyon ile mücadelede tam bir konsensus sağlanamamıştır. Bazı otörler düzenli aralıklarla dilatasyonu başlangıç tedavisi olarak önermektedir. Kortikosteroid tedavisinin eklenmesi skar elastikiyetini artırarak, dilatasyonu kolaylaştırdığına dair yayınlar bulunmaktadır. Eğer darlık çok uzun ise greft ile redohipospadias cerrahi gerekebilir.

**ÇIKARIMLAR:** Meatal darlık cerrahi tedavi sonrası en sık görülen 2. komplikasyondur. Cerrahi sonrası takip, uzun dönem komplikasyonlarını erken tanımak ve erken müdahil olmak açısından önemlidir. Bizim vakamızda olduğu gibi basit bir komplikasyon olan meatal darlık, hayatı tehdit edebilen bilateral hidronefroz gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir.



# SERBEST BİLDİRİLER 7 (GENEL ÜROLOJİ)

4 Kasım 2016 / Salon B / 15:15-16:15

Oturum Başkanları: Reşit Tokuç, Özgür Tan



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-37

## ERİŞKİN VE PEDIATRİK AYAKTAN-HASTALARIN İDRAR KÜLTÜRLERİNDE ANTİMİKROBİK DİRENÇ PREVALANSI VE 5 YILLIK DEĞİŞİM EĞİLİMLERİ

Bora Özveren,<sup>1,1</sup> Işıl Çebi,<sup>2</sup> Özgür Asar,<sup>3</sup> Mahir B. Özgen,<sup>4</sup> Funda Peker,<sup>5</sup> Niyazi Levent Türkeri,<sup>1</sup> Ahmet Şahin<sup>1</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul

3. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, İstanbul

4. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Üroloji, İstanbul

5. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı toplum-kaynaklı idrar yolu enfeksiyonlarında üropatojen mikroorganizmalara karşı siprofloksasin (CIP) direnç oranı ile idrar kültürlerinde genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (ESBL) üreten suşların prevalansı ve bu bulguların yıllar içerisindeki değişiminin araştırılmasıdır.

**YÖNTEM:** Beş yıl ara ile üç yıllık ardışık (2008-2010

ile 2013-2015) kesitsel zamanda tüm polikliniklerden mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilen pediatrik ve erişkin hastalara ait idrar kültür-antibiyoqram sonuçları incelendi.

**BULGULAR:** Kontaminasyon bulgusu izlenenler, üropatojen mikroorganizma üremesi olmayanlar değerlendirme dışı bırakılarak elde edilen 4850 idrar kültür/antibiyoqram sonucu araştırılmıştır. Bulgular Tablo 1,2 ile Şekil 1,2’de gösterilmiştir.

• İdrar kültürlerinde CIP direnci 2008-2010 zaman aralığında %17.1 ve 2013-2015 zaman aralığında da %15.3 saptandı.

• Aralıklı iki zaman kesitinde CIP direnci oranlarında anlamlı değişiklik görülmedi (p=0.30).

• ESBL (+) prevalansında ise ikinci araştırma periodunda birinciye oranla belirgin artış olduğu saptandı (%8.7’ye karşılık %14.8) (p<0.01).

• E. coli grubunda diğer üropatojen mikroorganizmalara kıyasla ESBL (+) görülme olasılığı daha fazlaydı (p<0.01).

• Pediatrik yaş grubunda antibiyoqramlarda ESBL (+) görülme sıklığı daha fazlaydı (p=0.01) ancak prevalansı 1. ve 2. periyotlarda anlamlı farklılık

**Tablo 1:** Lojistik regresyon analiz c sonuçları.

Değişken	ESBL			CIP		
	Estimate	Std. hata	p-değer	Estimate	Std. hata	p-değer
Intercept	-3.24	0.18	<0.01 <sup>a</sup>	-2.71	0.15	<0.01 <sup>a</sup>
Cinsiyet (Kadın=0, Erkek=1)	-0.20	0.14	0.16	0.25	0.11	0.02 <sup>a</sup>
Mikroorganizma (Diğerleri=0, Escherichia=1) b	1-Apr	0.13	<0.01 <sup>a</sup>	0.56	0.10	<0.01 <sup>a</sup>
Yaş aralığı 19 – 50	0.01	0.18	0.94	0.48	0.15	<0.01 <sup>a</sup>
Yaş aralığı 0 – 18	0.54	0.21	0.01 <sup>a</sup>	Jan-58	0.16	<0.01 <sup>a</sup>
Poliklinik (Diğerleri=0, Üroloji=1)	0.01	0.19	0.94	0.34	0.13	0.01 <sup>a</sup>
Periyod (2008/2009/2010=0, 2013/2014/2015=1)	0.78	0.18	<0.01 <sup>a</sup>	-0.19	0.19	0.30
Yaş aralığı 19 - 50 * Periyod	-0.47	0.23	0.04 <sup>a</sup>	0.19	0.22	0.38
Yaş aralığı 0 - 18 * Periyod	-0.16	0.27	0.55	-0.01	0.24	0.95
Poliklinik * Periyod	0.16	0.24	0.52	-0.41	0.20	0.04 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> 0.05 düzeyinde istatistiksel anlamlılığı işaret eder. b Birden fazla üropatojen organizma bulunduğu için “Escherichia” vs. “Diğerleri” olarak kategorize edildi. c CIP direnç bilgisi eksik olan 1 hasta regresyon analizinde hariç bırakıldı.

göstermedi ( $p=0.55$ ).

- Erişkin hasta grubunda 19-50 yaş aralığındakilerin antibiyogramlarında ESBL (+) rastlanma olasılığı  $>51$  yaştaakilere oranla daha yüksek saptandı ( $p<0.01$ ).
- Her iki araştırma periodunda üroloji ayaktan-hasta popülasyonu idrar kültürlerinde ESBL (+) prevalanslarında anlamlı değişim bulunmadı ( $p=0.52$ ).
- Erkek hastalarda CIP direnci olasılığı daha yüksek oranda izlendi ( $p<0.02$ ).
- Üroloji poliklinik hastalarında CIP direnci görülme olasılığı diğer poliklinik popülasyonlarına göre daha yüksek bulundu ( $p=0.01$ ).
- CIP direnç prevalansının, ikinci araştırma periodunda üroloji poliklinik hastalarına ait antibiyogram sonuçlarında azalma gösterdiği saptandı ( $p=0.04$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Yaygın ve uygunsuz ilaç kullanımına bağlı olarak antibiyotiklere direnç oranı giderek artmaktadır. Bu çalışmada hastanemiz ayaktan-hasta popülasyonunda, idrar kültürlerinde CIP direncinin %15-17 oranında görüldüğünü saptadık. ESBL(+) prevalansının ortalama beş yıl aralıklı zaman kesitlerinde %59 oranında arttığını gösterdik. Pediatrik hasta grubunda ve genç erişkinlerde yüksek ESBL(+) prevalansı bu popülasyonda artmış antibiyotik kullanımını işaret edebilir. Üroloji ayaktan-hasta grubunda yıllar içinde ESBL(+) prevalansında anlamlı değişim olmadığı izlendi ancak bu popülasyonda CIP direnci görülme olasılığı daha yüksekti. Bununla birlikte zaman içerisinde üroloji poliklinik hastalarında CIP direnç prevalansının azaldığı saptandı. Üropatojenlerin antibiyotiklere direnç oranları ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmektedir. Hekimler yerel direnç prevalanslarını bilmeli ve ampirik tedavilerini bu oranlara göre düzenlemelidirler.

SS-38

## PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE KOMPLİKASYONLAR AMELİYAT ÖNCESİ ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?

Eray Kemahlı,<sup>1\*</sup> Adnan Gücük,<sup>2</sup> Uğur Üyetürk,<sup>1</sup> Bekir Aras,<sup>3</sup> Burak Yılmaz,<sup>4</sup> Mevlüt Yıldız,<sup>5</sup> Ahmet Metin<sup>1</sup>

1. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bolu
2. Abant İ.Baysal Ü.Tıp Fak Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bolu
3. S.B. Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kütahya
4. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bolu
5. Düzce Devlet Hastanesi, Üroloji, Düzce

**AMAÇ:** Günümüzde çok yaygın olarak yapılan Perkütan nefrolitotomi (PCNL) cerrahisinde gelişebilecek komplikasyonları önceden saptamak mümkün olabilir mi? Belirlemeye çalıştık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde PCNL yapılan ve bilgilerine ulaşılabilen 102'si kadın, 244'ü erkek, 346 böbrek taşı hastası çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara, genel anestezi altında, pron pozisyonda floroskopi eşliğinde PCNL operasyonu uygulandı.

**BULGULAR:** Ortalama hasta yaşı 40.6 ( $\pm 11.4$ ) idi. Hastaların 8'inde nefrolitotomi 15'inde ise PCNL öyküsü vardı. Ortalama taş yükü  $4.9\pm 1.8\text{cm}^2$  idi. Ortalama ameliyat süresi  $73.8\pm 16.4\text{dk}$  idi. Ortalama giriş sayısı  $1.7\pm 0.3$  idi. 22 hastada postoperatif dönemde kan transfüzyonu ihtiyacı oldu. Floroskopik olarak taşsızlık oranı %92.4 tespit edildi. 32 hastanın nefrostomi bölgesinden uzamış drenajı vardı. Rezidü taş varlığı, kontrolsüz diyabet, mevcut hidronefroz ve parankim kalınlığı nefrostomisi süresi ile korele olduğu tespit edildi. 16 hastaya postoperatif dönemde double j kateter yerleştirmek gerekti. Ortalama hematokrit değişimi post operatif dönemde  $-\%3.6\pm 2.3$  dü. Taş yükü, taş sayısı, staghorn taş varlığı ve artmış operasyon süresi hemotokrit değişikliği ile korele olarak bulundu. Geçirilmiş açık nefrolitotomi operasyonu ile ameliyat süresi arasında korelasyon vardı.

**ÇIKARIMLAR:** PCNL böbrek taşı tedavisinde kullanılan en güncel ve güvenilir tedavilerden biri olup, taş boyutlarının artmış olması, uzamış operasyon süresi ve de taş sayılarındaki artış, geçirilmiş nefrolitotomi operasyonu, operasyona bağlı gelişebilecek komplikasyonları artmasında önemli etmenlerinden olarak tespit edilmiştir.

SS-39

## ÜRETERAL JET AKIMLARIN ÜRETER TAŞLARINDA SPONTAN PASAJI DEĞERLENDİRME AÇISINDAN PREDİKTİVİTESİ

Kaan Çömez,<sup>1\*</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Şakir Ongün,<sup>2</sup> Serdar Çelik,<sup>3</sup> Mustafa Seçil,<sup>4</sup> Canan Altay,<sup>4</sup> Ömer Demir<sup>3</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir
2. S.B. Siverek Devlet Hastanesi, Üroloji, Şanlıurfa
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir
4. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji, İzmir

**AMAÇ:** Medikal ekspulsif tedavi farklı mekanizmalarla üreter üzerinde etki gösteren, çeşitli ilaçların

kullanılmasını içeren yeni geliştirilmiş bir tedavi yöntemidir. Son zamanlarda Doppler ultrasonografinin de kullanıma girmesiyle, üreteral jet akımlar gözlenmiş olup, peristaltik aktivite ve taş hastalığında tanısal değeri ortaya konulmaya başlanmıştır. Bu çalışmanın amacı hastaların tedavi öncesi ve sonrası taş pasajı olan ve olmayan üreterlerinin üreteral jet akım hızlarının ölçümleri yapılarak üreteral jet akımın spontan taş pasajını öngörmedeki etkinliğini araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Mart 2014 ile Eylül 2015 tarihleri arasında akut renal kolik ile üroloji polikliniğine başvuran 18 yaş üstü ve kontrastsız bilgisayarlı tomografide soliter 10 milimetreden küçük üreter taşı olan 50 hasta prospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan her hastanın demografik verileri, boy, kilo, vücut kitle indeksi sorgulanmış, lökosit, serum c reaktif protein (CRP), kreatinin, idrar tahlilleri ve elektrolit değerlerine bakılmıştır. Taşların vertikal uzunluğu, horizontal uzunluğu, hounsfield ünite ve taş alanı ölçümleri yapılmıştır. Hastalara tedavi olarak tamsulosin 0,4 mg/gün ve diklofenak sodyum 150 mg/gün tedavisi verilmiştir. Hastalara tedaviye başlamadan önce ve tedavinin 15.-20. günleri arasında Doppler ultrasonografi ölçümleri yapılmıştır. Doppler ultrasonografi incelemesinde ortalama üreteral jet akım hızı ve jet akım hızındaki frekans değeri değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların 33'üne tedavilerinin 15. ve 20. günleri arasında kontrol Doppler ultrasonografi yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 39,7±13,1 yıl olup %80'i erkekti. Hastaların 27'si (%54) takiplerinde taşı düşürdü. Taşsız tarafta kontrol ortalama jet akım ve frekans değerlerinde artış saptandı ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildi. Taşlı tarafta kontrol ortalama jet akım ve frekans değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 1). Distal üreter taşlarında taşlı üreterlerin kontrol ortalama jet akım hızlarının ve frekans sayısının tedavi öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 2). Hastaların taş düşürmesine etki eden faktörlere bakıldığında taş düşürme ile taşın vertikal boyutu, horizontal boyutu ve taş alanı ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Taşın düşmesini ön görmede,

özellikle vertikal uzunluğun istatistiksel olarak daha anlamlı olduğu bulundu ( $p<0,001$ ) (Tablo 3).

**ÇIKARIMLAR:** Medikal ekspulsif tedavide nonopak taşların izleminde üreter jet akım hızlarına bakılması hastayı değerlendirmeye yardımcı olarak, NCCT çekimini azaltabilir ve hastanın prognozu hakkında bilgi vererek tedavinin yararlılığı hakkında bize öngörü sağlayabilir.

SS-40

## İNATÇI FLANK AĞRISI İLE BAŞVURAN GEBELERDE JJ STENT UYGULANIMI DENEYİMLERİMİZ

Utku Can,<sup>1</sup> Murat Tuncer,<sup>1</sup> Kubilay Sabuncu,<sup>1</sup> Kemal Sarıca<sup>1</sup>

1. S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** İnatçı flank ağrısı olan gebe hastalardaki JJ stent uygulanmasının güvenilirliğini ve etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2011 ve Mart 2016 tarihleri arasında inatçı flank ağrı nedeniyle başvuran ve ilgili renal sistemde dilatasyon sebebiyle kliniğimizde interne edilen hastalar retrospektif olarak tarandı. Hastaların yaş, gebelik haftası, başvuru semptomları, taş öyküsü, hidronefroz derecesi, uygulanan tedavi şekli ve yatış süreleri kayıt edildi. Ayrıca JJ stent uygulanan hastaların komplikasyonları ve postpartum döneme ait üriner sistem bulguları ve yapılan ek müdahaleler kayıt edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya inatçı flank ağrısına ek olarak renal dilatasyonu olan 41 gebe hasta dahil edildi. Hastaların yaş ve gebelik haftası ortalamaları sırası ile 24.2±5.3 yıl ve 25.2±6.2 hafta iken hastanede ortalama yatış süreleri 2.9±2.7 gündü. 27 hastada inatçı flank ağrı, kalan 14 hastada ise flank ağrıya eşlik eden idrar yolu enfeksiyonu mevcuttu. Tüm hastalarda değişen derecelerde hidronefroz (33 hastada Grade 1-2, 8 hastada ise Grade 3-4) ve 9 hastada da eşlik eden böbrek taşı tespit edildi. 31 hastaya tek, 2 hastaya iki taraflı JJ stent, 1 hastaya ise JJ stent takılamaması üzerine perkütan nefrostomi katateri uygulandı. Diğer 7 hasta ise konservatif olarak takip edildi, parenteral tedavi sonrasında ek bir girişim ihtiyacı duyulmadı. JJ stent uygulanan hastalarda stentli geçirilen süre için ortanca değer 13 (1-30) hafta idi. Stent uygulanan olgularda migrasyon (n=3), alt üriner sistem semptomları (n=1) ve hematüri (n=2) gibi

Tablo

	Korelasyon katsayısı	p
TAŞ JETfre	0.035	0.811
TAŞ JETort	0.147	0.307
Vertikal	-0.406	0.003
Horizontal	-0.341	0.015
Taş alan	-0.382	0.006

komplikasyonlar izlendi. JJ stent takılan hastalardan 32'sinin, dilatasyona yol açan sebep açısından yapılan postpartum dönemdeki görüntülemelerine göre; 22 (%69) 'sinde taşsızlık (gebeliğe bağlı fizyolojik obstruksiyon) izlenirken, 2 (%6) hastada üreter taşı, 7 (%22) hastada böbrek taşı ve 1 (%3) hastada ise hem üreter hem böbrek taşı tespit edildi. 32 hastanın 3(%9)'üne URS+Lazer litotripsi, 1(%3)'üne PNL, 1(%5)'ine ise ESWL olmak üzere toplamda 5 (%15) hastaya taşa yönelik ek girişim uygulandı.

**ÇIKARIMLAR:** Mevcut literatür bilgileri ile bulgularımız ışığında inatçı flank ağrı ile başvuran ve renal dilatasyon saptanan gebe hastalarda JJ stent uygulaması etkili ve düşük komplikasyon oranları ile güvenli bir yaklaşım olarak tespit edilmiştir.

SS-41

## SOLİTER BÖBREKLİ HASTALARIN BÖBREĞİNİ KORUMA FARKINDALIKLARI

Zeki Aktaş,<sup>1</sup> Hasan Soydan,<sup>1</sup> Ömer Yılmaz,<sup>1</sup> N. Özgür Kurul,<sup>1</sup> Ferhat Ateş,<sup>1</sup> Temuçin Şenkul,<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul

**AMAÇ:** Renal agenezi veya çeşitli nedenlerle tek böbreğini kaybeden insanlar için mevcut böbrek hayati önem taşımaktadır. Bu insanlar diyaliz ve nakil hastası olmamak için mevcut sağlam böbreği korumalıdır. Bu çalışmada tek böbrekli hastaların böbreklerinin olmayış nedeni, ek hastalık varlığı, nefrektomi yapılanlar için böbreklerini kaybetme yaşı, agenezi için durumun ne zaman farkına varıldığı gibi nedenlerin araştırılmasının yanı sıra hastaların

mevcut böbreği korumak için yapılması gerekenler konusundaki farkındalıkları ve bu konulardaki duyarlılıklarının araştırılması yapılmıştır.

**YÖNTEM:** Böbreği korumak için yapılması gereken 10 madde derlendi. Toplam 66 tek böbrekli genç erkek hastaya böbrek korumak için nelere dikkat edilmesi gerektiği soruldu, yanıtlardan sonra maddeler okundu ve hatırladıkları maddeler kaydedildi. Son olarak hastaların bu maddelere ne kadar duyarlı olduğu sorgulandı. Bunun yanı sıra hastalara ait özellikler ortaya konuldu.

**BULGULAR:** Hastaların yarısının (n=33,n=33) doğumsal yarısının edinsel nedenlere bağlı olarak soliter böbrekli olduğu görüldü. Bilinen madde sayısı ortalama  $1,76 \pm 1,00$  (0-5, ortanca 2), maddeler söylenince hatırlananların sayısı  $1,35 \pm 1,59$  (0-7, ortanca 1), şimdiye kadar duyarlı olunan madde sayısı  $2,10 \pm 1,61$  (0-8, ortanca 2); ilk defa öğrenilen madde sayısı  $6,94 \pm 1,97$  (1-9, ortanca 7) olarak bulundu. En çok bilinen maddeler tuzsuz diyet alma, yeterince su içme ve temas sporlarından uzak durmaktı. Her iki grupta da bilinç düzeyi açısından fark yoktu. Edinsel kayıplar için böbreği kaybetme yaşı yada doğumsal nedenler için böbreğinin olmadığını öğrenme anının bilinç düzeyiyle ilişkisi yoktu. En sık edinsel kayıp nedeni tümör (n=7), en sık ek rahatsızlık hipertansiyondu (n=4).

**ÇIKARIMLAR:** Soliter böbrekli hastalar böbreklerini korumak için yeterli bilgiye sahip değillerdir. Bu hastalarda düşük olan bilinç düzeyi artırılmalıdır.

**Tablo 1:** Böbrek Koruma Farkındalık Formu

Böbrek Korumak için Yapılması Gereken Maddeler	Sorulduğunda Söylenebilenler	Okunduğunda Söylenebilenler	Uygulananlar
1-Tuz alımını sınırlamak			
2-Yüksek proteinli diyet almamaya dikkat etmek			
3-Kan basıncını 130/80 in altında tutmaya çalışmak			
4-Kan şekerini 120 nin altında tutmaya çalışmak			
5-Çok su tüketmek (Günlük 8 bardaktan fazla)			
6-İlaç alımını sınırlamak			
7-Kontrastlı çekimlerden uzak durmak			
8-Çok fazla C vitamini almamak			
9-Travmalardan kaçınmak (Temas Sportları)			
10-Böbrek fonksiyonlarını kontrol ettirmek			



SS-42

## ÜRETERAL JET AKIM HIZININ VİZÜEL AĞRI SKORU VE ÜRETERAL TAŞ BOYUTU İLE İLİŞKİSİ

Şakir Ongün,<sup>1</sup> Abdurrazak Teken<sup>2</sup> Orkun Yılmaz,<sup>3</sup>  
Şakir Süleyman<sup>2</sup>

1. Bahçelievler Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul  
2. S.B. Siverek Devlet Hastanesi, Radyoloji, Şanlıurfa  
3. S.B. Siverek Devlet Hastanesi, Üroloji, Şanlıurfa

**AMAÇ:** Doppler ultrasonografinin kullanımının yaygınlaşmasıyla üreteral jet akımlar gözlemlenmeye başlanmış olup, üriner sistem taş hastalığı günlük pratiğinde kullanılmaya başlamıştır. Çalışmamızın amacı üreter taşı olan hastaların üreteral jet akım ölçümleri ile üreteral taş boyutunu ve subjektif bir ölçüm olan vizüel ağrı skorlarını karşılaştırarak tanı ve tedavi yaklaşımlarına katkı sağlamaktır.

**YÖNTEM:** Aralık 2014 ile Aralık 2015 tarihleri arasında akut renal kolik ile üroloji polikliniğine başvuran ve kontrastsız bilgisayarlı tomografide üreter taşı saptanan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların doppler ultrasonografi ile üreteral jet akım hızları ve paternleri ölçüldü. Tüm hastaların taş boyut, lokalizasyon, taş alanı ölçümleri, AP çap ölçümü ve Vizüel Ağrı Skoru değerlendirmeleri yapılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya 102 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 34,2±10,9(18-64), 26'sı kadın ve 76'sı erkek'ti. Hastaların %77'sinde distal üreter, %16'sında proksimal üreter ve %7'sinde ise orta üreterde taş saptandı. Hastaların taş olan tarafta üreteral jet akım tepe hızı ortalaması 18,3±12,1 , taş olmayan tarafta üreteral jet akım tepe hızı ortalaması 37,1±9,3, VAS ortalaması 6,8±1,6, AP çap ortalaması 16,3±5 mm, taş boyutu ortalaması 6,9±3,2 mm ve taş alanı ölçüm ortalamaları 37,4±30,1 mm<sup>2</sup> olarak saptandı. Hastaları VAS'a göre üç gruba ayırdık (8-10, 6-7 ve 5 altı). VAS değeri azaldıkça üreteral jet akım tepe hızının arttığı, taş olmayan taraftaki üreteral jet akım hızının, AP çapının ve taş alanının azaldığı saptandı (p<0,05).

Hastaları taş boyutuna göre 10mm ve üstü, 5-9mm ve 4mm ve altı olmak üzere 3 gruba ayırdık. Taş boyutu arttıkça üreteral jet akım tepe hızının azaldığı ve AP çapının ise arttığı saptandı (p<0,05).

17 hastada taş olan tarafta üreteral jet akım gözlenmedi. Üreteral jet akım gözlenmeyen hastaların AP çapları, taş boyutları, taş alanları ve VAS skorları ile üreteral jet akım saptanan hastalarınkiler karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı sonuca ulaşıldı (p<0,05).

**ÇIKARIMLAR:** Üreteral jet akım tepe hızının düşük veya hiç ölçülemediği durumlarda hastaların ciddi bir ağrılarının olduğu, konservatif tedavi ile spontan pasaj olasılıklarının düşük ve boyutu büyük bir taşları olduğu öngörülerek vakit kaybetmeden bu hastalar tedavi edilmelidir.

SP-61

## UYKU APNE SENDROMLU HASTALARDA NOKTÜRİ DEĞERLENDİRMESİ

Bora İrer,<sup>1</sup> Aylin Çelikhisar,<sup>2</sup> Hakan Çelikhisar,<sup>2</sup>  
Ozan Bozkurt,<sup>3</sup> Ömer Demir,<sup>3</sup>

1. IBB Eşrefpaşa Hastanesi, Üroloji, İzmir  
2. IBB Eşrefpaşa Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, İzmir  
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Bu çalışmada Uyku apne sendromlu (UAS) hastalarda noktüri varlığı ve gece idrara çıkma sıklığının uyku apnesinin şiddetine göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Uyku Bozuklukları kliniğinde UAS şüphesi ile polisomnografi yapılan 324 hastanın gece idrara çıkma sıklıkları, apne -hipopne indekslerine (AHI) göre UAS şiddetleri ve sistemik hastalıkları, uyku video kayıtları ve dosya kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalarda gece idrara çıkma sayısı 1 ve üzeri olması noktüri olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmamıza 212 si erkek, 112 si kadın toplam 324 hasta katıldı. Hastaların 176 sında noktüri gözlenirken 148 hastada noktüri gözlenmedi. Hastaların UAS şiddetine ve yaş gruplarına göre demografik verileri Tablo 1 de ve noktüri varlığının cinsiyet, sistemik hastalık ve UAS varlığı ile ilişkisi Tablo 2 de gösterilmektedir.

UAS grupları içinde noktüri görülme oranı normal hastalarda % 28,1, ılımlı UAS grubunda %50,0, orta UAS grubunda %49,4 ve ağır UAS grubunda ise %70,5 olarak bulundu (p<0,001). UAS grupları arasında gece idrara çıkma sıklığının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde değiştiği, UAS şiddeti arttıkça gece idrara çıkma sıklıklarının arttığı gözlemlendi (p<0,001). Noktüri varlığı ve gece idrara çıkma sıklığı ile UAS şiddeti arasında korelasyon analizi yapıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf bir korelasyon olduğu saptandı (r: 0,310 P≤0,001 ve r:0.276 P≤0,001).

Yaş grupları içinde sırasıyla noktüri görülme oranları Grup 1'de %38,4, Grup 2'de %45,8 Grup 3'te %57,4

**Tablo 1:** OSAS ve Yaş gruplarına göre hastaların demografik verileri:

UAS Grup	Normal AHI	İlimli AHI	Orta AHI	Ağır AHI	P
Hasta sayısı	64	36	85	139	
Yaş	42,3± 9,8	47,9± 6,8	48,7±10,7	51,73±10,95	<0,001
AHI	0,0±0,0	9,4±3,1	21,2±4,0	61,83±19,92	<0,001
Gece idrar sıklığı	0,5±0,8	1,0±1,1	0,9±1,0	1,32±1,10	<0,001
BMI	25,2±3,6	26,3±3,8	24,9±3,4	26,34±3,44	0.1
Yaş Grupları	Grup 1 40 yaş altı	Grup 2 40- 49 yaş	Grup 3 50 -59 yaş	Grup 4 60 yaş üstü	
Hasta sasyısı	73	96	94	61	
AHI	26,6±29,1	27,4±28,8	37,1±28,6	44,4±26,5	<0,001
Gece idrar sıklığı	0,7±1,0	0,8±0,9	0,9±0,9	1,9±1,2	<0,001
BMI	26,0±3,9	25,7±3,0	25,2±3,7	26,3±3,7	0.328

**Tablo 2:** Noktüri varlığının cinsiyet, sistemik hastalık ve UAS varlığı ile ilişkisi

Hastalar	Noktüri (+)	Noktüri (-)	Sayı	P
Erkek	117 (%55,2)	59 (%44,8)	212	Ns
Kadın	59 (%52,7)	53 (%47,3)	112	Ns
Sistemik Hastalık (+)	75 (%62,0)	46 (%38,0)	121	Ns
Sistemik Hastalık (-)	101 (%49,8)	102 (%50,2)	203	Ns
UAS (+)	158 (%60,8)	102 (%39,2)	260	<0,001
UAS (-)	18 (%28,1)	46 (%71,9)	64	<0,001

Grup 4'te %82 ,0 olarak saptandı (p<0,001). Yaş grupları içinde noktüri varlığı ve gece idrara çıkma sıklığı ile UAS şiddeti arasında korelasyon analizi yapıldığında, 40 yaş altındaki hastalarda istatistiksel olarak anlamlı korelasyon olduğu gözlemlendi (r:0,493 P≤0,001 ve r:0,446 P≤0,001). Bu ilişkinin 40 yaş ile 50 yaş arasında ki hastalarda daha zayıf oranda olduğu bulundu (r:0,249 P≤0,001 ve r: 0.223). Diğer yaş gruplarında gece idrar sıklığı ve noktüri varlığı ile UAS şiddeti arasında ilişki bulunmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak 40 yaş altındaki UAS'lı hasta grubunda UAS şiddeti arttıkça gece idrara çıkma sıklığı belirgin derecede artmakta ve genel olarak UAS şiddeti arttıkça noktüri sıklığı artmaktadır. UAS tanısı alan hastaların tedavisinde optimizasyonu sağlamak için hastaların noktüri açısından da değerlendirilmesi yerinde olacaktır.

SP-62

## DİREK GÖRÜŞ ALTINDA İNTERNAL ÜRETROTOMİ UYGULANAN ÜRETRA DARLIKLARINDA NÜKSE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Anđan Şimşir,<sup>1</sup> Ümit Eskidemir,<sup>1</sup> İbrahim Kadri Cüreklibatır,<sup>1</sup> Ceyhun Özyurt,<sup>1</sup> Fuat Kızılay,<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Bu retrospektif çalışmada iyatrojenik nedenlerle üretra darlığı gelişen ve darlığın uzunluğu 2 cm'den kısa olan ve DGiÜ yapılan hastalarda darlığın yerinin, darlık etyolojisinin ve yaşın nüks sayısı ve süresine etkisini incelemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Son beş yıl içinde üretra darlığı nedeniyle DGiÜ uygulanan 172 hastanın verileri retrospektif olarak irdelendi. Hastalar darlığın yerine göre, darlık etyolojisine göre, ve yaş dilimlerine göre üç gruba ayrıldı. Tüm hastalar ilk nükse kadar geçen süre, ikinci nükse kadar geçen süre, nüks sıklığı ve ayrıca darlık yerine göre nüks zamanı ve sıklığı, etyolojiye göre nüks zamanı ve sıklığı ve yaşa göre nüks zamanı sıklığı açılarından analiz edildi. Değişkenlerin analizi için Pearson analizi, Shapiro-Wilk testi, Kruskal-Wallis testi ve Kolmogorov-Smirnov testi kullanıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaşı 21 ile 95 arasında değişmekteydi (ortalama 68.535).

Etyolojilerine göre, 100 hastada uygulanan endoskopik girişimlere sekonder, 53 hastada üretral kateterizasyona bağlı ve 19 hastada açık ve radikal prostatektomi sonrası darlık olduğu görüldü. Darlık, 90 hastada penil üretrada, 52 hastada membranöz üretrada ve 30 hastada prostatik üretra seviyesindeydi. Yaş dilimlerine baktığımızda <40

grupta 8 hasta, 40-60 yaş arasında 21 hasta ve >60 grupta 143 hasta yer almaktaydı.

Tüm lokalizasyonlar için ilk ve ikinci nükse kadar geçen süreler arasında farklılık bulunmadı ( $p=0.531$ ). Lokalizasyonlar arasında ise penil üretra darlıklarının anlamlı erken nüksettiği belirlendi ( $p=0.034$ ). İlk nükse kadar geçen süre gruplar arasında farklı değilken 60 yaş altı hastalarda ikinci nükse kadar geçen süre anlamlı kısa bulundu ( $p=0.042$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Üretra darlığı sıklıkla iatrojenik nedenlere bağlı gelişen önemli bir sağlık sorunudur. Her yaşta ve uretranın her lokalizasyonunda görülebilen darlığın sık nüks etmesi sonucu hastalar multipil operasyonlara maruz kalmaktadırlar. Bu retrospektif çalışmadan şu sonuçları çıkartmak olasıdır;

1. Darlık hangi lokalizasyonda olursa olsun çok sık nüks eden bir durumdur
  2. Nüksler genellikle DGİÜ'den sonraki ilk 120 gün içinde olmaktadır
  3. İlk ve ikinci nükse kadar geçen süreler arasında fark yoktur, ikinci kez DGİÜ olması hastayı daha uzun süre darlıktan korur demek mümkün değildir
  4. Darlığın etyolojisi ile darlık nüksü arasında ilişki yoktur
  5. 60 yaş altındaki hastalarda DGİÜ sonrası ikinci nüks daha erken olmaktadır
  6. 60 yaş üstündeki hastalarda nüks daha uzun zamanda olmaktadır
  7. Penil üretra darlıkları daha az nüks eder ancak nükse kadar geçen süre daha kısadır
- DGİÜ, üretra darlığı tedavisinde dünyada en sık kullanılan tedavi yöntemidir, sık nüks etmesine karşın kolay uygulanabilir ve ucuzdur ve uygulama kolaylığı nedeniyle komplike olmayan darlıklarda kullanılabilir. Nüks eden darlıklarda iki kezden fazla kullanımı önerilmez.

SP-63

## BÖBREK TAŞI NEDENİYLE UYGULANAN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YAŞLI HASTA GRUBUNDA GÜVENLİ MİDİR?

Hakan Türk,<sup>1</sup> Mehmet Yoldaş,<sup>1</sup> Tufan Süelözgen,<sup>2</sup> Cemal Seçuk İşoğlu,<sup>2</sup> Mustafa Karabıçak,<sup>2</sup> Batuhan Ergani,<sup>2</sup> Sıtkı Ün,<sup>3</sup> Ferruh Zorlu<sup>2</sup>

1. Dumlupınar Üniversitesi Kütahya evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya

2. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir

3. Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Üriner sistem taşları oldukça sık rastlanılan, geçmişte önemli morbidite sebebi olan, büyük cerrahi gereksinim ve uzun iyileşme dönemine ihtiyacı olan bir sorundur. Yaşlı nüfus tüm dünya ile birlikte ülkemizde de artmaktadır. Günümüzde, hastalıkların önlenmesi, erken dönemde tanı ve tedavi olanaklarının sağlanması, doğum hızındaki, bebek-çocuk ve anne ölümlerindeki çarpıcı azalmalar, eğitimdeki ilerlemeler ve bu gelişmelere paralel olarak yaşam standartlarının yükselmesi, insan ömrünün uzamasına ve yaşlı nüfusunun artmasına neden olmaktadır. Bu çalışmamızda Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlı nüfus olarak değerlendirilen 65 yaş ve üstü üriner sistem taş hastalarında uygulanan perkütan nefrolitotomi'ye ilişkin sonuçlar sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Ocak 2011 - Mayıs 2015 yılları arasında kliniğimizde 570 renal üniteye uygulanan PNL operasyonları toplam renal ünite temel alınarak olgular altmışbeş yaş üstü (Grup I) ve altmışbeş yaş altı (Grup II) olarak iki gruba bölünerek yaş, cinsiyet, taş tarafı, taşın yeri, taş boyutu, vücut kitle indeksi ve access sayıları karşılaştırıldı. Bu iki grubun; operasyon süresi, komplikasyon varlığı, transfüzyon gereksinimleri, postoperatif ateş yüksekliği, PNL sonrası taşsızlık oranları ve operasyon sonrasında hastanede kalış süresi yönünden incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 53.4±40.1 yıl idi. Çalışmaya dahil edilenlerin 245 (%42.9)'i kadın, 325 (%57.1)'i erkek idi. Grup 1 de ortalama yaş 71.9 yıl (aralık 65-93 yıl), grup 2 de; 49 yıl (aralık 14-64 yıl). Grup I'deki hastaların 22 (%19.7)'sinde rezidü taş tespit edildi, 4 (%3.7)'ünde ise toplam 10 U kan transfüzyonu ihtiyacı oldu. Hastaların ortalama yatış süresi 2.8 (1-12) gün ve operasyon süresi 54 dk (30-145 dk) olarak bulundu (Tablo 2). Grup II'deki hastaların 91 (%24)'inde rezidü taş tespit edildi, 17 (%3.6)'sinde toplam 31 U kan transfüzyonu ihtiyacı oldu. Ortalama yatış süresi 1.9 (1-17) gün ve operasyon süresi 64 dk (35-160 dk) olarak belirlendi. Her iki grup; stonefree oranı, peroperatif komplikasyon oranı ve transfüzyon ihtiyacı açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (sırasıyla  $p=0.098$ ,  $p=0.41$ ,  $p=0.71$ ) (Tablo 2). Her iki grup postoperatif komplikasyon, hastanede kalış süresi ve operasyon süresi açısından değerlendirildiğinde ise gruplar arasında istatistiksel anlam olduğu görüldü (sırasıyla  $p=0.04$ ,  $p=0.042$ ,  $p=0.005$ ) (Tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** PNL, böbrek taşı hastalığında uzun yıllardır kullanılan ve başarılı sonuçlar alınan bir tekniktir. Hastaların ameliyat öncesi dönemde iyi değerlendirilmesi, yandaş hastalıkların kontrol altına alınması ve genel prensiplere dikkat ederek, mümkün

**Tablo 2:** Her iki grubun istatistiksel karşılaştırılması

	Grup 1	Grup 2	P Değeri
Operasyon Süresi (ort)	54	64	0.005
Transfüzyon Oranı	4 (14 ü)	17 (42 Ü)	0.71
Taşısızlık Oranı	79.8%	80.2%	0.098
Yatış Süresi	2,8 gün	1.9 gün	0.042
Komplikasyon Varlığı	44/109	85/461	0.04
Peroperatif	23/109	48/461	
Postoperatif	21/109	37/461	

olan en kısa sürede operasyonu bitirmek kaydı ile böbrek taşı tedavisinde altın standart minimal invaziv bir tedavi olan PNL yaşlı hastalarda da etkili ve güvenilir bir tedavi modalitesidir.

SP-64

## ALT ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ İLE GELEN HASTALARDA ANLAMLI REZİDÜ İDRARI ÖNGÖREN FAKTÖRLER

Hakan Türk,<sup>1</sup> Sıtkı Ün,<sup>2</sup> Mehmet Yoldaş,<sup>3</sup>  
Yakup Karakaya<sup>3</sup>

1. Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya

2. Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir

3. Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı alt üriner sistem şikayetleri ile polikliniğe başvuran ve üroflowmetri çalışması yapılan hastalarda miksiyon sonrası rezidü idrar miktarını predikte eden faktörleri incelemeyi amaçladık

**YÖNTEM:** Mayıs 2015 ve Mart 2016 tarihleri arasında üroloji polikliniğine alt üriner sistem şikayetleri ile

gelen 200 hasta retrospektif olarak incelendi. miksiyon sonrası rezidü idrar miktarı 50 cc ve üzeri olarak alındı. Hastaların yaş, IPSS, Qmax, idrar volümü, IIEF, vücut kitle indeksleri, PSA, prostat volümleri ve kataterizasyon öyküleri açısından değerlendirildi. Alt üriner sistem semptomlarını değerlendirmek için Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), impotans durumlarını değerlendirmek için ise Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi (IIEF) kullanıldı. Miksiyon sonrası rezidüyü ölçmek için üroflowmetriden hemen sonra ultrason ile volüm hesaplaması yapıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 60.83±12.1 yıl idi. Ortalama PSA değeri 2.4 (1-12) olarak tespit edildi. IPSS skoru 18.5±5.76 olarak saptandı. Hastaların 122 (%61,6)'sinde 50 cc ve üzeri rezidü idrar kaldığı tespit edildi. Tekli analizde vücut kitle indeksi, Q max ve prostat volümü rezidü idrar volümünü predikte etmede anlamlı faktörler olarak bulundu (sırasıyla p=0,00, <0,0001, <0,001). Çoklu analizde yine bu değerler rezidü idrar volümünü göstermede istatistiksel anlamlı bulundu (sırasıyla p= 0,013, <0,0001, 0,001). Web tabanlı cut-off finder programı kullanılarak hesaplanan ortalama Qmax değeri 10,1 ve altında olan hastalar ile prostat volümü 40 cc üzerinde olan hastalarda rezidü idrar miktarı riski 2,2X daha fazla olabileceği gösterildi.

**ÇIKARIMLAR:** Bu bulgulara göre alt üriner sistem şikayetlerini monitörize etmede üroflowmetri önemli bir araçtır. Bu işlemin tamamlayıcısı olarakta rezidü idrar miktarı ölçülmelidir. Özellikle Qmax 10,1 ve altında olan hastalar ile büyük prostat volümlü (>40 cc) hastalarda rezidü idrarın anlamlı olabileceği akılda tutulmalıdır.

**Tablo 1:** Anlamlı rezidü idrar üzerinde etkili faktörler

	Anlamlı Rezidü (+) n=122	Anlamlı Rezidü (-) n=76	Tekli analiz	Çoklu Analiz
Yaş	61.3	60	0.342	
VKİ (kg/m2)	90	75	<0,001	0.013
Qmax (ml/sn)	8.2	12.2	<0,0001	<0,0001
İdrar Volümü (cc)	320	304	0.521	
IPSS	18.1	17	0.127	
IIEF	15.5	15.6	0.204	
PSA (ng/dL)	2.76	2.04	0.094	
Prostat Volümü (cc)	44	34	<0,001	<0,001
Kataterizasyon öyküsü varlığı (%)	21 (%17)	8 (%10)	0.286	

SP-65

## ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARDA YENİ TANI TIP 2 DİYABETUS MELLİTUS SAPTANMA SIKILIĞI

M. Serdar Buğday,<sup>1</sup> Murat Gül,<sup>2</sup> Abdullah Gül,<sup>1,3</sup>

1. SB Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van

2. SB. Van Beah, Üroloji, Van

3. SB. Van Beah, Üroloji, Van

**AMAÇ:** Alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve erektil disfonksiyonla (ED) üroloji polikliniğine başvuran hastalarda yeni tanılı tip 2 diyabetes mellitus (DM) sıklığının saptanması ve buna yönelik istenen glikoz tetkikinin standardize edilmesi.

**YÖNTEM:** Eylül 2015 şubat 2016 tarihleri arasında üroloji polikliniğine başvuran 5400 hastanın 2400'ü AÜSS ve ED şikayetiyle başvuran hastalardan oluşmaktaydı. Bu hastaların 2040 tanesi sadece AÜSS başvururken, 300 tanesi hem AÜSS hem de ED ile başvurdu. Sadece 60 hasta ise saf ED şikayetiyle başvurdu. Zaten ED şikayetiyle gelen hastalara rutin istenen glikoz tetkiki diğer hastalarada rutin olarak eklendi ve sonuçları kaydedildi. Çıkan yüksek glikoz değerli hasta iç hastalıkları polikliniğine yönlendirildi ve tanısı iç hastalıkları polikliniği tarafından netleştirilerek kayıt altına alındı.

**BULGULAR:** Daha önce diyabet hastalığı olduğunun farkında olmayan 240 hasta, çıkan yüksek glikoz değerleri sonucu iç hastalıkları polikliniğine konsulte edilerek tip 2 diyabet tanısı konuldu. Bu hastaların yaş grupları; 20 hasta 40 yaşının altında, 90 hasta 40-60 yaşları arasında, 130 hastanın yaşı ise 60 üzerindedir. Bu hastaların 165 tanesinin glikoz değeri 140-200 arasında, 50 tanesinin glikoz değeri 200-300 arasında, 25 tanesinin ise glikoz değeri 300'ün üzerindedir. Yeni tanı dm hastalarının 100 tanesi sadece AÜSS ile başvururken, 80 hasta hem AÜSS+ED ile başvurdu, 60 hastanın ise sadece ED şikayeti mevcuttu. Değeri 300 üzerinde olan hastalar acile yönlendirilerek acil müdahale yapılması gerekenlere acil müdahalede bulunuldu.

**ÇIKARIMLAR:** Üroloji polikliniğine başvuran AÜSS ve ED şikayetli hastaların % 10'unda yeni tanı DM saptanmıştır. DM' nin son zamanlarda artan sıklığı ve komplikasyonları göz önünde bulundurulunca bu oranın önemli olduğunu ve AÜSS ve ED şikayetiyle başvuran her hastanın istenen laboratuvar değerlerine glikoz tetkikinin de eklenmesinin DM komplikasyonlarının önüne geçmesi ve oluşacak ekonomik yükün azalması sebebiyle gerekli

olduğunu düşünmekteyiz. Fakat çalışmanın geniş serili çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir

SP-66

## RETROPERİTONEAL BÖLGEDE KİST HİDATİK TEDAVİSİNDE PAİR VE CERRAHİ YÖNTEMLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Yunus Emre Göger,<sup>1</sup> Giray Karalezli,<sup>1</sup> Mehmet Kılınc,<sup>1</sup>Giray Sönmez,<sup>1</sup> Mehmet Balasar,<sup>2</sup> Murat Çakır<sup>3</sup>

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Konya

2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji, Konya

3. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi, Konya

### AMAÇ

Hidatik kist koyun, sığır ve domuz yetiştiriciliğinin sık olduğu Güney Afrika, AvustralyaGüney Amerika ve Türkiye'nin de içinde bulunduğu bazı Akdeniz ülkelerinde endemiktir. Kist hidatik en sık karaciğer ve akciğerde görülsede retroperitoneal boşluk ve organlarda görülme sıklığı %0,5-5 arasında görülebilir. Genellikle ilk akla gelen tedavi cerrahi olsada minimal invazif yöntemler tercih edilebilmektedir. Bizde kliniğimizde kist hidatik nedeniyle tedavi olan hastaları değerlendirdik.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde kist hidatik tanısıyla tedavi olan 55 hastayı retrospektif olarak değerlendirdik. Hastalara rutin olarak ct, usg ve laboratuvar testleri yapıldı. Gerekli olanlara MR çekildi. Bütün hastalar cerrahi ya da PAİR ile tedavi edildi.

**BULGULAR:** Kliniğimizde 55 hastanın, 30'u erkek 25'i kadındı. Ortalama yaş 39.7 (4-85)'idi. Bu hastaların %51,9 (28)'inde renal kist hidatik, %9,1 (5) srenal kist hidatik, %20 (11) retroperiton kist hidatiği, %20 (11) retrovezikal kist hidatik mevcuttu. Böbrek kist hidatik 15'i sağ böbrek, 13'ü sol böbrekteydi,. Renal kist hidatikli 8 hasta da hepatik kist hidatik mevcuttu. Retroperitoneal kist hidatiği olan 2 hasta karaciğer, 1 hastada dalak kist hidatik mevcuttu. Retrovezikal kist hidatiği olan 1 hastada dalak, periton kist hidatiği, 1 hastada da dalak, karaciğer de kist hidatik mevcuttu. Ayrıca Srenal kist hidatiği olan 1 hastada karaciğerde kist hidatik mevcuttu. Hastalarda en sık sırt ağrısı 26 (%47,2), daha sonra sırasıyla üst karın ağrısı 19 (%34,5), hematüri 2 (%3,6), hidratri 4 (%7,2), alt üriner semptomları 5 (%10,8), fizik muayene tespit edilen 8 (%14,5), hipertansiyon 1 (%1,4)'dı (Tablo 1). Gharbi Sınıflamasına göre tip1 10 hasta

**Tablo 1:** Preoperatif Klinik Değerlendirme

Yaş	39,7 (4-85)	Klinik semptomlar (%)	
Cinsiyet		Sırt Ağrısı	26 (47,2%)
Erkek	30 (54,5%)	Üst Karın Ağrısı	19 (34,5%)
Kadın	25 (35,5%)	Hematüri	2 (3,6%)
Hayvan Teması		Hidratüri	4 (7,2%)
Hayır	36 (65,4%)	Alt Üriner Semptom	5(10,8%)
Evet	19 (34,6%)	Asemptomatik	8 (14,5%)
		Hipertansiyon	1 (1,4%)
Organ	Hasta Sayısı	Gharbi Sınıflaması	
Adrenal	5 (9,1%)	Tip 1	10 (18,1%)
Böbrek	28 (50,9%)	Tip 2	8 (14,7%)
Retroperitoneal boşluk	11 (20%)	Tip 3	22 (40%)
Retrovazikal aln	11 (20%)	Tip 4	9 (16,3%)
		Tip 5	6 (10,9%)

**Tablo 2:** Tedavi Yöntemleri

Tedavi Yöntemleri	Hasta Sayısı	Komplikasyon
PAİR	14 (25,4%)	1 (3,6%)
Total Kistektomi	11 (20%)	0
Parsiyel Kistektomi	31 (12,7%)	0
Nefrektomi	13 (23,6%)	0
Parsiyel Nefrektomi	6 (10,9%)	0
Adrenelektomi	3 (%5,4)	0

(%18,1), tip2 8 hasta (%14,7), type3 22 hasta (%40), tip4 9 hasta (%16,3), tip5 6 hasta(10,9) şeklindeydi. Tip1,2 olan Renal kisthidatik 7 (%12,7),retrovazikal kisthidatik 3 (%5,4),retroperiton 3 (%5,4),adrenal kisthidatik 2 (3,6%) hastaya PAİR yapıldı.Geri kalan hastalara Total kistektomi 11 (20%), parsiyel kistektomi 8 (%14,5), parsiyel nefrektomi 6 (11,1%), nefrektomi 13 (23,6%), ve sürrenalektomi 3 (%9,2) yapıldı (Tablo2).Hastalarımızı 3-26 ay (ort 6, 8 ay) takip ettik.

**ÇIKARIMLAR:** Retroperitoneal kist hidatiklerde gharbi sınıflamasına göre tip1-2, çevre organlardan sınırları ayırt edilebilen tedaviye uyumlu hastalarda PAİR+kemoterapi uygun bir tedavi yöntemi olduğunu, daha ileri komplike kistlerde cerrahinin öncelikli organ koruyucu aksi takdirde total eksizyonun gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

SP-67

## SPİNAL KORD YARALANMALI HASTALARIN MESANE TAŞLARI TEDAVİ SONUÇLARI

Ahmet Önder Örs,<sup>1</sup> Koray Erten,<sup>2</sup> Hasret Topaç<sup>3</sup>

1) Aksaz Asker Hastanesi, Üroloji, Muğla

2) Girne Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

3) Diyarbakir Asker Hastanesi, Üroloji, Diyarbakır

**AMAÇ:** Üriner sistem taşlarının %5 ini oluşturan mesane taşları, alt üriner sistem obstrüksiyonu, tekrarlayan enfeksiyon ve nörojen mesane disfonksiyonuna bağlı oluşur. Spinal kord yaralanmasına (SKY) bağlı nörojen mesane tanılı hastalarda mesane taşı olgularını değerlendirdik.

**YÖNTEM:** 2013-2015 yılları arasında mesane taşı saptanan SKY'lı 38 hasta (21-67 yaş aralığı) çalışmaya dahil edildi.

**BULGULAR:** 24 (%63) hastada mesane taşı 1-2,5 cm arasında, 10 (%26) hastada 2,5-4 cm arasında, 4 (%11) hastada cm üzerinde idi. 8 hastada multipl taş mevcuttu. 3 (%8) hastaya Sistolitotomi operasyonu uygulandı (1 hastaya üretra darlığı nedeni ile, 2 hastaya taş boyutunun 5 cm'den büyük olması nedeni ile), 18 (%47) hastanın taşları mekanik litotriptör ile, 17 (%45) hastanın taşları pnömotik litotripsi +mekanik litotriptör ile kırıldı. Ellik ile irrije edilerek veya basket kateter ile taşlar alındı.

**ÇIKARIMLAR:** SKY bağlı nörojen mesaneli hastalarda gelişen mesane rehabilitasyonu uygulamaları ile üriner sistemin korunması ve komplikasyon oranlarının azalması sağlanmıştır. Takiplerin düzenli yapılmaması, oluşan enfeksiyonlar, mesanede oluşan rezidüel idrar gibi etkenlerle mesane taşı oluşumu riski artmaktadır. SKY sonrasında mesane taşı gibi komplikasyon gelişmesi riskinden dolayı periyodik üriner sistem takibinin önemi unutulmamalıdır.

SP-68

## PLAZMAKİNETİK BİPOLAR SİSTEMLE YAPILAN TRANSÜRETRAL PROSTATEKTOMİNİN POSTOPERATİF SONUÇLARININ STANDART MONOPOLAR SİSTEMLE KARŞILAŞTIRILMASI

Alper Cihat Erdal,<sup>1</sup> Sıtkı Ün,<sup>1</sup> Hakan Türk,<sup>1,2</sup>Ahmet Selçuk Dindar,<sup>1</sup> Enis Mert Yorulmaz<sup>1</sup>

1. Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

2. Dumlupınar Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kütahya

**AMAÇ:** Benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle transüretal prostat rezeksiyonu (TURP) yapılan hastalarda, standart monopolar (M-TURP) ile bipolar (B-TURP) yöntemin sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2014 ile temmuz 2015 tarihleri arasında TURP yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Çalışmaya uluslararası prostat semptom skoru (IPSS)  $\geq 18$ , medikal tedaviden fayda görmeyen, tekrarlayan üriner retansiyon ve maksimal idrar akımı (Qmax)  $\leq 15$  olan hastalar dahil edildi. Nörojenik mesane disfonksiyonu, mesane taşı ve daha önce prostat ameliyatı (TURP) geçiren hastalar dışlandı. Verileri tam olan 300 hasta çalışmaya dahil

edildi. Monopolar TURP(M-TURP) yapılan 158 (%52.7) hasta ,bipolar TURP(B-TURP) yapılan 142 (%47.3) hasta idi. Takip sırasında hastalar Uluslar arası Prostat Semptom Skoru (IPSS), dijital rektal muayenesi (DRM), serum prostat spesifik antijen (PSA), post voiding rezidü (PVR), prostat volümü, üroflowmetri ile değerlendirildi. Monopolar ve bipolar TURP yapılan hastalar arasında operasyon süresi, ameliyat sonrası hastanede kalış süresi, sondalı kalış süresi, post-operatif ateş, post-operatif hg değişim miktarı, rezeke edilen prostat dokusu miktarı ve tekrar operasyon durumu karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Her iki grup arasında pre-operatif yaş, IPSS, PSA, prostat volumu, pre-op Q max, dijital rektal muayene, pre-op Hg miktarı açısından anlamlı fark saptanmadı (tablo 1). Post-operatif Q max değeri M-TURP grubunda 15.1, B-TURP grubunda 16.2 ml/sn ( $p=0.109$ ), Q max değişimi M-TURP 8.5, B-TURP 8 ml/dk ( $p=0.510$ ), rezeke edilen prostat dokusu miktarı M-TURP  $12.2 \pm 6.5$ , B-TURP  $13.3 \pm 6.8$  cc ( $p=0.362$ ), post-operatif ateş M-TURP 7 (%4.4), B-TURP 4 (%2.1) hasta ( $p=0.693$ ) ve Hg değişim miktarı M-TURP 1.3, B-TURP 1.2 g/dl ( $p=0.418$ ) olarak değerlendirilerek gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Operasyon süresi M-TURP grubunda 58.19, B-TURP grubunda 46.41 dk ( $p<0.001$ ), sondalı kalış süresi M-TURP 5.09, B-TURP 3.42 gün ( $p<0.001$ ), hastanede kalış süresi M-TURP 3.04, B-TURP 2.27 gün ( $p<0.001$ ) ve tekrar operasyon durumu M-TURP 16 (%10.1), B-TURP ise 5(%3.5) hasta ( $p=0.025$ ) olarak değerlendirilerek gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır (tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda B-TURP'nin daha kısa operasyon süresi,sondalı kalış süresi ve hastanede kalış süresiyle M-TURP'ye iyi bir alternatif olduğu,daha iyi değerlendirme için prospektif ve uzun süreleri çalışmalara ihtiyaç olduğu kanısına vardık

Tablo 1: Post-operatif sonuçlar

	M-TURP	B-TURP	P
Operasyon süresi(dk)	58.19	46.41	<0.001
Rezeke edilen doku miktarı(cc)	12.2±6.5	13.3±6.8	0.362
Hg değişim miktarı(g/dl)	1.3	1.2	0.418
Sonda kalış süresi(gün)	5.09	3.42	<0.001
Hastanede kalış süresi(gün)	3.04	2.27	<0.001
Post op ateş	7(%4.4)	4(%2.1)	0.693
Post op Qmax(ml/sn)	15.1	16.2	0.109
Sondalı hastalarda post-op Qmax değişimi(ml/sn)	14.6	14.2	0.769
Qmax değişimi	8.5	8	0.510
Reoperasyon	16	5	0.025
Re-TURP	9	1	<0.001
İnternal üretrotomi	7	4	0.044

Hg: Hemoglobin, Q max: Maksimal idrar akımı, TURP: Transüretal prostat rezeksiyonu

SP-69

## AİLESİNDE ÜROLİTİAİZS ÖYKÜSÜ OLAN HASTALARDA ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞI SIKLIĞI

Çağrı Asan,<sup>1</sup>

1. Özel Doğa Cerrahi Tıp Merkezi, Üroloji, Batman

**AMAÇ:** Üroloji polikliniğimize son 5yıl içinde başvuran hastaların ve ailelerinin üriner sistem taş hastalığı sıklığı ve ailesinde taş hastalığı bulunmasının etkisini değerlendirmek amaçlandı.

**Tablo 1: Hasta ve aile taş öyküsü**

	Ailede Taş Yok	Ailede Taş Var				Toplam
		1. Derece	2. Derece	3. Derece	Toplam	
Hastalarda taş var (n=3957)	1941	1056	650	310	2016	3957
Hastalarda taş yok (n=14752)	10179	2397	1390	786	4573	14752
Toplam	12120	3453	2040	1096	6589	18709

**YÖNTEM:** Üroloji polikliniğine ilk kez başvuran hastaların şikayetleri, özgeçmişleri, aile öyküleri ile laboratuvar ve radyolojik bulguları kişisel olarak toplanan excel dosya bilgilerinden retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler Excel 2010 ve SPSS 18.0.2 programı ile yapılmıştır.

**BULGULAR:** Yaşları 0-101 arasında değişen (ortalama yaş 32,3) 12459 erkek (%56,44) ve 9614 kadın (%43,55) 22080 hastanın verileri incelendi. 18709 hastanın üriner sistem taş hastalığı bakımından aile öyküsü mevcuttu ve bu grubun 6589'unun (%35,31) ailesinde ürolitiazis öyküsü bulunmakta idi. Daha önce üriner sistemden taş düşüren veya taş nedeni ile müdahale edilen hasta sayısı 4683 (%21,2) idi. Ürolitiazis öyküsü bulunan 4683 hastanın 3957'sinde ailede taş öyküsü hakkında bilgi vardı ve bu grubun 2016'sının aile öyküsünde üriner sistem taş bilgisi saptandı (Tablo). Ailesinde taş öyküsü olan hastaların daha önce taş düşürmüş olma veya halen taş bulundurma ihtimali, ailesinde taş öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek idi ( $p<0,05$ ). Özgeçmişinde ve aile hikayesinde taş öyküsü olan hastalar üriner sistem taş hastalığı bakımından en yüksek riske sahip hastalardır ve bu değer istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Birinci derece yakın akrabalarda üriner sistemde taş öyküsü olması hastanın da üriner taş hastası olma ihtimalini arttırmaktadır ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**ÇIKARIMLAR:** Ailesinde üriner sistem taş hastalığı bulunan hastaların üriner sistem taşları bakımından daha fazla riske sahiptirler. Bu hastalar laboratuvar ve radyolojik olarak iyi değerlendirilmelidirler.

SP-70

## RENAL KOLİKLİ HASTALARDA TAŞ HASTALIĞINI PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER

Hakan Türk,<sup>1\*</sup> Sıtkı Ün,<sup>2</sup> Yakup Karakaya,<sup>1</sup> Fırat Akdeniz<sup>3</sup>

1. Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya

2. DİĞER, Üroloji, İzmir

3. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma hastanesi, Üroloji, Trabzon

**AMAÇ:** Üroloji polikliniğine yan ağrısı ile başvuran hastalarda klinik ve laboratuvar bulgularının üriner sistem taş hastalığını öngörmedeki etkinliğini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2015 ile Haziran 2016 tarihleri arasında acil servise ve üroloji polikliniğine tek ya da iki taraflı yan ağrısı, karın ağrısı, kasık ağrısı şikayeti ile başvuran ve renal kolik olduğu şüphelenilen hastalar incelenerek çalışmaya dahil edildi. Hastaların yapılan tomografi ve tam idrar tetkikleri incelendi. Ayrıca hastaların semptomları, aile öyküleri, öz geçmişleri ve vizüel ağrı skoru (VAS) sorgulandı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 516 hasta tomografi sonuçlarına göre üriner sistem taşı tespit edilenler grup 1 (n=388), tespit edilmeyenler grup 2 (n=128) olarak iki gruba ayrıldı. Grup 1 de yaş ortalaması  $38,53\pm 20,8$  (17-68), grup 2 de yaş ortalaması  $32,3\pm 18,8$  (17-65) olarak tespit edildi. Grup 1 de erkek/kadın oranı 248/140, grup 2 de 64/64 olarak bulundu. Diğer bulgular tablo da özetlenmiştir. Bu bulguların sonucuna göre erkek cinsiyet, mikroskopik hematüri varlığı, ailede taş öyküsü varlığı, ağrı şikayetine bulantı ve kusma şikayetinin eşlik etmesi ve beraberinde işeme şikayetlerinin olması çoklu analizde üriner sistem taş hastalığını tespit etmede prediktif faktörler olduğu görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Acil servise veya polikliniğe yan ağrısı ile başvuran hastalarda ailede taş öyküsünün olması, tam idrar analizinde mikroskopik hematüri varlığı ve hastanın semptomları taş hastalığını öngörmede kullanılabilir ve bu bulgular eşliğinde istenecek görüntüleme yöntemi belirlenebilir.



Tablo 1

		Taş Var (n=388)	Taş Yok (n=128)	Tekli Analiz p Değeri	Çoklu Analiz p Değeri
Yaş		38.53	32.3	0.044	
<b>Cinsiyet</b>					
	Erkek	248(63,9)	64(50)	0.005	0.015
	Kadın	140	64		
<b>Ağrı skoru</b>		<b>6.85</b>	<b>6.31</b>	0.003	0.78
	1-----4	32	24		
	5-----8	312	96		
	9-----10	44	8		
<b>Ağrı Kesici Kullanım ihtiyacı</b>					
	Var	348(89,6)	108(84,3)	0.104	
	Yok	40	20		
<b>Acil servise başvuru</b>					
	Var	352(90,7)	100(78)	<0,0001	0.121
	Yok	36	28		
<b>Mikroskopik Hematüri</b>					
	Var	344(88,6)	88(68,7)	<0,0001	<0,0001
	Yok	44	40		
<b>Taş öyküsü</b>					
	Var	164(42,2)	24(18,7)	<0,0001	0.14
	Yok	224	104		
<b>Taş Operasyon Öyküsü</b>					
	Var	52(13,4)	4(3,1)	0.001	0.23
	Yok	336	124		
<b>Ailede Taş Öyküsü</b>					
	Var	200(51,5)	44(34,3)	0.001	0.028
	Yok	188	84		
AĞRI SÜRESİ		5.28	11.9	<0,0001	0.051
BULANTI KUSMA EŞLİK ETMESİ				<0,0001	<0,0001
İŞEME ŞİKAYETİ				<0,0001	<0,0001

# SERBEST BİLDİRİLER 8 (MİNİMAL İNVAZİV)

4 Kasım 2016 / Salon B / 16:15-17:15

Oturum Başkanları: Sinan Zeren, Gökhan Faydacı



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-43

## MONOPOLAR VE BİPOLAR TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYON SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Eray Hasırcı,<sup>1</sup> Enis Kervancıoğlu,<sup>1</sup> Ayhan Dirim,<sup>1</sup>  
Zeynep Özdemir,<sup>2</sup> Fulya Elmastaş,<sup>2</sup> Çağan Asparuk,<sup>2</sup>  
Oğuzhan Ak,<sup>2</sup> Oğuz Pektaş,<sup>2</sup> Hakan Özkardeş<sup>1</sup>

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dönem III Öğrencileri,  
Ankara

**AMAÇ:** Benign prostatik obstrüksiyon (BPO) tedavisinde konvansiyonel (monopolar) ve plazmakinetik (bipolar) transüretral prostat rezeksiyon (TURP) yöntemlerinin karşılaştırılması.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde 2011-2015 yılları arasında BPO nedeniyle TURP yapılan toplam 505 olgu (332 bipolar, 173 monopolar) retrospektif olarak değerlendirildi. Aynı cerrah tarafından opere edilen 92 hasta (58 bipolar, 34 monopolar) çalışmaya dahil edildi. Olgular postoperatif hemoglobin (Hb) değerlerindeki düşüş, idrar tepe akım hızlarındaki (Qmax) artış, post miksiyonel rezidüel idrar (PMR) miktarındaki düşüş, operasyon süreleri,

**Tablo 1:** Monopolar ve bipolar TURP yöntemlerinin karşılaştırılması.

	Monopolar	Bipolar	P
Operasyon süreleri (dakika)	53.41	83.55	<0.001
Rezeksiyon hızı (g/dakika)	0.42	0.22	<0.001
Yatış süreleri (saat)	80.9	56.3	0.001
İrrigasyon süreleri (saat)	20.94	3.64	<0.001
Hb değişimleri (mg/dL)	-1.41	-0.92	0.138
Qmax değişimleri (mL/dakika)	11.91	11.75	0.936
PMR farkı (mL)	-313.66	-179.87	<0.001

Hb: Hemogloblin; Qmax: Tepe akım hızı; PMR: Post miksiyonel rezidüel idrar

rezeksiyon hızı, irrigasyon ve yatış süreleri açısından karşılaştırıldı. Bipolar grubunda serum sodyum düzeylerinde anlamlı değişiklikler izlenmediği için karşılaştırmaya bu parametre dahil edilmedi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı monopolar grubunda 72.9 yıl (52-85), bipolar grubunda 69 yıl (55-92) idi. İki gruba ait tüm bulgular Tablo 1'de özetlenmiştir. Komplikasyonlar açısından ele alındığında bipolar TURP grubunda mesane boynu darlığı (1 olguya karşın 3 olgu) ve üretra darlığı (1 olguya karşın 6 olgu) daha yüksek düzeylerde saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Monopolar ve bipolar yöntemler arasında etkinlik açısından farklılık izlenmemekle birlikte darlıkla ilgili komplikasyonların bipolar grubunda biraz daha fazla olduğu görülmektedir. Darlık oranlarının daha yüksek olması operasyon süresinin uzun olmasından kaynaklı daha yoğun termal hasarla açıklanabilir. Bipolar tekniğin daha az kanama avantajı nedeniyle irrigasyon ve yatış süreleri beklendiği üzere daha kısa olarak bulunmuştur.

SS-44

## 180 WATT GREENLIGHT LAZER PROSTATEKTOMİ PERİPROSTATİK BLOK İLE UYGULANABİLİR

Ömer Onur Çakır,<sup>1</sup> Mehmet Gökhan Çulha,<sup>2</sup>  
Serkan Gönültaş,<sup>1</sup> Ege Can Şerefoğlu<sup>1</sup>

1. İstanbul Bağırcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul  
2. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** GreenLight® fotoselektif prostat vaporezasyonu (Photoselective vaporization of the prostate - PVP), benign prostat hiperplazisine bağlı alt üriner sistem semptomlarının (BPH/AÜSS) tedavisinde kullanılan etkili bir minimal invazif yöntemdir. Bu çalışmanın amacı, genel veya rejyonel anesteziye uygun olmayan hastalarda lokal anestezinin 180 Watt GreenLight

lazer prostatektomi operasyonu sırasındaki etkinliğini araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Aralık 2013-Ağustos 2015 arasında periprostatik blok yöntemi ile anestezisi yapılan ve 180 Watt GreenLight sistemi ile PVP uygulanan 52 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar uluslararası prostat semptomu skoru formunu (International Prostate Symptom Score - IPSS) doldurdu ve maksimum idrar akım hızını (Qmax) saptamak üzere tüm hastalara üroflowmetri yapıldı. İşeme sonrası rezidü idrar hacmi (Post-void residual urine - PVR) ve prostat hacminin ölçümü için ise hastalara sırasıyla transpubik ve transrektal ultrason yapıldı. Serum prostat spesifik antijen (PSA) seviyeleri de analiz edildi. Operasyon öncesinde rektuma yerleştirilen sol el işaret parmağının kılavuzluğunda perineden sokulan 22 G Spinocan® iğne vasıtası ile prostat kapsülü ve prostat dokusu içerisine 20 ml bupivakain hidroklorid (5 mg/ml) enjekte edildi. Operasyondan sonra hastalara Visual Analogue Scale (VAS) yöntemi ile ağrı seviyesi ölçümü yapıldı. Hastalar postoperatif 3.ayın sonunda tekrar değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 74.88±7.16 yıl olarak saptandı. Bütün operasyonlar ileri anestezi müdahalesi gerektirmeyecek şekilde başarı ile tamamlandı. PVP sonucunda IPSS'de (28.6±3.83 vs. 10.73±2.62, p<0.0001) ve Qmax'ta (6.88±1.1 vs. 23.87±2.8, p<0.0001) anlamlı düzelme saptandı. Ortalama operasyon, kateterizasyon ve hastanede kalım süreleri sırasıyla 57.13±15.32 dakika, 1.25±0.44 gün ve 1.37±0.56 gün olarak saptandı. Herhangi ciddi bir perioperatif komplikasyona rastlanılmadı. VAS skorlamasına göre hastaların büyük çoğunluğunda operasyon sırasında ağrı gözlemlenmedi (52 hastanın 49'unda VAS skoru 0 olarak saptandı).

**ÇIKARIMLAR:** Periprostatik blok, 180 Watt GreenLight PVP operasyonu için genel veya rejyonel anestezide alternatif olan, uygulanabilir ve güvenli bir yöntemdir. Bu lokal anestezi tekniği, komorbiditeleri nedeni ile genel ve/veya rejyonel anesteziyi tolere edemeyen yaşlı BPH/AÜSS hastaları için tercih edilebilir.

SS-45

## ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ'NİN İLK "THE EUROPEAN TRAINING IN BASIC LAPAROSCOPIC UROLOGICAL SKILLS" (E-BLUS) HAZIRLIK KURSU DENEYİMİ

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Kaan Gökçen,<sup>2</sup>

Ali Barbaros Başeskioglu,<sup>3</sup> Yakup Bostancı,<sup>4</sup> Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Kaan Gökçen,<sup>2</sup>

Ali Barbaros Başeskioglu,<sup>3</sup> Yakup Bostancı,<sup>4</sup>

Mehmet Selçuk Keskin,<sup>5</sup> Sas Barmoshe,<sup>6</sup>

Mustafa Sertaç Yazıcı,<sup>7</sup> Ömer Demir,<sup>8</sup> Yakup Kordan<sup>9</sup>

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

2. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sivas

3. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

4. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

5. Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

6. Edith Cavell Clinic, Urology Clinic, Yurtdışı

7. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

8. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

9. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Avrupa Üroloji Derneği (EAU) laparoskopik cerrahi eğitimini daha standart hale getirmek için "The European Training in Basic Laparoscopic Urological Skills (E-BLUS)" isimli bir sınavla kişilerin becerilerini ölçmekte ve bu konudaki eğitimlerinde standardizasyonu sağlayan bir belge vermektedir. ÜCD adı geçen sınava hazırlıkla ilgili ilk beceri kursunu 26-29 Mayıs 2016 tarihinde İstanbul'da düzenlenen "Geleceğin Ürologları Yetiştiriyor 2" etkinliğinde gerçekleştirmiştir. Çalışmamızda beceri kursuna katılanların bilgilerini ve deneyimlerini paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kurs sınavın içeriğinde olan şu 4 istasyonda gerçekleştirildi: "Peg Transfer (PG)", "Cutting Circle (CC)", "Needle Guidance (NG)", "Suturing (S)". Kursiyerler 20'şer kişilik gruplarda EAU tarafından görevlendirilmiş sertifikalı bir eğitmen tarafından 15 dk. boyunca bilgilendirildiler ve 10 dk. boyunca ilgili istasyonlarda becerileri çalışmalarını yaptılar. Başarısızlık nedenleri, süreleri, eğitim yılları, eğitim aldıkları kliniklerdeki laparoskopi eğitimi ve tecrübeleri kaydedildi.

**BULGULAR:** Toplam 80 kişiden bilgileri eksiksiz olan 51 kişi değerlendirmeye alındı. Ortalama yaşı 31,5±2,7 yıl olan katılımcıların önceki deneyimleri Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların önceden PG, CC, NG ve S istasyon deneyimleri %74,5 (n=38), %56,9 (n=29), %51 (n=26), %66,7 (n=34); kurstaki başarıları ise %29,4 (n=15), %17,6 (n=9), %21,6 (n=11) ve %51 (n=26) olarak tespit edildi. İstasyonlar için ortalama

**Tablo 1:** Katılımcıların eğitim aldıkları kliniklerde laparoskopik cerrahi yapıma durumu, eğitiminin verilme durumu ve bireysel olarak bir laparoskopik cerrahiye tamamlama durumları eğitim yıllarına göre verilmiştir.

Üroloji Eğitimi Durumu	Eğitim Aldığı Klinikte				Kişisel Laparoskopik Cerrahi Deneyimi		Toplam (N)
	Laparoskopi Uygunması		Laparoskopi Eğitimi		YOK	VAR	
	YOK	VAR	YOK (N)	VAR			
	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	(N)	
4. yıl asistanı	1	1	1	1	1	1	2
5. yıl asistanı	3	16	7	12	10	9	19
Uzman	8	22	15	15	14	16	30
Toplam	12	39	23	28	25	26	51

**Tablo 2:** İstasyonlarda tüm gruplar için ortalama görevi tamamlama süresi

	Peg Transfer		Circle Cutting		Needle Guidance	Suturing
	1. Deneme Süresi (sn)	2. Deneme Süresi (sn)	1. Deneme Süresi (sn)	2. Deneme Süresi (sn)	Süre (sn)	Süre (sn)
4. yıl asistanı (n=2)	123	114	175±81	64	392±251	275±233
5. yıl asistanı (n=19)	192±58	153±64	197±54	149±68	395±90	363±126
Uzman (n=30)	217±70	174±57	198±56	166±36	379±106	354±118
Kliniğinde lap. yok (n=12)	237±66	156±43	191±50	160±35	434±88	415±94
Kliniğinde lap. var (n=39)	194±64	172±56	199±56	156±58	371±105	336±126
Lap. eğitimi yok (n=23)	236±67	168±75	195±58	161±52	398±108	406±112
Lap. eğitimi var (n=28)	183±57	161±50	199±52	153±55	376±101	312±117
Lap. deneyimi yok (n=25)	222±82	152±78	199±57	161±56	412±100	410±102
Lap. deneyimi var (n=26)	190±49	172±44	195±53	154±52	361±103	300±119
İstasyon deneyimi yok	259±79	195±108	211±57	170±54	417±88	389±120
İstasyon deneyimi var	190±56	157±45	186±51	149±52	356±110	337±122
Tüm Grup	204±66	164±60	197±54	157±53	386±104	354±123

beceri süreleri tablo 2'de verilmiştir. İstasyonlardaki başarısızlık nedenleri PG için %33,3 (n=11) zaman, %6,1 (n=2) düşürme ve %60,6 (n=20) hem zaman hem de düşürme; CC için %38,1 (n=16) zaman, %14,3 (n=6) iç halkanın kesilmesi, %14,3 (n=6) dış halkanın kesilmesi ve %33,3 (n=14) her iki halkanın kesilmesi olarak saptandı. S istasyonunda başarılı olanların daha önce laparoskopik cerrahi yaptığı (p=0,0002), eğitildikleri kliniklerde laparoskopik cerrahi (p=0,007) ve eğitim (p=0,034) uygulamasının olduğu öğrenildi. İlginç şekilde, PG istasyon deneyiminin NG istasyon başarısını (p=0,025), CC istasyonu deneyiminin S istasyon başarısını (p=0,017), NG istasyonu deneyiminin NG istasyon başarısını (p=0,023), S istasyonu deneyiminin ise NG istasyon başarısını (p=0,05) artırdığı gösterildi.

**ÇIKARIMLAR:** Ülkemize ait E-BLUS tecrübesini gösteren bu ilk deneyimde her dört istasyon için başarısızlık oranlarının çok yüksek olduğu ve laparoskopik cerrahiye ve eğitime yeterli özenin gösterilmediği gözlemlendi.

SS-46

## LAPAROSKOPİK KLEMPİSİZ VE KLEMLİ PARSİYEL NEFREKTOMİ OPERASYONLARININ KLİNİK EVRE İLE BİRLİKTE KARŞILAŞTIRILMASI

Çetin Demirdağ,<sup>1</sup> Muhammed Fatih Şimşekoğlu,<sup>1\*</sup> Fahri Yavuz İlki,<sup>2</sup> Birgi Ercili,<sup>1</sup> Veli Yalçın,<sup>1</sup> Nur Ahmet Erözenci,<sup>1</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmamızda kliniğimizde klinik evre T1a-T1b böbrek hücreli kanser tedavisinde uyguladığımız laparoskopik klempsiz parsiyel nefrektomi (KPN) ve komplet hiler klemlili laparoskopik parsiyel nefrektomi (HKPN) operasyonlarının operatif ve onkolojik sonuçlarımızı sunmaktayız.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde haziran 2005 ile mayıs 2016

yılları arasında böbrek hücreli kanser nedeniyle laparoskopik parsiyel nefrektomi uyguladığımız 116 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Klempsiz laparoskopik parsiyel nefrektomi (21) ve HKPN (95) uyguladığımız hastaların preoperatif peroperatif ve postoperatif verileri her klinik evre için ayrı ayrı karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların demografik özellikleri tümör karakteristikleri ve peroperatif verileri tablo 1'de özetlenmiştir. Klempsiz laparoskopik parsiyel nefrektomi grubunda 1, HKPN grubunda 2 hastada laparoskopik radikal nefrektomiye dönüldü. Klempsiz laparoskopik parsiyel nefrektomi olarak başlanan 2 hastada HKPN operasyonuna dönüldü ve bu hastalar bu grupta sınıflandırıldı. Padua skorları, iskemi süresi, tümör boyutu ve intraoperatif kanama miktarı karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanırken kan transfüzyon oranları iki grupta da benzerdi (Tablo 1). Preoperatif ve postoperatif 3. Ay GFR değerleri KPN ve HKPN grubunda sırasıyla 98,4 ml/dak/m<sup>2</sup>, 85,1 ml/dak/m<sup>2</sup> olarak hesaplandı ve her iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptandı (p<0,001).

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik parsiyel nefrektomi iyi seçilmiş hasta gruplarında renal iskemisiz olarak güvenle uygulanabilir bir yöntemdir. Renal iskemisiz olarak başlanan hastalarda gerektiğinde iskemili olarak devam etme alternatifide sağlayacağından total renal iskemi süresinide azaltmada bir avantaj sağlayabilir.

SS-47

## BÖBREK TAŞI TEDAVİSİNDE FLEKSİBLÜRETERORENOSKOP KULLANIM SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN RETROSPEKTİF OLARAK ARAŞTIRILMASI

Kadir Ömür Günseren,<sup>1</sup> Onur Kaygısız,<sup>1</sup> Burhan Coşkun,<sup>1</sup> Yakup Kordan,<sup>1</sup> Hakan Kılıçarslan<sup>1</sup>

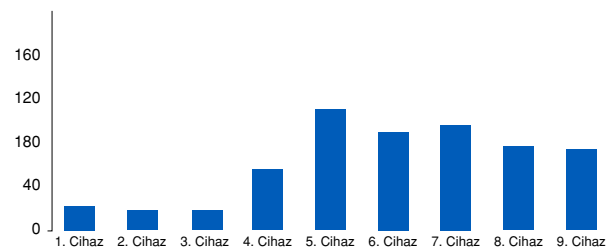
1. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Böbrek taşı tedavisinde kullanılan fleksibl üreterorenoskop kullanım süresini etkileyebilecek hastaya ait faktörlerin araştırılması

**YÖNTEM:** 2010 ile 2016 yılları arasında kliniğimizde kullanılan 9 adet fleksibl üreterorenoskop ile böbrek taşına müdahale edilen 559 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Her bir fleksibl üreterorenoskop ile uygulanan operasyonlardaki hastaların taş alanları, taş dansiteleri, operasyon süreleri ve bunlarla birlikte taş lokalizasyonları değerlendirilerek 9 grup oluşturuldu.

**BULGULAR:** 9 grup içinde sırasıyla 22, 17, 18, 56, 111, 90, 96, 76 ve 73 operasyon gerçekleştirildi (tablo). Gruplardaki alt pol taşları oranları sırasıyla %72,7 %70,6 %22,2 %55,4 %44,1 %50 %65,2 %47,4 %53,4 olarak saptandı. (tablo) Grup 1'deki ortalama operasyon süresinin sadece grup 3'e göre anlamlı uzun olduğu, grup 3'ün ortalama operasyon süresinin grup 1, 4, 5, 6, ve 7'ye göre anlamlı kısa olduğu, grup 6' ve 7'nin ortalama operasyon süresinin grup 8 ve 9'a göre anlamlı uzun olduğu saptandı. Grup 1'deki ortalama taş yüzey alanının grup 5, 6, 7, 8, 9'daki, grup 2'deki ortalama taş yüzey alanının ile grup 5, 7, 8, 9'daki, grup 4'deki ortalama taş yüzey alanının grup 8 ve 9'daki, grup 6'daki ortalama taş alanının grup 9'daki ortalama taş alanına göre anlamlı düşük olduğu saptandı. Grup 4'deki ortalama taş dansitesinin grup 5,6 ve 9'daki ortalama taş dansitesine göre anlamlı düşük olduğu saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Cerrahi deneyimin FURS kullanım ömründe önemli bir faktör olduğu saptandı. Yeterli deneyime rağmen alt pol lokalizasyonunda bulunan taşların cerrahisinin cihaz ömrünü azalttığı saptandı. Ayrıca kırılan taş alanının artmasının cihaz kullanım süresini etkilediği görüldü. Bununla birlikte taş dansitesinin cihaz ömrü üzerine etkili olmadığı bulundu.



Tablo

Taş Lokalizasyonları	Grup 1	Grup 2	Grup 3	Grup 4	Grup 5	Grup 6	Grup 7	Grup 8	Grup 9
Alt Pol ve Multiple Taşlar	72,7 (n:16)	70,6 (n:12)	22,2 (n:4)	55,4 (n:31)	44,1 (n:49)	50 (n:45)	65,2 (n:60)	47,4 (n:36)	53,4 (n:39)
Diğer Lokalizasyonlar	27,3 (n:6)	29,4 (n:5)	77,8 (n:14)	44,6 (n:25)	55,9 (n:62)	50 (n:45)	37,5 (n:36)	52,6 (n:40)	46,6 (n:34)

SS-48

## KOMPLİKE RENAL KOLİK AĞRI İLE BAŞVURAN GEBE HASTALARDA ÜRETEROSKOPI: ÇOK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

Salvatore Buttici,<sup>1</sup> Tarik Emre Şener,<sup>2,2</sup>  
Antonio Simone Laganà,<sup>3</sup> Salvatore Giovanni Vitale,<sup>3</sup>  
Christopher Netsch,<sup>4</sup> Yılören Tanıdır,<sup>2</sup> Rosa Pappalardo,<sup>1</sup>  
Carlo Magno<sup>1</sup>

1. Department of Human Pathology - Section of Urology, University of Messina, Via Consolare Valeria 1, 98125, Messina, Italy., Urology, Yurtdışı
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul
3. Unit of Gynecology and Obstetrics, Department of Human Pathology in Adulthood and Childhood "G. Barresi", University of Messina, Messina, Italy., Gynecology and Obstetrics, Yurtdışı
4. Department of Urology, Asklepios Hospital Barmbek, Hamburg, Germany, Urology, Yurtdışı

**Tablo 1:** Üriner sistem taşı tanısı alan ve üreteroskopik lazer litotripsi ve DJ stent yerleştirilmesi operasyonu uygulanan ve üriner sistem taşı olmayan hastalarda prematür üterin kasılma (PÜK) durumuna göre operasyona kadar geçen süre (saat) ve serum magnezyum seviyeleri (mmol/L). Değerler ortalama (minimum, maksimum) olarak verilmiştir. (\*p<0.05, \*\*p<0.01, \*\*\*p<0.001 PÜK olan hastalarla karşılaştırıldığında)

		Operasyona Kadar Geçen Süre	Serum Magnezyum Seviyesi
Taş +	PÜK +	37.5 (min 19, maks 43)	0.73 (min 0.62, maks 0.84)
	PÜK -	21 (min 6, maks 42)***	0.78 (min 0.54, maks 1.86)**
Taş -	PÜK +	34.5 (min 30, maks 42)	0.96 (min 0.83, maks 1.17)
	PÜK -	22 (min 6, maks 47) *	0.82 (min 0.58, maks 1.36)*

**Tablo 2:** Ürosepsis tanısı alan ve üriner sistem taşı olan hastaların ortanca operasyona kadar geçen süre (saat) ve idrar yoğunluğu, serum ürik asit seviyeleri (µmol/L) ve serum glukoz seviyeleri (mmol/L). Değerler ortalama (minimum, maksimum) olarak verilmiştir. (\*p<0.05, ürosepsis tanısı almayan hastalarla karşılaştırıldığında)

		Ürosepsis +	Ürosepsis -
Taş +	Operasyona kadar geçen süre	38 (min 32, maks 40)*	21 (min 6, maks 43)
	İdrar yoğunluğu	1010 (min 1000, maks 1020)*	1015 (min 1010, maks 1030)
	Serum ürik asit seviyesi	350 (min 260, maks 430)*	238 (min 121, maks 2785)
	Serum glukoz seviyesi	4.28 (min 4.03, maks 4.48)*	4.82 (min 3.45, maks 8.07)

**AMAÇ:** Gebelik döneminde, üreter taşları genellikle renal kolik ağrı ile klinik bulgu verir. Bu çalışmamızda gebelik döneminde karşılaşılan renal kolik ağrıya yaklaşımımızı ve deneyimimizi değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Renal kolik ağrı ile acil servise başvuran ve konservatif tedaviye rağmen renal kolik ağrıları devam ettiği için üreteroskopi yapılan 208 gebe hasta çalışmaya dahil edildi. Üriner sistem taşı tanısı ultrasonografik olarak ya da üreteroskopi esnasında konuldu. Üreter taşı rastlanılan hastaların hepsine lazer litotripsi ve double J (DJ) stent yerleştirildi. Üreteroskopi sonrası infektif komplikasyonlar ve prematür üterin kasılmalar (PÜK) kaydedildi.

**BULGULAR:** Hastaların %36.1'inde (n=75) ultrasonografik olarak veya üreteroskopi esnasında taşta rastlanılmadı. Kalan 133 hastanın 30'unda ultrasonografik olarak taşta rastlanılmadı ancak tanısız üreteroskopi sırasında taş tanısı konuldu. Operasyon sırasında uygulanan anestezi tipinin (genel/spinal) prematür üterin kasılmalar üzerine etkisi olmadığı saptandı. Başvuru esnasında yüksek ateşi olan hastaların sepsis ve PÜK açısından artmış riske sahip olduğu saptandı. İlginç olarak, PÜK, serum magnezyum değeri düşük olan hastalarda daha sık görülmekteydi. Operasyona kadar geçen sürenin uzun olması ile ürosepsis ve PÜK arasında istatistiksel anlamlı bir korelasyon olduğu görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Konservatif tedaviye yapıt vermeyen renal kolik ağrısı olan gebe hastalarda üreteroskopi güvenle uygulanabilecek bir cerrahi girişimdir. Bulgularımıza göre operasyonun zamanlaması septik riskler ve düşük tehidi açısından en önemli değişkendir. Risk altındaki hastalarda üreteroskopik girişim zaman kaybedilmeden yapılmalıdır.

SP-71

## BÖBREK TRAVMASINDA RUTİN KONTROL GÖRÜNTÜLEME GEREKLİ MİDİR?

Asgar Garayev,<sup>1</sup> Ahmet Keleş,<sup>2</sup> Cevdet Kaya<sup>1</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul
2. S.B. Esenyurt Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Evre I-III böbrek travmalı hastalarda uygulanan konservatif izlem tedavisi, Evre IV-V renal travmalı hastalarda klinik parametreler ile birlikte değerlendirilerek karar verilmesi önerilmektedir.

Yakın zamandaki çalışmalarda gelişmiş yoğun bakım şartları olan, multidisipliner travma ünitelerinde, yakın laboratuvar ve monitör takibi altında BT gereksinimi olmadan USG takibi ile Evre IV-V renal travmalı hastaların konservatif yöntemle tedavi edildiği ifade edilmiştir. Yüksek maliyeti ve radyasyon maruziyeti gibi dezavantajları nedeni ile böbrek travmalı hastaların takibinde kullanım sıklığı ile ilgili literatürde birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmamızda böbrek travmalı hastaların takip, tedavi ve görüntüleme tekniklerindeki deneyimimizi kılavuzlar doğrultusunda literatür ile uyumunu değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2014 ve Şubat 2016 tarih aralıklarında travma nedeni ile hastanemize başvuran böbrek travması tanısıyla üroloji kliniğinde takip ve tedavisi yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Böbrek hasarının sınıflandırılması AAST sınıflandırmasına göre yapıldı. Klinik ve laboratuvar değerlendirmelerine göre hastalara 24-48 saat içinde veya 48 saat sonrası ilk kontrol kontrastlı BT görüntüleme uygulandı. Görüntüler hem radyoloji hem de üroloji uzmanı tarafından değerlendirildi. Hastalar tedavi şekillerine göre konservatif tedavi uygulanan (KT), minimal invaziv girişim uygulanan (üreteral stent yerleştirilmesi, anjiyoembolizasyon, trombektomi ves.) (MIG) ve major cerrahi girişim uygulanan (MCG) olarak 3 ayrı gruba ayrıldı. Klinik, radyolojik ve laboratuvar sonuçları literatür eşliğinde tartışıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 65 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi (Tablo 1 ve 2). Sırasıyla 12 hastada Grade I, 3 hastada Grade II, 18 hastada Grade III, 31 hastada Grade IV ve 1 hastada Grade V böbrek travması saptandı (Tablo 3, Şekil 1 ve 2). KT grubunda 20 hastada, MIG grubunda 7 hastada ve MCG grubunda 5 hastada yüksek dereceli böbrek travması mevcuttu (AAST IV-V, p=.024). Yüksek dereceli böbrek travması olan hastaların; KT grubunda 10 hastaya, MIG ve MCG gruplarında ise 3'er hastaya ilk başvurunun 24-48. saatinde ayrıca KT grubunda 7 hastaya ve MIG grubunda 3 hastaya ise 48 > saat rutin BT görüntüleme yapıldı (Tablo 4, p=.158). MCG grubunda sadece 1 hastada yoğun bakımda pnömoniye bağlı mortalite izlendi. Bizim çalışmamızda Evre IV renal travmalı hastalarda rutin BT'nin gerekli olmadığı görülmüş ancak Evre V renal travmalı hastalarda major cerrahi tedavi uygulandığı için takiplerdeki BT görüntülemesi ile ilgili yeterli veri toplanamamıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Hemodinamisi stabil olan hastalarda rutin kontrol görüntüleme sadece rehberlerde belirtilen kurallar çerçevesinde yapılmamalı, uriner sistem travma tecrübesi üroloji uzmanı tarafından hastanın klinik durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Gereksiz kontrastlı tomografik görüntülemenin önüne

geçilerek kontrast nefropatisi, radyasyon maruziyeti ve sağlık masrafları önlenebilir.

TABLO 1. Demografik bilgiler.

Parametreler	Temel tedavi (NCT)	Minimal invaziv tedaviler (MIT)			Major cerrahi girişim (MCG)	
	(n=30, 46%)	(n=9, 14%)	(n=15, 23%)	(n=11, 17%)	(n=6, 9%)	(n=4, 6%)
Yaş ortalaması (SD) (yıl)	43(12)(9-86)	42(12)(14-76)	46(12)	42	46(12)(14-76)	42
Cinsiyet, erkek/e	24/6	8/1	12/3	2/7	2/4	2/2

\* - Bu tablo sadece eşitlik testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

TABLO 2. Laboratuvar ve klinik parametreleri.

Parametreler	NCT	Minimal invaziv tedaviler			Major cerrahi girişim	
	(n=30)	(n=9)	(n=15)	(n=11)	(n=6)	(n=4)
Arteriyel kan basıncı (mmHg)	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70	110/70
Glomerüler filtrasyon hızı (ml/dk/1.73m <sup>2</sup> )	110	110	110	110	110	110
Ureteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	0
Angiyoembolizasyon	0	0	0	0	0	0
Trombektomi	0	0	0	0	0	0
Üreteral stent yerleştirildi	0	0	0	0	0	

SP-72

## TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI ÜRETRAL KATETER NE ZAMAN ÇEKİLMELİ: RANDOMİZE PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Yusuf Şenoğlu,<sup>1</sup> Ali Tekin,<sup>2</sup> Olcay Yıldırım,<sup>2</sup> Dursun Baba,<sup>3</sup> Kamil Çam<sup>4</sup>

1. Aliğa Devlet Hastanesi, Üroloji, İzmir

2. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Düzce

3. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji, Düzce

4. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Benign prostat hiperplazisi (BPH) ile ilişkili alt üriner sistem semptomlarının altın standart tedavi yöntemi olan transüretal prostat rezeksiyonu (TURP) sonrası üretral kateter uygulanması rutin bir uygulama olmakla birlikte, optimal kateterizasyon süresi konusunda henüz bir fikir birliği yoktur. Bu çalışma, TURP yapılan hastalarda üretral kateterin postoperatif erken ve geç çekilmesinin etkilerini karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

**YÖNTEM:** TURP yapılan 91 hasta, kanama kontrolü sonrası üretral kateter çekilme zamanına göre erken (postop 1-2. gün) ve geç (postop 7. gün) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bulgular operasyon sonrası 3, 6 ve 12. aylarda tedavi etkinliği (uluslararası prostat semptom skoru (IPSS) ve üriner semptomlara bağlı yaşam kalitesi (YK) değerlendirmesi, üroflovetri (tepe ve ortalama akım hızı, işenen hacim) ve rezidüel idrar volümü ölçümü) ve morbidite (sonda çekildiğinde işeyememe, hematüri, enfeksiyon, üretral darlık, uzun [ $>1$  ay] süren dizüri-pollaküri semptomları, tekrar operasyon gerekliliği) açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Bir yıllık izlemde iki grup arasında postoperatif dönemde ürodinamik incelemeler, IPSS, YK ve morbidite açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı. Sadece 3. ayda maksimum ve ortalama idrar akış hızları erken grupta daha yüksek bulundu. İzlem sonunda benzer oranlar içermekle birlikte, üretral darlık gelişiminin kateter erken çekilen grupta geç çekilen gruba göre daha erken (sırasıyla 1 ve 3 ay) ortaya çıktığı gözlenmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Bu sonuçlar, TURP sonrası erken veya geç üretral kateter çekilmesinin tedavi etkinliği ve cerrahi morbidite bakımından önemli bir rolü olmayabileceğini düşündürmektedir. Daha kesin yargıya varabilmek için uzun süreli izlem sonuçları beklenmelidir.

SP-73

## İMPAKTE ÜRETERAL TAŞLAR: RADYOLOJİK, PERİ-OPERATİF BULGULAR VE PRE-OPERATİF MEDİKAL EKSPULSİF TEDAVİNİN ETKİSİ

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Farhad Talibzade,<sup>1</sup>

Mehmet Kazım Asutay,<sup>1</sup> İlker Tinay,<sup>1</sup> Haydar Kamil Çam,<sup>1</sup>

Ferruh Şimşek<sup>1</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Bilgisayarlı Tomografinin (BT) impakte üreter taşlarını (İÜT) öngörmedeki rolü ve medikal ekspulsif tedavinin (MET) etkilerinin araştırılması amaçlandı

**YÖNTEM:** Kliniğimizde 2012-2016 yılları arasında üreter taşı nedeniyle lazer üreterolitotripsi yapılan erişkin hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Üreteroskopik olarak üreter mukozasına yapışık, üreteroskopik cerrahi sırasında yer değiştirmeyen ve kenarından kılavuz teli ilerletilemeyen taşlar impakte taş olarak kabul edildi. Hastalar üreteroskopi bulguları esas alınarak impakte taşı olanlar ve olmayanlar olarak iki gruba ayrıldı. Daha sonra bu hastalar tanı sırasında çekilen BT ve üreteroskopide saptanan ikincil bulgular açısından değerlendirildi. Ayrıca hastalar MET verilen ve verilmeyen gruplar olarak da incelendi.

**BULGULAR:** Toplam 50 hastadan üreteroskopi bulgularına göre impakte taş saptanan 50 hasta ve geliş güzel seçilen 50 impakte taşı olmayan hasta çalışmaya alındı. Taşı impakte olarak kabul edilen 50 hastanın 43(%86)'ünde üreteroskopi bulgularına esasen taşa sekonder özellikler saptandı. Bu hastaların tanı sırasındaki BT bulguları incelendiğinde ise 45 (%90)'inde "halka" bulgusu, 47 (%94)'de hidronefroz, 36 (%72)'da üreteral dilatasyon, 1 (%2)'inde "santral solukluk" ve 1(%2)'inde "ovallik" bulgusu saptandı. Ortalama taş hacmi 1,37 mm<sup>3</sup> iken, ortalama taş yoğunluğu 1161 HÜ saptandı. Taşı impakte olmayan toplam 50 hastanın ise üreteroskopi bulgularına esasen 23 (%46)'ünde taşa sekonder özellikler izlendi. Bu hastaların tanı sırasındaki BT bulguları incelendiğinde ise 15 (%50)'inde "halka" bulgusu, 44 (%88)'ünde hidronefroz, 15 (%30)'inde üreteral dilatasyon, 8 (%16)'inde "ovallik", 1 (%2)'inde "santral solukluk" izlendi. Ortalama taş hacmi 1,16 mm<sup>3</sup> iken, ortalama taş yoğunluğu 1114 HÜ saptandı. Üreteroskopik olarak taşa bağlı sekonder özellikler açısından iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark izlendi. Tanı sırasındaki BT bulguları incelendiğinde



Tablo

Taş lokalizasyonu	Proksimal	7 (%15,2)	51 (%21,9)	0,478
	Orta	16 (%34,7)	67 (%28,8)	
	Distal	23 (%50,0)	104 (%44,8)	
Taş hacmi (mm <sup>3</sup> )		1,28 ± 0,39	1,46 ± 0,56	0,01**
Ortalama yatış süresi (gün)		1,4 ± 1,3	1,7 ± 1,3	0,43
İmpakte taş varlığı		13 (%28,26)	37 (%15,95)	0,031*
Taşsızlık oranı		36 (%78,1)	172 (%74,1)	0,912
Üreteral kateter kullanımı		35 (%76,0)	167 (%71,9)	0,326
İkincil üreteroskopi gereksinimi		10 (%21,73)	40 (%17,2)	0,543

Tablo 1. Tanı sırasındaki tomografi bulguları ile üreteroskopide gözlenen bulguların çalışma gruplarına göre karşılaştırılması

	Grup 1 (İmpakte taş grubu)	Grup 2 (İmpakte olmayan taş grubu)	p
Hasta sayısı (n)	50(%100)	50(%100)	
Hidronefroz (n)	47(%94)	44 (%88)	0,379
Üreteral dilatasyon (n)	36(%72)	15(%30)	0,000*
İkincil bulgular (n)***	43 (%86)	23(%46)	0,01*
Halka (Rim sign) (n)	45(%90)	15 (%50)	0,000*
Ovallik (Roundness) (n)	1 (%2)	8 (%16)	0,015*
Santral solukluk (Central lucency) (n)	1 (%2)	1 (%2)	0,753
Ortalama taş yoğunluğu (HU)	1161 ± 351	1114 ± 374	0,046**
Ortalama taş hacmi (mm <sup>3</sup> )	1,37 ± 1,93	1,16 ± 1,39	0,598

\*Ki-kare testi kullanıldı; \*\* Student T test kullanıldı

\*\*\* İkincil bulgular: mukozal ödem, üreteral king, üreteral polip, submukozal taşlar

ise 1.grupta "halka" bulgusu ve üreteral dilatasyon anlamlı yüksek saptanırken iken, "ovallik" anlamlı düşük bulundu. Taş yoğunluğu 1.grupta anlamlı yüksek saptanırken, taş hacmi açısından anlamlı fark bulunmadı(Tablo 1). MET verilen grupta İÜT saptanma oranı verilmeyen gruba göre anlamlı yüksek saptandı. (Tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** Tanı sırasındaki BT bulguları ile İÜT tespit edilebilir. Bu bulgulara sahip hastalara erken cerrahi girişim önerilmeli, MET'den kaçınılmalıdır. MET verilen hastalarda cerrahi tedaviye kadar geçen süre uzadığından İÜT görülme oranı daha yüksektir.

SP-74

## ENDOSKOPIK ÜRETER CERRAHİSİNDE BAŞARISIZ ÜRETERAL GİRİŞİM DURUMLARINDA DOUBLE J İNSERSİYONU SONRASI NE KADAR SURE SONRA İKİNCİ GİRİŞİM YAPILMALIDIR?

Ahmet Suat Demir,<sup>1</sup>

1. Bursa Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Bursa

**AMAÇ:** Başarısız olan endoskopik üreteral girişimlerden sonra d-j kateterizasyon sonrası ne kadar süre beklenmelidir?

**YÖNTEM:** 2011-2015 yılları arası ureter taşı endikasyonu nedeniyle yapılan ancak ureteral girişimin başarısız olduğu ve d-j kateterizasyonun yapılabildiği 28 olgu retrospektif olarak incelendi.Olguların yaş ortalaması 28 di. (19-65). Operasyonlarda 8 Fr rigid üreteroskop kullanıldı.

d-j kateter 4.8 fr kalınlığında kullanıldı. 28 olgunun 15 tanesine 4 hafta sonra, 13 tanesine de 2 hafta sonra ikinci üreteral girişim yapıldı.

**BULGULAR:** Olguların tamamında yeterli ureteral dilatasyon nedeniyle giriş sağlandı. Ve litotripsi işlemi tamamlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Yapısal olarak üreter orifisinin dar ureterin ince ve kıvrımlı olduğu durumlarda üreteral kateterizasyon sıklıkla kullanılan balon dilatasyona göre daha güvenli bir yöntemdir. Balon dilatasyonun kanama,ödem,darlığa yol açma gibi dezantajları mevcut olup kateterizasyonunda ikincil operasyon gerekliliği, sürenin uzaması ve bazı vakalarda kanama ağrı tenezm gibi rahatsız edici yan etkileri olabilmektedir. Doğrusu vakanın durumuna göre tercihlerin değişebileceği gerçeğidir. Üreteral kateterizasyon süresi literatür incelendiğinde farklı merkezlerde farklı süreler kullanılmaktadır. Bizim yaptığımız değerlendirmede 2 haftalık kateterizasyonla 4 haftalık kateterizasyonun yaptığı üreteral dilatasyon arasında fark saptanmamıştır.

SP-75

## PEDİATRİK PNL DE ÜST POL AKSES GÜVENLİ VE ETKİN MİDİR?

Sedat Öner,<sup>1</sup> Ahsen Karagözlü Akgül,<sup>2</sup> Murat Demirbaş,<sup>1</sup> Abdullah Erdoğan,<sup>1</sup> Mustafa Murat Aydos,<sup>1</sup> Mehmet Hakan Üstün,<sup>1</sup> Efe Önen,<sup>1</sup> Metin Kılıç<sup>1</sup>

1) Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa

2) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomide (PNL) üst pol girişi üretere direk yol oluşturduğundan kılavuz telin üretere kolay yerleştirilmesi ile sonuçlanmakta ve pelvis, kaliksler ve üst üreter iyi görüntülediğinden konforlu manipülasyonlar sağlamaktadır. Bu faydalara rağmen, üst pol erişimi hem pediatrik hem de erişkin hastalarda plevral komplikasyonlarından dolayı kaçınılmaktadır. Bizde pediatrik popülasyonda üst pol aksesinin güvenirliliğini ve etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ağustos 2004 ve Şubat 2016 tarihleri arası 17 yaş altı böbrek taşı olan ve tek akses ile PNL yapılmış olan pediatrik hastalar retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Tüm olgular iki gruba ayrıldı: Üst pol tek akses grubu (SUPAG) ve bir diğer pol tek akses grubu (SOPAG). Olguların demografik özellikleri, taş yükleri ve konumları, operatif verileri ve postoperatif sonuçları, SUPAG ve SOPAG arasında karşılaştırıldı. Komplikasyonlar Modifiye Clavien Sistemine göre sınıflandırıldı.

**BULGULAR:** Çalışma süresinde 101 PNL operasyonu uygulanmış ve bunların 77 si tek akses ile yapılmıştır. Hastalarının median yaşı 12 ( 3-17 yaş aralığı) idi. SUPAG ve SOPAG gruplarında vaka sayıları sırası ile 10 ve 67 idi. SUPAG ve SOPAG grupları arasında yaş, taş lokalizasyonu, hidronefroz derecesi, taş alanı, böbrek tarafı ve daha öncesinden yapılan taş tedavileri veya renal cerrahiler yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Cerrahi parametreler açısından da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 1). SUPAG ve SOPAG gruplarının ortalama operasyon süreleri sırası ile 37 dk ve 45 dk olmasına rağmen, fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. SUPAG grubunda plevral komplikasyon veya kan transfüzyonu gerektirecek kanama olmamıştır. SOPAG grubunda 2 vakada kan transfüzyonu gerekmiş ve 1 vakada da uzamış extravazasyona bağlı çift taraflı pigtail (DJ) konmuştur. Taşsızlık oranları SUPAG grubunda %100 ve SOPAG grubunda %82.1 olarak bulunmuştur.

**ÇIKARIMLAR:** Üst pol aksesin kılavuz telin üretere daha kolay yerleştirilmesi, böbrek içinde nefroskopun daha rahat manüplasyonu ve ameliyat zamanının kısaltma gibi avantajları vardır ve ciddi komplikasyonlara sebebiyet vermeksizin uygulanabilmektedir. Pediatrik hastalarda böbrek taşlarının tedavisinde etkin ve güvenilirdir.

<b>Tablo</b>			
<b>Özellikler</b>	<b>SUPAG (n=10)</b>	<b>SOPAG (n=67)</b>	<b>p</b>
Median yaş (yıl) (aralık)	10 (3-15)	13 (3-17)	0.07
Cinsiyet (n) Kadın:Erkek	3:7	31:36	0.498
Taş yeri (n/%)			
Staghorn	0 / 0%	1 / 1,5%	0.161
Pelvis	7 / 70%	30 / 44,8%	
Single kalix	0 / 0 %	14 / 20,9%	
Multiple kalix	1 / 10%	1 / 1,5%	
Pelvis + kalix"	2 / 20%"	21 / 31,3%"	
Hidronefroz (n/%)	8 / 80%	54 / 80,6%	1
Median taş alanı (mm2) (aralık)	235 (50-710)	235(66-2500)	0.826
Taraf (n) Sağ: Sol	5:5	40:27	0.733
Önceki renal cerrahisi (n) (Primer: Sekonder)	9:1	61:6	1
Suprakostal akses			
11-12 kot	7 (70%)	3 (4,4%)	
10-11 kot	1 (10%)"	0 (0%)"	
Trakt genişliği			
20 Fr	0 (0%)	17 (25,4%)	0.106
30 Fr"	10 (100%)"	50 (74,6%)"	
Median dakika (işlem esnasında) (aralık)	37,5 (20-90)	45 (15-110)	0.653
Medianskopi süresi (dk)(aralık)	3,4 (1,8-18,8)	3,1 (1-31)	0.394
Median hemoglobin düşüşü (g/dl) (aralık)	1,05 (0-3,2)	1,5 (0-4,7)	0.71
Kan transfüzyonu	0	2	
Median nefrostomi kalış günü (aralık)	2,5 (1-3)	3 (0-6)	0.476
Median hastanede kalış günü (aralık)	3 (2-5)	3 (2-8)	0.757
Başarı			
Taşsızlık	10 (100)	55 (82,1%)	0,347*
Klinik önemsiz fragman	0	10 (14,9%)	
Rezidü fragman"	0	2 (3%)"	
Modifiye Clavien Sınıflama Sistemi	SUPAG n=10	SOPAG n=67	
Grade 0	9 / 90%	60 / 89,6%	
Grade 1 (ateş, ağrı, kusma)	1 / 10%	4 / 6%	
Grade 2 (kan transfüzyonu)	0 / 0%	2 / 3%	
Grade 3 (DJ takılması)"	0 / 0%"	1 / 1,5%"	

SP-76

## HASTANEMİZ ÜROLOJİ KLİNİĞİNDEKİ 1 YILLIK LAPAROSKOPİK CERRAHİ DENEYİMİMİZ: 105 OLGU

Kaan Gökçen,<sup>1</sup> Resul Çiçek,<sup>1</sup> Gökhan Gökçe,<sup>1</sup> Gökçe Dündar,<sup>1</sup> Esat Korgalı,<sup>1</sup> Halil Gülbahar,<sup>1</sup> Emin Yener Gültekin<sup>1</sup>

1. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Sivas

**AMAÇ:** Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği'ndeki son bir yılda gerçekleştirilen ürolojik laparoskopik girişimlerin sonuçlarının sunulması.

**YÖNTEM:** Mayıs 2015 ile Haziran 2016 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik cerrahi uygulanan 105 olgu retrospektif değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların 62'si erkek, 43'ü kadındır. Olguların ortalama yaşı 52 (11-83) yıldır. 21 laparoskopik radikal prostatektomi vakası retroperitoneal olarak gerçekleştirilmiş olup diğer olgularda ise transperitoneal yaklaşım tercih edilmiştir. Olguların demonstratif özellikleri ve vaka dağılımı tabloda sunulmuştur.

21 radikal prostatektomi, 18 basit nefrektomi, 16 renal kist eksizyonu, 15 radikal nefrektomi, 8 dismembered pyeloplasti, 7 sürrenalektomi, 7 parsiyel nefrektomi, 5 ureterolitotomi, 2 piyelolitotomi, 2 sakrokolpopeksi, 2 retroperitoneal kitle eksizyonu, 1 orşiektomi, 1 urakal kist eksizyonu uygulandı. Ortalama operasyon süresi 158,7 (15-455) dakikadır. Kanama miktarı ise ortalama 68,3 (2-1400) ml olarak hesaplanmıştır. Hiçbir olguda açık cerrahiye geçmek gerekmemiştir. Bir olguda vena cava inferior yaralanması gerçekleşmiş olup intracorporeal suturezasyonla onarılmıştır. 8 olguda peroperatif 5 hastada ise postoperatif kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulmuştur. Peroperatif kan transfüzyon ihtiyacı olan hastaların 5'i de radikal prostatektomi hastası olup ortalama kan 1,72(1-5) ünite eritrosit süspansiyonu replasman ihtiyacı olmuş. 1 olguda yüzeysel yara yeri enfeksiyonu, radikal prostatektomili bir olguda ise postop 4. gününde kanama nedeniyle laparotomi ihtiyacı olmuştur. Ameliyat sonrası ortalama hastanede yatış süresi ise 2,82 (1-16) gündür.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik girişimlerin ürolojide gün geçtikçe endikasyon alanı ve popülaritesi artmaktadır. Laparoskopik operasyonlar açık tekniğe göre daha kısa süre hastanede yatış, daha az ağrı ve yüksek hasta memnuniyeti nedeniyle günümüzde

Tablo

Sayı	Sayı	Operasyon Süresi (dk)	Transfüzyon İhtiyacı	Kanama (ml)
Radikal Prostatektomi	21	238.2	1.72	761.42
Simple Nefrektomi	18	109.6	0.13	113.3
Renal Kist Eksizyonu	16	105.4	0	65
Radikal Nefrektomi	15	130	0	177
Piyeloplasti	8	170	0	40.6
Sürrenalektomi	7	89.3	0	69.3
Parsiyel Nefrektomi	7	148	0	148
Üreterolitotomi	5	134	0	22
Piyelolitotomi	2	190	0	5
Sakrokolpopeksi	2	192.5	0	30
Retroperitoneal kitle eksizyonu	2	70	0	45
İnmemiş testis +orşiektomi	1	20	0	0
Urakal kist eksizyonu	1	15	0	15

kullanım sıklığı artmıştır. Laparoskopik cerrahi perifer devlet hastanelerinde de gerekli deneyim ile güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir.

SP-77

## PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONU SONRASI KANAMAYA ETKİ EDEN FAKTÖRLER

Mehmet Caner Gülten,<sup>1</sup> Yusuf Özlülerden,<sup>2</sup> Ömer Levent Tuncay,<sup>3</sup>

1. S.B. Erzurum Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Erzurum  
2. S.B. Denizli Devlet Hastanesi, Üroloji, Denizli  
3. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Denizli

**AMAÇ:** Bu çalışmada, Ocak 2015 - Ocak 2016 yılları arasında kliniğimizde böbrek taşları nedeniyle PNL uygulanan hastalarda Preoperatif ve erken postoperatif dönemde kanamaya etki eden faktörleri değerlendirmek.

**YÖNTEM:** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Kliniği'nde Ocak 2015 - Ocak 2016 tarihleri arasında böbrek taşları nedeniyle PNL uygulanan 109 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların Operasyon sonrası ilk 24 saat içinde tüm hastalara hemogram ve elektrolit bakıldı. DÜSG

çekildi. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar kullanılmıştır.  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Kliniğimizde 1 Ocak 2015 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında PNL uygulanan 109 hastanın sonuçları değerlendirildi. Olguların yaş aralığı 10-77 yıl, ortalama yaş ise 45 olarak tespit edildi. Hastaların 73'ü erkek (%67), 36'sı kadın (%33) olduğu görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak yaptığımız istatistiksel analizlerde, akses sayısı 1 olanlarla 2 veya daha fazla olanlara göre kanama miktarı anlamlı olarak daha az olarak bulunmuştur ( $p < 0.05$ )

SP-78

## 2. BASAMAK PERİFER HASTANEDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Serhan Çimen,<sup>1\*</sup> Abdullah Göğer,<sup>1</sup>

1. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya

2. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya

**AMAÇ:** Çalışmamızda perifer bir hastane olan Malatya Devlet Hastanesi kliniğinde yapılan PNL operasyonlarının retrospektif olarak değerlendirmesi yapıldı ve sonuçları karşılaştırıldı.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2012-Temmuz 2016 yılları arasında yapılmış olan PNL sonuçlarının değerlendirilmesi yapıldı. PNL işlemleri genel anestezi altında, prone pozisyonunda ve C kolu floroskopi eşliğinde yapıldı.

**BULGULAR:** Verileri tam olan toplam 83 perkütan nefrolitotomi işlemi değerlendirmeye alındı. Bunların hepsi erişkin yaş grubunda idi. Hastaların 26'sı (%31,3) kadın iken, 57 hasta (%68,7) erkek cinsiyete sahipti. Yaş ortalaması 45,6 (23-76) olarak tespit edildi. Hastaların 74'ünde (%89,1) tam taşsızlık sağlandı. Hastaların 2'sinde (% 2.4) operasyon sonrası transfüzyon gerektiren kanama tespit edildi. Hastaların 4'ünde (%4.81) nefrostomi kateteri çekimini takiben trakt sızdırması saptandı ve erken dönemde DJ stent takıldı. Hastanede yatarak intravenöz antibiyotik tedavisi gerektiren İYE 1 (% 1,2) hastada görüldü. Diğer majör komplikasyonlar görülmedi. Bu majör komplikasyonların görülmemesinin sebebinin hasta seçimine bağlı olduğu kanaatine varıldı. Nefrostomi süresi erişkin hasta grubunda ortalama 3.4 gün olarak tespit edildi. Hastanede kalış süresi her iki grupta ortalama 4.6 gün olarak hesaplandı (Resim 1).

**ÇIKARIMLAR:** Minimal invaziv bir yöntem olan PNL;

düşük komplikasyon oranları, daha kısa hastanede kalış süresi, yüksek hasta memnuniyeti sağlanması, daha yüksek taşsızlık oranları ile tüm yaş gruplarında açık böbrek taşı cerrahisine göre avantajlı hale gelmiştir. PNL işlemi gerekli ekipmanın olması halinde perifer hastanelerde de güvenli bir şekilde uygulanabilmektedir.

Tablo

Hasta Sayısı	83
Tam Taşsızlık	74 (%89,1)
Kanama	2 (%2,4)
DJ Stent Takılması	4 (%4,81)
Perirenal Ürinom	-
Plevra Yaralanması	-
Anjiyoembolizasyon	-
Kolon Perporasyonu	-
Exitus	-
Nefrostomi Süresi (gün)	3,4
Hastanede Kalış Süresi (Gün)	4.6

SP-79

## ÜRETERAL STENT SORGULAMA FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİK ÇALIŞMASI

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Naşide Mangır,<sup>2</sup> Ahmet Şahan,<sup>1</sup>  
Muhammed Sulukaya,<sup>1</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Sheffield Üniversitesi, Üroloji, Yurtdışı

**AMAÇ:** Üreterik stentler günlük üroloji pratiğinde sıklıkla kullanılmaktadır ve bunlar hastaların hayat kalitesini olumsuz olarak etkileyebilir. Amacımız Üreteral Stent Sorgulama Formunun (USSQ: Ureteral Stent Symptom Questionnaire) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmaktır.

**YÖNTEM:** Orijinal sorgulama formunun Türkçe' ye linguistic validasyonunun ardından, Türkçe USSQ, stenti olan hastalara 1. ve 4. haftalarda doldurtularak formun test- tekrar test geçerliliği ile iç tutarlılığı hesaplandı. Ayrıca Türkçe USSQ 8. haftada (stent çıkartıldıktan 4 hafta sonra) aynı hastalar tarafından tekrar dolduruldu ve formun değişikliğe karşı olan duyarlılığı belirlendi. Kontrol hastaları formu yalnızca 1 kez doldurdular. Bunlara ek olarak erkek hastalar Uluslararası Prostat Semptom Skorunu (IPSS) ve kadın hastalar da Marmara Aşırı Aktif Mesane sorgulama formunu (mOAB) doldurdular.

**BULGULAR:** Toplam 68 stentli hasta ve 37 kontrol hastası son analize dahil edildi. İç tutarlılığın bir göstergesi olan Cronbach alfa değeri 1. haftada sorgulama formunun her bir alt bölümü için 0.72 nin üzerindeydi. Türkçe USSQ' nun test- tekrar test tutarlılığı da tüm alt bölümler için yüksekti (Tablo 1). Erkek hastalarda IPSS skoru ile kadın hastalarda mOAB skorları ile ilgili alt grup skorları arasında yüksek korelasyon tespit edildi. Ayrıca ağrı VAS skorları ile de yüksek korelasyon mevcuttu. Türkçe USSQ formu stenti olan ve olmayan hastaları etkili bir şekilde ayırt edebilmekteydi.

**ÇIKARIMLAR:** Türkçe USSQ sorgulama formu üreteral stenti olan hastaların stent ile ilgili şikayetlerini ve bununla birlikte olan yaşam kalitelerindeki bozulmaları tanımak ve takip etmek için geçerli ve güvenilir araçtır.

SP-80

## PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİMİZ

İlke Onur Kazaz,<sup>1</sup> Ömer Kutlu,<sup>2</sup> Ersagun Karagüzel,<sup>1</sup>  
Ahmet Serdar Teoman,<sup>1</sup> Hüseyin Eren,<sup>3</sup> Fatih Çolak,<sup>1,4</sup>  
Ayhan Arslan,<sup>1</sup> Ali Ertan Okatan<sup>1</sup>

1. Karadeniz Ü.Farabi Hast, Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon

2. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Antalya

3. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Rize

4. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi(PNL) böbrek taşlarının tedavisinde altın standart yöntem olup ülkemizde yaygın olarak kabul görmekte ve uygulanmaktadır. Bu çalışmada 424 hastadaki PNL deneyimimiz ve sonuçları sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Eylül 2008- Haziran 2016 tarihleri arasında 424 hastaya uygulanan PNL operasyonlarının verileri kaydedildi. Taş yükü, operasyon süresi, girişi türü(subkostal/interkostal), giriş sayısı, klinik olarak önemli/önemsiz rezidü taş varlığı ve komplikasyonlar (anjioembolizasyon ihtiyacı, plevra yaralanması, transfüzyon ihtiyacı, kolon perforasyonu) gibi parametreler ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Olguların 253'si (%59,66) erkekti ve ortalama yaş 48,59 idi(3-83 yaş). Pediatrik yaş grubunda 3 (%0,82) hasta vardı. Ortalama taş yükü 603mm<sup>2</sup>, ortalama operasyon süresi 89 dakika, interkostal girişim sayısı 46 (%10,84), birden fazla insizyonla girişim sayısı 35 (%8,25), ilk seansta taştan tam temizlenme oranı %82,07, kan transfüzyonu oranı %0.23 olarak bulundu. Olguların %6,36'sına postoperatif uzamış trakt drenajına sekonder üreteral stent yerleştirildi. Postoperatif klinik olarak önemsiz rezidü taş varlığı olguların %11,32 sinde, klinik olarak önemli rezidü taş varlığı olguların %6.6 sında saptandı. Olguların 1 tanesinde anjioembolizasyon ihtiyacı duyuldu, 2 tanesinde plevra yaralanması gelişti, 1 tanesinde de transfüzyon ihtiyacı doğdu. Kolon perforasyonu gelişmedi.

**ÇIKARIMLAR:** PNL 2cm ve üzeri böbrek taşları olan hastaların tedavisinde güvenilir ve etkin yöntemdir. Komplikasyon oranlarında azalma ve taştan temizlenme oranlarında artma klinisyen deneyiminde artış ile orantılı izlenmektedir.

# SERBEST BİLDİRİLER 9 (TRANSPLANT-GENEL ÜROLOJİ)

4 Kasım 2016 / Salon B / 17:15-18:15

Oturum Başkanları: Gürhan Günaydin, Ferruh Akay



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-49

## DONÖR NEFREKTOMİNİN ORTA VADEDE ENDOTEL DİSFONKSİYONU VE ATEROSKLEROZ SÜRECİNDE KARDİOVASKÜLER ETKİLERİ

Emrullah Söğütödelen,<sup>1</sup> Fazıl Tuncay Akı,<sup>1</sup> Tolga Yıldırım,<sup>2</sup>  
Uğur Canpolat,<sup>3</sup> Hasan Serkan Doğan,<sup>1</sup> Cenk Yücel Bilen<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İç Hastalıkları Anabilim  
Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim  
Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Donör nefrektomi sonrası orta vadede FMD (flow-mediated dilatation) ve transtorasik ekokardiyografik değişikliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2010- Ocak 2015

yılları arasında donör nefrektomi uygulanan 165 kişi retrospektif olarak incelendi. Operasyondan en az bir yıl geçmiş olan takipleri kliniğimizde devam eden 60 böbrek vericisine dinlenme esnasında diyastol fazında brakial arter çapı ve sistolik kan basıncından 10 mmHg üstünde basınçla şişirilimiş, 5 dakikalık beklemeden sonra hiperemi sağlandığında tekrar diyastol fazında brakial arter çapı doppler ultrasonografi ile ölçüldü. Stres altında vasodilatasyona uğrayan brakial arter çap değişimi % cinsinden bulundu. Yaş, cinsiyet, sigara hikayesi, lipid profili açısından donör grubuyla istatistiksel olarak fark bulunmayan 35 sağlıklı kontrol FMD değişim oranı açısından karşılaştırıldı. Ayrıca Kliniğimizde takipli böbrek vericilerinin preoperatif ve son kontrol transtorasik ekokardiyografik sol ventrikül hacimleri karşılaştırıldı. Veriler SPSS 21.0 ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Donör nefrektomi (DN) grubunda ortalama yaş ve takip süresi sırasıyla 46,08±10,84 yıl ve 40,8±15,5 ay; VKİ, LDL, HDL, Trigliserid değerleri

Tablo 1:

	Preoperatif	Son Kontrol	p
VKİ(kg/m <sup>2</sup> )			
LDL (mg/dl)	123,6±29,2	143,7±26,8	0.001
HDL (mg/dl)	48,2±12,6	48,0±12,5	0.715
Trigliserid (mg/dl)	113,7±80,5	160,9±79,5	0.009
Kreatinin (mg/dl)	0,72±0,15	0,96±0,21	0.001
e-GFR (ml/min/1.73m <sup>2</sup> )	101,3±25,2	73,2±16,3	0.001
Parathormon (mg/dl)	41,9±18,3	69,9±29,5	0.001
Proteinüri (mg/dl)	4,8±3,2	12,6±8,6	0.001
Böbrek hacim (cm <sup>3</sup> )	72,6±11,8	90,5±14,1	0.001
Sigara öyküsü (%)	25.2	22.1	0.599
SV diyastol sonu çapı (cm)	4,68±0,37	4,48±0,34	0.002
SV sistol sonu çapı (cm)	2,98±0,28	2,86±0,23	0.025
Ejeksiyon fraksiyon (%)	64,84±3,00	63,73±3,55	0.058
SV diyastolik disfonksiyon E<A (%)	52.6	64.5	0.24
SV diyastolik arka duvar kalınlığı (cm)	0,92±0,08	0,96±0,11	0.026
Diyastolik septum kalınlığı (cm)	0,92±0,10	0,97±0,12	0.019
Aort kapak kalınlaşma (%)	13.7	32	0.015
Asendan aorta çapı (cm)	3,15±0,36	3,25±0,34	0.119

Tablo 2:

	Donör Nefrektomi		Kontrol		p
Yaş (yıl)	46,08±10,84		43,06±8,30		0.129
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	0.638
	86/123	37/123	23/35	Dec-35	
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	29,07±4,40		28,17±3,60		0.278
LDL (mg/dl)	143,78±26,80		138,81±21,94		0.371
HDL (mg/dl)	48,81±12,55		46,85±8,96		0.448
Trigliserid (mg/dl)	160,97±79,55		145,67±24,02		0.325
Sigara (%)	23/104 (%22,1)		10/35 (%28,5)		0.441
Hipertansiyon (%)	16/104 (%15,3)		5/35 (%14,2)		0.876
FMD değişimi (%)	12,34±5,67		15,43±6,25		0.016

sırasıyla 29,07±4,40 kg/m<sup>2</sup>, 143,78±26,80 mg/dl, 48,81±12,55 mg /dl, 160,97±79,55 mg/dl; sigara ve hipertansiyon öyküsü oranı sırasıyla; %22,1 ve %15,3 olarak saptanmıştır. Gruplar FMD değişimi açısından değerlendirildiğinde DN grubunda %12,34±5,67 iken; K grubunda %15,43±6,25 olarak bulunmuştur (p=0,016) (Tablo 1.) Vericilerin preoperatif ve son kontrol ekokardiyografik sol ventrikül değişimleri karşılaştırıldığında diyastol sonu çapı, sistol sonu çapı, asendan aort çapı, aort kapak kalınlaşma yüzdesi, diyastolik arka duvar ve septum kalınlığı değişimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 2.).

**ÇIKARIMLAR:** Nefrektomi sonrası vücudun tüm solüt yük ekskresyonun kalan böbrek tarafınca üstlenilmesi sonucu, nefron başına artan glomerüler filtrasyonun hasar-yenilenme sistemini aktive etmesi ve glomerüler skleroz, interstisyel fibrozise neden olduğu bilinmektedir. Aktive olan düzenleyici moleküllerin hemodinamik etkileri sonucu endotel disfonksiyonu ve ateroskleroz sürecine, hipertansiyon gelişimine ve multiorgan etkilenimlerine neden olabilmektedir (Şekil 1.).

SS-50

## MINİMAL İNVAZİV YAKLAŞIMIN BÖBREK TRANSPLANTASYONU KOMPLİKASYONLARININ TEDAVİSİNDEKİ YERİ

Muhsin Balaban,<sup>1</sup> Cüneyd Sevinç,<sup>1</sup> Orkunt Ozkaptan,<sup>2</sup>  
Tahir Karadeniz,<sup>2</sup>

1. Medicana International İstanbul Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Medicana International İstanbul Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı böbrek transplantasyonu sonrası oluşan ürolojik komplikasyonları belirlemek ve tedavisinde minimal invaziv yaklaşımın yerini incelemektir.

**YÖNTEM:** Hastenemizde 2008 ile 2015 yılları arasında böbrek nakli olan ve en az 1 yıl takibi bulunan 920 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Ürolojik komplikasyonlar sırasıyla; idrar kaçağı, uretral darlık, mesane çıkım obstrüksiyonu ve üriner taş hastalığı olarak sınıflandırıldı. Bu çalışmada komplikasyonların oluş zamanı ve tedavideki minimal invaziv yaklaşımın yeri incelendi.

**BULGULAR:** Böbrek nakli olan 920 hastanın 41 (4.4%)'inde ürolojik komplikasyon saptandı. Bu komplikasyonların 21 (51.2%)'i ilk üç ayda kalan 20 (48.8%)'si de 3. aydan sonra oluştu. Komplikasyonlar sırasıyla; ureteral darlık 13 (31.7%), üriner sistem taşı 7 (17%), mesane çıkım obstrüksiyonu 4 (9.7%) ve idrar kaçağı 4 (9.7%) hastada saptandı. Komplikasyonların 29 (70.3)'ü minimal invaziv yaklaşımla (Flexible URS, Semirigid URS, PNL, TUR-P, Perkütan Nefrostomi, DJ kataterizasyon) başarıyla tedavi edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Böbrek transplantasyonu sonrası oluşan ürolojik komplikasyonların tedavisinde endoskopik girişimlerin önemli bir yeri vardır.



SS-51

## RENAL TRANSPLANT OPERASYONUNDAN ÖNCE CANLI DÖNERLERDE MULTİ DEDEKTÖR BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ ANJİYOĞRAFİ (MDBTA) BULGULARININ DOĞRULUK DEREJESİNİN ARAŞTIRILMASI

Burhan Coskun,<sup>1</sup> Kerem Öztürk,<sup>2</sup> Ahmet Mert,<sup>1</sup> Onur Kaygısız,<sup>1</sup> Yakup Kordan,<sup>1</sup> Hakan Vuruşkan,<sup>1</sup> Gürsel Savcı,<sup>2</sup> İsmet Yavaşcaoğlu<sup>1</sup>

1. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa  
2. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Bu çalışmada canlı böbrek nakli öncesi multi dedektör bilgisayarlı tomografi anjiyografi (MDBTA) incelemesinde saptanan renal arter ya da arterlere ait özelliklerin operasyon bulgularıyla karşılaştırılması amaçlandı.

**YÖNTEM:** Mart 2008 ve Kasım 2015 tarihleri arasında kliniğimizde gerçekleştirilen 216 canlı böbrek nakli ameliyatı retrospektif olarak incelendi. PACS sisteminde kayıtlı olan 110 MDBTA görüntüsü bir radyolog tarafından tekrar değerlendirildi. Ameliyat notları ve radyolojik inceleme sonuçları karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** MDBTA görüntülerine göre 61 (%55.4) hastada bilateral tek arter, 4 (%3.6) hastada sol polar arter, 5 (%4.5) hastada sağ polar arter, 1 (%0.9) hastada bilateral polar arter, 5 (%4.5) hastada sol erken dallanma, 1 (%0.9) hastada sağ erken dallanma, 1 (%0.9) hastada bilateral erken dallanma, 7 (%6.4) hastada sağ aksesuar arter, 9 (%8.1) hastada sol aksesuar arter, 2 (%1.8) hastada bilateral aksesuar arter, 3 (%2.7) hastada sağda polar arter varken birinci hastada solda aksesuar arter ikinci

**Tablo 1:** MDBTA bulgularının operasyon notları ile karşılaştırılması

	Operasyon bulgusu			Toplam
		Tek renal arter	Multipl renal arter	
MDBTA bulgusu	Tek renal arter	90	3	93
	Multipl renal arter	1	16	17
Toplam		91	19	110

MDBTA: Multi Dedektör Bilgisayarlı Tomografi Anjiyografi,

hastada sol erken dallanma diğer hastada ise sol polar arter ve erken dallanma izlendi. Sol polar arter olan 3 (%2.7) hastadan birinde sağda çift polar arter görülürken diğer 2 hastada erken dallanma görüldü. Üç (%2.7) hastada sağda aksesuar arter varken sol böbrekte birinci hastada 1 aksesuar arter 1 polar arter, ikinci hastada erken dallanma diğer hastada ise çift polar arter vardı. Sol aksesuar arter olan 2 (%1.8) hastanın sağ böbreğinde erken dallanma izlendi. Bir (%0.9) hastada sağ çift aksesuar arter görüldü. Bir (%0.9) hastada sağ aksesuar arter ve erken dallanma görüldü. Bir (%0.9) hastada sol aksesuar arter ve erken dallanma görüldü. Böbrek naklinin yapıldığı taraf için MDBTA ve operasyon bulgularının karşılaştırılması tablo 1 de sunulmuştur. MDBTA sensitivitesi %98.9 spesifitesi %84.2 olarak hesaplanmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** MDBTA yüksek spesifite ve sensitivite oranlarıyla nakil öncesi kolay uygulanabilen bir görüntüleme yöntemidir.

SS-52

## RENAL TRANSPLANTASYON ÖNCESİ HASTA DEĞERLENDİRMESİ: LUMİNEX CROSS-MATCH'İN YERİ

Şenol Tonyalı,<sup>1</sup> Tolga Yıldırım,<sup>2</sup> Hakan Bahadır Haberal,<sup>1</sup> Mustafa Sertaç Yazıcı,<sup>1</sup> Şeref Rahmi Yılmaz,<sup>2</sup> Yunus Erdem,<sup>2</sup> Fazıl Tuncay Akı<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Renal transplantasyon öncesinde hastanın değerlendirilmesinde çeşitli teknikler kullanılmaktadır. Bu çalışmada Luminex cross-match ile AHG-CDC cross-match'in renal greft fonksiyonu üzerine olan etkisini karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2010 - Temmuz 2016 tarihleri arasında canlı ve kadavra vericiden yapılan tüm böbrek nakillerinin kayıtları retrospektif olarak tarandı. Transplantasyon öncesi Luminex cross-match ve AHG-CDC cross-match yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ve kullanılan cross-match yönteminin kısa ve uzun dönem greft fonksiyonlarına etkisi incelendi.

**BULGULAR:** Renal tx yapılan toplam hasta sayısı 293 idi. Transplantasyon öncesi Luminex cross-match ve AHG-CDC cross-match yapılan ve verilerine

ulaşılabilen hasta sayısı 196 idi. Luminex cross-match sonucu (+) ve AHG-CDC cross-match sonucu (-) olan hasta sayısı 36 idi. 9 hastanın DSA Class I'i (+) iken 32 hastanın DSA Class II'si (+) idi. Hem DSA Class I hem DSA Class II'si (+) olan 5 hasta bulunmaktaydı. Hastaların 16'sı kadın iken 20'si erkekti. 36 hastadan 8 hastaya (%22.2) rejeksiyon şüphesi ile renal bx yapıldı. AHG-CDC cross-match (-), Class I DSA (+) olan 1 hastada humoral rejeksiyona bağlı primer non-fonksiyon nedeniyle greft kaybı yaşandı. Hastaların taburculuktaki ortalama kreatinin (Cr) değerleri  $1.35 \pm 0.65$  mg/dL idi.

**ÇIKARIMLAR:** Luminex cross - match yöntemi AHG-CDC cross-match'e göre daha hassastır. Class II DSAsı (+) olan düşük immunolojik riskli seçilmiş hasta gruplarında böbrek nakli başarı ile yapılabilir.

SS-53

## RENAL TRANSPLANTASYON HASTALARININ BÖBREK TÜMÖRÜ: PRETRANSPLANTASYON VE POSTTRASPLANTASYON BÖBREK TÜMÖRÜ GELİŞTİRENLER VE TÜMÖRLÜ BÖBREK NAKLEDİLENLER

Şenol Tonyalı,<sup>1\*</sup> Hakan Bahadır Haberal,<sup>2</sup> Hasan Serkan Doğan,<sup>1</sup> Yunus Erdem,<sup>3</sup> Cenk Yücel Bilen,<sup>1</sup> Fazıl Tuncay Akı,<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Ülkemizde kronik böbrek hastalığı (KBH) insidansı yaklaşık % 15.7'dir. Kronik böbrek yetmezliğinin (KBY) en iyi tedavi yöntemi ise renal transplantasyondur (RTx). Donör havuzundaki hasta kıtlığı donör olma kriterlerini esnetmiş ve günümüzde uygun koşulları sağlaması kaydıyla kistli, taşlı veya tümörlü böbrekler de RTx'de kullanılabilir. Kanser hikayesi olan hastalara RTx yapılırken dikkatli olunmalı, aktif hastalık veya rekürrens dışlanmalıdır. De novo malignansiler, Tx sonrası mortalitenin önemli bir nedenidir ve kullanılan immünsüresif ilaçlar burada kilit rol oynar.

Bu çalışmada, pretransplant böbrek tümörü hikayesi olan, RTx sonrası böbrek tümörü geliştiren ve tümörlü böbrek transplante edilen hasta serisinin klinik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 1 Ocak 2010 - Temmuz 2016 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesinde RTx olan ya da böbrek nakilli olup nativ/Tx böbreğinde ortaya çıkan tümör nedeniyle opere olan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Çalışmaya toplam 6 hasta dahil edildi. Bunların 3 tanesinin canlı donörden alacakları böbreklerde milimetrik boyutta renal kitleler saptandı ve bu kitleler arka masada eksize edildikten sonra başarı ile nakil yapıldı. Ortalama tümör boyutu 7.3 mm idi. Patolojik inceleme sonuçları: 1 onkositik papiller RCC, 1 renal onkositoma, 1 düşük malign potansiyelli renal epitelial neoplazi idi. Ortalama 28 ay takipte tümör bulgusuna rastlanmadı.

Bir hastanın native ve Tx böbreğinde kadavradan RTx'den 12 yıl sonra 2 ve 2.5 cm'lik kitleler saptandı. Eş zamanlı olarak native böbreğe nefrektomi (Nx) ve Tx böbreği parsiyel Nx yapıldı. Her iki spesimenin patolojik sonucu şeffaf hücreli RCC olarak geldi.

Diğer bir hastada nakilden 22 yıl sonra native ve Tx böbrekte kitleler saptandı. Native böbreğe laparoskopik (L/S) Nx yapıldı. Patoloji sonucu basit kistler ve anjiomyolipomu gösterdi. Tx böbrekteki 3 cm'lik lezyona yapılan biyopsinin papiller RCC gelmesi üzerine radyo frekans ablasyon yapıldı.

2013'de böbreğinde kitle nedeniyle L/S Nx yapılan ve patolojisi multiloküle kistik RCC gelen hastaya 2 yıl sonra kadavradan RTx yapıldı.

Bu üç hasta tümörsüz olarak ortalama 1.08 kreatinin değeri ile takip edilmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Renal Tx öncesi hasta değerlendirilmesi ve posttransplant hasta takibi hayati önem taşır. İmmünsüpresif ilaçların neden olabileceği maligniteler unutulmamalı ve Tx böbrekte kitle varlığında nefron koruyucu cerrahi ve girişim seçenekleri akılda tutulmalıdır.

SS-54

## ASEMPTOMATİK MİKROSKOBİK HEMATÜRİLİ HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE ENFLAMATUVAR MARKERLARIN KULLANIMI

Sebahattin Albayrak,<sup>1</sup> Serhat Tanık,<sup>1</sup> Kürşad Zengin,<sup>2</sup> Abdullah Gürel,<sup>1\*</sup> Muhittin Atar,<sup>1</sup> Muhammet Abdurrahim İmamoğlu,<sup>1</sup> Mesut Gürdal<sup>1</sup>

1. Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat
2. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Afyon

**Tablo 1:** Hastalar ve kontrol grubunun enflamatuvar parametre değerlerinin karşılaştırılması.

Değişkenler	Malignensili Hastalar (N=98) (Ortalama±S.D.)	Kontrol Grubu (N=96) (Ortalama±S.D.)	Tüm Katılımcılar	P değerleri
			(N=194) (Ortalama±S.D.)	
RDW (%)	15.8±1.9	14±1.8	14.9±1.8	<b>0.003</b>
NLR	2.53±0.51	2.24±0.46	2.39±0.49	<b>0.033</b>
MPV (femtolitre)	8.2±1	7.5±1	7.81±1	0.968
C-reaktif protein (mg/L)	2.1±0.3	1.9±0.2	2±0.3	<b>0.012</b>
Eritrosit sedimentasyon hızı (mm/h)	9±1	8±1	8.5±1	0.017
Hemoglobin (g/dL)	14±2.9	14.3±3.1	14.1±3	0.689

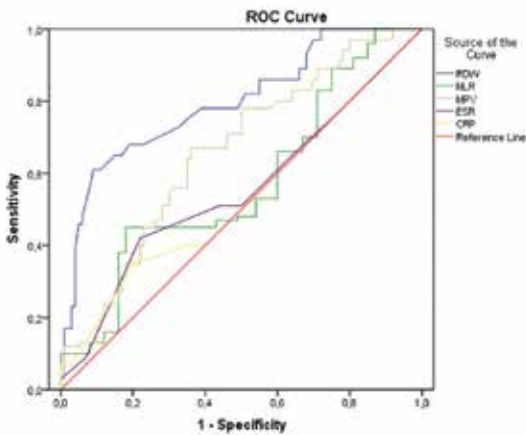
Kısaltmalar; RDW: Kırmızı hücre dağılım genişliği, NLR: nötrofil lenfosit oranı, MPV: ortalama trombosit hacmi, SD= standard deviasyon. Bold değerler istatistiksel olarak anlamlılığı gösterir ( $p < 0.05$ ).

**AMAÇ:** Hematüri birçok benign nedeni olmasına karşın özellikle yaşlı hastalarda olmak üzere muhtemelen ürolojik kanserleri gösteren önemli bir semptomdur. Bu hastalarda hematürinin sebebini belirlemek için görüntüleme yöntemlerinin kullanılması hatta gerekirse sistoskopi yapılması önerilir. Çalışmamızda asemptomatik mikroskopik hematüri ile kliniğimize başvuran hastalarda maligniteyi öngörmeye enflamatuvar biyomarkerların kullanılabilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza Bozok Üniversitesi Hastanesi Üroloji polikliniğine asemptomatik mikroskopik hematüri ile başvuran 194 (158 erkek, 36 kadın) hasta dahil ettik. 98 hasta da çeşitli görüntüleme ve laboratuvar yöntemleri ile malignite tespit edildi. Tespit edilen malignensiler patolojik inceleme ile konfirme edildi. Çalışmaya katılan diğer 96 hasta da ise benign patolojiler saptandı ve kontrol grubu olarak kullanıldı. İki grup arasında enflamatuvar parametreler istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve ROC analizi yapıldı.

**BULGULAR:** Kırmızı hücre dağılım genişliği (RDW), nötrofil lenfosit oranı, serum C-reaktif protein, ortalama trombosit hacmi ve eritrosit sedimentasyon hızı değerleri malignensi tespit edilen hastalarda benign gruptan yüksekti (Tablo). Malignensi saptanan hastaların öngörülmesi için yapılan ROC analizinde en anlamlı sonucu veren RDW'nin %75 sensitivite ve %65 spesifite ile 14.45 cut-off değeri tespit edildi (Şekil).

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda elde edilen veriler ışığında asemptomatik mikroskopik hematüri ile başvuran hastaların değerlendirilmesinde malignensinin öngörülmesi için kolayca ve ek bir tetkik gerektirmeden tam kan sayımından bakılabilen RDW değerinin diğer parametrelerle birlikte kullanılabileceğini düşünüyoruz. Yüksek enflamatuvar parametre değerlerine sahip özellikle de belirlediğimiz cut-off değerinin üzerindeki RDW değerleri saptanan hastaların incelenmesinde malignensi açısından daha dikkatli ve detaylı araştırılması gerektiğini düşünüyoruz.



Şekil. ROC Curve analizi ile RDW, NLR, MPV, ESR ve CRP değerlerinin karşılaştırılması.

AUC değerleri 0.795 (0.734–0.857), 0.571 (0.490–0.651), 0.658 (0.583–0.733), 0.552 (0.472–0.633), ve 0.533 (0.453–0.614), verilen sırayla. Sadece RDW ve MPV değerlerinin anlamlı AUC değerleri saptandı ( $p < 0.001$ ), diğer parametrelerin anlamlı ikili farkı saptanmadı ( $p > 0.05$ ).

SP-81

## BÖBREK NAKİLLERİNDE YERLEŞTİRİLEN ÇİFT J ÜRETERAL STENTLERDE OLUŞAN BAKTERİ KOLONİZASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Sarier,<sup>1</sup> İbrahim Duman,<sup>1</sup> Yücel Yüksel,<sup>2</sup> Havva Asuman Yavuz,<sup>2</sup> Alper Demirbaş<sup>2</sup>

1. Özel Antalya Medical Park Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

2. Özel Antalya Medical Park Hastanesi, Organ Nakli Ünitesi, Antalya

**AMAÇ:** Biz bu çalışmamızda, Hastanemiz Organ

Nakli Ünitesinde böbrek nakli olan hastalara yerleştirilmiş çift J stentlerdeki bakteri kolonizasyonu ile idrardaki kolonizasyon arasındaki ilişkiyi ve profilaktik antibiyotik kullanımının etkinliğini amaçladık.

**YÖNTEM:** Böbrek nakli sırasında çift J stent yerleştirdiğimiz 27 hasta (17 erkek 10 kadın) yaş ortalaması 39,2 idi. (15-66 ). Kullanılan tüm stentler 4,7 Fr 15 cm uzunluğunda poliüretandı. Çift J stentlerin ortalama kalış süresi 24,9 gündü. (20-35). Hastaların hepsi antibiyotik olarak pnömosyitis Jirovecii enfeksiyonuna karşı profilaktik olarak Co-trimaksazole 400mg tablet günde 1 kez almaktaydı. Hastalardan önce steril orta akım idrar kültürü alındı. Çift J Stentler lokal anestezi altında, fleksible sistoskop kullanılarak dışarı alındı. Çıkarılan stentler steril ortamda üst orta ve alt olmak üzere 3 parçaya bölündü. Orta kısım stent parçasının lümeni içerisinden tiyo agar sıvı besiyeri enjektör kullanılarak geçirildi. Böylece kateterin iç yüzeyine bağlanmış mikroorganizmaların sıvı besiyerine geçişi sağlandı. Sıvı besiyeri ve kateterin içinde olduğu tüpün ağzı kapatılarak 1 dakika süresince vortekslenildi. Böylece kateter segmentinin dış yüzeyine tutunmuş bakterilerinde sıvı besiyerine geçişi sağlandı. Alınan örnekler kanlı agar ve eosin metilen mavisi (EMB) agar besiyerlerine ekildi. Mikroorganizma identifikasyonu konvansiyonel yöntemle yapıldı.

**BULGULAR:** Bulgular; Çıkarılan 27 stentin %18,5 inde bakteri kolonizasyonuna rastlandı. İzole edilen mikroorganizmalar Enterococcus Faecium (n:2) ve Candida Spp. (n:2) dı. 27 hastanın sadece %7,4'ünde idrar kültüründe üreme gözlemlendi. İdrar kültüründe, izole edilen mikroorganizmalar ise Klebsiella pnömonia (n:1) ve Candida spp. (n:1) dı.

**ÇIKARIMLAR:** Günümüzde, Böbrek nakillerinde çift J stent yerleştirilmesi ve süresi tartışma konusudur. Enfeksiyon, Çift J Stent uygulamasından sonra görülen en yaygın istenmeyen yan etkidir. Pnömosyitis Jirovecii profilaksisi için verilen Co-trimaksazol 400mg tablet günde 1 kez kullanımı tek başına stente bağlı oluşabilecek enfeksiyon profilaksisinde yeterli görülmemektedir.

Hasan Çetin,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>2</sup> Yakup Bostancı,<sup>2</sup> Ender Özden,<sup>2</sup> Şaban Sarıkaya,<sup>2</sup> Ali Faik Yılmaz,<sup>2</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu<sup>2</sup>

1. Ünye Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ordu

2. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Mayıs Üniversitesi'nde böbrek nakli uygulanmış hastalarda görülen idrar yolu enfeksiyonları ve risk faktörlerinin değerlendirilmesini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Kasım 2005 ile Ağustos 2014 tarihleri arasında son dönem böbrek yetmezliği nedeniyle renal transplantasyon yapılan 272 olguya ait veriler retrospektif olarak toplandı. İdrar kültür sonucu pozitif olup 100.000 koloni üremesi olanları enfeksiyon atağı geçirmiş kabul edildi. Yaş aralığı 5-65 olduğu saptanan hastalar idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş ve geçirmemiş olmak üzere iki ana gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri, klinik/laboratuvar bulguları, komorbiditeleri, intraoperatif özellikleri ve postoperatif takipleriyle ilgili bilgilerine ulaşıldı.

**BULGULAR:** Transplantasyon yapılan 272 hastanın 161' i (%59,2'si) erkek, 111'i (%40,8'i) kadın idi. Hastaların yaş ortalaması 33,6± 12,8 (5-65) yıl idi. Toplam 272 hastanın 59'unda (%21'i) idrar yolu enfeksiyonu gözlemlendi. Enfeksiyonların görüldüğü en sık zaman aralığı transplantasyon sonrası ilk 60 gündü. En sık izole edilen mikroorganizmalar E.coli ve K.pneumonia olarak belirlendi (Tablo 1). Kadın cinsiyetin, eş zamanlı uygulanan ogmentasyon üreterosistoplastinin, kadavra vericide soğuk iskemi süresinin uzunluğunun, postoperatif dönemde üreteral çift J kateter kalış süresinin, mesaneye botulinum toksini uygulanmasının ve transplantasyon sonrası hastanede yatış süresinin uzun olmasının idrar yolu enfeksiyonu için risk faktörü olduğu belirlendi. Hastalara ait veriler Tablo 2'de gösterildi.

**ÇIKARIMLAR:** Böbrek nakli alıcılarında idrar yolu enfeksiyonu özellikle erken dönemde önemli bir problem olup, özellikle DJ stentin geç çekilmesi gibi engellenebilir risk faktörlerinin azaltılması ile enfeksiyon gelişimi önlenabilir.

SP-82

## BÖBREK NAKLİ UYGULANMIŞ HASTALARDA GÖRÜLEN İDRAR YOLU ENFEKSİYONLARI VE RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

**Tablo 1:** İzole edilen mikroorganizmalar

Etken	Atak sayısı	Etken	Atak sayısı
E.coli	47 (% 54,0)	P.aeruginosa	1 (% 1,1)
K.pneumonia	23 (% 26,4)	E. avium	1 (% 1,1)
E.faecalis	6 (% 6,8)	E.cloacae	1 (% 1,1)
S.marcescens	4 (% 4,4)	Citrobacter	1 (% 1,1)
E.durans	2 (% 2,2)	S.epidermidis	1 (% 1,1)

SP-83

## “THE NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH CHRONIC PROSTATITIS SYMPTOM INDEX” İN TÜRKÇE DİL VE PSİKOMETRİK VALİDASYONU

Alper Coşkun,<sup>1</sup> Utku Can,<sup>1</sup> Kubilay Sabuncu,<sup>1\*</sup> Erkin Sağlam,<sup>1</sup> Fatih Tarhan,<sup>1</sup> Pınar Ay<sup>2</sup>

1. S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmada NIH-CPSI (The National Institute of Health Chronic Prostatitis Symptom Index) Türkçe versiyonunun geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Dokuz sorudan oluşan NIH-CPSI Türkçe'ye çevrildi. Daha sonra tekrar İngilizce'ye çeviri yapıldı ve gerekli düzeltmeler sonucunda NIH-CPSI Türkçe versiyonunun son hali elde edildi. Üroloji polikliniğimize başvuran 164 erkek hastaya NIH-CPSI formu doldurtuldu. Test-retest uyumluluğu için, 96 hastaya 2 hafta sonra aynı sorgulama formu tekrar doldurtuldu.

**BULGULAR:** NIH-CPSI için Cronbach alfa değeri 0,865 bulundu. Test/retest güvenilirliği 0.909 ( $p < 0.001$ ) olarak bulundu. Kontrol ve hasta grupları arasında NIH-CPSI skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0.001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** NIH-CPSI'in Türkçe versiyonu, Türk hastalarda kronik prostatit tanısı ve araştırılmasında kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir formdur.

ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Dört sorudan oluşan OABSS Türkçe'ye çevrildi. Daha sonra tekrar İngilizce'ye çeviri yapıldı ve gerekli düzeltmeler sonucunda NIH-CPSI Türkçe versiyonunun son hali elde edildi. Üroloji polikliniğimize başvuran 99 hastaya OABSS ve OAB-V8 formları doldurtuldu. Test-retest uyumluluğu için, 97 hastaya 2 hafta sonra aynı sorgulama formu tekrar doldurtuldu.

**BULGULAR:** OABSS için Cronbach alfa değeri 0,713 idi. Test/retest güvenilirliği 0.925 ( $p < 0.001$ ) olarak bulundu. Kontrol ve hasta grupları arasında OABSS skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0.001$ ). OABq ile korele olarak bulundu ( $r: 0.587, p < 0.0001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** OABSS'in Türkçe versiyonu, Türk hastalarda aşırı aktif mesane tanısı ve araştırılmasında kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir formdur.

SP-85

## ÜRETRİT PATOJENLERİNİN SAPTANMASINDA, MULTİPLEKS PCR YÖNTEMİ SONUÇLARI

Mehmet Sarier,<sup>1\*</sup> Meltem Demir,<sup>2</sup> İbrahim Duman<sup>3</sup>

1. Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

2. Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

3. Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı; cinsel ilişkiye bağlı üretrit ön tanısı ile kliniğimize başvuran erkek hastalarda, patojenin tespiti için uygulanan multipleks Polimeraz Zincir Reaksiyon (PCR) testinin sonuçlarının değerlendirilmesidir.

**YÖNTEM:** Kliniğimize Ağustos 2015 - Mayıs 2016 tarihleri arasında cinsel ilişki sonrası üretral akıntı, idrarda yanma, kasık ağrısı şikayetleri ile başvuran 61 erkek hasta, çalışmaya dahil edildi. Hastaların tamamından üretral sürüntü örnekleri multipleks PCR yöntemiyle patojen araştırılması amacıyla alındı. Bu amaçla pathofinder (hollanda) firmasının 9 patojeni tespit eden multipleks pcr kiti kullanıldı. Kitin saptadığı etkenler, (Chlamydia Trachomatis, Neisseria Gonorrhoeae, Mycoplasma Hominis, Mycoplasma Genitalium, Ureaplasma Urealyticum, Gardnerella Vaginalis, Trichomonas Vaginalis Treponem Pallidum ve Candida Albicans) dı.

**BULGULAR:** İnceleme yapılan 61 hastanın ortalama

SP-84

## “OVERACTIVE BLADDER SYMPTOMS SCORE” UN TÜRKÇE DİL VE PSİKOMETRİK VALİDASYONU

Erkin Sağlam,<sup>1</sup> Utku Can,<sup>1</sup> Alper Coşkun,<sup>1</sup> Kubilay Sabuncu,<sup>1\*</sup> Fatih Tarhan,<sup>1</sup> Pınar Ay<sup>2</sup>

1. S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmada OABSS (Overactive Bladder Symptom score) Türkçe versiyonunun geliştirilmesi

yaşı 35,1 idi (19-57). Bu hastaların 32 (52,1%)'si evliydi. 61 hastanın 41 inde (%67,3) ünde üretral sürüntü örneğinde patojen saptandı. Bunlardan 30 (%49,1) hastada tek patojen, 8 (%13,1) inde 2 farklı patojen ve 3 (%4,9) ünde ise 3 farklı patojen saptandı. Hastalarda saptanan patojenler sırasıyla, 15 (%24,5)'i *Ureoplasma Ureolyticum*, 10 (%16,3)'ü *Gardnella Vaginalis*, 9 (%14,7)'ü *Neisseria Gonore*, 7 (%11,4)'si *Mycoplasma Genitalium*, 5 (%8,1)'i *Mycoplasma Hominis*, 4 (%6,5)'ü *Chlamidya Trachomatis*, 3 (%4,9)'ü *Candida Albicans*, ve 2 (%3,2)'si de *Trichomonas Vaginalis* di. Hastaların hiçbirinde *Treponem Pallidum* tespit edilmedi. Örnek alınan hastaların 20 (%32,7)'sinde PCR yöntemi ile hiç bir patojen saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Mevcut multipleks PCR testi cinsel yolla bulaşan üretrit etkenlerinden en sıklıkla karşılaşılan 9 patojeni kapsamaktadır. Hastadan alınan tek bir üretral sürüntü ile %67,3 ünde başarılı bir şekilde patojeni saptamıştır. 9 etkenden en sık tespit edilenlerin *Ureoplasma* ve *Mycoplasma hominis* & *genitalium* olması, üretrit nedenlerinde hücre içi parazit enfeksiyonların daha sıklıkla görüldüğünü göstermektedir. Hücre içi parazitlerin izolasyonu ve saptanması oldukça güçtür. Multipleks pcr yöntemi bu etkenlerin saptanabilir hale gelmesi açısından önemlidir.

Multipleks PCR yöntemi ile, saptanması oldukça zor olan cinsel yola geçen ve üretrit nedeni patojenlerin tek bir üretral sürüntü örneğiyle, yüksek duyarlılıkla ve üstelik 1 gün gibi kısa surede saptanır hale gelmesi, tanıya yeni olanaklar ve fırsatlar sağladığı görülmektedir.

SP-86

## NADİR BİR SPONTAN ÜRİNOM NEDENİ; SPİNAL ANESTEZİ SONRASI GELİŞEN GLOBA BAĞLI AKUT İDRAR RETANSİYONU

Dilan Bektaş Onat,<sup>1</sup> Yücel Altay<sup>2</sup>

1. S.B. Ergani Devlet Hastanesi, Radyoloji, Diyarbakır

2. S.B. Ergani Devlet Hastanesi, Üroloji, Diyarbakır

**AMAÇ:** Ürinom ekstravaze idrarın kapsüllü kolleksiyonu olarak tanımlanır. Sıklıkla iyatrojenik ya da travmatik üriner sistem yaralanmasına bağlı olarak oluşurlar(1) Ürinomlar, nadiren de olsa spontan olarak meydana gelebilir(2) Spontan ürinomların sıklıkla üriner sistemin taş hastalığı, doğumsal

anomalileri ve tümörlerine bağlı olarak meydana geldiği bildirilmiştir(3)

Bu yazıda spontan ürinomun nadir bir nedeni olan globa bağlı gelişen akut idrar retansiyonu sonrası oluşan ve sonda uygulaması ile kısa sürede gerileyen ürinom olgusunu ele alacağız.

**YÖNTEM:** 77 yaşında erkek olgu inguinal herni nedeniyle spinal anestezi eşliğinde opere oluyor. 3 gün sonra şiddetli karın ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvuruyor. Kreatinin değeri 2.2 olan ve taş öyküsü olan olgunun (Resim 1) idrarında lökosit görülmesi üzerine batın USG öneriliyor Batın USG' de sol böbrekte subkapsüler alanda en kalın yerinde 15 mm kalınlığa ulaşan sıvı kolleksiyonu, her iki böbrekte grade 1 ektazi, kortikal kistler ve sağ böbrekte 8 mm çapında taş izleniyor. Ürinom, hematoma ayırıcı tanılar ile kontrastlı Batın BT öneriliyor

**BULGULAR:** Kreatinin değerinin 2.2 olması üzerine olguya kontrast madde verilmiyor. Kontrastsız Batın BT incelemesinde sol böbrek ve sol ureteri boylu boyunca saran çevresinde yaygın dansite artışına ve sol plevrada efüzyona (Resim 3) neden olan sıvı kolleksiyonu izlendi (Resim 2). Her iki böbrekte grade 1 ektazi mevcuttu ve sağ böbrekte 8 mm çapında taş izlendi. Mesanede glob izlenen olguda (Resim 4) subkapsüler ve periüretelyal koleksiyon akut idrar retansiyonuna bağlı ürinom olarak raporlandırıldı Bunun üzerine Üroloji kliniği ile konsulte edilen olguda glob nedeni spinal anesteziye bağlı idrar retansiyonu olarak belirlendi. Hastaya tedavi olarak ilk planda sonda uygulandı

**ÇIKARIMLAR:** Ürinom absorbe edilebilenden daha fazla miktardaki idrarın perirenal veya periüretel alana sızması sonucu oluşur.

Ürinom direkt grafide yumuşak doku kitlesi şeklinde görülebilir. İVP'de kontrast madde ekstravazasyonu, böbrek ve ureterde deplasman görülebilir (5). Sintigrafik olarak ürinomlar, geç imajlarda üriner trakt dışına giderek artan aktivite artışı şeklinde bulgu verirler (6) Olgumuzda ürinom akut idrar retansiyonuna bağlı geliştiğinden öncelikle sonda uygulandı. Sonda uygulaması sonrasında (2 gün sonra) olgunun kreatinin değeri 0.95' e gerilemiş ve kliniği tamamen düzelmiş olup çekilen kontrol BT'de sol böbrek ve ureter çevresindeki sıvı kolleksiyonunun tamamen ve çevre dokulardaki dansite artışlarının büyük oranda gerilediği gözlenmiş (Resim 5, 6) ve girişimsel bir tedavi planlanmamıştır.

**SONUÇ:** Ürinom, genellikle travmatik veya iyatrojenik nedenlerle oluşur ancak nadiren spontan (non-travmatik) olarak da meydana gelir. Spontan ürinomlar en sık olarak ureter taşı ve tümoral obstrüksiyon sonucu gelişirler. Nadirde olsa globa bağlı ürinom ayırıcı tanılar arasında bulundurulmalı ve komplike

olmayan spontan ürinomların girişim gerektirmeksizin kendiliğinden rezorbe olabileceği unutulmamalıdır.

SP-87

## RENAL KOLİKLİ HASTALARDA TAŞA BAĞLI GİRİŞİM GEREKSİNİMİNİ PREDİKTE EDEN FAKTÖRLER

Hakan Türk,<sup>1</sup> Sıtkı Ün,<sup>2</sup> Fırat Akdeniz,<sup>3</sup> Mehmet Yoldaş<sup>1</sup>

1. Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya

2. Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir

3. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji, Trabzon

**AMAÇ:** Renal kolik, sıklıkla böbrek taş hastalığına bağlı olarak gelişen, acil servislere tanı ve tedavisi yapılan, şiddetli ağrı ile kendini gösteren, sık karşılaşılan ürolojik acil bir durumdur. Hastaların birçoğunda üriner sistem taş hastalığı veya renal kolik geçirme öyküsü vardır. Ağrı tipik olarak kostovertebral açıda, künt, sürekli ve kıvrandırıcı bir ağrı şeklinde hissedilir. Bu çalışmamızda, renal kolik ile başvuran hastaların tanısı ve patolojiye yönelik girişim gereksinimini predikte eden faktörleri incelemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Mayıs 2015 ile Haziran 2016 tarihleri arasında acil servise ve üroloji polikliniğine tek ya da iki taraflı yan ağrısı, karın ağrısı, kasık ağrısı şikayeti ile başvuran ve renal kolik olduğu şüphelenilen hastalar prospektif olarak incelenerek çalışmaya dahil edildi. Hastaların fizik muayene bulguları, aile öyküsü, özgeçmiş ve ağrı skorları sorgulandı. Tam idrar tetkiki ve taş şüphesi olan hastalara bilgisayarlı tomografi

Tablo

	Girişim Gereksinimi (+)	Girişim Gereksinimi (-)	Tekli Analiz p Değeri	Çoklu Analiz p Değeri
Yaş	41.17	36.08		
Cinsiyet				
Erkek	112	200	0.127	
Kadın	60	144		
Ağrı skoru	6.3			
1-----4	32(%18,6)	28(%8,1)	0.206	
5-----8	128(%74,4)	276(%80,2)	0.596	
9-----10	12(%6,9)	40(%11,6)	0.131	
Ağrı Kesici Kullanım ihtiyacı				
Var	156	300	0.244	
Yok	16	44		
Acil servise başvuru				
Var	144	308	0.059	
Yok	28	36		
Mikroskopik Hematüri				
Var	160	272	<0,001	<0,001
Yok	12	72		
Taş öyküsü				
Var	104	84	<0,001	<0,001
Yok	68	60		
Taş Operasyon Öyküsü				
Var	44	12	<0,001	<0,001
Yok	128	332		
Ailede Taş Öyküsü				
Var	104	140	<0,001	<0,001
Yok	68	204		

(BT) çekildi. Taş hastalığı olup olmadığı BT ile ortaya konan hastalar girişim gereksinimi olup olmamasına göre iki gruba ayrıldı. Grup I, taş nedeniyle girişim (URS, PCN, ESWL, DJS) gerektiren hastalardan, Grup II, taşı olmayan veya taşı olup medikal tedavi dışında girişim gerektirmeyen hastalardan oluşmakta idi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 516 hasta dahil edildi. Grup 1 de yaş ortalaması 41,17±20,8 (17-68), grup 2 de yaş ortalaması 36,08±18,8 (17-65) olarak tespit edildi. Grup 1 de erkek/kadın oranı 112/60, grup 2 de 200/144 olarak bulundu. Bu bulguların sonucuna göre mikroskopik hematüri varlığı, ailede taş öyküsü varlığı, özgeçmişte htaş öyküsü ve taş operasyon öyküsü varlığı çoklu analizde üriner sistem taş hastalığına bağlı girişim gereksinimini tespit etmede prediktif faktörler olduğu görüldü (Tablo). Yaş, cinsiyet ve ağrı skorunun girişim gereksinimi predikte etmediği görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Acil servise veya polikliniğe yan ağrısı ile başvuran hastalarda ailede taş öyküsünün olması, tam idrar analizinde mikroskopik hematüri varlığı ve taş öyküsünün varlığı taş hastalığına bağlı girişim gereksinimini öngörmeye kullanılabılır ve bu bulgular eşliğinde istenecek görüntüleme yöntemi belirlenebilir.

SP-88

## VAN İLİNDE BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ MERKEZLERİ VE ACİL SERVİS YEŞİL ALANDA İDRAR YOLU ENFEKSİYONU AMACIYLA REÇETE EDİLEN ANTİBİYOTERAPİNİN ÜROLOJİ UZMANI GÖZÜYLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Gül,<sup>1</sup> Buğra Doğukan Törer<sup>2</sup>

1) S.B. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van  
2) S.B. Özalp Devlet Hastanesi, Üroloji, Van

**AMAÇ:** Antibiyotikler günümüzde etkileri ve hayat kurtarıcı etkileri nedeniyle sıklıkla kullanılmaktadırlar. Ancak antibiyotik direnci günümüzde dünya için en önemli sağlık problemlerinden birisidir. Amerika'da antibiyotik dirençli enfeksiyonlara bağlı yılda 2 milyon hastalık ve 23.000 ölüm gözlenmektedir. Bu yüzden bu çalışmada sağlık ocağı veya acil serviste çalışan hekimlerin üriner sistem enfeksiyonlarına bakış açısı değerlendirildi.

**YÖNTEM:** Üriner sistem enfeksiyonu semptomları (

Tablo

GRUP	%
Kinolonlar	65
Sefalosporinler	25
Aminoglikozidler	10
Fosfomisin §	5//30
Metenamin *	35
Nitrofurantain *	15

§ Tek başına veya ikincil olarak reçete edilmiş

\* Belirtilen ilaçlar ikincil antibiyoterapi olarak düzenlenmişlerdir.

dizüri , pollaküri , ateş , üşüme , titreme , hematüri vb.) nedeniyle sağlık ocağı veya acil servis yeşil alana başvurup tahlilleri yapıp tedavisi verilen ve üroloji polikliniğine sevki yapılan hastaların tahlilleri ve reçeteleri geriye dönük olarak incelendi. Yalnızca 18 yaşından büyük yetişkin hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş , cinsiyet, tanı kodları, tam otomatik idrar tahlilleri kaydedildi.

**BULGULAR:** 980 hastanın 21 tanesi 18 yaşından küçük olduğu için çalışmadan çıkarıldı. Geriye kalan 959 hastanın 448 tanesi erkek, 511 tanesi bayandı. Tanı kodlarında en çok üriner sistem enfeksiyonu (n=411, %42.8) ve akut sistit (n=226, % 23.5) olarak gözlemlendi. Hematüri, üreter taşı, akut prostatit, üretrit diğer girilen tanılarıdır. En çok kullanılan antibiyotik grubu kinolon grubu (siprofloksasin 500 2x1) olurken bu grubu sefalosporinler takip etti (Tablo 1). Fosfomisin tek başına kullanımı yüzde 5 'lerde kalırken ikincil ilaç olarak % 30 oranlarında reçete edilmiştir. Metenamin ve nitrofurantoinin ise tek başına reçetesi hiç gözlenmezken daha sıklıkla ikincil ilaç olarak reçete edilmişlerdir.

**ÇIKARIMLAR:** Antimikrobiyal direnç global ve ulusal olarak ciddi bir tehdittir. Çalışmamızda basit üriner sistem enfeksiyonlarında dahi geniş spektrumlu tedavilerin (siprofloksasin) kullanımı dikkat çekmiştir. Yanlış antibiyotik kullanımını engellemek için hekimlerin kılavuzlara bağlı kalarak devamlı eğitim sürecinde kalması , gereksiz antibiyotik yazılmasını engelleyerek hem var olan antibiyotik direncininin azalmasına hem de devlete olan ekonomik yükü azalmasına neden olacaktır.



SP-89

## GENİTOÜRİNER CERRAHİDE TROİD HORMONLARI ÜZERİNE POVIDONE-İODİNE ETKİSİ

Soner Çoban,<sup>1</sup> Ali Asan,<sup>2</sup> Ali Rıza Türkoğlu,<sup>1</sup> Muhammet Güzelsoy<sup>3</sup>

1. Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji, Bursa

2. S.B. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon, Bursa

3. Bursa Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji, Bursa

**AMAÇ:** Povidone-iodine (PI) bir çok cerrahi operasyonda kullanılan ve deriden absorbe olan bir antiseptiktir. Bu nedenle PI'dun genitoüriner cerrahide tiroid hormonları üzerine etkisini araştırdık.

**YÖNTEM:** Herhangi bir tiroid patolojisi olmayan 77 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların göbük ile diz arası 50 ml antiseptik ile boyandı. Hastalar iki gruba bölündü. Grup A genitoüriner cerrahi antiseptiği olarak klorheksidin kullandığımız 31 hasta, Grup B de PI kullandığımız 46 hasta çalışmaya dahil edildi. PI grubunda operasyondan bir gün önce ve operasyondan bir gün ve on dört gün sonra, aynı hastanın serbest T3 (sT3), serbest T4 (sT4) and tiroid stimulan hormon (TSH) ölçüldü.

**BULGULAR:** Serbest T3'ün hem preoperatif 1. gün ile postoperatif birinci gün, hem yine preoperatif 1. gün ile 14. gün değerleri arasında istatistiksel olarak fark anlamlıydı. Buna karşın TSH ve T4 değerlerinde istatistiksel fark yoktu. Ayrıca cerrahi alan enfeksiyonu gelişimi açısından her iki grup da CDC (Centers for Disease Control and Prevention) kriterleri baz alınarak izlenmiştir ve cerrahi alan enfeksiyonu saptanmamıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Genito üriner cerrahide absorbe edilen PI'un tiroid hormon seviyesini düşürdüğü gözlemlendi. Öte taraftan PI ile klorheksidin yara yeri antiseptiği olarak karşılaştırıldığında aynı etkiye sahip olduğu tespit edildi. Bu yüzden PI yerine klorheksidin kullanmasını önermekteyiz.

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Muğla  
2. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Muğla

**AMAÇ:** Bowen hastalığı derinin in situ yassı hücreli karsinoması olup, %3-5 oranında invaziv yassı hücreli karsinoma dönüşebilir. Etyolojisinde kronik arsenik maruziyeti, iyonize radyasyon, ultraviyole maruziyeti, immunsupresyon ve HPV enfeksiyonu suçlanmaktadır. Bowen hastalığının tedavisinde; 5 flurourasil, imikimod, küretaj, koterizasyon, kriyoterapi, lazer, fotodinamik tedavi, cerrahi eksizyon ve radyoterapi gibi pek çok farklı tedavi seçenekleri kullanılmaktadır. Birçok tedavi seçeneği olmasına rağmen bir tedavinin diğer tedavilere üstünlüğü yoktur. Hastalık, güneş gören alanlarda daha sık görülmekle birlikte vücudun kapalı alanlarında da görülebilir.

**YÖNTEM:** Dermatoloji kliniğinde takip edilen 79 yaşında erkek hastanın medikal tedaviye cevap vermemesi üzerine, aynı klinik tarafından alınan biyopsi sonucu, verrüköz karsinom olarak değerlendirilmiş. Bunun üzerine hasta kliniğimize refere edilmiş olup yapılan fizik muayenede penis sol distalde iki adet deriden kabarık, keskin sınırlı lezyonlar mevcuttu (Resim 1:A). Hikayesinde lezyonların yaklaşık 2 yıldır olduğu belirtildi. Travma ve cerrahi öyküsü olmayan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu.

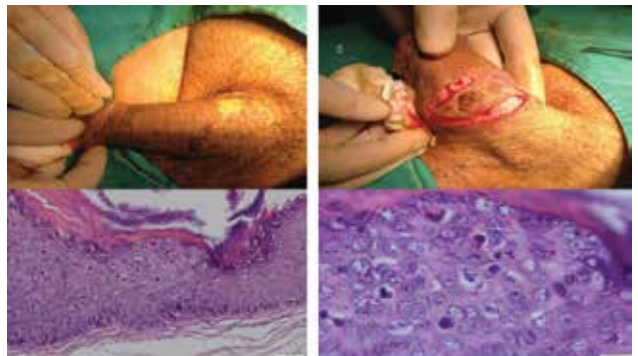
**BULGULAR:** Hastanın yapılan tetkiklerinde biyokimya, hemogram ve koagülasyon tetkikleri normaldi. Hastaya kitle eksizyonu önerildi. Lokal anestezi altında kitleler çevrede 1cm sağlam doku ile birlikte eksize edildi (Resim 1:B). Daha sonra katlar kapatılarak cilt bütünlüğü sağlandı. Patolojik Tanı; Bowen Hastalığı (in situ skuamöz hücreli karsinom) olarak değerlendirildi (Resim 1:C,D).

**ÇIKARIMLAR:** Bowen hastalığının tanısı, yavaş seyirli ve asemptomatik olması nedeni ile gecikebilir. İleri yaştaki hastalarda, medikal tedaviye yanıt vermeyen genital lezyonlarda Bowen hastalığı da akılda tutulmalıdır. Hastalığın tedavisinde kitlenin cerrahi eksizyonu etkili ve güvenli bir yöntemdir.

SP-90

## PENİSİN İN SİTU SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOMU; BOWEN HASTALIĞI VAKAMIZ

Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Hüseyin Tarhan,<sup>1</sup> Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin,<sup>1</sup> Yelda Dere,<sup>2</sup> Mustafa Kestel<sup>1</sup>



RESİM 1: A-Klinik görünüm, B-Klinik görünüm, C-Skuamöz epitelde tam kalınlığı, epitelde yaygınlaşmış ve displastik hücreler, HE, X100. D- Epitelin üst katmanlarında mitotik figürler ve displastik hücreler, HE, X400

SS-55

## DENEYSEL İNMEMİŞ TESTİSTE TESTOSTERONUN VE N-ASETİLSİSTİNİN KORUYUCU ETKİSİ

Ömer Kurt,<sup>1,1</sup> Cenk Murat Yazıcı,<sup>2</sup> Cevat Aktaş,<sup>3</sup> Murat Aydın,<sup>4</sup> Polat Türker,<sup>5</sup> Ebru Yeşildağ,<sup>6</sup> Mustafa Erboğa,<sup>3</sup> Alpaslan Akbaş,<sup>7</sup> Eyüp Burak Sancak,<sup>7</sup>

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

2. Namık Kemal Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

3. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Ve Embryoloji, Tekirdağ

4. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya, Tekirdağ

5. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Tekirdağ

6. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi, Tekirdağ

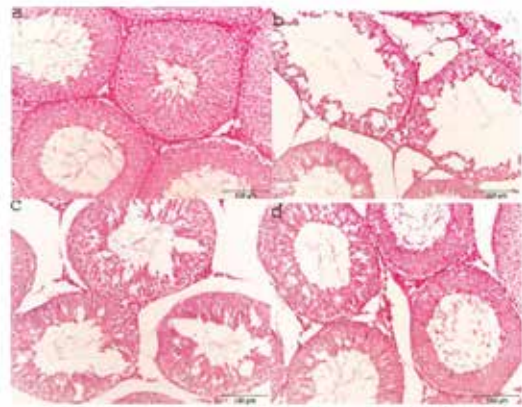
7. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Tekirdağ

**AMAÇ:** İnmemiş testis, yenidoğan erkeklerde en sık görülen konjenital genital anomalidir. İnmemiş testiste, testiküler hasara neden olan iki ana faktör; hormonal yetersizlik ve oksidatif strestir. Bu nedenle, testiküler disfonksiyon riskini azaltmak için hormon replasman tedavisi ve antioksidan tedavi mantıklı görülmektedir. Bu çalışmada, inmemiş testis rat modelinde testostoron ve N-asetilsistin tedavisinin testiküler hasar üzerindeki koruyucu etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Lokal hayvan etik kurulunun onayıyla, toplam 11 adet 10 haftalık hamile Sprague Dawley ratları çalışılmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen 11 gebe rattan 9'una, gebeliğin 14 ile 20. günleri arasında 7 gün süreyle günde 7.5mg flutamid verilerek yenidoğan ratlarda inmemiş testis oluşturuldu. Yenidoğan ratlar 4 çalışma grubuna ayrıldı. Grup 1 kontrol grubu olup, toplamda 8 normal testisi olan rattan oluşmaktaydı. Grup 2, tedavi uygulanmayan inmemiş testisi olan toplam 9 rattan oluşmaktaydı. Grup 3, inmemiş testisi olup NAC tedavisi uygulanan toplam 11 rattan oluşmaktaydı. Bu gruptaki ratlara doğumdan itibaren günlük 100mg/kg intraperitonel NAC tedavisi uygulandı. Grup 4, inmemiş testisi olup testostoron tedavisi uygulanan

toplam 9 rattan oluşmaktaydı. Bu gruptaki ratlara doğumdan itibaren haftalık 100mg/kg intramüsküler testostoron undekonat uygulandı. Doğumlarından 70 gün sonra tüm ratlar dekapite edilerek sağ orşiektomi uygulandı. Çıkarılan testis dokuları biyokimyasal ve histopatolojik inceleme için değerlendirildi. Doku Süperoksit dismutaz (SOD), glutasyon peroksidaz (GSH-Px) ve katalaz (CAT) gibi doku antioksidan enzim aktivitesi değerlendirildi. Ortalama seminifer tübül çapları (OSTÇ) ve ortalama testiküler biyopsi skoru (OTBS) histolojik olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** N-asetilsistin tedavisi uygulanan ratların doku antioksidan düzeylerinin, tedavisiz gruba göre önemli derecede arttığı gözlemlendi. ( $p < 0.001$ ). İnmemiş testisi olup, testostoron tedavisi uygulanan ratlarda, SOD, GPx ve KAT seviyelerinde minimal artış tespit edilmesine rağmen, bu yükselme istatistiksel anlam kazanmadı. ( $p = 0.372$ ,  $p = 0.407$  ve  $p = 0.392$ ). Lipid peroksidasyon ürünlerinden biri olan malondialdehit (MDA) düzeyi, inmemiş testisi olan ratlarda kontrol grubuna göre belirgin derecede yüksek tespit edildi. N-asetilsistin tedavisi, MDA düzeyini tedavi almayan inmemiş testis grubuna göre anlamlı derecede baskıladı. Testostoron tedavisinde ise, MDA düzeyinde minimal azalma gözlenmiş olsa da, bu



**Figür 1.** Gruplardaki testis dokularının H&E ile boyanması, (a) kontrol, (b) inmemiş testis, (c) Testostoron tedavisi uygulanan inmemiş testis, (d) N-asetilsistin tedavisi uygulanan inmemiş testis. Tedavi edilmemiş inmemiş testis dokusunda, kontrol grubuna oranla belirgin seminifer tübül dejenerasyonu, germ hücre sayısında azalma ve tübüler epitelde incelme. Testostoron ve N-asetilsistin tedavisiyle testiküler yapıda belirgin iyileşme. (H&E, scale bar, 100 µm).

azalma istatistiksel olarak anlamlı değildi. ( $p=0.224$ ) Tedavi uygulanmayan inmemiş testis dokularındaki OSTÇ ve OTBS değerleri, normal testis dokusuna göre belirgin olarak azaldı. ( $p<0.001$ ) Hem NAC hem de testosteron tedavisinin OSTÇ ve OTBS değerlerini anlamlı oranda artırdığı ve bu artışın NAC tedavisi ile daha belirgin olduğu tespit edildi. ( $p<0.001$ )

**ÇIKARIMLAR:** N-asetilsistin ile uygulanan antioksidan tedavinin ve testosteron ile uygulanan hormon raplasman tedavisinin, inmemiş testis rat modelinde koruyucu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.

SS-56

## EAU/ESPU VUR SINIFLAMASI SONRASI GÜNCEL İLK TEDAVİ PRATİĞİMİZ DEĞİŞTİ Mİ?

Eda Tokat,<sup>1,1</sup> İyimsir Üre,<sup>2</sup> Cenk Acar,<sup>3</sup> Zafer Sınık,<sup>4</sup> Mustafa Özgür Tan,<sup>1</sup> Özdemir Serhat Gürocak<sup>1</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Abd, Ankara
2. Osmaniye Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Abd, Eskişehir
3. Özel Eryaman Tıp Merkezi, Üroloji, Ankara
4. Özel Odak Cerrahi Tıp Merkezi, Üroloji, Denizli

**AMAÇ:** Vezikoüreteral reflüsü (VUR) olan olgularımızda uyguladığımız ilk tedavi protokollerinin EAU/ESPU VUR sınıflamasından nasıl etkilendiğini araştırmak

**YÖNTEM:** 2009 - 2016 yılları arasında 346 renal üniteden klinik takipleri eksiksiz olan toplam 296 renal ünitenin preoperatif olarak klinik parametreleri, reflü derecesi ve yönü, DMSA'da skar varlığı, başlangıç ve takip tedavileri, uygulanan medikal tedavi ve cerrahi yöntem bulguları retrospektif olarak

Tablo

EAU/ESPU VUR Sınıflaması		Medikal tedavi(%)	Cerrahi Tedavi(%)	p değeri
Düşük risk	2013 öncesi	13(28,3)	33(71,7)	<0,001
	2013 sonrası	19(76)	6(24)	
Orta risk	2013 öncesi	52(36,1)	92(63,9)	0.603
	2013 sonrası	12(31,6)	26(68,4)	
Yüksek risk	2013 öncesi	17(40,5)	25(59,5)	0.233
	2013 sonrası	1(100)	0	
Toplam		114(39)	182(61)	

2013 öncesi ve sonrası olmak üzere iki ayrı grup şeklinde değerlendirildi. 2013 öncesi ve sonrasında risk gruplarına göre ayrılan hastalarda uyguladığımız başlangıç medikal ve cerrahi yöntemler karşılaştırıldı. **BULGULAR:** Ortalama yaş ve takip süresi sırasıyla 75 (6-132) ay ve 27,2 (6-78) aydı. Preoperatif VCU'da hastaların 13'ünde (%4,4) 1.derece, 43'ünde (%14,5) 2.derece, 141'inde (%47,6) 3.derece, 73'ünde (%24,7) 4.derece ve 26'sında (%8,8) 5.derece VUR tespit edildi. Düşük riskli grupta 2013 sonrasında, öncesine göre cerrahi tedavi oranlarında anlamlı olarak azalma olduğunu görmekteyiz. Orta risk grubunda cerrahi ve medikal tedavi oranlarında risklendirme sisteminden sonra herhangi bir değişiklik görülmezken, yüksek riskli grupta 2013 sonrası hasta sayısının çok az olması nedeniyle sağlıklı değerlendirme yapılamamıştır.(Tablo)

**ÇIKARIMLAR:** EAU/ESPU VUR sınıflaması güncel pratiğimizi değiştirmiştir. Bu farklılık özellikle düşük riskli grupta daha konservatif tedaviler uygulamamıza yol açarken, orta ve yüksek riskli grupta tedavi yaklaşımımız değiştirmemiştir. VUR sınıflaması reflülü çocukların tedavisinde klinik önemi olmayan olgularla agresif tedavinin gerektiği vakalar arasında denge kurmamıza ciddi katkıda bulunmaktadır.

SS-57

## NONNÖROJENİK ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONU OLAN HASTALARDA VEZİKOÜRETERAL REFLÜ REZOLÜSYONUNU PREDİKTE EDEBİLİRMİYİZ?

Hüseyin Tarhan,<sup>1,1</sup> Caner Alparslan,<sup>2</sup> Hasana Serkan Doğan,<sup>3</sup> Hakan Türk,<sup>4</sup> Önder Yavaşcan,<sup>2</sup> Serdar Tekgül<sup>3</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla
2. S.B. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji, İzmir
3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
4. Diğer, Kütahya Eğitim Araştırma Hastanesi, Kütahya

**AMAÇ:** Non-nörojenik alt üriner sistem disfonksiyonu (NAÜSD) olan çocuklarda vezikoüreteral reflü (VUR) rezolüsyonunu predikte eden faktörleri ortaya koymak.

**YÖNTEM:** Çalışmamızda NAÜSD eşlik eden VUR tanısı almış olan 153 hasta değerlendirildi. Bu hastalardan nörojenik ve anatomik malformasyonu

Tablo		
Parametreler	OR (Lower-Upper) 95% CI	p-Value
MDK	0.73 (0.768-5.695)	0.149
Reflü	-0.45 (0.115-3.924)	0.598
AÜSD Tipleri.	-1.08 (0.337-0.094)	0.094
PVR	1.79 (1.982-18.237)	0.002
DiİS	1.92 (2.205-22.200)	0.002
Cinsiyet	1.14 (1.060-9.988)	0.03

olan hastalar, monosemptomatik enurezis nokturnası olan, cerrahi girişim geçiren, daha önce VUR tedavisi için operasyon geçiren, düzenli takibe gelmeyen ve dataları eksik olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Bütün hastalara ayrıntılı öykü, fizik muayene, tam idrar tetkiki, uroflow/EMG, ultrasonografi (US) yapılırken, aynı zamanda disfonksiyonel işeme ve inkontinans semptom formu (DiİS) dolduruldu. Ayrıca tüm hastalara US yapılırken mesane duvar kalınlığı (MDK) ve işeme sonrası rezidü idrar tayini (PVR) yapıldı. Hastalar uroflow/EMG bulgularına göre disfonksiyonel işeme(Dİ), idiopatik detrusör overaktivitesi (İDOA), hipoaktif mesane(HM) ve primer mesane boynu darlığı (PMBD) olarak 4 farklı gruba ayrıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 98 hastadan 48'u erkek, 50'si kız çocuklardan oluşuyordu. Hastaların ortalama yaşı 7.57±2.34 (min. 4-max.13) idi. Hastalar VUR rezolüsyonuna göre 2'ye ayrıldı. Grup-1 rezolüsyona olan hastaları, grup-2 rezolüsyon olmayan hastaları içeriyordu. İki grup arasında DiİS, MDK, PVR açısından anlamlı farklılık saptandı. Ayrıca AÜSD tiplerine göre de anlamlı farklılık saptandı. Her iki grup da, grup içinde VUR derecesi artıka rezolüsyon oranı artmaktadır. Ancak iki grup arasında dereceleri karşılaştırdığımızda anlamlı farklılık saptanmadı.

AÜSD tipleri arasında VUR derecesi açısından anlamlı farklılık saptandı. Dİ'de Derece-3 daha yüksek oranda görülürken, İDOA Derece-2 reflü daha yüksek oranda saptanmıştır. AÜS semptomları sıklık, aciliyet ve gündüz idrar kaçırma açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Grup-2'de bu üç semptom daha yüksek oranda saptanmıştır. Regression analizinde MDK, reflü deecesi, Dİ tipi, PVR, DiİS ve cinsiyet değerlendirildiğinde PVR, DiİS ve cinsiyet reflü rezolüsyonunda etkili faktörler olarak tanımlandı (Tablo-1).

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda NAÜSD ve VUR birlikteliğinde rezolüsyonu olumlu yönde etkileyen faktörler olarak, anlamlı PVR yokluğu, DiİS skoru 16.2'nin altında olması ve cinsiyetin kız olması bulunmuştur. Ancak kısıtlı sayıda hastayla yapılan

bu çalışmada elde edilen verilerin desteklenmesi için daha yüksek sayıda hasta içeren, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-58

## ÇOCUKLUK ÇAĞI AÜSD'DE ADAPTİF BİOFEEDBACK: ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Turgay Ebioloğlu,<sup>1</sup> Engin Kaya,<sup>2</sup> Burak Köprü,<sup>3</sup> Sercan Yılmaz,<sup>2</sup> Giray Ergin,<sup>4</sup> Yasin Aydoğmuş,<sup>1</sup> Hasan Cem İrkılata,<sup>5</sup> Yusuf Kibar,<sup>5</sup>

1. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara
2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara
3. Konya Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Konya
4. Kuru Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara
5. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmamızda çocukluk çağı alt üriner sistem disfonksiyonunda (AÜSD) kasma ve gevşeme ağırlıklı uygulanan biofeedback (BF) sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2007 ile 2015 yılları arasında AÜSD tanısı almış ve standart üroterapiden fayda görmemiş hastalara randomize olarak iki farklı animasyon kullanılarak BF uygulanmıştır: animasyon A gevşeme ağırlıklı (GABF) ve animasyon B kasma ağırlıklı (KABF) olacak şekilde düzenlenmiştir. Başarısızlık, kısmi başarı, ve tam başarı sırası ile AÜSD Semptom Skorunda (AÜSDSS) 0%-49% düzelme, 50%-99% düzelme, ve 100% düzelme olarak tanımlanmıştır.

**BULGULAR:** GABF grubunda 100, KABF grubunda 70 hasta bulunmaktadır. Anormal işeme paterni ve pozitif EMG aktivitesi olan hastalar GABF'den (p=0.001); anormal işeme paterni ve negatif EMG aktivitesi olan hastalar KABF'den (p=0.039); istatistiksel anlamlı olmasa da normal işeme paterni ve pozitif EMG aktivitesi olan hastalar KABF'den (p=0.452); ve normal işeme paterni ve negatif EMG aktivitesi olan hastalar GABF'den (p=0.083) daha çok fayda görmüşlerdir.

**ÇIKARIMLAR:** Anormal işeme akımına sahip AÜSD'li çocuklarda EMG aktivitesi BF şeklini belirlemektedir. Pozitif EMG'li hastalar GABF'den, negative EMG'li hastalar KABF'den daha çok fayda görmektedir. Ancak, norma işeme akımına sahip AÜSD'li çocuklarda bu durum tam tersi şekildedir.

SS-59

## AKAPUNKTUR VE VARİKOSELEKTOMİ OPERASYONUNUN VARİKOSSEL AĞRISI ÜZERİNE ETKİSİ: ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Turgay Ebiloğlu,<sup>1</sup> Yasin Aydoğmuş,<sup>1,1</sup> Korhan Baklacı,<sup>2</sup> Engin Kaya,<sup>3</sup> Ender Oral,<sup>1</sup> Yusuf Kibar<sup>4</sup>

1. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara
2. Etimesgut Asker Hastanesi, Fizik Tedavi, Ankara
3. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara
4. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Varikoselektomi operasyonu veya akapunktur uygulamasının varikosel ağrısı üzerine etkisinin karşılaştırılması

**YÖNTEM:** Kasım 2012 ile Aralık 2015 arasında sol kasık ağrısı ve klinik varikoseli olan 40 hasta çalışmamıza alınmıştır. İşlemler öncesi ve 1 ay sonrasında ağrının şiddetini ölçmek amacı ile 0 ile 10 arasında puanlamanın yapılabildiği görsel ağrı skalası (GAS) kullanılmıştır. Hastalar randomize olarak akapunktur veya açık subinguinal varikoselektomi (ASV) tedavisine yönlendirilmiştir. Akpunktur tedavisi grup 1, ASV grup 2 olarak tanımlanmıştır. GAS sonuçları karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Grup 1'de 16 hasta, grup 2'de 24 hasta mevcuttur. İşlemler öncesi grup 1 ve 2'deki ortalama GAS sırası ile  $8.37 \pm 0.95$  ve  $7.12 \pm 0.89$  olarak tespit edilmiştir ( $p=0.412$ ). Bu değerler işlemler sonrası grup 1 ve 2'de  $5.18 \pm 1.69$  ( $p=0.02$ ) ve  $2.1 \pm 1.72$  ( $p=0.0001$ ) olarak tespit edilmiştir ( $p=0.001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Akapunkturun varikosel ağrısı üzerinde belirgin etkisi tespit edilmiştir, ancak varikoselektomi halen en iyi yöntem olarak saptanmıştır.

SS-60

## ENURESİS NOKTURNA VE SPİNA BİFİDA OKÜLTA İLİŞKİSİ: PROSPEKTİF KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Abdulmecit Yavuz,<sup>1</sup> Muhammet Fatih Kılıncı,<sup>2</sup> Umur Sarioğulları<sup>3</sup> Göksel Bayar,<sup>4</sup>

1. S.B. Hatay Dörtüyl Devlet Hastanesi, Üroloji, Hatay
2. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara
3. S.B. Nusaybin Devlet Hastanesi, Üroloji, Mardin
4. S.B. Şırnak İdil Devlet Hastanesi, Üroloji, Şırnak

**AMAÇ:** Enuresis nokturna (EN) ile başvuran hastalarda tespit edilen spina bifida okülta (SBO) sıklığının EN olmayanlarla karşılaştırması ve klinik önemini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Türkiye'nin dört farklı merkezinde, üroloji polikliniğine, haftada birden fazla kez gece alt ıslatma şikayetiyle başvuran 6- 15 yaş arası hastalar prospektif olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Kontrol grubu pediatri veya üroloji polikliniğine karın veya yan ağrısı şikayetiyle başvuran hastalardan oluşturulmuştur. Sadece gece alt ıslatması olanlar monosemptomatik EN (MEN), gündüz alt ıslatması veya alt üriner sistem semptomları (AÜSS) olanlar ise non-monosemptomatik enuresis nokturna (nMEN) olarak sınıflandırıldı. Gündüz ve gece alt ıslatması olanlar diurnal inkontinans (Dİ) olarak gruplandırıldı. ICCS 2014 sınıflamasına göre hastalar haftada 4'ten az (hafif), 4 ve daha fazla (şiddetli) idrar kaçıran olarak sınıflandırılmıştır. Tüm hastalara SBO tanısı için direkt üriner sistem grafisi çekilmiştir. Hastalara hem davranış ve işeme eğitimi verilmiş, hem de MEN olanlara desmopressin sublingual 120 mcg 1x1, nMEN olanlara ise ayrıca oksibutinin 5 mg 3x1 başlandı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, SBO varlığı ve seviyesi, AÜSS, EN'nin şiddeti, verilen tedaviye cevapları kaydedildi. Hasta sayısı önceden yapılan bir çalışma referans alınarak Power and Sample yazılımı kullanılarak ( $\alpha:0.05$ , power:0.99) hesaplanmıştır.

**BULGULAR:** Toplam 165 hasta EN, 165 hasta kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edilmiştir. SBO 71 hastada, AÜSS 100 hastada tespit edildi. EN hastaları incelendiğinde 20 (% 12) hastada hafif, 145 (% 88) hastada şiddetli EN, 43'ünde (% 26) SBO ve 34'ünde (% 20) Dİ saptandı. EN olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında erkek çocuk (% 65'e karşı % 54  $p=0,044$ ), SBO (% 26'ya karşı % 17  $p=0,044$ ) ve AÜSS olan (%43'e karşı % 17,5  $p<0,001$ ) hasta sayısının anlamlı olarak EN olan grupta daha fazla olduğu görüldü. Hastalar 1 ve 3 ay sonra tekrar kontrole çağrıldığında tedaviye verdikleri cevap incelendi. EN hastalarında tam kuruluk oranı (% 67,4' e karşı % 83,6  $p=0,024$ ) ve AÜSS'de düzelme (%65'e karşı % 97  $p<0,01$ ) SBO olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü.

**ÇIKARIMLAR:** SBO, EN olanlarda daha sık görülmektedir. EN hastalarında SBO araştırması tedaviye cevabı öngörme amacıyla yapılabilir. Ayrıca SBO olanlarda AÜSS ve Dİ oranı artmakta ve bu hastalarda EN sebebinin nokturnal poliüriden ziyade temelde mesane patolojisi olduğu ve bu nedenle tedaviye cevabın daha zor ve uzun soluklu olacağı unutulmamalıdır.

SP-91

## ÇOCUKLARDA ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONUNDA PATOFİZYOLOJİDE YENİ BİR FENOMEN: PELVİK TABAN DİSFONKSİYONU VE BELİRLENMESİNDE PELVİK TABAN AKTİVİTESİ

Yelda Pekbay,<sup>1</sup> Bahadır Topuz,<sup>2</sup> Giray Ergin,<sup>3</sup>  
Hasan Cem İrkılata,<sup>2</sup> Murat Dayanç,<sup>1</sup>

1. Live Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

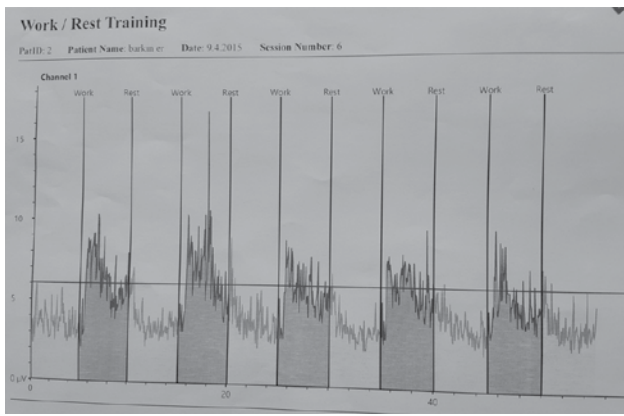
3. Özel Koru Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Çocuklarda alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD) sık gözlenen bir problemdir. AÜSD patofizyolojisinde mesane ve rectum dinamikleri yanında pelvik taban ve sfinkter aktiviteleri de önemli rol oynar. Biz bu çalışmada AÜSD alt tiplerinde pelvik taban aktivitesi (PTA)ni belirledik ve tedavi sonrası PTA'ndeki değişimi gözlemledik.

**YÖNTEM:** Kliniğimize başvuran 40 AÜSD olan çocuktan 16'sında disfonksiyonel işeme (Dİ), 11'inde aşırı aktif mesane (AAM) ve 13'ünde işemeyi erteleme saptandı. Her hastanın işeme sonrası ve yüzeysel elektrodlar kullanılarak PTA'leri ölçüldü. Ölçüm esnasında 5 saniye kontraksiyon ve 5 saniye relaksasyon yaptırılarak 50 saniyelik periyodun ortalama değerleri kaydedildi.

Tablo

Parametre	Disfonksiyonel İşeme	Aşırıaktif Mesane	Erteleme
Hasta sayısı	16	11	13
Tedavi öncesi	Kasılma	5.1	6.9
	Gevşeme	3.2	2.3
Tedavi sonrası	Kasılma	8.5	11.6
	Gevşeme	2.0	1.7



**BULGULAR:** Kontraksiyon ve relaksasyon periyotlarındaki ortalama PTA değerleri AÜSD alt tipine göre Tablo'da izlenmektedir. Tedavi öncesi PTA değerleri incelendiğinde kasılma periyodunda en yüksek alt grup AAM olduğu, Dİ'li grubun ise gevşeme fazında en yüksek değere sahip olduğu izlendi. Kasılma fazlarında kas endüransının düşük olduğu gözlemlendi (Resim). Her alt grup uygun tedavi sonrası tekrar değerlendirildiğinde genel olarak kasılma periyodunda PTA değerlerinin arttığı ve gevşeme periyodunda PTA değerlerinin azaldığı gözlemlendi (Tablo). Dİ'li grupta tedavi sonrası gevşeme en fazla idi.

**ÇIKARIMLAR:** Çocuklarda AÜSD'unda PTA ölçümü hem patofizyolojinin belirlenmesinde hem de tedavi sonrası pelvik taban disfonksiyonunun düzelip düzelmediğini gözlemlenmede kullanılabilir ve noninvaziv, kolay uygulanabilen ve etkin bir yöntemdir.

SP-92

## KALSİYUM İÇERİKLİ BÖBREK TAŞ HASTALIĞI OLAN HİPOSTRATÜRİK BİREYLERDE SLC13A2 GENİNDEKİ RS11568476 MUTASYONU ARAŞTIRILMASI

Ekrem Başaran,<sup>1</sup> Ali Tekin,<sup>2</sup> Alpaslan Yüksel,<sup>2</sup>  
Dursun Baba,<sup>1</sup> Selma Düzenli,<sup>3</sup> Yusuf Şenoğlu,<sup>4</sup>  
Muhammet Ali Kayıççı<sup>2</sup>

1. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Düzce

2. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Düzce

3. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Bolu

4. S.B. Aliğa Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Kalsiyum içeren böbrek taşı hastalığında hipostiratüri önemli bir etiyolojik faktördür. Bu metabolik risk faktörünün genetik temeli henüz aydınlatılamamıştır. Renal tübüllerde idrarda sitrat atılımını düzenleyen Na<sup>+</sup>di ve trikarboksilat taşıyıcılarını (NaDC) kodlayan SLC13A2 genindeki mutasyonların hipostiratüriye neden olabileceği düşünülmektedir. Bu prospektif çalışmada, hipostiratürik ve normositratürik kalsiyum taş hastalığı olan bireylerde SLC13A2 genindeki rs11568476 mutasyonunun görülme sıklığının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Taş analizi sonucu kalsiyum içerikli böbrek taşı olan 38 normositratürik ve 52 hipostiratürik hasta çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan hastaların

tümünde real time polimerase chain reaction (PCR) yöntemi ile NaDC'deki proteinleri kodlayan SLC 13A2 genindeki rs11568476 mutasyonunun varlığı araştırıldı. **BULGULAR:** Her iki grup yaş, boy, kilo, cinsiyet, serum biyokimya parametreleri, idrar pH, idrar dansitesi ve idrar okzalat, kalsiyum, magnezyum düzeyleri bakımından benzer bulundu. Yapılan genetik analizde her iki grupta SLC13A2 genindeki rs11568476 mutasyonu gösterilememiştir. Ancak aile hikayesi normositratürik olanlarda; kan ürik asit değerleri ise hipositratürik olanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur .

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar, kalsiyum içeren böbrek taşı hastalarda hipositratüri ve NaDC proteinini kodlayan SLC13A2 genindeki rs11568476 mutasyonu arasında ilişki gösterilememiştir.

(Tablo-3).

Böbrek taşı RIRS yapılan hastaların ortalama yaşı  $7\pm 2,9$  (min. 2-max. 16 yaş) olarak saptandı. RIRS yapılan tüm hastalar da ek girişim sonrası %100 taşsızlık sağlandı (Tablo-4).

**ÇIKARIMLAR:** Çocuk yaş grubunda üriner sistem taş hastalığının da minimal invaziv yaklaşımlar tek başlarına veya combine uygulandıklarının da %100 taşsızlık sağlanabilmektedir.

SP-93

## ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞI OLAN ÇOCUKLARDA MİNİMAL İNVAZİV TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

Hüseyin Tarhan,<sup>1</sup> Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin,<sup>1</sup> Ferruh Zorlu<sup>2</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

2. S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Üriner sistem taş hastalığı olan çocuklarda minimal invaziv tedavi sonuçlarımızı değerlendirmek.

**YÖNTEM:** Çocuk yaş grubunda üriner sistem taş hastalığı tanısı almış olan 104 çocuğun minimal invaziv (Vücut Dışı Şok Dalga ile Taş tedavisi (ESWL), Ureterorenoskopi (URS), Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRS), Perkütan Nefrolithotomi (PNL)) tedavi sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Retrospektif değerlendirmede 99 hastaya URS yapıldığı saptandı. Hastaların ortalama yaşı  $9,09\pm 4,80$  (min. 1-max. 16) idi. URS yapılan tüm hastalar da URS sonrası %100 taşsızlık sağlandı (Tablo-1).

Böbrek taşı nedeniyle PNL yapılan 28 hastanın ortalama yaşı  $11,67\pm 5,26$  (min. 3-max. 16) olarak saptandı. PNL yapılan tüm hastalar da PNL+ ek girişim sonrası %100 taşsızlık sağlandı (Tablo-2).

Böbrek taşı ve üreter taşı nedeniyle ESWL yapılan hastaların ortalama yaşı  $7,60\pm 5,58$  (min. 1-max. 16 yaş) olarak saptandı. ESWL yapılan tüm hastalar da ESWL+ ek girişim sonrası %100 taşsızlık sağlandı

TAŞ BOYUTU	CİNSİYET	TAŞ LOKALİZASYON	n	TARAF	n	EK GİRİŞİM	n
≤10 mm	E	ÜST ÜRETER	3	SAĞ	0	VAR	23
	K	ALT ÜRETER	41	SOL	6	YOK	21
11-20 mm	E	ÜST ÜRETER	3	SAĞ	18	VAR	16
	K	ALT ÜRETER	42	SOL	14	YOK	32
≥20mm	E	ÜST ÜRETER	0	SAĞ	5	VAR	6
	K	ALT ÜRETER	10	SOL	1	YOK	4

Tablo-1: Ureterorenoskopi yapılan hastaların özellikleri.

TAŞ BOYUTU	CİNSİYET	TAŞ LOKALİZASYON	n	TARAF	n	EK GİRİŞİM	n
11-20 mm	E	ÜST KALİKS	2	SAĞ	4	VAR	0
	K	ORTA KALİKS	0	SOL	2	YOK	6
		ALT KALİKS	1				
		PELVİS RENALİS	3				
≥20mm	E	ÜST KALİKS	4	SAĞ	7	VAR	1
	K	ORTA KALİKS	1	SOL	11	YOK	17
		ALT KALİKS	1				
		PELVİS RENALİS	12				
Staghorn	E	STAGHORN		SAĞ	3	VAR	2
	K			SOL	1	YOK	2

Tablo-2: PerkütanNefrolithotomi yapılan hastaların özellikleri.

TAŞ BOYUTU	CİNSİYET	n	LOKALİZASYON	n	TARAF	n	EK GİRİŞİM	n
10 mm ve altı	E	6	BÖBREK		Sağ	3	VAR	0
	K	6	Üst Pol		Sol	9	YOK	12
			Orta Pol					
			Alt Pol	5				
			Pelvis Renalis	4				
			ÜRETER					
11-20 mm	E	8	BÖBREK		Sağ	6	VAR	7
	K	10	Üst Pol		Sol	12	YOK	11
			Orta Pol	1				
			Alt Pol	7				
			Pelvis Renalis	8				
			ÜRETER					
≥20 mm	E	2	BÖBREK		Sağ	1	VAR	3
	K	1	Üst Pol	1	Sol	2	YOK	0
			Orta Pol					
			Alt Pol	1				
		Pelvis Renalis	2					

Tablo-3: ESWL yapılan hastaların özellikleri.

TAŞ BOYUTU	CİNSİYET	n	LOKALİZASYON	n	TARAF	n	EK GİRİŞİM	n
11-20 mm	E	0	BÖBREK		Sağ	1	VAR	2
	K	2	Üst Pol		Sol	1	YOK	0
			Orta Pol					
			Alt Pol	1				
		Pelvis Renalis	1					
≥20 mm	E	2	BÖBREK		Sağ	1	VAR	3
	K	1	Üst Pol	1	Sol	2	YOK	0
			Orta Pol					
			Alt Pol	1				
		Pelvis Renalis	2					

Tablo-4: RIRS yapılan hastaların özellikleri



SP-94

## ALTI YAŞINDA KIZ ÇOCUKTA PELVİK EKTOPIK BÖBREKTE GRADE III YARALANMAYA YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

Kenan Öztörün,<sup>1</sup> Emrah Yakut<sup>2</sup>

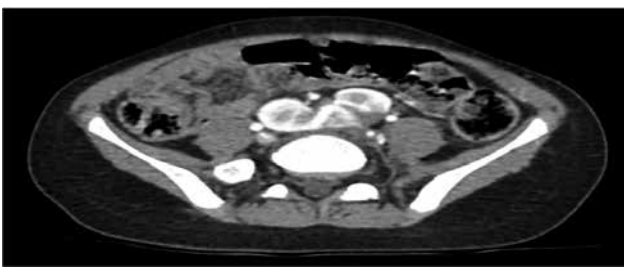
1. Niğde Devlet Hastanesi, Üroloji, Niğde

2. Niğde Devlet Hastanesi, Üroloji, Niğde

**AMAÇ:** Pelvik ektopik böbrek insidansı 1/500 ile 1/1200 arasında raporlanmıştır. Pelvik ektopik böbrekler hidronefroz ve veziküloüreteral reflü gibi anomalilerle ilişkili olabilmesine karşın çoğunlukla asemptomatik seyretmektedir. Pelvik ektopik böbrek künt karın travmalarında yaralanmaya meyillidir. Biz de 6 yaşında kız çocukta künt batın travması sonrası sol pelvik ektopik böbrekte gelişen laserasyon vakasını sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 6 yaş kız çocuk, araç içi trafik kazası sonrası getirildiği hastanemiz acil servisinde yapılan değerlendirmesi ve çekilen abdomen tomografisi neticesinde sol pelvik ektopik böbrek ve bu böbrekte grade üç laserasyon saptandı. Üretral sonda takılan hastada makroskopik hematüri izlenmedi. Hemoglobin değeri 12.1, hematokriti 36.4 saptanan hastanın vital bulguları, hemodinamisi ve kontrol hemogramı normal sınırlarda seyretti. Hasta mutlak yatak istirahati eşliğinde hemogram kontrollerine devam edilmek üzere interne edildi. Takibinde kliniği, vital bulguları ve laboratuvar değerleri stabil seyreden hastanın kontrol USG ve 7.günde yaptırılan kontrol abdomen tomografisinde problem saptanmaması üzerine 7.günde poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

**BULGULAR:** Künt batın travması sonrası böbrek yaralanması görülme oranı yaklaşık olarak % 10'dur. Ektopik yerleşimli böbrekler de dahil olmak üzere anormal böbrekler genellikle retroperitoneal alanda daha az korunaklı bir konumda yer almaları nedeni ile yaralanmaya daha yatkın olabilmektedir. Bir metaanalize göre ektopik böbrekler anormal böbrek



valarının % 7'sini teşkil etmektedir. Ektopik Böbrekli hastaların çoğu asemptomatiktir ve tesadüfen teşhis edilir. Teşhis genellikle tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu, karın ağrısı, ürolitiazis ya da travma gibi başvurular sonucu yapılan değerlendirmelerde yapılır. Abdominal bilgisayarlı tomografi, künt batın travmaları sonrası organ yaralanması tanısının konması ve rastlantısal bulgular saptanması açısından mükemmel bir tanı aracıdır.

**ÇIKARIMLAR:** Ektopik pelvik böbrek hasarı yönetimi, böbrek hasarı sınıflandırmasına bağlı olarak normal anatomik pozisyonundaki böbrekler ile benzerdir. Düşük dereceli böbrek yaralanmaları ve seçilmiş Grade IV, Grade V böbrek travmaları konservatif takip ile tedavi edilebilir. Biz de sol pelvik ektopik böbrekli Grade III laserasyonu bulunan 6 yaşındaki kız hastamızı ortotopik böbrek yaralanmasında yaklaştığımız şekilde konservatif izlem ile takip ettik. Takibinde hemodinamisi stabil seyreden hastanın cerrahi girişim gereksinimi olmamıştır. Sonuç olarak bu deneyimden yola çıkarak pelvik ektopik böbrek yaralanması tedavi yönetiminin, yaralanmanın sınıflandırmasına uygun olarak ortotopik böbrekler ile benzer şekilde yapılabileceği düşüncesindeyiz.

SP-95

## ALT ÜRİNER SİSTEM OBSTRÜKSİYONUNDA RENAL HASARIN ERKEN BELİRTECİ: ÜRİNER NGAL (RAT ÇALIŞMASI)

Emre Karabay,<sup>1</sup> Uğur Yücetaş,<sup>1</sup> Erkan Erkan,<sup>1</sup>Esmâ Yücetaş,<sup>2</sup> Hüseyin Aytaç Ateş,<sup>1</sup> MustafaKadıhasanoğlu,<sup>1</sup> Kemal Behzatoğlu,<sup>3</sup>Mahmut Gökhan Toktaş<sup>1</sup>

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya, İstanbul

3. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

**AMAÇ:** Mesane çıkım obstrüksiyonu (MÇO) oluşturulan rat modelinde, histopatolojik değerlendirme eşliğinde serum kreatinin değerine kıyasla üriner NGAL düzeyinin renal hasarı öngörmede erken dönemde kullanılabilecek bir belirteç olup olmadığı araştırıldı.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada 300-350 gram ağırlığında 20 adet erişkin Wistar Albino cinsi erkek sıçan dahil edildi ve 4 gruba ayrıldı. Her grupta öncelikle bazal serum kreatinin ve üriner NGAL değeri ölçüldü. Birinci grupta (Sham/Kontrol grubu) sadece laparotomi

yapıldı, ikinci (14. gün parsiyel MÇO) ve üçüncü grupta (28. gün parsiyel MÇO) parsiyel ve dördüncü grupta (Komplet MÇO) komplet mesane çıkım obstrüksiyonu gerçekleştirildi. Çalışmanın 3. gününde komplet MÇO grubunda, çalışmanın 14. gününde 14. gün parsiyel MÇO grubunda ve çalışmanın 28. gününde sham ve 28. gün parsiyel MÇO grubunda serum kreatinin ve üriner NGAL değeri ölçüldü. Daha sonra laparotomi ile üretra, mesane, ureter ve böbrekler çıkartıldı. İdrar NGAL düzeyleri ELISA yöntemi ile ölçüldü. Elde edilen sonuçlar plazma kreatinin ve kreatinin klirensi ile karşılaştırıldı. Ayrıca alınan mesane ve böbrek dokuları histolojik açıdan değerlendirildi.

**BULGULAR:** Obstrüksiyon sonrası sadece komplet MÇO grubunda plazma kreatinin düzeyinde anlamlı artış ( $13,79 \pm 1,57$  mg/dl,  $p=0,011$ ) gözlemlendi. Komplet MÇO grubunda hem plazma kreatinin değerinde ( $p=0,043$ ) hem de idrar NGAL düzeyinde anlamlı artış ( $p=0,003$ ) saptanmasına rağmen, 28. gün MÇO grubunda plazma kreatinin düzeyinde artış olmadan idrar NGAL düzeyinde anlamlı artış ( $p=0,007$ ) olduğu tespit edildi. İdrar NGAL düzeyi ile plazma kreatinin düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmezken, idrar NGAL düzeyi ile kreatinin klirens düzeyi arasında (Spearman  $r=-0,445$ ;  $p=0,004$ ) anlamlı ilişki olduğu tespit edildi. Ayrıca gruplar arasında renal tübül hasar açısından farklılık gözlenmezken, obstrüksiyon süresi ile mesane dokusundaki fibrozis artışı arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı ( $p=0,016$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Üriner NGAL seviyesinin, üst üriner sistem hasarı oluşturarak böbrek yetmezliğine sebep olabilen ve yaş ile sıklığında artış gözlenen parsiyel mesane çıkım obstrüksiyonunda, mevcut tanı yöntemlerine kıyasla erken dönemde böbrek fonksiyon bozukluğunun tespit edilebilmesinde ve böylelikle tedavi ve takip kararı vermede belirleyici rol oynayabileceğini öngörmekteyiz.

3. S.B. Aliğa Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
4. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Düzce
5. S.B. Ordu Üniversitesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ordu

**AMAÇ:** Bu çalışmada ratlarda böbreğe Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) uygulanmasının, oksidatif stresin bir göstergesi olan plazma oksidatif stres indeksine (OSİ) olası etkisinin ve böbrekte oluşturduğu histopatolojik değişikliklerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca koruyucu olarak N-Asetil Sisteinin (NAC) etkinliğinin araştırılması planlanmıştır.

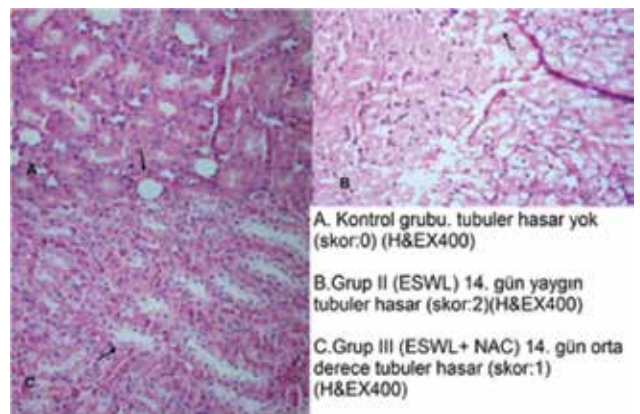
**YÖNTEM:** Çalışmada kontrol grubu (grup I,  $n = 6$ ), ESWL grubu (Grup II,  $n = 9$ ) ve ESWL+NAC grubu (Grup III,  $n = 9$ ) olarak toplam 24 adet adet rat kullanıldı. Tüm gruplar; erken dönem ve geç dönem olarak 2 alt gruba ayrıldı. Grup II ve III' deki ratlara anestezi altında ratların kuyruk venine yerleştirilen intravenöz kateterden kontrast madde verilerek floroskopi altında toplayıcı sistemin görüntülenmesi sağlandı. Sol böbreklerine 18 kV şiddetinde, 60 SW/dakika toplam 2000 şok dalgası uygulandı. Grup I deki ratlara herhangi bir sistemik tedavi verilmedi, Grup II deki ratlara ESWL sonrası 1. günden başlanarak 1cc/kg/gün dozunda interaperitoneal serum fizyolojik, grup III deki ratlara ESWL sonrası 1. günden başlanarak 300 mg/kg/gün dozunda interaperitoneal NAC verildi. Erken dönem alt gruplara ESWL sonrası 14. günde, geç dönem alt gruplara ise 28. günde kan alma ve sol nefrektomi yapılarak biyokimyasal analiz ve spesimenler histopatolojik olarak incelendi. Çalışmada akut ve kronik hasar ayrı ayrı değerlendirildi. Histopatolojik hasar değerlendirilmesi için tübül hasar, interstisyel inflamasyon ve kanama, glomerüler ve vasküler yapılarda dilatasyon - konjesyon, inflamatuvar hücre artışı, tübül atrofi ve interstisyel fibrozis incelenirken, plazmadan total antioksidan kapasite (TAS) ve total oksidan kapasite (TOS) ölçümü yapılarak oksidatif stres indexi (OSİ) hesaplandı.

SP-96

## RATLARDA ESWL SONRASI BÖBREKTE OLUŞAN OKSİDATİF STRES HASARINDA N-ASETİL SİSTEİNİN KORUYUCU ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dursun Baba,<sup>1,1</sup> Kamil Çam,<sup>2</sup> Yusuf Şenoğlu,<sup>3</sup>  
Alpaslan Yüksel,<sup>4</sup> Ekrem Başaran,<sup>1</sup> Havva Erdem,<sup>5</sup>  
Ali Tekin,<sup>4</sup> Muhammet Ali Kayıkcı<sup>4</sup>

1. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Düzce
2. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul



**BULGULAR:** ESWL uygulaması sonrası NAC verilen grupta (grup III), TOS düzeyi anlamlı derecede daha düşük bulunurken ( $p = 0,027$ ), TAS seviyesinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p = 0,006$ ). Bunun sonucu olarak OSİ anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur ( $p = 0,013$ ). Bu etki özellikle erken dönemde daha belirgindir. Tübüler hasarın ESWL grubunda daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ( $p=0,022$ ). Gruplar arasında interstisiyel inflamasyon, konjesyon, inflamatuvar hücre artışı, fibrozis ve atrofi değişkenleri ortancaları bakımından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışmada, böbreğe ESWL uygulamasının serbest oksijen radikal oluşumunu artırıp, oksidatif strese yol açabileceği ve tübüler hasara sebep olabileceği göstermiştir. ESWL'ye bağlı oksidatif stresin ve tübüler hasarın azaltılmasında NAC etkili bulunmuştur.

SP-97

## DENEYSEL RENAL İSKEMİ REPERFÜZYON MODELİNDE ESOMEPRASOL'UN KORUYUCU ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ahmet Nihat Karakoyunlu,<sup>1</sup> Reyhan Polat,<sup>2</sup>  
Gülistan Sanem Sarıbaşı,<sup>3</sup> Nevzat Can Şener,<sup>4</sup>  
Seyda Özdemir,<sup>5</sup> Kevser Peker,<sup>2</sup> Dilek Ünal,<sup>2</sup> Can Tuygun<sup>6</sup>  
1. S.B. Ankara Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara  
2. S.B. Ankara Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Kliniği, Ankara  
3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Histoloji Embriyoloji, Ankara  
4. SB. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Adana  
5. S.B. Ankara Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biokimya, Ankara  
6. S.B. Ankara Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Böbrek tümörlerinde kullanılan parsiyel nefrektomide, iskemi ve sonrasında oluşan reperfüzyon hasarı böbrek parankim kaybına neden olmaktadır. Çalışmada amacımız, gastrik asit baskılamada kullanılan esomeprozol'ü rat modelinde IR üzerine koruyucu etkinliğini araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Ratlar 7 hayvandan oluşan 3 gruba ayrıldı. 1. Grup sadece laparotomi uygulanarak renal iskemisi oluşturulmadı, 2. Grupta Sol renal arter kros-klemp uygulanarak iskemi oluşturuldu, 3. Grupta ise işlemde 1 saat önce esomeprozol verilip iskemi oluşturuldu. Tüm denekler işlemi takiben 24. saatte sakrifiye

edildi. Deneklerin kanlarında ve sol böbreklerdeki oksidan ve antioksidan ajanların değerlendirileceği biokimyasal analizler (oksidatif belirteçler: malondialdehide, myeloperoksidase ve antioksidan belirteç süperoksit dismutaz) yapıldı. Ayrıca böbrek dokuları hemotoksilen-eozin ile histolojik özellikler bakımından ve apoptozis değerlendirilmesi ise TUNEL metodu ile incelendi.

**BULGULAR:** Kan ve dokudan alınan örneklerde biokimyasal olarak istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Histolojik incelemede ise hem hemotoksilen-eozin boyama ile hem de TUNEL metodu ile gösterilen apoptoziste sham, kontrol ve müdahale gruplarında arasında anlamlı farklılık vardı. Özellikle TUNEL pozitif hücreler sayıldığında ortanca (Çeyrekler Arası Genişlik) olarak Sham grubunda 1,50 (4); PPI grubunda 6,00 (9) ve kontrol grubunda 11,50 (12) olarak saptandı ( $p<0.001$ ).

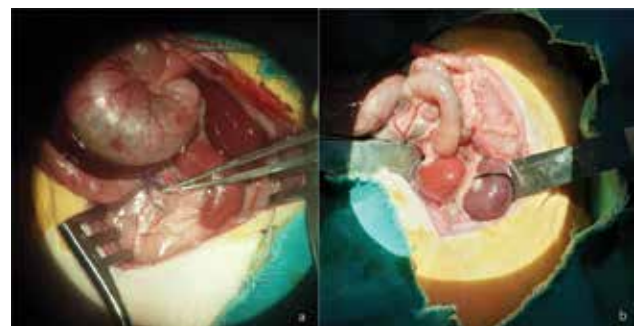
**ÇIKARIMLAR:** Ratlar böbreğinde uyguladığımız deneysel iskemi-reperfüzyon modelinde Esomeprozol kullanımının IR hasarına karşı koruyucu etkisi doğrulanmıştır.

Tablo 1: Bulgu Skoru, Mean±Standard deviation

Histopatolojik bulgu	KONTROL	PPI	SHAM	P
Tübüler nekroz	1.21±0.58	0.58±0.51	0±0.00	<0.01
Fırçamsı kenar kaybı	1.43±0.65	0.79±0.58	0±0.00	<0.01
Kresentrik görünümlü glomerül	0.75±0.20	0±0.00	0±0.00	0.051
Hidropik dejenerasyon	0.70±0.19	0.50±0.13	0±0.00	<0.01
Bowman boşluğu dilatasyonu	0.66±0.18	0.43±0.11	0±0.00	<0.01
Tübüler dilatasyon	1.50±0.65	0.79±0.58	0±0.00	<0.01
Total Puanlama	6.28±3.15	2.50±1.75	0±0.00	<0.01*

Skorlama: 0: yok, 1: <%50 (fokal), 2: >%50 (diffüz)

\*Gruplar arası karşılaştırma: Kontrol vs PPI  $p<0.01$ , Kontrol vs Sham  $p<0.01$ , PPI vs Sham  $p<0.0$



SP-98

## RENAL İSKEMİ GELİŞİMİNDE MONTELUKAST SODİUM VE N-ASETİLSİSTEİNİN BÖBREK KORUYUCU ETKİSİ VAR MIDIR? PLASEBO KONTROLLÜ RAT MODELİ

Arif Aydın,<sup>1</sup> Melih Sunay,<sup>2</sup> Serkan Özcan,<sup>3</sup> İbrahim Yardımcı,<sup>3</sup> Ahmet Metin Haşçıçek,<sup>4</sup> Hülya Sürer,<sup>6</sup> Melahat Korkmaz,<sup>7</sup> Pınar Börcek<sup>8</sup>

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Abd, Konya
2. Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Karabük
3. S.B. Artvin Devlet Hastanesi, Üroloji, Artvin
4. S.B. Adana Devlet Hastanesi, Üroloji, Adana
5. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara
6. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya, Ankara
7. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp, Ankara
8. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

**AMAÇ:** Böbrek kan akımının geçici olarak durmasına böbrek transplantasyonu, parsiyel nefrektomi, renal arter anjiyoplasti, kardiyopulmoner bypass, aortik bypass cerrahisi, kaza veya iatrojenik travma, sepsis, hidronefroz ve elektif ürolojik cerrahiler gibi bir çok klinik durumda karşılaşılmaktadır. İskemik dokuya kan akımının geri dönmesine rağmen normal fonksiyonların kurtarılması olabileceği gibi paradoksal olarak reperfüzyon süreçlerinden dolayı zarar görmesi de olasıdır. Biz uzun sıcak iskemiyi ilişkili gelişen renal hasarda N-asetilsistein (NAC) ve Montelukast sodyumun böbrek koruyucu etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Yirmi yedi rat random olarak 3 çalışma grubuna bölündü ve her bir gruba sırayla NAC, montelukast ve plasebo verildi, 3 rat sham kontrol grubu olarak ayrıldı. NAC grubu 200 mg/kg/gün NAC verildi, montelukast grubuna 10 mg/kg/gün montelukast sodyum deney süresince verildi ve işlemiden 3 gün önce başlandı. Plasebo grubuna herhangi bir tedavi verilmedi ve sham grubuna da medikal tedavi ile birlikte renal iskemiyi de yapılmadı. DMSA renal sintigrafi cerrahi öncesi ve sonrası uygulandı. Sağ renal pedikül 45 dk boyunca bulldog klemplerle iskemiyi oluşturacak şekilde oklüde edildi ve sonrasında 6 saatlik (I/R) reperfüzyon yapıldı. Reperfüzyon sonrası DMSA renal sintigrafi çekildi ve sakrifiye edilmeden 24 saat önce sol nefrektomi yapıldı. Sağ böbrekler, histopatolojik ve biyokimyasal oksidatif stress markerlar (MDA (malondialdehit), SH (sülhidril grubu), MPO (Miyeloperoksidaz), ve total nitrit) düzeyleri için değerlendirildi.

**BULGULAR:** Patolojik skorlamaya göre sham grubunda patolojik değişikliğe rastlanmazken, montelukast ve NAC grupları ortalama skorları plaseboya göre anlamlı derecede düşüktü. Sham ve plasebo grupları karşılaştırıldığı zaman plasebo grubu anlamlı derecede yüksekti. Biyokimyasal değerlendirmede antioksidan SH seviyelerinde tüm gruplar ile plasebo grubu arasında anlamlı değişiklikler bulundu; MDA, MPO ve total nitrit seviyelerinde montelukast, NAC grupları ile plasebo grubu arasında anlamlı farklılık bulundu. Biyokimyasal analizde bir oksidatif madde olan ortalama MPO seviyesi montelukast grubu ve plasebo karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görüldü. Postoperatif DMSA renal sintigrafi ölçümleri ve renal fonksiyon seviyeleri karşılaştırıldığı zaman montelukast, NAC grupları ile plasebo ve sham grupları arasında anlamlı değişiklikler olduğu bulundu. **ÇIKARIMLAR:** NAC ve montelukast sodyum tedavisi uzun sıcak iskemiyi ilişkili renal hasarın gelişiminde nefroprotektif etkisi mevcuttur.

SP-99

## TEK TARAFLI PARSİYEL ÜRETER OBSTRÜKSİYONU OLUŞTURULAN RATLARDA KOENZİM Q VE SELENYUMUN BÖBREK HASARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Mustafa Koray Kırdag,<sup>1</sup> Devrim Tuğlu,<sup>2</sup> Ercan Yuvaçç,<sup>2</sup> Üçler Kısa,<sup>3</sup> Mahi Balcı,<sup>1</sup> Ertan Batislam,<sup>1</sup> Erdal Yılmaz<sup>1</sup>

1. Kirikkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kirikkale
2. Kirikkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kirikkale
3. Kirikkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kirikkale

**AMAÇ:** Üst üriner sistem obstrüksiyonları, tedavi spektrumunu oldukça geniş patolojilerdir. Bu çalışmada koenzim q ve selenyumun tek taraflı üreter obstrüksiyonunda, böbrekte meydana gelen hasarlanmaya olan antioksidan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Yöntem Sprague-Dawley cinsi dişi 240-300 gr ağırlığında 24 rat 4 gruba ayrıldı.

İlk grup Sham grubu olacak Grupta altı denek yer alacaktır. Abdominal boşlukta sağ böbrek ureteri bulunduktan sonra tabakalar tekrar usulüne uygun şekilde kapatılacaktır. Bahsedilen cerrahi işlemler

Tablo

	Grup 1 (n =6)	Grup2 (n =6)	Grup 3(n = 6)	Grup 4 (n = 6)	P
	(Sham)	(PUÜO)	(PUÜO+CQ)	(PUÜO+ SE)	(ANOVA)
TAC (nmol Trolox Equiv. per mg protein)	0,71±0,24	1,01±0,05	1,17±0,04	1,31±0,10	P<0,001
TOS (nmol H2O2 Equiv. per mg protein)	22,71±1,75	29,02±2,90	17,04±1,21	14,53±5,10	P<0,001
OSI (arbitrary unit)	26,80±3,88	28,71±2,54	14,84±1,52	11,22±4,20	P 0,003
PON (mUI/ml)	45,6±2,4	36,2±3,5	51,6±1,3	62,3±2,4	P<0,001

sonrasında sağ nefrektomi uygulanacaktır.

İkinci grup Altı denekten oluşacak. Abdominal boşlukta sağ böbrek üreteri bulunduktan sonra üreter 2.0 ipek ile psoas kasının içine parsiyel obstrüksiyon yapılacak şekilde bağlanacak. Ardından tabakalar anatomik şekilde kapatılacak ve bu ratlara herhangi bir etken madde verilmeyecektir. 14 gün bitiminde ratların aynı yöntemle abdomen insizyonlarından girilecek ve ratlara sağ nefrektomi uygulanacaktır.

Üçüncü grup Altı denekten oluşacak. Abdominal boşlukta sağ böbrek üreteri bulunduktan sonra üreter 2.0 ipek ile psoas kasının içine parsiyel obstrüksiyon yapılacak şekilde bağlanacak. Ardından tabakalar anatomik şekilde kapatılacak ve bu ratlara 14 gün boyunca Koenzim q 10/mg/kg/gün p.o (median lethal dose: 5.2-8.2 g/kg of coenzim) (MicroTherapeutics Inc., Irvine, California, United States) uygulanacak. 14 gün bitiminde ratların aynı yöntemle abdomen insizyonlarından girilecek ve ratlara sağ nefrektomi uygulanacaktır.

Dördüncü grup Altı denekten oluşacak. Abdominal boşlukta sağ böbrek üreteri bulunduktan sonra üreter 2.0 ipek ile psoas kasının içine parsiyel obstrüksiyon yapılacak şekilde bağlanacak. Ardından tabakalar anatomik şekilde kapatılacak ve bu ratlara 14 gün boyunca selenyum i.p selenyum 0,25mg/kg/gün uygulanacak. 14 gün bitiminde ratların aynı yöntemle abdomen insizyonlarından girilecek ve ratlara sağ nefrektomi uygulanacaktır. Deney sonunda alınacak doku ve kan örnekleri biyokimyasal olarak TAS, TOS, OSI, PON parametreleri ile değerlendirilecek, patolojik olarak hücre değerlendirilmesi yapılacaktır.

**BULGULAR:** Doku TAS düzeyleri Grup 2'ye göre Grup 3 ve 4'te istatistiksel olarak anlamlı. Doku TOS değerleri Grup 2'ye göre Grup 3 ve 4'de istatistiksel olarak anlamlı bir azalma. Doku OSI parametresi incelendiğinde Grup 2'ye göre Grup 3 ve 4'de OSI değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptandı. Serum PON değerleride Grup 1 ve 2'ye göre Grup 3 ve 4'de istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdi. Histopatolojik olarak interstisyel inflamasyon ve konjesyonun kontrol grubuna göre Koenzim Q

ve daha da fazla olmak üzere Selenyum grubunda azaldığı tesbit edilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlarla Koenzim Q ve Selenyum'un Tek taraflı Parsiyel Üreteral obstrüksiyon durumlarında antioksidan etkisi ve doku hasarlanmasını azaltıcı etkilerinin olacağı kanısına varılmıştır.

SP-100

## ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE DARLIĞI OLAN ÇOCUK VE ERİŞKİN HASTALARDA NÖTROFİL JELATİNAZ İLİŞKİLİ LİPOKALİN' İN BİYOKİMYASAL BELİRTEÇ OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Farhad Talibzade,<sup>1,1</sup> Cevdet Kaya,<sup>1</sup> Bahadır Şahin,<sup>1</sup> Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Çağrı Akın Şekerci,<sup>1</sup> Cem Akbal,<sup>1</sup> Ferruh Şimşek,<sup>1</sup>

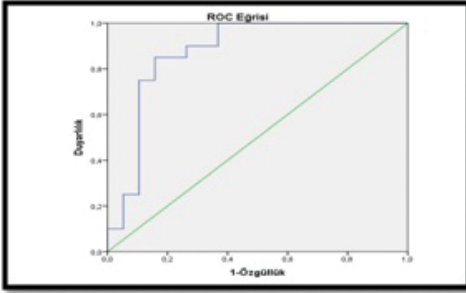
1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Üreteropelvik bileşke darlığı (ÜPBD) nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan çocuk ve erişkinlerin idrarında Nötrofil Jelatinaz ilişkili Lipokalin (NGAL) düzeyinin ameliyat öncesi ile ameliyat sonrası dönemdeki seyri, çocuk ve erişkinlerin idrarındaki NGAL düzeyinin karşılaştırılması ve ameliyat öncesi renal fonksiyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Çalışma, prospektif-kontrollü olarak tasarlandı. Çalışma grubuna ÜPBD tanısı almış olan ve bu nedenle pyeloplasti operasyonu planlanan 10 çocuk ve 10 erişkin hasta dahil edildi. Kontrol grubu yaş yönünden çalışma grubuna benzer olan 10 sağlıklı çocuk ve 10 sağlıklı yetişkinden oluşturuldu. Çalışma grubundaki hastalardan pre-op mesane, per-op etkilenen taraf renal pelvis ve operasyondan 3

**Tablo 1.** Hasta ve kontrol grubunun renal pelvis, mesane ve post-operatif düzeltilmiş NGAL düzeylerinin karşılaştırılması

Parametre	Çalışma grubu	Kontrol grubu	p
pdNGAL	1,61		
mdNGAL	1,33	0,16	0,0001*
podNGAL	0,7		

**Şekil 1.** Eşik değeri gösteren ROC eğrisi (AUC=0,847)**Tablo 5.** Eşik değere göre hasta ve kontrol grubun karşılaştırılması

mdNGAL	Hasta / Kontrol grubu		Tolam	p değeri
	Hasta	Kontrol		
<0,46	3	17	20	0,0001*
>0,46	17	3	20	
Toplam	20	20		

**Tablo 3.** Çocuk ve yetişkin hastaların karşılaştırılması

Parametreler	Çalışma grubu		p değeri	Kontrol grubu		p değeri
	Çocuk	Yetişkin		Çocuk	Yetişkin	
pdNGAL (ng/mg kre)	1,13	1,75	0,66	U/D	U/D	
mdNGAL (ng/mg kre)	1,06	1,16	0,796	0,13	0,30	0,09
podNGAL (ng/mg kre)	0,65	0,92	0,280	U/D	U/D	

**Tablo 4.** Operasyon öncesi böbrek fonksiyonu ve renal pelvis AP çap ile NGAL düzeyleri arasındaki ilişki gösterilmiştir.

Çalışma grubu	Parametre	NGAL ile ilişki	p değeri
Çocuklar	Renal fonksiyon	r=-0,683	0,043*
	AP çap	r=-0,08	0,815
Erişkinler	Renal fonksiyon	r=-0,664	0,05*
	AP çap	r=-0,02	0,960
Tüm hastalar	Renal fonksiyon	r=-0,57	0,014*
	AP çap	r=-0,03	0,90

**Tablo 1:** Çocuk ve yetişkin hastaların kontrol grubu ile karşılaştırılması

Parametreler	Çocuk/Yetişkin	Gruplar		p değeri
		Çalışma	Kontrol	
pdNGAL (ng/mg kre)	Çocuk	1.13	U /D	
	Yetişkin	1.75	U /D	
dmNGAL (ng/mg kre)	Çocuk	1.06	0.13	0,02*
	Yetişkin	1.16	0.3	0,001*
podNGAL (ng/mg kre)	Çocuk	0.65	U /D	
	Yetişkin	0.92	U /D	

ay sonra yine mesaneden idrar örneği alındı. Kontrol grubundan ise işeme sırasında mesane idrar örneği alındı. Alınan idrar örnekleri 4 derecede 15 dakika santrifüj edildikten sonra -80oC derecede saklandı. Daha sonra ELISA yöntemi ile NGAL değerlerine bakıldı. Alınan sonuçlar aynı idrar örneklerinde bakılan kreatinin ile standardize edilerek düzeltilmiş NGAL değerleri elde edildi. Bu çalışma Marmara Üniversitesi BAPB tarafından desteklenmiştir.

**BULGULAR:** Çalışma sonucunda hasta grubunda düzeltilmiş mesane NGAL (dmNGAL) düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu (p=0,0001), çocuk ve erişkinler ayrı ayrı incelendiğinde de aynı yaş grubundaki kontrol grubu bireylerine göre dmNGAL düzeyinin anlamlı yüksek olduğu saptandı (p= 0,02 ve p=0,001)(Tablo 1 ve Tablo 2). Pre-op dmNGAL değerlerinin post-op değerlerle karşılaştırılması sonucu hem çocuk, hem de erişkinlerde post-op 3.ayda NGAL düzeylerinin düşerek kontrol grubu düzeylerine yaklaştığı izlendi. Ameliyat öncesi renal fonksiyon ile dmNGAL düzeyi arasında anlamlı negatif ilişki saptandı (r=-0,574; p=0,014)(Tablo 4). Çocuk ve erişkinlerin hem hasta, hem de kontrol grubunda karşılaştırılması sonucu dmNGAL düzeylerinin erişkinlerde daha yüksek olduğu ancak istatistiksel anlamlı olmadığı bulundu (p=0,79 ve p=0,09) (Tablo 3). Dm NGAL düzeyinin 0,46 ng/mg kre düzeyi ciddi ÜPBD olan hastaları belirlemede %85 duyarlılık ve %85 özgüllükle eşik değer olarak belirlendi (AUC=0,847) (Şekil 1 ve Tablo 5).

**ÇIKARIMLAR:** Ciddi ÜPBD olan çocuk ve erişkin hastaların idrar NGAL değerlerinin benzer olduğu ve her iki hasta grubunda "risk altındaki böbreğin" saptanmasında kullanılabileceği sonucuna varıldı. Ancak bu sonuçların desteklenmesi için daha geniş hasta sayılı çalışmalara ihtiyaç olduğu gerçeği vurgulandı.

# SERBEST BİLDİRİLER 11 (KONTİNANS)

5 Kasım 2016 / Salon A / 17:00-18:00

Oturum Başkanları: Zafer Sınık, Giray Karalezli



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-61

## MİKST ÜRİNER İNKONTİNANSI OLAN KADINLARDA REKTUS SHEAT SLİNG OPERASYONU:ERKEN DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Mehmet Remzi Erdem,<sup>1</sup> Feridun Şengör,<sup>2</sup>  
Ömer Ergin Yücebaş,<sup>2</sup> Ahmet Rüknettin Aslan,<sup>2</sup>  
Çağatay Tosun<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hast, Üroloji, İstanbul  
2. DiĞER, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde kullanılan orta uretra gevşek askı meşleri, neden oldukları komplikasyonlar nedeniyle uzaklaşılan materyaller olmaktadır. Bunun yerine otolog doku alternatifleri tercih edilmeye başlanmaktadır. Çalışmamızda mikst üriner inkontinansı olan hastalardaki otolog rektus kılıfıyla gerçekleştirdiğimiz askı işlemleri sonuçlarını sunacağız.

**YÖNTEM:** Haziran 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında kliniğimize mikst üriner inkontinans şikayeti ile başvuran, ek üriner sistem hastalığı olmayan, aktif üriner enfeksiyonu olmayan 19 hasta dahil edildi. Hastaların tamamında hem stres tipi, hem de urge tipi inkontinans tesbit edildi. Daha önce hiç inkontinans cerrahisi geçirmeyen hastalara işlem anlatılıp onamları alındı.

Anestezi altından vajen anterior duvarına, uretranın 1-2 cm inferiorundan açılan orta hat insizyonu ile girilip, diseksiyon uretranın her ik yanından endopelvik fasyaya doğru genişletildi. Ardından suprapubik bölgeden açılan horizontal 4 cm insizyonla girilip, yaklaşık 4cm 2cm uzunluğunda rektus kılıfı alındı, her iki yanı 0 numara prolenle dikilip uzatıldı. Standart TVT iğnesiyle retropubik miduretral askı işlemi rektus kılıfı kullanılarak gerçekleştirildi. Kılıf uretra ventraline 3-0 vikril ile tesbit edilip, yukarıda gevşek şekilde prolenler birbirine bağlandı. Kanama kontrolü sonrası kapatıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 54,2 idi. Ortalama günlük ped kullanımı 2,3 idi. İşlem sonrası

3. Ve 6. ay kontrollerinde 12 hastada tam kuruluk elde edildi. 5 hastada ise pad kullanım sayısında azalma ve nisbi iyileşme görüldü. 2 hastada ise şikayetlerde gerileme görülmüdü.

**ÇIKARIMLAR:** Henüz çok kısa süreli sonuçları tesbit edilen orta uretra rektus kılıfı askı işleminin başarılı sonuçları, sentetik meşlerin neden olduğu erozyon, enfeksiyon vb., komplikasyonlardan korunabilmek için oldukça yararlı bir alternatif olarak karşımızda durmaktadır.

SS-62

## OSAS' LI KADIN HASTALARDAKİ AŞIRI AKTİF MESANE VE URGE İNKONTİNANS SIKLIĞI

Murat Tuncer,<sup>1</sup> Kubilay Sabuncu,<sup>1</sup> Banu Salepçi,<sup>2</sup>  
Gülten Aktın Güngör,<sup>2</sup> Gökhan Faydacı,<sup>1</sup> Fehmi Narter,<sup>1</sup>  
Fatih Tarhan<sup>1</sup>

1. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Biz Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS)' lu kadın hastalardaki Aşırı Aktif Mesane (AAM) ve urge inkontinans sıklığını değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmaya uyku bozukluğu nedeniyle uyku laboratuvarında Polysomnography (PSG) testi uygulanan toplam 89 hasta dahil edildi. Hastalar Apnea-Hypopnea Index (AHI)' lerine göre AHI normal <5 olanlar kontrol grubu (Grup 1, n=24), AHI ≥5 ve <15 hafif OSAS (Grup 2, n=31), AHI ≥15 ve <30 orta OSAS (Grup 3, n=19) ve AHI ≥30 (Group 4, n=15) ağır OSAS grubu olarak 4 gruba ayrıldı. Hastaların yaş ve Body Mass Index (BMI)' leri kayıt edildi. Ayrıca hastalara Over Active Bladder Questionnaire (OAB-V8) ve International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form (ICIQ-

SF) formları doldurtuldu ve urge inkontinans varlığı sorgulanarak kayıt edildi.

**BULGULAR:** Çalışma grupları arasında yaş ve BMI açısından bir fark vardı (sırasıyla;  $p=0.02$  ve  $p<0.001$ ). Fakat kontrol grubu ve OSAS gruplarında OAB-V8 ve ICIQ-SF skorları (sırasıyla;  $p=0,652$ ,  $p=0,561$ ) arasında ve AAM ve urge inkontinans sıklığı (sırasıyla;  $p=0.552$ ,  $p=0.292$ ) arasında fark tespit edilmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Bulgularımıza göre OSAS' lı kadın hastalarda AAM ve urge inkontinans sıklığında kontrol grubuna göre anlamlı bir değişiklik olmadığını söyleyebiliriz.

SS-63

## MESANE İŞEME ETKİNLİĞİ ORANI, İNVAZİV OLMAYAN BİR YÖNTEM OLARAK , BASINÇ AKIM ÇALIŞMALARI SONUÇLARINI ÖNGÖRMEKTE FAYDALI OLABİLİR Mİ ?

Mehmet Yoldaş,<sup>1</sup> Oğuz Mertoğlu,<sup>2</sup> Tuba Kuvvet Yoldaş,<sup>3</sup> Mustafa Karabıçak,<sup>4</sup> Orçun Çelik,<sup>5</sup> Yusuf Özlem İlbey<sup>4</sup>

1. Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği , Kütahya
2. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
3. S.B. Dumlupınar Üniversitesi Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezyoloji Kliniği, Kütahya
4. S.B. Tepecik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
5. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Adana

**AMAÇ:** Benign prostat büyümesine (BPB) bağlı Erkek Alt Üriner Sistem Semptomlarının değerlendirilmesinde, semptom sorgulamasından, mesane çıkım tıkanıklığı (MÇT), Hipoaktif Mesane (HAM) veya Aşırı Aktif mesane (AAM) sonucuna varmak olanaksızdır. Burada MÇT'nin, HAM'den ayırmak için, önemli olan iki faktör, mesanenin yeterli derecede kasılma gücüne sahip olup olmadığı ve mesane boynu çıkım direncinin yüksek olup olmadığıdır. Bu iki faktörü de şu an, sadece, invaziv bir işlem olan sistometri ve sonrasında yapılan Basınç Akım Çalışmaları (BAÇ) sonucunda hesaplayabiliriz .

İnvaziv olmayan bir yöntemle MÇT, HAM'den ayırılabilir mi? Bu konuda 2000 öncesinden beri tartışılan mesane işeme etkinliği (Bladder Voiding Efficiency) (MİE) oranı mevcuttur. İdrar akım ölçümü (üroflowmetri) sonucu alınan, işenen hacmin, artık idrar ve işenen hacim toplamına (toplam kapasite) oranıdır. Konsültasyonlarda BAÇ yanında, yardımcı

ölçüm yöntemi olabileceği tartışılmaktadır.

Bu çalışmada Ürokinamik olarak MÇT ve HAM tanıları olan hastalarda MİE oranlarının farklı olup olmadığını araştırdık.

**YÖNTEM:** Kontinans polikliniğimizde,2007-2015 tarihleri arasında BAÇ çalışması yapılan erkek hastaların kayıtları incelendi. Üriner retansiyonda olmayan, minimum iki idrar akım ölçümü ve USG ile artık idrar ölçümü yapılmış, idrar kültüründe üreme saptanmayan, alt üriner sistem taşı, tümör tanıları olmayan, nörojenik AÜSS şüphesi olmayan hastalar çalışmaya alındı.

BAÇ değerlendirmesinde, MÇT kriteri olarak,MÇT indeksinin (MÇTİ) "Pdet@Qmax- 2Qmax" değerinin 40'ın üzerinde, Mesane Kontraktilite İndeksinin (MKİ) "Pdet@Qmax +5Qmax" değerinin 100'ün üzerindeki değerler belirlendi. HAM kriteri olarak MÇTİ 40'ın altında, MKİ 100'ün altında olması istendi.

MİE mesane işeme etkinliği üroflowda işenen miktar/ işenen miktar ve USG ile bakılan artık idrar miktarı formülü ile hesaplandı.

**BULGULAR:** 121 Hastanın sonuçları incelendi. BAÇ olarak tanı konulan MÇT grubunda 54, HAM grubunda 67 hasta mevcuttu.HAM grubunun yaş ortalamasının anlamlı yüksek olduğu saptandı( $p<0,001$ ), HAM grubu yaş ortalaması 72,7 (34-92) yıl MÇT grubu yaş ortalaması 64,9(34-88) yıldı. MİE oranları HAM grubunda ortalama %63,6, MÇT grubunda ortalama %46,2, ( $p=0,007$ ) olarak hesaplandı.

**ÇIKARIMLAR:** Mesane işeme etkinliği (MİE) oranı, invaziv olmayan bir yöntem olarak, MÇT (%46,2) ve HAM (%63,6) ayırımını öngörmekte, yol gösterici olacağı düşüncesindeyiz.

SS-64

## EGE BÖLGESİ'NDE YAŞAYAN KADINLARDA ÜRİNER İNKONTİNANS PREVELANSI VE OLASI RİSK FAKTÖRLERİ

Ömer Demir,<sup>1</sup> Volkan Şen,<sup>1</sup> Bora İrer,<sup>2</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
2. Eşrefpaşa Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Ege Bölgesi'nde yaşayan kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve olası risk faktörlerini değerlendirmek.

**YÖNTEM:** İzmir Enternasyonal Fuar'ında Kadınlar Günü nedeniyle yapılan etkinlikte anket doldurmayı



Tablo	
Yaş (ort±SD)	51,2±11,1
Parite (ort±SD)	1,78 (0-10)
Aşırı aktif mesane semptom skoru (ort±SD)	9,02±8,59
ICIQ-SF skoru (ort±SD)	4,08±5,05
BMI (ort±SD)	28,72±3,33
	N,%
Yaş grupları	
≤ 40 yaş	119 (16.6%)
40-60 yaş	472 (65.6%)
≥ 60 yaş	128 (17.8%)
Medeni durum	
Hiç evlenmemiş	88 (12.2%)
Boşanmış	125 (17.4%)
Evil	506 (70.4%)
Eğitim düzeyi	
İlk ve ortaokul	310 (43.1%)
Lise	225 (31.3%)
Üniversite ve yüksek lisans	184 (25.6%)
Kororbidite	
Diyabet	100 (13.9%)
Hipertansiyon	238 (33.1%)
Tiroid hastalığı	28 (3.9%)
Koroner arter hastalığı	34 (4.7%)
KOAH	8 (1.1%)
Parite	
Nullipar	128 (17.8%)
<3 doğum	442 (61.5%)
≥3 doğum	149 (20.7%)
Üriner inkontinans	
Var	362 (50.3%)
Yok	357 (49.7%)
Üriner inkontinans alt tipleri	
Stres inkontinans	
Var	300 (41.7%)
Yok	419 (58.3%)
Sıkışma inkontinans	
Var	112 (15.6%)
Yok	607 (84.4%)
Mikst inkontinans	
Var	50 (6.9%)
Yok	669 (93%)

Kabul eden 18 yaş üzeri kadınlar çalışmamıza dahil edildi. Katılımcılara; sosyodemografik karakteristikler, üriner inkontinans farkındalığı, üriner inkontinans olası risk faktörlerini ve valide edilmiş ICIQ-SF formunu da içeren anket yapıldı. Bilinen kognitif bozukluğu olan ya da 18 yaşından küçük olan katılımcılar çalışmaya dahil edilmedi. Olası risk faktörleri çok değişkenli

lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Toplamda 719 kadın çalışmaya dahil edildi ve üriner inkontinans prevalansı %50.3 olarak hesaplandı. Stres inkontinans %34.8 oranla katılımcılarda en fazla saptanan üriner inkontinans alt tipi oldu. Sıkışma tipi inkontinans ve karışık tip inkontinans sırasıyla 50 (%6.9) ve 62 (%8.6) katılımcıda saptandı. Multivariate analizlere göre üriner inkontinans için anahtar risk faktörleri: yaş (OR=1.024, 95% (CI) =1.006-1.041, p=0.007), hipertansiyon (OR=0.553, 95% (CI)= 0.379-0.808, p=0.002), parite (OR=1.174, 95% (CI)=1.001-1.379, p=0.049), vücut kitle indeksi (VKİ) (OR=1.277, 95% (CI)=1.210-1.347, p<0.001) ve eğitim düzeyi (OR=2.093, 95% (CI)= 1.358-3.228, p=0.001) olarak saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Üriner inkontinans katılımcıların yaklaşık yarısını etkileyecek kadar yüksek prevalansa sahip önemli bir sağlık sorunudur. İlerleyen yaş, hipertansiyon, yüksek VKİ değerleri, multiparite ve düşük eğitim düzeyi gibi çoğunluğu geri dönüşümlü olan risk faktörleri ile ilişkilidir. Hekimler, üriner inkontinans kadınları koruyabilmek için bu geri dönüşümlü risk faktörleri üzerine odaklanmalıdırlar.

SS-65

## KOMPLET ÜRETRAL DARLIKLARININ ENDOSKOPIK TEDAVİSİNDE “CUT-TO-LIGHT”

Ali Barbaros Başeskiöglü,<sup>1</sup> Aydın Yenilmez,<sup>2</sup> İyimsir Üre<sup>2</sup>

1. Osmangazi Üniversitesi, Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

2. Osmangazi Üniversitesi, Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** Komplet üretra darlıklarının tedavisinde, mesaneden perkütan ve eş zamanlı üretral yaklaşımla uygulanan cut-to-light prosedürünün sonuçları ve tekniğin video sunumunun gösterilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Komplet üretral darlığı olan 10 hasta endoskopik olarak tedavi edilmiştir. Perkütan yolla mesaneye giriş yapıp fleksibl sistoskoplara mesane gözlendikten sonra üretradan internal üretrotomla girilmiştir. Lümenin tamamen kapalı olması nedeniyle fleksibl sistoskop ile mesane boynu ve üretra proximali görüntülenirken internal üretrotomun bıçağı ile ışık gelen alan açılarak lümen tekrar oluşturulmuştur.

**BULGULAR:** Hastalar postop 1. veya 2. gün taburcu edilmiştir. Hastaların sondaları 7 ile 14 gün arasında çekilmiştir. Tüm hastalara sonda çekimi sonrası erken dönemde temiz aralıklı kataterizasyon tedavisi başlanmıştır. 2 hastada tekrarlayan üretral darlık gelişmiş olup mükerrer internal üretrotomi operasyonları yapılmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Travmaya sekonder üretra rüptürlerinde endoskopik tedavi yöntemi belli hasta grubunda başarı ile yapılmakta ve üretroplasti ihtiyacını ortadan kaldırmaktadır. Üretroplastiye nazaran daha kolay uygulanabilir olması ve daha az komplikasyon görülmesi nedeniyle ilk basamak tedavide tercih edilebilir ancak uzun dönemde nüks eden hasta grubunda üretroplasti gereklidir.

SS-66

## BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ VERİLEN 12 AYRI BÖLGEDE KADINLARDA İDRAR KAÇIRMA ARAŞTIRMASI - ÖN RAPOR

Fatih Özcan,<sup>1,1</sup> Cüneyd Özkürkçügil,<sup>2</sup> Nilay Etiler,<sup>3</sup> Ayşegül Kabanlı,<sup>4</sup> Kürşat Özkök,<sup>5</sup> Ömer Erdoğan,<sup>6</sup> Saide Eda Cebeci,<sup>7</sup> Pinar Bilgili,<sup>8</sup> Gülçin Özkan Onur,<sup>9</sup> Serpil İnan,<sup>10</sup> Hüseyin Güntürkün,<sup>11</sup> Arda Nermin Sümer,<sup>12</sup> Şenay Koçakoğlu,<sup>13</sup> Sema Aypolat Kurtuluş,<sup>14</sup> İlker Boler,<sup>15</sup> Şevket Akar,<sup>16</sup> Fikri Ozan Arslan,<sup>17</sup> Mehmet Ünlüsoy,<sup>18</sup> Bilge Sönmez,<sup>19</sup> Murat Tolga,<sup>20</sup> Hülya Görgün,<sup>21</sup> Olgun Gökteş,<sup>22</sup> Nihan Zonüzi,<sup>23</sup> Şehnaz Hatipoğlu,<sup>24</sup>

1. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Manisa
2. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli
3. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kocaeli
4. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bornova 3 No'lu Koşukavak Aile Sağlığı Merkezi, İzmir
5. Aksaray Halk Sağlığı Müdürlüğü, 3 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aksaray
6. Aksaray Halk Sağlığı Müdürlüğü, 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Aksaray
7. Sakarya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Serdivan Aile Sağlığı Merkezi, Sakarya
8. Antalya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Muratpaşa Değirmenönü Aile Sağlığı Merkezi, Antalya
9. Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü, Yeşilyurt Karakavak Aile Sağlığı Merkezi, Malatya
10. Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü, Keçiören Gazeller Aile Sağlığı Merkezi, Ankara
11. Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Birecik 1 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Şanlıurfa
12. Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Eyyübiye 8 No'lu Nihat Demirelli Aile Sağlığı Merkezi, Şanlıurfa
13. Şanlıurfa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Haliliye 4 No'lu Haliliye Ticaret Borsası Aile Sağlığı Merkezi, Şanlıurfa
14. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bakırköy Yusuf Soyyigit Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul
15. İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bahçelievler Dr. Bülent Gök Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul

16. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Konak 28 No'lu Göztepe Aile Sağlığı Merkezi, İzmir
17. Ağrı Halk Sağlığı Müdürlüğü, Eleşkirt Merkez Aile Sağlığı Merkezi, Ağrı
18. Çorum Halk Sağlığı Merkezi, Mecitözü Aile Sağlığı Merkezi, Çorum
19. Çankırı Halk Sağlığı Müdürlüğü, Uluyazı Kampüsü Emir Karatekin Aile Sağlığı Merkezi, Çankırı
20. Çanakkale Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ayvacık 21 Eylül Aile Sağlığı Merkezi, Çanakkale
21. Çanakkale Halk Sağlığı Müdürlüğü, Fatih Sultan Mehmet Aile Sağlığı Merkezi, Çanakkale
22. Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Uludağ Üniversitesi Görükle Kampüsü Aile Sağlığı Merkezi, Bursa
23. Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü, İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Müdürlüğü, Kocaeli
24. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Konak 24 No'lu Mehmet Fevzi Örsaruhan Aile Sağlığı Merkezi, İzmir

**AMAÇ:** Bu çalışmada, ülkemiz genelinde kadınlarda idrar kaçırma ve bölgelere göre dağılımının tespiti amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Araştırmamız, kesitsel bir çalışma olup araştırmanın evrenini, Türkiye'deki 25-64 yaş aralığındaki tüm kadınlar oluşturmaktadır. Yapılan örnek büyüklüğü hesabıyla 1200 kadın bireye ulaşılması hedeflenmiş olup 11 Nisan - 27 Temmuz 2016 tarihleri arasında uygulanan 751 katılımcının anketi tamamlanmıştır. Değişik bölgelerdeki 16 farklı ilde, 22 farklı Aile Hekimine kesin kayıtlı olan hasta listesindeki 25-64 yaş grubundan rasgele sayılar tablosu yardımıyla basit rastgele seçim olarak belirlenen kadınlara idrar kaçırma ile ilgili OAB-V8 ve ICIQ-SF sorgu formları, yüz yüze görüşme ile

Tablo. Araştırmaya katılanların son dört hafta içindeki idrar kaçırma durumları (ICIQ-SF soruları)

Sorular	Sayı	Yüzde
<b>Ne sıklıkla idrar kaçıyorsunuz?</b>		
Hiçbir zaman	419	55,8
Haftada bir veya daha seyrek gibi	197	26,2
Haftada iki veya üç kez	55	7,3
Günde bir kez gibi	21	2,8
Günde birkaç kez	43	5,7
Her zaman	16	2,1
<b>Genelde ne kadar idrar kaçıyorsunuz?</b>		
Hiç	445	59,3
Az miktarda	240	32,0
Orta derecede	47	6,3
Çok miktarda	19	2,5
<b>Tümüyle bakıldığında, idrar kaçırma günlük yaşamınızı ne kadar etkiliyor?</b>		
0	432	57,5
1	84	11,2
2	68	9,1
3	38	5,1
4	33	4,4
5	34	4,5
6	18	2,4
7	12	1,6
8	11	1,5
9	11	1,5
10	10	1,3
<b>Hangi durumlarda idrar kaçıyorsunuz?</b>		
Hiçbir zaman-idrar kaçırmıyorum	394	52,5
Tuvalete yetişmeden idrar kaçıyorum	157	20,9
Öksürürken veya hapsirirken kaçıyorum	263	35,0
Uyurken kaçıyorum	19	2,5
Hareket halinde iken ya da spor yaparken kaçıyorum.	71	9,5
İşemeyi bitirip giyinirken idrar kaçıyorum	58	7,7
Belirgin bir neden olmadan kaçıyorum	37	4,9
Her zaman kaçıyorum.	19	2,5



SP-102

## KADIN PELVİK ORGAN PROLAPSUSU VE İDRAR KAÇIRMASINDA ANATOMİK ONARIM; VAJEN ÖN DUVARI SÜSPANSİYON OPERASYONU

Nurullah Hamidi,<sup>1,1</sup> Perviz Hacıyev,<sup>1</sup> Aytaç Kayış,<sup>2</sup>  
Evren Süer,<sup>2</sup> Mehmet İlker Gökce,<sup>1</sup> Ömer Gülpınar<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmada karışık tip idrar kaçırma (KTİK) tedavisinde uyguladığımız vajen ön duvarı süspansiyon(VÖDS) cerrahisinin sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** KTİK şikayeti olan, önceki konservatif ve medikal tedavilere rağmen şikayetleri devam eden ve Baden sınıflamasına göre en az grade 2 anterior prolapsusu(AP) olan 14 hasta çalışmaya dahil edildi. Olgular preoperatif ve postoperatif fizik muayene, üroflovetri, rezidü idrar miktarı ve valide edilmiş Urogenital Distress Inventory (UDI-6) ve Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) anketi ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Olguların ortalama yaşı 57,3 (41-78), ortalama semptom süresi 66 (12-240) ay idi. Preop ortalama Qmax 11 (5-17) ve ortalama rezidü idrar 80 (40-110) ml idi. Fizik muayenede tüm hastalarda stres test pozitif ve ortalama grade 2 (8 hastada grade 2 ve 6 hastada grade 3) AP vardı. Operasyon sırasında daha önce pelvik fraktür hikayesi olan bir hastada iğne tekrar geçirilmek zorunda kalındı. Tüm olgularda postop 1.gün sonda, mesane doldurularak alındı ve rezidü idrar bakıldı. 11 olguda rezidü idrar kalmazken, sadece bir olguda 1 hafta süren geçici retansiyon izlendi. Bir hastada suprapubik koleksiyon gelişti. Ortalama 19 (3-65) hafta takip sonunda tüm hastalarda stres test negatif, ortalama Qmax 14 (5-

Ortalama yaş	57,3 (41-78)		
Ortalama semptom süresi	66 ay (12-240)		
Preop Qmax	11 (5-17)	Postop Qmax	14 (5-21)
Preop rezidü idrar	80 ml (40-110)	Postop rezidü idrar	55 ml (30-95)
<b>Takip sonunda AP olmayan hastalarda preop ve postop UDI-6 ve IIQ-7</b>			
Preop UDI-6		Postop UDI-6	
hafif	1 (%7)	hafif	5 (%35)
orta	5 (%35)	orta	4 (%29)
ağır	4 (%29)	ağır	1 (%7)
Preop IIQ-7		Postop IIQ-7	
hafif	1 (%7)	hafif	5 (%36)
orta	6 (%43)	orta	5 (%36)
ağır	3 (%21)	ağır	0 (%0)
<b>Takip sonunda AP sebat eden hastalarda preop ve postop UDI-6 ve IIQ-7</b>			
Preop UDI-6		Postop UDI-6	
ağır	4 (%29)	ağır	4 (%29)
Preop IIQ-7		Postop IIQ-7	
ağır	4 (%29)	ağır	4 (%28)

21) ve ortalama rezidü idrar 55 (30-95) ml idi. Bir hastada sıkışma tipi İK sebat etti. Fizik muayenede 2 hastada grade 2 AP, 2 hastada da grade 2-3 AP saptandı. Tüm hastaların preop ve postop UDI-6 ve IIQ-7 sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** VÖDS, AP ve idrar kaçırmanın birlikte görüldüğü hasta grubunda kısa dönemde yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin mesh ile ilgili uyarıları göz alındığında önemli bir anatomik onarım tekniği olabilecek potansiyele sahiptir.

SP-103

## MESANE AĞRI SENDROMU TEDAVİSİNDE İNTRAVEZİKAL HIALURONİK ASİT VE KONDROİTİN SÜLFAT TERAPİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Aytaç Kayış,<sup>1</sup> Barış Esen,<sup>2</sup> Nurullah Hamidi,<sup>3</sup> Evren Süer,<sup>2</sup>  
Mehmet İlker Gökce,<sup>1</sup> Ömer Gülpınar<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara  
3. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmada mesane ağrı sendromu/ interstisyel sistit(MAS/İS) öyküsü olan hastalarda intravezikal hyalüronik asit (HA) ve kondroitin sülfat (KS) terapilerinin klinik etkinlikleri karşılaştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Hastalar intravezikal 50 ml/120 mg steril sodyum HA (HYACYST®) ve 40 ml/80 mg sodyum KS (GEPAN INSTILL®) için randomize edilmiştir. İntravezikal tedaviler ilk ay haftada bir, ikinci ay 15 günde bir, 3. ve 4. aylarda ise ayda bir olmak üzere toplamda 8 doz olarak uygulandı. Hastalar tedavinin başlangıcında ve 6 ay sonra görsel ağrı skalası(GAS), 24 saatlik idrar sıklığı, noktüri, ortalama idrar miktarı, semptom indeks skoru(ICSI) ve problem indeks skoru(ICPI) ile değerlendirildi. Wilcoxon ve Mann-Whitney testleri istatistik analiz için kullanıldı.

**BULGULAR:** Bu çalışmada toplamda 42 hasta randomize edildi. KS grubu için randomize edilen 21 hastanın yaş ortalaması 47,10 iken, HA grubu için randomize edilen 21 hastanın yaş ortalaması 48,90'dı (p>0,05). Parson testi, KS ve HA gruplarında sırası ile 14 (%66.7) ve 13 hastada (%61.9) pozitif (p>0,05). Toplamda parson testi hastaların %64.3'ünde (27/42) pozitif bulundu. Her iki grubun tedavi öncesi özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Hastaların tedavi

Parametreler	Hyalüronik asit (HA) n=21	Kondroitin sülfat (KS) n=21	p değeri
Yaş	48,90±17,18	47,10±10,70	p>0,05
Görsel ağrı skoru	9 (min: 0;max: 10)	8 (min: 5;max: 10)	p>0,05
İşeme sıklığı (24 saatte)	13,90±5,69	16,48±5,08	p>0,05
Noktürü	2 (min: 0;max: 12)	3 (min: 1;max: 6)	p>0,05
Ortalama idrar miktarı (ml)	148 (min: 26;max: 369)	136 (min: 29;max: 355)	p>0,05
ICSİ	16 (min: 4;max: 20)	17 (min: 11;max: 20)	p>0,05
ICPI	13 (min: 6;max: 16)	14 (min: 8;max: 16)	p>0,05
PST pozitiflik oranı	%61,9	%66,7	p>0,05

	Hyalüronik asit (HA)		Kondroitin sülfat (KS)		Kondroitin sülfat (KS)		HA-KS
	Tedavi başlangıcı	6. ay	Tedavi başlangıcı	6. ay	p değeri	p değeri	
Görsel ağrı skoru	9 (min: 0;max: 10)	4 (min: 0;max: 9)	8 (min: 5;max: 10)	5 (min: 0;max: 8)	<0,05	<0,05	>0,05
İdrar sıklığı (24 saatte)	13,90±5,69	11,86±4,52	16,48±5,08	10,57±3,61	<0,05	<0,05	<0,05
Noktürü	2 (min: 0;max: 12)	1 (min: 0;max: 5)	3 (min: 1;max: 6)	1 (min: 0;max: 4)	<0,05	<0,05	<0,05
Ortalama idrar miktarı (ml)	148 (min: 26;max: 369)	168 (min: 20;max: 333)	136 (min: 29;max: 355)	155 (min: 64;max: 369)	>0,05	<0,05	>0,05
ICSİ	16 (min: 4;max: 20)	10 (min: 4;max: 19)	17 (min: 11;max: 20)	9 (min: 4;max: 18)	<0,05	<0,05	>0,05
ICPI	13 (min: 6;max: 16)	8 (min: 2;max: 16)	14 (min: 8;max: 16)	7 (min: 1;max: 13)	<0,05	<0,05	<0,05

başlangıcında ve 6 ay sonraki sonuç parametreleri de Tablo 2'de gösterilmiştir. Hiçbir hastada ciddi yan etkiye saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** MAS/İS hastalarının 6 aylık takiplerinde; intravezikal KS ve HA tedavilerinin hastaların şikayetlerini önemli derecede rahatlattığı ve herhangi bir ciddi yan etkiye sebep olmadığı görülmüştür. MAS/İS hastalarının kısa dönem takiplerinde 24 saatlik idrar sıklığı, noktürü ve ICPI skorunu düzeltmede intravezikal KS tedavisi HA tedavisine üstün bulunmuştur. Buna ek olarak KS tedavisi ortalama idrar miktarını arttırmıştır.

SP-104

## TÜRKİYE'DEKİ ÜROLOGLAR ARASINDA AŞIRI AKTİF MESANE HASTALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANTİMUSKARİNİK İLAÇ REÇETE EDİLMESİNDEKİ EĞİLİMLER

Adem Emrah Coğuplugil,<sup>1</sup> Emin Aydur,<sup>1</sup> Zafer Demirer,<sup>2</sup> Adnan Şimşir,<sup>3</sup> Oktay Demirkesen,<sup>4</sup> Bedreddin Seçkin<sup>5</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Eskişehir
3. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
4. Forte Üroloji Merkezi, Üroloji Servisi, İstanbul
5. Uluslararası Medicana Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

**AMAÇ:** Türkiye'deki ürologlar arasında aşırı aktif mesane hastalarının değerlendirilmesi ve antimuskarinik ilaç reçete edilmesindeki eğilimleri saptamaktır.

**YÖNTEM:** Türkiye'de çalışan 97 ürologdan, günlük pratiklerinde AAM hastalarını nasıl değerlendirdikleri ve tedavi ettikleri hakkında sorular içeren bir anket doldurmaları istendi. Bu anket, dört bölgesel üroloji toplantısına ve bir ulusal işlevsel üroloji ve kadın ürolojisi kongresine katılan hekimlere dağıtıldı.

**BULGULAR:** 52 ürolog anketi cevapladı. Toplam cevaplama oranı %53.6 idi. Cevap veren ürologların yaklaşık %77'si, AAM'nin günlük muayene faaliyetlerinin %25'inden azını oluşturduğunu belirtti. %76.9'u işeme günlüğü ve %42.3'ü semptom skoru kullandıklarını bildirdi. Başlangıç tedavisi olarak en sık antimuskarinik ilaçlar (%57.6) ve konservatif yöntemler (%38.4) kullanılmaktaydı. Ürologların %75'i ilk önce düşük doz antimuskarinik reçete ettiğini ifade ederken, %25'i önce yüksek doz antimuskarinik başlamaktaydı. İlk antimuskarinik ilacın etkili olmadığı hastalarda ürologların %38.4'ü farklı bir antimuskarinik yazarken, %53.8'i ilk ilacın yüksek doz formülasyonunu yazmaktaydı. %80.7'si ise belirli bir antimuskarinik ilacı yüksek etkinlik (%47.6), düşük yan etki profili (%42.8) ve alışkanlık (%40.4) gibi sebeplerle daha fazla tercih etmekteydi. Antimuskarinik ilaç başlandıktan sonra hastaların semptomlarındaki iyileşmeyi ürologların %40.3'ü ikinci haftada, %67.3'ü ise dördüncü haftada değerlendirmekteydi. Ürologların %76.9'u iki farklı antimuskarinik ilacın etkisiz olmasını halinde refraktör AAM tanısı koyarken, %19.2'si üç farklı antimuskarinik ilacın etkisiz olması halinde bu tanıyı koymaktaydı. Refraktör AAM'nin tedavisinde en sık tercih edilen yöntemler intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu (%76.9) ve kombine çoklu antimuskarinik ilaç kullanımı (%21.1) idi. Refraktör AAM'nin tedavisinde ikinci sıklıkla tercih edilen yöntemler ise intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu (%36.5) ve sakral nöromodülasyon (%30.7) idi.

**ÇIKARIMLAR:** AAM tedavisinde esas olarak antimuskarinik ilaçlar kullanılmaktadır. İlk antimuskarinik ilaç başarısız olursa genellikle aynı ilacın dozu artırılarak tedavi devam edilmektedir. Genellikle iki farklı antimuskarinik ilaçtan fayda görmeyen hastalar refraktör AAM olarak tanımlanmaktadır. Refraktör AAM'nin tedavisinde en sık tercih edilen yöntemler intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonu ve kombine çoklu antimuskarinik ilaç kullanımıdır. Bazı ürologlar belirli bir antimuskarinik ilacı daha sık tercih etmektedir. Türkiye'deki ürologlar AAM'nin tedavisinde esas olarak antimuskarinik ilaçları ve intradetrüsör botulinum toksin enjeksiyonunu kullanmaktadır. Semptom skoru kullanımı teşvik edilebilir.

SP-105

## TÜRKİYE'DEKİ ÜROLOGLARIN SAKRAL NÖROMODÜLASYON UYGULARKEN KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR

Emin Aydur,<sup>1</sup> Adem Emrah Coğuplugil,<sup>1</sup> Zafer Demirel,<sup>2</sup> Anan Şimşir,<sup>3</sup> Oktay Demirkesen,<sup>4</sup> Bedreddin Seçkin<sup>5</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Eskişehir
3. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı., İzmir
4. Forte Üroloji Merkezi, Üroloji Servisi, İstanbul
5. Uluslararası Medicana Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

**AMAÇ:** Amacımız Türkiye'deki ürologlar arasında sakral nöromodülasyon (SNM) tedavisi uygularken karşılaşılan zorlukları saptamaktır.

**YÖNTEM:** Türkiye'de çalışan 310 ürologdan günlük pratiklerinde hangi hastaya ve nasıl SNM uyguladıkları veya SNM uygulamıyorlarsa neden uygulamadıkları hakkında sorular içeren bir anket doldurmaları istendi. Bu anket, dört bölgesel üroloji toplantısına ve bir ulusal işlevsel üroloji ve kadın ürolojisi kongresine katılan hekimlere dağıtıldı.

**BULGULAR:** 49 ürolog anketi cevapladı. Toplam cevap oranı %15.8 idi. Cevap verenlerin %44.8'i üniversite hastanesinde, %22.4'ü eğitim-araştırma hastanesinde ve %16.3'ü devlet hastanesinde çalışmaktaydı. 41 ürolog (%83.7) SNM tedavisi uygulamadığını belirtti. Bunun en sık nedenleri olarak ise yeterli eğitim almamak (%87.8), düşük hasta sayısı (%39), yüksek maliyet (%17) ve Sağlık Uygulama Tebliği mevzuatı açısından SNM uygulamaya yetkili olmayan bir hastanede çalışmak (%12.1) bildirilmiştir. SNM uygulamayan 41 üroloğun 30'u (%71.3) eğitim almış olduğu takdirde uygun hasta popülasyonlarında SNM tedavisini kullanabileceğini belirtmiştir. Öte yandan, 49 üroloğun 8'i (%16.3) SNM tedavisi uygulamaktaydı. Bunlardan 5'i refraktör aşırı aktif mesane (AAM), 4'ü kronik idrar retansiyonu ve 4'ü mesane ağrısı sendromu tedavisinde SNM kullandıklarını bildirdi. 8 üroloğun hepside ayda 2'den az SNM uyguladıklarını ve bunların tamamını ameliyathane şartlarında yaptıklarını belirtti. Birinci faz esnasında 3 ürolog motor cevapları değerlendirdiğini, 5'i ise hem motor hem de duyuşal cevapları değerlendirdiğini bildirdi.

**ÇIKARIMLAR:** Türkiye'deki ürologlar genel olarak SNM tedavisi uygulamamaktadır. Bunun ana nedeni eğitim eksikliğidir. Eğitici kurslar SNM uygulama sayısını arttırmaya yardımcı olabilir.

SP-106

## POSTPROSTATEKTOMİK İDRAR KAÇIRMADA ADVANCE SLİNG SONUÇLARIMIZ

Nurullah Hamidi,<sup>1</sup> Aytac Kayış,<sup>2</sup> Evren Süer,<sup>2</sup> Ömer Gülpınar<sup>2</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmada post-prostatektomik idrar kaçırma (İK) tedavisinde kullanılan Advance sling (AS) cerrahisinin sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Prostat cerrahisi (9 olgu radikal prostatektomi, 1 olgu TURP) sonrası İK şikâyeti nedeniyle AS cerrahisi uygulanan 10 olgu değerlendirildi. Olgular ped testine göre <200 gr, 200-400 gr ve >400 gr olarak sırasıyla hafif, orta ve şiddetli olarak derecelendirildi. AS cerrahisi sonrası sonuçlar ve komplikasyonlar değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 63(59-69), takip süresi 18(6-45) ay, cerrahi öncesi hastaların 24 saatlik ped testinde kaçırdıkları idrar miktarı ortalama 281 gr(55-710 gr) idi. Olguların 8'i saf stres tip, 2'si ise karışık tipte İK şikâyeti ile başvurmuştu. İki hastada ciddi, 4 hastada orta ve 4 hastada hafif şiddette İK vardı. Sekiz olguda AdVance Male Sling (American Medical Systems, Minnetonka, USA) kullanılırken 2 olguda I-STOP TOMS transobturator male sling (CL Medical, Winchester, USA) kullanıldı. Tüm hastalarda operasyon öncesinde üretrosistoskopi ile rezidü sfinkterik aktivitenin olduğu gösterildi. Ortalama 18 aylık (6-45 ay) takip süresinden sonra hastaların 7'si tam kuru, 2 hastada günlük 1 ped ıslatma(hafif derecede), 1 hastada günlük >3 ped idrar kaçırma olduğu belirlendi. Bir hastada 1 hafta süren geçici retansiyon, 2 hastada kendini sınırlayan skrotal ekimoz gelişti. Olguların özellikleri tablo 1'de gösterildi.

**ÇIKARIMLAR:** Diğer erkek askı cerrahilerinden farklı olarak üretraya direk baskıdan çok mebranöz ve bulbar üretrada tekrar konumlandırma (repositioning) mekanizmasıyla etki gösteren AS, hafif ve orta şiddetteki İK' da orta dönem takiplerde başarılı bir tedavi yöntemidir.

**Tablo 1:** Post-prostatektomik idrar kaçırma tedavisinde Advance Sling uygulanan olguların özellikleri

Olgu	Yaş	Prostat cerrahisi	Askı cerrahisine kadar geçen süre	İnkontinans tipi	Askı cerrahisi öncesi Ped testi	Askı materyali	Askı cerrahisi sonrası kontinans
1	61	RP	24	Stres	55	AdVance	Tam kuru
2	59	RP	38	Stres	120	AdVance	Tam kuru
3	65	RP	20	Stres	120	I-STOP TOMS	Tam kuru
4	63	RP	37	Stres	140	AdVance	1 ped
5	63	RP	13	Stres	200	AdVance	Tam kuru
6	60	RP	11	Stres	250	I-STOP TOMS	1 ped
7	68	RP	24	Mikst	300	AdVance	Tam kuru
8	69	TUR-P	35	Stres	320	AdVance	Tam kuru
9	66	RP	24	Mikst	600	AdVance	Tam kuru
10	60	RP	16	Stres	710	AdVance	3 ped

SP-107

## ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONLARINDA SAKRAL NÖROMODÜLASYON;İLK DENEYİMLERİMİZ

Nurullah Hamidi,<sup>1,1</sup> Perviz Hacıyev,<sup>2</sup> Evren Süer,<sup>3</sup> Mehmet İlker Gökce,<sup>2</sup> Ömer Gülpınar<sup>2</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Farklı endikasyonlarla kliniğimizde uyguladığımız sakral nöromodülasyon tedavisinin ilk sonuçlarını sunmak.

**YÖNTEM:** Ekim 2014 - Ağustos 2015 tarihleri arasında sakral nöromodülasyon uygulanan ilk 5 hasta değerlendirildi. Hastaların üçü kronik üriner retansiyon (KÜR), ikisi nörojenik olmayan refrakter aşırı aktif mesane (rAAM), biri de mesane ağrı sendromu/interstisyel sistit (MAS/İS) tedavi gören hastalardı. Tüm hastalara önce test uygulandı, semptomlarda %50 ve üstü düzelme sağlanan hastalara kalıcı pil takıldı.

**BULGULAR:** Refrakter aşırı aktif mesane hastalarından birinde test aşamasında yeterli cevap alınamadı. KÜR hastaların birinde ise yeterli cevap alınmasına rağmen oluşan enfeksiyon nedeniyle implant çıkarıldı. Diğer 3 hastanın ortalama yaşı 40,6 (21-60), ortalama semptom süresi 13 (5-20) yıldır. Hastaların ortalama takip süresi 8(6-12) aydır. Tedavi öncesi ve sonrasındaki değerler tablo 1'de gösterilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Sakral nöromodülasyon işlevsel üroloji alanında tedaviye dirençli olgularda uygulanabilecek bir tedavi yöntemidir.

**Tablo 1.** Tedavi öncesi ve sonrasındaki değerler MAS/İS=Mesane ağrı sendromu/interstisyel sistit, rAAM=Refrakter aşırı aktif mesane, KÜR=Kronik üriner retansiyon, GAS=Görsel ağrı skalası

	24 saatlik idrar sıklığı	24 saatlik idrar sıklığı	Noktüri	Noktüri	Fonksiyonel kapasite (ml)	Fonksiyonel kapasite (ml)	GAS	GAS	Artık idrar miktarı (ml)	Artık idrar miktarı (ml)
Hasta tanısı	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası
MAS/İS (n=1)	33	10	8	0	50	150	10	3		
rAAM (n=1)	16	7	3	0	120	200				
KÜR (n=1)									700	150

SP-108

## POSTPROSTATEKTOMİK İNKONTİNANS HASTALARINDA KENDİ KESİM MEŞ İLE MALE SLİNG OPERASYONUNUN UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Engin Kaya,<sup>1</sup> Sercan Yılmaz,<sup>2</sup> Adem Emrah Coğuplugil,<sup>2</sup> Emin Aydur<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gata, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Gata, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Postprostatektomik inkontinans (PPI) günlük yaşam konforunu ciddi şekilde etkilemektedir. Artifiyel üriner sfinkter (AUS) implantasyonu PPI tedavisinde altın standart tedavi olmasına rağmen male sling cerrahisi gibi farklı tedavi seçenekleri de mevcuttur. Son yıllarda değişik çeşit sling materyalleri geliştirilmiş ve bu materyallerin başarılı sonuçları da ortaya konulmuştur.

Bu retrospektif çalışmada, kendi kesim prolen meş ile male sling operasyonu uygulanan PPI hastalarının uzun dönem sonuçları değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** Çalışma ile ilgili gerekli etik kurul onayı alındıktan sonra Aralık 2004 ile Ocak 2014 yılları arasında kendi kesim prolen meş ile male sling operasyonu uygulanmış hastalar tarandı ve 22 hasta tespit edildi. Oluşturulan hasta takip formuna uygun olarak hastalar değerlendirildi ve sonuçlar oluşturulan veri tabanına kaydedildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen hasta yaşı 71.6 (55-83) olarak tespit edildi. Male sling operasyonu öncesi inkontinans şiddeti hafif, orta ve şiddetli olarak kategorize edildi. Hastaların %36.3'ünde (4) orta, %63.7'sinde (7) şiddetli inkontinans mevcuttu. Hastaların hiçbirisinde hafif inkontinans tespit edilmedi. 11 hastadan 5'i kendi kesim prolen meş male sling operasyonu öncesinde başarısız anti-inkontinans cerrahisi geçirmişti (5 kollajen madde enjeksiyonu, 1 male sling, 1 AUS).

Hastalar kendi kesim prolen meş male sling operasyonu sonrasında ortalama 92.1 (76-132) ay takip edildi. 3 (%27.2) hastada tamamen kuruluk sağlandı. 6 hastada yapılan cerrahi başarısız oldu. Bu hastalardan 2'sine AUS implantasyonu ve 4'üne kollajen madde enjeksiyonu uygulandı.

**ÇIKARIMLAR:** Kendi kesim prolen meş male sling cerrahisi ekonomik olması nedeniyle avantajlı gibi görünse de AUS ve diğer sling materyalleri ile kıyaslandığında açıkça başarısızdır ve PPI'li hastalarda iyi bir seçenek değildir.

SP-109

## ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONUNU DEĞERLENDİREN "BLADDER CONTROL SELF-ASSESSMENT QUESTIONNAIRE"İN TÜRKÇE DİL VE PSİKOMETRİK VALİDASYONU

M. Bilal Hamarat,<sup>1</sup> Utku Can,<sup>2</sup> Erkin Sağlam,<sup>2</sup> Emre Çamur,<sup>1,2</sup> Fatih Tarhan,<sup>2</sup> Pınar Ay<sup>3</sup>

1. S.B. Artvin Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul  
2. S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul  
3. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmada B-SAQ (Bladder Control Self-Assessment Questionnaire) Türkçe versiyonunun geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Aşırı aktif mesane tanısında kullanılan ve dört sorudan oluşan B-SAQ Türkçe'ye çevrildi. Daha sonra tekrar İngilizce'ye çeviri yapıldı ve gerekli düzeltmeler sonucunda B-SAQ Türkçe versiyonunun son hali elde edildi. Üroloji polikliniğimize başvuran 99 kadın hastanın tamamına B-SAQ formu ve beraberinde ICQ-SF doldurtuldu. Test-retest uyumluluğu için, 87 hastaya 2 hafta sonra aynı sorgulama formu tekrar doldurtuldu.

**BULGULAR:** B-SAQ için Cronbach alfa değeri 0.753 idi. Test/retest güvenilirliği 0.824 ( $p < 0.001$ ) olarak bulundu. Kontrol ve hasta grupları arasında B-SAQ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0.001$ ). ICQ-SF ile korele olarak bulundu ( $r: 0,488, p < 0.0001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** B-SAQ'un Türkçe versiyonu, Türk hastalarda aşırı aktif mesane tanı ve araştırılmasında kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir formdur.



SP-110

## STRES TİPİ İDRAR KAÇIRMASI OLAN KADINLARDA “SYMPTOM SEVERITY INDEX AND A SYMPTOM IMPACT INDEX” İN TÜRKÇE DİL VE PSİKOMETRİK VALİDASYONU

Utku Can,<sup>1</sup> Alper Coşkun,<sup>1</sup> Erkin Sağlam,<sup>1</sup>

Emre Çamur,<sup>1</sup> Fatih Tarhan,<sup>1</sup> Pınar Ay<sup>2</sup>

1. S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmada SSI ve SII (Symptom Severity Index and a Symptom Impact Index) Türkçe versiyonunun geliştirilmesi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Beş sorudan oluşan SSI ve üç sorudan oluşan SII Türkçe'ye çevrildi. Daha sonra tekrar İngilizce'ye çeviri yapıldı ve gerekli düzeltmeler sonucunda SSI ve SII Türkçe versiyonunun son hali elde edildi. Üroloji polikliniğimize başvuran 87 kadın hastaya SSI ve SII formu ile birlikte ICQ-SF doldurtuldu. Test-retest uyumluluğu için, 79 hastaya 2 hafta sonra aynı sorgulama formu tekrar doldurtuldu.

**BULGULAR:** SSI ve SII için Cronbach alfa değeri sırasıyla 0.768 ve 0.706 idi. Test/retest güvenilirliği sırasıyla 0.873 ve 0.866 ( $p < 0.01$ ) olarak bulundu. Kontrol ve hasta grupları arasında SSI ve SII skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ( $p < 0.001$ ). ICQ-SF ile korele olarak bulundu ( $r:0,535$ ,  $p < 0.0001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** SSI ve SII'in Türkçe versiyonu, Türk kadın hastalarda stres tipi idrar kaçırma tanı ve araştırılmasında kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir formdur.

# SERBEST BİLDİRİLER 12 (MİNİMAL İNVAZİV VE DİĞER KONULAR)

5 Kasım 2016 / Salon B / 15:15-16:15  
Oturma Başkanları: Serdar Göktaş, Uğur Mungan



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-67

## HİBRİD TRANSVAJİNAL NOTES NEFREKTOMİ: ÇOK MERKEZLİ POST- OPERATİF CİNSEL FONKSİYON BULGULARI

Salvatore Buttice,<sup>1</sup> Tarık Emre Şener,<sup>2</sup>  
Valerian Ciprian Lucan,<sup>3</sup> Luca Lunelli,<sup>4</sup>  
Antonio Simone Laganà,<sup>5</sup> Salvatore Giovanni Vitale,<sup>5</sup>  
Christopher Netsch,<sup>6</sup> Yılören Tanıdır,<sup>2</sup> Rosa Pappalardo,<sup>7</sup>  
Carlo Magno<sup>7</sup>

1. Department of Human Pathology - Section of Urology. University of Messina, Via Consolare Valeria 1, 98125, Messina, Italy, Urology, Yurtdışı  
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul  
3. Clinical Institute of Urology and Renal Transplant, Cluj-Napoca, Romania, Urology, Yurtdışı  
4. Department of Urology, Tenon University Hospital, Pierre and Marie

Curie University, Paris, France, Urology, Yurtdışı

5. Unit of Gynecology and Obstetrics, Department of Human Pathology in Adulthood and Childhood "G. Barresi", University of Messina, Messina, Italy., Gynecology and Obstetrics, Yurtdışı

6. Department of Urology, Asklepios Hospital Barmbek, Hamburg, Germany, Urology, Yurtdışı

7. Department of Human Pathology - Section of Urology. University of Messina, Via Consolare Valeria 1, 98125, Messina, Italy., Urology, Yurtdışı

**AMAÇ:** NOTES (Natural orifice transluminal endoscopic surgery), doğal orifislerin kullanılarak iç organlarda insizyon yapıldıktan sonra endoskop ile batin içine girilip yapılan cerrahi girişimlere verilen isimdir. NOTES ile transabdominal yaklaşımın kombinasyonu yani transvajinal hibrid NOTES nefrektomi, yüksek hasta tatmini ile uygulanan güvenli bir yöntemdir. Bu çalışmamızda hibrid NOTES nefrektomi yapılan hastalarda post-operatif dönemde cinsel fonksiyonları değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Mart 2010 ve ekim 2015 tarihleri arasında

**Tablo 1:** Transvajinal hibrid NOTES nefrektomisi yapılan hastalara ait cerrahi özellikler

	Hibrid NOTES nefrektomi (n=71)	
<b>Tümör boyutu (cm)</b>	<b>8.51 ± 3.31</b>	
Ortalama operasyon süresi (min)	119.94 ± 21.38	
Ortalama hastane yatış süresi (gün)	5.45 ± 2.59	
Ortalama kan kaybı (ml)	120.42 ± 63.81	
Ortalama analjezik kullanım süresi (saat)	16.64 ± 6.32	
Kullanılan trokar sayısı (n=3/n=4)	66/11	
Taraf (sağ/sol) (hasta sayısı)	38/33	
Ka transfüzyonu yapılan hasta sayısı (hayır/evet)	66/5	
İntraoperatif komplikasyonlar (hayır/evet)	61/10	
Majör komplikasyon (hayır/evet)	66/5	
Postoperatif ateş (hayır/evet)	61/10	
Hastaların pre ve postoperatif dönemdeki ortalama FSFI skorları		
	Pre-operatif	Post-operatif
Cinsel istek	3.87 ± 1.52	3.77 ± 1.47
Uyarılma	4.05 ± 1.42	3.82 ± 1.34
Lübrikasyon	3.98 ± 1.5	3.57 ± 1.25
Orgazm	4.08 ± 1.42	3.99 ± 1.36
Cinsel tatmin	4.08 ± 1.34	4.02 ± 1.3
Ağrı	4.06 ± 1.34	3.76 ± 1.23
Genel	24.11 ± 8.39	22.95 ± 7.72

hibrid NOTES radikal nefrektomi operasyonu uygulanan 71 renal kitlesi olan hastanın dataları prospektif olarak toplandı. Hasta bilgileri ve cerrahi yöntem detayları kaydedildi. Cinsel fonksiyonlar, ameliyattan 1 gün önce ve 3 ay sonra doldurulan Female Sexual Function Index (FSFI) sorgulama formu ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı  $66.16 \pm 11.21$ 'di. Ortalama tumor boyutu  $8.51 \pm 3.31$  cm olarak saptandı. Ortalama cerrahi süresi  $119.94 \pm 21.38$  dakika olarak hesaplandı. Beş hasta üterin venlerden kanama nedeniyle tekrar opere edildi. Komplikasyonların tümör boyutu arttıkça arttığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı. Tüm hasta grubu değerlendirildiğinde FSFI skorları arasındaki fark çok az olsa da post-operatif dönemde cinsel tatmin dışındaki tüm alanlarda istatistiksel anlamlı düşüş olduğu görüldü. Nullipar hastalarda, uyarılma, cinsel istek, orgazm ve tatmin alanlarında pre ve postoperatif dönemler arasında istatistiksel fark saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Transvajinal hibrid NOTES nefrektomi, büyük renal kitleler için güvenle uygulanabilecek bir cerrahi tekniktir. Spesimen çıkarılması için vajinal duvarda yapılan büyük insizyonlar post-operatif dönemde cinsel fonksiyonları etkileyebilir. Doğru hasta seçimi, iyi preoperatif değerlendirme ve yakın postoperatif takip uygulandığında büyük renal kitleler için transvajinal hibrid NOTES nefrektomisinin uygulanması gerektiğini düşünüyoruz.

SS-68

## ERİŞKİN HASTALARDA ÜRETERAL DOUBLE J STENTLERDE BAKTERİ KOLONİZASYONU ANLAMLI MIDIR VE ÖNCEDEN TAHMİN EDİLEBİLİR Mİ?

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Farhad Talibzade,<sup>1</sup> Ahmet Şahan,<sup>1</sup> Asgar Garayev,<sup>1</sup> Muhammed Sulukaya,<sup>1</sup> Tarık Emre Şener,<sup>1</sup> Çağrı Akın Şekerci,<sup>1</sup> Cem Akbal,<sup>1</sup> Cevdet Kaya,<sup>1</sup> Haydar Kamil Çam,<sup>1</sup> Ferruh Şimşek,<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Üreteral Double-J stent (ÜDJS) bakteriyel kolonizasyon varlığını ve idrar tahlilinin ÜDJS kültür sonuçlarını öngörmedeki etkinliği değerlendirildi.

**YÖNTEM:** 2011-2015 arasında kliniğimizde üreter taşı nedeniyle endoürolojik cerrahi sonrası ÜDJS takılan ve ÜDJS kültürü istenen erişkin hastalar

retrospektif olarak değerlendirildi. İdrar kültürleri steril olan veya sterilizasyon sağlanamayan hastaların uygun antibiyotik tedavisi ile ÜDJS'leri çekildi. Hastaların stent çıkarılmadan yapılan idrar tahlilleri anlamlı lökosit varlığı (HPF' de 5), nitrit pozitifliği, lökosit esteraz pozitifliği açısından değerlendirildi. İdrar tahlilindeki bulgularla stent kültürleri arasındaki ilişki karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama yaşı  $40,76 \pm 15,71$  yıl olan 54'ü erkek, 21'i kadın toplam 75 hasta değerlendirildi. ÜDJS kültürlerinden 16 tanesinde (%20,48) bakteriyel kolonizasyon saptandı. E. Faecalis (n=4), E.coli (n=3), ESBL (+) E.coli (n=1), MRSA (n=1), Difteroid (n=2), Cilt florası (n=2), E.coli ve k.pneumoniae üremesi (n=1), Pantoea agglomerans ve Enterobacter amnigenus (n=1), C.albicans (n=1) üremeleri rapor edildi. ÜDJS'nin kalma süresi, stent kültüründe üremesi olanlarda  $63 \pm 12,52$  gün iken üremesi olmayanlarda  $57,26 \pm 6,3$  gün idi ( $p=0,66$ ). Üreme saptanan 16 ÜDJS'in vücut içinde kalma süresi 4 haftadan fazlaydı. Stent kültüründe üreme saptanan ve saptanmayan hastaların ÜDJS çıkarılmadan yapılan idrar tahlili sonuçlarında gruplar arasında fark saptanmadı (Tablo 1). MRSA ve ESBL (+) üremesi olan hastaları dışarıda tuttuğumuzda Ampisilin ve Tetrasiklin kombinasyon tedavisi ve ya antibiyotik kullanım öyküsüne göre tek başına Siprofloksasin tedavisinin preoperatif dönemde kullanılması durumunda tüm üremesi olan hastaları kapsayabileceği gözlemlendi. Çalışmaya alınan hastalardan sadece bir tanesine ÜDJS çekilmesini takiben aseptomatik ESBL(+) E.coli üremesi nedeniyle yatırılarak imipenem tedavisi verildi. Bunun dışında ÜDJS çekimi sonrası aktif enfeksiyon tablosu ile hastaneye başvuru olmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Steril idrar kültürünün stent kolonizasyonunu ekarte edemediği, idrar tahlilinin kateter kültürünü tahmin etmede yetersiz olduğu gözlemlendi. Bakteriyel kolonizasyonun 4 haftadan daha kısa sürede gözlenmediği tespit edildi. Çıkarılan ÜDJS' lerin standart olarak kültüre gönderilmesinin gerekmediği, postoperatif enfeksiyon bulguları olan

**Tablo 1:** Tam idrar tahlili ile stent kolonizasyonu arasındaki ilişki verilmiştir.

	Stent kolonizasyonu			
	Pozitif	Negatif	Toplam	P
Nitrit pozitifliği	1 / 16 (% 6,25)	5 / 59 (% 8,47)	6 / 75 (% 8)	0.51
Lökosit esteraz pozitifliği	6 / 16 (% 37,5)	12 / 59 (% 20,33)	18 / 75 (% 24)	0.42
Anlamlı lökosit varlığı	10 / 16 (% 62,5)	32 / 59 (% 54,23)	42 / 75 (% 56)	0.37

hastalara ampirik Ampisilin-Tetrasiklin başlanması, ÜDJS 4 haftadan uzun tutulmasından kaçınılması gerektiği sonucuna varıldı.

SS-69

## ÜRETERORENOSKOPİ (URS) VE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ (PNL) AMELİYATLARINDAN ÖNCE İDRAR KÜLTÜR ANTİBİYOGRAM (İKAB) GEREKLİ Mİ?

Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Hüseyin Tarhan,<sup>1</sup> Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin,<sup>1</sup> Mustafa Kestel,<sup>1</sup> Ömer Erdoğan<sup>1</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Muğla

**AMAÇ:** Son dönemlerde endoürolojideki gelişmelere bağlı olarak endoskopik operasyon sayıları hızla artmaktadır. Gerek operasyon sırasında kullanılan endoskopik enstrümanların sterilizasyonundaki yetersizlikler gerekse enfeksiyon gibi hastalara bağlı olan faktörler hem operasyon sırasında hemde postoperatif dönemde morbitite ve mortaliteye neden olmaktadır. Bu durum hekimlere karşı birçok davanın açılmasına neden olarak hekimleri ekonomik ve psikolojik yönden etkilemektedir. Bu çalışmadaki amacımız perkutan nefrolitotomi (PNL) ve üreterorenoskopi (URS) operasyonları planlanan hastalarda preoperatif İKAB yapılmasının gerekliliğini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Ekim 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında PNL ve URS yapılan hastalara preoperatif olarak İKAB yapıldı. İKAB da üremesi olmayan hastalar opere edilirken, İKAB da üremesi olan hastalara uygun tedavi verildi ve İKAB kontrolünde üreme saptanmadığında opere edildiler. Daha önce ürolojik cerrahi girişim geçiren ve kateterize olan (nefrostomi, JJ stent, foley kateter v.b.) hastalar çalışmaya alınmadı. Bütün hastalara antibiyotik profilaksisi yapıldı. Bu hastaların operasyon süreleri, postoperatif komplikasyonları analize edildi.

**BULGULAR:** PNL yapılan 46 hasta ve URS yapılan 124 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş ortalaması 45.12±11.26 yıl idi. Operasyon süreleri PNL yapılan hastalarda 65.26±9.37 dakika ve URS yapılan hastalarda 40.23±7.18 dakika idi. PNL grubunda 46 hastanın 3'ünde, URS grubunda 124 hastanın 17'sinde İKAB da üreme tesbit edildi ve bu hastalar uygun antibiyoterapiden sonra opere edildiler. Postoperatif dönemde PNL grubunda 2 hastada

>380 C ve URS grubunda 7 hastada >380 C ateş oldu. PNL grubunda 3 hastada transfüzyon gerektiren kanama oldu. Hiçbir hastada sepsis olmadı.

**ÇIKARIMLAR:** PNL ve URS ameliyatlarından önce hastalara İKAB bakılarak, üreme saptanan hastaların tedavi edildikten sonra opere edilmesi peroperatif morbitite ve mortalite oranlarını azaltabilir.

SS-70

## ÜST ÜRİNER SİSTEM TAŞLARINDA FLEKSİBLE ÜRETERORENOSKOPİ : İLK 280 VAKA

Özer Baran,<sup>1</sup> Ali Atan,<sup>2</sup> Aykut Aykaç,<sup>3</sup> Melih Sunay,<sup>1</sup> Fatih Yalçınkaya,<sup>1</sup> Nurettin Serçelik<sup>1</sup>

1. Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Karabük

2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. S.B. Orhangazi Devlet Hastanesi, Üroloji, Bursa

**AMAÇ:** Kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) uyguladığımız 280 vakanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

**YÖNTEM:** Eylül 2014 ve Şubat 2016 tarihleri arasında üst üriner sistem taş hastalığı nedeniyle başvurmuş olan 280 hastada fleksible üreterorenoskopi ile taş kırma işlemi yapıldı. Fleksible üreterorenoskopi Olympus URF-P5 ve Storz Flex X2 cihazları ile yapıldı. Taş kırma işleminde Quanta System Holmium laser cihazı kullanıldı. Görüş altında taş veya taşlar 3 mm'den küçük hale gelinceye kadar kırıldı. Üç mm'den büyük taşlar klinik anlamlı rezidü parçalar olarak kabul edildi.

**BULGULAR:** Fleksible üreterorenoskopi ile taş tedavisi 197 erkek, 83 kadın toplam 280 hastaya uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 45.4 yıl ve ortalama taş boyutu 16,6 mm (7 - 40 mm) idi. Ortalama işlem süresi 48.3 dk (30 - 90 dk) idi. 212 hastaya (%75.7) işlem sonrası double J stent takılırken, işlem süresinin çok kısa sürdüğü, rezidüel taşı kalmayan ve üreter hasarı gelişmeyen 68 hastaya (%24.2) double J stent takılmadı. Üreteral kılıf 256 hastada ilk seansta yerleştirildi, 17 hastada ise 3 haftalık double J stent sonrası yerleştirilebildi. 229 (%81.7) hastada tek seansta tüm taşlar kırılmış iken 51 (%18.2) hastada rezidü taşlar nedeniyle ikincil işlem gerekti. İkincil işlem olarak 13 hastaya fleksible URS, 2 hastaya rijit URS ve 3 hastaya PNL uygulandı. Fleksible URS esnasında ciddi kanama meydana gelmedi. Bir hastada üreteral hasar gelişmesi ve double J stent

takılamaması nedeniyle açık cerrahiye dönüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Üst üriner sistem taş hastalığında fleksible URS yüksek taşsızlık ve düşük morbidite oranları ile güvenilir ve etkin bir cerrahi yöntemdir.

SS-71

## GÜVENLİK KILAVUZ TELİ ÜRETEROSKOPIK TAŞ CERRAHİSİNDE RUTİN KULLANILMALI MI?: PROSPEKTİF RANDOMİZE ÇALIŞMA ÖN SONUÇLARI

Yilören Tanıdır,<sup>1</sup> Bahadır Şahin,<sup>1</sup> Tarık Emre Şener,<sup>1</sup>  
Muhammed Sulukaya,<sup>1</sup> Çağrı Akın Şekerci,<sup>1</sup> İlker Tinay,<sup>1</sup>  
Ferruh Şimşek<sup>1</sup>

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Rutin semirijid üreteroskopi (URS) sırasında rutin güvenlik kılavuz teli (GKT) konulması üzerinde yeterli kanıt düzeyine sahip çalışma olmamasına karşın bu uygulama, güncel üroloji kılavuzlarında uzman görüşü ile önerilmektedir. Bu prospektif randomize çalışmada URS sırasında GKT'nin kullanılması gerekliliğini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmaya Temmuz 2014 - Ağustos 2016 tarihleri arasında üreter taşı nedeniyle URS endikasyonu konulan 160 erişkin hasta dahil edildi. Hastalar taş lokalizasyonuna göre üst, orta ve alt üreter olarak sınıflandırılarak GKT kullanılan ve kullanılmayan grup olmak üzere randomize edildi. Cerrahi sırasında 6,4/7,8 Fr dış çapı, 4,2 Fr çalışma kanalı ve 430 mm uzunluğu olan Olympus semirijid üreteroskop kullanıldı ve taşlara lazer litoripsi uygulandı. Hastaların pre-operatif, per-operatif ve post-operatif parametreleri kaydedilerek gruplar arasında karşılaştırmalı olarak analiz edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen toplan 160 hastadan 122 tanesi erkek 38 tanesi kadındı. Ortalama hasta yaşı 41,03 (min:18, maks:83) olarak hesaplandı. GKT kullanılmayan grupta 79, GKT kullanılan grupta 81 hasta vardı. (Tablo 1)

Operasyon sırasında GKT kullanılmaması planlanan grupta 10 hastada üreter orifisinden girilememesi ya da üreterde üretroskop ile ilerlenilememesi gibi sebeplerle GKT kullanılırken, benzer şekilde GKT kullanılması planlanan grupta 8 hastada işlem GKT'ye bağlı çeşitli sebeplerle GKT kullanılmadan tamamlanamadı. Bu nedenle bu 18 hasta analiz dışı bırakılarak istatistiksel analiz kalan 142 hasta ile

yapıldı.

Hastaların pre-operatif değerlerinde; cinsiyet dağılımı ve vücut kitle indeksi (VKİ) dışında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. (Tablo 2, Tablo 3) Hastaların per-operatif ve post-operatif parametreleri değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı. (Tablo 4) Çalışmaya dahil edilen hastalar içerisinde Clavien 3 ve üzeri olarak saptanan tek komplikasyon GKT kullanılan grupta üreter perforasyonu olarak kaydedildi.

**ÇIKARIMLAR:** Endoüroloji alanında yaşanan gelişmelere paralel olarak kullanılan üreteroskopların kalibrasyonları incelenmiş ve cerrahi komplikasyonları düşmüştür. Ancak kılavuzlar GKT'nin kullanımı yeterli kanıt düzeyi olmamasına rağmen kılavuzlar tarafından önerilmektedir. Çalışmamızın erken sonuçlarında GKT kullanım durumunun per-operatif/post-operatif veriler, operasyon başarısı ve komplikasyon oranı açısından bir fark göstermediği bulunmuştur.

**Tablo 1:** Taş lokalizasyonuna göre randomizasyon gruplarının dağılımı

Randomizasyon grubu					
GKT Kullanılmayan			GKT kullanılan		
Taş Lokalizasyonu			Taş Lokalizasyonu		
Üst Üreter	Orta Üreter	Alt Üreter	Üst Üreter	Orta Üreter	Alt Üreter
N	N	N	N	N	N
29	21	29	29	22	30

**Tablo 2:** Gruplar arası pre-operatif parametre dağılımı

		P	Randomizasyon grubu			
			GKT Kullanılmayan		GKT kullanılan	
			N	%	N	%
Cinsiyet	Erkek	0.0301	58	53.7%	50	46.3%
	Kadın		11	32.4%	23	67.6%
MET aldı mı almadı mı?	Yok	0.2551	58	46.8%	66	53.2%
	Var		11	61.1%	7	38.9%
ESL Öyküsü	Yok	0.4341	54	50.5%	53	49.5%
	Var		15	42.9%	20	57.1%
Preoperatif J stent takılma durumu	Yok	0.6811	63	48.1%	68	51.9%
	Var		6	54.5%	5	45.5%
Hastalığın Yönü	Sağ	0.9891	33	48.5%	35	51.5%
	Sol		36	48.6%	38	51.4%

1 X<sup>2</sup> testi

**Tablo 3:** Gruplar arası pre-operatif değerlerin dağılımı

	p	Randomizasyon grubu			
		GKT Kullanılmayan		GKT kullanılan	
		Ortalama	Standard Sapma	Ortalama	Standard Sapma
BMI	0.0471	26.22(±0.35)	2.8	27.43(±0.50)	3.98
Hasta yaşı	0.9391	46(±2)	14	43(±2)	14
Toplam Taş Hacmi	0.8021	0.55(±0.65)	0.65	0.46(±0.47)	0.59
Maksimum Taş Yoğunluğu	0.4991	1012(±48)	392	1055(±40)	326
Ortalama Taş Yoğunluğu	0.2351	721(±36)	296	781(±34)	282
Pre-Op Kreatinin	0.1211	1.19(±0.08)	0.7	1.01(±0.08)	0.71
Pre-Op Kalsiyum	0.0881	9.45(±0.12)	0.75	9.93(±0.23)	1.62
Pre-Op Ürik Asit	0.3381	5.88(±0.22)	1.48	5.58(±0.21)	1.35
Pre-Op Hemogloblin	0.2271	13.95(±0.22)	1.86	13.60(±0.19)	1.61

1 Bağımsız örneklem t testi

**Tablo 4:** Per-operatif ve Post-operatif parametreler

	p	Randomizasyon grubu					
		GKT Kullanılmayan			GKT kullanılan		
		Ortalama	N	%	Ortalama	N	%
Operasyon Süresi	0.3701	98.25±6.1			89±5		
		(SD: 49)			(SD: 45)		
Yatış Süresi	0.2921	1.2±0.17			1.0±0.18		
		(SD: 1.4)			(SD: 1.5)		
Post op diversiyon (J stent/üreter kateteri)	0.3502	Yok	9	60.0%		6	40.0%
		Var	60	47.2%		67	52.8%
Rezidü Taş Valiği	0.1112	Yok	63	51.2%		60	48.8%
		Var	6	31.6%		13	68.4%
Taş Migrasyonu	0.2532	Olmadı	59	50.9%		57	49.1%
		Oldu	10	38.5%		16	51.4%

1 Bağımsız örneklem t testi, 2 X<sup>2</sup> Testi

SS-72

## 567 VAKALIK PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SERİSİNDE İLK 100 HASTA VE SON 100 HASTA SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: TEK CERRAH DENEYİMİ

Ersan Bulut,<sup>1,1</sup> Önder Öncü<sup>2</sup>

1. Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi, Üroloji, Gaziantep

2. Mersin Devlet Hastanesi, Üroloji, Mersin

**AMAÇ:** Tecrübe kazanılmasının perkütan nefrolitotomi vakalarında tedavi etkinliğine, mortaliteye ve morbiditeye etkisini incelemeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2012 Mayıs - 2016 Ağustos tarihleri arasında böbrek taşı tanısı ile 567 olguya perkütan

nefrolitotomi(PNL)yapıldı.Hastalar ameliyat öncesi taş lokalizasyonu ve anatomik yapıların değerlendirilmesi açısından kontrastsız taş protokolu bilgisayarlı tomografi ve intravenöz piyelografi ile değerlendirildi. İlk 100 hasta (GRUP 1) ve son 100 hasta (GRUP2) spinal anestezi, operasyon süresi, interkostal giriş sayısı, akses sayısı, stonefree oranı, tüplü-tüpsüz durumu, kan transfüzyonu,dj gereksinimi açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Perkütan nefrolitotomi ameliyatında deneyim kazandıkça pek çok kriterde önemli değişiklikler meydana gelmiştir. Grup 1 'deki hastaların tamamına (%100) genel anestezi yapılmışken, Grup 2 'de 86 (%86) hasta spinal anestezi ile opere edilmiştir. Grup 1'deki 15 (%15) hastaya 2 akses yapılmışken, Grup 2'de 7 (%7) hastaya 2 akses yapılmıştır. Grup 1'de 17 (%17) ,grup 2'de 11 hastaya interkostal giriş yapılmıştır.Ortalama operasyon süresi grup 1 'de 66 dk iken,grup 2'de 54 dk bulunmuştur.Postop 14 (%14)

Tablo		
	Grup 1	Grup 2
Spinal	0	86 (%86)
2 Akses	15	7
İnterkostal	17	11
Op süresi ort (dk)	66	54
Tüpsüz yöntem	6	37
Kan transfüzyon	14	4
Hospitalizasyon(sa)	71.6	41.28

hastaya kan transfüzyonu yapılmış olup ,grup 2'de 4 hastaya (%4) kan transfüzyonu yapılmıştır. Grup 1'de 6 (%6) hastaya tüpsüz yöntem uygulanmışken ,grup 2'de 37 (%37) hastaya tüpsüz yöntem uygulanmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Perkütan nefrolitotomi ameliyatında deneyim kazandıkça operasyon süreleri ,kan transfüzyon ihtiyacının ,uzamış üriner drenajın azaldığını ve dj kateter gereksiniminin azaldığı gördük. Akses lokalizasyonu tespiti daha iyi belirlendiği için daha az tek akses ve interkostal girişe ihtiyaç duyulmaya başlandığı gördük. Hastayla iyi bir iletişimle ve cerrahın kendine güvenini kazanılmasıyla spinal anestezi ile güvenli ameliyatların yapılabileceğini saptadık. Uygun hasta seçimi ile tüpsüz yöntem daha geniş bir hasta portföyünde uygulanabileceğini gördük. Bu sayede hospitalizasyon sürelerinin 24 saatin altına inebildiğini saptadık.

Deneyimlerimiz arttıkça perkütan nefrolitotominin hemen her taş boyutunda, her lokalizasyondaki taşlarda tercih edilebileceğini gördük. Vaka sayımız arttıkça Operasyon sürelerinin nasıl kısalacağını ,komplikasyonların azaldığı izledik. Tüm bunlara dayanarak ve düşük maliyetini de göz önünde bulundurursak perkütan nefrolitotomi ameliyatlarının daha uzun yıllar popülerliğini koruyacağını düşünmekteyiz.

SP-111

## BEŞ SANTİMETRE ÜZERİNDEKİ BÖBREK TAŞLARINDA PERKUTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONUNUN YERİ

Engin Kaya,<sup>1</sup> Murat Zor,<sup>1</sup> Turgay Ebioloğlu,<sup>2</sup> Selahattin Bedir<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara  
2. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Beş santimetre üzerindeki taşlarda perkutan nefrolitotomi (PNL) operasyonlarının başarı oranını belirlemek.

**YÖNTEM:** 2007 ile 2016 yılları arasında 23 hasta >50 mm'lik böbrek taşı nedeni ile opere edilmiştir. Stone free oranı (SFO) ve komplikasyon oranı (KO) araştırılmıştır.

**BULGULAR:** Hastaların 20 (87%)'si erkek, 3 (13%)'ü bayan'dır. Onbeş (65.2%) taş sağ böbreğe, 8 (34.8%) taş sol böbreğe yerleşmiştir. Yirmi (87%) hasta tek giriş ile, 3 (13%) hasta iki giriş ile opere edilmiştir. Operasyonlar sonrasında 12 (SFO 52%) hasta stone free, 11 (48%) hasta rezidü taşıya sahip olarak saptanmıştır. Sonrasında bu 11 hastanın 5'ine ESWL uygulanmış, 6'sına F-URS uygulanmıştır. Ek tedaviler sonrasında 8 (34%) hasta stone free olmuş, 3 (13%) hastada ise halen rezidü taşlar gözlenmiştir. Toplamda SFO 86% olmuştur. Ortalama operasyon süresi 135.43 (85-240) dk olarak saptanmıştır. Operasyon öncesi ve sonrası hgb miktarları sırası ile 14.8 (12-16.7) ve 12.6 (9.3-15.5) olarak saptanmıştır. Hgb düşüşü istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001). Taburcu süresi 6.04 (4-8) gündür. Ondokuz (82%) hastada komplikasyon gözlenmemiştir, KO 18% olarak saptanmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Beş cm üzerindeki böbrek taşlarında PNL iyi SFO ve az KO'ya sahiptir.

SP-112

## 10-20 MM ARALIĞINDAKİ RENAL PELVİS TAŞLARINDA SWL BAŞARISIZLIĞI, DAHA SONRA YAPILAN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONUÇLARINI ETKİLER Mİ?

Şahin Bağbancı,<sup>1</sup> Mümtaz Dadalı,<sup>1</sup> Samet Çetinkaya,<sup>2</sup> Ayhan Karabulut,<sup>1</sup> M Levent Emir,<sup>1</sup>

1. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir  
2. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

**AMAÇ:** Bu çalışmada, 10-20 mm aralığındaki renal pelvis taşlarında SWL başarısızlığının daha sonra yapılan retrograd intrarenal cerrahi sonuçları üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Renal pelvis lokalizasyonlu toplam 87 erişkin hasta, nisan 2014 ile Haziran 2016 tarihleri arasında Ahi Evran Üniveritesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı'nda retrograd intrarenal cerrahi ile tedavi edilmiştir. Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalar daha önce SWL tedavisi

**Tablo 1:** Baseline Data and clinical characteristics

	Grup-1	Grup-2	p	95% CI
<b>Cinsiyet (n)</b>				
Erkek	28	18	0.50	
Kadın	23	18		
Total	51	36		
<b>Yaş (yıl)</b>				
<b>Erkek</b>				
min	27	27	0.65	
max	64	72		
Mean±SD	44.6±10.8	44±13.2		
<b>Kadın</b>				
min	26	28		
max	77	70		
Mean±SD	45.2±13.2	47.3±13.2		
<b>Taş boyutu</b>				
Stone area(mm2)	0.64-4.0	0.80-4.0	0.74	-0.25 to 0.35
min-max (mean±SD)	(1.64±0.75)	(1.59±0.64)		
Stone volume(mm3)	0.27-2.93	0.42-3.77	0.87	-0.31 to 0.26
min-max (mean±SD)	(1.06±0.65)	(1.08±0.68)		
<b>Cerrahi Başarı [n(%)]</b>				
Başarılı	45 (88.2%)	30 (83.3%)	0.51	
Başarısız	6 (11.8%)	6 (16.7%)		
Total	51	36		
<b>Klinik önemli taş fragmanlarında uygulanan ek tedaviler [n(%)]</b>				
ESWL	1(2%)	-		
Retrograde intrarenal cerrahi	2(3.9%)	3(8.3%)		
Spontan pasaj	3(5.9%)	3(8.3%)		
<b>Litotripsi süresi (min)</b>				
Mean±SD	32.25±5.92	35.06±4.40	<0.05	-5.11 to -0.48
<b>Operasyon süresi (min)</b>				
Mean±SD	74.21±6.83	74.91±6.25	0.62	-7.5 to -3.1
<b>Skopi süresi (sec)</b>				
Min-max (Mean±SD)	60-142 (95.49±19.01)	79-182 (116.16±26.13)	<0.01	-30.29 to -11.05
Postop 1. ay taşsızlık oranı	94.1%	91.7%	0.65	

10-20 mm aralığındaki renal pelvis taşlarında SWL başarısızlığı, daha sonra yapılan retrograd intrarenal cerrahi sonuçlarını etkiler mi?

alınmamalarına göre iki gruba ayrıldılar. Grup-1'deki hastaların tamamı primer vaka iken, grup-2'de daha önce SWL tedavisi yapıp başarı elde edilememiş hastalar yer almaktaydı. Grup-1 ve grup-2'de sırasıyla 51 ve 36 hasta yer almaktaydı. Gruplardaki hastalar; cerrahi başarı, rezidü fragmanlar ve taşsızlık durumları açısından karşılaştırıldılar.

**BULGULAR:** Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve taş boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Grup-1'de ortalama taş kırma süresi 32.25±5.92 dk. iken grup-2'de 35.06±4.40 dk ile anlamlı olarak uzun saptandı (p<0.05). Grup-1'de 45 (88.2%) hastada cerrahi başarı sağlanırken, grup-

2'de 30 (83.3%) hastada cerrahi başarı sağlandı (p=0.51). Operasyon sonrası birinci ayda stone free oranları grup-1 de 94.1% iken grup-2'de 91.7% olarak saptandı (p=0.65). Grup-1'de skopi süresi 95.49±19.01 sec., grup-2'de 116.16±26.13 sec. olarak saptandı. Gruplar arasında skopi süresi açısından anlamlı farklılık mevcuttu (p<0.01).

**ÇIKARIMLAR:** 10-20 mm aralığındaki renal pelvis lokalizasyonlu taşlarda SWL başarısızlığı, daha sonra yapılan retrograd intrarenal cerrahi başarısını etkilememektedir. RIRS bu grup taşlarda SWL sonrasında güvenle uygulanabilmektedir.



SP-113

## RENAL PELVİS TAŞLARINDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONU İÇİN GİRİŞ LOKALİZASYONU

Murat Zor,<sup>1</sup> Turgay Ebiloğlu,<sup>1</sup> Engin Kaya,<sup>1,2</sup>  
Selahattin Bedir,<sup>2</sup>

1. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Renal pelvis taşları için en uygun perkütan giriş lokalizasyonunu belirlemek

**YÖNTEM:** Ocak 2007 ile Aralık 2015 tarihleri arasında 45 hasta >2 cm'lik renal pelvis taşı nedeni ile perkütan nefrolitotomi (PNL) operasyonu geçirmiştir. Giriş lokalizasyonuna göre stone free oranı (SFO) ve komplikasyon oranı (KO) karşılaştırılmıştır.

**BULGULAR:** Hastaların 36 (80%)'sı erkek ve 9 (20%)'u bayan'dır. Yirmibeş (55.6%) taş sol böbreğe, 20 (44.4%) taş sağ böbreğe yerleşmiştir. Perkütan giriş lokalizasyonu 24 (53.4%) hastada alt polden, 18 (40%) hastada orta polden, ve 3 (6.6%) hastada üst polden gerçekleştirilmiştir. Toplam olarak SFO 62.2% olarak saptanmıştır. SFO alt ve orta pol arasında farklılık göstermemektedir (p=0.355). Üst pol ile orta pol karşılaştırıldığında ise orta pol girişinin daha iyi SFO'ya sahip olduğu gözlenmiştir (p=0.001). KO ise alt polde 3.8%, orta polde 8.6%, ve alt polde 1% olarak tespit edilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Renal pelvis taşı için uygulanacak PNL'de alt pol girişi en iyi SFO'na ve orta düzeyde KO'na sahip olması ile en iyi tercih olarak görülmektedir.

nedeni ile büyük böbrek taşlarının tedavisinde güncel üroloji pratiğinde çok sık uygulanmaktadır. Bu olguyu sunmamızda ki amacımız çok nadir karşılaşılan jejunum perforasyonunu olgu eşliğinde güncel literatür bilgisi ile tanı ve tedavi yaklaşımı ile preoperatif dikkat edilmesi gereken hususları vurgulamaktır.

**YÖNTEM:** 66 yaşında bayan hasta sol yan ağrısı ile dış merkeze başvurmuş sol böbrek taşı saptanan hastaya DJ stent takılıp PCNL için kliniğimize refere edildi. (resim 1a ve 1b) Hastanın özgeçmiş sorgulamasında daha önce geçirilmiş bir cerrahisi olmadığı saptandı. preoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT' de retrorenal kolon veya barsak gibi intraabdominal bir anormalliğe rastlanılmadı. (resim 1a). hastaya sol böbrek alt polden akses sağlanarak PCNL uygulandı. operasyon sonunda hastanın taşlarının hepsi temizlendi 6 F DJ stent takılıp 18 F nelaton da nefrostomi tüpü olarak konuldu, peroperatif nefrostomiden anterograd pyelografi çekildi herhangi bir ekstrevasasyon yada anormal bir durum ile karşılaşılmadı. postop 1. gününde hastanın abdominal ağrı ve yüksek ateş şikayetleri oldu. Yapılan fizik muayenede periton irritasyon bulguları ile birlikte operasyon alanınıda içeren cilt altı renk değişikliği ve enflamasyon saptandı. (resim 1c) Laboratuvar tetkiklerinde CRP 24.5 mg/dL, WBC 20.280 K/uL saptandı. Nefrostomide barsak içeriğine benzer getireni olması üzerine hastaya oral opaklı BT çekildi ve barsaktan kontrast madde kaçacağı saptandı. (resim 1d) Hasta genel cerrahi tarafından abdominal ekplorasyona alındı ve jejunumda perforasyon saptandı. (Resim 1e ve 1f) Genel cerrahi tarafından perfore segment rezeke edilerek primer anastomoz uygulandı. operasyondan sonra perkütan girişim yerinde abse oluştu perkütan drene edildi. postoperatif 28. gün hasta taburcu edildi. 1 ay sonra da DJ stent çekimi uygulandı.

**BULGULAR:** PCNL' de görülen majör komplikasyonlar genellikle kan transfüzyonu gerektiren kanama (%11.2 -%17,5), üriner ekstrevasasyon (% 7.2), sepsis (0,3-4,7%), plevra hasarı (%0-3,1) ve bağırsak perforasyonudur (%0,2-4,8). Barsak perforasyonu

SP-114

## PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİNİN ÇOK NADİR BİR KOMPLİKASYONU: JEJUNUM PERFORASYONU

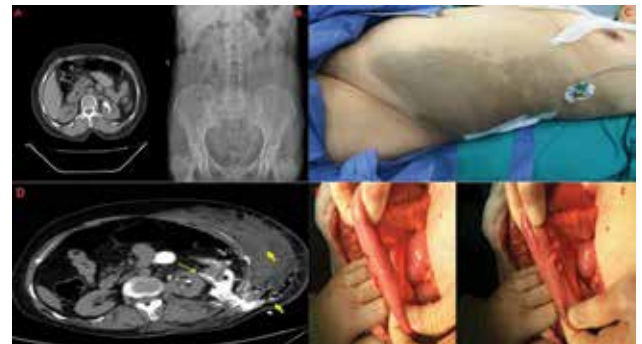
Aykut Başer,<sup>1</sup> Cihan Toktaş,<sup>1</sup> Okan Alkış,<sup>2</sup>  
Yusuf Özlülerden,<sup>3</sup> Ali Ersin Zümrütbaş<sup>1</sup>

1) Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Denizli

2) Gölhisar Devlet Hastanesi, Üroloji, Burdur

3) Denizli Devlet Hastanesi, Üroloji, Denizli

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi (PCNL) kısa hastanede kalış süresi, kısa dönemde iyileşme, minimal morbidite ve yüksek başarı oranları gibi avantajları



nadir görülmekle birlikte hasta için ciddi sıkıntılara yol açabilir. Genelde PCNL işlemi sırasında kolon etkilenmektedir. PubMed de yaptığımız literatür taramasında ise bizim olgumuza benzer jejunum perforasyonu olan sadece 1 yayına rastladık.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak, ince barsak delinmesi PCNL için çok nadir bir komplikasyondur. PCNL sonrası postoperatif dönemde peritoneal irritasyon belirtileri olan hastalarda akılda tutulmalıdır. İnce vücut yapısı, geçirilmiş gastrointestinal bypass cerrahisi veya böbrek cerrahisi, ektopik böbrek veya at nalı böbrek gibi anormallikler, retrorenal kolon varlığı gibi durumlar barsak perforasyonu için bilinen risk faktörleridir. Ürologlar bu risk faktörlerini barındıran hastalara PCNL uygularken gastrointestinal komplikasyonlar açısından dikkatli olmalıdır.

SP-115

## KÜNT TRAVMA SONRASI RENAL ARTER PSÖDOANEVRİZMASI

Cemalettin Cengiz Beyaz,<sup>1</sup> Fatih Ataç,<sup>2</sup> Aykut Sırtbaş,<sup>3</sup>

1. S.B. Gölbaşı Devlet Hastanesi, Üroloji, Adıyaman
2. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Abd, Kırıkkale
3. S.B. Çarşamba İlçe Devlet Hastanesi, Üroloji, Samsun

**YÖNTEM:** 33 yaşında erkek hasta Ş.S 22.09.2015 tarihinde AİTK sonrası bilateral retroperitoneal hematoma nedeniyle hospitalize edildi. Kontrastlı BT'de sağ renal grade IV, sol renal grade II laserasyon mevcuttu. Travma sonrası hemoglobin, hematokrit değerlerinde 7 ünite ES replasmanına rağmen düşüş izlenmesi ve solda hematoma artışı ile beraber yan ağrısının artması üzerine 06.10.15 tarihinde hastaya sol DJ stent yerleştirildi. Vitalleri bozulan hastaya 13.10.2015 tarihinde sağ basit nefrektomi yapıldı ve hasta stabil olması üzerine 22.10.15 tarihinde taburcu edildi. 03.11.15 tarihinde hasta sol yan ağrısı ve hemoglobin nedeniyle yeniden yatırıldı. Kanama devam etmesi ve ağrılarının artması üzerine Kardiyoloji ile konsülte edilerek hastaya renal anjiyografi çekildi. Sol renal arterde pseudoanevrizma izlenmesi üzerine hasta girişimsel radyoloji olan bir merkeze coil konmak üzere sevk edildi. İşlemden bir ay sonrasında hastanın DJ stenti çekildi.

Renal arter anevrizması nadiren abdominal künt travma sonrası gelişir. Penetran yaralanmalar, böbreğe yapılan girişimsel işlemler ( biyopsi, perkütan nefrostomi, açık/endoskopik böbrek cerrahileri) sonrası daha sık karşımıza çıkar. Künt travma sonrası

psödoanevrizma gelişiminde parankimal arterlerde tam kat veya kısmi hasar gelişmesi, kanamanın damar adventiyası, renal parankim veya gerota fasyası tarafından çevrilerek durdurulmak istenmesi düşünülmektedir. Psödoanevrizmanın progrese olması durumunda toplayıcı sistemle bağlantı sonucu gros hematüri izlenmektedir. Konservatif tedaviye rağmen persistan veya geç başlangıçlı hematürilerde psödoanevrizmalar akla getirmelidir.

SP-116

## ROBOTİK VS AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİNİN SICAK İSKEMİ VE SONUÇLARI AÇISINDAN TEK MERKEZLİ KARŞILAŞTIRILMASI

Burak Özkan,<sup>1</sup> Enis Rauf Coşkun,<sup>1</sup> Bennur Esen,<sup>2</sup> Veli Yalçın<sup>3</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul
2. Özel Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Nefroloji, İstanbul
3. Bakırköy Acıbadem Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Böbrek tümörlerinin tedavisinde robot yardımcı parsiyel nefrektomi (RYPN) ile açık parsiyel nefrektomi (APN) sıcak iskemisi süreleri ve sonuçları açısından tek merkez verileri ışığında karşılaştırmak.

**YÖNTEM:** Merkezimizde Mayıs 2011 ile Mart 2015 tarihleri arasında böbrek tümörü nedeniyle yapılan 38 RYPN ve 30 APN karşılaştırması için veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Klinik ve patolojik değişkenler, onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar analiz edilmiş ve karşılaştırılmıştır. Hasta karakteristikleri tablo 1'de görülmektedir.

**BULGULAR:** Her 2 yöntem arasında (RYPN vs APN) hasta yaşı (p=0.005), cinsiyet (p=0.737), kitlelerin lokalizasyonu (p=0.517), tümör boyutu (p=0.372), nefrometri skorları (p=0.492) ve preoperatif tahmini glomeruler filtrasyon oranları (e GFR) (p=0.668) arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ortalama operasyon süresi (200 vs 168 dak, p=0.000) ve ortalama sıcak iskemisi süresi (21 vs 17 dak, p=0.000) RYPN grubunda daha uzun olarak saptanmış ancak postoperatif eGFR değerleri açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (p=0.085). Her 2 grup arasında tahmini kan kaybı açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.588). Hastanede kalış (3.5 vs 5 gün, p=0.03) ve postoperatif ağrı (VAS Skoru) (5.1 vs 7, p= 0.000) APN grubunda daha kötü idi. Postoperatif komplikasyon oranı APN ve RYPN için sırasıyla % 10 ve % 10.5 olarak hesaplanmıştır (p=1.000).

Tablo 1:

	RYPN	APN	p
Hasta sayısı	38	30	0.737
Erkek	28	21	0.065
Kadın	10	9	
Ortalama yaş	56.8	51.2	
Taraf			
Sağ	13	15	0.189
Sol	25	15	
Soliter böbrek			0.441
Lokalizasyon			0.517
Üst pol	18	11	
Orta pol	3	4	
Alt pol	17	15	
Çap	4.13	4.33	0.372
Nefrometri skoru	5.37	5.9	0.492

Tablo 2:

	RYPN	APN	p
Ortalama kan kaybı(ml)	296	313	0.588
Operasyon süresi(dak)	200	168	0.000
Sıcak iskemi süresi (dak)	21.6	17.2	0.000
Hastanede kalış(gün)	3.5	5	0.03
Preoperatif eGFR (mL/min)	77.3	76.2	0.668
Postoperatif eGFR (mL/min)			
1.hafta	74.3	72.4	0.657
3.ay	76.8	76	0.123
Postoperatif VAS skor	5.18	7.03	0.000
Komplikasyonlar			
Grade 2	2	1	1,000
Grade 3a	1	0	
Grade 3b	1	2	
Transfüzyon	2	1	0.786

RYPN grubundaki 1 hasta da operasyondan yaklaşık 1 yıl sonra aynı böbrekte rekürrens saptanmıştır (p=1.000). Kullanılan tekniklere göre operatif veriler tablo 2'de görülmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** RYPN, kısa hastanede kalış ve postoperatif ağrının daha az olması ile APN'ye ciddi bir alternatif oluşturmaktadır. Ortalama operasyon süreleri ve sıcak iskemi süresi APN grubunda daha kısa olmakla beraber artan RYPN deneyimi ile bu olumsuzluğunda ortadan kalkacağını düşünmekteyiz. Her iki yöntem arasında postoperatif renal fonksiyonlar açısından fark saptanmaması da amacı böbrek fonksiyonlarını korumak olan bir işlemde her 2 yöntem arasında fark olmadığını göstermektedir.

SP-117

## PERKÜTAN RENAL GİRİŞ EĞİTİMİNDE BASİT, EKONOMİK VE NON-BİYOLOJİK YENİ BİR MODEL

Ahsen Karagözlü Akgül,<sup>1</sup> Dursun Ünal,<sup>2</sup>  
Murat Demirbaş,<sup>2</sup> Sedat Öner,<sup>1,2</sup> Murat Uçar,<sup>3</sup>  
Korhan Akgül,<sup>4</sup> Muhammet Güzelsoy,<sup>2</sup>

1. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Ürolojisi Anabilim Dalı, Bursa

2. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa

3. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Anabilim Dalı, Bursa

4. Bursa Çekirge Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa

**AMAÇ:** PNL operasyonlarındaki en önemli ve kritik basamak perkütan renal giriştir (PRP). Son zamanlarda perkütan renal giriş becerisinin hastadan ziyade bir çalışma modeli üzerinde edinilmesi yönünde görüş oluşmuştur. Bu tarz bir eğitim için efektif, ekonomik ve valide edilmiş bir modele ihtiyaç vardır. Bu çalışmada PRP öğrenimi için basit, non-biyolojik bir model tarif edilmektedir. Diğer modellere göre bu yeni modelin, maliyet yönünden daha uygun ve eğitime yardımcı bir araç olarak daha efektif olduğunu göstermeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** PNL operasyonları için 5 deneyimli cerrah (100 vaka üzeri), ve 21 deneyimsiz cerrah (PNL deneyimi olmayan çocuk cerrahı ve üroloji hekimi) perkütan renal giriş için çalışmaya dahil edildi. Deneyimsiz gruptaki cerrahlara pre-test ve post-test (detaylı eğitim sonrası) uygulandı. Total işlem süresi, x-ray ışınına maruziyet süresi ve giriş denemesi sayısı olmak üzere bulgular kayıt edildi. Perkütan renal girişleri başarılı olan deneyimli cerrahlara, bu modeli sorgulama formu kullanarak derecelendirmeleri istendi.

**BULGULAR:** 5 deneyimli cerrah ve 21 deneyimsiz cerrah çalışmayı tamamladı. 4 deneyimli cerrah modeli eğitici ve faydalı bir araç olduğu görüşünde mükkemmel (skor 5) olarak değerlendirirken, 1'i çok iyi (skor 4) olarak değerlendirmiştir. Deneyimsiz cerrahların pre-test ve post-test median sonuçları karşılaştırıldığında işlem süresinin kısalığı, az x-ray ışınına maruziyet ve az girişim denemesi ile cerrahların kayda değer beceri edindiği ortaya çıkmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Perkütan renal giriş eğitimi alanların becerilerinin pekiştirilmesinde yeni bir non-biyolojik çalışma modeli olması dolayısıyla efektif bir eğitim aracıdır. Diğer modellerle karşılaştırıldığında kurulumu basit, ekonomik ve sık kullanıma elverişlidir. Ayrıca iyi görüş sağlar, taşınabildir ve eğitim merkezlerinde kullanılmaya müsaittir.

SP-118

## KONVANSİYONEL MONOPOLAR TURP KOMPLİKASYONLARININ MODİFİYE CLAVIEN-DINDO KOMPLİKASYON SINIFLAMASINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Yücel,<sup>1</sup> Mehmet Sevim,<sup>1</sup> Bekir Aras,<sup>1</sup><sup>1. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kütahya</sup>

**AMAÇ:** Benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle konvansiyonel monopolar transüretal prostat rezeksiyonu (TURP) yapılan hastalarda gelişen komplikasyonları Modifiye Clavien-Dindo Sınıflaması ile değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Mayıs 2004 ile Haziran 2016 arasında, BPH'ya bağlı AÜSŞ'de tek cerrah tarafından yapılan 497 hastanın TURP operasyon verileri komplikasyonlar açısından değerlendirildi. Postoperatif 30 gün içerisinde gelişen komplikasyonlar retrospektif olarak incelenerek Modifiye Clavien-Dindo Sınıflamasına göre değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşları  $66.48 \pm 9.4$  idi. 21 (%4.22) vakada komplikasyon gelişti. Komplikasyonların 15'i Clavien grade 1 (5 vaka; %1.00) veya grade 2 (10 vaka; %2.01) idi. En sık görülen komplikasyonlar i.v. antibiyotik kullanımını gerektiren ÜSE (8 vaka; %1.61) ve postoperatif dönemde ateş saptanması idi (7 vaka; %1.40). Altı (%1.20) vakada Clavien grade 3a komplikasyon gelişti. Bu vakalardan 4'ü (%0.80) kateterin alınması sonrası gelişen glob vezikale için tekrar üretral Foley kateter yerleştirilmesi, diğer 4 vaka (%0.80) mesanede oluşan koagülümü irriga etmek için üretral Foley kateter revizyonu gerekmesiydi. Grade 3b ve üzeri komplikasyon gözlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Gelişen teknik ilerlemelerle, endovizyon sisteminin yaygınlaşması ile birlikte TURP komplikasyonlarında ciddi oranlarda azalma olmaktadır. Konvansiyonel monopolar TURP yapılan hastalarda gelişen komplikasyonlar Modifiye Clavien-Dindo Sınıflaması ile değerlendirilerek komplikasyonların standardizasyonu sağlamak için kullanılabilecek bir sınıflandırma sistemidir.

SP-119

## ÜRETEROSKOPIK TAŞ TEDAVİSİ DENEYİMİMİZ

Serhan Çimen,<sup>1</sup><sup>1. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya</sup>

**AMAÇ:** Kliniğimizde yapılan üreterorenoskopik taş tedavisi sonuçlarımızı değerlendirdik.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde son 3 yıl içinde yapılan 2773 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Üreterorenoskopi işlemi 8 ve 9,5 FR çaplı semirijid üreterorenoskop ile yapıldı.

**BULGULAR:** Renal kolik nedeniyle acil servise ve/veya polikliniğimize başvuran 2773 taş hastası değerlendirmeye alındı. Hastaların 880'i (%31,7) kadın iken, 1893 hasta (%68,3) erkek cinsiyete sahipti. Hastaların 1604'ünde (% 57,8) taş sol üreterde iken, 1048'inde (% 37,7) sağ üreterde, 121 inde (% 4,5) ise bilateral taş mevcuttu. 1421 hastada taş distal üreterde, 876 hastada orta üreterde ve 476 hastada proksimal üreterde idi. Yaş ortalaması 41,7 (9-97) olarak tespit edildi. Hastaların tedavisinde semirijid üreterorenoskop kullanıldı. taşın fragmentasyonu için pnömotik litotriptör kullanıldı. Taşın ekstraksiyonu için üreterorenoskopi forsepsi ve basket kullanıldı. Hastaların 2446'sında (% 88,2) tam taşsızlık sağlandı. Hastaların % 96 sına (üretra dilatasyonu yapılan olgularda, taşın böbreğe push back olduğu durumlarda, ESWL gibi ek işlem düşünülen hastalarda, mukoza hasarı oluşan hastalarda, diğer böbreğin afonksiyone veya hipofonksiyone olduğu durumlarda ve uzun süreli hidronefroz mevcut olan olgulara) DJ stent takıldı. Ortalama operasyon süresi 32 dakika ve hastanede ortalama kalış süresi 2,2 gün olarak tespit edildi. Hastanede yatarak intravenöz antibiyotik tedavisi gerektiren İYE 36 (% 1,3) hastada görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Minimal invaziv bir yöntem olan üreterorenoskopik litotripsi düşük komplikasyon oranları, daha kısa hastanede kalış süresi, uygun taş olgularında yüksek taşsızlık oranları ile güvenli bir şekilde uygulanabilmektedir.

SP-120

## LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI RENAL ARTERIOVENÖZ FİSTÜLÜ TAKLİT EDEN RENAL HÜCRELİ KARSİNOMA REKÜRENSİ: OLGU SUNUMU

Ahmet Murat Aydın,<sup>1</sup> Gonca Eldem,<sup>2</sup>

Bora Peynircioğlu,<sup>2</sup> Dilek Ertoay Baydar,<sup>3</sup> Cenk Yücel Bilen<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

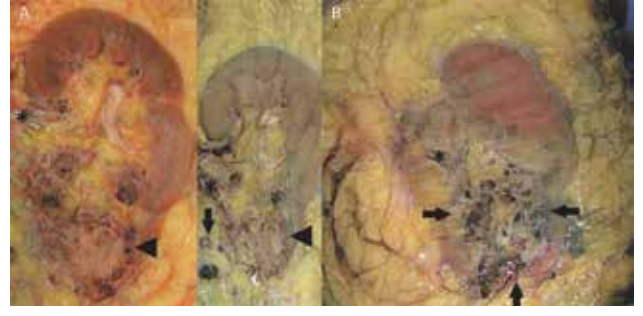
2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Arteriovenöz fistül (AVF), laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) sonrası nadir görülen bir komplikasyondur ve genellikle renal arteriyel embolizasyon (RAE) ile başarıyla tedavi edilebilmektedir. Ancak çoğunlukla iatrojenik olmakla beraber, literatürde renal AVF'nin eş zamanlı renal hücreli karsinom (RHK) ile birlikteliği, RHK'ı taklit eden renal AVF'ler veya RHK'un AVF'ye yol açan uzak metastazları da bildirilmiştir. Bu çalışmada olgu sunumu temel alınarak nadir bir RHK rekürrensini tanımlanması ve patofizyolojisinin aydınlatılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** 66 yaşında erkek hastaya sağ böbrek alt polde 2.8 x 3.3 cm boyutlarında ekzofitik bir kitle nedeniyle transperitoneal yaklaşımla LPN yapıldı. Renal hilus en-blok diseke edildi, tümörü çevreleyen yağ dokusu korundu ve rezeksiyon sırasında tümör rüptürü izlenmedi. Patolojik değerlendirmede berrak hücreli RHK, Fuhrman Evre 3 saptandı. Postoperatif 4. ayda yeni gelişen gross hematüri ve yan ağrısı şikayeti sonrası renal arter anjiografide sağ böbreğin tüm vasküler yapılarından köken alan yüksek akımlı çok sayıda AVF saptandı. Sadece alt segmental arterden çıkan iki büyük dal endovasküler tıkaçlar ile embolize edilerek aktif izlemde karar kılındı. İzlemde hastanın hematürisi yok oldu ve rezidü AVF'ye ikincil hipertansiyon, kalp yetmezliği gibi komplikasyonlar izlenmedi. Ancak postoperatif 9. ayda çekilen kontrol BTA'da sağ böbrek alt polde 5.5 x 4.0 cm boyutlarında renal AVF ve perirenal yağ dokusunda, en büyüğü 1 cm çapında rekürrensle uyumlu çok sayıda nodüller saptandı. Takiben hastaya sağ açık radikal nefrektomi yapıldı.

**BULGULAR:** Radikal nefrektomi sonrası yapılan incelemede rekürren tümörün primer tümör ile aynı histopatolojik özellikleri gösterdiği saptandı. Ek



olarak renal hilar yağ dokusunda arterler ile venler arasında fistülizasyonlara yol açan, arter duvarlarını invaze eden neoplastik hücreler görüldü. Neoplastik hücrelerin renal parankimdeki venlerin endotelyumunu da tuttuğu ve içi eritrosit dolu mikrokistik yapılar oluşturduğu görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** RHK anjiogenez indükleyici faktörlerden zengin hipervasküler bir adenokarsinomdur. RHK'da renal AVF gelişmesi tümörün yüksek anjiogenik ve invaziv karakterine bağlanabilir. Ancak primer tümörle aynı lokalizasyonda görülen yeni tümör rekürrens olabileceği gibi RHK'nın multisentrisite göstermesi nedeniyle farklı bir RHK odağı da olabilir.

Sonuç olarak LPN sonrası postoperatif geç dönemde gelişen veya RAE sonrası persiste eden AVF'lerde RHK rekürrensi ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

# SERBEST BİLDİRİLER 13 (ANDROLOJİ VE DİĞER KONULAR)

5 Kasım 2016 / Salon B / 16:15-17:15  
Oturma Başkanları: İter Tüfek, Yalçın İlker



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-73

## VARİKOSELLİ GENÇ HASTALARDA FERTİLİTE İÇİN PROGNOSTİK FAKTÖRLER: PİK RETROGRAD AKIM HIZI VE REFLÜ DERESESİ

Samet Verim,<sup>1</sup> Sami Uğuz,<sup>2</sup> Serhat Çelikkanat,<sup>3</sup>  
Ali Güragaç,<sup>4</sup> Türker Türker,<sup>5</sup> Bahadır Topuz,<sup>2</sup>  
Ramazan Demirci,<sup>2</sup> Bilal Fırat Alp,<sup>2</sup> Hasan Cem İrkılata,<sup>1,2</sup>  
Mutlu Sağlam<sup>3</sup>

1. Ankara Asker Hastanesi, Radyoloji, Ankara
2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, GATA, Üroloji, Ankara
3. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, GATA, Üroloji, Ankara
4. Tatvan Asker Hastanesi, Üroloji, Bitlis
5. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, GATA, Üroloji Halk Sağlığı, Ankara

**AMAÇ:** Çalışmamızın amacı ergenlik sonrası dönemdeki varikozel hastalarında semen parametrelerini etkileyen prognostik faktörleri belirlemektir.

**YÖNTEM:** Bu çalışma etik kurul tarafından onaylanmıştır. Biz prospektif olarak Mayıs 2013 ve Mayıs 2015 tarihleri arasında, ergenlik sonrası dönemdeki varikozel hastalarına ait demografik ve sonografik verileri topladık. Semen parametrelerini etkileyen potansiyel risk faktörleri; tanı anındaki yaş, boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ), varikozelateralitesi, varikozelgrade, sol testis hacmi (TH), sağ TH, total TH (TTH), testiküleratrofi indeksi, testiküler hacim değişikliği, sağ/sol "maksimum ven çapı, pik retrograd akım hızı (PRAH), reflü akım hacmi (RAH), reflügrade (RG)" ayakta ve yatarak kayıt altına alındı.

**BULGULAR:** Tek değişkenli analizde; Yatar ve ayakta sol PRAH, RAH ve RG, sol TH, sağ TH, TTH ve folikülstimüle-edici hormon (FSH)'un anormal semen parametreleriyle ilişkili olduğu bulundu. Çok değişkenli analizde; FSH sperm konsantrasyonu ve morfolojisi ile, ayakta sol PRAH sperm motilite ve morfolojisi ile ilişkili bulundu. Ek olarak ayakta sol RG sperm konsantrasyonu ile ve sol testis hacmi motilite ile ilişkili bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** Ayaktasol PRAH ve RG anlamlı olarak semen analizinin tüm parametreleri ile ilişkili bulundu. Bu bulgular varikozelli hastalarda testis fonksiyonlarını değerlendirmede noninvaziv bir araç olan renkli Doppler Ultrasonografinin kullanımını desteklemekte ve hastaların fertilitte durumlarını değerlendirmede klinisyenlere yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

**Tablo 1:** Varikozelli Hastalarda Çok Değişkenli Doğrusal Yöntem İle Semen Analizindeki Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Parametreler	Sperm Konsantrasyonu		Toplam Motil Sperm Sayısı		Morfoloji	
	p değeri	Beta değeri	p değeri	Beta değeri	p değeri	Beta değeri
<b>FSH</b>	<b>.001</b>	-0.349			<.001	-0.423
Ayakta - Sol - RG	.004	-0.293				
Ayakta - Sol - PRFV			.008	-0.282	.009	-0.26
Sol Testis Hacmi			.015	.26		

SS-74

## DİPPER VE NONDİPPER HİPERTANSİF HASTALARDA SERUM PENTRAXİN 3 SEVİYESİ VE EREKTİL DİSFONKSİYON İLİŞKİSİ

Devrim Tuğlu,<sup>1</sup> Mehmet Tolga Doğru,<sup>2</sup> Ercan Yuvaç,<sup>1</sup> Vedat Şimşek,<sup>2</sup> Çağlar Alp,<sup>2</sup> Üçler Kısa,<sup>3</sup> Erdal Yılmaz,<sup>4</sup> Ertan Batıslam<sup>4</sup>

1. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

2. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

3. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kırıkkale

4. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

**AMAÇ:** Bu çalışmada Dipper ve Nondipper hipertansif hastalarda endotel disfonksiyon ve bir inflamasyon markeri olarak serum Pentraxin 3 seviyesi ile bu hastalardaki erektil fonksiyonların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** 2013-2016 yılları arasında Kardiyoloji polikliniğinde Hipertansiyon tanısı konulan ve ambulatuar kan basıncı takibi yapılan hastalar Dipper ve nondipper hipertansif (Sırasıyla Gece kan basıncı ortalaması %10 - 20 düşüş gösteren ve %10 dan daha az düşüş) olmak üzere 2 farklı hipertansiyon grubuna ayrıldı (Dipper hipertansif n:75 ve nondipper hipertansif n:78 olmak üzere toplam 153 hasta). Bu hastalara IIEF-15 formu verilerek IIEF skorları saptandı. Tüm katılımcılarda açlık kan şekeri ve HbA1c düzeyleri, Böbrek, Karaciğer fonksiyon testleri ve Lipid profilini içeren rutin kan analizleri ve Testosteron düzeyleri çalışıldı. Ayrıca tüm hastalarda serum Pentraxin 3 düzeylerine bakıldı.

**BULGULAR:** Çalışmada Dipper hipertansiyon grubu içinde yer alan ED Grupları arasında Pentraxin 3 seviyesi açısından Ciddi ED si olan grupta diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek değerler saptandı. Ancak Nondipper hipertansiyon grubu içinde yer alan ED grupları arasında Serum Pentraxin 3 seviyeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışmada özellikle endotel disfonksiyon ve hedef organ hasarı açısından daha büyük risk taşıyan Nondipper hipertansif hastalarda ED grupları değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmaması, nondipper hipertansiyonun etkisi ile ED den bağımsız olarak tüm hastalardaki ileri endotel disfonksiyonunu göstermektedir. Dipper hipertansif

hastalarda ise Pentraxin 3 seviyesinin olasılıkla endotel hasarı daha fazla olan Ciddi ED'li hastalarda daha yüksek olarak saptandığını düşündürmektedir.

SS-75

## VARİKOSELİN TESTİS PARANKİMİ ÜZERİNE OLAN ETKİLERİNİN KONVANSİYONEL MRG VE ZOOMİT DİFÜZYON MRG İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Okan Yıldırım,<sup>1</sup> Semih Sağlık,<sup>2</sup> Hüseyin Çelik,<sup>3</sup>

1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Malatya

2. Siirt Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Siirt

3. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

**AMAÇ:** Bu çalışmada varikoselin testis parankimi üzerine olan etkilerini zoomit difüzyon ağırlıklı Magnetik resonance Görüntüleme(DAG/MRG) ve konvansiyonel DAG MRG ile değerlendirmek ve her iki difüzyon görüntüleme yöntemini birbiri ile karşılaştırmak oldu.

**YÖNTEM:** Çalışma için bilimsel araştırmalar yayın etik kurulu onayı alındıktan sonra, Temmuz 2015-Aralık 2015 tarihleri arasında, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Üroloji ve Radyoloji Kliniğine, fizik muayene ve Renkli Doppler Ultrasonografi ile tanısı kesinleştirilen tek taraflı varikoseli olan 45 hasta ve 32 sağlıklı gönüllü dahil edildi. Daha önce varikoselektomi, inmemiş testis, geçirilmiş genitoüriner travma, tümör, orşit, epididimoorşit gibi ürogenital enfeksiyon, inguinal herni, hidrosel, skrotal kitle ya da genitoüriner cerrahi öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalar için zoomit ve konvansiyonel DAG görüntüleri 3T MRG cihazı kullanılarak elde edildi.

**BULGULAR:** Varikosel olan taraftaki testislerde hem konvansiyonel, hemde zoomit DAG'de ADC (apparent diffusion coefficient) değerleri sağlıklı gönüllü kontrol grubuna göre azalmıştı. Bununla birlikte, varikosel olmayan karşı tarafındaki testislerde; konvansiyonel ve zoomit ADC değerlerinde sağlıklı gönüllü kontrol gruba göre azalmış olduğunu saptandı (p<0.001). Ancak varikosel olan taraftaki testisler ile varikosel olmayan karşı taraftaki testisler arasında konvansiyonel ADC değerlerinde anlamlı farklılık göstermezken, zoomit ADC değerlerinin varikosel olan testislerde, varikosel olmayan karşı testislere göre daha düşük olduğunu istatistiksel olarak saptandı (sırasıyla; (p=0.160 ve p<0.001). Varikosel olan testiste dinlenme ve valsava manevrası sırasında venöz çap ile konvansiyonel ve zoomit ADC değerleri arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Varikoselli hastalarda konvansiyonel difüzyon ve zoomit difüzyon görüntülemenin testiste histopatolojik değişikliklerin varlığı hakkında yardımcı olabileceğini ve zoomit difüzyon görüntülemenin varikoselli hastaların tanı, tedavi ve postoperatif yanıtın değerlendirilmesinde standart difüzyondan daha fazla etkili olabileceğini düşündürmektedir.

SS-76

## KRONİK PROSTATİT TEDAVİSİNDE QUERCETİN KULLANIMI AĞRININ AZALMASINDA FAYDALI OLABİLİR Mİ ?

Oğuz Mertoğlu,<sup>1</sup> Taha Çetin,<sup>1</sup> Batuhan Ergani,<sup>1</sup> Ertan Can,<sup>1</sup> Yusuf Özlem İlbey,<sup>1</sup> Zafer Kozacıoğlu<sup>1</sup>

1. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Kronik prostatit hastalığı, tedavisinde çaba gerektiren bir tanı grubudur. Bakteriyel olmayan formunda, semptomların, özellikle ağrının (işemde, skrotal, penil, suprapubik) tedavisinde çok zorlanılmaktadır. Bu da hastalar için değişik ilaç ve doktor tercihlerine neden olmaktadır.

Nickel ve ark., kronik prostatit hastalığında, tarif ettiği U-POINT sistemi ile, hasta için ön planda olan semptomun(ların) tedavi edilmesini önermişlerdir. Quercetin ve cernilton gibi antioksidan olarak bilinen, takviye maddelerinin, kanıta dayalı olarak, tedavide, ağrının azalmasında, etkili olduğunu vurgulamışlardır. Bir süre Türkiye’de bulunan Quercetin takviyesinin, kronik prostatit tanılı hastaların tedavisindeki etkisini araştırdık.

**YÖNTEM:** 2013 -2015 yılları arasında kontinans polikliniğinde, Quercetin takviyesi ile tedavi ettiğimiz hastaların kayıtlarını inceledik. İdrar ve ejakulat kültürlerinde üreme olmayan hastaları araştırdık. Özellikle U-POINT sistemine göre parmakla rektal muayenede, prostat bölge hassasiyeti olan hastalara, bu tedaviyi vermiştik Vizüel Analog Skala(VAS) ile ağrı oranında, %50’den fazla azalma olmasını, tedavi faydası olarak belirledik.

**BULGULAR:** 18 hastanın kayıtları incelendi. Ortalama yaş 47 idi (24-72) Ortalama ilaç kullanımı 7,8 ay’ dı (1-24) 18 hastanın 15’i (%83) ilaçtan fayda görmüştü. VAS skorunda azalma, medyan 8/10’dan 2/10’a kadar düştü. Quercetin tedavisinden fayda gören hastaların, 6’sı alfa bloker, 3’ü doksisisiklin, 2’si prostat masajı tedavilerini ek olarak aldı.

**ÇIKARIMLAR:** Quercetin, bir takviye tedavi olsa da, kronik prostatit tedavisinde, ağrının düzeltilmesinde etkili olmuştur. Bu tedavinin ülkemiz için daha popüler olacağı fikrindeyiz .

SS-77

## VASKÜLOJENİK EREKTİL DİSFONKSİYONU OLAN ERKEKLERDE ŞOK DALGA TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Mete Kilciler,<sup>1</sup> Özcan Atahan,<sup>2</sup> Tezcan Özkan,<sup>3</sup> Raci Şahin<sup>3</sup>

1. Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

2. Kemerburgaz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

3. Medicalpark Bursa Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Eretil disfonksiyon (ED), erkeklerin ve partnerlerinin hayat kalitesini azaltan yaygın bir sağlık sorunudur. Bu hastalığın ilk basamak tedavisinde fosfodiesteraz tip 5 (PD5) inhibitörleri kullanılır. PD5 inhibitörleri korpus kavernozumdaki düz kasları gevşeterek vazodilatasyon yapar ve arteriyel kan akımını artırır. Bu ilaçlar penise spesifik olmadıkları için birçok yan etkileri vardır. Diabetes mellitus (DM) en sık görülen erektil disfonksiyon sebebidir. DM ve kavernöz sinir yaralanması (örneğin: radikal prostatektomi) tedaviye dirençli ED ye sebep olur. Eretil disfonksiyonda tedavi seçenekleri çok fazla değildir. Cerrahi ve PD5 inhibitörleri etkilidir ancak invaziv tedavilerdir.

Düşük şiddetteki şok dalga tedavisi (LSWT) erektil disfonksiyon tedavisinde yeni bir seçenektir. Non-invaziv bir tedavi seçeneği olması ise avantajdır. LSWT’nin semptomatik tedavi edici özelliğinin yanında bozulmuş penil vasküler yapısını tamir edici etkisi de vardır.

Biz bu çalışmamızda, yan etkilerinden dolayı PD5 inhibitörleri kullanmak istemeyen hastalarımızda LSWT tedavisinin etkinliğini araştırdık.

**YÖNTEM:** Bu çalışma Eylül 2014 – Mart 2016 tarihleri arasında Özel Bursa Ürotonet merkezinde yapılmıştır. Vasküler kaynaklı ED si olan 158 (28-71 yaş) hasta, toplam 6 seans olacak şekilde haftada iki kez şok dalga tedavisi ile tedavi edildi. Tedavide her korpus kavernozumuna 900 şok dalgası verildi.

**BULGULAR:** Tedaviden sonra 1. ve 3. aylarda erektil fonksiyon IIEF-EF (international index of erectile function) ve SEP (sexual encounter profile) kullanılarak değerlendirildi. Ortalama takip süresi 6 ay 20 gündür (15 gün – 18 ay). 132 hastanın (%83.5) tedaviden sonra ED sorunu kalmadı. Median IIEF-EF skoru 15.97 idi. İlk ayda 21.38, üçüncü ayda ise 22.52 idi. SEP 2 skoru ilk ayda %55 den %86 ya,



SEP 3 skoru ilk ayda %35 den %66 ya, üçüncü ayda ise %67 ye yükseldi. Tedavi sırasında ve tedaviden sonra komplikasyon gelişmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Vasküler kaynaklı ED tedavisinde LSWT etkili, hızlı ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir. Fakat uzun dönem etkilerini ve sonuçlarını görmek için daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-78

## PRİMER VE SEKONDER İNFERTİL HASTALARDA PREMATÜR EJAKÜLASYON SIKLIĞI

Aykut Buğra Şentürk,<sup>1</sup> Musa Ekici,<sup>1</sup> Mustafa Serdar Çağlayan<sup>1</sup>

1. Hitit Üniversitesi Çorum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Çorum

**AMAÇ:** Prematür ejakülasyon, erkek cinsel fonksiyonlarının en sık rastlanılan nedenidir ve erkek infertilitesinde önemli bir sorun olarak yer almaktadır. Biz bu çalışmamız da kliniğimize başvuran primer ve sekonder infertil hastalarda prematür ejakülasyon sıklığını araştırdık.

**YÖNTEM:** Prematür ejakülasyona yönelik önceden tedavi almış hastalar, SSRI grubu antidepresan kullanan hastalar, nörolojik hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastaların ayrıntılı genital muaynesi yapıldı. Hastaların yaş, ilaç kullanım öyküleri, cinsel ilişki sıklığı, sistemik hastalıkları sorgulandı. Çalışma kriterlerine uyan toplam 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların semen analiz incelemeleri yapıldı. Hastaların ortalama yaşı  $25.8 \pm 3.4$  olarak hesaplandı. Hastaların ejakülasyon durumu Turkish PEDT kullanılarak hastaların boşalma üzerindeki kontrolleri ve bunun hasta ve partneri üzerindeki sosyal ve duygusal etkileri değerlendirildi. Tüm formlar hastayla beraber, gerektiğinde açıklama yapılarak tek tek dolduruldu.

**BULGULAR:** Prematür ejakülasyon çalışmaya dahil edilen hastaların 12' sinde (24%) tespit edildi. Primer ve sekonder infertil hastalarda prematür ejakülasyon görülme sıklığı açısından anlamlı fark saptanmadı. Her iki grup hastanın semen analizlerinde istatistiksel fark saptanmadı. Yine aynı şekilde her iki grup hastanın yaşı ile infertilite tipi arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** İnfertil hastalarda prematür ejakülasyon yaygın bir sorundur. Bizim çalışmamızdaki sonuçlar genel olarak literatürle uyumlu bulunmuştur. Yalnız infertilite tipleri arasındaki PE sıklığının

araştırılması ve daha sağlıklı sonuçlar için hasta sayısının fazla olduğu ileri araştırmalara gerek vardır. Hastalar değerlendirilirken tedavi başarısını arttıracığından bu ürolojik problemin de akılda tutulması önem arz etmektedir.

SP-140

## SÜTÜR NEDENLİ İATROJENİK UP BİLEŞKE TAŞI: OLGU SUNUMU

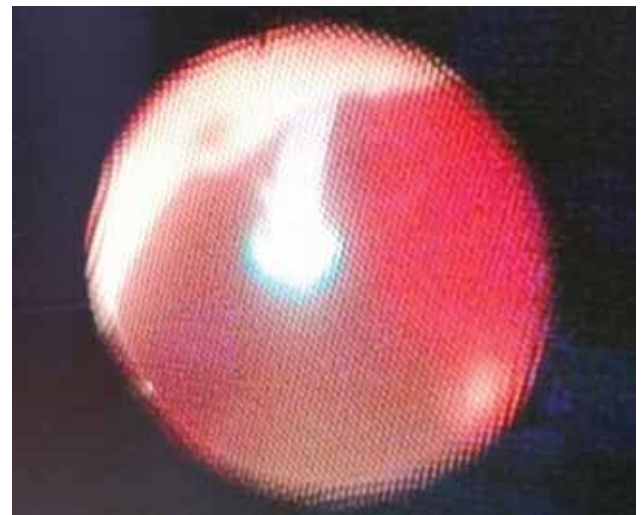
Mustafa Karalar<sup>\*1</sup>, Haşmet Sarıcı<sup>1</sup>, Kürşad Zengin<sup>1</sup>, Cemil Ay<sup>1</sup>, Tevfik Çetin<sup>1</sup>, İbrahim Keleş<sup>2</sup>

1. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Afyon

2. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyon

**AMAÇ:** Geçirilmiş cerrahilere bağlı üriner sistem lümeni içerisindeki sütürlere sekonder taş oluşumu görülebilmektedir. Literatüre bakıldığında özellikle mesanede izlenen bu durum UP bileşke sadece birkaç vakayla sınırlıdır. Bizde bu olgu sunumunda geçirilmiş pyeloplasti operasyonuna bağlı olduğunu düşündüğümüz UP bileşkedeki sütün nedenli taş yaklaşımı sunmayı planladık.

**YÖNTEM:** Gebelik döneminde sol hidronefroz ve renal pelvis taşı nedeniyle DJS takılan 34 yaşındaki bayan hastaya gebelik sonrasında sol RIRC planlandı. Hastanın özgeçmişinde sol böbrek taşı nedeniyle 7, 11 ve 14 yıl önce 3 kez sol pyelolitomi ve ilk ameliyatında UP darlık nedeniyle eş zamanlı pyeloplasti öyküsü mevcuttu. Yapılan tomografisinde sol UP bileşke düzeyinde 13 mm taş ve toplayıcı sistemde grade III-IV dilatasyon izlendi. Genel anestezi altında guide eşliğinde sol üretere URS ile



girildi. UP bileşkede 13 mm taş ve eski operasyonlara ait olabilecek sütür materyali izlendi (Resim 1). Takiben akses yerleştirilip flexibl URS ile girildi. Önce renal pelvisteki taş takiben sütür Holmium Lazer ile eksize edildi. Skopi eşliğinde DJS yerleştirilerek işleme son verildi. Bir ay sonra çekilen DÜSG'de rezidü taş izlenmedi ve hastanın DJS'i çekildi.

**BULGULAR:** Pyeloplasti ve pyelolitotomi operasyonlarında emilebilen sütür kullanılması vazgeçilmez bir cerrahi prensiptir. Emilmeyen sütür kullanılması durumunda ilerleyen zamanlarda sütür üstünde taş oluşumu progresif bir şekilde gelişebilir.

**ÇIKARIMLAR:** Flexibl URS ve Holmium lazer bu gibi durumlarda kullanılabilir bir alternatifidir.

SP-121

## VARİKOSELLİ HASTALARDA NÖTROFİL /LENFOSİT ORANI VE PLATELET/ LENFOSİT ORANI İLİŞKİSİ

Zafer Demirel,<sup>1,1</sup> İbrahim Karademir,<sup>2</sup> Yusuf Aksu,<sup>2</sup> Ali Uğur Uslu,<sup>3</sup> Sami Uğuz,<sup>4</sup> Ali Güragaç<sup>5</sup>

1. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir
2. Eskişehir Asker Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Eskişehir
3. Eskişehir Asker Hastanesi, Dahiliye Bölümü, Eskişehir
4. GATA, Üroloji Bölümü, Ankara
5. Tatvan Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bitlis

**AMAÇ:** Varikosel normal erkek nüfusun % 15-20 ve infertilite ile başvuran erkeklerin yaklaşık % 35-40' saptanmaktadır. Tam kan sayımı, pratik nispeten rutin ve ucuz laboratuvar test tekniğidir. NLR nötrofil sayısının lenfosit sayısına bölümü ile ve PLR platelet sayısının lenfosit sayısına bölümü ile elde edilir. NLR ve PLR sistemik inflamasyon ve vasküler hastalıklar için önemli bir belirteçler olabilir. NLR, PLR ve lökositoz birçok hastalığın tanı ve prognozunda yararlı olabilir. Bu çalışmanın amacı, varikosel varlığı olan hastalarda NLR ve PLR ilişkisini araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Haziran 2015 ile Şubat 2016 tarihleri arasında, Varikoseli olan 330 hasta ve 111 sağlıklı kontrol grubu hasta olmak üzere toplam 441 olgu çalışmaya dahil edildi. Varikosel tanısı fizik muayene ve renkli doppler ultrason ile konuldu. Tam kan hemoglobin (Hgb), trombosit (Plt) de dahil olmak üzere sayısı, beyaz kan hücresi (WBC), SLR ve PLR parametreler tüm gruplarda ölçüldü.

**BULGULAR:** Muayene sırasında ortalama hasta yaşı  $24.4 \pm 3.3$  varikosel grubunda, kontrol grubunda ise  $24.1 \pm 2.8$  idi. NLR düzeyleri istatistiksel kontrol

grubuna göre varikosel grubunda anlamlı derecede yüksek bulundu (sırasıyla  $1.98 \pm 0.72$ ,  $1.74 \pm 0.43$ ;  $p < 0.0001$ ). PLR düzeyleri sırasıyla kontrol grubuna oranla varikosel grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ((sırasıyla  $100,94 \pm 35,72$ ,  $88.11 \pm 30.33$  ;  $p < 0.0001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** NLR ve PLR ucuz, hızlı ve güvenilir bir test olarak varikosel patofizyoloji ve ilgili inflamasyon konusunda rehberlik sağlayabilir.

SP-122

## TESTİKÜLER EPİDERMOİD KİST VE TESTİS KORUYUCU YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

Bahadır Topuz,<sup>1,1</sup> Nahid Yunusov,<sup>1</sup> Emrah Coğuplugil,<sup>1</sup> Bilal Fırat Alp,<sup>1</sup> İbrahim Yıldırım<sup>2</sup>

1. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara
2. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Testiküler epidermoid kistler nadir görülen benign lezyonlar olup testis tümörlerinin yaklaşık %1-2'sini oluştururlar. Amacımız genç bir hastada saptanan ve frozen inceleme ile benign olduğu belirlenen testiküler kitlenin tedavisini anlatmaktır.

**YÖNTEM:** Yirmi yaşında erkek hasta sol testisinde ağrısız kitle ile başvurdu. Sol testis alt polde sert, iyi sınırlı kitle palpe edildi. Tümör markırları normal saptandı. Skrotal renkli doppler USG'de sol testis inferiorunda  $79 \times 72$  mm boyutlu, düzgün sınırlı, izo-hipoekoik heterojen lezyon alanı izlendi ve içerisinde kanlanma sinyali alınmadı (Resim 1). Mevcut muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri sonucunda eksplorasyon ve frozen inceleme yapılmasına karar verildi. Yüksek inguinal kesi ile spermatik kord bulundu ve korda geçici klemp konuldu. Sol testis tunikası insize edilip kitle ortaya kondu (Resim 2). Kitle bir miktar etraf testis dokusu ile bir bütün halinde eksize edildi ve frozen incelemeye gönderildi. İnceleme sonucunda malignite olmadığı bildirildi. Kordaki geçici klemp açıldı ve tunika suture edildi. Testis hemiskrotuma tespit edildi. Final patoloji "testiküler epidermoid kist" olarak raporlandı. Hasta komplikasyonsuz olarak taburcu edildi.

**BULGULAR:** Epidermoid kistler benign lezyonlardır. Genelde deride görülür çok nadiren de testiste saptanır. Sıklıkla 20-40 yaş arası beyaz erkeklerde görülmektedir. Histopatolojisi net değildir, seminifer tübül veya rete testis metaplazisi sonucu oluştuğu



öne sürülürken diğer bir görüşte kistik monodermal teratom olduğu yönündedir. Klinik olarak lezyon genelde küçük, sert, sınırlı ve ağrısızdır. AFP ve B-HCG düzeyleri normal olarak saptanır. Doppler USG'de kanlanma göstermeyen, hiperekojenik bir alanla çevrili, santrali hipoekoik, soğan zarına benzetilen bir görünümü vardır. MR'da kontrast tutulumu olmayan ve öküz gözü şeklinde tariflenen görüntü verir. Tedavi seçiminde intraoperatif frozen inceleme önemlidir. Frozen inceleme ile benign olduğu gösterilen kitlelerde testis koruyucu yaklaşım kullanılabilir. Böylece gereksiz orşiektomi önlenir.

**ÇIKARIMLAR:** Negatif tümör markırları olan, görüntüleme yöntemleriyle benign natürde olduğu desteklenen ve frozen incelemede benign olarak saptanan testiküler kitlelerde testiküler epidermoid kistler ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

SP-123

## PERKÜTAN DRENAJ UYGULANAN SPONTAN ÜRİNOMA: OLGU SUNUMU

Ahmet Önder Örs,<sup>1</sup> Hasret Topaç,<sup>2</sup> Koray Erten<sup>3</sup>

1. Aksaz Asker Hastanesi, Üroloji, Muğla
2. Diyarbakır Asker Hastanesi, üroloji, Diyarbakır
3. Girne Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Ürinoma, genellikle perirenal (daha nadir retroperiton, periton plevrada oluşabilir) alanda idrarın ekstrevasyonu sonucu oluşan kapsülsüz idrar koleksiyon alanı oluşmasıdır. Travma, obstruktif üropati, taş, üreter mesane tümörü v.b. sonrası görülebilir. Etyolojisini saptayamadığımız retroperitoneal ürinoma olgusunu sunmaktayız

**YÖNTEM:** Sağ yan ağrısı şikayeti ile başvuran 50 yaşında erkek hasta.

**BULGULAR:** fizik muayenesinde sağ kostovertebral açı hassasiyeti ve sağ abdomende asimetri mevcuttu. Kreatinin: 5.7 mg/dl, Üre: 130 mg/dl, Beyaz küre: 12500 mm<sup>3</sup>, İdrar mikroskopisi hematürik saptandı. Hastanın yapılan Abdominal USG, Tomografisinde sağ perirenal bölgeden başlayan retroperitoneal bölgede 25x14 cm lik sıvı kolleksiyonu saptandı. Taş, tümör, obstrüksiyona neden olabilecek patoloji saptanmadı, prostat volüm:30 cc. USG eşliğinde hastaya perkütan kateter konup drenaj uygulandı ve ilk 24 saatte 3150 cc sıvı boşaltıldı. Sıvının biyokimyasal analizinde idrar olduğu saptandı. 7 gün sonra yapılan kontrol USG sonucu ürinomun resorbe olduğu görüldü ve kateter çekilerek hasta taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Literatürde spontan retroperitoneal ürinoma olgusu nadirdir. Perkütan drenaj bu olgularda tedavi yöntemidir. Bizim olgumuzda literatürde yer alan etyolojiler saptanmamıştır. Tedavi sonrası yapılan MR Ürografi sonucu ekstrevasyon saptanmamıştır

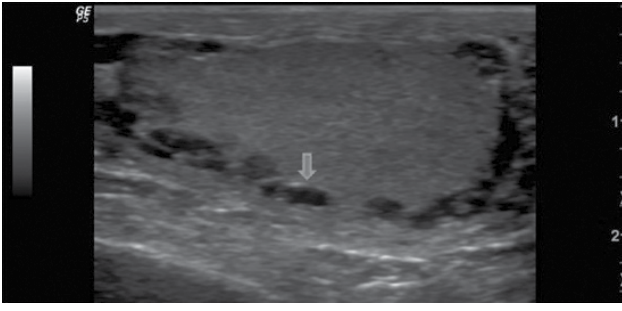
SP-124

## EKSTRATESTÜLER VARİKOSELE EŞLİK EDEN İNTRATESTİKÜLER VARİKOSEL: DÖRT OLGU SUNUMU

İbrahim Karademir,<sup>1</sup> Zafer Demirer,<sup>2</sup> Ali Güragaç,<sup>3</sup> Yusuf Aksu,<sup>1</sup> Sami Uğuz<sup>4</sup>

1. Eskişehir Asker Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Eskişehir
2. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir
3. Tatvan Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bitlis
4. GATA, Üroloji Bölümü, Ankara

**AMAÇ:** Varikosele normal erkek nüfusunun yüzde 15-20'sinde mevcut olup infertilite ile başvuran erkeklerde yaklaşık 35-40 oranında bulunmaktadır. Nadiren ekstratestiküler varikosele (ETV) intratestiküler varikosele (ITV) ile ilişkilidir. ITV oldukça nadir görülen teni bir antite olup semptomatik erkek nüfusunun <% 2' sinde saptanmaktadır. ITV özellikle mediasten testis etrafında ve testisin subkapsüler bölgesinde intratestiküler venlerin anormal dilatasyon olarak tarif edilen selim testiküler lezyondur. Renkli Doppler US ITV değerlendirilmesi için tercih edilen ilk yöntemdir. Biz skrotal bölgede ağrı şişlik şikayeti ile başvuran ITV ve ETV birlikte olduğu dört olguyu sunuyoruz. **YÖNTEM:** İlk olgu 20 yaşında infertilite ve skrotal ağrı şikayeti olan bir hastadır. Hastanın spermogram analizinde oligospermi (9.000.000/



ml), teratozoospermi (Kruger% 4) saptanmış olup motilititesi normal sınırlardadır. Diğer 3 olgu hepsi 20 yaşında olup skrotal ağrı öyküsü mevcuttu. Spermogram analizlerinde; teratozoospermi (Kruger sırasıyla ;% 4,% 3,% 3) saptanmış olup motilite ve sayı normal sınırlardaydı. Dört hastanın rutin laboratuvar, kan analizleri, normal sınırlardaydı. Dört hasta varikosel varlığı değerlendirmek için US ile incelendi. Tüm hastaların skrotal US'da her iki testis boyutu normaldi. Sol pampiniform pleksus damarlarının kalibrasyonu sol tarafta artmıştı. Sol testiste mediastenium ve özellikle subkapsüler bölge etrafında anormal genişlemiş anekoik tübüler yapılar izlendi. Renkli Doppler US bulguları sürekli ve düşük akım hızları olan vasküler yapıyı kanıtladı. Genişlemiş damarların çapı valsalva manevrasına mütakiben artıp yaklaşık 3 ila 4 mm arasında değişmektedir. Sağ testis ve her iki epididim ultrasonografik muayene tüm hastalarda normaldi. Özellikleri sol testis etrafında ETV ile ilişkili ITV saptandı.

**BULGULAR:** Tüm hastalarda sol subinguinal varikoselektomi operasyonu yapıldı. Tüm hastaların spermogram analiz kontrolleri 3 ay içinde normal sınırlara döndüğü görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** ITV değişken ultrasonografik bulgular ve klinik bulguları ile nadir görülen bir durumdur. İpsilateral ETV olgularına birçok testis patolojisi eşlik edebilir. Renkli Doppler US ilişkili olguların çoğunda diğer olası testis hastalıklardan bu durumu ayırt etmek için etkili

SP-125

### SOL VARİKOSEL İLE BİLATERAL VARİKOSELİ OLAN HASTALARDA SPERM PARAMETRELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Turgay Ebiloğlu,<sup>1</sup> Yasin Aydoğmuş,<sup>1</sup> Engin Kaya,<sup>1</sup> Ender Oral,<sup>1</sup> Yusuf Kibar<sup>2</sup>

Tablo

	Sol varikosel	Bilateral varikosel	P
Miktar	3.9±1.2 (2-4)	2.57±0.78 (1-3)	0.164
Sayı (x106)	76.16±33.74 (3-145)	57.39±33.12 (10-120)	0.023
A+B+C%	66.52±18.1 (1-90)	57.47±26.2 (0-95)	0.21
A+B%	52.05±18.07 (0-85)	46.08±24.9 (0-85)	0.393
A%	18.57±19.42 (0-80)	25.04±23.75 (0-70)	0.274
B%	33.47±24.24 (0-85)	21.04±15.9 (0-80)	0.018
C%	14.37±7.09 (0-30)	11.82±10.36 (0-50)	0.05
D%	31.69±17.2 (5-99)	38.17±24.07 (0-90)	0.329
Normal Sperm%	68.3±13.1 (1-74)	43.95±27.07 (0-95)	0.004

1. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Varikoselin sperm parametreleri üzerindeki olumsuz etkisi bilinmektedir. Bu çalışmamızda sol varikoseli olan ile bilateral varikoseli olan hastaların sperm parametrelerini karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza Kasım 2012 ile Mart 2016 arasında sol kasık ağrısı ve klinik varikoseli olan 82 hasta dahil edilmiştir. Sol varikoseli olanlar grup 1, bilateral varikoseli olanlar grup 2 olarak tanımlanmıştır.

**BULGULAR:** Grup 1'de 59 hasta, grup 2'de 23 hasta mevcuttur. Sperm parametresi sonuçları ve karşılaştırması tablo'da sunulmuştur. Sperm sayısı, kategori B% ve C% sperm, ve normal sperm% grup 2'de daha düşük saptanmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Bilateral varikosel sperm parametrelerini daha kötü etkilemektedir

SP-126

### NOA+VARİKOSELİ OLAN HASTALARDA VARİKOSEKTOMİNİN SPERMATOGENEZE ETKİSİ VE ROL OYNAYAN PARAMETRELER NELERDİR?

Oktay Özman,<sup>1</sup> Berin Selçuk,<sup>1</sup> Hamdi Özkara,<sup>1</sup>

Muhammed Fatih Şimşekoğlu,<sup>2</sup> Ahmet Erözenci<sup>2</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı nonobstruktif azospermik hastalarda varikoselektominin sonucunu öngörmeye mikroTESE sonuçlarının etkinliğini araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Ocak 2016 ve Mayıs 2016 tarihleri arasında 12 hastanın dahil edildiği prospektif bir çalışma yürütüldü. Yapılan infertilite değerlendirmeleri ile nonobstruktif azospermi (en az iki spermiyogram ile) ve klinik anlamlı varikozel saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalara eş zamanlı mikro TESE+inguinal varikoselektomi uygulandı. Hastaların postop 3, 6 ve 12. aylarda spermiyogram kontrolleri yapıldı. Testis patolojisi, Johnson skoru, sperm bulma durumu parametrelerinin postoperatif sperm üretimini öngörmeye etkinliği araştırıldı.

**BULGULAR:** Cerrahi zamanındaki ortalama yaş 29,75±6,58 (22-43) idi. 8 hastada grade 2; 4 hastada grade 1 varikozel mevcuttu. Ortalama takip süresi 9±3,25 aydı. Cerrahis sonrası herhangi bir komplikasyon saptanmadı. mikroTESE esnasında yapılan testis biyopsisi sonuçlarına göre hastaların 6'sında sadece Sertoli Hücreleri varlığı, 3'ünde maturasyon arresti ve diğer 3'ünde hipospermatogenez saptandı. 5 hastada mikroTESE ile sperm saptandı (%42). Ortalama Johnson skoru 3,84'tü. Spermiyogram ile yapılan takipler sonucunda 3 hastada sperm saptandı. Yapılan istatistiksel analizlere göre spermiyogram ile sperm saptanan hastalar ile azospermik kalan hastalar arasında testis patolojisi, Johnson skoru ve mikroTESE ile sperm saptanma oranları açısından anlamlı fark saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Grade 3 varikozel tanılı hasta olmaması ve hasta sayısının görece az olması çalışmanın zayıf yanlarıydı.

Nonobstruktif azospermik ve varikozel tanılı hastalarda varikoselektominin etkinliğini öngörmek için yeni parametrelere ve daha geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç vardır.

SP-127

## TESTİS TORSİYONU OLUŞTURULAN RATLARDA TESTİS HASARI ÜZERİNE FENİRAMİN MALEAT VE NEBİVOLOL'ÜN KORUYUCU ETKİSİ

Ercan Yuvaç,<sup>1</sup> Devrim Tuğlu,<sup>1</sup> Tunç Ozan,<sup>2</sup> Üçler Kısa,<sup>3</sup> Mahi Balcı,<sup>4</sup> Erdal Yılmaz,<sup>5</sup> Ertan Batıslam<sup>5</sup>

1. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

2. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Elazığ

3. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kırıkkale

4. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

5. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

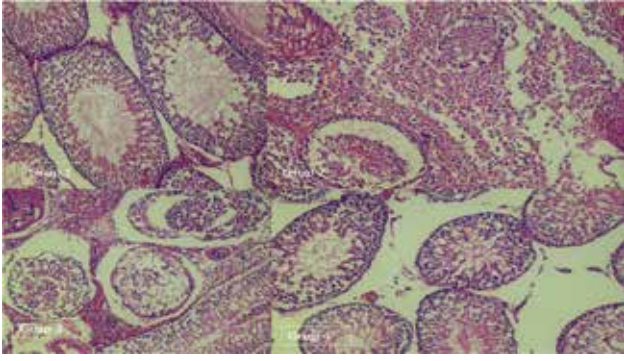
**AMAÇ:** Testis torsiyonu iskemik hasar, detorsiyon ise reperfüzyon hasarı oluşturarak dokuda yapısal ve biyokimyasal bir takım değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olur. Feniramin Maleat ve Nebivolol'ün tek taraflı testis torsiyonunda ve sonrasında antioksidan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Sprague-Dawley erkek 24 rat, 4 gruba ayrıldı. Grup 1 Sham, Grup 2 torsiyon/detorsiyon, grup 3 T+Feniramin maleat, Grup 4 T+Nebivolol grubu. Doku ve kan örnekleri biyokimyasal olarak Paroksanaz, TAS, TOS, OSI parametreleri ve histopatolojik değerlendirme yapıldı.

**BULGULAR:** Doku TAS düzeyleri değerlendirildiğinde Grup 2'e göre Grup 3'de istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı, Grup 2'ye göre Grup 4'de ise istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptandı. Doku TOS değerleri incelendiğinde Grup 2'e göre Grup 3 ve 4'de istatistiksel olarak anlamlı. Doku OSI parametresi incelendiğinde Grup 2'e göre Grup 3 ve 4'de OSI değerlerinde istatistiksel olarak (p<0,001) anlamlı bir azalma olduğu gözlemlendi. Serum PON değerleride Grup 1 ve 2'ye göre Grup 3 ve 4'de istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdi. Grup 3 ve 4 arasında da Grup 4 lehine PON değerlerinde istatistiksel anlamlı bir

Tablo

	Grup 1 (n =6)	Grup2 (n =6)	Grup 3(n = 6)	Grup 4 (n = 6)	P
	(Sham)	(T-D)	(T-D+FM)	(T-D+ NE)	(ANOVA)
TAC (nmol Trolox Equiv. per mg protein)	0,45±0,08	0,57±0,03	0,63±0,03	0,97±0,13	P<0,001
TOS (nmol H2O2 Equiv. per mg protein)	13,0±0,94	18,10±4,03	9,97±1,21	7,38±1,23	P<0,001
OSI (arbitrary unit)	29,53±4,30	31,82±7,36	15,76±2,1	7,74±1,96	P<0,001
PON (mUI/ml)	33,8±2,3	23,2±2,7	41,6±1,8	52,2±1,4	P<0,001



artış gözlemlendi.

Johnsen testiküler biyopsi skoru Grup 3 ve 4'de daha az ve istatistiksel bir anlamlılık oluşturduğu gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Feniramin Maleat ve Nebivolol'ün PON değerlerini artırması her iki ajanında antioksidan özellikler gösterdiği, Nebivolol'ün TAS parametresi açısından tüm gruplarda anlamlı bir fark ve doku üzerinde antioksidan özellikler gösterdiği böylece her iki ajanında farklı mekanizmalarla antioksidan özellikler gösterdiği fakat Nebivolol'ün antioksidan özelliğinin daha belirgin olduğu kanısına varılmıştır.

SP-128

## KLİNİĞİMİZDE HANGİ HASTALARA NE KADAR SÜREDE MİKRO TESTKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU UYGULUYORUZ ?

Ahmet Şalvarcı,<sup>1</sup> Ali Sami Gürbüz,<sup>2</sup> Fuat Ali,<sup>2</sup>  
Dilek İncesu<sup>2</sup>

1. Novafertil Tüp Bebek Merkezi, Üroloji, Konya

2. Novafertil Tüp Bebek Merkezi, Kadın Doğum, Konya

**AMAÇ:** Obstruktif ve non-obstruktif azospermilerde mikro testiküler sperm ekstarksiyonu (m-TESE) rutin uygulamaları yanısıra patolojik semen analizlerinin varlığında ve başarısız İVF/ICSI uygulamalarındada erkek infertilitesinde çağdaş yaklaşım olarak m-TESE uygulanabilmektedir.

**YÖNTEM:** 2008-2012 arasında 343 m-TESE/redoing TESE uygulanan hasta dosyaları retrospektif incelendi. Hastaların demografik dağılımları, m-TESE endikasyonlarına bakıldı ve ortalama cerrahi süreleri hesaplandı.

**BULGULAR:** Yaş ortalamaları 34±11.4 yıl.Evlilik süreleri 14± 8.9 yıl idi. Hastalardan n=121 tek/çift taraflı mikro/makro varikoselektomi, n=89 mikro/makro TESE, n=23 tek/çift orşiopeksi geçirmiş ve

n=22 hastaya değişik tanılarla onkolojide kemoterapi uygulanmıştı. Yine 14 hastada bilateral vasal agenezis var idi. Hormonal analizlerde (fsh, lh, total testosteron, prl ve estradiol) 164 hasta normogonodotropik hipogonadizm, 174 hipergonodotropik hipogonadizli idi. Klasik azospermik hastaya uygulanan m-TESE dışında; hipergonodotropik hipogonadizimli başarısız m Tese uygulaması geçiren n=45 hastaya Hcg tdv sonrası normogonotropik hale getirilip m-Tese ve yine ejakülatta total inmotil sperm olan n=34 hastaya m-Tese uygulandı. Yine n=20 Klinefelter hastasına anastazol tedavisi sonrası m/m-redo TESE uygulamasında 13 hastada sperm bulundu. Tüm hastaların ortalama cerrahi süreleri 102±22 dk sürdü. Toplam da sperm bulma başarı oranı %41.6 olarak hesaplandı.

**ÇIKARIMLAR:** Obstruktif / non - obstruktif azospermilerde mikro / mikro-redoing Tese başarı ile uygulanması yanında ejakülatta total inmotil sperm olması durumunda ve başarısız İVF/ICSI vakalarında m-Tese uygulamaları başarı ile yapılmıştır. Yine hipergonadotropik hipogonadizimli ve başarısız miko Tese uygulaması geçiren hastalarada redoing uygulamada normogonodropi sağlanarak m-Tese uygulanmıştır.

SP-129

## İNTRAVEZİKAL MESH EROZYONUNDA ENDOSKOPIK TEDAVİ: İKİ OLGU SUNUMU

Alper Cihat Erdal,<sup>1</sup> Sıtkı Ün,<sup>2</sup> Ahmet Selçuk Dindar,<sup>3</sup>  
Osman Köse,<sup>4</sup> Sacit Nuri Gorgel,<sup>5</sup> Yüksel Yılmaz,<sup>6</sup>

1. Muş Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Muş

2. Sivas Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Sivas

3. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

4. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, İzmir

5. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Kliniği, İzmir

6. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Stress inkontinans nedeniyle yapılan midüretal sling operasyonu sonrası genitoüriner sistemde mesh erozyonu nadir bir komplikasyondur. Son çalışmalarda %0.6-5.4 arasında mesh erozyonu raporlanmıştır. Bu erozyonların etyolojisi multifaktöryel olmakla birlikte mesh yapısında bulunan polipropilenin dokularda yol açtığı kronik inflamatuvar reaksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir. Tanı postoperatif ortaya çıkan ve medikal tedaviye yanıt vermeyen urgency, frequency, dizüri, hematüri,

rekürren idrar yolu enfeksiyonu gibi semptomlardan şüphelenilip sistoskopi yapılmasıyla konur. Burada endoskopik olarak tedavi ettiğimiz iki intravezikal mesh erozyonu olgusunu sunduk.

**YÖNTEM:** Olgu1

Elli dört yaşında bayan hasta yaklaşık 3 yıldır devam eden dizüri, hematüri nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Hastada 5 yıl önce transvaginal sistosel operasyonu öyküsü mevcuttu. Ultrasonografisinde mesane lümeninde yaklaşık 2x2 cm taş izlenmesi üzerine hastaya çekilen batın tomografisinde mesane lümeninde 2 cm taş izlendi. Hastaya yapılan sistoskopisinde mesane tabanda yaklaşık 2 cm lik taş holmium yag lazer ile fragmentasyonu sonrası ortaya çıkan eroze mesh materyali 26 Fr bipolar loop lu rezektoskopla kas dokusuna kadar rezeke edildi. 3 ay sonra yapılan kontrol sistoskopisinde rezeksiyon alanının ürotelyal epitelle kaplandığı görüldü.

**BULGULAR:** Olgu 2

Altmış dört yaşında bayan hasta yaklaşık 1 yıldır devam eden kesik kesik idrar yapma, idrar yaparken yanma ve aralıklı hematüri şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde 2 yıl önce SUI nedeniyle transobturator tape operasyonu mevcuttu. Üriner sistem ultrasonografi de mesane sağ posterolateral duvarda yaklaşık 1.5 cm taş görülmesi üzerine çekilen opaksız batın tomografisi mesane

tabanında sağda 15 mm hiperdens lezyon izlenmiştir. Hastanın sistoskopisinde mesane boynu ve taban sağ tarafında 2 cm boyutunda üzeri kalsifiye mesh materyali izlendi. Mesh üzerindeki taşlar holmium yag lazer ile fragmentasyonu sonrası eroze mesh holmium yag lazer ile submukoza dokunun içine kadar eksize edildi. Eksize materyal yabancı cisim pensile tahliye edildi. 3. ay yapılan kontrol sistoskopisinde defekt izlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Medikal tedaviye dirençli alt üriner sistem semptomları varlığında hastada pelvik organ prolapsus ve/veya SUI nedeniyle operasyon öyküsü varsa intravezikal mesh erozyonu olasılığı ayırıcı tanıda mutlaka akla gelmelidir. İntravezikal mesh erozyonu varlığında minimal invaziv olarak endoskopik tedavi yöntemleriyle başarılı sonuçlar elde edilebilir



# SERBEST BİLDİRİLER 14 (DENEYSEL)

5 Kasım 2016 / Salon B / 17:15-18:00

Oturum Başkanları: Mehmet Dündar, Cem Güler



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-79

## AKUT TEK TARAFLI ÜRETERAL TAM OBSTRÜKSİYONA BAĞLI GELİŞEN RENAL HASARIN TEDAVİSİNDE AMİNOGUANİDİNE TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI: RAT MODELİ İLE DENEYSEL ÇALIŞMA

Caner Ediz,<sup>1</sup> Fatih Oğuz,<sup>2</sup> Hakan Parlakpınar,<sup>3</sup>  
Alaaddin Polat,<sup>4</sup> Harika Gözde Gözükara,<sup>5</sup>  
Emine Şamdancı,<sup>6</sup>

1. S.B. Üsküdar Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Malatya

3. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji, Malatya

4. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji, Malatya

5. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim, Malatya

6. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Malatya

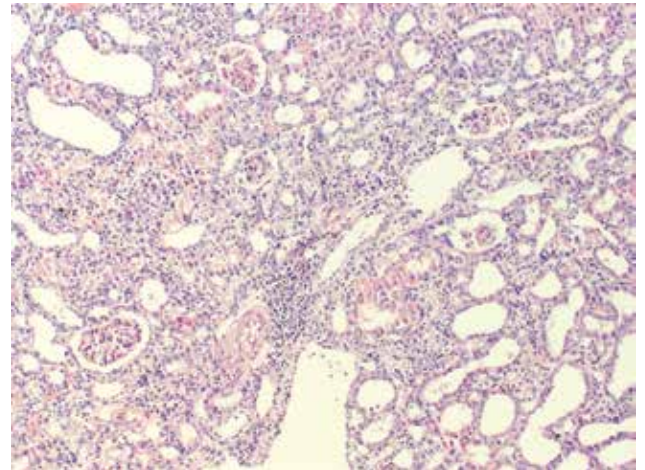
**AMAÇ:** Üst üriner sistem obstrüksiyonları böbrek yapısı ve fonksiyonlarını etkileyen birçok hastalığın sonucunda ortaya çıkan patoloji olarak bilinmektedir. Obstrüksiyonun etkisi obstrüksiyonun tek taraflı ya da çift taraflı oluşuna, parsiyel ya da total olmasına, obstrüksiyon süresine ve nedenine bağlı olarak değişmektedir. Bu çalışmada, tek taraflı üreteral obstrüksiyon sonucunda renal hasar meydana gelmiş sıçanlarda aminoguanidinin (AG) etkisinin araştırılması amaçlanmıştır

**YÖNTEM:** 58 wistar albino sıçan rastgele olarak beş gruba ayrıldı; sham grubuna laparotomi uygulanırken herhangi bir obstrüksiyon oluşturulmadı (G1). Sham + AG grubuna laparotomi sonrasında obstrüksiyon uygulamaksızın 100 mg/kg aminoguanidin intraperitoneal olarak 14 gün boyunca verildi. Obstrüksiyon grubuna laparotomi yapıldıktan sonra sol üreter tanımlandı ve suture edilerek kesildi (G3). AG grubunda laparotomi yapıldıktan sonra sol üreter tanımlandı ve suture edilerek kesildi, daha sonra 100 mg/kg aminoguanidin intraperitoneal olarak 14 gün boyunca verildi (G4). Son gruba ise üreteral obstrüksiyon sonrasında sadece çözücü olarak serum fizyolojik verildi (G5). 14 gün sonra tüm hayvanlar iki

taraflı nefrektomi yapıldıktan sonra sakrifiye edildi.

**BULGULAR:** Histopatolojik değerlendirmede; tek taraflı üreteral obstrüksiyon sonrası 14 gün AG tedavisi ile tübüler değişiklikler, pelvikalisyal dilatasyon ve inflamasyonun diğer gruplara göre azalmış olduğu ve dolayısıyla böbrek hasarının azaldığı görüldü. Nekrozun ise gelişmediği saptandı. Fizyolojik doku analizleri sonucunda obstrüktif sol böbrekte doku MDA ve OSI değeri AG verilen grupta (G4) verilmeyen gruba göre (G3) göre anlamlı olarak düşük, GSH ve TAS değeri ise yüksek saptandı. Obstrüksiyon yapılan gruplarda (G3, G4 ve G5) SOD, CAT, GPx ve TOS seviyeleri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. TAS düzeyleri G4 ve G5 de G3' e göre yüksek, OSI ise daha düşük saptanmıştır. Ancak G4 ve G5 arasında fark bulunmamıştır. Biyokimyasal analizlerde BUN değeri AG verilen grupta (G4) verilmeyen gruba göre (G3) göre anlamlı olarak düşük saptanırken kreatin ve albümin değerleri arasında fark saptanmamıştır. Sadece hidrasyon verilen grup (G5) ile obstrükte grubun (G3) analizinde kreatin değeri hidrasyon alan grupta anlamlı olarak düşük saptanmıştır. BUN ve albümin açısından ise fark gözlenmemiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Tek taraflı üreteral obstrüksiyon oluşturulmuş rat böbrek dokusunda AG' nin histopatolojik olarak antiinflamatuvar ve antioksidan etki oluşturduğu gösterilmiştir





SS-80

## DENEYSSEL ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞI MODELİNDE MELATONİN'İN KORUYUCU ETKİLERİ

Tarık Emre Şener,<sup>1,1</sup> Göksel Şener,<sup>2</sup> Özge Çevik,<sup>3</sup>  
Pınar Eker,<sup>4</sup> Şule Çetinel,<sup>5</sup> Olivier Traxer,<sup>6</sup> Cem Akbal<sup>1</sup>

1. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

2. Farmakoloji, Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, İstanbul

3. Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Sivas

4. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul

5. Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embryoloji Anabilim Dalı, İstanbul

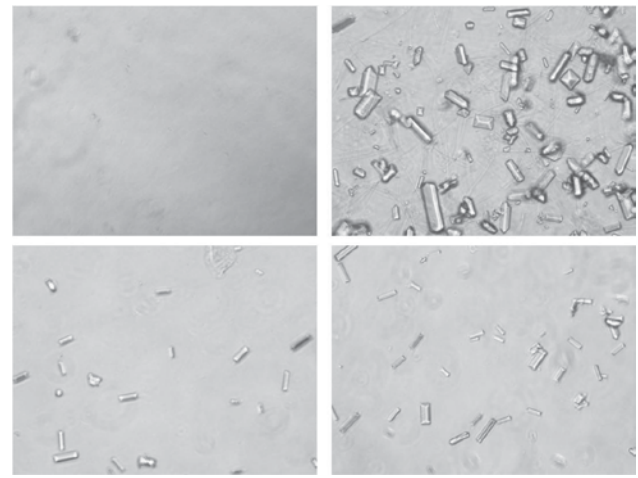
6. Pierre & Marie Curie Üniversitesi, Tenon Üniversite Hastanesi, Üroloji, Yurtdışı

**AMAÇ:** Üriner sistem taş hastalığının sık görülmesi ve sık tekrarlama nedeniyle önleyici ve tedavi edici stratejiler geliştirilmeli ve düzenlenmelidir. Oksidatif stres, üriner sistemde taş oluşumuna ve birikimine aracılık eden mekanizmalardan biridir. Bu çalışmada, güçlü bir antioksidan olan melatoninin taş oluşumunu engelleyici ve taşa bağlı hasara karşı tedavi edici etkilerinin incelenmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Yaklaşık 3 aylık erkek, 250-300 gr ağırlığında 32 adet Wistar albino sıçan randomize edilerek eşit sayıda olmak üzere (n=8) kontrol (taşıyıcı uygulamalı), etilen glikol (EG), melatonin ön tedavili EG (Mel + EG + Mel) ve melatonin tedavili EG (EG + Mel) olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Taş hastalığı modeli oluşturulması için sıçanlara %0.75 EG içeren içme suyu 8 hafta süre ile verildi. EG + Melatonin ön uygulamalı grupta melatonin EG ile eş zamanlı başlanarak toplam 8 hafta, EG+Melatonin tedavili grupta ise 8 hafta EG verilirken 4. haftadan

itibaren melatonin 10 mg/kg ip olarak 4 hafta boyunca uygulandı. Çalışma sonunda hayvanlar metabolik kafeslere alındı ve idrarda kalsiyum, oksalat, sitrat ve kreatinin tayinleri için 24 saatlik idrar örnekleri toplandı. Ardından eter anestezisi altında intrakardiyak kan örnekleri alınan hayvanlar dekapite edildi ve böbrek dokuları alındı. Kan örneklerinde osteopontin ve N-asetil-β-glukozaminidaz tayinleri, böbrek dokularında ise histopatolojik ve biyokimyasal incelemeler ile glutatyon (GSH), malondialdehit (MDA), superoksid dismutaz (SOD), myeloperoksidaz (MPO), kaspaz-3, oksidatif DNA hasarı (8-OHdG), ve Matriks Metaloproteinaz-9 (MMP-9) tayinleri yapıldı.

**BULGULAR:** EG uygulaması kalsiyum düzeylerini kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaltmış, Mel + EG + Mel grubunda kontrol değerlere yaklaşmıştır. EG grubunda kontrole göre artan oksalat, sitrat ve kreatinin düzeyleri ise Mel + EG + Mel grubunda anlamlı olarak düzelmiştir. EG + Mel grubunda idrar parametreleri, EG grubuyla kıyaslandığında anlamlı düzelmeye göstermemiştir. Böbrek dokusunda oksidatif hasarın göstergesi olan MDA, MPO, 8-OHdG, kaspaz aktivitesi ve iNOS ve MMP-9 anlamlı olarak artmıştır.



**Tablo:** 24 saatlik idrar koleksiyonunda kalsiyum, oksalat, sitrat ve kreatinin seviyeleri ile böbrek dokusunda süperoksid dismutaz (SOD), myeloperoksidaz (MPO) aktiviteleri ve glutatyon (GSH) ve malondialdehit (MDA) seviyeleri.

	Control	EG	Mel+EG+Mel	EG+Mel
Calcium (mg/24 hours)	0.41 ± 0.02	0.23 ± 0.03 **	0.34 ± 0.03	0.29 ± 0.02 *
Oxalate (mg/24 hours)	0.77 ± 0.13	1.63 ± 0.22 *	0.77 ± 0.09 +	1.13 ± 0.30
Citrate (mg/24 hours)	5.62 ± 0.70	1.64 ± 0.48 ***	4.77 ± 0.50 ++	3.53 ± 0.57
Creatinine (mg/24 hours)	9.43 ± 0.78	4.52 ± 0.54 **	8.25 ± 0.94 +	4.23 ± 0.90 **, &
SOD (U/mg protein)	16.4 ± 1.4	7.6 ± 0.5 ***	12.21 ± 0.8 *, +	10.6 ± 0.4 ***
GSH (µmol/g)	3.5 ± 0.3	1.6 ± 0.2 ***	2.7 ± 0.3 +	2.1 ± 0.30 **
MDA (nmol/g)	5.6 ± 0.5	12.8 ± 1.0 ***	7.8 ± 0.9 ++	8.6 ± 0.9 +
MPO (U/mg protein)	1.8 ± 0.2	5.7 ± 0.6 ***	2.5 ± 0.4 +++	2.4 ± 0.3 +++

\*p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001: Kontrol grubuna göre.

+p<0.05, ++ p<0.01, +++ p<0.001: EG grubuna göre.

Ön uygulamalı melatonin grubunda bu değişiklikler geri çevrilirken EG + Mel grubunda GSH düzeyleri ve SOD aktivitesi dışındaki parametrelerde düzelme izlenmiştir. Histolojik bulgular da biyokimyasal bulguları desteklemiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Melatoninin güçlü bir antioksidan madde olarak üriner sistem taş hastalığının oluşumunu engellediği ve taş oluşmuş böbrek dokusunda, böbrek dokusunu taşa bağlı hasara karşı koruduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, melatoninin taş hastalardaki klinik kullanımında yeni bir alternatif yaklaşım olabileceğini düşündürmektedir.

SS-81

## SIÇAN TESTİSİNDEN DENEYSSEL OLARAK OLUŞTURULMUŞ İSKEMİ/ REPERFÜZYON HASARINDA TROMBOSİTTEN ZENGİN PLAZMANIN KORUYUCU ETKİSİ

Çağrı Akın Şekerci,<sup>1</sup> Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Tarık Emre Şener,<sup>1</sup> Göksel Şener,<sup>2</sup> Özge Çevik,<sup>3</sup> Ayşen Yarat,<sup>4</sup> Burçin Alev Tüzener,<sup>4</sup> Şule Çetinel,<sup>5</sup> Elif Kervancıoğlu,<sup>5</sup> Ahmet Şahan,<sup>1</sup> Cem Akbal<sup>1</sup>

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul
2. Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji, İstanbul
3. Cumhuriyet Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Biyokimya, İstanbul
4. Marmara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Biyokimya, İstanbul
5. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Embriyoloji, İstanbul

**AMAÇ:** Trombositten zengin plazma (TZP) içerdiği zengin büyüme faktörleri ile dokularda rejeneratif etkisi çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. Ancak yaygın bir problem olan testis torsiyonundaki iskemi/reperfüzyon (I/R) hasarı üzerine etkisi literatürde henüz araştırılmamıştır. Bu çalışmada TZP'nin erkek sıçan testisindeki I/R modeli üzerine uzun dönem etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** 24 adet yetişkin erkek Sprague-Dawley sıçan randomize olarak kontrol, I/R, I/R+PRP grupları olarak 3 gruba ayrıldı. Geriye kalan 6 adet sıçan TZP'nin hazırlanması için kullanıldı. Her üç gruba sağ orşiektomi uygulandı. İskemi sol testisin saat yönünde 720° çevrilmesi ve bir adet sütür ile tespit edilmesi ile oluşturulmuştur. 4 saat sonra sütür alınıp testis detorsiyone edilerek intratestiküler 10 µL (2000X109/L) dozunda TZP uygulandı. Hayvanlar 4 hafta sonra sakrifiye edildi. Plazma hormon düzeyleri ile testis dokusunda malondialdehit (MDA), glutatyon (GSH), süperoksit dismutaz (SOD), myeloperoksidaz

(MPO) düzeyleri ve caspase-3 aktivitesi ölçüldü.

**BULGULAR:** I/R hasarı sonrası doku MPO, caspase-3 ve MDA düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı arttı ve SOD ve GDH düzeylerinin ise düştüğü gösterilmiştir ( $p < 0.01$ ). TZP uygulanması sonrası SOD ve caspase-3 değerleri anlamlı olarak artarken ( $p < 0.01-0.001$ ) GSH' da anlamlı bir değişiklik olmadı. MDA ve MPO değerleri ise anlamlı olarak düştü ( $p < 0.01-0.001$ ) (Tablo 1). I/R grubunda kontrol grubuna göre testostereon düzeyleri anlamlı olarak düşük, TZP grubunda ise I/R grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (Tablo 2).

Tablo 1. Kontrol, I/R ve I/R+PRP gruplarında doku MPO, Caspase -3, SOD, MDA düzeyleri

\*  $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ : kontrol grubu ile karşılaştırıldığında

++ $p < 0.01$ , +++ $p < 0.001$ : I/R grubu ile karşılaştırıldığında

Tablo 2. Kontrol, I/R ve I/R+PRP gruplarında serum testostereon, FSH ve LH düzeyleri

\*  $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$ : kontrol grubu ile karşılaştırıldığında

++ $p < 0.01$ , I/R grubu ile karşılaştırıldığında

**ÇIKARIMLAR:** TZP'nin sıçan testisindeki I/R hasarında inflamatuvar ve oksidatif stres parametrelerini ile hormon değerlerini düzelterek uzun dönem koruyucu etkinliği gösterilmiş ve tüm bu bulgular histopatolojik değerlendirmeyle desteklenmiştir.

**Tablo 1:**

	Kontrol	I/R	I/R + PRP
MPO (U/mg protein)	0.68 ± 0.31	6.45 ± 1.76 ***	3.24 ± 1.80 *, ++
Caspase-3 activity (nmol pNA/min/mg protein)	1.68 ± 0.21	5.19 ± 1.15 ***	2.12 ± 0.45 ***
SOD (U/mg protein)	9.19 ± 1.27	6.79 ± 0.92 **	9.25 ± 1.10 ++
MDA (mmol/mg protein)	0.19 ± 0.01	1.19 ± 0.27 ***	0.71 ± 0.19 ***, ++
GSH (nmol/mg protein)	5.37 ± 1.31	2.75 ± 0.57 **	3.73 ± 1.51

**Tablo 2:**

	Kontrol	I/R	I/R + PRP
Testostereon (nmol/l)	10.1 ± 0.4	6.1 ± 0.3 ***	9.0 ± 0.6 ++
FSH (nmol/l)	4.5 ± 0.4	7.8 ± 0.5 ***	6.3 ± 0.5 *
LH (nmol/l)	3.0 ± 0.4	5.8 ± 0.5 **	2.9 ± 0.5 ++
MDA (mmol/mg protein)	0.19 ± 0.01	1.19 ± 0.27 ***	0.71 ± 0.19 ***, ++
GSH (nmol/mg protein)	5.37 ± 1.31	2.75 ± 0.57 **	3.73 ± 1.51

SS-82

## FARELERDE GENTAMİSİN İLE OLUŞTURULAN NEFROTOKSİSİTE ÜZERİNE KANTARON EKSTRESİNİN KORUYUCU ETKİSİ

H. Mahir Kaplan,<sup>1</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>2</sup> Fesih Ok,<sup>1,2</sup>  
İ. Halil Şükür,<sup>2</sup> Volkan İzol,<sup>2</sup> Ergin Şingirik<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Farmakoloji Bilim Dalı, Adana

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Hypericum perforatum tarla, yol ve orman kıyılarında, tepelerde ve çayirlarda Temmuz'dan Eylül'e kadar çiçeklenen ve ülkemizde, sari kantaron, kanotu, kiliçotu, mayasilotu ve yaraotu gibi adlara sahip ve bazı hastalıklara karşı yöresel insanlar tarafından kullanılan bitkidir ve yapılan çalışmalarda anti inflamatuvar etkinliği gösterilmiştir. Bu nedenle kantaron bitkisinin gentamisin ile oluşturulan nefrotoksiste üzerinde koruyucu etkinliği olup olmayacağını planladık.

**YÖNTEM:** Fareler kontrol, gentamisin ve gentamisin ile birlikte keten yağı uygulanan olarak üç gruba ayrıldı. Farelere 9 gün 100 mg/kg gentamisin ve gentamisinle birlikte 70 mg/kg kantaron ekstresi ve kontrol grubuna da serum fizyolojik intraperitoneal olarak verildi. Böbreklerdeki siklooksijenaz-2, fosfolipaz A2 ve indüklenebilir nitrik oksit sentaz (iNOS) enzimleri ELISA yöntemiyle analiz edildi.

**BULGULAR:** Farelere gentamisin uygulaması böbreklerde siklooksijenaz-2(COX-2), fosfolipaz A2 ve iNOS enzimlerinin ekspresyonlarını kontrol grubuna göre anlamlı oranda arttırdığı görüldü(p<0,05). COX-2 ve iNOS enzim seviyeleri gentamisin uygulanan grupta gentamisin ile birlikte kantaron ekstresi uygulanan gruba göre anlamlı derecede yüksek saptandı(p<0,05). Fosfolipaz A2 enzim seviyesi gentamisin ve gentamisin ile birlikte kantaron ekstresi uygulanan gruplarda benzer seviyelerde ölçülürken (p>0,05) kontrol grubunda anlamlı olarak daha düşük saptandı(p<0,05). Gentamisin uygulanan farelere kantaron ekstresi verilmesi gentamisinin neden olduğu siklooksijenaz-2 ve indüklenebilir nitrik oksit sentaz eniminin artışını azaltırken fosfolipaz enzimindeki artışa engel olmadığı görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamız gentamisin uygulamasının nefrotoksiste neden olduğunu ve bu toksik etkiye karşı kantaron bitkisinin ekstresinin kullanılmasının yararlı olacağını göstermiştir.

SS-83

## BİLATERAL KAVERNOZAL SINİR HASARI OLUŞTURULAN SIÇANLARDA RİBOFLAVİN TEDAVİSİNİN ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Hasan Hüseyin Tavukçu,<sup>1</sup> Tarık Emre Şener,<sup>2</sup> Ömercan Albayrak,<sup>3</sup> Özge Çevik,<sup>4</sup> Mehmet Erşahin,<sup>5</sup> Şule Çetinel,<sup>6</sup> Nurdan Bülbül,<sup>6</sup> Göksel Şener<sup>3</sup>

1. İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

2. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

3. Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul

4. Cumhuriyet Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Sivas

5. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Beyin Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

6. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Prostat kanser cerrahilerinde yapılan radikal prostatektomi sırasında kavernoza sinirlerde oluşabilen hasar bu hastalarda erektil disfonksiyona (ED) neden olabilmektedir. Çalışmamızın amacı radikal prostatektomi sonrasında ortaya çıkabilecek olan ED tedavisinde riboflavinin (Rb) olası etkilerinin araştırılmasıdır.

**YÖNTEM:** Sprague Dawley erkek sıçanlar kontrol (K), bilateral kavernoza sinir hasarı (KSH), KSH+Rb ve Rb +KSH+ Rb olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Kavernoza sinir hasarı oluşturmak için anestezi altında pelvik bölgeye yapılan insizyonu takiben major pelvik gangliyon ve kavernoza sinir bulunarak gangliyonun 5 mm distaline bulldog klemplere yerleştirildi ve 30 saniye bekletildi. Klempler alındıktan sonra 30 saniye ara verildi ve tekrar yerleştirilerek 30 saniye daha bekletildi. Bu süre sonunda klempler alındı ve kesi yeri kapatıldı. KSH grubuna ve taklit operasyonu yapılan K grubuna operasyon sonrası başlayarak 15 gün süreyle Rb çözünürü karboksimetil selüloz uygulandı. Ön-tedavili KSH grubunda cerrahiden 1 hafta önce başlayarak toplam 3 hafta ve KSH+Rb grubuna ise cerrahiden sonra 2 hafta süreyle 30 mg/kg dozunda Rb uygulandı. Deney sonunda intrakavernosal basınç (İKB) ve ortalama arteriyel basınç (OAB) ölçümü yapılan hayvanlar dekapite edildi. Kavernoza doku örneklerinde malondialdehit (MDA), c-GMP ve sinir büyüme faktörü (nerve growth factor; NGF) düzeyleri ile süperoksid dismutaz (SOD) ve total nitrik oksit sentaz (NOS) aktiviteleri ölçüldü. Dokuların iNOS ve nNOS protein ekspresyonları Western blot yöntemi ile tayin edildi. Dokular ayrıca histolojik olarak da incelendi.

**BULGULAR:** Kavernoöz sinir hasarı İKB/OAB değerlerinde anlamlı azalmaya ( $p<0.01$ ) neden olurken hasar öncesinde başlayan Rb tedavili grupta bu değerler kontrole yaklaşmış olarak bulundu. (Şekil 1) KSH grubunda doku MDA düzeylerinin ve NOS aktivitesinin anlamlı olarak arttığı ( $p<0.01-0.001$ ), c-GMP ve NGF düzeyleri ile SOD aktivitesinin anlamlı olarak azaldığı ( $p<0.05-0.001$ ) belirlendi. Western blot analizinde alınan sonuçlara göre dokularda hasara bağlı olarak iNOS protein ekspresyonunun arttığı buna karşılık nNOS ekspresyonunun azaldığı görüldü. KSH sonrası uygulanan Rb tedavisi bu parametrelerdeki değişimleri geri çevirirken ön uygulamalı Rb tedavili gruplarda bu değerler kontrol gruba benzer düzeylere geldi.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda Rb, hasarlı kavernoöz dokuda antioksidan ve anti-inflamatuvar etki göstermiş ve böylece dokuyu koruyarak erektil fonksiyon kaybında iyileşme göstermiştir. Bu bulgular inflamasyon ve oksidatif stresin arttığı şartlarda Rb kullanımının faydalı bir tedavi yaklaşımı sağlayabileceğini düşündürmektedir.

SS-84

## NANO-TEKNOLOJİNİN ÜROLOJİDE KULLANIMI İÇİN YENİ BİR İLAÇ SALINIM SİSTEMİ: SİLİKA YAPILI NANOPARTİKÜLASYON İLE ÖN SONUÇLAR

Serkan Devenci,<sup>1,1</sup> Deniz Yücel,<sup>2</sup> Selçuk Keskin,<sup>3</sup> Merve Açıkıl Elmas,<sup>2</sup> Hakan Özveri,<sup>1</sup> Sibel Demirci,<sup>4</sup> İsmail Seçkin,<sup>4</sup> Serap Arbak,<sup>5</sup> Ahmet Şahin<sup>1</sup>

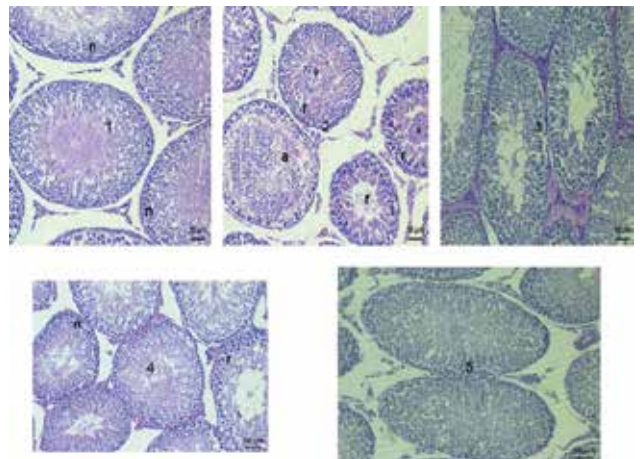
1. Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji Anabilim Dalı, İstanbul
3. Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
4. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Histoloji, İstanbul
5. Acibadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji, İstanbul

**AMAÇ:** Araştırmanın amacı ürolojik hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların nanopartikülasyon yoluyla verildiğinde etkinliğini incelemek üzere ileride yapmayı planladığımız in-vitro çalışmalar için bir model ilaç salınım sistemi oluşturmaktır. Sistemi toksik açıdan incelemek için ise öncelikle spermatogenez üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmada 1) Sprague - Dawley erkek sıçanlardan oluşan Kontrol gurubu; 2) Nanopartiküllerin lokal uygulama grubu ve 3) Oral uygulama grubu bulunmaktadır. Çalışmada

(NanoXact™ Silica, NanoComposix, Inc) silika nanopartikül çözeltisi oral uygulama grubuna gavaj yöntemiyle 20 mg/kg ve lokal uygulama grubuna da topikal olarak penise 2mg/cm<sup>2</sup> olacak şekilde toplam 35 gün boyunca uygulanmıştır. 35. günün sonunda sıçanlar anestezi altında sakrifiye edilerek dokular alınmıştır. Dokular, ışık mikroskopik incelemeleri için %10 tamponlu formalinde fikse edilmiştir. Takiben yükselen alkol serilerinden geçirilerek dehidrate edilmiş ve ksilen ile şeffaflaştırma sonrası parafin içine gömülerek bloklanmıştır. Parafin bloklardan yaklaşık 5 µm kalınlığında alınan kesitler morfolojik değerlendirme ve kantitatif analiz yapabilmek için H&E boyası ile bazal membrandaki değişiklikleri göstermek için de PAS reaksiyonu ile boyanmışlardır. Histopatolojik hasar ışık mikroskobu ve elektron mikroskobu ile belirlenmiştir. Histopatolojik skor değerlendirmesi, rastgele 4 alanda, x200 büyütme altında fotomikroskop ile görüntü alınarak yapılmıştır.

**BULGULAR:** Oral nanopartikül uygulanan gruba ait H&E ile boyanmış kesitlerde seminifer tübüllerdeki spermatogenez seride hücresel kayıp ve hücrelerde ileri derecede hasar gözlenmiştir. Bu grupta regresif, degeneratif ve atrofik tübül sayısının kontrol grubuna kıyasla arttığı, normal tübül sayısının ise istatistiksel olarak azaldığı saptanmıştır ( $p < 0.05$ , One way Anova, Graphpad 5.0). PAS ile boyanmış kesitlerde ise, seminifer tübüllerin bazal membran yapısında da bozulmaların ve düzensizliklerin olduğu görülmüştür. Lokal nanopartikül uygulanan gruba ait kesitlerde, Oral nanopartikül uygulanan gruba kıyasla normale yakın testis yapısı gözlemlendi. Bu grupta seminifer tübüllerin genel olarak bazal membran yapısının düzenli olduğu ve bazı tubüllerde kontür düzensizlikleri olduğu izlenen diğer bulgular arasında idi. İstatiksel açıdan incelendiğinde, oral uygulama grubunda lokal uygulamaya kıyasla dejeneratif ve atrofik tübül sayısının daha fazla olduğu gözlenmiştir



(Şekil 1-5). Geçirimli elektron mikroskopik düzeyde incelendiğinde; Lokal nanopartikül uygulanan grupta, oral nanopartikül uygulanan grupta izlenen doku hasarı bulguları oldukça azalmış olup, seminer tübül germinal epitel yapısında hücrelerarası hafif ayrılma alanları ve yer yer vakuolizasyon izlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Elde edilen ön sonuçlar nanopartiküllerin dokuya geçtiğini ve lokal olarak uygulandığında testis dokusu üzerinde toksik etkisinin oldukça düşük olduğunu göstermektedir.

SS-85

## E-KADERİN PROMOTÖR POLİMORFİZMLERİ RS16260 VE RS5030625 İLE NEFROLİTAZİS RİSKİ ARASINDA İLİŞKİ OLABİLİR Mİ?

Çiğdem Dönmez,<sup>1</sup> Ece Konaç,<sup>1</sup> Batuhan Aydoğan,<sup>2</sup>  
Cenk Yücel Bilen<sup>2</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik, Ankara  
2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Çalışmamızda, e-kaderin (CDH1) geninin -160 C> A (rs16260) ve -347 G> GA (rs5030625) düzenleyici bölgelerindeki tek nükleotid polimorfizmleriyle (rSNP) böbrek taşı oluşumu arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Çalışmada, 101 kalsiyum oksalat böbrek taşı hastası ve 114 sağlıklı kontrolün genomik DNA'ları polimeraz zincir reaksiyonu- restriksiyon fragmanları uzunluk polimorfizmi yöntemi (PCR-RLFP) kullanılarak, her iki polimorfizm için taranmıştır. Ayrıca, CDH1'e ait 2 SNP'nin haplotip frekansları da analiz edilmiştir. Böbrek taşı hastalığının klinikopatolojik özellikleri ile CDH1 geninin SNP ilişkisini belirlemek için, neredeyse tüm olası etyolojik faktörler belgelenmiştir. Bu faktörler; aile öyküsü, cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi, sıvı tüketimi, beslenme alışkanlıkları, çay-kahve ve et (oksalat bakımından zengin) tüketimi, yeterli fiziksel aktivite ve tüm serum ve idrar seviyeleri - Na, K, Cl, fosfat, Ca, Mg, ürik asit ve albuminin serumdaki düzeyleri, kan üre azotu (BUN), kreatinin ve serum paratiroid hormonunun (PTH) yanısıra 24 saatlik idrardaki kreatinin, Na, K, Cl, fosfat, Ca, Mg, sitrat, oksalat, ürik asit, albumin ve BUN düzeyleridir.

**BULGULAR:** rs16260 polimorfizmi ve böbrek taşı oluşturma riski arasında önemli bir ilişki bulunmuştur. CDH1 geni rs16260 polimorfik bölgesinde CA genotipine sahip hastaların AA genotipini taşıyanlara

göre böbrek taşı oluşumu riskini yaklaşık olarak üç kat arttırdığı belirlenmiştir (%95 CI: 1.08 - 7.28, OR: 2.8, P=0.033). Ayrıca A alleli taşımayan bireylerde (CC genotipli) serum kalsiyum (p = 0.027) ve 24 saatlik idrar magnezyum seviyesi (P = 0.042) gibi klinikopatolojik özellikler ile ilişkili olarak böbrek taşı oluşturma riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunlara ek olarak, CA genotipi ve serum kalsiyum düzeyleri (p = 0.041) arasında doğru orantılı bir ilişki bulunmuştur. rs5030625 polimorfik bölgesinde genotipler ve alellerin dağılımı bakımından hasta ve kontroller arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (P> 0.05). Aynı şekilde, haplotip analizine göre rs16260 ve rs5030625 polimorfik bölgeleri haplotipleri ve böbrek taşı hastalığına yatkınlık arasında bir ilişki bulunmamıştır (P> 0.05).

**ÇIKARIMLAR:** CDH1 geninin rs16260 düzenleyici varyantları böbrek taşı oluşumuna yatkınlıkta etkili olabilir. Bu nedenle, bu verilerin hastalığın patofizyolojik mekanizmalarının anlaşılması ve ilaç tedavisi için yeni hedefler ortaya koyması açısından önemli sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir. Bu çalışma; Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma (BAP) (Proje Kod No: 01/2015-13) ve ÖYP Fonu ile desteklenmiştir.

SS-86

## DENEYSEL TESTİS İSKEMİ REPERFÜZYON HASARINDA PYRROLİDİNE DITHIOCARBAMATE'İN ETKİNLİĞİ

Eray Kemahlı,<sup>1</sup> Mevlüt Yıldız,<sup>2</sup> Tülin Fırat,<sup>3</sup>  
Mehmet Emin Özyalvaçlı,<sup>4</sup> Uğur Üyetürk,<sup>1</sup> Burak Yılmaz,<sup>5</sup>  
Adnan Gücük,<sup>6</sup> Ahmet Metin,<sup>1</sup>

1. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Bolu

2. Düzce Devlet Hastanesi, Üroloji, Düzce

3. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Histoloji, Bolu

4. DiĞER, Bolu

5. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji ABD, Bolu

6. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji ABD, Bolu

**AMAÇ:** Çalışmamızda bir antioksidan ve NF-kB inhibitörü olan Pyrrolidone dithiocarbamate (PDTC) molekülünün iskemi reperfüzyon hasarını önlemedeki rolünü araştırmayı planladık.

**YÖNTEM:** Wistar-Albino 21 erkek rat her grupta 7 rat olacak şekilde 3 gruba ayrıldı; sham grubu (grup

1), iskemi-reperfüzyon (I/R) grubu (grup 2) ve tedavi (I/R + PDTC) grubu (grup 3). Sham grubu hariç tüm gruplarda sol testisler 4 saat süre ile 720 derece torsiyone edildi. Detorsiyondan 15 dakika önce 3. gruba intraperitoneal olarak 100 mg/kg dozunda PDTC verildi. Bir saat reperfüzyon periyodundan sonra tüm ratlara sol orşiektomi yapıldı ve intrakardiyak 5ml kan örneği alındı. Kanda süperoksit dismutaz (SOD) aktiviteleri ve Malondialdehit (MDA) seviyeleri ölçüldü ve histopatolojik örnekler alındı.

**BULGULAR:** Grup 2 de IR hasarını gösterecek şekilde kan SOD düzeylerinde azalma, MDA değerlerinde artma ve histopatolojik Johnson skorunda kötüleşme mevcuttu. ( $p<0,05$ ) PDTC verilen grup 3 te ise bu parametreler açısından kontrol grubu ile benzer sonuçlar tespit edildi ( $p>0,5$ ). Histopatolojik değerlendirme PDTC nin testiküler hücre hasarını azalttığını gösterdi.

**ÇIKARIMLAR:** Ratlarda iskemi-reperfüzyonun neden olduğu testis hasarından korumada PDTC'nin faydalı bir ajan olduğunu göstermiştir.

**AMAÇ:** Üst üriner sistem obstrüksiyonları, tedavi spektrumunu oldukça geniş patolojilerdir. Bu çalışmada feniramin maleat ve zofenoprilin tek taraflı üreter obstrüksiyonunda, böbrekte meydana gelen hasarlanmaya olan antioksidan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Yöntem Sprague-Dawley cinsi dişi 240-300 gr ağırlığında 24 rat 4 gruba ayrıldı.

İlk grup Sham grubu olacak Grupta altı denek yer alacaktır. Abdominal boşlukta sağ böbrek üreteri bulunduktan sonra tabakalar tekrar usulüne uygun şekilde kapatılacaktır. Bahsedilen cerrahi işlemler sonrasında sağ nefrektomi uygulanacaktır.

İkinci grup Altı denekten oluşacak. Abdominal boşlukta sağ böbrek üreteri bulunduktan sonra üreter 2.0 ipek ile psoas kasının içine parsiyel obstrüksiyon yapılacak şekilde bağlanacak. Ardından tabakalar anatomik şekilde kapatılacak ve bu ratlara herhangi bir etken madde verilmeyecektir. 14 gün bitiminde ratların aynı yöntemle abdomen insizyonlarından girilecek ve ratlara sağ nefrektomi uygulanacaktır.

Üçüncü grup Altı denekten oluşacak. Abdominal boşlukta sağ böbrek üreteri bulunduktan sonra üreter 2.0 ipek ile psoas kasının içine parsiyel obstrüksiyon yapılacak şekilde bağlanacak. Ardından tabakalar anatomik şekilde kapatılacak ve bu ratlara 14 gün boyunca Feniramin Maleat 10/mg/kg/gün i.p uygulanacak. 14 gün bitiminde ratların aynı yöntemle abdomen insizyonlarından girilecek ve ratlara sağ nefrektomi uygulanacaktır.

Dördüncü grup Altı denekten oluşacak. Abdominal boşlukta sağ böbrek üreteri bulunduktan sonra üreter 2.0 ipek ile psoas kasının içine parsiyel obstrüksiyon yapılacak şekilde bağlanacak. Ardından tabakalar anatomik şekilde kapatılacak ve bu ratlara 14 gün boyunca p.o zofenopril 10 mg/kg/gün uygulanacak. 14 gün bitiminde ratların aynı yöntemle abdomen insizyonlarından girilecek ve ratlara sağ nefrektomi uygulanacaktır. Deney sonunda alınacak doku ve kan örnekleri biyokimyasal olarak TAS, TOS, OSI, PON parametreleri ile değerlendirilecek, patolojik olarak hücre değerlendirilmesi yapılacaktır.

SS-87

## TEK TARAFLI ÜRETER OBSTRÜKSİYONU OLUŞTURULAN RATLARDA FENİRAMİN MALEAT VE ZOFENOPRİL'İN BÖBREK ÜZERİNE ETKİLERİ

Ercan Yuvaçç, <sup>1,1</sup> Devrim Tuğlu, <sup>1</sup> Tunç Ozan, <sup>2</sup> Üçler Kısa, <sup>3</sup> Mahi Balcı, <sup>4</sup> Ertan Batıslam, <sup>5</sup> Erdal Yılmaz<sup>5</sup>

1. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

2. Firat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

3. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kırıkkale

4. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

5. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Tablo

	Grup 1 (n =6)	Grup2 (n =6)	Grup 3 (n = 6)	Grup 4 (n = 6)	P
	(Sham)	(PUJO)	(PUJO+ DH)	(PUJO+ ZO)	(ANOVA)
TAC (nmol Trolox Equiv. per mg protein)	0,68±0,08	0,82±0,04	0,91±0,01	0,98±0,03	P<0,001
TOS (nmol H2O2 Equiv. per mg protein)	19,18±0,52	25,33±3,89	15,28±1,24	13,82±2,51	P<0,001
OSI (arbitrary unit)	28,82±4,26	30,97±3,97	17,22±1,61	14,17±3,22	P<0,001
PON (mUI/ml)	42,8±1,4	33,2±2,5	56,6±2,3	72,3±1,9	P<0,001

**BULGULAR:** Doku TAS düzeyleri Grup 2'ye göre Grup 3 ve 4'te istatistiksel olarak anlamlı. Doku TOS değerleri Grup 2'ye göre Grup 3 ve 4'de istatistiksel olarak anlamlı bir azalma. Doku OSI parametresi incelendiğinde Grup 2'ye göre Grup 3 ve 4'de OSI değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma saptandı. Serum PON değerleride Grup 1 ve 2'ye göre Grup 3 ve 4'de istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdi. Histopatolojik olarak interstisyel inflamasyon ve konjesyonun kontrol grubuna göre feniramin maleat ve daha da fazla olmak üzere Zofenopril grubunda azaldığı tesbit edilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızdan elde edilen bu sonuçlarla Feniramin maleat ve Zofenopril'in Parsiyel Ureteral obstrüksiyon durumlarında antioksidan etkisi ve doku hasarlanmasını azaltıcı etkilerinin olacağı kanısına varılmıştır.

# SERBEST BİLDİRİLER 15 (KONTİNANS VE DİĞER KONULAR)

5 Kasım 2016 / Salon G / 16:00-17:00

Oturum Başkanları: Ali Memiş, Abdullah Göğer



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-88

## İLK ANTİKOLİNERJİK İLAÇ TEDAVİSİNE DİRENÇLİ AŞIRI AKTİF MESANE TANILI HASTALARDA İKİLİ ANTİKOLİNERJİK İLAÇ KULLANIMI FAYDALI OLABİLİR Mİ?

Oğuz Mertoğlu,<sup>1</sup> Taha Çetin,<sup>1</sup> Yusuf Özlem İlbey,<sup>1</sup>  
Zafer Kozacıoğlu<sup>1</sup>

1. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Aşırı aktif mesane (AAM) tanılı hastaların tedavisinde, antikolinerjik ilaç etkinliği, ilaç çalışmalarının aksine, uzun süreli kullanımda hasta tercihi açısından tartışmalıdır. Bir yılın sonunda, hastaların ancak % 25'i ilaç kullanımına devam etmektedir. Ne kadar da aynı etkiye sahip olduğu belirtilse de, antikolinerjik ilaçlar kimyasal içerik (tersiyer veya kuarterner amin) ve salınım süresi açısından (uzun, kısa) birbirinden farklıdır. Bu farklılıkları nedeniyle, bu ilaçların kombine kullanımını düşünebilir.

Nörojenik alt üriner sistem semptomu olan hastalarda ikili antikolinerjik kullanımının raporlanması ardından, iidiyopatik AAM'de, tek ilaç kullanımının fayda görmeyen hastalarda, ikili ilaç kullanımının faydasını araştırdık.

**YÖNTEM:** Hastanemizin kontinans polikliniğinde, AAM tanısıyla takip edilen hastaların kayıtlarını retrospektif araştırdık. Hasta tedavi planında, antikolinerjik ilaç olarak, bir veya farklı ikinci bir ajan kullanımında fayda görmeyenleri, ikili antikolinerjik tedaviye almıştık. Yeni antikolinerjik ilaç kullanımında, farklı molekülden ve biri kısa etkili diğeri uzun salınımlı olmak üzere, iki antikolinerjik kullanılmıştı. Tedavide tropsiyum 30 mg tek doz sabah ve solifenasin 10 mg akşam kullanıldı. Hastaları mesane günlükleriyle takip etmiştik. İnceleme sonucunda % 50 'den fazla semptomlarda (sıklık, kaçırma) azalmayı tedaviden fayda görüyor olarak

nitelendirdik.

**BULGULAR:** Şimdiye kadar tedavi görmüş 12 hastanın sonuçları incelendi. (9 kadın, 3 erkek) Ortalama yaş 61 (38-77). Ortalama ilaç kullanma süresi 23,4 ay (10-64 ay) idi. 8 hasta (% 75) ilaçtan fayda gördü. Ortalama idrar sıklıkları 10 'dan (8-12) 5'e (4-6) düşerken, hastalardaki idrar kaçırma sayıları ortalama günde 3 'den 0-1'e düşmüştür.

**ÇIKARIMLAR:** Antikolinerjik ilaçlar, tek başına, her AAM tanılı hasta için faydalı olamamaktadır. İkili antikolinerjik kullanımının küçük bir grup ta olsa, ortalama 23 ay sene gibi sürede, fayda gösterdiğini görmekteyiz. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, belli standartlar çerçevesinde, alternatif bir tedavi biçimi olabilir.

SS-89

## İDRAR KAÇIRAN KADINLARDA İNSİDANS VE YAŞAM KALİTESİNDE 5 YILLIK DEĞİŞİM: TOPLUMA DAYALI BİR İZLEM ÇALIŞMASI

Pınar Okyay,<sup>1</sup> İzzet Koçak,<sup>2</sup> Mete Önde,<sup>1</sup> Tuba Uslay  
Keskin,<sup>1</sup> Erdal Beşer<sup>1</sup>

1. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Halk Sağlığı, Aydın

2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Aydın

**AMAÇ:** Bu çalışmada idrar kaçırın kadınlarda 5 yıllık izlem sonrası insidans ve prevelans oranlarındaki değişimi, ilişkili risk faktörleri ve yaşam kalitesi değişikliklerini belirlemek amaçlandı.

**YÖNTEM:** Çalışmamız topluma dayalı bir izlem çalışmasıdır. Çalışma grubu, bir önceki çalışmamızın katılımcıları (n= 200) idi. İstatiksel değerlendirmede McNemar Ki-kare ve McNemar-Bowker testi kullanılmıştır. Tip 1 hata 0.05 olarak ifade edilmiştir. Çalışma Etik Komite tarafından onaylanmış, Adnan Menderes Üniversitesi (TPF-09020) projesi ile desteklenmiştir.



**BULGULAR:** Toplam 148 (%74.0) kadın çalışmaya katılmıştır. Beş yıl önce, bu kadınlarda idrar kaçırma prevalansı (n= 34) %23.9 idi. Bu 34 kadından 2'si bu çalışmada artık daha çok kaçırmaktaydı. İlaveten 12 (%8.1) kadın bu dönemde idrar tutamaz hale gelmiştir. Çalışmamızda idrar kaçırma prevalansı %29.7 olarak bulundu. İdrar kaçırmadaki artış %6.7 (p = 0.013) olarak anlamlı bulundu. İnsidans hızı beş yıllık dönemde %10.5 (12/114) idi. İdrar kaçıran kadınların %54.5'u (n= 24), günde en az bir kez idrar kaçırdığını belirtti. Bu şekildeki kaçırma yakınmasındaki artış oranı %10.4 idi. İdrar kaçırmının günlük yaşamını etkilemesinden şikayetçi 36 kadın (%81.8) vardı. (p>0.05). Bunlardan 7'si alışveriş veya gezilerinin, 3'ü iş ve arkadaşlıklarının, sadece biri cinsel yaşamının olumsuz etkilendiğini ifade etti. Anksiyete ve sinirlilik hissi 19 (%43.2) kadında, ped/koruyucu kullanma gereksinimi 5 (%34.1) kadında mevcuttu. 30 (%75.0) kadın tıbbi yardım almazken, sadece 7 (%17.5) bunu gerçekleştirmişti. Üç kadın (% 7.5) yardıma gereksinim duymadığını belirtirken, sadece üç kadın kaçırmaya yönelik ilaç kullanmıştı. Bu parametrelerde önceki ve mevcut çalışmamızın bulguları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunamadı.

**ÇIKARIMLAR:** Kadınlarda idrar kaçırma prevalansı ve idrar kaçırmının sıklığı 5 yıl içerisinde artmıştır.

SS-90

## AŞIRI AKTİF MESANELİ HASTALARDA DYNAMİK PUPİLLOMETRİ İLE OTONOMİK GÖRÜNTÜLEME SONUÇLARI

Yasin Aydoğmuş,<sup>1</sup> Salih Uzun,<sup>2</sup> Fatih Çakır Gündoğan,<sup>3</sup> Turgay Ebişoğlu,<sup>1</sup> Mustafa Tuğrul Göktaş<sup>4</sup>

1. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Etimesgut Asker Hastanesi, Göz Hastalıkları, Ankara

3. Gülhane Askeri Tıp Akademisi - Gata, Göz Hastalıkları, Ankara

4. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farmakoloji, Ankara

**AMAÇ:** Aşırı aktif mesane hastalarında otonom sini sistemi disfonksiyonunun dinamik pupillometri (DP) ile değerlendirilmesi, antimuskarinik tedavinin etkisinin değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza idiopatik aşırı aktif mesane (AAM) tanısı almış primer 40 bayan hasta ve 40 sağlıklı bayan kontrol öge dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların demografik verileri kaydedilmiştir. AAM tanısı Uluslararası Kontinans Derneği kılavuzlarına göre konmuş, ICIQ-SF-Türkçe formu hasta ve kontrol tüm katılımcılara uygulanmıştır. AAM grubuna 3 günlük işeme günlüğü, üroflow ve rezidüel idrar değerlendirmesi yapılmıştır. Çalışma başlangıcında hastanemiz göz kliniğininde bulunan sistem ile (MonPack One, Metrovision, France) çalışma ve kontrol grubuna pupillometrik değerlendirme yapılmıştır. Çalışma grubuna tedavi amaçlı solifenasin 5mg/gün başlanmış ve tedavinin otuzuncu gününde çalışma grubuna tekrar pupillometrik ölçüm yapılmıştır. Başlangıç-maksimum-minimum-ortalama pupil çapları, kontraksiyon ve dilatasyon latansları ve süreleri, kontraksiyon amplitüdüleri, kontraksiyon ve dilatasyon hızları ölçülmüştür.

**BULGULAR:** Çalışmamız 36 AAM hastası ve 40 kontrol ögesiyle tamamlanmıştır. Çalışma ve kontrol grubunun demografik verileri ve tanısız bulguları tabloda belirtilmiştir. Başlangıç-minimum ve ortalama pupil çapları kontrol grubundan anlamlı olarak düşük saptanmıştır (p=0.007,=0.002,=0.001). AAM hastalarında pupil kontraksiyon, dilatasyon

**Tablo 1:** Çalışma ve kontrol gruplarının demografik ve klinik verileri [mean ± standard deviation (minimum–maximum)]

		Aşırı Aktif Mesane n=40	Kontrol n=40	p
Yaş		32.6±12.1(20-56)(27)	28.5±12.1(20-45)(26.5)	0.29
BMI		22.6±1.9(20-27)	22.7±2.6(19-28)	0.75
ICIQ-SF-T skor		18.3±1.8(15-21)(18)	3.9±0.3(1-7)(4)	<0.001
Uroflow	Max.Akım	27.6±4.5(20-37)		
	Med.Akım	15.7±2.9(11-22)		
İdrar hacmi		299±77.3(160-450)		
Rezidüel hacim		14.7±11.3(0-38)		
İşeme Sıklığı	<0.5 saat	5		
	0.5-1 saat	18		
	1-2 saat	17		
	>2 saat	-		

latansları ve pupil kontraksiyon süreleri anlamlı olarak uzun tespit edilmiştir ( $p=0.02, =0.02, =0.02$ ). Diğer parametrelerde anlamlı fark saptanmamıştır.

Tedavi sonrası AAM hastalarında pupil kontraksiyon ve dilatasyon latansları ve pupil kontraksiyon süreleri anlamlı olarak kısalmıştır ( $p<0.001, <0.001, <0.001$ ). Pupil dilatasyon hızları ise anlamlı olarak uzamıştır ( $p<0.001$ ). Diğer parametrelerde anlamlı değişim izlenmemiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda, AAM hastalarında otonom disfonksiyon DP ölçümleri ile tespit edilmiştir. Tedavi sonrası belirtilen bulgularda anlamlı düzelmenin saptanması, antimuskarinik tedavinin otonom disfonksiyon üzerine olumlu etkiler meydana getirdiğini ortaya koymaktadır.

SS-91

## İNVAZİV ÜRETİLYAL KARSİNOM TANISIYLA YAPILAN RADİKAL SİSTEKTOMİ MATERYALİNDE KONKOMİTANT KARSİNOMA İN SİTU SAPTANMASININ ONKOLOJİK SURVEYE ETKİSİ

Emin Taha Keskin,<sup>1,1</sup> Erdem Öztürk,<sup>1</sup> Taha Numan Yıkılmaz,<sup>1</sup> Halil Çağrı Aybal,<sup>1</sup> Halil Başar<sup>1</sup>

1. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Kliniğimizde invaziv üretelyal karsinom tanısı ile radikal sistektomi yapılan 73 hastanın TUR patolojisinde saptanmayıp sistektomi materyalinde konkomitant olarak saptanan üretelyal karsinoma insitu (CIS) birlikteliğinin onkolojik sağkalım üzerine etkisini araştırdık.

**YÖNTEM:** 2006 - 2011 yılları arasında kliniğimizde invaziv üretelyal karsinom tanısı ile radikal sistektomi yapılan 73 hasta çalışmaya dâhil edildi. Retrospektif olarak değerlendirilen bu 73 hastanın 14'ünün sistektomi spesmeninde invaziv üretelyal karsinom yanında üretelyal CIS saptandı. Sadece invaziv üretelyal karsinom tanılı 59 hasta ile konkomitant CIS tanılı 14 hastanın 5 yıllık genel ve hastaliksız sağkalım sonuçları değerlendirilmiş olup istatistiksel olarak anlamlılığını araştırdık.

**BULGULAR:** Çalışmamıza dâhil edilen 6'sı kadın (%8) 73 hastanın yaşları 49 ile 72 arasında değişmekte olup ortalama 63 olarak hesaplandı. Tüm hastaların TUR patolojileri invaziv üretelyal karsinom

olup hastaların TUR spesmeninde CIS saptanmadı. TUR spesmeninde invaziv üretelyal karsinom patolojisini takiben yapılan radikal sistektomi spesmeninde birinci grup olarak değerlendirilen 59 hastada (%80,8) sadece invaziv üretelyal karsinom saptanmış olup ikinci grup olarak değerlendirilen 14 hastada (%19,2) ise invaziv üretelyal karsinom patolojisinin yanında konkomitant olarak üretelyal karsinoma in situ saptanmıştır. Hastaların 5 yıllık takiplerinin sonucunda birinci gruptaki 59 hastanın 38'i (%64,4) 5 yıllık hastaliksız sağkalım oranına sahip olduğu, 3 hastanın (%5) rekürrens saptanmadan başka nedenlere bağlı olarak ex olduğu, kalan 18 hastada ise (%30,5) mesane kanserine bağlı rekürrens saptanıp ve rekürrens saptanan bu 18 hastanın 14'ünün mesane kanserine bağlı hayatını kaybettiği saptandı. Aynı şekilde ikinci gruptaki 14 hastanın 5 yıllık takibine bakıldığında 4 hastanın ex olduğu ve ex olan hastaların 3'ünün mesane kanserine bağlı olduğu 1inin ise diğer nedenlere bağlı ex olduğu saptanıyor. Kalan 10 hastanın 9'unun (%64,4) 5 yıllık hastaliksız sağkalıma sahip olduğu, sadece 1 (%7) hastada ise takiplerinde rekürrens saptandığı görüldü. Aynı şekilde 5 yıllık genel sağ kalım oranlarına bakıldığında ise her iki grupta da %71 olarak hesaplanmış olup bir fark izlenmemiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Bizim çalışmamızda TUR patolojisinde saptanmayıp sistektomi materyalinde konkomitant olarak üretelyal karsinoma insitu saptanmasının genel ve 5 yıllık sağ kalım üzerine istatistiksel olarak bir etkisinin olmadığı saptandı. Ancak hasta sayısının kısıtlı olması nedeniyle daha net sonuçları ortaya koyabilmek için daha geniş hasta sayısına sahip prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

SS-92

## AMERİKAN ANESTEZİ BİRLİĞİ SKORUNUN RADİKAL PROSTATEKTOMİ KOMPLİKASYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Taha Numan Yıkılmaz,<sup>1,1</sup> Serdar Toksöz<sup>2</sup>

1. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Samandağ Devlet Hastanesi, Üroloji, Hatay

Tablo

Clavien classification		ASA 1-2		ASA 3		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grade 0	Non- complication	126	74.6	26	46.5	152	67.6
Grade I (21)	Fewer	2	1.2	6	10.7	8	3.9
	UTI	1	0.6	3	5.3	4	1.9
	Wound infection	2	1.2	2	3.6	4	1.9
Grade II (37)	Anastomotic leakage	3	1.8	2	3.6	5	2.1
	ES	22	13.0	9	15.9	31	13.7
Grade IIIa (6)	DVT	2	1.2	4	7.2	6	2.4
	Lymphorrhoea	3	1.7	2	3.6	5	2.1
Grade IIIb (5)	Nefrostomy	1	0.6	-	-	1	0.4
Grade IVa (4)	Anastomotic strictures	4	2.3	1	1.8	5	2.1
	Rectal injuries	3	1.8	1	1.8	4	1.9
Total (73)		169	100.0	56	100.0	225	100.0

**AMAÇ:** Bu çalışmada Amerikan Anestezi Birliği (ASA) skorunun radikal prostatektomi komplikasyonları üzerine etkisini göstermeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde 1999 ile 2015 yılları arasında radikal retropubik prostatektomi uygulanan 225 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgular iki gruba ayrıldı, düşük riskli grup ASA 1 ve 2 skoru alan; yüksek riskli grup ise ASA 3 ve 4 skoru alanlardan oluşmaktadır. Perioperatif ve postoperatif komplikasyonları modifiye Clavien sınıflama sistemi kullanılarak kaydedildi.

**BULGULAR:** Radikal retropubik prostatektomi takiben 225 olguda 73 adet (%32.4) komplikasyon gözlemlendi. Her iki gruptaki en sık komplikasyon kan transfüzyonu şeklinde 31 olguda (%13.7) gözlemlendi, en ciddi komplikasyon ise cerrahi sırasında görülen rektal yaralanma ile 4 olguda (%1.9) izlendi. Gruplar arasında komplikasyonların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlemlendi (sırasıyla % 25.4 ile % 53.5,  $p<0.05$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Anestezi (ASA) risk grubu yükseldikçe artacağı düşünülen komplikasyon sıklığında beklenen sonuç gözlenmemiştir. Derin ven trombozu, pulmoner emboli, enfeksiyon gibi sistemik komplikasyonlar sıklıkla yüksek ASA risk grubundaki hastalarda gözlemlenirken, cerrahiye bağlı komplikasyonlar (kan transfüzyonu gerektiren kanama, inkontinans, üretra darlığı gibi) ASA risk skorlamasından bağımsız olarak her iki grupta da gösterilmiştir. Bu haliyle cerrahiye bağlı komplikasyonların da değerlendirmeye alındığı modifiye Clavien sınıflamasını, ASA risk skorlamasından soyutlayarak kullanma gerekliliği bu

iki sistemin kombine kullanımına gölge düşürmektedir. Ancak istenmeyen yan etkilerin sınıflandırılmasına yönelik standart bir sistemin geliştirilememiş olması, tüm eksikliklerine karşın Clavien sistemini ürolojik cerrahilere uygulanması noktasında halen en uygun yöntem haline getirmektedir.

SS-93

## STACHORN BÖBREK TAŞLARINDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Ahmet Camtosun,<sup>1</sup> Huseyin Çelik,<sup>1</sup> Ramazan Altıntaş,<sup>1</sup> Cemal Taşdemir<sup>1</sup>

1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Malatya

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi (PNL), tüm dünyada böbrek taşı cerrahi tedavisinde güvenle kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. PNL ameliyatı Mart 1998 tarihinden itibaren kliniğimizde yapılmaktadır. Stachorn böbrek taşlarına yapılan perkütan nefrolitotomi cerrahisini inceledik.

**YÖNTEM:** PNL işlemleri genel anestezi altında yapıldı. Hastalara, supin pozisyonda sistoskopi yapıldıktan sonra üreter orifisinden üreter kateteri C kollu floroskopi eşliğinde takılarak üretral foley katetere tespit edildi. Sonrasında hastalar prone pozisyona alınarak floroskopi eşliğinde chiba iğnesi ile böbreğe girildi. Amplatz renal dilatatör setiyle 30 F'e kadar dilatasyon sağlandı. İşlem sonrası renal kılıf içerisinden nefrostomi kateteri yerleştirildi. PNL sonrası 4 mm'den küçük taşlar, klinik önemsiz taş

rezidüleri kabul edildi.

**BULGULAR:** Mart 1998 - Temmuz 2016 tarihleri arasında, 18 yılda toplam 3191 perkütan nefrolitotomi işlemi yapıldı. Bu hastalardan 116 tanesi stachorn böbrek taşı olan hastalardı. Bu hastalara, 116 PNL işlemi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 47 (3-78) yıl olarak hesaplandı. 60 (%51) hastada tam taşsızlık sağlandı. Hastaların 5'inde transfüzyon gerektiren kanama, bir hastaya anjiyoembolizasyon yapıldı. 27 hastada DJ takılmasını gerektiren nefrostomi traktından sızdırması gelişti. Başka bir komplikasyon oluşmadı. Nefrostomi süresi ortalama 3 gün, hastanede kalış süresi ortalama 4 gün olarak hesaplandı (Tablo 1).

**ÇIKARIMLAR:** Minimal invaziv bir yöntem olan PNL, yüksek güvenlik, düşük komplikasyon oranları, daha kısa hastanede kalış süresi, yüksek hasta memnuniyeti sağlaması, açık böbrek taşı cerrahisine göre avantajlı bir hale gelmiştir. Uriner sistem taş hastalığının cerrahi tedavisinde PNL güvenli ve etkili bir yöntemdir.

SP-130

## RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA PROSTAT VOLÜMÜNÜN PATOLOJİK PARAMETRELERE ETKİSİ

Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin,<sup>1</sup> Yelda Dere,<sup>2</sup> Ömer Erdoğan,<sup>1</sup> Mustafa Kestel<sup>1</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Muğla  
2. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Muğla

**AMAÇ:** Prostat kanseri tanısıyla radikal prostatektomi yapılan hastalarda cerrahi spesimendeki prostat volümünün patolojik parametrelere etkisi olup olmadığının değerlendirilmesidir.

**YÖNTEM:** Radikal prostatektomi yapılan 124 hastanın patolojik spesmenleri retrospektif olarak değerlendirildi. Patoloji sonuçlarından ortalama prostat volümü hesaplandı. Hastalar prostat volümü 65cc'nin altında olanlar ve 65cc ve üzerinde olanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu iki grup arasında, vezikülo seminalis invazyonu (VSi), perinöral invazyon (PNI), lenf nodu pozitifliği (LNP), cerrahi sınır pozitifliği, gleason grupları açısından farklılık olup olmadığı değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 64.79±5.15 yıl (min.47-max. 76) idi. Ortalama prostat volümü 64.41±21.6 cc (min. 33-max. 149) olarak saptandı. İki grup arasında VSi, PNI, LNP ve CSP açısından

Tablo

Prostat Volümü	65 cc altı	65 cc ve üstü	P Değeri
VSi Var	10	8	0.65
Yok	60	46	
PNI Var	36	30	0.474
Yok	34	24	
CS Var	42	28	0.168
Yok	24	30	
LN Var	10	16	0.124
Yok	60	38	
Gleason Grup 1	32	26	0.644
2	24	22	
3	8	6	
4	2	0	
5	4	0	

farlılık değerlendirildiğinde gruplar arasında hiçbir parametere açısından farklılık saptanmadı (Tablo-1).

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda prostat volümünün patolojik parametrelere etkisi olmadığını saptadık. Ancak hasta sayısının azlığı bu çalışmanın en önemli limitasyonunu oluşturmaktadır. Daha fazla hasta sayısını içeren prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

SP-131

## FARKLI YAŞ GRUPLARINDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Ali Börekoğlu,<sup>1</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>2</sup> Volkan İzol,<sup>2</sup> Nebil Akdoğan,<sup>2</sup> Onur Karlı,<sup>3</sup> Kadir Karkin<sup>2</sup>

1. Kaçkar Devlet Hastanesi, Üroloji, Rize  
2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana  
3. SB. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Adana

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi (PNL) böbrek taşı tedavisinde minimal invaziv cerrahi bir yöntemdir. Hemen her yaş grubunda uygulanan bu yöntemin farklı yaş gruplarında etkinliğini değerlendirmek için 65 yaş ve üstü popülasyondaki sonuçları inceledik.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada kliniğimizde PNL uygulanan 65 yaş ve üzerindeki 233 hastada uygulanan PNL ameliyatının etkinliği değerlendirildi. Retrospektif dökümanite edilmiş hasta verileri analiz edildi. operasyon süresi, skopi süresi, nefrostomi çekilme süresi, hastanede yatış süresi, kan transfüzyon oranları değerlendirildi.

	>65yaş	50-64yaş	P değeri
Yaş (yıl)	69,66 ± 4,62	55,75 ± 4,14	
Taş boyutu(mm <sup>2</sup> )	611,18 ± 607,497	611,41 ± 561,740	>0,05
Operasyon süresi(dak.)	78,43 ± 47,59	76,64 ± 45,37	>0,05
Peroperatif kanama miktarı(ml)	665(300-1500)	510(200-1500)	>0,05
Perioperatif kan transfüzyon oranı	% 12	% 11,8	>0,05
Skopi süresi(dak.)	10,43 ± 6,91	11,7 ± 7,6	<0,05
Nefrostomi çekilme süresi(gün)	2,3 ± 1,8	3,5 ± 2,2	>0,05
Hastanede yatış süresi(gün)	3,87 ± 2,46	4,27 ± 3,73	>0,05

**BULGULAR:** Temmuz 1997 - Ekim 2012 tarihleri arasında PNL uygulanan 233'ü 65 yaş ve üzeri, 813'ü 50 -65 yaş arası olan toplam 1046 hasta çalışmaya alındı.Hastaların bulguları tablo 1'de gösterilmiştir. Kontrol grubundaki 813 hastanın 71'inde ateş saptandı (%8,7) yaşlı grubunda ise 233 hastadan 22'sinde ateş saptandı (%9,4) ve arada istatiksel olarak fark yoktu.

**ÇIKARIMLAR:** Öğrenme eğrisini tamamladıktan sonra yaşlı hastalarda uygulanan PNL operasyonun taşsızlık, kan transfüzyon oranları ve birçok perioperatif verileri yaşlı olmayan hasta grubuyla benzerdir. 65 yaş üzeri hastalarda komorbidite artmış ve vücut rezervleri azalmış olmasına rağmen PNL bu yaş grubunda güvenle yapılmaktadır.

SP-132

## 4 YILLIK PERKUTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİ: 567 OLGU; TEK CERRAH

Ersan Bulut,<sup>1</sup> Önder Öncü<sup>2</sup>

1. Dr. Ersin Arslan Devlet Hastanesi, Üroloji, Gaziantep

2. Mersin Devlet Hastanesi, Üroloji, Mersin

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi (PNL) yapılan toplam 567 hastada tedavi etkinliğini ve morbiditesini hastaya göre seçilen değişik yöntemlerle değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** 2012 Mayıs - 2016 Ağustos tarihleri arasında böbrek taşı tanısı ile 567 olguya PNL yapıldı.Hastalar ameliyat öncesi taş lokalizasyonu ve anatomik yapıların değerlendirilmesi açısından kontrastsız taş protokolu bilgisayarlı tomografi ve intravenöz piyelografi ile değerlendirildi.Bütün hastalar pre-op idrar kültürü ile değerlendirilip üreme olan hastalar antibiyoterapi ile tedavi edildi.Hastalara sağlık durumuna göre spinal veya genel anestezi uygulandı.Bütün hastalar prone pozisyonda opere edildi.Bütün hastalara opak madde verilip retrograd piyelografi yapıldı.Uygunluk durumuna göre nefrostomi

tercih edildi veya tüpsüz yöntem uygulandı.

**BULGULAR:** Ortalama yaş aralığı (6-79) idi.5 hastada (%0,1) soliter böbrek,18 hastada (%3) atnalı böbrek mevcuttu.102 hastanın (%17) nefrolitotomi hikayesi mevcuttu.392 hastaya (% 70) genel anestezi,175 hastaya (%30) spinal anestezi uygulandı.54 hastaya (%9) 2 akses,1 hastaya (% 0.01) 3 akses uygulandı.85 hastaya (%15) interkostal giriş uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 66 dakika olarak hesaplandı. Post-op 476 hastaya (%84) nefrostomi implante edildi. 91 hastaya (%16) tüpsüz yöntem uygulandı.Ortalama yatış süresi 52 saat olarak belirlendi.Postop 30 hastanın (%5) uzamış drenaj sonrası dj kateter ihtiyacı oldu.56 hastanın (%9) Transfüzyon ihtiyacı oldu.4 hastada (%0.7) uzamış hematüri izlendi.Medikal tedavi ve izlem ile tedavi edildi.3 hastada (%0.05) Renal hematoma meydana geldi.İmmobilizasyon ve transfüzyon ile tedavi edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Taş cerrahisinde uygulanan perkütan nefrolitotomi hasta yaşı,cerrahi hikayesi,taş boyutu,taş lokalizasyonu ne olursa olsun, tecrübeli ellerde uygulandığında az morbidite-az komplikasyon ve yüksek taşsızlık oranları görülen altın standart tedavi yöntemidir.Yeni tedavi yöntemlerinin geliştirildiği günümüzde altın standart olarak yerini korumaktadır ve daha uzun yıllar popülerliğini ve güvenilirliğini koruyacaktır.

SP-133

## İLERİ YAŞTA ORTAYA ÇIKAN VE SIK NÜKS GÖSTEREN BİR SİSTİN TAŞI OLGUSUNDA MİNİMAL İNVAZİV YÖNTEMLERİN BÖBREK REZERVİNİN KORUNMASINA KATKISI

Hakan Akan,<sup>1</sup> İzak Dalva,<sup>1</sup> Özdal Yıldız<sup>1</sup>

1. Bayındır Hastanesi Söğütözü, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Sistin taşlarının Avrupa ve ABD'de görülme sıklığı 1/1000 ile 1/17.000 arasında bildirilmektedir. Erişkinlerde görülmesi nadirdir. Endoskopik cerrahinin yaygın olarak kullanılmadığı dönemlerde sistin taşları tekrarlayan cerrahiler nedeniyle böbrek fonksiyon kayıplarının nedenlerinden birisi olsa da günümüzde önleyici medikal tedaviler ve minimal invaziv yöntemler sayesinde böbrek rezervinin korunması daha kolay olmaktadır. Bu olgu sunumunda geç yaşta ortaya çıkan ve sık tekrarlayan bir sistin taşı

olgusunda holmium laser kullanılan minimal invaziv yöntemlerin böbrek hasarının önlenmesine katkısı vurgulanmak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Ellisekiz yaşında erkek hasta primer semptomatik sağ proksimal üreter taşı (6x3x4,7 mm) nedeniyle rijit üreterorenoskopik holmium laser litotripsi uygulaması ile tedavi edildi. Yedi ay sonra sağ böbrek pelvisinde 18x15x19 mm çaplı semptomatik bir taş saptandı ve fleksibl üreterorenoskopik holmium laser litotripsi ile tedavi edildi. En az 1 ay double-J stent ile izlemi planlandı. X ışını difraksiyon yöntemi ile sistin içeren taş olduğu gösterildi. Ayrıca sistinüri saptandı. Hastaya diyet önerileri dışında oral potasyum sitrat (Urocit-K tablet) 2x20 mEq/gün başlandı. Sistin taşları açısından spesifik tedavilerden olan ancak ülkemizde bulunmayan merkaptopropionilglisin (Thiola 100 mg tablet) tedavisine ikinci girişimden yaklaşık iki ay sonra başlanabildi. Bu tedavinin başlangıcından iki buçuk ay sonra yapılan radyolojik değerlendirmelerde sağ renal pelviste yeni taş oluşumu (12x10x14 mm) ile double-J stent proksimal ve distal kesimi yüzeyinde taş oluşumu başladığı görüldü. İkinci girişimden beş ay sonra gerçekleştirilen bir operasyonla ilk aşamada renal pelvisteki taş PCNL ve antegrad fleksibl renoskopi eşliğinde laser uygulanarak çıkartılıp stent yüzeyindeki taş oluşumları fragmente edildi. Sonra retrograd yoldan double-J stentin çıkartılmasını takiben uygulanan fleksibl üreterorenoskopi ve laser ile proksimal üreterde kalan taş fragmanları alındı. Üç ay sonraki radyolojik değerlendirmelerde taşsızlık sağlandığı görüldü.

**BULGULAR:** Yaklaşık 1 yılda 3 kez cerrahi girişim geçirmesine rağmen hastada renal anatomi ve fonksiyon korunmuş, medikal yaklaşımlarla da artık taşın nüks etmesi önlenebilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Sık nüks eden taş olgularında sistinüri akla gelmeli ve diğer taş tiplerinin tedavisinde başarısı zaten kanıtlanmış olan holmium laser üreterokopik litotripsi gibi minimal invaziv yöntemler, sistin taşlarının tedavisinde öncelikle tercih edilmelidir.

SP-134

## YAŞLI HASTALARDA AÇIK CERRAHİ VE ŞOK DALGA TEDAVİSİNİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİYE ETKİSİ

Ali Börekoğlu,<sup>1</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>2</sup> Volkan İzol,<sup>3</sup> Nebil Akdoğan,<sup>1,2</sup> Onur Karslı,<sup>4</sup> Kadir Karkin<sup>2</sup>

1. Kaçkar Devlet Hastanesi, Üroloji, Rize

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

3. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

4. Sb. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Adana

**AMAÇ:** Hemen her yaş grubunda güvenle uygulanan Perkütan nefrolitotomi (PNL) operasyonun açık taş cerrahisi veya şok dalga tedavisi (SWL) geçirmiş olan 65 yaş üstü popülasyondaki etkinliği değerlendirildi.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde PNL uygulanan 65 yaş üzerindeki 233 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Operasyon, skopi, nefrostomi çekilme, hastanede yatış süresi, kan transfüzyon oranları değerlendirildi. Özgeçmişinde açık cerrahi ya da şok dalga tedavisi (SWL) geçirmiş olmanın bu parametrelere etkisi incelendi.

**BULGULAR:** Temmuz 1997 - Ekim 2012 tarihleri arasında PNL uygulanan hastaların 233'ü 65 yaş ve üzeriydi. 233 hastanın 32'sinde özgeçmişinde açık renal cerrahi operasyon öyküsü vardı. Açık operasyon öyküsü olan hastaların ortalama operasyon süreleri 76,2±33,6 dk, skopi süreleri 10,8±6,8 dk, nefrostomi çekilme süreleri 2,3±1,4 gün, hastanede yatış süreleri 4,0±1,9 gündü. Açık operasyon öyküsü olmayan hastaların operasyon süreleri 78,7±49,5 dk, skopi süreleri 10,3±6,9 dk, nefrostomi çekilme süreleri 2,3±1,9 gün, hastanede yatış süreleri 3,8±2,5 gündü ve aralarında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Toplam 28 hastaya kan transfüzyonu yapılmış olup bunların 6 tanesinde açık operasyon öyküsü vardı. Özgeçmişinde SWL geçirenlerin ortalama operasyon süreleri 75,8±33,5 dk, skopi süreleri 8,72±3,5 dk, nefrostomi çekilme süreleri 2,6±2,9 gün, hastanede yatış süreleri 4,2±3,3 gündü. Özgeçmişinde SWL olmayan hastaların operasyon süreleri 78,6±48,6 dk, skopi süreleri 10,5±7,1 dk, nefrostomi çekilme süreleri 2,2±1,7 gün, hastanede yatış süreleri 3,8±2,3 gündü. Özgeçmişinde SWL geçiren hastalarla geçirmeyen hastalar arasında istatistiksel fark yoktu (p>0.05).

**ÇIKARIMLAR:** Artan deneyimle birlikte, sistemik hastalıkların artışı ve vücut rezervinin azaldığı 65 yaş üzeri hasta grubunda PNL yüksek taşsızlık oranı ve

düşük komplikasyon oranları ile güvenle uygulanabilir.

SP-135

## AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI TRANSKATETER SELEKTİF RENAL ARTER EMBOLİZASYONU

Yusuf Şenoğlu,<sup>1</sup> Ali Tekin,<sup>2</sup> Halit Beşir,<sup>3</sup> Dursun Baba<sup>4</sup>

1) Aliğa Devlet Hastanesi, Üroloji, İzmir

2) Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Düzce

3) Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji, Düzce

4. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji, Düzce

**AMAÇ:** Renal kitle nedeniyle parsiyel nefrektomi ve basit kist eksizyonu yapılan hastada operasyon sonrası 30. günde makroskopik hematüri gelişmesi sonucu selektif renal arter embolizasyonu yapılan hasta sunuldu.

**YÖNTEM:** 65 yaşındaki erkek hastanın bilateral böbrek taşı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ böbrek alt polde 21x24mm kontrastlanma gözlenen kitle tespit edildi. Hastaya açık parsiyel nefrektomi operasyonu yapıldı. Hasta cerrahi sonrası 5. günde genel durumu iyi olarak taburcu edildi. Patoloji Fuhrman grade 1, Renal hücreli karsinom olarak raporlandı.

**BULGULAR:** Patoloji Fuhrman grade 1, Renal hücreli karsinom olarak raporlandı. Operasyon sonrası 30. Gün makroskopik hematüri gelişen hasta servise yatırıldı. Yapılan sistoskopide mesane içerisindeki yoğun hematoma boşaltıldı ve sağ üreter orifisinde hematüri gözlemlendi. Serviste takip edildiği süre içerisinde kanama nedeniyle hastaya toplam 14

ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite tam kan, 9 ünite taze donmuş plazma, 6 ünite trombosit süspansiyonu verildi. Yapılan renal anjiyografide sağ böbrekte psödo-anevrizma saptandı. Hastaya renal arter kateterizasyonu ve selektif renal arter embolizasyonu uygulandı. İşlemden hemen sonra hematüri sona erdi. Hasta uygulama sonrası 3. günde taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Parsiyel nefrektomi sonrası makroskopik hematüri erken ya da geç dönemde gözlenebilir. Nadir görülen bir komplikasyondur. Hematüri ağrı eşliğinde olabilir. Geç dönemde görülen makroskopik hematürinin en sık nedeni arteriyel psödoanevrizmadır ve genellikle operasyon sonrası 15-30. Günler arasında görülür. Kanama saptanan hastalarda erken tanıda renal anjiyografi ve tedavide selektif renal arter embolizasyonu etkili bir yöntemdir.

SP-136

## TAM GÜN YASASININ ÜROLOJİ ALANINDAKİ AKADEMİK ÜRETKENLİĞE OLAN ETKİSİ

Bahadır Şahin,<sup>1</sup> Tarık Emre Şener,<sup>1</sup> Onurcan Özkan,<sup>1</sup> Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> İlker Tinay,<sup>1</sup>

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** 2011'de kanun hükmünde kararnameyle yürürlüğe giren 'Tam Gün Yasası' nedeniyle mevcut öğretim üyelerinin yüzde 50'sinin üniversitelerden ayrılması söz konusunu olmuştur. Bu çalışmada, akademik hayatta yaşanan bu kaybın etkilerini değerlendirmek için akademik aktivitenin en önemli belirteçlerden birisi olan bilimsel makale üretiminde ilgili tarih sonrası olası değişimleri değerlendirmeyi amaçladık.

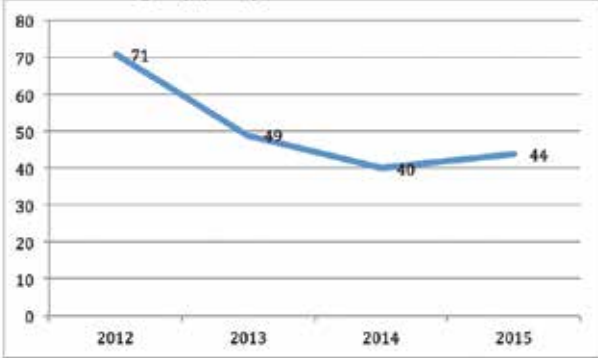
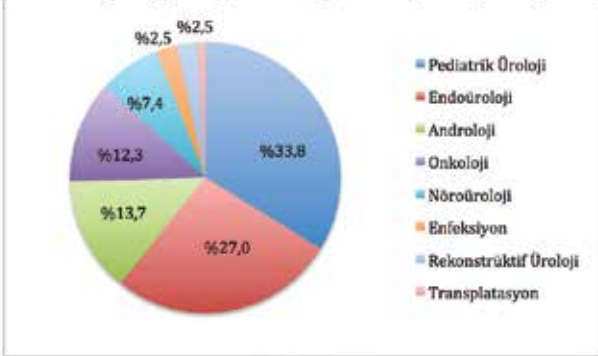
**YÖNTEM:** Yapılan ön araştırma sonrası etki katsayısı en yüksek olan 5 genel üroloji dergisi "European Urology", "The Journal of Urology", "British Journal of Urology International (BJUI)", "Urology" ve "World Journal of Urology" olarak belirlendi. Bu dergilerde Ocak 2012'dan Aralık 2015'e kadar yayınlanan çalışmalar taranarak Türkiye kaynaklı olanlar, çalışmanın alt başlığı, yılı, temel/klinik çalışma oluşuna göre gruplandırılarak kaydedildi. Türk araştırmacıların yurtdışı merkez kaynaklı bilimsel makaleleri değerlendirmeye alınmadı.

**BULGULAR:** Yapılan tarama sonucunda 2012 - 2015 yılları arasında 170'i klinik çalışma 34'ü temel bilimler çalışması olmak üzere toplam 204 makale saptandı. Bu makalelerden 12 tanesi olgu sunumu, 1 tanesi



**Tablo 1:** Dergi ve yıllara göre yayınların dağılımı

		Dergi					Toplam
		The Journal of Urology	European Urology	BJU International	Urology	World Journal of Urology	
Yayın Yılı	2012	11	0	6	53	1	71
	2013	9	0	4	30	6	49
	2014	7	1	1	26	5	40
	2015	9	0	1	26	8	44
Toplam		36	1	12	135	20	204

**Grafik 1:** Yıllara göre yayın sayıları**Grafik 2:** Toplam yayın sayısının üroloji alt branşlarına göre dağılımı

literatür derlemesi geriye kalan 191 tanesi ise özgün araştırma makalesi olarak kaydedildi.

Yıllara göre değerlendirildiğinde 2012 yılından sonraki dönemde yayınlanan makale sayısında kayda değer düşüş yaşandığı göze çarptı (Grafik 1). Dergilere göre taranan süredeki toplam yayın sayılarına göre etki katsayısı en yüksek dergi olan European Urology'de toplamda 1 makale mevcuttu (Tablo 1).

Çalışmalar, üroloji alt branşlarına göre değerlendirildiğinde en fazla yayının 69 makale ile pediatrik üroloji alanında yapıldığı görüldü (Grafik 2). Pediatrik üroloji alanında en fazla makale yayınlanan konu testis torsiyonu idi. Bununla birlikte tüm yayınlar değerlendirildiğinde üriner sistem taş hastalıkları, üzerinde en fazla makale yazılan konu olarak öne çıktı.

**ÇIKARIMLAR:** 2011'de kanun hükmünde kararnameyle yürürlüğe giren 'Tam Gün Yasası' sonrasında etki katsayısı yüksek dergilerde yer alan Türkiye kaynaklı bilimsel makale sayılarında anlamlı düşüş göze çarpmaktadır. Bu bulgunun dikkate alınması ve bu konuda iyileştirme yapılması için bir hareket planının tasarlanması uygun olacaktır.

SP-137

## ATNALI BÖBREK VE TOPLAYICI SİSTEM TÜMÖRÜ BİRLİKTELİĞİ

Yakup Karakaya,<sup>1</sup> Hakan Türk,<sup>1</sup> Mehmet Yoldaş,<sup>1</sup> Mustafa Serhat Kulan<sup>1</sup>

1. Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya

**AMAÇ:** Ürotelyal karsinomlar prostat kanserinden sonra en sık görülen genitoüriner tümörlerdir. Ürotelyal tümörler mesane ve üretra gibi alt üriner sistem veya renal pelvis ve üreter gibi üst üriner sistem yerleşimli olabilir. Mesane tümörleri ürotelyal karsinomların %90'ını oluşturur. Biz bu olgumuzda kliniğimize 2 yıldır ara ara tekrarkayan hemetüri şikayeti ile başvuran ve yapılan tetkiklerinde sağ hidronefroz at nalı böbrek ve mesane tümörü birlikteliği olan 62 yaşında erkek hastayı güncel literatür ışığında sunmaya çalıştık.

**YÖNTEM:** 62 yaşında erkek hasta, kliniğimize son iki yıldır devam eden, ara ara olan hematüri şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde özellik bulunmayan hastanın özgeçmişinde sigara öyküsü mevcuttu. İki yıl önce hematüri nedeniyle yapılan başvurusunda tetkiklerinde herhangi bir patoloji tespit edilememişti.

**BULGULAR:** Ek hastalığı olmayan hastanın laboratuvar tetkiklerinde kreatinin değeri 2mg/dl, diğer parametreler normal sınırlar içerisinde idi. Bu bulgularla yapılan ultrasonografisinde sağ hidroüreteronefroz, atnalı böbrek ve mesanede 3x4 cm boyutlarında kitleden söz ediyordu.

Hasta bu bulgularla operasyona hazırlandı. Sistoskopide mesane sağ yan duvar taban birleşim yerinde papillertümöral oluşum izlendi. Sol orifis normal yer ve görünümdeydi sağ orifis değerlendirilemedi. Tümörün komplet rezeksiyonu sonrası orifis görünür kale geldi ve buradan yapılan üreteroskopisinde sağ orifis alt ucunda papiller tümöral oluşum izlendi. Patoloji sonucu yüksek dereceli papiller ürotelyal





karsinom olarak raporlandı. Sonrasında hastaya multidetektör tomografi planlandı. CT de atnalı böbrek, sağ hidroüretonefroz tespit edildi (Resim 1). Hastaya orta hat kesi ile radikal nefroüretrektomi ve mesaneden cuff çıkarılması operasyonu uygulandı.

**ÇIKARIMLAR:** Atnalı böbrek anomalisi ile üriner sistem tümörleri eşlik edebilir. Bu hastaların tanı ve tedavisi biraz zorluk gösterebilir. Bu nedenle tanı aşamasında daha dikkatli olunmalıdır.

SP-138

## NADİR GÖRÜLEN OLGU: ÜRETRA DİVERTİKÜLÜ

Alpaslan Yüksel,<sup>1,1</sup> Dursun Baba,<sup>2</sup> Ekrem Başaran,<sup>2</sup> Muhammet Ali Kayıççı,<sup>1</sup> Ali Tekin<sup>1</sup>

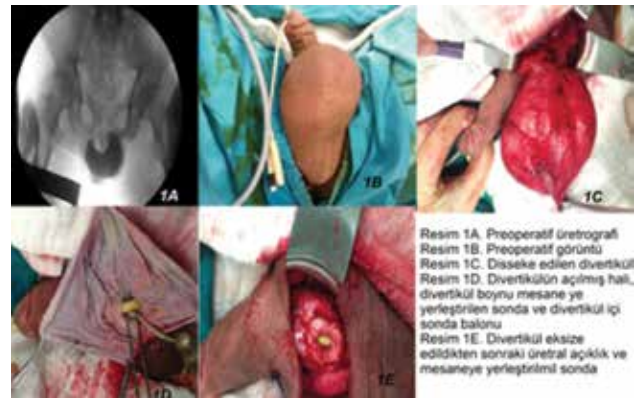
1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Düzce  
2. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Düzce

**AMAÇ:** Üretra divertikülleri idrar akımında azalma, işeme sonrası damlama şeklinde idrar kaçırma, rekürren idrar yolu enfeksiyonu ve penoskrotal bölgede kistik kitle semptomlarına neden olabilen ve oldukça nadir görülen bir patolojik durumdur. Etiyoloji birçok olguda tam olarak bilinmemekle birlikte teorik olarak konjenital olgularda posterior üretral valv sonrası gelişen kistik dilatasyon, periüretral bezlerdeki kistik dilatasyon, inkomplet hipospadias neden olarak araştırılırken sekonder olgular genellikle travma nedenli oluşur. Üretra mukozanın spongiöz cisimdeki defekten protozyonu sonucu oluşan kistik oluşumlardır. Biz, üretra travması sonrası gelişen üretra divertikülü olgusunun tanı ve tedavisini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Yirmidokuz yaşında erkek hasta idrar hızında azalma, işeme sonrası damlama şeklinde idrar kaçırma, penoskrotal bölgede şişlik ve o bölgeye bastırarak idrar yaptığını belirterek kliniğimize başvurdu. Hikayesinde 8 yıl önce yüksekten düşme sonrasında lomber vertebra çökme kırığı nedeniyle operasyon geçirdiği, o dönemde sonda takıldığı ve sonrasında şikayetlerinin giderek arttığını belirtti. Hastanın fizik muayenesinde penoskrotal bileşkede 6cm x 5cm ebadında hacim artışı olduğu ve bu bölgeye bastırmakla eksternal meadan spontan idrar geldiği görüldü (Resim 1B). Hastanın biyokimyasal parametreleri normal olup, tam idrar tahlili normal, idrar kültüründe ise üreme olmadığı saptandı. Yapılan üretrografide kontrast maddenin bulböz üretradaki divertiküle doldu izlendi (Resim 1A).

**BULGULAR:** Spinal anestezi altında yapılan sistoskopide bulböz üretra seviyesinde eksternal sfinkterin 4 cm distalinde dar bir boyun ile üretraya açılan divertikül izlendi, yapılan sistoskopide mesane normal olarak saptandı. Penoskrotal insizyon yapılarak divertikül disseke edildi, divertikül eksize edilerek üretra primer tamir edildi (Resim 1C,1D,1E). 10 gün sondalı takip edilen hastanın 15 gün sonraki yapılan üretrografisinde patoloji saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Sekonder üretra divertikülleri nadir görülür ve etyolojisinde genellikle travma saptanmaktadır. İdrar yapmakta zorlanma, damlama şeklinde idrar kaçırma, rekürren idrar yolu enfeksiyonu ve penoskrotal bölgede kistik kitlesel oluşum ile prezente olabildiği gibi üretral fistülede neden olabilir. Tanıda üretrografi ve endoskopik yöntemler tekli yada kombine olarak kullanılabilir. Tedavi yöntemi olarak cerrahi eksizyon ve primer onarım yapılmalıdır.



Resim 1A. Preoperatif üretrografi  
Resim 1B. Preoperatif görüntü  
Resim 1C. Disseke edilen divertikül  
Resim 1D. Divertikülün açılmış hali,  
divertikül boynu mesane ye  
yerleştirilen sonda ve divertikül içi  
sonda bakını  
Resim 1E. Divertikül eksize  
edildikten sonraki üretral açıklık ve  
mesaneye yerleştirilmiş sonda

SP-139

## OKSİBUTİNİN BAĞIMLILIĞI

Onur Karşlı,<sup>1\*</sup> Emre Ulukaradağ,<sup>1</sup> Bekir Voyvoda,<sup>1</sup>  
Murat Üstüner,<sup>1</sup> Levent Özcan,<sup>1</sup> Ömür Memik,<sup>1</sup>  
Oğuz Özden Cebeci,<sup>1</sup> Tayyar Alp Özkan,<sup>1</sup> Murat Şener<sup>1</sup>

1. Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kocaeli

**AMAÇ:** Oksibutinin, aşırı aktif mesane tedavisinde halen hekimlerin ve daha sıklıkla da üroloji uzmanı olmayan hekimlerin kullandığı, bilinen en eski antikolinergik ajandır. Bu olgu ile 25 yaşında erkek bir hastanın oksibutinin bağımlılığı sunulmuştur.

**YÖNTEM:** Aşırı aktif mesane (AAM) idrar kaçırmayla ve/veya idrar kaçırmadan idrar sıklığının artması ve ani sıkışma hissiyle karakterize klinik bir tablodur<sup>1</sup>. Kullanılan antikolinergik ilaçların kan beyin bariyerini geçmeleri sebebiyle özellikle kognitif fonksiyonlarda önemli bir rolü olan santral sinir sistemindeki muskarinik M1 ve M2 reseptörleri etkiledikleri bilinmektedir. Bu yan etki selektif olmayan bir antikolinergik olan oksibutininde daha belirgindir. Bu olgu sunumunda 8 yıldır oksibutinin bağımlılığı olan genç erkek hasta ve klinik tablosu anlatılmaktadır. 8 yıl önce oksibutininin kullanmaya başlayan hastanın ilacı ilk kullanmaya başladığında günde 2 veya 3 doz aldığını, ancak ilaç alım miktarının giderek arttığını ve son zamanlarda günde 10 kez oksibutinin 5 mg aldığını belirtmiştir. Oksibutinin alımı sonrası hastada öfori ve rahatlama meydana gelirken almadığı zamanlarda aşırı sinirlilik hali, iştahsızlık, bulantı, kusma olduğu öğrenilmiştir. Üriner sistem sorgusunda ise, idrar yapmada zorlanması olduğunu ve ıkınarak idrar yaptığını belirtmiştir.

**BULGULAR:** Oksibutinin, aşırı aktif mesane hastalarında kullanılan en yaygın antikolinergik ilaçlardandır. Yan etki profili ve son yıllarda kullanıma giren daha selektif moleküller nedeniyle kullanımı azalmıştır. Bağımlılığı veya kötüye kullanımı olan, santral sinir sistemine kolayca geçebilen oksibutinin gibi antikolinergik maddeler sinaptik aralıkta asetilkolini ve uzun süre alınması durumunda da dopamin, serotonin, GABA gibi nörotransmitterleri artırmaktadır. Maddenin alımından sonra ventral tegmental alandan nucleus accumbense uzanan mezolimbik dopaminerjik yolakta, sinaptik aralıktaki dopamin miktarında artışa sebep olarak, tekrarlayan madde alma isteği pekişmekte ve bu yolakta bağımlılık gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır<sup>1</sup>.

**ÇIKARIMLAR:** Oksibutininin ucuz ve kolay ulaşılabilir, kötüye kullanım ve bağımlılık riski olması nedeniyle

denetimli reçete edilmesi ve belki yalnızca üroloji hekimlerinin yazabileceği bir biçime getirilmesinin gerekliliği gündeme alınmalıdır. Bağımlılık geliştirme ihtimali olan oksibutininin fiziksel ve bilişsel işlev bozukluklarına yol açabileceğinin vurgulanması açısından bu olgunun sunulması önemli bulunmuştur.

# SERBEST BİLDİRİLER 16 (DİĞER KONULAR)

5 Kasım 2016 / Salon G / 17:00-18:00

Oturum Başkanları: Uğur Kuyumcuoğlu, Taner Divrik



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

SS-94

## ENDOSKOPIK ÜRETER TAŞI TEDAVİSİNDE POSTOPERATİF AĞRI DÜZEYİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bora İrer,<sup>1</sup> Ozan Bozkurt,<sup>2</sup> Ömer Demir<sup>2</sup>

1. IBB Eşrefpaşa Hastanesi, Üroloji, İzmir

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Endoskopik üreter taşı tedavisinde hastaların postoperatif ağrı düzeyini etkileyen faktörleri araştırdık.

**YÖNTEM:** Çalışmamızda 2013 ve 2016 yılları arasında üreter taşı nedeniyle endoskopik üreter taşı ameliyatı olan 93 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların hepsinde anestezi olarak spinal anestezi uygulaması yapıldı ve endoskopik litotripsi sırasında Holmium N-YAG lazer litotriptör kullanıldı. Yaş, cinsiyet, taşın lokalizasyonu, taşın büyüklüğü, taşın Haunsfield unit (HU) skoru, taşın

daha önce ESWL uygulanması, taş düşürme öyküsü, double j kateter takılması ve ameliyat süresi gibi faktörlerin hastaların ağrı düzeylerine etkisi araştırıldı. Hastaların ağrı düzeyleri visüel ağrı skalası (VAS) ile postoperatif 1. gün ağrı düzeyi değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların demografik verileri Tablo-1 de sunulmuştur. Endoskopik üreter taşı tedavisi olan hastalarda postoperatif 1. gündeki ağrı skorunu ile ameliyat süresi, üreter taşına önceden ESWL tedavisinin uygulanması ve hastaya işlem sonrası double j stent takılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu. Üreter taşının yüzey alanı ve taşın haunsfield unit skoru hastaların postoperatif 1. gündeki ağrı skorunu etkilerken, hastaların yaşının, cinsiyetinin ve taşın lokalizasyonunun hastaların ağrı skorlarını etkilemediği gözlemlendi (Tablo: 2).

**ÇIKARIMLAR:** Üreter taşı nedeniyle endoskopik üreter taşı tedavisi olan hastaların ağrı düzeylerini en çok etkileyen faktörler üreter taşına uygulanan başarısız ESWL tedavisi, ameliyat süresi ve işlem

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

	Hasta Sayısı	Yaş	Taşın Yüzey Alanı mm <sup>2</sup>	Hounsfield Unit (HU)	Ameliyat Süresi (dk)	VAS
Cinsiyet						
Erkek	70	43,7 ±11,3	61,7±31,5	849,0± 432,7	24,3± 16,8	3,5±1,6
Kadın	24	47,7 ±11,8	58,9±33,2	754,5± 431,6	20,7 ±15,8	3,3±1,4
P		NS	NS	NS	NS	NS
Taş Lokalizasyonu						
Üst üreter	14	41,7±12,1	69,4±37,8	826,4±414,1	31,2±22,7	3,9±1,7
Orta üreter	25	42,1±11,2	55,9±30,0	783,9±442,7	24,6±20,5	3,5±1,6
Alt üreter	55	44,7±11,5	61,1±31,0	843,1±438,2	20,8±11,7	3,3±1,5
P		NS	NS	NS	NS	NS
Taşa ESWL uygulaması						
+	33	44,8±11,1	76,8±35,9	931,5±418,5	36,5±20,4	4,6±1,5
-	61	42,6±11,8	52,4±25,8	767,2±431,6	16,3±7,6	2,8±1,2
P		NS	P<0,001	NS	P<0,001	P<0,001
Kateter uygulaması						
+	31	45,2±9,2	76,3±33,9	960,3±403,6	37,2±20,1	4,7±1,3
-	63	44,4±12,6	53,4±28,0	758,2±433,0	16,5±8,5	2,8±1,3
P		NS	P=0,001	P=0,002	P<0,001	P<0,001

**Tablo 2:** Korelasyon Analizi

	VAS	
	r	P
Taşın yüzey alanı	0.388	P≤0,001
Ameliyat süresi	0.681	P≤0,001
Taş lokalizasyonu	-	NS
Haunsfield unit skoru	0.329	P=0,001
Taşa ESWL uygulanması	0.561	P≤0,001
Kateter takılması	0.582	P≤0,001
Yaş	-	NS
Cinsiyet	-	NS

sonrası kateter takılmasıdır. Bu hastaların işlem sonrası ağrı düzeyleri yüksek olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

SS-95

## SERUM TİMİDİN KINAZ 1 DÜZEYİ İLE PROSTAT KANSERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Fethi Ahmet Türegün,<sup>1</sup> Bülent Önal,<sup>1</sup> Çetin Demirdağ,<sup>1</sup> M.Hamza Gültekin,<sup>1</sup> Hafize Uzun,<sup>2</sup> Ahmet Gürbüz,<sup>1</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul  
2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biokimya, İstanbul

**AMAÇ:** Timidin kinaz 1 (TK1) hücre siklusunda nükleik asit sentezinde rol oynayan bir enzimdir ve bu nedenle önemli bir tümör proliferasyon belirteci olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada, prostat kanseri tanısında TK1'in yeri araştırıldı.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Nisan 2015 ile Temmuz 2016 tarihleri arasında PSA yüksekliği ve/veya muayene bulgusu nedeniyle prostat biyopsisi kararı verilen ve ek malignitesi olmayan 287 hasta çalışmaya alındı. Hastaların biyopsi öncesi kanları alındı ve ELISA yöntemiyle serum TK1 değerleri hesaplanarak kaydedildi. Biyopsi patoloji sonuçları, yaş, vücut kitle endeksi, PSA, prostat volümü, serumda TK1 değerleri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 287 hastanın ortalama yaşı 63,25 yıl, ortalama PSA değerleri 14,17 ng/ml ve ortalama serum timidin kinaz1 değeri %56,09 Du/L olarak saptandı. 108 hasta (%37,6) prostat kanseri, 179 hasta (%62,4) benign olarak saptandı. Kanser grubunda ortalama PSA 23,1±50,41 ng/ml, benign grupta 8,69±8,82 ng/ml (p=0,001); Prostat volümü kanser grubunda 49,93±27,72 cm<sup>3</sup>, benign grupta 56,05±28,48 cm<sup>3</sup> olarak bulundu (p=0,002). Serum TK1 değeri kanserli grupta 77,31±159,65

**Tablo**

	(n=287) 108 PKa; 179 Bening
Yaş (yıl)	63,25 (41-87)
Boy (cm)	171,46 (141-186)
Kilo (kg)	79,62 (50-130)
PSA (ng/ml)	14,17 (0,44-371)
STK1 (Du/L)	56,09 (0,001-963)
Prostat Volümü (cm <sup>3</sup> )	53,75 (6,47-183)

Du/L, benign grupta 43,29±66,16 Du/L olduğu görüldü ancak iki grup arasında istatistiksel anlamlılık saptanmadı (p=0,42). EAU risk sınıflamasına göre prostat kanseri saptanan hastaların 44'ü düşük riskli, 41'i orta riskli ve 23'ü yüksek riskli grupta bulunmaktaydı. Risk grupları arasında serum timidin kinaz1 değerinin anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p=0,423). Her ne kadar ROC eğrisi analizinde STK1 için eşik değeri belirlenemese de, STK1 2 Du/L ve 10 Du/L eşik değerleri için yapılan analizde sensitivite sırasıyla %73,1 - %63,9; spesifite ise sırasıyla %28,5 - %39,1 bulundu. PSA için 4 ng/ml eşik değeri seçildiği zaman ise sensitivite %98,1; spesifite %13,1 olarak bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** Serumda TK1 seviyesinin prostat kanseri tanısında öngörücü bir belirteç olmadığı saptandı.

SS-96

## DEV SÜRRENAL KİTLENİN ROBOTİK CERRAHİ İLE ÇIKARILMASI

Nevzat Can Şener,<sup>1</sup> Ediz Vuruşkan,<sup>1,2</sup> Sabahattin Ceber,<sup>3</sup> Zafer Gökhan Gürbüz<sup>2</sup>

1. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Adana

2. Numune EAH, Üroloji, Adana

3. SB. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Adana

**AMAÇ:** Sürrenal kitleler, daha çok orta yaşlı kadın popülasyonda görülen, boyutu arttıkça malignleşme potansiyeli nedeniyle opere edilmesi gereken neoplazmlardır. Biz bu sunumda, 19 yaşında genç bir hastada karşılaştığımız dev bir sürrenal kitleye robotik yaklaşımımızı anlatmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 19 yaşında erkek hasta, 9x8 insidentoloma ile kliniğimize başvurdu. Yapılan tetkikler sonrasında kitlenin hormon aktif olmadığı izlendi ve operasyon kararı alındı.

**BULGULAR:** Da Vinci s sistemi kullanılarak 3 kol ile sürrenektomi uygulandı. Operasyon süresi 170

dakika, kanama miktarı yaklaşık 130 cc idi. Ancak hasta masada ilken dreninden masif şekilde hemorajik içerik gelmesi üzerine hastaya laparoskopik olarak kanama kontrolü yapıldı ve işleme son verildi.

**ÇIKARIMLAR:** Sürrenal kitleler, genç yaşlarda da görülebilmektedir ve dev boyutlara dahi ulaşabilmektedir. Bu tip vakalarda da uygun cerrahi yöntem ile başarılı sonuçlar alınabilmektedir.

SS-97

## RATLARDA SİSPLATİN KAYNAKLI BÖBREK DOKUSU HASARINI GİDERMEDE QUERCETİN KULLANIMININ BİYOKİMYASAL VE HİSTOLOJİK ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Mustafa Aldemir,<sup>1,1</sup> Emrah Okulu,<sup>1</sup>

Kemal Kösemehmetoğlu,<sup>2</sup> Kemal Ener,<sup>1</sup> Ferda Topal,<sup>3</sup>

Oya Evirgen,<sup>3</sup> Ebru Gürleyik,<sup>4</sup> Aslıhan Avcı<sup>4</sup>

1. S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Histoloji ve Embriyoloji, Ankara

4. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma Ve Uygulama Hastanesi, Biyokimya, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı, sisplatin kullanımına bağlı olarak böbrekte oluşan değişiklikler ve bunları gidermede antioksidan olan quercetin'in etkisinin histopatolojik ve biyokimyasal yöntemle araştırılmasıdır.

**YÖNTEM:** Wistar Albino cins 40 erkek rat 5 gruba ayrıldı.

Grup 1, kontrol grubu. Grup 2, intraperitoneal tek doz sisplatin (7 mg/kg). Grup 3, 10 gün süresince oral quercetin uygulanması (50 mg/kg/gün). Grup 4, önce tek doz sisplatin uygulanması sonrasında 10 gün quercetin verilmesi. Grup 5, önce 10 gün quercetin uygulanması sonrasında tek doz sisplatin verilmesi.

Çalışmanın sonunda, biyokimyasal olarak kan üre azotu (BUN), kreatinin düzeyi bakıldı. Ayrıca serumda ve böbrek dokusunda malondialdehit (MDA), süperoksit dismutaz (SOD), ksantin oksidaz (XO), katalaz (CAT), total oksidatif stres (TOS) ve total antioksidan kapasite (TAC) düzeyi bakıldı. Histopatolojik olarak böbrek dokusu rutin hematoxylin & eosin ile boyandı ve ışık mikroskop ile morfolojik değişiklikler değerlendirildi.

**BULGULAR:** Serum BUN ve kreatinin düzeyleri Grup 5'de anlamlı olarak daha düşük tespit edildi. Böbrek dokusunda TAC ve TOS düzeylerinde anlamlı değişiklikler saptanmadı (Tablo 1).

Böbrek dokusu CAT düzeyi Grup 2 ve 4'de düşük saptanırken, Grup 5'de düzeldiği görüldü. Diğer parametrelerde anlamlı değişiklikler saptanmadı (Tablo 2).

Histopatolojik olarak quercetin'in böbrek dokusunda patolojik değişiklik yapmadığı görüldü. Grup 2 ve Grup 4'de şiddetli akut tubuler nekroz geliştiği, Grup 5'de ise bu etkilerin geri döndüğü tespit edildi (Şekil 1).

**ÇIKARIMLAR:** Sisplatin kullanımı sonucu böbrek dokusunda biyokimyasal ve histolojik değişikliklerin oluştuğu ve antioksidan olan quercetin'in sisplatin'den önce kullanımının bu etkileri hafiflettiği görülmüştür.

SS-98

## AÜSS İLE BAŞVURAN ERİŞKİNLERDE PREMATÜR EJAKULASYON BİRLİKTELİĞİ

Murat Dursun,<sup>1,1</sup> Hüseyin Beşiroğlu,<sup>2</sup> Şakir Ongün<sup>1</sup>

1.Bahçelievler Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Çatalca Devlet ve Bölge Trafik Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Prematür ejakülasyon (PE) sık karşılaşılan cinsel fonksiyon bozukluklarından biridir. PE, kişi ve cinsel partneri için bir dizi problemlere neden olabilir. Çalışmamızda ileri yaşta da sık olarak görülen PE'nin alt üriner sistem semptomları (AÜSS) bileşenleri ile ilişkisini inceledik.

**YÖNTEM:** Çalışmaya polikliniğimize AÜSS ile başvuran 48 hasta dahil edildi. Hastalarda PE varlığı, prostat volümü, t-psa değeri, IPSS skoru, total testosteron seviyesi, FSH seviyesi değerlendirildi. PE varlığı hastalara prematür ejakülasyon değerlendirme anketi (PEDT) uygulanarak belirlendi. PEDT skoru 11 ve üzeri olanlar PE olan grup olarak değerlendirildi. Hipertansiyon, tiroid hastalıkları ve psikiyatrik hastalıkları mevcut olanlar çalışma dışı bırakıldı.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması 57.3 (49-67) idi. Bu hastaların 13'ünde (%27) PE mevcut idi. PE mevcut olan hastalarda ejakülasyon problemi olmayanlara göre IPSS skorları daha yüksek bulundu. Ortalama IPSS skoru PE olan grupta 21,4 ; PE olmayan grupta 16.8 olarak belirlendi (p<0,05). Total

testosteron, prostat volümü, t-psa ve FSH değerleri açısından PE olan ve olmayanlarda anlamlı bir fark saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Şiddetli AÜSS ile başvuran ve IPSS değerleri yüksek olan hastalarda PE birlikteliği sorgulanmalıdır. Ayrıca erişkinlerde PE mevcut olan hastalarda AÜSS nedeniyle şikayetler daha şiddetli olmaktadır.

SS-99

## TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİSİ UYGULANAN HASTALARDA TEK MERKEZ ORAL FOSFOMİSİN PROFİLAKSİ DENEYİMİ

Kaan Çömez,<sup>1</sup> Hilmi Sarı,<sup>2</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Bora İrer,<sup>3</sup> Ömer Demir,<sup>2</sup> Güven Aslan,<sup>1</sup> Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

3. Eşrefpaşa Devlet Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Prostat biyopsisi prostat kanseri tanısı için vazgeçilmez bir yöntemdir ve transrektal yolla yaklaşım günümüzde en çok tercih edilen yöntemdir. Transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi kolay bir yöntemdir ama biyopsi öncesi hazırlık protokollerine uyulmadığı takdirde morbiditesi yüksek bir işlemdir. İşlem öncesi profilaktik olarak antibiyotik önerilmektedir. Prostat biyopsi profilaksisi için en sık kullanılan ajanlar florokinolonlardır. Son yıllarda florokinolonlara artan bir direnç söz konusudur. Bu çalışmada transrektal prostat biyopsisi uygulanan hastalarda kliniğimizin oral fosfomisin profilaksi deneyimini paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliğimizde Ocak 2013 ile Haziran 2016 tarihleri arası transrektal prostat biyopsi yapılan 738 hasta çalışmaya dahil edildi. İşlem öncesi her hastaya tek doz 3g oral fosfomisin profilaktik olarak verildi. Her hastaya işlem sabahı lavman yapıldı. Hastaların demografik verileri, total psa, prostat hacmi, psa dansitesi, kor sayısı, ortalama kor uzunluğu ve patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. İşlem öncesi her hastanın idrar tahlili ve idrar kültürü temizdi. Her hasta 15 gün sonra kontrole çağrıldı. Takiplerinde idrar tahlili ve kültürü yapıldı.

Afebril üriner sistem enfeksiyonu; < 38°C altında ateşi olan, disüri olan ve idrar tahlilinde piyürisi (idrar tahlilinde 1 mm<sup>3</sup>'te > 10 lökosit varlığı) olan hastalar olarak tanımlandı. Febril üriner sistem enfeksiyonu; > 38°C ateşi olan, idrar kültüründe üremesi olsun ya da olmasın alt üriner sistem semptomlarından (acil idrar

**Tablo 1:** Hastaların Demografik Verileri

n:738	Minimum	Maximum	Ortalama
Yaş	39	87	63,8±7,8
Total PSA	0.31	5480	26,5±231,1
Prostat Dansitesi	0.01	60.9	0,4±2,8
Prostat Hacmi	15	377	56,4±27,6
Kor sayısı	10	24	11,5±1,7
Ortalama Kor Uzunluğu	6.7	20.7	14±2,7

hissi,disüri, suprapubik hassasiyet vb...) birine sahip olan hastalar olarak tanımlandı. Febril üriner sistem hastalığı olan hastalar gözlem altında intravenöz antibiyotik ile tedavi edildi. Prosedür sonrası febril ve afebril enfeksiyöz komplikasyon oranlarına bakıldı.

**BULGULAR:** Hastaların demografik verileri, total psa, prostat hacmi, psa dansitesi, kor sayısı ve ortalama kor uzunluğu Tablo 1'de verildi. Hastaların 274'ünde (%37,1) prostat kanseri saptandı. Prostat kanseri saptanan hastaların 76'sı (%10.3) toplam gleason skoru 6, 144'ü (%19,5) toplam gleason skoru 7, 20'si (%2,7) toplam gleason skoru 8, 33'ü (%4,5) toplam gleason skoru 9 saptandı. Prosedür sonrası 52 (%7) hastada febril veya afebril enfeksiyöz komplikasyon görüldü. Hastaların 31'inde (%4,2) afebril üriner sistem enfeksiyonu, 21'inde (%2,8) febril üriner sistem enfeksiyonu görüldü. Prosedür sonrası 15 hastanın kontrol idrar kültürlerinde üreme saptandı. Hiçbir hastada ürosepsis görülmüdü.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak transrektal prostat biyopsisinde tek doz oral fosfomisin trometamol ile düşük oranda enfeksiyöz komplikasyonları görülmektedir. Fosfomisin trometamol prostat biyopsi profilaksisinde etkili bir alternatif rejimdir.

SS-100

## PROSTAT KANSERİNDE UPGRADING: GLEASON SKORUNDAKİ DEĞİŞİMİ TAHMİN ETMEMİZİ SAĞLAYACAK KLİNİK VE PATOLOJİK DEĞİŞKENLER

Kaan Karamık,<sup>1</sup> Hakan Anıl,<sup>1</sup> Ekrem İslamoğlu,<sup>1</sup> Hüsnü Tokgöz<sup>1</sup>

1. S.B. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Antalya

**AMAÇ:** Prostat kanseri erkekler arasında en sık görülen malignite türüdür. Tanıda serum prostat spesifik antijen(PSA) ve parmakla rektal muayeneyi

Tablo	
Characteristics	Values
Age, years	
Mean	63.15
Range	46-81
PSA, ng/ml	
Mean	12.25
Median	7.96
Range	3,1-87,5
Positive core,no.	
Mean	3
Range	1-Nov
Age Groups,no.(%)	
≤64	55(54,5)
≥65	46(45,5)
Presence of HPIN,no.(%)	
Positive	18(17,8)
Negative	83(82,2)
Presence of ASAP,no.(%)	
Positive	4(4)
Negative	97(96)
Biopic Gleason score,no.(%)	
3+3	80(79,2)
3+4	12(11,9)
4+3	6(5,9)
4+4	2(2)
5+5	1(1)
Operation type,no.(%)	
Robotic	68(67,3)
Open	33(32,7)
Pathological Gleason score,no.(%)	
3+3	53(52,5)
3+4	29(28,7)
3+5	1(1)
4+3	5(5)
4+4	4(4)
4+5	6(5,9)
5+4	2(2)
5+5	1(1)
Upgrading and upstaging,no.(%)	
upgrade-upstage	39(38,6)
no upgrade-upstage	62(61,4)

takiben alınan prostat iğne biyopsisi kullanılmaktadır. Günümüzde radikal prostatektomi dışında prostat kanseri için birçok tedavi alternatifi bulunmaktadır. Bu noktada hastalar için en uygun tedavi seçeneğini belirlemede PSA ve Gleason skoru önem taşır. Bu çalışmada biyopsi Gleason skoru ile prostatektomi Gleason skoru karşılaştırıldı ve upgradingi etkileyen

prediktif olabilecek faktörler araştırıldı.

**YÖNTEM:** Çalışmaya retrospektif olarak taranan 2009-2016 yılları arasında prostat iğne biyopsisi yapıp takiben en geç 4 ay içinde radikal prostatektomi yapılan 101 hasta dahil edildi. Prostat iğne biyopsileri ultrasonografi eşliğinde transrektal yolla en az 10 kor olacak şekilde alındı. Hastaların hiçbiri preoperatif tedavi almadı. Hastalara açık retropubik ile robot yardımcı radikal prostatektomi uygulandı.

İstatistiksel analize hastaların yaşı,preoperative PSA değerleri, biyopsi Gleason skorları, tümörün kaç korda olduğu, tümöre eşlik eden HPIN ve/veya ASAP varlığı varsa kaç korda olduğu ve prostatektomi spesmen gleason skoru dahil edildi.

Upgrading toplam Gleason skorunda artış ya da ilk gleason skorunda artış olarak tanımlandı. (ör: GS:3+3'ün GS 3+4 olması veya GS'3+4 ün GS 4+3 olması). Tam tersi durum da downgrading olarak tanımlandı.

**BULGULAR:** Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 63,15'ti.Ortalama preoperatif PSA değeri 12,25 iken median değer 7,96'dı. Olguların %17,8'ine H-PİN, %4'üne ASAP eşlik etti. Vakaların %67,3'ü açık retropubik radikal prostatektomi iken %23,7'si robot yardımcı radikal prostatektomiydi.

En sık rastlanan iğne biyopsi GS 3+3 (%79,2)'tü. Takiben 3+4 (%11,9) 2. sırada gelmektedir. Prostatektomi spesmeni GS'da en sık görülen de 3+3'tü. (%52,5). Ardından 3+4 (%28,7) gelmektedir. Hastaların sadece 1'inde downgrading olmuşken; hastaların %38,6'sında upgrading olmuştur.

Çoklu değişkenli lojistik regresyon analizleri yapıldığında hastaların yaşı arttıkça ve PSA düzeyleri arttıkça prostatektomi materyali Gleason skorunda artış görülmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Prostat kanserinde hastalar için en uygun tedavi modalitesini seçmek büyük önem taşımaktadır. Radikal prostatektomi öncesi ileri yaştaki ve yüksek PSA değerine sahip hastalar upgrade olma olasılıkları göz önüne alınarak dikkatle seçilmelidir. Gleason skorundaki artışı tahmin edebilmek adına daha geniş çaplı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

SS-101

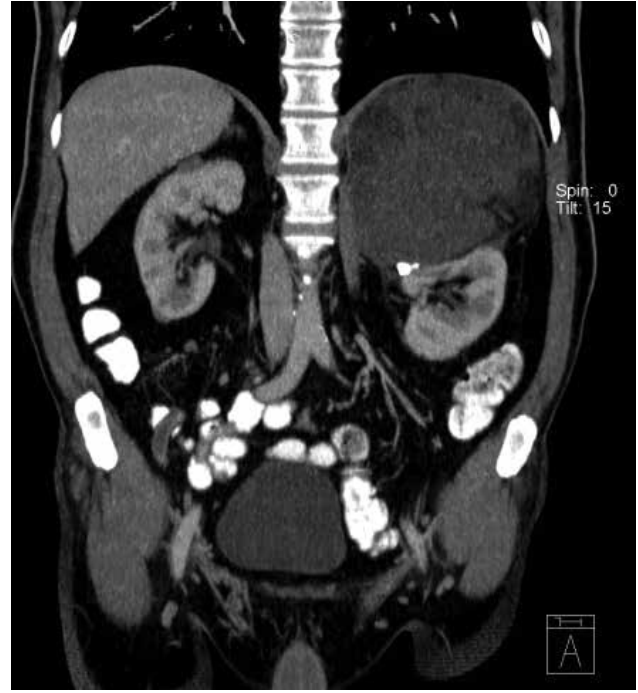
## RETROPERİTONEAL LİPOSARKOM VE PAPİLLER RENAL HÜCRELİ KARSİNOM: NADİR BİR OLGUNUN 2 YILLIK TAKİP SONUÇLARI

Mehmet Necmettin Mercimek,<sup>1</sup> Hatem Kazımoğlu<sup>2</sup>

1. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep  
2. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

**AMAÇ:** Giriş: Retroperitoneal yumuşak doku sarkomları nadir görülür. Olguların %20-45'ini liposarkomlar oluşturur ve lokal rekürrens oldukça sık görülür. Renal hücreli karsinom (RCC) ise böbreğin en sık tespit edilen malign tümördür. 50-70 yaş arasında RCC insidansının arttığı bildirilmiştir. Burada liposarkom ve aynı taraf renal hücreli karsinomu birlikteliği literatürde tanımlanmış beşinci olgu olup vakamızın iki yıllık takip parametreleri sunulacaktır.

**YÖNTEM:** Olgu sunumu: Mayıs 2014 tarihinde insidental olarak sol retroperitoneal alanda ultrasonografik inceleme sonrası kitle tespit edilen 65 yaşında erkek hasta kliniğimize başvurdu. Öyküsünde herhangi bir yakınmasının olmadığı öğrenildi. Fizik muayene bulguları normaldi. Yapılan dinamik kontrastlı abdominal BT incelemede sol böbreği inferiora deplase eden renal korteksten sınırları net ayırt edilemeyen, içersinde geniş yağ dansiteli alanlar bulunan, zayıf kontrastlanan santrali yumuşak doku dansitesinde solid lezyon tespit edildi. Sol böbrek parankiminde de en büyüğü yaklaşık 3 cm çaplı multiple solid kitlesel lezyonlar tespit edildi. Ayrıca sağ böbrek üst polde 2 cm çaplı minimal kontrast tutan iyi sınırlı nodüler alan tespit edildi (Şekil 1). Hasta açık cerrahi girişim planlandı. Sol böbrek ve sol retroperitoneal alandaki kitle komplet olarak çıkartıldı. Histopatolojik incelemede makroskopik boyutu 18x15x12 cm olan retroperitoneal kitle indifferansiye liposarkom, sol böbrekte ise en büyüğü 3 cm çaplı multifokal papiller RCC olarak rapor edildi. Postoperatif dönemde hastaya 5 kür ifosfamid, mesna ve doksorubisin' den oluşan kemoterapi verildi. Kemoterapi sonrası hasta MR ve PET/BT ile belirli aralıklarda takip edildi. Hastanın postoperatif 2 yıllık takiplerinde retroperitoneal bölgede aktivite tutulumu izlenmedi. Sağ böbrek üst poldeki kitleden kemoterapi öncesi ve postoperatif 1. yılda iki kez perkütan iğne biyopsisi alındı patolojik incelemesi kronik inflamasyon olarak rapor edildi. PET/BT taramasında sağ böbrek üst polde ameliyat öncesi tespit edilen nodüler lezyonda kontrastlanma ve



boyut değişikliği saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Yorum: Liposarkom ve RCC birlikteliği olan olgularda her iki tümörün komplet eksizyonu ve multidisipliner yaklaşımı hastanın nüksüz sağ kalımını olumlu yönde etkilemiştir. Sağ böbrekteki şüpheli nodüler kitle için daha konservatif bir yaklaşım tercih edilmesi postoperatif dönemde kemoterapi alabilmesi ve anefrik kalmaması için tercih edilmiş olmakla beraber malignite açısından yakın takibi önerilir.

SS-102

## NADİR RASTLANAN BİR VAKA SUNUMU: MESANE KANSERİNİ TAKLİT EDEN MESANENİN PRİMER TÜBÜLOVİLLÖZ ADENOMU

Yusuf Özlülerden,<sup>1</sup> Cihan Toktaş,<sup>2</sup> Aykut Başer,<sup>2</sup>  
Ertan Kayacan,<sup>1</sup> Nilay Özkalay Özdemir,<sup>3</sup>

1. S.B. Denizli Devlet Hastanesi, Üroloji, Denizli

2. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Denizli

3. S.B. Denizli Devlet Hastanesi, Patoloji, Denizli

**AMAÇ:** Mesane kanserini taklit eden mesanenin primer tübülovillöz adenomlu bir vakanın sunulması

**YÖNTEM:** Ağrısız masif hematüri şikayeti ile kliniğimize başvuran hastanın klinik ve patolojik



bulguları.

**BULGULAR:** 24 yaşında erkek hasta son 1 ay içerisinde şiddetlenen ağrısız masif hematüri şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan laboratuvar incelemesinde kreatinin 1,01 mg/dl, hemoglobin 14,3 g/dl, INR 1,06 ve idrar mikroskopisi 2 eritrosit/2 lökosit olarak saptandı. Yapılan ultrasonografik incelemede mesane süperior duvarda lümene protüze 13x15 mm boyutlarında polipoid solid lezyon izlendi. Eylül 2016 da yapılan sistoskopik incelemede mesane süperioanterior duvar bileşkesinde 15 mm lik papiller lezyon izlendi. Mesane içerisinde ek patoloji saptanmadı. Ardından tümöral oluşuma komplet TUR-M yapıldı. Postoperatif 3. günde hastanın foley katateri alındı ve taburcu edildi. Patoloji sonucu: Tübülovillöz adenom. Kesitlerde villiform dizilimler oluşturan minimal displazi gösteren intestinal epitel ile döşeli polipoid fragmanlarda dokular izlenmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Üriner sistemden kaynaklanan villöz adenom gelişimi nadirdir. Genellikle gastrointestinal sistemde rapor edilir. Ortalama yaş 57 (33-79)dir. Mesanenin izole villöz adenomuna sahip hastaların prognozu mükemmeldir, cerrahi rezeksiyon kütatiftir. Tedavi edilmemiş hastalardan adenokarsinom gelişip gelişmeyeceği kesin değildir. Literatürde birkaç vakada mesane üretelyal karsinomuna eşlik ettiği bildirilmiştir. Bu yüzden hastaların takibi önerilmektedir.



hasta görüldü. Kreatinin: 2,1 mg/dl, kan şekeri: 227 mg/dl, idrar analizi: glukoz ++, keton -, lökosit: 348 olarak bulundu. HbA1c %9,6 olarak ölçüldü. İdrar kültüründe E.Coli üredi. Ultrasonografide sağ böbreğinde taş bağı atrofi, sol böbrekte Gr 3-4 hidroüreteronefroz tesbit edildi. Hastanın mesane kapasitesi 50 cc olarak ölçüldü. Mesaneye foley katater takıldı. Parenteral olarak Ertapenem 500 mg intravenöz antibiyotik tedavisine başlandı. 5. Günde kreatinin değeri 1.2'ye geriledi. Tedaviden 15 gün sonra hastaya ürodinami yapıldı. Ürodinamide sistometride detrusor aşırı aktiviteleri görüldü. Mesane kapasitesi 80 cc olarak ölçüldü ve hipokompliyansı tesbit edildi. Basınç akımda hastanın abdomen basıncı ile işlediği gözlemlendi. Voidingsistoüretrogramda solda gr 4 reflü saptandı. Hastaya 6x1 günlük Temiz aralıklı kataterizasyon (TAK) ve solifenasin 5 mg tedavisi başlandı. 1 ay sonra solifenasin 10 mg'a çıkıldı. Kontrolde hastanın TAK aralarında inkontinansının şiddetle devam ettiği gözlemlendi. Tekrar ürodinamisinde ilki ile aynı sonuçlar elde edildi. Antikolinergik başarısızlık nedeniyle mesaneye botulinum toksini injeksiyonu planlandı. Mesaneye 200 U OnabotulinumtoksinA homojen olarak 30 noktaya uygulandı. İnjesiyon sonrası günde 6x1 TAK'a devam edildi.

**BULGULAR:** 1. ay kontrolünde kreatinin değerinin 1.2 mg/dl olduğu, TAK aralarında idrar kaçırmadığı, mesane kapasitesinin 150 cc'ye çıktığı gözlemlendi. Hastanın takiplerinde şikayetleri olmamıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Tartışma: Üriner sistemde meydana gelen alt üriner sistem fonksiyon bozukluklarının biri de Diabete bağlı nörojenik mesane olarak karşımıza çıkmaktadır. Mesanede gelişen kompliyans azalması antikolinergik ilaçlar ile başlanıp augmentasyona kadar bir dizi tedavi yöntemi ile artırılabilir. Bizde vakamızda diabete bağlı nörojenik mesane tesbit etmiş olup buna bağlı gelişen inkontinans, idrar yolu infeksiyonu ve veziköüretal reflüye ortaya koyduk. Daha sonra botulinum toksini ile

SS-103

## BOTULİNUM TOKSİNİ İLE DÜZELEN ŞİDDETLİ İNKONTİNANS; DİABETES MELLİTUSA BAĞLI NÖROJENİK MESANE VAKA SUNUMU

Hüseyin Eren,<sup>1</sup> Hasan Rıza Aydın,<sup>1\*</sup>

1. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Üroloji, Rize

**AMAÇ:** Mesanenin depolama ve boşaltma şeklinde iki belirli fonksiyonu vardır. Periferik sinir sistemini etkileyen en önemli hastalıklardan biri olan diabetes mellitusa bağlı gelişen periferik nöropati sonucunda bu fonksiyonlar bozulmakta ve nörojenik mesane gelişmektedir. Biz burada diabetes mellitus nedeniyle nörojenik mesane gelişmiş, sonrasında botulinum toksini ile şikayetlerini tedavi ettiğimiz bir vakayı sunduk.

**YÖNTEM:** 57 yaşında erkek hasta idrar kaçırmaya, sol yan ağrısı, yüksek ateş ve bulantı- kusma şikayetleri ile

mesane kapasitesini artırıp düzenli mesane boşaltımı ile bu şikayetlerin gerileyebileceğini vakamızda göstermiş olduk. Literatürde nörojenik mesaneye bağlı hipokompliansta ve detrusor aşırı aktivitesine botulinum toksini uygulamasının yapıldığı bildirilmiş olup biz de vakamızda bunu destekler sonuçlar elde ettik. Sonuç olarak bu tip vakalarda dikkatli ve özenli değerlendirme sonucunda botulinum toksininin de augmentasyon gibi komplike bir yöntem öncesi kullanabilecek basit bir tedavi seçeneği olabileceğini ortaya koyduk.

SS-104

## PARATESTİKÜLER TÜMÖR AYIRICI TANIDANDA ÖNEMLİ BİR PATOLOJİ: ADENOMATOİD TÜMÖRLER

Alpaslan Yüksel,<sup>1</sup> Dursun Baba,<sup>2</sup> Ekrem Başaran,<sup>2</sup> Ali Tekin,<sup>1</sup> Hasan Danış<sup>1</sup>

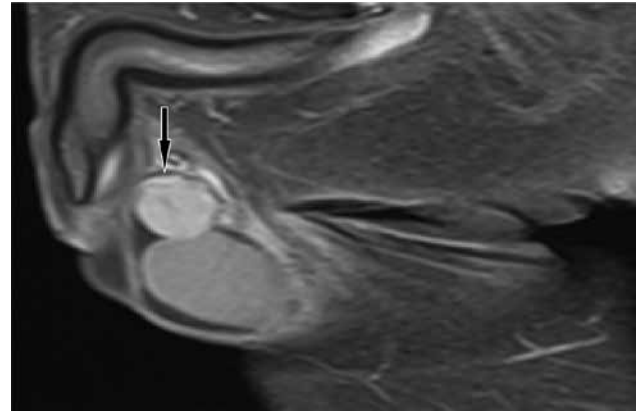
1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Düzce  
2. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Düzce

**AMAÇ:** Adenomatoid tümörler sıklıkla epididim kuyruğunda görülen mezoteliyal içerikli, oldukça nadir görülen tümörlerdir. Malign tümörlerden klinik olarak ayırımı çok zor olduğundan birçok vakada kesin tanı orşiyektomi sonrası yapılan histopatolojik değerlendirme ile konulmaktadır. Burada testis koruyucu yaklaşım uygulanan oldukça nadir görülen paratestiküler tümör olgusunu sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 43 yaşında erkek hasta, ağrılı skrotal şişlik ile kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol testis superiorunda 2cm x 2cm boyutlarında ağrılı, sert kitle palpe edildi. Hastanın bakılan tümör belirteçleri normal olarak saptandı. Skrotal renkli dopler ultrasonografisinde testis üst polünde 2 cm x 2 cm boyutlarında hipoekoik, solid kitle saptandı. Manyetik rezonans (MR) görüntülemeye epididim başı lokalizasyonunda 1,8 cm x 1,5 cm boyutlarında kontrastlanan kitle rapor edildi.

**BULGULAR:** Spinal anestezi altında uygulanan sol inguinal eksplorasyonda, 2 cm x 2 cm boyutlarında paratestiküler kitle testis ve epididim korunarak eksize edildi. Histopatolojik tanı epididimal adenomatoid tümör olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Paratestiküler tümörler klinik olarak testis tümörüyle karışabileceğinden skrotal kitlelerde ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Böylece fertilitenin korunması ve gereksiz organ kaybını



önlemek için şüphelenilen olgularda intraoperatif donmuş kesit uygulanması düşünülmelidir.

SS-105

## 2-3 CM BOYUTLU MULTİKALİSİYEL TAŞ TEDAVİSİNDE KULLANILAN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ VE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Mehmet Çağlar Çakıcı,<sup>1</sup> Sercan Sarı,<sup>2</sup> Hakkı Uğur Özok,<sup>1</sup> Ahmet Nihat Karakoyunlu,<sup>1</sup> Emre Hepşen,<sup>3</sup> Levent Sağnak,<sup>1</sup> Hikmet Topaloğlu,<sup>1</sup> Hamit Ersoy<sup>1</sup>

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Sarıkamış Devlet Hastanesi, Üroloji, Kars  
3. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Retrograd İntrarenal Cerrahi (RIRC) gelişen teknolojiyle beraber kullanımı yaygınlaşmakta olan bir yöntemdir. Öncelikle küçük boyutlu (<2 cm) taşları tedavi etmek için kullanılan bu yöntemin artan tecrübe, fleksible renoskop ve lazer teknolojisindeki yenilikler neticesinde kullanım alanı genişlemiştir. 2 cm'den büyük boyutlu böbrek taşı tedavisinde önerilen ilk yöntem olan Perkütan Nefrolitotomi (PNL)'de yüksek başarı oranlarına rağmen hayati tehdit edebilen komplikasyonlar görülebilmektedir. Anestezi açısından riskli olan, kanama bozukluğu olan, vücut bütünlüğü anatomik olarak PNL'ye uygun olmayan hastalarda veya gözlenebilecek komplikasyonların azaltılması için RIRC tedavide kullanılabilir bir yöntemdir. Çalışmamızda 2-3 cm boyutta taş yükü bulunan multikalisiyel taşların tedavisinde uygulanan RIRC ve PNL yöntemlerinin etkinlik ve güvenilirliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

**Tablo 1:**

	Group I (RIRS) (n=36)	Group II (PNL) (n=28)	p value
Age (mean ± SD) (years)	44.91±11.54	50.25±12.75	0.640
Gender (Male/Female) (n)	20/16	19/9	0.828
Anomalous kidney, n (%)	1(2.8)	1(3.6)	0.856
Radiopacity of stone, n (%)	33(91.6)	26(92.8)	0.894
Stone laterality			0.481
Right/left (n)	16/20	10/18	
Number of Stones (mean ± SD)	2.69±0.70	2.17±0.61	<0.001
Stone burden (mean ± SD) (mm)	24.97±3.89	25.39±3.85	0.728

**Tablo 2:**

	Group I (RIRS) (n=36)	Group II (PNL) (n=28)	p value
Operation time (mean ± SD) (min)	56.11±10.89	82.32±34.06	<0.001
Fluoroscopy screening time (mean ± SD) (min)	0.91±1.14	3.94±3.17	<0.001
Hospitalization time (mean ± SD) (day)	1±0	4±1.44	<0.001
Double-J placement, n (%)	31(86.1)	8(28.6)	<0.001
Stone-free status, n (%)	25(69.4)	22(78.6)	0.412
Stone free	25(69.4)	22(78.6)	0.412
CIRF	0	1	
Rest	11	5	
Success rates, n (%)	25(69.4)	23(82.1)	
Tablo 3			
Complication rates, n (%)	3(8)	7(25)	
Minor (Clavien 1-2) complications, n(%)	3(8)	4(14.2)	0.449
Fever	3	3	
Blood transfusion	0	1	
Urinary tract infection	1	2	
Major (Clavien 3-5) complications, n(%)	0	3(10.7)	0.044
JJ placement for urine leakage	0	3(10.7)	
Death	0	0	
Auxiliary procedure, n (%)	11(30.6)	6(21.4)	
SWL	2	0	
RIRS	4	2	
PNL	0	0	
Observation	5	4	

**YÖNTEM:** Kliniğimizde 2012 ve 2016 yılları arasında opere olan multikalisiyel ve 2-3 cm taş yükü olan toplam 64 hasta çalışmaya dahil edildi (36 RIRC, 28 PNL). Taş yükü tüm hastalar için bilgisayarlı tomografideki en uzun taş çapları toplanarak hesaplandı. Operasyon sonrasındaki kontrolde taş saptanmaması veya <3 mm rezidü taş saptanması başarı olarak kabul edildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi.

**BULGULAR:** Grupların demografik verileri ve taş karakteristiklerine bakıldığında RIRC ve PNL yapılan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

izlenmedi. RIRC yapılan grupta taş sayısı istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (Tablo 1). RIRC yapılan grupta operasyon süresi, skopi süresi, hospitalizasyon süresi PNL yapılan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktü. DJ stent takılma oranı RIRC yapılan grupta PNL yapılan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti. Taşsızlık oranı PNL yapılan grupta RIRC yapılan gruba göre yüksek olmakla birlikte arada istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (Tablo 2). Komplikasyonlara bakıldığında minör komplikasyon PNL yapılan grupta daha fazla görüldü. Arada istatistiksel olarak anlamlı

fark izlenmedi. PNL yapılan grupta RIRC yapılan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla majör komplikasyon izlendi (Tablo 3).

**ÇIKARIMLAR:** Literatürde multiple taşlarda PNL ve RIRC yöntemleri ile ilgili çalışmalar olmakla birlikte multikalisiyel taşlarda bu 2 yöntemin etkinlik ve güvenilirliğini karşılaştıran çalışma yoktur. Bu çalışma 2-3 cm taş yükü olan multikalisiyel taşlarda, iki yöntemin karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Sonuç olarak 2-3 cm boyutlu multikalisiyel taşların tedavisinde PNL ilk tercih edilecek tedavi yöntemidir. Komorbiditesi olup anestezi açısından riskli olan, kanama bozukluğu olan, vücut bütünlüğü anatomik olarak PNL'ye uygun olmayan hastalarda veya gözlenebilecek komplikasyonların azaltılması için RIRC tedavide kullanılabilecek bir yöntemdir.

# VIDEO BİLDİRİLER 1

3 Kasım 2016 / Salon B / 18:00-18:45

Oturum Başkanları: Orhan Yalçın, Ayhan Karabulut



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-01

## 3 GÜNLÜK ERKEK BEBEKTE PRİMER TEK AŞAMALI EKSTROFİ VEZİKA- EPİSPADİAS ONARIMI: VIDEO GÖSTERİMİ

Özdemir Serhat Gürocak,<sup>1,1</sup> Eda Tokat,<sup>1</sup> Ender Cem Bulut,<sup>1</sup>  
Mustafa Özgür Tan<sup>1</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** 3 günlük erkek çocukta uyguladığımız primer tek aşamalı ekstrofi vezika-epispadias kompleksi (EEK) onarımının görsel olarak paylaşılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Antenatal 28 haftada sonografik olarak ekstrofi vezikası tespit edilen bebek problemsiz bir gebelik dönemi sonunda 38 haftalık olarak sezaryenle doğurtulmuştur. Yapılan yenidoğan fizik muayenesinde ekstrofi vezika-epispadias kompleksi tespit edilmiş olup primer onarım planlanmıştır.

**BULGULAR:** Hasta anestezi tarafından hazırlandıktan sonra glans penisine traksiyon sütürleri yerleştirilmiş ve bilateral üreterler 4F feding tüp ile kateterize edilmiştir. Cilt ile mesane mukoza bileşkesinden umbilikusu da içine alacak şekilde mesane boynuna kadar inzisyon uygulanmıştır. Diastatik rektus fasyası görülence açılmış ve keskin künt diseksiyonla retroperitona bilateral girilerek mesane perivezikal yağ dokuları peritondan ayrılmıştır. Mesane boynuna doğru rektus fasyası simfizis pubis inferioruna kadar disseke edilmiştir. Penis rekonstrüksiyonuna geçilerek ventraldeki cilt deglove edilmiş ve penil üretral plate bilateral glans penis distaline kadar insize edilmiştir. Penis ventralinde Buck fasyası açılarak bilateral korpus kavernozumlar vasküler tape ile askıya alınmıştır. Bilateral korpuslar üretral plateden ayrıldıktan sonra mesane boynu 8F feding üzerinden 7.0PDS ile tübülerize edilmeye başlanmıştır. Üretral plate distale doğru korpus kavernozumdan ayrılarak üretra ekstrenal meatusa kadar tübülerize edilmiştir. Takiben bilateral korpus kavernozumlar üretral plate ventralde kalacak

şekilde orta hat dorsalde 6.0PDS ile yaklaştırılmış ve glanüloplasti uygulanmıştır. Mesane mukozasındaki polipler eksize edilmiştir. Takiben bilateral 4F üreteral feeding tüpler önce mesaneden sonra da ciltte uygun yerden çıkarılarak mesane 4.0vicryl ile tek tek suture edilmeye başlanmıştır. Mesane kubbesinden 6F feding ile sistostomi yerleştirildikten sonra simfizis diastazisinin yaklaşık 4cm olduğu görülünce bilateral iliak osteotomi uygulanmış ve simfizis pubis orta hatta ucuca yaklaştırılmıştır. Penis cildi reverse-Byars tekniği ile kapatılmıştır. Önce rektus kasları takiben diastatik rektus fasyası 1.0 vicryl ile tek tek suture edilmiş ve cilt uygun şekilde suture edilerek işleme son verilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Bu video güncel teknolojik gelişmelerle beraber erken postnatal dönemdeki bebeklerde uygulanan EEK onarımının tecrübeli ekipler tarafından cerrahi basamaklara sadık kalarak güvenli şekilde uygulanabileceğini göstermektedir.

VS-02

## SAĞ İNTRAABDOMİNAL TESTİSLİ 1 YAŞINDAKİ ERKEK ÇOCUKTA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK FOWLER- STEPHENS ORŞİOPEKSİNİN İKİNCİ AŞAMASI: VIDEO SUNUM

Özdemir Serhat Gürocak,<sup>1,1</sup> Amiral Farahvash,<sup>1</sup> Ender  
Cem Bulut,<sup>1</sup> Tefik Sinan Sözen,<sup>1</sup> Mustafa Özgür Tan<sup>1</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** 1 yaşındaki erkek çocukta robot yardımcı laparoskopik Fowler-Stephens (FS) orşiopeksinin ikinci aşamasının görsel olarak paylaşılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Sağ intraabdominal testisi olan çocuğa FS yönteminin ikinci aşaması robot yardımcı laparoskopik teknikle uygulanmıştır. Bu cerrahi tekniğin önemli aşamalarını görselimizde vurguladık.

**BULGULAR:** Sağ palpe edilemeyen testisi olan hastada ilk aşamada tanısallaparakoskopi uygulanınca sağ intraabdominal testisinin iç inguinal halkaya 2cm'den daha fazla proksimalde olduğu tespit edildi. Takiben testiküler pedikül 2 adet weck klipe kapatılarak işleme son verildi. Birinci aşamadan 6 ay sonra hastaya FS prosedürünün ikinci aşaması uygulandı. Hasson tekniği ile umblikustan kamera portu ve direk görüş altında ipsilateraldeki port umblikustan 1cm yukarıda ve kontralateral portun umblikus seviyesinde olacak şekilde yerleştirildi ve robotun docking işlemi gerçekleştirildi. Öncelikle sağ parietal periton açıldı ve keskin künt diseksiyonla iç inguinal halkaya kadar ilerlendi. Takiben ilk aşamada yerleştirilen wecklerin distalinden koter yardımıyla atrofiye gitmiş olan pedikül kesildi. Gubernakulum belirlenerek karın içine trakte edildi ve mümkün olan en distalden koter yardımıyla kesildi. Medialde vaz deferens ve kollateralleri içeren periton flepinin zarar görmemesi için azami özen gösterildi. Takiben robot hastadan ayrılarak skrotumda dartos poş oluşturuldu ve sağ testis bu poşun içine yerleştirildi. Herhangi bir komplikasyon oluşmayan hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Güncel teknolojik gelişmelerle beraber çocuklarda laparoskopik teknikle uygulanan cerrahi prosedürlerin robot yardımcı olarak uygulanması giderek yaygınlaşmaktadır. Bu video dikkatli seçilmiş olgularda robot yardımcı SF prosedürünün minimal invazif ve özellikle güvenli şekilde, daha iyi magnifikasyon ve artikülasyonla uygulanabileceğini göstermektedir.

VS-03

## 2 YAŞ ALTI ÇOCUKLARDA LAPAROSKOPİK NEFROÜRETEREKTOMİ

Volkan İzol,<sup>1</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup> Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup>  
İsmail Önder Yılmaz,<sup>1</sup> Fatih Gökalp,<sup>1</sup> Nihat Satar<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Pediyatrik yaş grubunda endikasyonu olan olgularda laparoskopik nefrektomi(N) veya nefroüreterektomi (NU) artan sıklıkla yapılmakta ve artan tecrübe ile birlikte çok küçük yaş grubunda da uygulanmaktadır. Bu videoda, kliniğimizde son 10 yılda 2 yaş altı 15 çocuğa uygulanan laparoskopik

N veya NU operasyonlarından birinin görüntüleri sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları sebebiyle yapılan incelemelerde 20 aylık sol hipoplazik böbrek saptanan hastaya çekilen VCUG 'de solda grade 5 hidronefroz saptandı. Hastaya laparoskopik NU planlandı. Sol lomber pozisyonda veres iğnesi ile pararektal göbek hizasından transperitoneal giriş yapıldı. Operasyonda 5 mm 300 laparoskop ve standart laparoskopik donanım kullanıldı.

**BULGULAR:** 2 yaş altı hastalarda ortalama operasyon süresi 60 dakika idi. Ortalama operasyon süresi 128 (30-220) dakika, kanama miktarı minimaldi. Modifiye Clavien sınıflamasına göre 2 hastada derece 3b, 2 hastada derece 2 komplikasyon gelişti. Postoperatif dönemde ise 1 hastada derece 2, 1 hastada ise derece 3b komplikasyon izlendi. Bu komplikasyonların meydana gelme zamanına baktığımızda öğrenme eğrisinin başındaki olgularda olduğunu tespit ettik. Hastanede yatış süresi ortalama 55 (28-92) saattir. Kozmetik sonuçlar iyi olup geç komplikasyon görülmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Çocuk hastalarda laparoskopik artan deneyimle beraber, erken taburculuk süresi, düşük maliyet ve kozmetik avantajlardan dolayı standart teknik olarak tercih edilmektedir.

VS-04

## SAĞ DONÖR BÖBREK İLE ROBOTİK BÖBREK TRANSPLANTASYONU

Volkan Tuğcu,<sup>1</sup> Selçuk Şahin,<sup>1</sup> Abdullah Hızır Yavuzsan,<sup>1</sup>  
İsmail Yiğitbaşı,<sup>1</sup> Fatih Akkaş,<sup>1</sup> Feyzi Arda Atar,<sup>1</sup>  
Fatih Gökhan Akbay,<sup>2</sup> Süheyla Apaydın<sup>2</sup>

1. S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Son dönem böbrek yetmezliği olan hastalar için en iyi tedavi böbrek transplantasyonudur. Bununla birlikte, sağ veya sol donör böbreğin, transplantasyonda intraoperatif ve postoperatif etkileri hakkında gelişki mevcuttur. Bazı yazarlara göre, sol donör böbrek uzun renal venden dolayı intraoperatif ve postoperatif birçok avantaja sahiptir. Açık cerrahide sol böbreğin uzun renal veni operatif zorluğu önemli şekilde azaltır. Biz inanıyoruz ki, bu zorluk robot yardımcı cerrahi ile aşılabılır. Bu videomuzda kliniğimizde sağ donör böbrek ile robot

yardımlı böbrek transplantasyonu operasyonunu sunmaktayız.

**YÖNTEM:** Kronik böbrek yetmezliği nedeni ile 4 yıldır hemodiyaliz tedavisi almakta olan 57 yaşındaki erkek hastaya sağ canlı donör böbrek transplante edildi. Operasyon da Vinci-Xi robotik sistem yardımı ile gerçekleştirildi. Greft böbreği batin içerisine yerleştirme ve buz gönderebilme amacı ile periumblikal 4 cm lik kesi ile bir adet gelport yerleştirildi. Vasküler diseksiyon ve anastomoz ayrıca ureterovezikal anastomoz tamamen robotik sistem kullanılarak gerçekleştirildi.

**BULGULAR:** Operasyon zamanı (insizyondan kapamaya) 200 dakika olarak izlendi. Total yaklaşık kan kaybı 150 cc izlendi. Herhangi bir perioperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Üretral kateter ve 2 dren postoperatif 3. günde çekilirken hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Daha kısa renal ven olsa bile, robotik sistemin eşsiz özellikleri sayesinde anastomoz daha kolaylıkla yapılabilmektedir. Ayrıca retroperitoneal açık cerrahiye kıyaslanınca transperitoneal yaklaşım ile daha fazla çalışma alanı elde edilmektedir. Sağ donör böbrek ile robotik böbrek transplantasyonu güvenilir ve uygulanabilir bir cerrahi alternatiftir.

Cerrahi da Vinci-Xi robotik sistem kullanılarak gerçekleştirildi. Grefti intraabdominal alana yerleştirebilmek ve greft fonksiyonunu koruyabilme amaçlı buz yerleştirebilmek için periumblikal alana yapılan 4 cm lik bir insizyondan bir adet GelPOINT port koyuldu. Vasküler diseksiyon ve anastomoz, ve ureterovezikal anastomoz tamamıyla robotik sistem ile gerçekleştirildi.

**BULGULAR:** Operasyon zamanı (insizyondan kapamaya) 240 dakika idi. Total kan kaybı yaklaşık 170 cc izlendi. Herhangi bir perioperatif veya postoperatif komplikasyon izlenmedi. Üretral kateter ve 2 dren postoperatif 3. günde alındı. Hasta postoperatif 5. günde taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Robotik sistem, büyütülmüş üç boyutlu görüntüsü ve hareket kabiliyetleri gibi eşsiz özellikleri sayesinde damar anastomozu gibi hassas anastomozları daha kolay hale getirmiştir. RBT, açık cerrahisiyle kıyaslandığında daha az postoperatif ağrı, analjezik ihtiyacı, daha iyi kozmetik görünüm ve daha az komplikasyon oranları gibi avantajlara sahiptir. RBT, açık böbrek transplantasyonuna alternatif olan güvenli ve uygulanabilir bir cerrahidir.

VS-05

## ROBOT YARDIMLI BÖBREK TRANSPLANTASYONU

Volkan Tuğcu,<sup>1</sup> Selçuk Şahin,<sup>1</sup> Abdullah Hızır Yavuzsan,<sup>1</sup> İsmail Yiğitbaşı,<sup>1</sup> Fatih Akkaş,<sup>1</sup> Feyzi Arda Atar,<sup>1</sup> Fatih Gökhan Akbay,<sup>2</sup> Süheyla Apaydın<sup>2</sup>

1. S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Nefroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Böbrek transplantasyonu son dönem böbrek yetmezlikli hastalar için en iyi tedavidir. Açık cerrahi halen altın standart olarak yerini korusa da, böbrek transplantasyonu operasyonunda son dönemde minimal invaziv cerrahinin gittikçe önem kazandığını ve geliştiğini bildiren yayınlar çıkmaya başlamıştır. Biz de bu videomuzda kliniğimizde yapılan robot yardımlı böbrek transplantasyonu (RBT) operasyonunu sunmaktayız.

**YÖNTEM:** 43 yaşında, son dönem böbrek yetmezliği tanısı ile 2 aydır hemodiyaliz tedavisi alan hastaya canlı donörden alınan sol böbrek transplante edildi.

VS-06

## TRANSPLANTE BÖBREKTE KİTLE: LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ender Özden,<sup>1</sup> Süleyman Öner,\*<sup>1</sup>

Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, allograft böbrekteki kitleye uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) deneyimimizi sunmayı amaçladık

**YÖNTEM:** 5 yıl önce böbrek nakli yapılan 61 yaşında kadın hastada rutin kontrollerinde transplante böbrek inferioposteriorunda 20x15 mm boyutlarında kitle tespit edildi. Tarafımızca hastaya LPN planlandı. Hasta supin pozisyona alındı. Pnömo-peritoneum oluşturulduktan sonra göbek altı 12 mm lik optik port yerleştirildi. Sağ pararektal alana 12mmlik, sol pararektal alana ise 5 mm lik çalışma portları yerleştirildi. İnen kolon medialize edildi. Sağ eksternal iliak arter takip edilerek allograft renal artere ulaşıldı. Allograft renal arter çevre dokulardan diseke edilerek serbestlendi. Takiben transplante böbrek ultrasonik

disektör yardımı ile çevre dokulardan serbestlendi. Transplante böbrek inferioposteriorunda yaklaşık 2 cm boyutta kitle gözlemlendi. Sınır ultrasonografi cihazı ve koter yardımı ile belirlendikten sonra 1 adet endobulldog yardımı ile allograft renal arter kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. Takiben parankim 2/0 V-loc ve vicryl sütürlerle kontinyu olarak kapatıldı. Bulldog klemp alındıktan sonra kanamanın olmadığı görüldü. Kitle endobag yardımı ile dışarı alındı ve loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 240 dakika, sıcak iskemi süresi 9 dakika, tahmini kan kaybı 200 ml idi. Patoloji onkositom olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Allograft böbrekteki kitlelerde laparoskopik parsiyel nefrektomi tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.



# VIDEO BİLDİRİLER 2

4 Kasım 2016 / Salon C / 17:15-18:00  
Oturum Başkanı: Mustafa Aldemir



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-07

## ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİDE MODİFİYE ANOSTOMOZ TEKNİĞİ

Ömer Burak Argun,<sup>1</sup> İlater Tüfek,<sup>1</sup> Mustafa Bilal Tuna,<sup>2</sup>  
Tümküt Doğanca,<sup>3</sup> Can Öbek,<sup>3</sup> Ali Rıza Kural<sup>4</sup>

1. Acibadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

2. Acibadem Maslak Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. Acibadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul

4. Acibadem Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Robot yardımcı radikal prostatektomi sonrasında optimal kontinans oranlarının sağlanması için modifiye bir anastomoz tekniğinin sunulması.

**YÖNTEM:** Bu videoda robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi sırasında uygulanan modifiye bir anastomoz tekniği sunulmaktadır. Dorsal ven 2 adet Bulldog klamp ile tutulur ve kansız bir ortamda apikal disseksiyon yapılır. Üretra serbestlenir ve anterior yüzden insizyon yapılır. Bu aşamadan sonra Bulldog klamplar çıkarılır ve dorsal ven selektif olarak 2/0 poliglaktin dikiş ile sütüre edilerek anterio rekonstrüksiyon uygulanır. Prostat ile üretra ayrıldıktan, posterior yüzde üretradan saat 5 ve 7 hizasında 2 adet 3/0 V-Loc anastomoz sütürü dıştan içe geçilir. Bu dikişler ile vezikouretral anastomoz sırasında üretra çekilerek üretranın retrakte olması engellenir. Böylece anastomoz sütürlerinin eksternal sfinkter kompleksinden değil, üretradan geçirilmesi sağlanır. Anastomoz dikişlerinin konmasını takiben üretranın transeksiyonu tamamlanır ve prostat üretradan ayrılır. 2/0 poliglaktin sütür ile modifiye posterior rekonstrüksiyon dikişi konarak üretra ve mesane boynu yaklaştırılır. Bu anastomozun tansiyonsuz olarak yapılmasına imkan sağlar. İlk önce üretra saat 7 hizasındaki anastomoz sütürü alınarak mesane boynunda önce içten dışa, sonra dıştan içe geçirilir. Aynı işlem saat 5 hizasındaki dikiş ile de tekrarlanır. Her iki dikiş çekilerek retrakte olan üretra eksternal sfinkter kompleksinin içerisinden çıkarılır, mesane boynuna yaklaştırılır ve anastomozun tabanı oluşturulur. Anastomoza saat 7 hizasındaki dikişle

saat yönünde mesane tarafında dıştan içe, üretra tarafında içten dışa geçilerek devam edilir. Saat 5 hizasındaki dikişle saat yönünün tersi yönde yine mesane tarafında dıştan içe, üretra tarafında içten dışa geçilerek anastomoz tamamlanır. Anastomoz bitiminde mesane doldurularak kaçırılmazlık kontrolü yapılır.

**BULGULAR:** Hastanın üretral kateteri postoperatif 8. gün alındı. Hasta üretral kateter alındıktan sonra idrar kaçırmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Robot yardımcı radikal prostatektomi sırasında optimal apikal disseksiyon ve üretrovezikal anastomoz sırasında üretranın uygun bir şekilde sütüre edilmesi ve eksternal sfinkter kompleksinin korunması postoperatif kontinansı olumlu yönde etkilemektedir.

VS-08

## ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SIRASINDA BÜYÜK MEDIAN LOBUN EKARTE EDİLMESİNDE İKİ AYRI TEKNİK

Adnan Şimşir,<sup>1</sup> Emir Akıncıoğlu,<sup>1</sup> Fuat Kızılay<sup>1</sup>

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Robotik radikal prostatektomi yapılan vakalarda büyük median lobun ekartasyonunda iki farklı tekniği video eşliğinde sunmayı amaçladık

**YÖNTEM:** İlk vakada median lobdan 37 mm 0 vicryl sütür yardımıyla posteroanterior hatta geçilerek üçüncü robotik kol yardımıyla karın ön duvarına doğru asılıyor. İkinci vakada ise median lob maryland bipolar forseps ile ekarte ediliyor.

**BULGULAR:** Median lobun ekartasyonundan sonra mesane boynu prostattan rahatlıkla ayrılabilir.

**ÇIKARIMLAR:** Robotik cerrahi, rekonstrüktif işlemlerde sağladığı avantajlar ile radikal prostatektomide de cerraha oldukça fayda sağlamaktadır. Bu videoda büyük median lobun ekartasyonu için iki ayrı teknik başarıyla uygulanmıştır.

VS-09

## MULTİPARAMETRİK MR VE TRANSREKTAL USG KILAVUZLUĞUNDA HEDEFE YÖNELİK PROSTAT FÜZYON BİYOPSİSİ TEKNİĞİ VIDEO SUNUMU

Ahmet Güdeloğlu,<sup>1,1</sup> Amiral Farahvash,<sup>2</sup> Sinan Sözen,<sup>3</sup>  
Cenk Yücel Bilen<sup>4</sup>

1. Özel Memorial Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Lôsante, Üroloji, Ankara

3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

4. DİĞER, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışma ülkemizde yeni klinik uygulamaya giren multiparametrik MR ve transrektal USG kılavuzluğunda hedefe yönelik prostat füzyon biyopsisi tekniğini video olarak sunmayı amaçlamaktadır. Bu videoda aynı zamanda gayta kontaminasyonunu çok daha minimal düzeye indiren teknik modifikasyon da gösterilmektedir.

**YÖNTEM:** Mayıs 2016 ile Ağustos 2016 tarihleri arasında prostat kanseri şüphesi ile multiparametrik MR (Philips İntera 3.0 T) çekilen ve PI-RADS 3 ve üzeri lezyona sahip toplam 16 hastaya transrektal USG (SmartUS, Telemed) eşliğinde transperineal stepper (CIVCO, EX3) yardımı ile MIM Symphony (MIM Software, Cleveland) yazılımı kullanılarak hedefe yönelik prostat füzyon biyopsisi yapılmıştır. Orijinal teknikte rektuma 120 ml SF ile doldurulmuş USG probuna tespit edilmiş prezervatif yerleştirilirken bizim uyguladığımız modifiye teknikte önce prezervatif rektuma yerleştirilir ve içi 100 ml jel ile doldurulur daha sonra anüse ileostomi torbası yardımı ile sabitlenir.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 61 (52 -74) ve ortalama PSA değeri 5.5 ng/ml (3.9 - 7.6) olan hastaların ortalama prostat hacimleri 63 cm<sup>3</sup> (43-120) idi. 16 hastada ortalama boyutu 11 mm (4-25) olan toplamda 19 lezyon örneklendi. Bu lezyonların %58'i (11/19) apex veya apex-mid bileşim yerine lokalizediydi. Lezyonların %32'si (6/19) PI-RADS 3, %42'si (8/19) PI-RADS 4 ve %26'sı (5/19) PI-RADS 5 olarak sınıflandırılmaktaydı. Her bir lezyondan ortalama 4.8 kor (2 – 6) biyopsi alındı. 11 hastada sağ periferel zondan, 13 hasta ise sol periferel zondan sırası ile ortalama 2.6 kor ve 3.4 kor random biyopsiler de alındı. Patolojik inceleme sonucunda 19 lezyonun 6'sında, 16 hastanın 7'sinde prostat adenokarsinomu tespit edilmiştir. Tümör tespit edilen 7 hastanın 3'ünde daha önce tümör negatif gelen standart biyopsi öyküsü mevcuttu. Hastalar için ortalama anestezi süresi 60 dakikaydı (45 – 100). İşlem sonrasında hiç

bir hastada ateş veya ürosepsis izlenmezken sadece 1 hastada işleme bağlı hematüri ve üriner retansiyon gelişmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Ülkemizde klinik uygulamaya yeni girmiş olan multiparametrik MR ve transrektal USG kılavuzluğunda hedefe yönelik prostat füzyon biyopsisi prostat kanseri tanısı koymada güvenli ve uygulanabilir bir yöntemdir. Orijinal tekniğe uyarladığımız modifikasyon, biyopsi işlemini ultrason görüntü kalitesinden ödün vermeden çok daha az kontamine bir ortamda yapılabilir hale getirmiştir.

VS-10

## POST-KEMOTERAPİ REZİDÜEL KİTLE TEDAVİSİNDE ROBOTİK RPLND

Bora Ozveren,<sup>1,1</sup> Mahir B. Özgen,<sup>2</sup> Niyazi Levent Türkeri<sup>1</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Kemoterapi sonrası retroperitoneal rezidüel kitle ve lenf nodu diseksiyonu (R-RPLND), ileri evre testis tümörü tedavisinde cerrahi teknik açısından üroonkoloji alanındaki en zorlu girişimlerden birisidir. Robot-Yardımlı Laparoskopik post-kemoterapi-RPLND, teknik olarak oldukça zor olduğu ve ileri robotik cerrahi deneyimi gerektirdiği için günümüzde az sayıdaki merkezde yapılmaktadır. Genellikle seçilmiş hastalarda, tek ve düşük tümör hacimli rezidü kitlelere uygulanmaktadır.

**YÖNTEM:** Bu videoda, ekstragonadal germ hücreli tm tanısına aldığı 3 kür BEP kemoterapisi sonrasında saptanan 3 cm boyutlu rezidüel kitlenin eksizyonu ve RPLND amacıyla yapılan Robot Yardımlı Laparoskopik RPLND ameliyatı aşamaları sunulmaktadır.

Otuzdokuz yaşındaki hastada sol yan ve bel ağrısı yakınması nedeniyle yapılan MR'da sol paraaortik yerleşimli 11x9x6 mm kitle saptandı. Yapılan TruCut biyopsi patolojisi "az dşferansiye malign germ hücreli tm (öncelikle seminom)" olarak bildirildi. Testis Doppler USG'de sol testiste multipl mikrokalsifiye alanlar saptanması üzerine hastaya sol inguinal orşiektomi yapıldı. Patolojik incelemede tümör saptanmadı (burned-out tm ?).

Üç kür BEP kemoterapisini tamamlayan hastanın izlem PET-CT'de retroperitonda 3 cm hipermetabolik odak görüldü.

Hastaya "sol lateral" pozisyonda Da Vinci robot yardımcı laparoskopik retroperitoneal kitle ve lenf

nodu diseksiyonu uygulandı. Dört robotik kol ve 2 asistan portu kullanıldı.

**BULGULAR:** İntra- ve post-op komplikasyon olmadı. Kanama miktarı <120 ml ölçüldü.

Post-op 2. günde hasta taburcu edildi.

Patolojik inceleme sonucu "biri 16x11x6 cm boyutta kitle olmak üzere gönderilen spesimen içerisinde 20 adet lenf nodunun 5'inde seminom" saptandı.

Bu bulgularla, hastaya adjuvan 56,2 Gy IGRT uygulandı.

Hastanın post-operatif 18. ayda halen onkolojik "kür" olarak düzenli takibi devam etmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Robotik RPLND henüz standart tedaviler içinde yer almamaktadır. Literatür verileri sınırlı olmakla birlikte, deneyimli robotik cerrahi merkezlerinde elde edilen sonuçların hem cerrahi hem de onkolojik değerlendirme açısından oldukça başarılı olduğu görülmektedir. Post-kemoterapi robotik RPLND ise daha üst seviyede teknik beceri ve deneyim gerektirir. Robotik cerrahi yaklaşım ile hastalara azalmış morbidite fırsatı sunulurken, elde edilen lenf nodu sayısı da açık cerrahi sonuçları ile kıyaslanabilir düzeydedir.

VS-11

## RENAL VEN TROMBÜSÜ EŞLİK EDEN SAĞ BÖBREK TÜMÖRÜ OLAN HASTADA LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ DENEYİMİMİZ

Alper Bitkin,<sup>1</sup> Ebubekir Akgüneş,<sup>1,2</sup> Lokman İrkılata,<sup>2</sup> Mustafa Aydın,<sup>2</sup> Caner Moral,<sup>2</sup> Mevlüt Keleş,<sup>2</sup> Ramazan İnan,<sup>1</sup> Emrah Küçük,<sup>1</sup> Mustafa Kemal Atilla<sup>1</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun  
2. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda sağ böbrek tümörüne eşlik eden renal ven trombüsü mevcut olan hastamızda laparoskopik radikal nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 53 yaşında bayan hasta kliniğimize aralıklı sağ lomber ağrı ve idrardan kan gelmesi şikayeti ile başvurdu. Hastaninyapılan tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrek orta kesimden başlayarak alt pol düzeyine doğru uzanan ve ekzofitik görünümde yaklaşık 5x4x7,5 cm boyutlarda heterojen iç yapıda lobüle konturlu kontrast tutan kitle izlendi.Sağ renal vende yaklaşık 7x4 mm boyutlarda hipodens görünümde tümöral invazyonu düşündüren trombüs

görünümü izlendi ancak trombüsün vena kava inferiora uzanımı saptanmadı.

Hastaya laparoskopik radikal nefrektomi planlandı. Operasyon 3adet 10mm'lik ve 1 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon deviyeye edilerek ureter bulundu ve takip edilerek renal pediküle ulaşıldı. Ardından renal arter ve renal ven bulundu diseke edildi. Renal artere polimer kilitli ligasyon klipsi konularak kesildi. Renal vende trombüs röllesi görüldü. Trombüs böbrek tarafında kalacak şekilde polimer kilitli ligasyon klipsi ile renal ven kapatıldı ve kesildi. Böbrek künt diseksiyonlarla çevre dokulardan diseke edildi. Üretere de polimer kilitli ligasyon klipsi konuldu kesildi. Organ torbasına yerleştirilen böbrek gibson kesiyle dışarı alındı. Loja bir adet silikon dren konularak işleme son verildi

**BULGULAR:** Operasyon süresi 140 dakika ve toplam kanama 100 cc idi.Postoperatif kontrol edilen renal ven içinde trombüs mevcut olduğu gözlemlendi. Hastanın patoloji sonucu Renal Hücreli Karsinom Berrak Hücreli Alt Tipinde Fuhrman Grade 2 olarak raporlandı.Üreter cerrahi sınır, vasküler yapılar, perinefritik yağ dokusu, böbrek kapsülü intakttır. Hastanın postoperatif birinci gün üretral kateteri, postoperatif ikinci gün de dreni alınan hasta aynı gün taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik radikal nefrektomi, böbrek tümörüne eşlik eden renal ven trombüsü mevcut olan hastalarda da güvenle uygulanabilen bir cerrahi yöntemdir. Postoperatif ağrı kontrolü ve hastaya minimal invaziv yaklaşım göz önüne alındığında deneyimli ellerde bu cerrahi yaklaşımın başarıyla yapılması mümkündür.

VS-12

## İNFERİOR VENA KAVA TÜMÖR TROMBEKTOMİ (SEVİYE 3) İLE BİRLİKTE ROBOT YARDIMLI RADİKAL NEFREKTOMİ

Murat Binbay,<sup>1</sup> Akif Erbin,<sup>1</sup> Harun Özdemir,<sup>1</sup> Ali Sezer,<sup>1</sup> Ömer Sarılar,<sup>1</sup> Murat Baykal,<sup>1</sup>

1. S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** İnfior vena kava (İVK) tümör trombektomi ile birlikte yapılan robot yardımcı radikal nefrektomi (RYRN)' nin uygulanabilirliği ve güvenilirliği az sayıda raporda incelenmiştir. Bu çalışmada, renal hücreli kanser (RHK) ve seviye 3 İVK tümör trombüsü olan

bir hastada trombektomi ile birlikte yapılan RYRN vakasını sunmaktayız. Bildiğimiz kadarı ile, bu ulusal literatürdeki ilk rapordur.

**YÖNTEM:** Vücut kitle indeksi 22.8 kg/m<sup>2</sup> olan 80 yaşında erkek hasta 6 aydır olan halsizlik ve kilo kaybı ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde hasta yüksek tansiyon, kronik böbrek yetmezliği (kreatin: 2.4 mg/dL) ve koroner arter bypass cerrahisine sahiptir. Manyetik rezonans görüntülemeye sağ böbrek üst polünden kaynaklanan 62x53 mm boyutunda kitle ve retrohepatik İVK içerisine uzanımı olan seviye 3 tümör trombüsü saptandı. Göğüs tomografisinde metastaz yok idi ve kemik taraması sonucu negatif idi. Hastaya, sağ renal arter anjiyoembolizasyonu sonrası robotik cerrahi planlandı.

**BULGULAR:** Toplam 7 port ile (2 port robotik kollar, 2 port asistan (GelPort), ve 1 port kamera) da Vinci Xi robotik sistem kullanıldı. İnternal juguler ven içerisinden kavotriyal bileşkeye antiembolik basket katater yerleştirilmesi sonrası hasta 600 lik modifiye lateral dekübitus pozisyonuna alındı. Sağ üreter ve gonadal venin belirlenmesini takiben renal pedikül ve sol renal ven diseke edildi. İVK infrarenal ven seviyesinden suprahepatik ven seviyesine kadar çevresel olarak diseke edildi. Tüm lumbar venler klipsler ya da monopolar koter ile kontrol edildi. İVK ve sol renal venin Bulldogg klempler ile klemlenmesi sonrası longitudinal kavatomi yapıldı ve İVK tümör trombüsü çıkarıldı. Kavatomi 5-0 absorbe olmayan ePTFE sutur (Gore-Tex®) ile onarıldı. Öncesinde embolize edilmiş renal arter Hem-o-lock klipler ile klempe edilerek RYRN yapıldı. İVK klemlenme süresi ve toplam operasyon süresi sırası ile 30 ve 330 dk idi. Tahmini kan kaybı 300 cc idi. Hasta operasyon sonrası 9. günde herhangi bir komplikasyon görülmeden taburcu edildi. Patoloji sonucu cerrahi sınırların negatif olduğu Furhman grade 3, şeffaf hücreli RHK şeklinde idi.

**ÇIKARIMLAR:** Seviye 3 İVK tümör trombektomi ile birlikte yapılan RYRN teknik açıdan uygulanabilir bir seçenektir. İyi seçilmiş hastalarda tecrübeli robotik cerrahlar tarafından güvenle yapılabilir.

# VIDEO BİLDİRİLER 3

4 Kasım 2016 / Salon D / 17:15-18:00  
Oturum Başkanı: Haluk Kulaksızoğlu



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-13

## KARIŞIK TIP İDRAR KAÇIRMA TEDAVİSİNDE VAJEN ÖN DUVARI SÜSPANSİYON CERRAHİSİ

Aytaç Kayış,<sup>1</sup> Ömer Gülpınar,<sup>2</sup> Barış Esen,<sup>1,3</sup>  
Mehmet İlker Gökce,<sup>3</sup> Evren Süer<sup>3</sup>

1. DİĞER, Üroloji, Ankara

2. Ankara Üniversitesi, Üroloji ABD, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, ÜROLOJİ ABD,  
Ankara

**AMAÇ:** Karışık tip idrar kaçırma (KTİK) tedavisinde uyguladığımız vajen ön duvarı süspansiyon (VÖDS) cerrahisinin videosunun sunulması

**YÖNTEM:** Litotomi pozisyonunda lone star ekartör yerleştirildikten sonra vajen ön duvarının her iki laterali apekse kadar marker kalemle işaretlendi. Ardından mesane boynu sonda yardımıyla hissedilerek marker kalemle işaretlendi. Vajen apeksine iki lateralde askı sütürü konuldu. Vajen ön duvarı laterali işaretli yerinden, bilateral olarak distalden proksimale doğru koter ile diseke edildi ve vajinal flep hazırlandı. Vajen ön duvarı ilk sütür kardinal ligamentten geçecek şekilde, submukozal olarak 1/0 prolens sütür ile önce soldan sonra sağdan suture edildi. Suprapubik alanda 1 cm'lik orta hat cilt insizyonu sonrası prolens sütürler stamey iğnesi ile retropubik alandan geçirildi. Yukarıda sabitlemeden önce vajina insizyon kapatıldı. Mesane gerilimsiz bir şekilde yukarıya asılarak prolens sütürler rektus kası üzerinde bağlandı. Sütür altına absorbabl ligaklip konuldu. Vajene 1 adet tampon konularak operasyona son verildi.

**BULGULAR:** 78 yaşında kadın, damla damla idrar kaçırma, idrar yaparken zorlanma, idrar kesesini tam boşaltamama hissi ve geceleri 2-3 kez idrara çıkma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. 4 defa zorlu normal vajinal doğum öyküsü olan hastanın 10 yıldır KTİK varmış. Konservatif ve medikal tedavilerden fayda görmemiş. Fizik muayenede grade 3 anterior prolapsus (AP), pozitif stres test, pozitif üretral hipermobilité saptandı. Yapılan UFM:5/123/60, obstrüktif paternde izlendi. Hasta bu bulgularla VÖDS

cerrahisi planlanarak yatırıldı.

**ÇIKARIMLAR:** VÖDS AP ve idrar kaçırmanın birlikte görüldüğü hasta grubunda kısa dönemde yüz güldürücü sonuçlar vermektedir. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin mesh ile ilgili uyarıları göz alındığında önemli bir anatomik onarım tekniği olabilecek potansiyele sahiptir.

VS-14

## TEKRARLAYAN ÜRETRA DARLIĞI TEDAVİSİNDE ÜRETROPLASTİ CERRAHİSİ

Perviz Hacıyev,<sup>1</sup> Ömer Gülpınar,<sup>1</sup> Barış Esen,<sup>1,2</sup>  
Mehmet İlker Gökce,<sup>1</sup> Evren Süer,<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji Anabilim  
Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Tekrarlayan üretral darlığı olan, görüntülemelerde bulböz üretra seviyesindeki darlık tespit edilen hastaya yapılan üretroplastik olgusunu sunulması

**YÖNTEM:** Litotomi pozisyonunda lone star ekartör yerleştirildikten sonra perineal insizyonla girildi. Keskin diseksiyonla üretraya ulaşıldı. Fleksible sistoskopiyle girildi ve darlığın yeri ve uzunluğu tespit edildi. Darlığın sfinkterin 2 cm distalinde yerleşimli ve yaklaşık 1.5 cm uzunluğunda olduğu görüldü. Darlığın distal ucu fleksible sistoskop yardımıyla belirlendi ve buraya askı sütürü konuldu. Ardından üretra ventralden serbestlenip askıya alındı. Darlık hizasında üretraya klep konuldu ve üretra kesildi. Proksimal ve distal kısımları hegar bujileri ile kontrol edildi, distalde darlık olmadığı görüldü, proksimadaki darlık makasla kısmi kesilip çıkarıldı. Heparla kontrol edildi ve 8 numara hegarın rahatlıkla geçtiği görüldü. Proksimal üretra kavernal cisimden ayrıldı ve serbestlendi. Anastomozun gerilimsiz olabilmesi için yeterli serbestleme yapıldı. Takiben üretra distali

ve proksimali 6 adet 5/0 vicrylle anastomoz edildi. Spongios defekt ayrıca onarıldı. Kanama kontrolünü takiben katlar anatomik planda kapatılıp işlem sonlandırıldı.

**BULGULAR:** 56 yaşında erkek, taş öyküsü olan hastaya Aralık 2006 da üretrotomi interna + mea dilatasyonu operasyonu yapılmış, sonrasında şikayetlerinin tekrarlaması üzerine Aralık 2007, Mayıs 2011, Temmuz 2013 de üretrotomi interna girişimi uygulanmış. Şikayetlerinin tekrarlaması üzerine çekilen üretrografide bulböz üretra düzeyinde daralma izlenmiş. Hastaya üretroplasti uygulandı.

**ÇIKARIMLAR:** Tekrarlayan üretra darlığına üretroplasti tedavisi başarı ile uygulandı, hastanın şikayetleri tekrarlamadı.

VS-15

## İÇ YANAKTAN ORTA DUDAĞA UZANIM GÖSTEREN 8 CM'LİK UZUN BUKKAL MUKOZA GREFTİ HAZIRLAMA

M Levent Emir,<sup>1</sup> Ayhan Karabulut,<sup>2</sup> Mümtaz Dadalı,<sup>2</sup> Şahin Bağbancı,<sup>2</sup> Samet Çetinkaya<sup>3</sup>

1. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Kırşehir

2. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

3. Ahi Evran Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

**AMAÇ:** Serbest greftler ürolojik pratikte çeşitli alanlarda kullanılmaktadır. Penis cildi, Rektus kası fasyası, tunika vajinalis, üroepitelyum ve bukkal mukoza bu alanda kullanılabilen greftlerdir. Bukkal mukozadan rekonstrüktif cerrahide başarıyla kullanılan serbest greftler elde edilebilmekte ve bu greftler vajinal duvar rekonstrüksiyonu, yumuşak doku defektleri ve üretroplastide kullanılabilir. Burada uzun üretra darlığı olan bir hastada üretroplastide kullanılmak üzere alınan uzun bukkal mukoza grefti sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 45 yaşında erkek hasta anterior üretra darlığı nedeniyle başka bir üroloji kliniğinden kliniğimize refere edildi. İdiyopatik üretra darlığı olan hasta son 10 yıldır 12-14 Fr temiz aralıklı kateterizasyon yapmaktaydı. Bu süre içerisinde en az üç defa endoskopik internal üretrotomi ve sayısız direkt görüş altında üretra dilatasyonu öyküsü mevcuttu. Çekilen üretrogramında pendüloz ve bulböz üretrada yaklaşık 15 cm'lik bir segmentin oldukça irregüler ve dar olduğu tespit edildi. Hastaya iki aşamalı üretroplasti yapılması kararı alındı. İlk seansta bukkal mukozal greft ile ASOPA tekniği

kullanılarak üretroplasti yapıldı.

**BULGULAR:** Hastaya nazal entübasyon uygulandıktan sonra yüz bölgesi uygun şekilde arıtıldıktan sonra sağ yanak içerisinde stenson kanalının external os'u bulundu. Bu alanın altından dudak içine kadar yaklaşık sekiz cm uzunluğunda ve bir cm eninde bukkal mukoza işaretleme kalem ile işaretlendi. Dudağa manuel traksiyon uygulanarak işaretlenen alan bistüri ile insize edildi. İnce makas ile dudağa yakın insizyon hattından başlanarak greft kas üzerinden diseke edilerek serbestlendi. Bukkal mukozada oluşan defekt 4/0 polyglactin sütün materyali ile tek tek sütünasyon yöntemiyle onarıldı. Elde edilen serbest greft %0,9 NaCl ile ara ara ıslatılarak greft arka yüzüne defatting prosedürü uygulandı ve böylece greft, altındaki materyalden arındırıldı. Böylece üretroplastide kullanılmaya hazır hale gelen bukkal mukoza grefti ASOPA tekniğiyle üretra tabanına implante edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Uzun üretra darlıklarının serbest greft ile onarımında bukkal mukoza, yeterli uzunlukta greft temin edilebilmesi nedeniyle başarıyla tercih edilmektedir.

VS-16

## UZUN ANTERİOR ÜRETRA DARLIKLARININ CERRAHİ ONARIMINDA ASOPA TEKNİĞİ

M Levent Emir,<sup>1</sup> Ayhan Karabulut,<sup>1</sup> Mümtaz Dadalı,<sup>1</sup> Şahin Bağbancı,<sup>2</sup> Samet Çetinkaya<sup>1</sup>

1. Ahi Evran Üniversitesi, Üroloji, Kırşehir

2. Ahi Evran University, Üroloji, Kırşehir

**AMAÇ:** Uzun üretra darlıkları cerrahi tedavisi zor olarak kabul edilen ürolojik hastalıklardandır. Anterior üretra darlıklarında substitüsyon üretroplasti tekniklerinin kullanımı gittikçe artmaktadır. Substitüsyon üretroplastilerinde daha önceleri ventral olarak yerleştirilen greftlerde greft başarısızlığı ve divertikül oluşumu sebebiyle ventral sagittal üretrotomi ve dorsal serbest greft ile uygulanan ASOPA üretroplasti tekniği tanımlanmıştır. Burada uzun anterior üretra darlığı nedeniyle ASOPA tekniği ile üretroplasti yapılan bir hasta sunulmaktadır

**YÖNTEM:** 45 yaşında erkek hasta anterior üretra darlığı nedeniyle başka bir üroloji kliniğinden kliniğimize refere edildi. İdiyopatik üretra darlığı olan hasta son 10 yıldır 12-14 Fr temiz aralıklı kateterizasyon yapmaktaydı. Bu süre içerisinde en az üç defa

endoskopik internal üretrotomi ve sayısız direkt görüş altında üretra dilatasyonu öyküsü mevcuttu. Çekilen üretrogramında pendüloz ve bulböz üretrada yaklaşık 15 cm'lik bir segmentin oldukça irregüler ve dar olduğu tespit edildi. Hastaya iki aşamalı üretroplasti yapılması kararı alındı. İlk seansta penil üretradaki darlık için, bukkal mukozal greft ile ASOPA tekniği kullanılarak üretroplasti yapıldı.

**BULGULAR:** Penis deglove edildikten sonra anterior üretra radiks penise kadar ventral sagittal üretrotomi ile açıldı. Sağ yanak içinden dudak ortasına kadar uzanan yaklaşık bir cm eninde ve sekiz cm boyunda mukozal greft diseke edilip hazırlandı. Açılmış olan üretra dorsalden insize edilip insizyon alanı laterale doğru diseke edildi. Yaklaşık bir cm enindeki greft bu alana 4/0 polyglactin sütür materyaliyle hem tabana tespit edilerek hem de üretral mukoza kenarlarına kontinü dikilerek yerleştirildi. 16 Fr üretral kateter üzerine üretra kapatıldı ve hasta üç hafta sondalı kaldı. Üç hafta sonunda perikateteral üretrogramda fistül tespit edilmedi ve sondası çekildi. Hasta sorunsuz ve maksimum 35 ml/sn hızla işedi. 1,5 ay sonra yapılan sistoskopide 21 Fr sistoskop ile mesaneye kadar girildi. Hasta ağız çevresinde minimal hissizlik ve beslenme esnasında birkaç defa istemsiz olarak ağzından sıvı akması olduğunu belirtti. Postoperatif üçüncü ayda idrar akım ve kalibrasyonunda zayıflama oldu. Yapılan sistoskopide ASOPA üretroplasti yapılan anterior segment 17 Fr sistoskop ile geçilebildi ancak proksimalinde yaklaşık yedi cm'lik segmentte daralma olduğu görüldü. Hastaya ikinci seans üretroplasti planlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Ventral sagittal üretrotomi ve dorsal serbest greft ile uygulanan ASOPA üretroplasti tekniği dirençli uzun anterior üretra darlıklarında başarılı sonuçlarla uygulanabilmektedir.

pendüloz üretrasına ASOPA tekniği ile üretroplasti yapılan bir hastanın penil üretra dışında kalan uzun anterior üretrasına uygulanan BARBAGLİ tekniği sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 45 yaşında erkek hasta anterior üretra darlığı nedeniyle başka bir üroloji kliniğinden kliniğimize refere edildi. İdiyopatik üretra darlığı olan hasta son 10 yıldır 12-14 Fr temiz aralıklı kateterizasyon yapmaktaydı. Bu süre içerisinde en az üç defa endoskopik internal üretrotomi ve sayısız direkt görüş altında üretra dilatasyonu öyküsü mevcuttu. Çekilen üretrogramında pendüloz ve bulböz üretrada yaklaşık 15 cm'lik bir segmentin oldukça irregüler ve dar olduğu tespit edildi. Hastaya iki aşamalı üretroplasti yapılması kararı alındı. İlk seansta bukkal mukozal greft ile ASOPA tekniği kullanılarak üretroplasti yapılan hastanın 3.ay kontrol üretroskopisinde bu bölümün yeterli kalibrasyonda olduğu gözlemlendi. Darlık olan anterior üretranın diğer bölümü için ikinci seansında BARBAGLİ üretroplasti uygulandı.

**BULGULAR:** Perineal vertikal orta hat insizyon ile katlar geçilerek üretraya ulaşıldı serbestlenerek askıya alındı. Periüretral fibrozis nedeniyle üretra diseksiyonu keskin diseksiyonla güçlükle yapıldı. Penil üretra dışındaki anterior üretra bulboze kadar diseke edildi. Eksternal meatusdan konulan 16 F foley sonda perineden hissedildi ve diseke edilen üretranın posterioruna 2 adet askı sütürü konularak arka üretra öne getirilerek bistüri ile açıldı ve lümene ulaşıldı. Yaklaşık 7 cm'lik dar üretranın dorsali keskin diseksiyon makası ile proksimale doğru açıldı. Bulboz üretrada üretranın genişlediği görüldü. Sol yanak içerisine mukoza altına adrenalini markain infiltrasyonu yapıldıktan sonra Stenson kanal ağzına korunup yaklaşık 2,5 cm eninde ve 3,5 cm boyunda mukozal greft diseke edilip hazırlandı. Elde edilen greft ciltaltı yağ dokusundan arındırıldıktan sonra vertikal olarak insize edilip 3,5 cm uzunluğunda iki ayrı greft elde edildi. Bu greftler uç uca 4/0 polyglactin sütür materyali ile dikilerek yaklaşık yedi cm'lik greft elde edildi. Yanak mukozası 4/0 polyglactin ile kapatıldı. Elde edilen greft dorsalden insize edilerek açılmış olan üretra mukozasına 16 Fr üretral kateter üzerinden kontinü dikildi. Elde edilen noeüretra tabana 4/0 polyglactin sütür ile 4 ayrı noktadan tespit edildi. İşlem sonlandırıldı. Postoperatif dönemde hastada görülen ağız açıklığında kısıtlılığı 3 gün sonra azaldı ve yarı katı yiyeceklere başlandı. 5. Günden itibaren normal diyete geçildi.

**ÇIKARIMLAR:** 16 F foley sonda perikateterogram sonrası 3.haftada çıkartıldı. Hasta idrarını yeterli kalibrasyon ve projeksiyon ile yaptı. Darlık nüksü açısından hasta halen takibimiz altında izlenmektedir.

VS-17

## UZUN ANTERİOR ÜRETRA DARLIKLARININ CERRAHİ ONARIMINDA BARBAGLİ TEKNİĞİ

M Levent Emir,<sup>1</sup> Ayhan Karabulut,<sup>1</sup> Şahin Bağbançı,<sup>2</sup> Mümtaz Dadalı,<sup>1</sup> Samet Çetinkaya<sup>1</sup>

1. Ahi Evran Üniversitesi, Üroloji, Kırşehir

2. Ahi Evran University, Üroloji, Kırşehir

**AMAÇ:** Anterior üretra darlıklarında augmentasyon üretroplasti tekniklerinin kullanımı artmaktadır. Burada uzun anterior üretra darlığı nedeniyle

Dorsal üretral insizyonla onlay bukkaal mukoza grefti uygulanan BARBAGLİ üretroplasti tekniği dirençli uzun anterior üretra darlıklarında başarılı sonuçlarla uygulanabilmektedir.

VS-18

## KONTİNANS CERRAHİSİ SONRASI KOMPLET OBSTRÜKSİYONA YOL AÇAN MESH EKŞZYON CERRAHİSİ

Ömer Gülpınar,<sup>1</sup> Nurullah Hamidi,<sup>2</sup> Aytaç Kayış,<sup>3</sup>  
Barış Esen,<sup>3</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üroloji, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Günümüzde monofilaman, geniş porlu meşlerin kullanımının yaygınlaşması ile meş erozyon ve ekstruzyon oranları giderek azalmıştır. Bu olguda 20 yıl önce kontinans cerrahisi ve 10 yıl önce orta üretra askı operasyonu yapılan ve sonrasında idrar yapmada zorlanma şikayeti nedeniyle başvuran 65 yaşındaki kasdın hastayı sunmayı amaçladık. Hastanın fizik muayenesinde üretrada kingleşme ve mesane boynu hizasında palpasyonla meş saptandı. Yapılan üroflowmetride maksimum işeme hızı 3ml/sn, işenen hacimin 100ml ve rezidü idrar hacminin 447ml olduğu izlendi.

**YÖNTEM:** Litotomi pozisyonunda 21 F üretroskop ile girildi. Distal üretrada üretrovajinal fistül izlendi. Mesane boynu seviyesinde üretrayı erode eden mesh izlendi. Guide ilerletilemedi. Hastanın sistostomi kateterinden metilen mavisi verildi, mesaneden üretraya geçişi saptanmadı. Lone star ekartör yerleştirildikten sonra üretra altı vajen mukozası ters U şeklinde marker kalem ile çizildi ve koter ile insize edildi. Vajinal mukozal flep kaldırıldı. Mesh bulundu ve koter yardımıyla diseke edilerek ulaşılabilen en proksimal noktadan prolen sütürleri ile birlikte kesilip çıkartıldı. Parmakla kontrol edilerek rezidü mesh kalmadığı görüldü. Metilen mavisinin mesane boynundan vajene geldiği izlendi, mesane boynu ile üretranın inferiordan ayrıldığı saptandı. Guide ilerletildi takiben 14 F foley sonda guide eşliğinde takıldı. Mesane boynu ve üretra anastomoz edildi. Distal üretradaki fistüle guide yerleştirilerek çevresi koter ile çizilip diseke edildi ve su sızdırmaz şekilde onarıldı. Sağ labium major üzerinde longitudinal insizyon yapıldı ve vaskülarize fibroadipöz flep hazırlandı. Sağ labium minör altından tünel oluşturuldu, flep tünelden

geçirilerek anastomoz altına tespit edildi. Labium major içine redon dirençli yerleştirildi ve tabakalar kapatıldı. Vajene antibiyotik kremli 1 adet tampon yerleştirilerek işlem sonlandırıldı.

**BULGULAR:** Ameliyat sonrası dördüncü ayda herhangi bir şikayeti olmayan hastanın control üroflowmetrisinde işenen hacimin 138ml, maksimum işeme hızının 12ml/sn ve rezidü idrar hacminin 38ml olduğu görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Orta üretra cerrahilerinde uygulanan aşırı gerilim üretrada erezyona neden olup bu komplikasyonun onarımı oldukça zorlayıcı olabilir.



# VIDEO BİLDİRİLER 4

5 Kasım 2016 / Salon A / 18:00-18:45  
Oturum Başkanı: Zühtü Tansuğ



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-19

## MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ GİRİŞ YOLU İÇİN YENİ BİR SEÇENEK: 5 MM'LİK LAPAROSKOPIK TROKAR

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Çağrı Akın Şekerci,<sup>1</sup> Asgar Garayev,<sup>1</sup>  
Cem Akbal,<sup>1</sup> Ferruh Şimşek<sup>1</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji,  
İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı çocuk yaş grubunda böbrek taşı cerrahi tedavisinde 5mm Aesculap marka trokarla uyguladığımız tek aşamalı mini-PCNL deneyimimizi paylaşmadır.

**YÖNTEM:** Ocak 2014 - Haziran 2015 tarihleri arasında mini-PNL uygulanan 12 çocuk hastanın verileri prospektif olarak değerlendirildi. Toplayıcı sisteme giriş için 18G iğne, 16G gri anjiyokat veya all-seeing needle (tek mikro-PCNL vakasında) ve görüntüleme, taş kırma için ise 10.8Fr pediatrik nefroskop, 5mm Aesculap marka trokar veya all-seeing needle kullanıldı. Tüm vakalarda lazer litotriptör kullanıldı. Hastaların preop, perop ve postop parametreleri karşılaştırıldı. Bağımsız numerik değişkenlerin gruplara göre karşılaştırması için Mann-Whitney U testi, bağımsız kategorik değişkenler için Ki-Kare testi, bağımlı numerik gruplarda Friedman testi kullanıldı. P≤0,05 anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dâhil edilen 12 hastanın 4ü kız, 8i erkek hastaydı (Şekil 1de detaylı demografik bilgiler verilmiştir). Uygulanan tekniğe göre hastalar trokar uygulanan ve mini-PNL yapılan grup olarak sınıflandırıldı. Preop hemoglobin ve kreatinin değerlerinin postop erken, postop birinci gün ve postop 2ci gün bakılan değerleri arasından ortalama değerleri gruplara göre karşılaştırıldığında gruplar arasında farklılık gözlemlenmedi (p=0.174). Perop alınan taş örneklerinden mikrobiyolojiye gönderilen materyalde ise Aesculap grubunda 1 hastada (E.coli; gentamisin ve sefuroksim duyarlı), miniPCNL yapılan grupta 2 hastada (E.faecalis; ampicillin duyarlı ve metisillin duyarlı S.aerius; metisillin duyarlı) pozitif

Şekil 1. Çocuk yaş grubunda PNL yapılan grupların karşılaştırılması

Parametre	Aesculap marka trokarla yapılan PCNL grubu (ortalanca/SD)	Diğer teknikler (mini-PCNL ve mikro-PCNL) (ortalanca/SD)	P değeri
Hasta sayısı	8	4	
Yaş	20±5,2	9,5±6,9	0,4
Taş koroner boyutu (mm)	22,5±5,8	18±4,4	0,2
Taş hacmi (mm <sup>3</sup> )	1548±2128	2070±1334	0,9
Preop hemoglobin (gr/dl)	12,8±0,7	11,1±2,9	0,3
Preop kreatinin (mg/dl)	0,37±0,17	0,32±0,2	0,6
Preop profilaktik antibiyotik kullanımı (n)	5	4	0,1
Preop antibiyotik baskısı (n)	2	3	0,09
Postop üriner sistem ateşli İYE (n)	0	2	*0,02
Taş kültürü pozitif oranı (%)	1	2	0,1
Operasyon süresi (dk)	125±51	145±22	0,6
Postop rezidü saptanan hasta	4	2	0,9
Postop rezidü taş sayısı	4	2	0,4
Postop rezidü taş boyutu	5±3,4	4,5±0,7	0,9
Yatış süresi (gün)	4,1±2,5	3,0±0,6	*0,03
Postop ES replasmanı	0	1	
Üst kaliks girişi	5	0	
Orta kaliks girişi	2	3	
Alt kaliks girişi	1	1	

Şekil 2. Kontrastsız BT'de taşın Hounsfield değeri (HU) ve taş analizi sonuçlarının karşılaştırılması.

Parametre	Aesculap marka trokarla yapılan PCNL grubu	Diğer teknikler (mini-PCNL ve mikro-PCNL)	P değeri
<b>Taş analizi sonucu</b>			
Whewellite	3	0	
Weddelite	1	2	
Whewellite+weddelite+hidroksilapatit	1	0	
Whewellite+dahillite	2	0	
Sistit	1	1	
Ürük asit	0	1	
<b>Taşın HU değeri (ortalanca/SD)</b>			
Minimum	485±471	222±165	0,3
Ortalama	732±367	600±475	0,6
Maksimum	1045±478	842±617	0,6

üreme saptandı. Mini-PNL grubundaki taş kültüründe üreme olan 2 hastanın postop dönemde ateşli İYE gelişmesi üzerine ertapenem ve seftriakson grubu antibiyotik tedavisi aldı. Mini-PCNL yapılan gruptaki hastaların yatış süresi ise diğer gruba göre belirgin uzun olduğu saptandı (p=0.038). Postoperatif direk üriner sistem grafisi ile yapılan değerlendirmede saptanan rezidü taş sayısı ve boyutu operasyon tekniği ve access yapılan kaliksine göre değişiklik göstermezken (p=.135 ve p=0.95), etkileyen faktörün taş hacmi olduğu saptandı (p=.021). Taş analizi sonuçları ve gruplara göre taş Hounsfield değeri dağılımı şekil 2de verilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Pediatrik yaş grubu hastalarda böbrek taşı cerrahisinde 5mm trokar kullanımı teknik olarak güvenli ve uygulanabilir yöntemdir. Daha çok hasta üzerinde yapılan çalışmalara gerek vardır.

VS-20

## ENDOSKOPIK ULTRASON KULLANILARAK ENDOFİTİK BÖBREK TÜMÖRÜNE ROBOTİK SIFIR İSKEMİ PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ömer Aytaç,<sup>1</sup> Hasan Hüseyin Tavukçu,<sup>1</sup> Haluk Kulaksızoğlu,<sup>1</sup> Fatih Atuş<sup>1</sup>

1. İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Endofitik renal kitlelere hem açık hem robotik parsiyel nefrektomi sırasında ekzofitik tümörlere göre daha fazla parankimal hasar gelişmektedir. Endoskopik ultrason kılavuzluğu daha az renal fonksiyon kaybı için tümör sınırlarını belirlemede yardımcı bir araç olarak kullanılabilir. Bu videoda endoskopik ultrason kılavuzluğunda endofitik renal tümöre sıfır iskemi parsiyel nefrektomi ameliyat videomuzu sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Yetmiş dört yaşında erkek hastada yapılan tetkiklerde sağ böbrek alt polde 18 mm boyutunda endofitik yerleşimli böbrek tümörü saptanmış. Dış merkezde tümörün karakterini öğrenmek amacıyla perkütan biyopsi uygulanmış ve patolojisi berrak hücreli böbrek kanseri olarak rapor edilerek hasta başvurdu. Hastaya sıfır iskemi robotik parsiyel nefrektomi planlandı. Toldt hattı insize edildikten sonra çıkan kolon mediale devriye edilerek retroperitoneal alana giriş sağlandı. Sağ böbrek hilusu disseke edilerek sağ böbrek arteri ve aksesuar renal arter olduğu saptandı, her iki damar ayrı ayrı damar teybi ile dönüldü. Böbrek etrafındaki yağlı doku disseke edildi; endoskopik ultrason probu kullanılarak tümör yeri, boyutu ve sınırları belirlendi. Tümör renal arter klempenmeden ultrason kılavuzluğunda disseke edilerek eksize edildi. Tümör tabanı 3/0 v-lock dikiş ile suture edildi. Renografi 2/0 vikril ile uygulandı. Operasyon süresi 90 dakika, kan kaybı 60 ml olarak ölçüldü. Postsoperatif komplikasyon görülmedi, dren postoperative 2. gün alındı ve hasta aynı gün taburcu edildi.

**BULGULAR:** Patoloji inceleme sonrası cerrahi sınırları negatif olan berrak hücreli böbrek kanseri olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Endofitik renal tümörlerde sıfır iskemi parsiyel nefrektomi sırasında intraoperatif ultrason kullanımı böbrek travmasını azaltmada ve de böbrek fonksiyon kaybının azaltılmasında seçilmiş vakalarda uygulanabilir faydalı bir tekniktir.

VS-21

## DEV PELVİS TAŞINA LAPAROSKOPIK TRANSPERİTONEAL YAKLAŞIM

Abdullah Gül,<sup>1</sup> Sedat Karakoç,<sup>1</sup> M Serdar Buğday<sup>1</sup>

1. S.B. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van

**AMAÇ:** Renal pelvis taşlarının tedavisinde laparoskopinin rolü hala tam olarak tanımlanmaması ve DJ stent takılıp takılmaması konusunda net bir konsensus oluşmamasına rağmen, seçilmiş vakalarda uygulanabilir geçerli minimal invaziv bir tekniktir. Bizim vakamızda dev pelvis taşına laparoskopik yaklaşım basamaklarını göstermek ve DJ stentin preop takılmasının faydalarını vurgulamak istedik.

**YÖNTEM:** 45 yaşındaki erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Dış merkezde yapılmış olan tetkiklerinde sol pelvisi tamamen dolduran yaklaşık 10 cm'lik rapor edilmiş olan taş, bizim ölçümümüzde 8 x 7 cm olarak saptandı. Hastanın ek hastalığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Hastaya laparoskopik piyelolitotomi tedavi kararı verildi. Hastaya ilk önce litotomi pozisyonunda skopi eşliğinde sol retrograd piyelografi çekildi ve üreteropelvik bileşkede ve üreterde darlık saptanmadı. Ardından DJ stent, skopi ve üreterorenoskop eşliğinde sol üretere yerleştirildi. Hastaya sonda takılıp 60° modifiye flank pozisyonuna çevrildi. Umblikus hizası rektus kası laterale 10 mm'lik, SİAS ile umblikus arasına 12 mm'lik, kaburga kenarından 2 cm aşağıda midklaviküler hatta 5 mm'lik port yerleştirildi. Ardından desendan kolonun medialize edilmesi ve retroperitoneal bölgenin açığa çıkarılması, üreter bulunup diseke edilerek renal pelvise ulaşılması, aberran damar basısının saptanmaması, pelvise piyelotomi insizyonu, taşın ekstraksiyonu, renal pelvisin ve gerota fasyasının absorbable suturele dikilmesi, taşın organ torbasına konulması ve son olarak dren yerleştirilmesi videoda gösterildiği şekilde uygulandı.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 120 dakika, pelvis ve gerota fasyasının suturezasyon süresi 13 dakikaydı ve kanama olmadı. Ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon gelişmeyen hastanın oral alımı 8.

saatte açıldı. Postop 1. gün üretral sondası, postop 2. gün drenaj <20 cc geleni olması üzerine drenaj çekildi ve taburcu edildi. Üreteral DJ stent 4. haftada çıkartıldı.

**ÇIKARIMLAR:** Büyük renal pelvis taşlarında laparoskopik piyelolitotomi etkili ve güvenli uygulanabilir bir tedavi seçeneğidir. Üreteral DJ stentin preop takılması hem komplikasyonları azaltma hem operasyon süresini kısaltma açısından faydalıdır.

VS-22

## POST-PROSTATEKTOMİK İNKONTİNANSDA TRANSOBTURATOR ERKEK ASKI CERRAHİSİ

Nurullah Hamidi,<sup>1,1</sup> Aytaç Kayış,<sup>1</sup> Evren Süer,<sup>2</sup>  
Ömer Gülpınar,<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama  
Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Post-prostatektomik orta dereceli idrar kaçırma olgusunda yapılan transobturator erkek askı cerrahisi anlatılmıştır.

**YÖNTEM:** İki yıl önce radikal prostatektomi (RP) yapılan ve cerrahi sonrası stres tipte idrar kaçırma şikâyeti başlayan 65 yaşındaki hastanın 24 saatlik ped testi 200 gr idi. Daha önce idrar kaçırma nedeniyle cerrahi girişim veya medikal tedavi öyküsü bulunmayan hastaya erkek askı cerrahisi planlandı.

**BULGULAR:** Üretrosistoskopi ile rezidü sfinkterik aktivite varlığı görüldükten sonra litotomi pozisyonunda orta hat perineal insizyon yapıldı. Cilt ve cilt altı geçildikten sonra üretral bulbus palpe edildi. Korpus spongiosum proksimale doğru diseke edilerek santral ligamana ulaşıldı, ligaman yeterli üretral mobilizasyon olacak şekilde inkomplet olarak kesildi. Adduktor longus kasının tendonu palpe edilerek kemiğe bağlandı, yerin hemen inferiorundan obturator foramene giriş yapmak üzere insizyon yapıldı. Ardından helikal kavisi künt uçlu iğne ile pubik ramusun hemen lateralinden obturator fasyayı dik geçecek şekilde giriş yapıldı. İğnenin ucu parmak yardımıyla daha önce hazırlanan korpus kavernozum ile korpus spongiosum arasındaki alandan perineye çıkarıldı. Aynı işlem karşı tarafta da yapıldıktan sonra polipropilen askı materyalinin her iki ucu iğnelere takıldı ve iğnenin giriş yörüngesine uyarak tekrar obturator foramen üzerindeki insizyonlardan dışarı çıkarıldı. Askının orta kısmı üretraya ventralde

hamak oluşturacak şekilde oturtuldu. Askının yer değiştirmemesini önlemek için üretraya sütürle sabitlendi. Askı uçları distalden çekildi ve üretranın kraniale doğru tekrar konumlanması sağlandı. Askının distal uçları makas yardımıyla kesildikten sonra insizyon hattı anatomik plana uygun olarak kapatılarak işlem sonlandırıldı.

**ÇIKARIMLAR:** Üretraya direkt baskıdan çok üretranın kraniale doğru tekrar konumlandırılması prensibi ile çalışan transobturator (advance) sling prostatektomi sonrası hafif ve orta şiddetli idrar kaçırmasında başarılı bir yöntemdir.

VS-23

## KOMPLET OBSTRÜKSİYONA YOL AÇAN TAŞA BAĞLI ÜRETERAL FİBROEPİTELYAL POLİPİN LAZER ABLASYONU

Kaan Çömez,<sup>1,1</sup> Bora İrer,<sup>2</sup> Alperen Yıldız,<sup>3</sup>  
Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Ömer Demir<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir  
2. Eşrefpaşa Devlet Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir  
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Fibroepitelyal polipler üriner sistemin nadir görülen, benign, epitelyal olmayan tümörleridir. Bu video sunumunda sol üreter orta kesimde saptanan fibroepitelyal polipin lazer ablasyonu gösterilmektedir.

**YÖNTEM:** 49 yaşında bayan hasta sol yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Bu dönemde yapılan tam idrar tetkikinde mikroskobik hematüri saptandı. Çekilen kontrastsız bilgisayarlı tomografide sol üreter orta kesimde 12 mm taş saptanan hastaya üreterorenoskopi yapıldı. Üreterorenoskopi esnasında üreter orta kesimde lümen protrude lezyon saptandı. Hastaya sol retrograd piyelografi yapıldı. Kontrast maddenin proksimale geçmediği gözlemlendi. Protrude lezyonun tabanına lazer ablasyon uygulandı. Lezyon üreterden serbestleştikten sonra biyopsi forsepsi yardımıyla alındı. Lezyonun proksimalinde taş görüldü. Tekrar yapılan retrograd piyelografide renal pelvise kontrast madde geçişi gözlemlendi. Ardından sensor guidewire renal pelvise yönlendirildi. Üreter taşına lazer litotripsi uygulandı. Sol tarafa iki ucu açık 6f double j stent takılarak işleme son verildi.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 90 dakikaydı. İşlem sırasında herhangi bir ekstremitasyon saptanmadı. Hasta postop 1 gün taburcu edildi. Double j stent

postop 3. ayda çekildi. Postoperatif patolojisi fibroepitelyal polip olarak geldi.

**ÇIKARIMLAR:** Fibroepitelyal poliplerin tedavisi obstrüksiyon derecesi, üriner sistem enfeksiyonunun varlığı ve intraoperatif potansiyel malignite şüphesine göre düzenlenir. Poliplerin tedavisinde gelişen endoskopik ve laparoskopik araçların da yardımıyla perkütan ve/veya üreteroskopik yaklaşımla başarılı sonuçlar alınabilmektedir. Fibroepitelyal poliplerinde tedavisinde minimal invaziv cerrahi girişimler başarıyla uygulanabilmektedir.

VS-24

## **SOL LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ 'ANATOMİK SINIRLAR TANIMLANARAK'**

Ali Barbaros Başeskiöglü,<sup>1</sup> İyimser Üre<sup>2</sup>

1) Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

2) Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** Laparoskopik adrenalectomi açık cerrahiye göre analjezik ihtiyacında azalma, hasta memnuniyetinde artış, daha kısa hastanede kalış ve iyileşme süreleri, daha iyi kozmesis ve daha az morbidite gibi avantajlara sahiptir. Aynı zamanda laparoskopi karaciğer, dalak, böbrek, kolon gibi birçok önemli intraabdominal organla olan yakın komşulukları ve retroperitoneal lokalizasyonu nedeniyle konvansiyonel cerrahiye nazaran mükemmel görüntülenebilen bir cerrahi alan avantajı da beraberinde getirir. Kliniğimizde uygulanan laparoskopik adrenalectomi olgusu, anatomik sınırlar tanımlanarak video şeklinde sunulacaktır

**YÖNTEM:** Sol adrenal beze, lateral abdominal dekübitus pozisyonunda yaklaşıldı. Hastaya 15-20 derece ters trendelenburg pozisyonu verildi, ameliyat sahasını genişletmek amacıyla masa baş ve ayak yönünde krista iliaka seviyesinin biraz üzerinden 20-30 derece kırıldı. 3 port ile girişim yapıldı. Kolon devrildikten sonra metal klipler ile adrenal ven ve inferior frenik ven kontrol altına alındı. Ligasure ile diseksiyon yapılarak gland çıkarıldı.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 50 dakikaydı. Kanama ve komplikasyon olmadı. Postoperatif 1. Günde dren çekilerek hasta taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Sürrenal cerrahisinde gerek cerrahi alana hakimiyet gerek de hasta bazlı olumlu faktörler nedeniyle laparaskopi birinci seçenek olmalıdır.

# VIDEO BİLDİRİLER 5

5 Kasım 2016 / Salon B / 18:00-18:30  
Oturum Başkanı: İbrahim Yıldırım



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-25

## ÇAPRAZLAYAN DAMARI OLAN HASTADA LAPAROSKOPIK TRANSPERİTONEAL PİYELOPLASTİ

Furkan Dursun,<sup>1</sup> Zeki Aktaş,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>2</sup>  
Ömer Bakal,<sup>3</sup> Ferhat Ateş,<sup>2</sup> Temuçin Şenkul<sup>2</sup>

1. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji,  
İstanbul

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik piyeloplasti üreteropelvik bileşke darlığında (UPJ) birinci seçenek tedavi yöntemidir. Açık tekniğe göre bir çok avantajı vardır. Endoskopik yöntemlerden ise başarı oranı daha yüksektir. Bu video sunuda laparoskopik transperitoneal piyeloplasti vakamızı paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 20 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı şikayetiyle merkezimize başvurdu. Hastanın hikayesinde bir sağlık problemi yoktu. Fizik muayenesi normal olarak değerlendirilen hastanın laboratuvar tetkikleri normal olarak değerlendirildi. İntravenöz piyelografi (IVP) sonucunda sağ böbrekte grade 2 hidronefroz ve sağ UPJ testpit edildi. DTPA sintigrafi ile ekskresyon fazında IV diüretik uygulamasına cevap vermeyen obstrüksiyon tespit edildi.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik transperitoneal piyeloplasti ve d-j kateter insersiyonu uygulandı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Drenaj tüpü postoperatif 2. gün çıkartılarak hasta taburcu edildi. D-J kateter 6 hafta sonra çekildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik piyeloplasti UPJ darlığı tedavisinde altın standart tedavi seçeneğidir.

VS-26

## MODİFİYE PORT YERLEŞİMİ(RENAL HİLUMA RETRORENAL YAKLAŞIM İLE) İLE TRANSPERİTONEAL ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ömer Burak Argun,<sup>1</sup> İlter Tüfek,<sup>1</sup> Mustafa Bilal Tuna,<sup>1</sup>  
Tünkut Doğanca,<sup>2</sup> Can Öbek,<sup>2</sup> Ali Rıza Kural<sup>1</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Bu videoda; robot yardımcı transperitoneal parsiyel nefrektomide modifiye bir port konfigürasyonu (Renal hiluma retrorenal yaklaşım) sunulmaktadır.

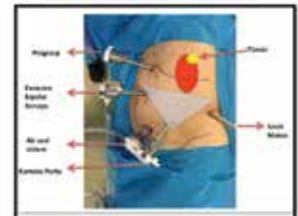
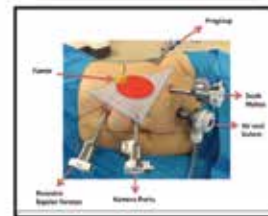
**YÖNTEM:** Sol böbrek posterior superior medialinde, 45mm boyutunda tümör saptanan 30 yaşındaki bayan hasta daVinci Xi sistemi kullanılarak opere edildi.

Hasta modifiye sağ lateral dekübitus pozisyonunda robotik portlar şekil 1'de görüldüğü gibi yerleştirildi. Öncelikle; robot, standart şekilde dok edildi. Told hattının insize edilerek kolon medialize edildi. Standart port konfigürasyonu ile böbrek posterior yüzeyindeki tümöre ulaşamadığında, robot kolları hastaya dik olacak şekilde yeniden konumlandırıldı. Bu yeni port konfigürasyonunda kamera en alt porta, makas lateral porta, fenestre bipolar kamera portuna, prograsp ise kranial porta yer değiştirildi.

Standart 4 port konfigürasyonu



Modifiye port konfigürasyonu



Bu modifiye yöntemle; standart tekniğe oranla tümöre ulaşılması ve renal arter kontrolü daha kolay sağlanmış oldu. Tümör sınırlarının belirlenmesi için laparoskopik ultrasonografi kullanıldı. Tümörün komplet enükleasyonu sonrası, parankim tamiri için klip renorafi tekniği kullanıldı. Renal perfüzyon kontrolü indosiyanın green (ICG) kullanılarak yapıldı.

**BULGULAR:** Konsol süresi 72 dakika, sıcak iskemi süresi 17 dakika ve kan kaybı 50 ml idi. Histopatolojik inceleme sonucu ; Renal hücreli karsinom, berrak hücreli tip, Fuhrman grade II olarak rapor edildi. Tümör boyutu 3,5 cm olup, cerrahi sınırlar negatifti.

**ÇIKARIMLAR:** Transperitoneal robot yardımlı parsiyel nefrektomide modifiye port konfigürasyonunun kullanılması uygulanabilir bir yöntemdir. Bu teknik posterior yerleşimli tümörlere kolay ulaşılmasını ve renal arterin erken kontrolünü sağlamaktadır.

VS-27

## İNTRAVENÖZ INDOCYANİNE GREEN KULLANILARAK GERÇEKLEŞTİRİLEN SUPERSELEKTİF LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ender Özden,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>\*1</sup> Murat Gülşen,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup>  
Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda sol renal kitlede intravenöz indocyanine green(ICG) kullanarak gerçekleştirdiğimiz laparoskopik parsiyel nefrektomi(LPN) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 65 yaşında kadın hastada, karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol böbrek alt polde 36x2,5 mm çaplı ekzofitik kitle tespit edildi. Hastaya transperitoneal LPN planlandı. Hasta 60 derece sol yan pozisyona alındı. Umblikus seviyesinde pararektal alanda 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben pararektal 12 mm, solda ön aksiler hatta bir adet 12 mm lik, subkostal bir adet 5 mm, ve midklavikular bir adet 5 mm lik toplam 4 port girildi. İnen kolon deviye edildi. Gerato fasiası açıldı. Sol gonadal ven ve sol ureter bulundu. Gonadal ven takip edilerek renal ven, renal artere ulaşıldı ve serbestlendi. Tümör, üzerinde perirenal yağ dokusu bırakılarak serbestlendi. Renal arterin böbrek alt polünü besleyen segmental arterin dalı uygun diseksiyonlar ile ortaya

kondu. Segmental arterin dalı endodisektör yardımı ile kapatıldı ve intravenöz ICG verildi. Kitle ve çevre parankim dokusunun kanlanmadığı geri kalan böbrek dokusunun kanlandığı gözlemlendi. Kitle sınırı ultrasonografi cihazı ve koter yardımı ile belirlendi. Takiben 1 adet endo-bulldog yardımı ile alt polü besleyen segmental arterin dalı kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. İnterlobar vasküler yapılar metal kliplerle kleplendi. Toplayıcı sistem ve parankim 2/0 "V-Lok" ve 2/0 vicryl suture ile kapatıldı. Bulldog klemp alındıktan sonra kanamanın olmadığı görüldü. Kitle endobag içerisinde modifiye gibson kesi ile dışarı alındı. Loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 90 dakika, segmental arter dalının klepli kaldığı süre 10 dakıka, kan kaybı yaklaşık 200 ml idi. Postoperatif 2. gün direni çekildi ve taburcu edildi. Patoloji şeffaf tip renal hücreli karsinom fuhrman grade 2 , T1a, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Renal kitlelerde intravenöz ICG kullanımı, onkolojik prensiplere uyarak global iskemi yaratmadan superselektif laparoskopik parsiyel nefrektomiyi yapılabilir kılmaktadır.

VS-28

## ATNALI BÖBREKTE LAPAROSKOPİK HEMİNEFREKTOMİ DENEYİMİMİZ

Alper Bitkin,<sup>1</sup> Mevlüt Keleş,<sup>1</sup> Mustafa Aydın,<sup>1</sup>  
Lokman İrkilata,<sup>1</sup> Ebubekir Akgüneş,<sup>\*1</sup> Ramazan İnan,<sup>1</sup>  
Emrah Küçük,<sup>1</sup> Caner Moral,<sup>1</sup> Mustafa Kemal Atilla<sup>1</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda atnalı böbrek anomalisi olan hastamızda sağ hidronefrotik nonfonksiyone böbrek saptanması üzerine gerçekleştirilen laparoskopik heminefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 50 yaşında bayan hasta, kliniğimize aralıklı sağ lomber ağrı ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle başvurdu. Hastanın tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde sağ böbreğinin hidronefrotik görünümde olduğu, böbrek parankiminin son derece incelmış olduğu, ayrıca füzyon anomalisi (atnalı böbrek) olduğu saptandı. Hastanın renal sintigrafisinde sağ böbrek görece fonksiyonu % 0.7, sol böbrek görece fonksiyonu % 99.3 saptandı. Hastaya laparoskopik heminefrektomi operasyonu planlandı. Operasyon 3 adet 10 mm'lik ve 1 adet 5 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak

gerçekleştirildi. Kolon medialize edilip üreter bulunduktan sonra takip edilerek sağ renal pedikül yapıları (arter, ven ve pelvis) ortaya konuldu. İlk olarak renal arter, sonra da renal ven polimer kilitli ligasyon klips yardımıyla bağlanarak kesildi. Böbrek etraf dokulardan serbestlendi ve alt pol düzeyinde sol böbrek ile füzyon oluşturan fibrotik bant izlendi. Daha sonra hidronefrotik böbrek aspire edilip dekomprese edilerek, serbestlendi. Fibrotik bant sol böbrek parankimine kadar disseke edildi ve parankime zarar vermeksizin en yakın noktadan ultrasonik enerji cihazı ile kesildi. Son olarakta üreter bağlanarak kesildi. Heminefrektomi materyali organ torbasıyla dışarı alındıktan sonra loja silikon dren yerleştirilerek işleme son verildi.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 125 dakika ve toplam kanama 100 cc idi. Hastanın postoperatif birinci günde üretral kateteri alındı. Postoperatif ikinci gün ise dreni alınan hasta taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Atnalı böbrek, renal füzyon anomalilerinin en sık karşılaşılan tipi olup, bu anomalili hastalarda renal cerrahi, anomalisiz hastalara göre daha güç olmaktadır. Ancak atnalı böbrek anomalili hastalarda laparoskopik cerrahi deneyimli ellerde etkin ve güvenilir bir şekilde uygulanabilmektedir.

# VIDEO BİLDİRİLER 6

5 Kasım 2016 / Salon C / 18:00-18:45  
Oturum Başkanı: Murat Demirbaş



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-29

## ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SIRASINDA BOARI FLAP İLE TEDAVİ EDİLEN ÜRETER YARALANMASI

Murat Binbay,<sup>1</sup> Akif Erbin,<sup>1</sup> Fatih Yanaral,<sup>1</sup> Ali Sezer,<sup>1,1</sup>  
Ömer Sarılar,<sup>1</sup> Ahmet Yalçın Berberoğlu<sup>1</sup>

1. S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Üreteral yaralanma radikal prostatektomi sırasında nadir görülen ancak korkutucu bir komplikasyondur. Bu videoda biz robotik radikal prostatektomi sırasında meydana gelen üreter yaralanmasının Boari Flap ile başarılı bir şekilde onarılmasını sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Yetmiş yaşında erkek hasta PSA:17 ng/ml, prostat volümü 100 cc, yapılan biyopside Gleason 3+3 Adenokarsinom 3/18 kadranda saptanması üzerine robotik radikal prostatektomi önerilerek tarafımıza yönlendirildi. Transperitoneal olarak 5 adet trokar yerleştirildi. Posterior periton mesanenin hemen altından insize edilerek seminal veziküller disseke edildi. Sağ vaz deferense ulaşım istenirken sağ üreter istemsiz olarak koagüle edilip kesildi. Önce radikal prostatektomi ve lenf nodu disseksiyonunu tamamlayıp ardından üreterin onarılmasına karar verildi. Vaz deferensler bağlanıp seminal veziküller tamamen serbestleştirildikten sonra endopelvik fasya açılarak dorsal ven mühürlendi. Mesane boynu koruyucu ve sinir koruyucu yaklaşımla prostatektomi tamamlandı. Velthoven tekniğiyle Üretrovezikal anastomoz tamamlandı. Boari Flap için mesane 2:1 uzunluk/genişlik oranında insize edildi. Flap tubularize edildi. Mesane çift kat olarak 3/0 polyglactin ile sütüre edildi. Üreter spatüle edildi. 4,8 F 28 cm Double J kateter üzerinden flap ve üreter anastomozu gerçekleştirildi.

**BULGULAR:** Operasyon 6 saat sürdü. radikal prostatektomi 2,5 saat, lenf nodu disseksiyonu 1 saat ve Boari flap onarımı 2,5 saat sürdü. Tahmini kanama miktarı 100 cc idi. Dren post operatif 3. günde alındı. Hasta post operatif komplikasyon olmaması üzerine

4. günde taburcu edildi. Üretral kateter post operatif 15. günde sistografide kaçak olmadığı görülerek çıkarıldı. Sağ Double J kateter 2 ay sonunda çıkarıldı. Üretral kateter alındıktan 2 hafta sonra kontinans sağlandığı görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Robotik Boari flap onarımı radikal prostatektomi sırasında meydana gelebilecek distal üreter yaralanması tedavisinde etkili ve kabul edilebilir bir tedavi seçeneğidir.

VS-30

## İNTRADİVERTİKÜLER MESANE TÜMÖRÜ TEDAVİSİNDE TRANSÜRETRAL ENÜKLEASYON YÖNTEMİ: OLGU SUNUMU

Bahadır Topuz,<sup>1,1</sup> Murat Zor,<sup>2</sup> Sami Uğuz,<sup>1</sup> Bilal Fırat Alp,<sup>2</sup>  
İbrahim Yıldırım<sup>3</sup>

1. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

2. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

3. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Mesane divertikülü mesane kas tabakasından mukozanın fıtıklaşmasıdır. Mesane divertikülünde idrar stazı olduğu için artmış enfeksiyon, mesane taşı ve neoplazi riski vardır. İntradivertiküler mesane tümörü (İDMT) sıklığı %0,8-10,8 arasında değişir. İntradivertiküler mesane tümörünün tedavisinde çeşitli güçlükler vardır. Amacımız divertiküler tümörün transüretral enükleasyon ile tedavi edilmesini sunmaktır.

**YÖNTEM:** 81 yaşında erkek hasta idrarda ağrısız kanama şikayeti ile başvurdu. USG'de sağ lateral duvarda kalınlık artışı tespit edildi. Sistoskopide mesane posterosuperiorunda yaygın papiller tümöral lezyon ve orta kesiminde yaklaşık 1cm'lik İDMT izlendi. Öncelikle tümöral lezyonlar rezeke edildi. Divertikül içerisindeki tümör ile birlikte etraf mesane mukozasından rezektoskop loop'u ile mekanik olarak bir bütün halinde enükle edildi. Mesane perforasyonu



gözlenmedi. Sonda postoperatif 3. gün çıkartıldı. Divertiküler tümörün patolojisi yüksek dereceli papiller ürotelyal karsinom olarak raporlandı. 1 ay sonra sistoskopide rezidü tümör izlenmedi ve punch biyopsi alındı. Patolojide neoplazi bulgusu saptanmadı. Tedavi için BCG immunoterapisi planlandı.

**BULGULAR:** İDMT nadir görülür ve tanı ile tedavi güçlüğüne sebep olabilir. Tanı için idrar sitolojisi, USG ve sistoskopi yapılmalıdır. Evreleme için BT veya MRI kullanılabilir. Ürotelyal karsinom (%70-80) ve squamoz hücreli karsinom (%20-30) en sık izlenen patolojik tanılardır. Düşük volümlü, düşük gradeli ve invaziv olmayan tümörlerde mesane koruyucu yaklaşımlar olan transüretral rezeksiyon, divertikülektomi veya parsiyel sistektomi yapılabilir. İnvaziv tümörlerde radikal sistektomi ile birlikte neoadjuvan veya adjuvan terapi uygulanabilir. Transüretral rezeksiyon diğer seçeneklere göre daha az invaziv yaklaşımdır. Ancak rezeksiyon sırasında mesane perforasyonu ve tümör ekimi riski vardır.

**ÇIKARIMLAR:** İDMT tedavisinde daha az invaziv yöntem olan transüretral enükleasyon yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem ile İDMT bir bütün halinde çıkartılmıştır. Prospektif çalışmalar ile daha güvenli sonuçlar elde edilecektir.

VS-31

## BİLATERAL SINIR KORUYUCU LAPAROSKOPIK RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Volkan İzol,<sup>1</sup> Nebil Akdoğan,<sup>1</sup> Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup> İbrahim Atilla Arıdoğan,<sup>1</sup> Nihat Satar,<sup>1</sup> Mustafa Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Prostat kanserinde cerrahi tedavi açık, laparoskopik ve robot yardımcı tekniklerle uygulanabilmektedir. Bu videoda prostat kanserli bir hastada bilateral sinir koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi videosunu sunmaktayız.

**YÖNTEM:** 56 yaşında aktif şikayeti olmayan PSA yüksekliği (5,2 ng/ml) ve rektal muayenesinde sertlik nedeniyle yapılan prostat biyopsisinde Adenokarsinom Gleason 6(3+3) bilateral 2 odaklı tümör saptanan hastaya bilateral sinir koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi ve lenf nodu diseksiyonu planlandı. Trandelenburg pozisyonunda 3 adet 10 mm ve ve 2 adet 5 mm

trokarlar kullanıldı. Periton disektör aspiratör ultracision yardımıyla mesane altından diseke edilip posterioden seminal veziküller serbestlendi. Mesane anterior ve laterallerden serbestlendi. Mesane boynuna ulaşıldı. Mesane boynu ve prostatik bölge serbestlenip prostat askıya alındı. Seminal veziküllerin lateralinden bilateral nörovasküler demet korundu. Puboprostatik ligament diseke edilip dorsal ven bağlandı ve prostatektomi tamamlandı. Buji üzerinden mesane ve üretra anastomozu 3/0 V-loc sütür ile sağlandı. Loja 1 adet dren yerleştirilip operasyona son verildi. İntraoperatif komplikasyon görülmedi.

**BULGULAR:** Operasyonun 250 dakika sürdü. Kan kaybı 200 ml idi. Postoperatif 20. saatte bağırsak motilitesi düzelen hastanın dreni 40. saatte çekildi ve hasta 110. saatte taburcu edildi. Sondası 14. gün çekildi. Histopatolojik incelemede Adenokarsinom Gleason 7(3+4), cerrahi sınırlar intakt, 10 adet sağ 11 adet sol reaksiyonel lenf nodları, patolojik evre T2c olarak saptandı. Üriner inkontinansı olmayan hastanın erektil fonksiyonu 3. ayda cinsel birleşme sağlayacak düzeyde idi.

**ÇIKARIMLAR:** Prostat kanserinde uygulanan bilateral sinir koruyucu laparoskopik radikal prostatektomi üriner kontinans ve erektil fonksiyonun korunmasında tercih edilebilecek uygun yöntemlerden biridir.

VS-32

## ROBOT YARDIMLI CERRAHİDE ÜRETERİN BELİRLENMESİ İÇİN İNTRAÜRETERAL ICG UYGULAMASI

İlter Tüfek,<sup>1</sup> Ömer Burak Argun,<sup>1</sup> Mustafa Bilal Tuna,<sup>2</sup> Tünkut Doğanca,<sup>3</sup> Can Öbek,<sup>3</sup> Selçuk Keskin,<sup>1</sup> Ali Rıza Kural<sup>1</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. Acıbadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Üreteral rekonstrüktif girişimlerde robotik cerrahi, işlemi kolaylaştırmakla birlikte üreterin belirlenmesi zaman zaman zor olabilmektedir. Üreterin belirlenmesi için intraüreteral indocyanine green (ICG) uygulaması yeni bir tekniktir ve etkinliği gösterilmiştir. Bu videoda robotik üreteral rekonstrüksiyon sırasında ICG uygulaması sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** İlk hasta retroperitoneal fibrozis tanısı ile yapılan PET CT'de sağda Gr II, solda Gr III-IV hidroüreteronefroz ve sağ üreteri çevreleyen fibrotik

dokuda yüksek SUV değeri saptandı. Sağ üreteri çevreleyen dokunun histopatolojik incelemesi ve üreterin basıdan kurtarılması için robotik üreterolizis planlandı. Önce sistoskopi yapılarak sağ üretere open-end kateter yerleştirildi ve operasyon sahasına alındı. İşlem daVinci Xi sistem kullanıldı. Üç adet 8 mm. robotik port ve 1 adet 5 mm. yardım portu yerleştirildi. Sağ elde monopolar sıcak makas, sol elde Maryland ve fenestre bipolar forseps kullanıldı. Kolon medialize edilerek üreter belirlendi. ICG open-end kateterden verildi. Fire-fly moduna geçilerek üreterin fibrotik doku içerisindeki kısımları belirlendi ve bu alanlar disseke edilerek üreterin serbestlenmesi sağlandı. Üreteri çevreleyen fibrotik doku histopatolojik inceleme için eksize edildi. Kolon, serozasından batın sağ yan duvarına üzerinde üreter kalacak şekilde sütüre edilerek üreter periton içerisine alındı. Sağ üretere 4.8F JJ kateter, loja 10 mm. JP dren kondu ve işlem sonlandırıldı.

İkinci hastada fleksibl üreteroskopi ile submukozal taş fragmanları ve üst üreterde ileri derecede darlık saptandı. Sistoskopi ile sağ üretere open-end kateter yerleştirilerek kateter operasyon sahasına alındı. İşlem sağ modifiye lateral dekübitüs pozisyonunda Xi sistem ile gerçekleştirildi. Üç adet 8 mm robotik port ve 1 adet 5 mm. yardım portu kullanıldı. Sağ elde monopolar sıcak makas, sol elde fenestre bipolar forseps kullanıldı. Kolonun medialize edilmesiyle böbreğe ulaşıldı. Üreter künt ve keskin diseksiyonlarla serbestlendi. Periüreteral fibrotik doku serbestlendikten sonra open-end kateterden ICG verildi. Fire-fly moduna geçilerek üreter vizüalize edildi ve darlık saptandı. Dar segmentte periüreteral dokudaki taş görüldü ve alındı. Üreter transsekte edildikten sonra öncelikle proksimal uçtaki dar segment rezeke edildi ve böbrek mobilize edildi. Sonrasında distal üreterdeki dar segment rezeke edildi. Üreterin spatüle edilmesini takiben separe 4/0 poliglaktin dikiş materyali ile üreteroüreteral anastomoz yapıldı. Anastomoz sırasında üreter lümeninin açıklığının sağlanması amacıyla open-end kateterden faydalanıldı. Anastomozun tamamlanmasını takiben üreter retroperitonealize edildi. Loja bir adet Jackson-Prett dren yerleştirilerek işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk hastada üreteri çevreleyen fibrotik dokunun histopatolojik incelemesinde malignite saptanmadı. Her iki hastada da postoperatif dönem olağan seyretti.

**ÇIKARIMLAR:** ICG uygulaması robotik üreteral rekonstrüksiyon sırasında üreterin belirlenmesini kolaylaştırmaktadır.

VS-33

## SEMPTOMATİK KOMPLİKE PARAPELVİK KİSTİN ÜRETETERORENOSKOPİK LAZER TEDAVİSİ

Bora Özveren,<sup>1</sup> Mahir B. Özgen,<sup>2</sup> Levent Türkeri<sup>1</sup>

1. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

2. Acıbadem Kadıköy Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Parapelvik renal kistler sık rastlanan lezyonlar olmakla birlikte ender olarak girişimsel tedavi ihtiyacı doğar. Semptomatik, obstrüktif parapelvik komplike kistlerin cerrahi tedavisi basit kortikal kistlere kıyasla daha güçtür. Bu tip kistlerin standart tedavisinde laparoskopik yaklaşım önerilir. Ancak üreterorenoskopik "unroofing", seçilmiş olgularda alternatif bir yöntem olarak uygulanabilir.

Bu olgu sunumunda ağırlı üriner obstrüksiyona yol açan komplike bir parapelvik kistin radyolojik ve endoskopik tanı aşaması ile üreterorenoskopik lazer-"unroofing" yöntemiyle başarılı tedavisi gösterilmektedir.

**YÖNTEM:** Üst karın ve lomber ağrı ile başvuran 36 yaşında erkek hastada BT Ürografi'de 4 cm boyutta, sağ renal pelvisi doldurarak kalisiyel obstrüksiyona yol açan bir komplike kistik kitle saptandı. Abdominal MRI'da renal pelvis yerleşimli kitlenin benign-enflamatuvar veya malign lezyon ayırıcı tanısı net olarak yapılamadı. Radikal cerrahiye yönelik hasta onamı ve hazırlığı ardından tanısız fleksibl üreterorenoskopik eksplorasyon yapıldı. Lezyonun direkt endoskopik ve NBI inspeksiyonu ve intraoperatif frozen-kesit incelemesi sonucunda malign süreç ekarte edildi. Bunun üzerine aynı seansta hemorajik, enflame, komplike karakterdeki obstrüktif kistin retrograd yolla, Holmium: YAG lazer kullanılarak "unroofing" yöntemi ile duvar eksizyonu ve intrapelvik dekompresyonu yapıldı.

Hasta 6 hafta JJ-kateterli kaldı. Tedavi sonrası takibi MRI inceleme ve ikincil tanısız üreterorenoskopik ile yapıldı.

**BULGULAR:** İntra-operatif frozen-kesit ve nihai patolojik incelemede eksize edilen doku "fibrotik enflamasyon" olarak rapor edildi.

Post-op dönemi aralıklı gross hematüri dışında sorunsuz geçen hasta ikinci günde taburcu edildi. Ağrı yakınması olmadı.

Altı hafta sonra yapılan radyolojik ve endoskopik kontrolde obstrüktif kistik lezyonun ve üriner obstrüksiyon bulgusunun ortadan kalktığı saptandı. Yirmi aylık takipte nüks saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Semptomatik, obstrüktif parapelvik komplike kistlerin cerrahi tedavisinde üreterorenoskopik “unroofing” ile dekompresyon alternatif bir yöntem olabilir.

Radyolojik görüntülemeler bu tip komplike lezyonların kesin pre-operatif ayırıcı-tanısında yetersiz olabilir. Pre-operatif planlamada malign hastalıkla karşılaşılabilmesi akıldan çıkarılmamalı ve gerekli hazırlık yapılmalıdır.

uygulandı. 4,5 cm olan adrenal kitlenin patolojisi berrak hücreli karsinom metastazı olarak rapor edildi. Ayrıca cerrahi öncesi genel anestezi altında alınan sacral kemik biyopsisi sonucu da metastaz olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Adrenal bezin metastatik kitleleri için, laparoskopi güvenilir ve uygulanabilir bir yöntemdir. Cerrahlar tecrübe ve yeteneklerini göz önüne alarak hasta ve kitleleri değerlendirmeli ve uygun vakalarda minimal invaziv girişimler tercih edilmelidir.

VS-34

## LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL SOL SÜRRENAL METASTATEKTOMİ

Furkan Dursun,<sup>1</sup> Zeki Aktaş,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>2</sup>  
Ömer Bakal,<sup>2</sup> Ferhat Ateş,<sup>2</sup> Temuçin Şenkuş<sup>2</sup>

1. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Günümüzde laparoskopi iyi huylu adrenal hastalıkların tedavisinde altın standart tedavi seçeneğidir. Fakat adrenal bezin malign tümörleri veya adrenal beze metastaz yapmış kitleler için hangi tedavi seçeneğini daha üstün olduğuna dair net veriler yoktur. Sıklıkla komşu organ veya damarları invaze ettikleri için laparoskopik teknikte benign tümörlere göre cerrahisi daha zor olmaktadır. Bu video sunuda kontrolateral böbrek tümörünün adrenal beze metastaz yaptığı bir vakayı sunuyoruz.

**YÖNTEM:** 40 yaşında bayan hasta sol yan ağrısı nedeni ile merkezimize başvurdu. Hastanın anamnezinde ek hastalığı olmadığı ve daha önce cerrahi bir işlem geçirmediği öğrenildi. Fizik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Ultrason, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonsans görüntüleme tetkikleri sonrasında sağ böbrekte 9x11 cm boyutlu kistik yapıda ve nekroz komponenti olan kitle tespit edildi. Ayrıca sağ sürrenal bezde 3,5x4,5 cm boyutlarında kitle ve S2-S3 vertebralarda tutulum ve tutulumla bağlı spinal kanalda daralma rapor edildi. Primer tümörün tanısını koymak amacı ile sağ böbrekteki kitleye tru-cut biyopsi yapıldı, sonucu clear cell renal hücreli karsinom, furhmann grade I olarak rapor edildi. Böbrekteki kitle kistik ve büyük olduğu için hastaya açık sağ radikal nefrektomi ve sol laparoskopik metastatektomi planlandı.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik transperitoneal sol metastatik adrenektomi ve sağ açık radikal nefrektomi

# VIDEO BİLDİRİLER 7

5 Kasım 2016 / Salon D / 18:00-18:45  
Oturum Başkanı: Alp Özgür Akdemir



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-35

## LAPAROSKOPİK URAKUS KİSTİ EKSİZYONU

Kaan Gökçen,<sup>1</sup> Gökhan Gökçe,<sup>1</sup> Gökçe Dünder,<sup>1</sup>  
Resul Çiçek,<sup>1</sup> Emin Yener Gültekin<sup>1</sup>

1. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma  
Hastanesi, Üroloji, Sivas

**AMAÇ:** Urakus intrauterin dönemden sonra doğumda lümeni kapanan, sonrasında ise mesane ve umblikus arasında fibröz bir kalıntı halini alan embriyolojik oluşumdur. Urakus kisti enfekte olana kadar çoğunlukla asemptomatik iken saptanması hâlinde cerrahi eksizyonu gerekmektedir. Tanı alan bu hastalar için laparoskopik urakus kist eksizyonu cerrahi alternatiflerden biridir. Bu çalışmada 60 yaşındaki erkek hastaya enfekte urakus kisti için başarıyla uygulanan laparoskopik urakus kisti eksizyonu tecrübemizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Yaklaşık bir aydır suprapubik bölgesinde ağrı, kızarıklık, rekürren idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle başvurduğu genel cerrahi kliniği tarafından yapılan tetkiklerin ardından intraabdominal apse ön tanısıyla hastanemize interne edilen hastanın foley kateterinden pürülan gelmesi nedeniyle kliniğimize devredildi. Preoperatif uygulanan bilgisayarlı tomografisinde mesane anterosüperior duvardan başlayıp süperiora doğru uzanım gösteren 9x5 cm kalın cidarlı yer yer septasyon içeren lobüle konturlu, yoğun içerikli sıvı lokülasyonu, bu lezyon komşuluğunda kas planlarında ve cilt altında 92x56 mm lobüle konturlu kalın cidarlı septasyonları bulunan, yoğun içerikli sıvı lokülasyonu tespit edildi. Hastaya laparoskopik urakus kisti eksizyonu + fasya debridmanı uygulandı.

**BULGULAR:** Laparoskopik cerrahi süresi 88 dakika, kanama miktarı ~45 ml olarak hesaplandı. İntraoperatif herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Postoperatif dönemde eritrosit replasmanı ihtiyacı olmadı. Postoperatif 10. gün taburcu olan hastanın histopatolojik değerlendirme sonucu enfekte urakus



kist olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Erişkin yaş grubunda ender olarak raporlanan bu durumun laparoskopik olarak total eksizyonu; hastanede düşük morbidite avantajıyla deneyimli merkezlerde tercih edilebilir bir minimal invaziv cerrahi bir yöntemdir.

VS-36

## LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ; SEGMENTAL ARTER ANASTOMOZU

Ender Özden,<sup>1</sup> Murat Gülşen,<sup>1,2</sup> Süleyman Öner<sup>2</sup>

1. DİĞER, Üroloji, Samsun

2. 19 Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Üroloji,  
Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda sol böbrek üst poldeki kitleye uygulanan laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) esnasında meydana gelen segmental arter yaralanmasının laproskopik olarak onarımını sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 65 yaşında aktif şikayeti olmayan bayan hastada, yapılan tetkiklerinde sol böbrek üst polde 32x33 mm boyutlarında ekzofitik uzanım gösteren kitle tespit edildi. Hastaya transperitoneal LPN planlandı. Hasta 60 derece sol yan pozisyona alındı. Sol pararektal alandan 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal Alana girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben sol pararektal alana 12 mm, solda midklavikuler hatta bir adet 12 mm, bir adet 5 mm lik ve alt kadranda pararektal alana bir adet 5 mm lik toplam 4 port girildi. İnen kolon mediale deviye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Proksimal ureter ve gonadal ven gözlendi. Üreter takip edilerek 1 adet renal ven, 1 adet renal artere ulaşıldı ve serbestlendi. Arter ve ven ayrı ayrı disseke edildi ve askıya alındı. Bu esnada alt pole giden segmental arter hook koter ile disseksiyon esnasında kesildi. Kesilen arter bulldog klemp ile tutuldu. Üst pol perirenal yağ dokusu serbestlenerek kapsül ve renal parankim ortaya kondu. Sınır ultrasonografi cihazı ve koter yardımı ile belirlendikten sonra 2 adet endo-bulldog yardımı ile renal arter ve ven kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımı ile çevre bir miktar sağlam doku ile birlikte çıkarıldı. Defekt 2/0 V-lock ve 37 mm 2/0 vicryl ile kapatıldı. Renal arter ve vendeki Bulldog klempiler alındıktan sonra kanamanın olmadığı görüldü. Ardından alt pole giden segmental arter 5/0 prolent suture ile "end to end" anastomoz edildi. Anastomoz sonrası bulldog klemp alındı ve kanamanın olmadığı gözlendi. Doppler USG yardımı ile alt polde kan akımı izlendi. Kitle endobag yardımı ile dışarı alındı ve loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 120 dakika, sıcak iskemi süresi 20 dakika, Segmental arterin sıcak iskemi süresi 50 dk, tahmini kan kaybı 150 ml idi. Postoperatif 3. Gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Patoloji renal hücreli karsinom, şeffaf hücreli tip, fuhrman grade 2, T1a, cerrahi sınır negative olarak raporlandı. Postop 6. ayda çekilen kontrol MR görüntülemeye böbreğin kanlanması iyi olduğu, nüks veya metastaz lehine bulgu izlenmediği görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** LPN esnasında oluşan segmental arter yaralanmalarında laparoskopik "end to end" anastomoz artan tecrübe ile uygulanabilir bir yöntemdir

VS-37

## KADIN ÜRETRA DARLIĞINDA VENTRAL VAJİNAL GREFT İLE ÜRETROPLASTİ

Nurullah Hamidi,<sup>1</sup> Aykut Akıncı,<sup>2</sup> Ömer Gülpınar<sup>3</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Yıllardır sık idrar yolu enfeksiyonu, kesik kesik idrar yapma, idrar yaparken zorlanma ve projeksiyonda azalma şikâyetleri nedeniyle kliniğimize başvuran 37 yaşındaki hastanın 1 kez üriner retansiyon şikayetiyle de acil servise başvurduğu öğrenildi. Yapılan üroflovetride maksimum akış hızının 4ml/sn, işenen hacmin 693 ml ve rezidü idrar hacminin 130 ml olduğu izlendi. Daha önce 2 kez üretra dilatasyonu hikâyesi olan hasta bu işlemler sonrası şikâyetlerinde geçici bir rahatlama olduğunu belirtti. Hasta üretroplasti planlanarak yatırıldı.

**YÖNTEM:** Dorsal litotomi pozisyonunda 10F üreterorenoskopla girilerek darlığın yeri ve uzunluğu belirlendi. Takiben 14F sistofiks takıldıktan sonra vajen ön duvarına ters U insizyon yapılarak vajinal flep kaldırıldı. Spongiöz cisim keskin diseksiyonla ayrıldı ve üretral mukozaya ulaşıldı. Darlığın yeri 12 f sonda ile tam olarak belirlenip bu hızda üretral mukoza insize edildi. Sonda yardımıyla insizyonun proksimal ve distalinde darlık olmadığından emin olunduktan sonra mukozaya 5/0 vikril ile askı sütürleri konuldu. Ardından vajen minor labiadan uygun büyüklükte greft alındı. Greftin üzerindeki yağ doku makas yardımıyla temizlendi. Greft, yine 5/0 vikril sütürler kullanılarak üretral mukoza hattına anastomoz yapıldı. 16F silikon sonda takılıp üretraya irrigasyon mayi verildi. Sonda, ekstrasizyon olmadığından emin olunduktan sonra mesaneye yerleştirildi. Spongiöz cisim iki kat olacak şekilde kapatıldı. Vajinal ön duvar ve greft alınan alanlar da kapatıldıktan sonra vajene bir adet antibiyotikli tampon yerleştirilerek işleme son verildi.

**BULGULAR:** Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. İkinci haftada sonda üçüncü haftada da sistostomi alındı. Üç ay sonraki kontrolünde idrarını rahat yaptığını belirten hastanın kontrol üroflovetride maksimum akış hızının 15ml/sn, işenen hacmin 310 ml ve rezidü idrar hacminin 30 ml olduğu izlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Kadın üretroplasti çok sık uygulanmayan bir cerrahi tekniktir. Endoskopik veya minimal invaziv tekniklere rağmen tekrar eden üretra

darlıklarında üretroplasti güvenilir ve başarılı cerrahi yöntemdir.

VS-38

## LAPAROSKOPIK EKSTRAPERİTONEAL RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Ender Özden,<sup>1</sup> Hasan Çetin,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1\*</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup>  
Şaban Sarıkaya,<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda organa sınırlı prostat kanseri tanısı almış bir hastada uygulanan laparoskopik ekstraperitoneal radikal prostatektomi (LERP) ameliyatı sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** PSA düzeyi 9ng/ml olan ve biyopside Gleason skoru 3+3/6 olan ve 2 kor da kanser dokusu gözlenen ve klinik T1c olan 68 yaşındaki hastaya LERP operasyonu planlandı. Hasta supin pozisyonda trandelenburg pozisyonuna alınarak, göbek altı 2 cm kesi ile ekstraperitoneal alana girildi ve balon dilatasyonu yardımı ile ekstraperitoneal alanda boşluk oluşturularak 12 mm lik optik port yerleştirildi. Her iki tarafta pararektal alana 10mm iki adet, krista iliaka medialine iki adet 5 mm port yerleştirildi. Takiben endopelvik fasya açıldı ve "Thunderbeat" ve "rightangle" yardımı ile mesane boynu diseksiyonu yapıldı. Her iki vaz deferens diseke edilerek "Hem-o-Lok" klipler ile kontrol edildi. Her iki seminal vezikülün diseksiyonu yapıldıktan sonra "Hem-o-Lok" ve metal klipler yardımı ile pedikülün kontrolü sağlandı. Diseksiyonlar esnasında bilateral nörovasküler demet korundu.Denonviller fasyası açıldıktan sonra posterior diseksiyon soğuk makas yardımı ile yapıldı. Derin dorsal ven 2/0 'V-lock' ile bağlandı ve kesildi.Üretra kesildikten sonra spesmen endobag içine alındı. Üretravezikalanostomoz 3/0 pds ile "vanVelthoven" tekniği ile yapıldı.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 130 dk, tahmini kan kaybı 350 ml idi.Post operatif 2.gün direni çekildi ve hasta taburcu edildi.Post operatif 7.gün sistogram çekildi, ekstrevasiyon saptanmayan hastanın foley sondası çekildi. Patoloji Prostatik adenokarsinomi, gleason skor 6 (3+3=6), T2c, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** LERP prostat kanseri tedavisinde minimal invaziv bir tekniktir.

VS-39

## MİNİPORT LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ

Süleyman Öner,<sup>1\*</sup> Ender Özden,<sup>1</sup> Mehmet Özen,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup>  
Şaban Sarıkaya,<sup>1</sup> Ali Faik Yılmaz<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, sol sürrenalde 40x27 mm boyutlarındaki adenom ile uyumlu kitleye uyguladığımız laparoskopik adrenalectomi (LA) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 43 yaşında kadın hasta sol yan ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol sürrenalde 40x27 mm boyutlarında adenom ile uyumlu kitle tesbit edildi. Hastaya Laparoskopik adrenalectomi planlandı.Hasta 90 derece sol yan pozisyona alındı. Midklavikular subcostal bölgeden 1 adet 5 mm optik port, ön aksiler hattın 2 adet 3 mm çalışma portları ile transperitoneal girildi.Sol böbrek superiomedialinde sol sürrenal bez kaynaklı yaklaşık 4 cm kitle izlendi. Uygun diseksiyonlar ile sol sürrenal ven bulundu ve 3/0 vicryl ile bağlandı ve kesildi.Sol sürrenal bez çevre dokulardan Hook koter yardımı ile diseke edildi. Sol sürrenal bez endobag içine alındı ve çıkartıldı. İşleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 50 dakika, tahmini kan kaybı minimal idi.Patoloji adrenal kortikaladenom olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Sürrenal bez kaynaklı olgularda miniportlar kullanılarak yapılan LA seçilmiş olgularda güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

VS-40

## ÜST ÜRİNER SİSTEMİN ÜROTELYAL KARSİNOMUNDA ÜRETEROSKOPIK TEDAVİ

Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup> Çağrı Tekdöş,<sup>1</sup> Fesih Ok,<sup>1\*</sup>  
Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup> Şaban Doran<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Üst üriner sistemin ürotelyal karsinomunda, değişik konservatif tedaviler seçilmiş hastalarda

uygulanabilmektedir. Bu videoda sol üreter distalinde papiller ürotelyal karsinom (PÜK) saptanan bir erkek hastaya yapılan üreteroskopik girişim ve kontrol görüntüleri yer almaktadır.

**YÖNTEM:** Bir aydır aralıklı hematüri yakınması olan 53 yaşındaki erkek hastaya başka bir merkezde sol üreteroskopi (ÜRS) ve punch biyopsi yapılarak çift j stent yerleştirilmiş ve kliniğimize sevk edilmişti. Histopatoloji raporu, non-invaziv düşük dereceli PÜK olarak bildirildi. Bilgisayarlı tomografide sol distal üreterde dolun defekti oluşturan 1 cm'lik yumuşak doku kitlesi ve bunun proksimalinde üreterohidronefroz görüldü. Hastaya 21.03.2016 tarihinde çift j stent çekilmesi + ÜRS + tümörün basketle ekstraksiyonu + tümör tabanına holmium lazer ile fulgurasyon yapıldı. Üreter kateteri yardımıyla epirubisin uygulandı.

**BULGULAR:** İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon görülmedi, hasta birinci gün taburcu edildi. Histopatoloji raporu düşük dereceli (PÜK), submukoza invazyonu pozitif, kas tabakası izlenmedi olarak geldi. Hastanın iki ay sonraki kontrol ÜRS'sinde tümör görülmedi ve alınan sitolojilerde malign hücre yoktu. Postoperatif üçüncü aydaki MR'da patoloji saptanmadı. Hasta düzenli olarak izlenmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Düşük risk grubundaki üst üriner sistem ürotelyal kanserlerinde böbrek koruyucu cerrahi yaklaşımlar ilk tedavi seçeneğini oluşturmaktadır. Bu hastalardaki üreter tümörlerinde ÜRS ile tümörün ekstraksiyonu + tümör tabanı fulgurasyonu uygulanabilir bir yöntem olmakla birlikte, hastanın yakın takibi gerekmektedir ve böylece invaziv nüks halinde radikal tedaviye geçişle kür şansı korunmuş olur.

# VIDEO BİLDİRİLER 8

5 Kasım 2016 / Salon E / 18:00-18:45  
Oturum Başkanı: Cenk Yazıcı



Ürolojik  
Cerrahi  
Derneği

VS-41

## LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL PİYELOPLASTİ

Zeki Aktaş,<sup>1</sup> Furkan Dursun,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>1</sup>  
Ömer Bakal,<sup>3</sup> Ferhat Ateş,<sup>1</sup> Temuçin Şenkul<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik piyeloplasti üreteropelvik bileşke darlığında (UPJ) birinci seçenek tedavi yöntemidir. Açık tekniğe ve endopiyelotomiye göre bir çok avantajı vardır. Endoskopik yöntemlerden ise başarı oranı daha yüksektir. Bu video sunuda laparoskopik piyeloplasti vakamızı paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 49 yaşında erkek hasta insidental olarak tespit edilmiş sol böbrek taşı ve sol UPJ darlığı tanısıyla servismize başvurdu. Hastanın hikayesinde kardiyak stent, torakotomi, akut pankreatit sonrası geçirilmiş açık batın cerrahisi, diabetes mellitus ve hipertansiyon major sağlık problemleri mevcuttu. Bilgisayarlı tomografide sol böbrek pelvikalsiel kısımda grade 3 hidronefroz rapor edildi. İntravenöz piyelografi (IVP) sonucunda sol UPJ tespit edildi. DTPA sintigrafi ile ekskresyon fazında IV diüretik uygulamasına cevap vermeyen obstrüksiyon tespit edildi.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik transperitoneal piyeloplasti ve d-j kateter insersiyonu uygulandı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Drenaj tüpü postoperatif 3. gün çıkartılarak hasta taburcu edildi. D-J kateter 6 hafta sonra çekildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik piyeloplasti UPJ darlığı tedavisinde altın standart tedavi seçeneğidir.

VS-42

## 3 PARÇALI ŞİŞİRİLEBİLİR PENİL PROTEZ İMPLANTASYONU: VIDEO GÖSTERİM

İyimser Üre,<sup>1</sup>1 Ata Özen,<sup>1</sup> Cavit Can<sup>1</sup>

1. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** 3 parçalı penil protez implantasyonu operasyonunun görsel olarak sunulması

**YÖNTEM:** Penil protez implantasyonu, erektil disfonksiyon (ED) tedavisinde son basamak tedavi protokolü olarak önerilmektedir. Özellikle ciddi vasküler veya nörolojik ED hastalarında ve ED'nin eşlik ettiği peyronie gibi penil deformasyona neden olan hastaların tedavisinde oldukça etkili olarak uygulanmaktadır.

**BULGULAR:** Operasyon ortalama 60-90 dk. sürmektedir ve operasyon sonrası 1. günde hastanın taburcu edilmesi mümkün olmaktadır. Yaklaşık 1 aylık rehabilitasyon süreci sonrası hastalar oldukça tatmin edici cinsel ilişki kurabilmektedirler.

**ÇIKARIMLAR:** 3 parçalı, şişirilebilir penil protezler, oldukça doğal bir şekilde tümesans ve detümesansı simüle ederek hastanın cinsel hayatının devam etmesini sağlamaktadır. Özellikle ekonomik problemler ve tecrübe yetersizliği gibi nedenlerden dolayı bir çok hekim tarafından uygulanmaktan kaçınılan bu operasyona yeni başlayan hekimler için videomuzun yol gösterici olacağını umut etmekteyiz.



VS-43

## BAŞARISIZ SLİNG CERRAHİSİ SONRASI ARTİFİSYEL SFİNKTER İMPLANTASYONU

Nurullah Hamidi,<sup>1</sup> Barış Esen,<sup>2</sup> Çağrı Akpınar,<sup>3</sup>  
Ömer Gülpınar<sup>2</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara  
3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Dört yıl önce radikal prostatektomi yapılan ve sonrasında başlayan stres tip idrar kaçırmaya olan 62 yaşında hastanın 24 saatlik ped testi 270 gr olarak ölçülmüş. Üroflovetrik çalışmada maksimum idrar akış hızı 20ml/sn, rezidü idrar hacmi 24ml/sn olarak ölçülmüş. Şubat 2016 tarihinde advance male sling operasyonu yapılmış ancak hastanın 10 gün sonra tekrar idrar kaçırmaya şikayeti olması üzerine tekrar PED testi yapılmış. Son PED testinde 500 gr ıslatması olması üzerine sling insizyonu+artifisyel üriner sfinkter (AÜS) implantasyonu planlanarak kliniğimize yatırıldı.

**YÖNTEM:** Genel anestezi altında dorsal litotomi pozisyonunda 21 f üretrosistostopi ile girildi. Üretrada darlık olmadığı ve sfinkterin kapanmadığı izlendi. 16 F 2 yollu foley sonda takıldı. Perineal longitudinal kesi ile girildi ve tabakalar keskin ve künt diseksiyonlarla geçilerek bulbospongioz kasa ulaşıldı. Bulbospongioz kas dikkatlice diseke edilerek uretra sol lateralinde mesh bulundu ve right angle ile tutulup kesildi. Üretra çepeçevre serbestlendi ve askıya alındı. Üretranın çevresi 4 cm olarak ölçüldü. Sfinkter cuff'ı bulboz uretra çevresine yerleştirildi. Sol suprapubik ayrı bir kesi yapılarak katlar anatomik planda geçildi ve rektus fasyası açılarak rezervuar oluşturuldu. Subdartos poş oluşturularak pompa yerleştirildi. Ardından sfinkter parçaları birleştirilerek metilen mavisi konulmuş serum ile sfinkterometri yapıldı. 60 cm yüksekliğe yerleştirilen metilen mavili serum seti fossa navikularise yerleştirilen sondaya takıldı. Bu seviyede sfinkter aktif iken kontinansın tam olduğu ve uretrada herhangi bir ekstrasvazyon olmadığı görüldü. Kanama kontrolünü takiben rifosinli yıkama yapıldı ve katlar anatomik planda kapatılarak işlem sonlandırıldı.

**BULGULAR:** Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Ameliyattan sonra 6. Haftada sistem aktive edildi. Üçüncü ay kontrolünde tamamen kuru kaldığı görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Sling cerrahisi sonrasında AÜS güvenli bir şekilde yerleştirilebilir. Önceki başarısız sling cerrahisi AÜS implantasyonu zorlaştırmaz.

VS-44

## TRANSPLANTE BÖBREKDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Ender Özden,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda transplante böbrekteki üst ucu taşlaşmış DJ stentin çıkartılması için gerçekleştirdiğimiz perkütan nefrolitotomi (PNL) deneyimimizi sunmayı amaçladık

**YÖNTEM:** 53 yaşında erkek hastanın öyküsünden, ağustos 2014 tarihinde farklı bir merkezde canlıdan böbrek nakli yapıldığı, nakilden sonra transplante böbrekte taş olduğu söylenerek açık ve endoskopik girişimler yapıldığı, kontrollerinde çekilen USGde transplante böbrekte taş ve DJ stent gözlendiği ve DJS'nin endoskopik olarak çekilmeye çalışılmış olduğu fakat başarılı olunamadığı öğrenilmiştir. Sonrasında taşa 4 seans ESWL uygulanmış ve ESWL başarısız olunca hasta tarafımıza yönlendirilmiştir. Kontrastsız BT'de transplante böbrek alt polde büyüğü 1 cm multiple taş ve üst ucu taşlaşmış DJ stent saptandı. Hastaya DJ stent çekilmesi ve transplante böbreğe PNL planlandı. Hastaya litotomi pozisyonuna alındı. 20 Fr endoskop eşliğinde sistostopi yapıldı. Mesanede, sağ nativ ureter orifisinden çıkan DJ stent gözlendi. DJ stent kenarından 5 f ureter kateteri gönderilerek RGP çekildi. Sağ nativ ureterin transplante böbrek pelvisine yüksek yerleşimli bir şekilde pyeloüreterostomi yapılmış olduğu gözlendi. Mesane kubbe de greft ureterorifisi ve orifis ağzında 1 cm taş izlendi. Basket yardımı ile taş alındı. Greft uretere 5 F ureterkateteri yerleştirilerek RGP yapıldı ve opak maddenin böbreğe geçmediği gözlendi. Takiben 18 G intraducer iğnesi skopi ve USG eşliğinde transplante böbrek üst polden girildi. Trakt guide kılavuzluğunda 30 F sheet dahil dilate edildi. 26 no Nefroskop ile transplante böbrek üst polden girildi. Forseps yardımı ile taşlar alındı ve DJ stent çekildi. Sonrasında guide kılavuzluğunda skopi kontrolünde fleksible ureterorenoskop ile greft uretere girildi ve ureter alt uçta milimetrik taşlar izlendi. Taşlar URS yardımı ile mesaneye itildi. Greft uretere DJ stent yerleştirildi. 16 F malecot kateter yerleştirildi. İşleme

son verildi.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 80 dakika, skopi süresi 6 dakika, kan kaybı yaklaşık 100 ml idi. Postoperatif 2. gün malecot kateteri çekildi ve hasta taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Transplante böbrek de perkütan nefrolitotomi operasyonu tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

VS-45

## ROBOT YARDIMLI PROSTAT ADENOMEKTOMİ İLE EŞ ZAMANLI SİSTOLİTOTOMİ VE İNGUİNAL HERNİ TAMİRİ

Mustafa Bilal Tuna,<sup>1</sup> Tüknut Doğanca,<sup>2</sup>  
Ömer Burak Argun,<sup>3</sup> İlder Tüfek,<sup>3</sup> Selçuk Keskin,<sup>3</sup>  
Can Öbek,<sup>2</sup> Ali Rıza Kural<sup>3</sup>

1. Acibadem Maslak Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Acibadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. Acibadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Bu videoda benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle robot yardımcı prostat adenomektomi uyguladığımız hastada eş zamanlı sistolitotomi ve inguinal herni deneyimimiz sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Kliniğimize alt üriner sistem yakınmaları ile başvuran 78 yaşında erkek hastada BPH, mesane taşı ve sağ direkt inguinal herni saptanması üzerine robot yardımcı sistolitotomi, prostat adenomektomi ve sağ inguinal herni tamiri planlandı.

Operasyon Si sistem ile 30 derece Trendelenburg pozisyonunda, transperitoneal yolla gerçekleştirildi. İlk olarak periton düşürülerek Retzius aralığına girildi ve sağda fıtık kesesi görülerek libere edildi. Mesane doldurulduktan sonra vertikal insizyonla mesane anterior yüzü ve prostat kapsülü açıldı. Mesane mukozası açıldıktan sonra taşa ulaşarak taş çıkarıldı ve organ torbasına koyuldu. Mesane boynu seviyesinde sirküler mukozal insizyon yapılarak prostat kapsülü ile adenom arasındaki plana girildi. Adenom dokusu No:1 Vicryl suture ile traksiyone edilerek prostat kapsülünden künt ve keskin diseksiyonlarla ayrıldı. Sağ ve sol loblar parsiyel olarak serbestlendi. Anterior kommissurotomi uygulanması ile apikal dokuların daha iyi serbestlenmesi sağlanmış oldu. Adenom dokusunun prostatik lojdan çıkarılmasını takiben loja 2/0 poliglaktin hemostaz sutureleri koyuldu. Üretra ile mesane trigon mukozası birbirine yaklaştırıldı. Böylece loj mesane mukozası

ile kaplanarak hemostaz sağlanmış oldu. Sonrasında her iki ureter orifisi ureter kateteri kullanılarak kontrol edildi. Prostat kapsülü ve mesane kontinü olarak 3/0 V-Loc kullanılarak kapatıldı ve sızdırmazlık kontrolü yapıldı. Sonrasında sağ direkt inguinal herni tamirine başlandı. Rektus lateral fasyası iliopektineal ligamana 2/0 prolen kullanılarak modifiye posterior wall-darn yöntemi ile yaklaştırılarak rafi işlemi uygulandı. Suture gerginlikleri weck kliplerle ayarlandı. Loja bir adet Jackson-Prett dren yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 179 dakika, kanama 400 ml., piyes ağırlığı 91 gr. olarak saptandı. Postoperatif dönem olağan seyretti.

**ÇIKARIMLAR:** Robotik cerrahi komplike prosedürlerin eş zamanlı minimal invaziv yaklaşımla güvenli bir şekilde yapılmasına imkan sağlamaktadır.

VS-46

## LAPAROSKOPİK RENAL TRANSPLANTASYON

Ender Özden,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda laparoskopik renal transplantasyon (LRT) deneyimimizi sunmayı amaçladık

**YÖNTEM:** 12 yıldır KRY (etiyoloji:HT) tanısıyla takipli ve 10 yıldır hemodiyaliz yapılmakta olan 34 yaşında kadın hasta tarafımıza kadavradan renal transplantasyon amacı ile başvurdu. Hastaya laparoskopik renal transplantasyon kararı alındı. Hasta supin pozisyonunda trandelenburg pozisyonuna alınarak, pnömoperitoneum oluşturuldu ve umblikus üstü 12 mm lik optik port yerleştirildi. Sağ pararektal alana 10mm 1 adet, sol pararektal alana 5mm 1 adet ve sol kristalliaka medialine 1 adet 5 mm port yerleştirildi. Periton superior ve mediale deviyeye edildi. Sağ eksternal iliak ven ve sağ eksternal iliak arter çevre dokulardan serbestlendi. Sağ suprapubik 6cm kesiden greft böbrek karın içine alındı. Takiben sağ eksternal iliak vene vasküler klempler konularak 6/0 gore-tex suture ile greft böbreğin 1 adet veni sağ eksternal iliak vene endtoside anostomoz edildi. Sonrasında sağ eksternal iliak aretere vasküler klempler konularak 1 adet greft böbrek arteri sağ eksternal iliak artere 6/0 gore-tex suture ile endtoside anostomoz edildi. Tüm vasküler klempler açıldı ve greft böbrek reperfüze edildi. Greft ureterden idrar geldiği gözlemlendikten sonra

5/0 vicryl ile LichGregoir tipi UNC yapıldı ve greft üretere 4,7/14 cm DJ stent yerleştirildi. Böbrek iliak fossaya yerleştirildi ve hazırlanan periton flebi yardımı ile fikse edildi. Anastomoz hattından kaçak olmadığı gözlemlendi. Kanama kontrolünü takiben 21 no diren loja yerleştirilerek işleme son verildi.

**BULGULAR:** Soğuk iskemi süresi 8 saat, damar anastomoz süresi 60 dakika ve operasyon süresi 200 dakika idi. Post operatif 3.gün direni, 5.gün foley sondası çekildi. Post operatif 21.gün kreatinin seviyesi 1,3 mg/dl ye geriledi.

**ÇIKARIMLAR:** LRT tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

V-01

## TVT OPERASYONU SONRASI MESH EKSİZYON CERRAHİSİ

Aytaç Kayış,<sup>1</sup> Ömer Gülpınar,<sup>2</sup> Barış Esen,<sup>1,3</sup>  
Mehmet İlker Gökce,<sup>3</sup> Evren Süer<sup>4</sup>

1. DİĞER, Üroloji, Ankara

2. Ankara Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

4. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** TVT operasyonu sonrası idrar yapmada zorlanma şikayeti olan, yapılan fizik muayenede üretrada altında mesh palpe edilen olgunun sunulması  
**YÖNTEM:** Litotomi pozisyonunda 21 F üretroskop ile girildi. Üretrada meshin oluşturduğu kingleşme görüldü. 14 F sonda takıldı ve lone star ekartör yerleştirildi. Üretra altındaki vajen mukozası ters U şeklinde marker kalemle çizildi ve koterle insize edildi. Vajinal mukozal flep kaldırıldı. Mesh bulundu ve koter yardımıyla diseke edilerek ulaşılabilen en proksimal noktadan kesilip çıkartıldı. Parmakla kontrol edilerek rezidü mesh kalmadığı görüldü. Üretroskopi girilerek üretra mukozasında herhangi bir defekt olmadığı ve üretrada önceden olan kingleşmenin ortadan kalktığı görüldü. Meshin spongiosuz cisimde oluşturduğu oluk onarıldı ve insizyon hattı, vajinal mukozal flep kullanılarak 5/0 vicrylle suture edildi. Vajene antibiyotik kremli 1 adet tampon yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı.

**BULGULAR:** 60 yaşında kadın, 2006 yılında TVT operasyonu yapılmış, sonrasında hiç idrar yapamayan hastaya 9 kez üretra dilatasyonu yapılmış; ancak fayda görmemiş. Fizik muayenede üretranın mesane boynu hizasında symphysis pubise kadar çekildiği belirgin kingleşme ve solda belirgin bant palpe edildi. Yapılan UFM:7/130/256, obstrüktif paternde izlendi. Transvajinal ultrasonografide üretra posteriorunda mesh izlendi. Hasta bu bulgularla mesh çıkarılması operasyonu planlanarak yatırıldı.

**ÇIKARIMLAR:** Orta üretra cerrahilerinde uygulanan

fazla gerilim infravezikal obstrüksiyona neden olabilir, mesh çıkarılması bu sorunun çözümünde etkin bir tedavi yöntemidir.

V-02

## ÜRETROPLASTİDE KULLANILMA AMACIYLA GENİŞ BUKKAL MUKOZAL GREFTİNDEN UÇ UCA ANASTOMOZLA ELDE EDİLEN UZUN GREFT HAZIRLAMA

M Levent Emir,<sup>1</sup> Ayhan Karabulut,<sup>1</sup> Şahin Bağbancı,<sup>1</sup>  
Mümtaz Dadalı,<sup>1</sup> Samet Çetinkaya<sup>2</sup>

1. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

2. Ahi Evran Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

**AMAÇ:** Ürolojik pratikte özellikle uzun anterior üretra darlıklarında yeterli uzunlukta greft elde edilebilmesi nedeniyle Bukkal mukoza greftisizlikle tercih edilmektedirler. Özellikle bulbar üretra darlıklarında kullanımları 1996'da ilk tanımlandıktan sonra bu alanda popülariteleri artmıştır. Standart olarak tek parça halinde alınması tanımlanan bukkal mukoza grefti yanak boyu yetersiz olan hastalarda istenen uzunlukta greft elde edilmesinde başarısızlığa yol açabilir. Burada üretroplastide kullanılmak üzere standart greft diseksiyonundan farklı olarak geniş segment halinde diseke edilip daha sonra uzunlamasına ikiye bölünerek uç uca anastomoz ile yeterli uzunlukta bukkal mukoza grefti elde edilmiş bir hastayı sunuyoruz.

**YÖNTEM:** 45 yaşında erkek hasta anterior üretra darlığı nedeniyle başka bir üroloji kliniğinden kliniğimize refere edildi. İdiyopatik üretra darlığı olan hasta son 10 yıldır 12-14 Fr temiz aralıklı kateterizasyon yapmaktaydı. Bu süre içerisinde en az üç defa endoskopik internal üretrotomi ve sayısız direkt görüş altında üretra dilatasyonu öyküsü mevcuttu. Çekilen üretrogramında pendüloz ve bulböz üretrada yaklaşık

15 cm'lik bir segmentin oldukça irregüler ve dar olduğu tespit edildi. Hastaya ilk seansta pendüloz üretradaki darlık onarımında bukkal mukoza grefti ile ASOPA üretroplasti uygulanan hastanın bulböz üretrasındaki darlığına yine bukkal mukoza grefti kullanılarak BARBAGLİ üretroplasti uygulandı.

**BULGULAR:** Hastaya nazal entübasyon sonrası sol yanak içerisinde stenson kanalının external os'u bulundu. Bu alanın altından dudak içine kadar yaklaşık 3,5 cm uzunluğunda ve 2,5 cm eninde bukkal mukoza işaretleme klemi ile işaretlendi. Dudağa manuel traksiyon uygulanarak işaretlenen alan bistüri ile insize edildi. İnce makas ile dudağa yakın insizyon hattından başlanarak greft kas üzerinden diseke edilerek serbestlendi. Bukkal mukozada oluşan defekt 4/0 polyglactin sütür materyali ile tek tek sütürasyon yöntemiyle onarıldı. Elde edilen serbest greft %0,9 NaCl ile ara ara ıslatılarak greft arka yüzüne defatting prosedürü uygulandı ve böylece greft, altındaki materyalden arındırıldı. Daha sonra greft uzunlamasına insize edilerek ikiye bölündü. Elde edilen greftler 4/0 polyglactin sütür materyali ile uç uca anastomoz edildi ve böylece yaklaşık yedi cm uzunlukta tek parça serbest greft elde edildi. Böylece üretroplastide kullanılmaya hazır hale gelen bukkal mukoza grefti BARBAGLİ tekniğiyle bulbar üretra dorsal yüzüne implante edildi. Postoperatif dönemde hastada görülen ağız açıklığında kısıtlılığı 3 gün sonra azaldı ve yarı katı yiyeceklere başlandı. 5. Günden itibaren normal diyete geçildi. Donor sahada hematoma ve enfeksiyon gözlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Uzun üretra darlıklarının serbest greft ile onarımında kalın olarak diseke edilmiş bukkal mukoza ortadan uzunlamasına ikiye bölünerek uç uca anastomoz edilip yeterli uzunlukta greft temin edilebilmekte ve başarılı şekilde üretoplastide kullanılmaktadır.

V-03

## TESTİS TÜMÖRÜ: KEMOTERAPİ SONRASI LAPAROSKOPİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU

Ender Özden,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1</sup> Latif Mustafa Özbek,<sup>1</sup> Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkin Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, metastatik testis tümörü tanısıyla takipli hastada kemoterapi sonrası laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (LRPLND) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Yaşında erkek hastaya, sağ testiste kitle nedeniyle sağ inguinal orşiektomi operasyonu yapıldı. Patoloji mikst germ hücreli tümör (Koryokarsinom + Endodermal sinüs tümörü+ Embriyonelkarsinom + Teratom) olarak raporlandı. Post operatif dönemde çekilen Toraks BT de her iki akciğerde çok sayıda metastatik lezyon, abdomen BT de ise renal düzeyden itibaren aortokaval alanda bifürkasyon düzeyine kadar devam eden konglomerat oluşturmuş büyüğü 57x47 mm boyutlarında metastatik LAP tespit edildi. 4 kür BEp KT verildi. Kontrol Toraks BT de ve Abdomen BT de belirgin regresyon izlendi. 5 kür VIP KT verildi. Abdomen BT ise lenf nodlarının boyutunda yanıt açısından anlamlı küçülme tespit edildi. Hastaya LRPLND operasyonu planlandı. Hasta litotomi pozisyonuna alındı. Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu. 12 mm optik port suprapubik hattan, 10 mm çalışma portu sol rektus kası lateralinden, 5 mm çalışma portu sağ rektus kası lateralinden ve 5 mm ekartasyon portu sağ kristailiaka superiomedialinden yerleştirildi.İleoçekalvalv ile birlikte kolon superiora deviyeye edildi.Retroperitoneal alana girildi.Sağ üreter ve gonadal ven bulundu ve proksimale kadar diseke edildi.Sol üreter ve gonadal ven bulundu ve proksimale kadar diseke edildi.Sol renal ven hizasından itibaren aortokaval alanda bifürkasyon düzeyine kadar devam eden kitle gözlendi.Kitle uygun diseksiyonlar ile aorta ve vena kava üzerinden bir bütün halinde eksize edildi. Ardından interaortokaval lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Sağ gonadal ven eksternal ring düzeyine kadar serbestlendikten sonra "Hem-O-Lok" kliplerle kontrol edildi ve kesildi. Spesmenler endobag yardımı ile dışarı alındı ve loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 220 dakika, tahmini kan kaybı 350 ml idi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi.Patoloji reaktif lenf nodları (toplam 40 adet) olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Metastatik testis tümörü tanısıyla takipli hastalarda kemoterapi sonrası laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (LRPLND), seçilmiş olgularda güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

V-04

## HİLUSA YERLEŞİK VE ENDOFİTİK KİTLEDE LAPAROSKOPIK SAĞ PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ender Özden,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1\*</sup>  
Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Mehmet Özen,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Ali Faik Yılmaz,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, sağ böbrek orta polde hilusa indentasyon gösteren endofitik renal kitlede uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 51 yaşında aktif şikayeti olmayan erkek hastada, yapılan tetkiklerinde sağ böbrek orta polde 37x37x33 mm boyutlarında hilusa indentasyon gösteren kitle tespit edildi. Hastaya transperitoneal LPN planlandı. Hasta 60 derece sağ yan pozisyona alındı. Sağ pararektal alana 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben sağ pararektal alana 12 mm, sağda midklavikuler hatta bir adet 12 mm, bir adet 5 mm lik ve ksifoidin 2 cm altında bir adet 5 mm lik toplam 4 port girildi. Çıkan kolon, sonrasında duodenum mediale deviye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Proksimal üreter ve gonadal ven gözlendi. Üreter takip edilerek 1 adet renal ven, 2 adet renal artere ulaşıldı ve serbestlendi. Hilusta perirenal yağ dokusu serbestlenerek kapsül ve renal parankim ortaya kondu. Sınır ultrasonografi cihazı ve koter yardımı ile belirlendikten sonra 3 adet endo-bulldog yardımı ile renal arterler ve ven kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. Takiben parankim 2,0 V-loc ve vicryl sütürlerle kontinyu olarak kapatıldı. Bulldog klempler alındıktan sonra kanamanın olmadığı görüldü. Kitle endobag yardımı ile dışarı alındı ve loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 180 dakika, sıcak iskemi süresi 26 dakika, tahmini kan kaybı 200 ml idi. Postoperatif 3. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Patoloji renal hücreli karsinom, şeffaf hücreli tip, fuhrman grade 2, T1a, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Renal hilusa yerleşik endofitik renal kitlelerde ultrasonografi kullanımı onkolojik prensiplere uyarak laparoskopik parsiyel nefrektomiye yapılabilir kılacaktır.

V-05

## ENDOFİTİK RENAL KİTLE: LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Süleyman Öner,<sup>1\*</sup> Ender Özden,<sup>1</sup> Murat Gülşen,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup>  
Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, sağ endofitik renal kitlede uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 41 yaşında kadın hastada, karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ böbrek üst polde 21x16 mm boyutlarında endofitik kitle tespit edildi. Hastaya transperitoneal LPN planlandı. Hasta 60 derece sağ yan pozisyona alındı. Sağ pararektal alana 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben sağ pararektal alana 12 mm, sağda midklavikuler hatta bir adet 12 mm, bir adet 5 mm lik ve ksifoidin 2 cm altında bir adet 5 mm lik toplam 4 port girildi. İnen kolon deviye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Kocher maanevrası ile duodenum medialize edildi. Proksimal üreter ve gonadal ven gözlendi. Üreter takip edilerek renal ven, renal artere ulaşıldı ve serbestlendi. Üst pol perirenal yağ dokusu serbestlenerek kapsül ve renal parankim ortaya kondu. Sınır ultrasonografi cihazı ve koter yardımı ile belirlendikten sonra 3 adet endo-bulldog yardımı ile renal arter, ven ve üst polü besleyen aksesuar arter kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. Toplayıcı sistem ve interlobar vasküler yapılar 'Hem-o-Lok' ve metal kliplerle kontrol edildi. Takiben parankim 2,0 V-loc ve vicryl sütürlerle kontinyu olarak kapatıldı. Bulldog klempler alındıktan sonra kanamanın olmadığı görüldü. Kitle endobag yardımı ile dışarı alındı ve loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 90 dakika, sıcak iskemi süresi 13 dakika, tahmini kan kaybı 100 ml idi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Patoloji renal hücreli karsinom, papiller tip 1, Fuhrman grade 2, T1a, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Endofitik renal kitlelerde ultrasonografi kullanımı onkolojik prensiplere uyarak laparoskopik parsiyel nefrektomiye yapılabilir kılacaktır.

V-06

## LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ

Furkan Dursun,<sup>1,1</sup> Zeki Aktaş,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>2</sup> Ömer Bakal,<sup>3</sup>  
Ferhat Ateş,<sup>2</sup> Temuçin Şenkul<sup>2</sup>

1. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

2. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi Servisi, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik adrenalectomi, iyi huylu adrenal kitlelerin tedavisi için günümüzde kabul gören standart tedavi yöntemidir. Bu video sunuda laparoskopik retroperitoneal adrenalectomi tekniğimizi paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 59 yaşında erkek hasta insidental olarak tespit edilmiş sol adrenal kitle nedeniyle merkezimize başvurdu. Kasa invaze olmayan mesane kanseri tanısı ile takipte olan hastada ayrıca mitral kapak replasmanı ve koroner by-pass cerrahisi hikayesi mevcuttu. Fizik muayenesinde geçirilmiş kardiyak nedenli cerrahilere bağlı torasik kesi skarı vardı. Mitral kapak replasmanı Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) açısından kontrendikasyon oluşturduğu için hastaya kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) tercih edildi. BT sonucunda sol sürrenal beze lokalize 39x35x47 mm solid lezyon tespit edildi. Endokrinoloji servisinde değerlendirilen hastanın kitlesi hormonal açıdan inaktif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik retroperitoneal adrenalectomi uygulandı. Ameliyat süresi 75 dakika idi. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Drenaj tüpü postoperatif 2. gün çıkartılarak hasta aynı gün taburcu edildi. Patoloji sonucu Sürrenal Miksoid Adrenokortikal Adenom olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik retroperitoneal cerrahi adrenal kitleler için altın standart tedavi yöntemidir.

V-07

## KADIN HASTADA TRANSVAJİNAL YOLLA ÜRETRA DİVERTİKÜL EKSIZYONU

Nurullah Hamidi,<sup>1,1</sup> Ömer Gülpınar<sup>2</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Üretral divertikül(ÜD) irritatif alt üriner sistem semptomlarına, reküren idrar yolu enfeksiyonlarına, dizüri ve disparoniye sebep olabilen nadir bir patolojidir. Bu olguda dördüncü doğumdan sonra ele gelen vajinal kitle ve işeme zorluğu şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvuran 42 yaşındaki kadın olguyu sunmayı amaçladık. hastanın fizik muayenesinde ön vajen duvarında yaklaşık 4x5 cm'lik kitle saptandı. Üretrografide opak madde ile dolan kistik oluşum, transvajinal ultrasonda ise üretra anterior duvardan kaynaklanan periferinde kanlanma izlenen 37x45 mm boyutunda yoğun içerikli kistik lezyon izlendi.

**YÖNTEM:** Üretrosistoskopi ile anterior üretrada divertikül ağzı olduğu görüldü. Üretra ve mesanede başka patoloji olmadığı görüldükten sonra üretroskop ile direkt görüş altında sistofiks takıldı. Üretroskop çıkarılarak vajen ön duvarına ters U insizyonu yapıldı. Vajen mukozası diseke edildikten sonra periüretral fasya transvers olarak açıldı. Divertikül, duvarına hasar verilmeden etraf dokulardan tamamen ayrılacak şekilde serbestleştirildi. Ardından divertikül duvarı insize edildi ve üretral defekt ile birleşim yerinden makas yardımıyla ayrıldı. Üretral defekte askı sütürü konuldu. Üretral defekt onarılırken üretranın posterior duvarından sütür geçilmesini engellemek amacıyla üretraya 6 no'lu Hegar buji yerleştirildi. Devamlı sütürlerle defekt onarıldı ve üretroskopla irrigasyon mayi verilerek ekstrevasiyon açısından kontrol edildi. Kaçak olmadığından emin olunduktan sonra ikinci tabaka oluşturuldu. Vajen ile üretra arasında ölü boşluk oluşumunu engellemek için etraf dokular üretral defekt üzerine 2 tabaka halinde kapatıldı. Periüretral fasya ve vajen mukozası anatomik plana uygun olarak kapatıldı.

**BULGULAR:** Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Dört hafta sonra üretrografi ile ekstrevasiyon olmadığı görüldükten sonra üretral sonda alındı. Birinci yıl takiplerine gelen hastanın herhangi bir şikayetinin olmadığı belirlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Üretra divertikülleri; işeme bozukluğu, disparoni, enfeksiyon veya taş oluşumuna sebep olabilen kadınlarda nadir görülebilen bir patolojidir. Endoskopik unroofing tedavi yöntemleri tanımlanmış olsa da bugün için nüks oranı en az olan ve daha iyi rekonstrüksiyon imkanı sağladığı için önerilen tedavi transvajinal yolla divertikülektomidir.

V-08

## KLİNİK LENF NODU POZİTİFLİĞİ OLAN DEV RENAL KİTLEDE LAPAROSKOPIK RADİKAL NEFREKTOMİ

Lokman İrkılata,<sup>1</sup> Ebubekir Akgüneş,<sup>1</sup> Alper Bitkin,<sup>2</sup> Mustafa Aydın,<sup>1</sup> Caner Moral,<sup>1</sup> Mevlüt Keleş<sup>1</sup> Ramazan İnan,<sup>2</sup> Emrah Küçük,<sup>2</sup> Mustafa Kemal Atilla<sup>2</sup>

1. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun  
2. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda sol böbrek orta-üst pol posteriorunda 12 cm'lik tümörü olan hastaya yapılan sol laparoskopik radikal nefrektomi ameliyatı sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 33 yaşında bayan hasta flank ağrı, hematüri ve palpabl kitle nedeniyle tarafımıza başvurdu. Yapılan görüntülemeler neticesinde sol böbrek orta kesim-üst pol posteriorunda böbrek konturlarını silerek egzofitik uzanan yaklaşık 8.5x8x12 cm boyutlarda santralinde kistik nekrotik alanlar bulunan renal kitle tespit edildi. Paraaortik lenf nodu tutulumu mevcuttu. Hastaya sol laparoskopik radikal nefrektomi planlandı. Operasyon lateralde kubitis pozisyonunda 3 adet 10 mm'lik port eşliğinde transperitoneal yolla gerçekleştirildi.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 120 dk ve toplam kanama 50 cc idi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Patoloji renal hücreli karsinomfuhrman nükleer grade 3 ile uyumlu geldi. Çevre yağ dokuda izlenen 1 adet lenf nodunda metastaz izlendi. Tümörde ekstrakapsüler yayılımın mevcut olduğu raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Kılavuzlara bakıldığında T1 ve T2 tümörlerde laparoskopik radikal nefrektomi yapılması önerilmektedir. T2 üzerindeki tümörlerde açık radikal nefrektominin yanında deneyimli ellerde laparoskopik radikal nefrektomi de etkin ve güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

V-09

## AT NALI BÖBREKTE KİSTİK KİTLE:LAPAROSKOPIK SOL PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ender Özden,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1</sup> Murat Gülşen,<sup>1</sup> Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, atnalı böbrek sol kısım üst pol yerleşimli kitlede uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 57 yaşında kadın hasta, hipertansiyon nedeniyle incelenirken yapılan tetkiklerinde atnalı böbrek ve sol böbrek üst polde 32x26x50 mm boyutlarda kistik kitle tespit edildi. Hastaya transperitoneal LPN planlandı.Hasta 60 derece sol yan pozisyona alındı. Sol pararektal alana 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu ve 12 mm lik optik port yerleştirildi. Takiben solda midklavikular hatta 1 adet 5 mm lik ve ön aksiler hatta 1 adet 12 mm lik 2. ve 3. Portlar girildi. Sol alt kadrans pararektal alana 5 mm lik ekartasyon amaçlı 4.port yerleştirildi.İnen kolon deviyeye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Proksimal ureter ve gonadal ven gözlendi.Gonadal ven takip edilerek 1 adet renal ven, 2 adet renal artere ulaşıldı ve serbestlendi.Üst pol perirenal yağ dokusu serbestlenerek kapsül ve renal parankim ortaya kondu. Sınır ultrasonografi cihazı ve koter yardımı ile belirlendikten sonra sadece üst pole giden renal arter endo-bulldog yardımı ile kapatıldı. Kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. Takiben parankim 2,0 V-loc ve vicryl sütürlerle kontinyu olarak kapatıldı. Bulldog klemler alındıktan sonra kanamanın olmadığı görüldü. Kitle endobag yardımı ile dışarı alındı ve loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 75 dakika, sıcak iskemi süresi 12 dakika, tahmini kan kaybı 150 ml idi. Postoperatif 3. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Patoloji kist hidatik olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Atnalı böbrek kitlelerinde laparoskopik parsiyel nefrektomi, tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.



V-10

## RETROPUBİK ORTA ÜRETRA ASKI CERRAHİSİ SONRASI OLUŞAN KALICI KASIK AĞRISI VE OBSTRÜKSİYONDA RETROPUBİK ÜRETROLİZİS

Barış Esen,<sup>1</sup> Nurullah Hamidi,<sup>2</sup> Arif İbiş,<sup>3</sup> Ömer Gülpınar<sup>1</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** On yıl önce idrar kaçırma şikâyeti ile dış merkeze başvuran 62 yaşındaki hastaya retropubik orta üretra askı cerrahisi (TVT) operasyonu yapılmış. Operasyon sonrası erken dönemde retansiyon nedeniyle hastaya sonda takılmış ve 3ay sondalı takip edilmiş. İdrar yapmama şikâyeti ve ciddi kasık ağrısı olan hastaya toplamda 10kez üretra dilatasyonu ve bir kez retropubik operasyon yapılmış. Bu şikâyetlerle 2yıl önce kliniğimize başvuran hastaya transvajinal meş eksizyonu uygulanmıştı. Operasyon sonrası şikâyetlerinde azalma olmakla beraber devam eden kasık ağrısı ve yapmada zorluk şikâyeti ile tekrar kliniğimize başvurdu. Videourodinami (VÜD)'de hastanın 200ml'de doluma bağlı ağrı hissetmesi üzerine dolum sonlandırılmış. VÜD sırasında valsalva ile idrar kaçırmanın olmadığı görülmüş. İşeme fazında ise maksimum akış hızının 7ml/sn, detrusor basıncının ise 107cm/H<sub>2</sub>O olduğu ve kesik kesik işediği izlenmiş. Transvajinal Ultrasonografide üretra anterior-süperior kesimde lateral duvara uzanan 20mm mesh ekojenitesi izlenmiş. Manyetik rezonans görüntüleme mesane tabanında mesane boynunun hemen solunda üretra içine belirgin uzanım olmayan lümen protrüde 13x8mm boyutlarında oluşum izlendi

**YÖNTEM:** Genel anestezi altında supin pozisyonda steril olarak 14F sonra takıldı. Takiben phannenstiel kesi ile girildi. Rektus fasyası açıldı. Retzius boşluğuna girildi. Keskin ve künt diseksiyonlarla mesane boynu üretra bileşkesi bulundu. Proksimal üretranın her iki tarafındaki mesh bulup alicle klemp ile tutuldu, endopelvik fasyayı penetre ettiği noktaya kadar disseke edilip çıkartıldı. Ardından sonda çıkarılıp 22 F sistoskopi girilerek ayrıntılı üretrosistoskopi yapıldı. Her iki üreter orifisi intakt olduğu ve idrar geldiği görüldü. Mesane ve üretranın intakt olduğu saptandı. Üretrovezikal bileşkenin her iki tarafında vajen ön duvarı üzerine 3/0 vicril ile askı sütürü konuldu. Hazırlanan omentum bu sütüleri yardımcı ile paraüretal alana yerleştirildi.

**BULGULAR:** Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hasta ameliyat sonrası ikinci günde taburcu edildi. Operasyon sonrası yedinci gün sondası alınan hastanın ameliyattan üç ay sonraki kontrolünde idrarını rahat yaptığını ve kasık ağrısının olmadığını belirtti. Kontrol UFM'de maksimum akış hızının 20ml/sn işenen hacmin 125ml ve rezidü idrar hacminin 38ml olduğu izlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Orta üretra askı cerrahilerinin nadir olan ağrı ve obstrüksiyon komplikasyonları konservatif ve minimal invazif yöntemlere rağmen çözülmeyebilir. Bu gibi durumlarda daha invaziv yöntemler önerilebilir.

V-11

## TEDAVİYE DİRENÇLİ KAS İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERLİ KADIN OLGUDA LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ

Volkan İzol,<sup>1</sup> Fesih Ok,<sup>1</sup> Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup>İbrahim Atilla Arıdoğan,<sup>1</sup> Nihat Satar,<sup>1</sup>Mustafa Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Bu videoda kliniğimizde kadın hastalarda uygulanan laparoskopik radikal sistektomi operasyonunu sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** T1G3 mesane kanseri nedeniyle takip edilen ve intravezikal BCG tedavisi alan 75 yaşındaki kadın hasta tekrarlayan gross hematürileri ve BCG başarısızlığının olması üzerine sistektomi planlanarak kliniğimize yatırıldı. Hastaya yapılan tetkiklerde ekstravezikal tutulum saptanmadı. Hastaya radikal sistektomi uygulandı. Supin pozisyonda 3 adet 10 mm ve 2 adet 5 mm trokarlar kullanıldı. Üreterler bulunup diseke edilip frozen alındıktan sonra retrovezikal bölgenin üretra proksimaline kadar diseksiyon yapıldı. Mesanenin ve uterusun lateral dalları ultracision ve hem-o-lock klips yardımıyla ligatüre edilip kesildi. Urakus umbilikusa yakın yerden kesildi ve anterior vezikal alana girildi. Endopelvik fasyalar insize edildi. Mesane, uterus ve over pedikülleri ultracision yardımıyla kesildikten sonra üretra da kliplenip kesilerek sistektomi tamamlandı. Genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu uygulandıktan sonra vajinal insizyondan spesimen çıkartıldı. Terminal ileumun çekumdan 20 cm ve 38 cm uzağına işaret sütürleri konuldu. Sol üreter sigmoid kolon mezosunda

oluşturulan tünelden sağ tarafa geçirildi. Üriner diversiyon uygulandı ve iki adet dren yerleştirildi. İntraoperatif komplikasyon görülmedi.

**BULGULAR:** Toplam operasyon süresi 380 dakika ve laparoskopik cerrahi süresi 200 dakikaydı. Yaklaşık perioperatif kan kaybı 350 ml olarak belirlendi. Postoperatif 38. saatte barsak motilitesi düzelen hastanın drenleri 1. ve 4.günlerde çekilip hasta 5.gün taburcu edildi. Postoperatif 14. gün kontrole gelen hastanın üreteral kateterleri çekildi. Histopatolojik incelemede kas invaziv olmayan yüksek dereceli ürotelyal karsinom saptandı. 19 adet reaksiyonel lenf nodu saptandı. Cerrahi sınırlar intakttı.

**ÇIKARIMLAR:** Kadın hastalarda laparoskopik radikal sistektomi operasyonu günümüzde açık cerrahiye benzer sonuçları ile başarı ile uygulanan bir tedavi yöntemidir.

V-12

## İNVAZİV MESANE KANSERİNDE LAPAROSKOPIK RADİKAL SİSTEKTOMİ

Volkan İzol,<sup>1</sup> Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup> Çağrı Tekdöş,<sup>1</sup>  
Fatih Gökalp,<sup>1</sup> Nihat Satar,<sup>1</sup> Mustafa Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Bu videoda invaziv mesane kanseri nedeniyle laparoskopik radikal sistektomi uygulanan hastanın operasyon görüntüleri sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Hematüri nedeniyle yapılan incelemelerde invaziv mesane kanseri tanısı konulan 79 yaşındaki erkek hastaya laparoskopik radikal sistektomi uygulandı. Supin pozisyonda 3 adet 10 mm ve ve 2 adet 5 mm trokarlar kullanıldı. Üreterler bulunup diseke edilip frozen alındıktan sonra retrovezikal bölgenin prostat apeksine kadar diseksiyonu yapıldı. Mesanenin lateral dalları ligasure yardımıyla ligatüre edilip kesildi. Urakus umbilikusa yakın yerden kesildi ve anterior vezikal alana girildi. Endopelvik fasyalar insize edildi ve derin dorsal ven bağlandı. Mesane ve prostatın pedikülleri ultrasonik makas yardımıyla kesildikten sonra üretra da kliplenip kesilerek sistektomi tamamlandı. Genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu uygulandıktan sonra göbek altı 5 cm'lik insizyondan spesimen çıkartıldı. Terminal ileumun çekumdan 20 cm ve 38 cm uzağına işaret sütürleri konuldu. Sol üreter sigmoid kolon mezosunda oluşturulan tünelden sağ tarafa geçirildi. Üriner diversiyon uygulandı ve iki adet dren yerleştirildi. İntraoperatif komplikasyon görülmedi.

**BULGULAR:** Operasyonun laparoskopik kısmı 140 dakika sürdü. Kan kaybı 150 ml idi. Postoperatif 36. saatte bağırsak motilitesi düzelen hastanın drenleri 40. ve 64. saatlerde çekildi ve hasta 96. saatte taburcu edildi. Üreteral stentler 14. gün çekildi. Histopatolojik incelemede yüksek dereceli ürotelyal karsinom saptandı. Perivezikal invazyon yoktu, cerrahi sınırlar intakttı.

**ÇIKARIMLAR:** Mesane kanserinde laparoskopik radikal sistektomi ile açık üriner diversiyon sık tercih edilen bir yöntem olup diversiyonun küçük insizyonla yapılabilmesi, bağırsak ve cerrahi komplikasyon riskini azaltmaktadır.

V-13

## CONN SENDROMUNDA SOL LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ

Volkan İzol,<sup>1</sup> İbrahim Halil Şükür,<sup>1</sup> Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup>  
Fesih Ok,<sup>1</sup> İbrahim Atilla Arıdoğan,<sup>1</sup>  
Mustafa Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Adrenal kitlelerde laparoskopik adrenalectomi deneyimli kliniklerde standart yöntem olarak uygulanmaktadır. Bu videoda tedaviye dirençli conn sendromlu hastaya uygulanan laparoskopik adrenalectomi olgusu sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 5'li antihipertansif tedavikullanan 65 yaşında erkek hastada yapılan incelemede plazma aldesteron aktivitesi (PAA) ve plazma renin aktivitesinin (PRA) yüksek, sol adrenal bezde multipl nodüler lezyonlar olduğu saptandı ve laparoskopik transperitoneal sol adrenalectomi planlandı. Transperitoneal yaklaşımla üç adet 5 mm'lik port, standart el aletleri ve ultracision kullanılarak operasyon gerçekleştirildi.

**BULGULAR:** Ameliyat 70 dakika sürdü. İntraoperatif komplikasyon görülmedi. Ameliyat sonrası birinci günde dren çekildi. Postoperatif hipopotasemi gelişen hastaya potasyum replasman tedavisi yapıldı, takiplerde problemi olmayan hasta postoperatif 2.gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede nodüler kortikal hiperplazi saptandı. Postoperatif PAA, PRA değerlerinde belirgin düşme görüldü ve antihipertansif ilaçlar 5'ten 2 ye düşürüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Hormonal aktif adrenal lezyonlarda laparoskopik adrenalectomi tecrübeli ellerde güvenle uygulanmakla birlikte, hasta endokrinolog ile birlikte operasyon öncesi ve sonrası multidisipliner olarak değerlendirilmelidir.

V-14

## LAPAROSKOPIK RADİKAL PROSTATEKTOMİ KOMPLİKASYONU: ANASTOMOZ KAÇAĞI

Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup> İsmail Önder Yılmaz,<sup>1</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup>  
Şaban Doran<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Adana

**AMAÇ:** Laparoskopik radikal prostatektomi komplikasyonu olarak üretrovezikal anastomoz kaçağı nedeniyle akut batın tablosu gelişen ve diagnostik laparoskopi yapılan bir hastanın operasyon görüntülerini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Haziran 2016'da laparoskopik radikal prostatektomi yapılan 50 yaşındaki hasta postoperatif üçüncü gün taburcu edildi. Postoperatif sekizinci gün karın ağrısı ve ateş nedeni ile tekrar yatırıldı. Bilgisayarlı tomografisinde üretrovezikal anastomozdan kontrast madde ekstrevasyonu görülmesi üzerine yapılan tanısal üretrosistoskopi planlandı.

**BULGULAR:** Üretrosistoskopisinde üretrovezikal anastomozun saat 7 hizasında yaklaşık 1 cm'lik defekt izlendi. Laparoskopisinde batın içi pürülan serbest sıvı ile doluydu ve yaygın yapışıklıklar vardı. Batın içindeki pürülan sıvı aspire edilip antiseptik solüsyon ile irrigasyon yapıldı ve yapışıklıklar giderildi. Foley kateter irrije edildiğinde ekstrevasyon oldu. Mesane anterioru retziusa ve simfizis pubise doğru yapışık olup mesane yükselerek anastomozu zorluyordu. Bu bölgedeki yapışıklık diseke edilip mesane serbestlenince anastomoz defektini kapattı. Foley kateter hafif traksiyona alınarak irrije edildiğinde ekstrevasyon olmadı. Postoperatif 10. gün taburcu edildi. Postoperatif 21. Gün Foley kateteri çekildi

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik radikal prostatektomi sonrası üretrovezikal anastomoz kaçağı görülen hastalarda konservatif yaklaşım ve minimal invaziv olarak diagnostik laparoskopi gibi uygulamalarla başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir.

V-15

## RETROGRAD SİNİR KORUYUCU RADİKAL ROBOTİK PROSTATEKTOMİ

Hasan Hüseyin Tavukçu,<sup>1,1</sup> Ömer Aytaç,<sup>1</sup>  
Haluk Kulaksızoğlu,<sup>1</sup> Fatih Atuş<sup>1</sup>

1. İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Radikal robotik prostatektomi (RRP) operasyonunda erektil fonksiyonun korunması amacıyla yapılan sinir koruyucu teknik antegrad veya retrograd yolla uygulanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda hangi tekniğin üstün olduğu konusunda kesin bir bilgi mevcut değildir. Video sunumuzda nörovasküler demet korunması amacıyla uygulanan retrograd bilateral sinir koruyucu tekniği paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Altmış yedi yaşında erkek hastanın tetkiklerinde PSA değerinin 6 ng/dl saptanması üzerine yapılan prostat biyopsisinde 1 odakta Gleason 3+3 asiner prostat adenokarsinomu tesbit edildi. Operasyon öncesi hastanın sorgulamasında erektil fonksiyon bozukluğu olmadığı ve 5 soruluk uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF-5) toplam skorunun 23 olduğu tesbit edildi, hastaya bilateral sinir koruyucu RRP planlandı. Prostat üzerindeki yağlı doku disseke edilmesi ardından endopelvik fasya açıldı. Mesane boynu-prostat birleşiminde yapılan mesane boynu insizyonu ile prostat mesaneden ayrıştırıldı. Puboprostatik ligaman lateralinden yapılan lineer insizyon ile periprostatik fasya ile prostat kapsülü arasındaki plana girildi. Prostat kapsülü komşuluğunda mevcut plan apekten prostat pediküllerine kadar keskin ve künt diseksiyonla ilerlenerek daha öncesinde posteriora diseke edilmiş olan (Denon-villier's fasya-prostat posterior kapsülü) plan ile birleştirildi. Prostat bazisindeki prostat pedikülleri belirlenerek ve hemolok klip ile kontrol altına alınarak ayrıştırıldı. Aynı işlem sağ tarafta da yapıldı. Ameliyat süresi 110 dakika toplam kanama 70 ml olarak ölçüldü. Operasyon öncesi ve sonrası ciddi bir komplikasyon izlenmedi.

**BULGULAR:** Patolojisi Gleason 3+3 asiner prostat adenokarsinomu ve cerrahi sınırları negatif olarak rapor edildi. Hastanın 6. haftadaki IIEF-5 toplam skoru 20 olarak saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Literatür açısından retrograd ve antegrad sinir koruyucu RRP arasında belirgin üstünlük gösterilemese de uygun vakalarda ve tecrübeli ellerde retrograd sinir koruyucu cerrahi teknik ile kendi hasta grubumuzda cinsel fonksiyonların daha hızlı düzeldiği gözlemlenmiştir.

V-16

## ENDOMETRİOZİSE BAĞLI ÜRETERAL DARLIK: LAPAROSKOPİK UNC

Murat Gülşen,<sup>1,1</sup> Ender Özden,<sup>2</sup> Süleyman Öner<sup>1</sup>

1. 19 Mayıs Üniversitesi, Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

2. DiğER, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, endometriomaya bağlı sağ üreter alt uç darlığı tespit edilen hastada uyguladığımız laparoskopik sağ UNC ve psoas hitch deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 44 yaşında kadın hasta, sağ yan ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ üreteri obstrükte eden endometrioma saptandı. Hastaya endometrioma eksizyonu ve sağ UNC planlandı. Hasta litotomi pozisyonuna alındı. Sağ RGP çekildi ve sağ üreter alt uçta darlık tespit edildi. Takiben supin pozisyonunda sağ pararektal alana 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi, pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben sağ pararektal alana 10 mm, sol pararektal bölgeden 5 mm, sağ krista iliaka medialine 5 mm'lik toplam 4 port girildi. Hastaya tradelenburg pozisyonu verildi. Periton süperior ve mediale deviyeye edildi. Sağ üreter bulundu ve çevre dokulardan dissekte edildi. Sağ over çevresinde sağ üreter alt ucunu da içine alan endometrioma izlendi. Endometrioma çevre dokulardan serbestlenerek eksize edildi. Ardından üreter mesaneye en yakın yerden kesildi. Mesane sağ yan tarafı çevre dokulardan serbestlendi. Takiben üreterin yeterli uzunlukta olmayacağına karar verilmesi üzerine mesane sağ psoas kasına sütürize edildi. (Psoas Hitch). Sonrasında üreter alt ucu spatulize edildi. Takiben 5/0 vicryl ile Lich-Gregoir tipi UNC gerçekleştirildi. Mesane ye 150 cc SF verildi ve anastomoz hattından kaçak olmadığı gözlemlendi. Kanama kontrolü sonrası endometrioma endobag yardımı ile dışarı alındı ve loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 140 dakika, tahmini kan kaybı 50 ml idi. Postoperatif 3. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Postoperatif 7.gün Foley sonda ve postoperatif 3. ayda DJ stent çekildi. Patoloji endometrioma olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Endometriomaya bağlı üreter alt uç darlıklarında laparoskopik üreteroneostomi tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir

V-17

## VAKA SUNUMU: LAPAROSKOPİK ÜRETEROÜRETEROSTOMİ İLE TEDAVİ EDİLEN RETROKAVAL ÜRETER

Akif Erbin,<sup>1</sup> Murat Binbay,<sup>1</sup> Ali Sezer,<sup>1,1</sup> Faruk Özgör,<sup>1</sup> Ömer Sarılar,<sup>1</sup> Ahmet Yalçın Berberoğlu<sup>1</sup>

1. S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Retrokaval üreter daha çok erkeklerde ve sıklıkla sağ tarafta görülen vena kava inferiorun gelişimsel anomalisine bağlı olan bir durumdur. En sık başvuru şikayeti hidronefroz nedeniyle oluşan böğür ağrısıdır. Semptomatik, ileri derecede hidronefrozu olan veya renal fonksiyon kaybı görülen hastalara cerrahi tedavi önerilir. Biz bu videoda retrokaval üreter nedeniyle laparoskopik üreteroüreterostomi yapılan hastamızı sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 27 yaşında erkek hasta yaklaşık 5 aydır olan yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Kan ve idrar tetkikleri normal sınırlardaydı. Tüm batın bilgisayarlı tomografisinde grade 2 hidronefroz ve intravenöz pyelografisinde tipik Balık oltası görünümü saptandı. Renal sintigrafide sağ böbrek separe fonksiyonu %53 olarak saptandı. Hastaya Laparoskopik Üreteroüreterostomi yapılması planlandı.

**BULGULAR:** Bir adet 12 mm ve iki adet 5 mm portlar kullanılarak Laparoskopik Üreteroüreterostomi gerçekleştirildi. Keskin ve künt olarak üreter ve vena inferior dissekte edildi. Üreter kesilerek vena kava inferior önüne getirildi. İntraoperatif Double J kateter yerleştirildikten sonra 4/0 vicryl sütür kullanılarak üreter anastomozu gerçekleştirildi. Operasyon süresi 122 dakika idi. Post op dönemde komplikasyon gelişmedi ve hasta post operatif 2. Günde taburcu edildi. Double j stent operasyondan 3 hafta sonra alındı.

**ÇIKARIMLAR:** Bizim olgumuzda görüldüğü gibi Laparoskopik üreteroüreterostomi retrokaval üreter tedavisinde güvenli ve etkili bir yöntemdir. Cerrahi başarı oranları benzer olmakla birlikte daha kısa hastanede yatış süresi ve daha az ağrı açık cerrahiye göre laparoskopik üreteroüreterostominin avantajlarıdır.

V-18

## MESANEDEN MESH VEYA PROLEN SÜTÜRÜN LAZERLE EKSIZYONU

Perviz Hacıyev,<sup>1</sup> Ömer Gülpınar,<sup>1</sup> Nurullah Hamidi,<sup>1,2</sup>  
Mehmet İlker Gökce<sup>1</sup> Evren Süer<sup>3</sup>

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara  
3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Mesane içinde saptanan mesh ve prolen sütünün holmiyum lazer yardımıyla eksizyonun sunulması.

**YÖNTEM:** 1. Olgu: İdrar kaçırma nedeniyle 2000 yılında TOT operasyonu yapılan hastanın 2010'dan beri tekrarlayan mesane taşı nedeniyle operasyon öyküsü mevcut.

Olgu: 13 yıl önce kontinans cerrahisi öyküsü olan hastada 4 ay önce kasık ağrısı nedeniyle dış merkezde çekilen BT'de mesane sol inferior düzeyde hiperdansite odakları izlenmiş. Yapılan sistoskopide mesane sütün saptanmış. Çevre hiperemik alandan biyopsi alınmış, patolojisi karsinoma in situ gelmiş.

**BULGULAR:** 1. Olgu: Litotomi pozisyonunda 22 F sistoskop ile girildi. Mesane sağ yan duvarda kalsifiye olmuş mesh parçaları izlendi. Lazerle mesh parçaları eksize edildi mukozaya gömülmesi sağlandı.

Olgu: Litotomi pozisyonunda 22 F sistoskop ile girildi, mesane kubbesi sol lateralinde sütün materyali görüldü. Rezektoskop ile sütün materyali etrafındaki hiperemik alandan örnek alındı. Lazer yardımıyla sütün materyali tabandan yakıldı ve koparıldı.

**ÇIKARIMLAR:** Holmiyum lazer ile eksizyon mesanede saptanan mesh veya prolen sütünün tedavisinde önemli bir minimal invaziv yöntemdir ve güvenle uygulanabilir.

V-19

## KADINDA ÜRETRA DİVERTİKÜLÜ VE TAŞLARI: VIDEO SUNUM

Aydın Yenilmez,<sup>1</sup> İyimsen Üre,<sup>1</sup> Ata Özen,<sup>1</sup>  
Ali Barbaros Başeskiöğlü<sup>1</sup>

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** Kadında üretral divertikül eksizyonu ve taş

ekstraksiyonu ameliyatının video sunumu

**YÖNTEM:** 31 yaşında sık tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu, ele gelen sert vajinal kitle ve ağrılı cinsel ilişki öyküsü olan 6 aylık hamile kadın hastada dikkatli bir ürojinekolojik muayene ile ön tanısı konulduktan sonra hamileliğin bitmesi beklendi ve izleme alındı. Doğumdan 6 ay sonra yeniden bir fizik muayene ve taşlara yönelik olarak kontrastsız BT ile tanı konuldu ve transvajinal yol ile divertikül eksize edildi ve içerisindeki taşlar çıkarıldı.

**BULGULAR:** Operasyon görsel olarak sunulacaktır  
**ÇIKARIMLAR:** Kadınlarda üretra divertikülü çok nadir görülen bir durumdur. Divertikül içerisinde taş oluşumu ise daha da nadir görülür. Üretra divertikül semptomları başka hastalıklarla karışabilir tanı bu nedenle gecikebilir. Klasik semptomları ağrılı işeme, ağrılı cinsel ilişki ve idrar yaptıktan sonra damlamadır. Tanı için en önemli kriter uzun süreli alt üriner sistem semptomları olan kadınlarda hekimlerin üretra divertikül olabileceğini düşünceleridir. Daha sonra dikkatli bir ürojinekolojik muayene ve işeme sistoüretrografi, sistoüretroskopi, pozitif basınçlı üretrografi ile endovajinal sonografi ve MR gibi gelişmiş radyolojik teknikler ile tanı büyük oranda konulabilir. Tedavisi ise transvajinal yoldan divertikülektomidir.

V-20

## İLERİ EVRE PELVİK ORGAN PROLAPSUS TEDAVİSİNDE ROBOT YARDIMLI SAKROHİSTEROPEKSİ: KISA DÖNEM SONUÇLARIMIZ

Fikret Fatih Önel,<sup>1</sup> Ahmet Tahra,<sup>2</sup> Ahmet Bindayı,<sup>3</sup>  
Abdurrahman İnkaya,<sup>3</sup> Eyüp Veli Küçük,<sup>4</sup> Uğur Boylu,<sup>3</sup>  
Eyüp Gümüş<sup>3</sup>

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

3. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

4. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı, ileri evre semptomatik pelvik organ prolapsus tedavisinde Robot Yardımlı Sakrohisteropeksi (RYSH) yöntemiyle elde edilen kısa dönem sonuçlarımızı bildirmektir.

**YÖNTEM:** Aralık 2015 - Mayıs 2016 arasında kliniğimizde ileri evre (Evre 3-4) uterin prolapsus nedeniyle 5 hastaya RYSH uygulandı. Veress iğnesi

ile batin distansiyonu takiben batına 4 tane robotik kol için 8 mm, 1 tane asistan portu için 12 mm olmak üzere toplam 5 adet trokar yerleştirildi. Transperitoneal olarak sigmoid kolon sola retrakte edildikten sonra sakral promontoryum diseke edildi. Ardından vesikovaginal plan, vaginaya yerleştirilen reverdin retraktör yardımı ile mesane boynuna kadar diseke edildi. 4x12 cm boyutlarından hazırlanan polipropilen meş “Y” şeklinde kesilerek, vajen ön duvarı ve serviks 2/0 poliglaktin sütürlerle tespit edildi. “Y” meşin kolları, her iki parakolpiumda avasküler planda oluşturan tünelden geçirilerek serviksin posteriorunda birleştirildi. Ardından meş kolları anterior longitudinal ligamana 3 adet no.0 Ethibond™ sütürle tespit edildi. Eşlik eden stres tip idrar kaçırmayı olan 2 hastada eş zamanlı Transboturator Teyp uygulandı. Hastaların preoperatif fizik muayene POP-Q (Pelvik Organ Prolapsus Ölçüm sistemi) evresi ve P-QOL (Pelvik organ prolapsus yaşam kalite skoru) ölçümleri, postoperatif 12. hafta değerleriyle karşılaştırıldı. Cerrahi başarısızlık, devam eden semptomatik prolapsus (>evre2) olarak tanımlandı.

**BULGULAR:** Ortalama operasyon süresi: 350±147 dk, ortalama konsol süresi: 245±104 dk idi. 12. Hafta izleminde 5 hastanın tamamında anatomik olarak şifa sağlandı. Postoperatif P-QOL formundaki tüm yaşam kalitesi ölçeklerinde anlamlı iyileşme saptandı. Hastalarda intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi. Eş zamanlı idrar kaçırmaya cerrahisi uygulanmayan hastaların hiçbirinde “de-novo” stres tip idrar kaçırmaya gelişmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Robot yardımlı sakrohisteropeksi, ileri evre pelvik organ prolapsus tedavisinde etkin ve güvenilir bir yöntem olarak gözükmektedir. Klinik deneyimimizde, kısa dönem takipte açık yöntemlerle karşılaştırılabilir sonuçlar elde edilmiştir.

V-21

## SAĞ HİDRONEFROTİK NONFONKSİYONE TAŞLI PELVİK BÖBREĞİ OLAN HASTADA LAPAROSKOPIK NEFREKTOMİ DENEYİMİMİZ

Alper Bitkin,<sup>1</sup> Ebubekir Akgüneş,<sup>2</sup> Lokman İrkılata,<sup>2</sup>  
Mustafa Aydın,<sup>2</sup> Caner Moral,<sup>2</sup> Mevlüt Keleş,<sup>2</sup>  
Ramazan İnan,<sup>1</sup> Emrah Küçük,<sup>1</sup> Mustafa Kemal Atilla,<sup>1</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun  
2. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda sağ böbrek taşı olan hidronefrotik nonfonksiyone pelvik böbrekli hastamızda laparoskopik nefrektomi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 28 yaşında bayan hasta kliniğimize aralıklı sağ lomber ağrı, idrar yaparken yanma şikayeti ile başvurdu. Hastanın tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde sağ alt kadranda orta hattın sağında yaklaşık 116 mm vertikal uzunlukta parankimi belirgin incelmış grade IV hidronefrozu bulunan ve malrote görünümde böbrek dikkati çekti. Ayrıca sağ böbrek renal pelvisinde 22\*18 mm kalkül izlendi. Hastanın yapılan diüretikli renal sintigrafisinde sağ böbrek lojunda böbreğe ait kanlanma, konsantrasyon ve ekskresyon fonksiyonu izlenmemektedir.

Hastaya sağ laparoskopik nefrektomi planlandı. Operasyon 3 adet 10 mm'lik port kullanılarak transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon devriye edilerek malrote görünümde olan böbreğin renal pelvisine ulaşıldı. Ardından renal arter ve renal ven bulundu diseke edildi. Sırasıyla önce renal arter sonra renal ven polimer kilitli ligasyon klipsi ile bağlanarak kesildi. Böbrek küt diseksiyonlarla çevre dokulardan diseke edildi. Üreter bağlanıp kesildikten sonra spesmen organ torbası yardımıyla dışarı alındı. Loja bir adet silikon dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 100 dakika ve toplam kanama 150 cc idi. Hastanın postoperatif birinci gün üretral kateteri alındı. Postoperatif ikinci gün de dreni alınan hasta taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik cerrahi, pelvik yerleşimli nonfonksiyone böbreklerin tedavisinde önemli bir seçenektir. Postoperatif ağrı kontrolü ve hastaya minimal invaziv yaklaşım göz önüne alındığında deneyimli ellerde bu cerrahinin başarıyla yapılması mümkündür.

V-22

## FLEKSİBL SİSTOSKOPLA LAZER LİTOTRİPSİ EŞLİĞİNDE LAPAROSKOPIK PİYELOLİTOTOMİ

Alper Bitkin,<sup>1</sup> Mevlüt Keleş,<sup>1</sup> Mustafa Aydın,<sup>1</sup>  
Lokman İrkılata,<sup>1</sup> Ebubekir Akgüneş,<sup>1</sup> Ramazan İnan<sup>1</sup>  
Emrah Küçük,<sup>1</sup> Caner Moral,<sup>1</sup> Mustafa Kemal Atilla<sup>1</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda sağ renal pelvis ve sağ böbrek taşı olan hastamızda laparoskopik pyelolitotomi ve eşzamanlı fleksibl sistoskopi yardımıyla böbrek taşına

lazer litotripsi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 72 yaşında bayan hasta kliniğimize aralıklı sağ lomber ağrı, idrar yaparken yanma şikayeti ile başvurdu. Hastanın tüm abdomen bilgisayarlı tomografisi ile intravenöz pyelografisinde sağ böbrekte çift toplayıcı sistem mevcut olup sağ üreteropelvik bileşkede(UPB) yaklaşık 4x2 cm, sağ böbrek alt polde yaklaşık 1x1 cm taş mevcuttu.

Hastaya laparoskopik pyelolitotomi planlandı. Operasyon 3 adet 10 mm'lik port yardımıyla transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon deviyeye edilerek sağ üreter bulundu ve takip edilerek sağ renal pelvise ulaşıldı. Üreteropelvik bileşkedeki yaklaşık 4 cm'lik taşa ait sertlik hissedildi. Taşın üzerinden renal pelvis hook yardımıyla açıldı, taş ekstrakte edildi. Ardından fleksibl sistoskop yardımıyla pyelolitotomi insizyonundan böbrek içine girildi ve böbrek alt poldeki taşa ulaşıldı. Taşa lazer yardımıyla fragmante edildi. Taş parçalar organ torbası yardımıyla dışarı alındı, üretere 4.8 fr dj stent yerleştirildi. Kesi 4.0 emilebilir sütürlerle tek tek bağlandı. Ardından loja bir adet silikon dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 120 dakika ve toplam kanama 15 cc idi. Hastanın postoperatif birinci gün üretral kateteri, postoperatif üçüncü gün de dreni alındı ve aynı gün taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik cerrahi, 2 cm'den büyük renal pelvis taşlarının cerrahi tedavisinde önemli bir seçenektir. Ayrıca deneyimli ellerde diğer endürolojik prosedürlerle başarılı kombinasyonlar sağlanarak eş zamanlı mevcut olan böbrek taşlarının da tek seansta tedavi edilmesi de mümkün olabilmektedir.

başarısız bir laparoskopik cerrahi geçirmiş hastada yaptığımız laparoskopik heminefrektomi vakamızı paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** Yakınması olmayan 55 yaşında kadın hasta yıllık kontrol amacı ile servisimize başvurdu. Hasta 2 yıl önce, sağ hipofonksiyone böbrek ve sağ çift toplayıcı sistem nedeniyle laparoskopik cerrahi geçirdiğini ifade etmekteydi. Fizik muayenesi laparoskopik trokar skarları dışında normal olan hastanın kan ve idrar tahlilleri normaldi. Kontrol amaçlı yapılan ultrasonografi sonucunda sağ böbrek lojunda kistik yapı tarif edilmesi üzerine bilgisayarlı tomografi yapıldı. Sonucunda 84x76x75 mm boyutlu bosniak tip II multiloküle kist rapor edilmekle birlikte, tariflenen lezyonun dublike sistemde nonfonksiyonel böbrek dokusu olabileceği rapor edildi. DMSA sintigrafisi ile değerlendirildiğinde sağ böbrekte separe fonksiyon %19,7 olarak hesaplanması üzerine hastaya böbrek fonksiyonlarını da korumak üzere laparoskopik heminefrektomi planlandı.

**BULGULAR:** Heminefrektomi öncesi hasta üreterorenoskopi ile değerlendirildi. Sağ tarafta biri kör sonlanan 2 üreter orifisi olduğu görüldü. Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik heminefrektomi uygulandı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Drenaj tüpü postoperatif 2. gün çıkartılarak hasta aynı gün taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik heminefrektomi güvenli bir prosedür olarak uygulanabilir.

V-23

## BAŞARISIZ LAPAROSKOPİK CERRAHİ SONRASI LAPAROSKOPİK HEMİNEFREKTOMİ

Furkan Dursun,<sup>1</sup> Zeki Aktaş,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>2</sup>  
Ömer Bakal,<sup>3</sup> Ferhat Ateş,<sup>2</sup> Temuçin Şenkuş<sup>2</sup>

1. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Dublike böbrek anomalilerinde nonfonksiyone kısmın alınması sıklıkla tercih edilen cerrahi yöntemdir. Bu cerrahi prosedür açık ve minimal invaziv teknikler kullanılarak yapılabilir. Bu video sunuda daha önce

V-24

## SAĞ HİLER RETROPERİTONEAL KİTLENİN LAPAROSKOPİK EKŞİZYONU

Volkan İzol,<sup>1</sup> Bahattin Kızılgök,<sup>2</sup> İsmail Önder Yılmaz,<sup>2</sup>  
Nebil Akdoğan,<sup>2</sup> Nihat Satar,<sup>2</sup> Mustafa Zühtü Tansuğ<sup>2</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Paraganglioma, sempatik veya parasempatik sinir sistemi ile ilişkili nöroendokrin hücrelerden kaynaklanan tümörlerin genel adıdır. Sıklıkla sürrenal medulladan kaynaklansa da, oldukça nadir olarak sürrenal dışı lokalizasyonda da bulunabilirler. Bu videoda, sağ renal arter ile ven arasındaki kitlenin laparoskopik yöntemle çıkarılma görüntüleri sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ hiler bölgede renal arteri yaylandıran, 3 cm'lik

kitle tanısı konulan 22 yaşındaki erkek hastaya laparoskopik kitle eksizyonu planlandı. Sağ lomber veress iğnesi ile pararektal göbek hizasından transperitoneal giriş yapıldı. Operasyonda 5 mm 300 laparoskop ve standart laparoskopik donanım kullanıldı. Transperitoneal yaklaşımla kolon medialize edildikten sonra sağ renal arter ve ven bulundu. Kitle, arter ve venden ligasure ve harmonik makas yardımıyla serbestlenip eksize edildi. Loja 1 adet dren konulup işleme son verildi. İntraoperatif komplikasyon görülmedi.

**BULGULAR:** Operasyon 130 dakika sürdü, kan kaybı minimaldi. Postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta, 1. gün dreni çekilip taburcu edildi. Histopatolojik incelemede paraganglioma saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Artan deneyimle beraber teknik açıdan zor yerleşimli tümörlerde de, laparoskopik yaklaşım güvenilir şekilde uygulanmaktadır.

V-25

## OPERE RENAL HÜCRELİ KANSERDE GEÇ ADRENAL METASTAZ: LAPAROSKOPIK EKSİZYON

Volkan İzol,<sup>1</sup> Bahattin Kızılgök,<sup>1</sup> Fesih Ok,<sup>1</sup> Kadir Karkin,<sup>1</sup> Nihat Satar,<sup>1</sup> Mustafa Zühtü Tansuğ,<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Bu videoda renal kitle nedeniyle laparoskopik radikal nefrektomi yapılan ve 2 yıl sonra adrenal metastaz gelişen hastaya uyguladığımız laparoskopik adenektomi görüntülerini sunmaktayız.

**YÖNTEM:** Laparoskopik sağ radikal nefrektomi öyküsü olan patolojisi renal hücreli kanser Fuhrmann grade 3 cerrahi sınırlar intakt olarak gelen 79 yaşında kadın hastanın takibinde 2 yıl sonra vena cava inferiora (VCİ) yapışık adrenal lojda metastatik kitle saptandı. Hastaya laparoskopik kitle eksizyonu planlandı. Sağ lomber pozisyonda transperitoneal standart 2 adet 10 mm ve 1 adet 5mm portlar, el aletleri ve ultrasonik makas kullanılarak operasyon gerçekleştirildi. VCİ yapışık bir adet lenf nodu ultrasonik makas yardımıyla eksize edildi.

**BULGULAR:** Operasyon 170 dk sürdü. Kan kaybı minimaldi. Operasyon esnasında komplikasyon görülmeyen hastanın dreni postoperatif 1. gün çekilerek problemsiz olarak taburcu edildi. Histopatolojik inceleme renal hücreli karsinom

metastazı olarak raporlandı ve onkoloji tarafından takibe alındı.

**ÇIKARIMLAR:** Primer adrenal kitlelerin cerrahisinde laparoskopi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte bu yöntem sekonder metastatik olgularda artan deneyim, uygun yaklaşım ve dikkatli diseksiyonla güvenle uygulanabilmektedir.

V-26

## RETROPERİTONEOSKOPIK SOL DONÖR NEFREKTOMİ

Ender Özden,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1</sup> Mehmet Özen,<sup>1</sup> Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Ali Faik Yılmaz<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, laparoskopik retroperitoneal donör nefrektomi (LRDN) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 41 yaşında kadın hasta, kızına böbrek donörü olmak için tarafımıza başvurdu. Preop dönemde çekilen BT anjio grafide sağ böbrek 110 mm, sol böbrek 113 mm vertikal uzunlukta, sağ böbrekte çift renal arter ve sol böbrekte tek renal arter gözlemlendi. Preop dönemde çekilen Diüretikli Renografi (MAG3): Sağ böbrek %47 / Sol böbrek % 53 olarak raporlandı. Hastaya LRDN planlandı. Hasta 90 derece sol flank pozisyona alındı. Post aksiler hat üzerinde flank bölgede 2 cm kesi yapılarak balon yardımı ile retroperitoneal alanda boşluk oluşturuldu. Parmak yardımı ile 12. Kosta inferioruna 1 adet 10 mm , krista iliaka superioruna ise 2 adet 5 mm çalışma portları yerleştirildi. Pnömoretroperitoneum oluşturuldu. Sol üreter bulundu ve üreter takip edilerek renal hilusa ulaşıldı. Hasta da 1 adet renal arter ve 1 adet renal ven izlendi. Ardından arter ve ven ayrı ayrı diseke edildi. Takiben böbrek etrafındaki yağlı dokudan serbestleştirildi. Sol modifiye gibson insizyonu oluşturulduktan sonra üreter Hem o-lok ile kleplendi ve kesildi. Takiben önce renal arter sonra renal ven endoTA ile kapatıldı, soğuk makas yardımı ile kesildi. Takiben sol böbrek el yardımı ile modifiye gibson insizyonundan dışarı alındı. Kanama kontrolünü takiben loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden böbreğin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 60 dakika, tahmini kan kaybı minimal idi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik retroperitoneal donör



nefrektomi seçilmiş vakalarda tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

V-27

## BÜYÜK BOYUTLU BÖBREK TAŞINDA ULTRAMİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ:VAKA SUNUMU

Özcan Kılıç,<sup>1</sup> Emre Altıntaş,<sup>1</sup> Murat Akand,<sup>2</sup> Güner Yıldız,<sup>3</sup> Mehmet Kaynar,<sup>2</sup> Serdar Göktaş<sup>2</sup>

1. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

2. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

3. S.B. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Böbrek taşı operasyonlarında minimal invaziv cerrahi yöntemleri içinde en yenisi olan ultramini perkütan nefrolitotomi operasyonunu büyük boyutlu böbrek taşı bir vakada sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Sol yan ağrısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan 62 yaşında bayan hastanın yapılan tetkiklerinde; direk grafisinde ürolojik bir opasiteye rastlanmadı. (non-opak) ultrasonografide böbrek pelvis alt grup lokalizasyonlu taş görüntüsü elde edildi. Kontrassız tomografide sol böbrek pelvisden başlayıp orta-alt kaliks grubuna uzanan 36 mm boyutlu taş saptandı. (HÜ:489) Preoperatif tetkiklerinde böbrek fonksiyonlarında bir miktar yükseklik (üre:60 Kr:1,5) ve idrarında lökosit mevcuttu ancak idrar kültüründe üreme izlenmedi. Hastanın özgeçmişinde GİS tümörü nedeniyle operasyon geçirdiği, nüks kitle (sol batında) nedeniyle sorafenib kullandığı mevcuttu.

Hastaya genel anestezi altında, prone pozisyonunda perkütan giriş ile ultramini PCNL operasyonu yapıldı. Operasyon süresi 120 dk, skopi süresi 36 sn idi. lazer şüt sayısı: 27537 (frekans:8 Hz,2000 joul). Operasyon sonrasında komplikasyon saptanmadı. Hastaya 4.8 F 26 cm DJ stent konuldu. Hastada postoperatif

komplikasyon olmadı. Hemoglobin değerinde anlamlı düşüş izlenmedi. (Pre op Hgb:10,7 Post op Hgb:10) Post op 2.günde hasta taburcu edildi. 10 gün sonra DJ stenti alınan hastanın 4.haftada çekilen kontrol kontrassız BT sinde anlamlı rezidü taşta rastlanmadı. (<3 mm)

**BULGULAR:** Böbrek taşlarında güncel tedaviler ESWL, PCNL, RIRS şeklindedir. 2 cm den büyük taşlarda guideline göre ilk tedavi seçeneği PCNL dir. Ancak ciddi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu komplikasyonların bir çoğu da trakt oluşturulması ve traktın boyutu ile ilgilidir. Bu nedenle tedavi başarısını düşürmeden daha az komplikasyona yol açan minimal invaziv yöntemlere yönelinmiştir. Yakın zamanda Desai ve ark ultramini PCNL yi tarif etmişlerdir. PCNL ve Mini PCNL den ana farkı küçük boyutlu trakt oluşturulması, daha ufak ve kullanılabilir aletin dizaynıdır. Bu teknik daha çok <2 cm taşlarda önerilmektedir. Video sunumumuzda büyük boyutlu (maksimum boyutu:36 mm) taşı olan hastada ultramini PCNL tekniğiyle yaptığımız operasyonu sunmaktayız.

**ÇIKARIMLAR:** Ultramini PCNL büyük boyutlu böbrek taşlarında başarılı şekilde komplikasyonsuz bir şekilde uygulanabilir.

V-28

## SAĞ BÖBREK ALT KALİKSİNE ANKLAVE VE ÜZERİ EPİTELİZE BÖBREK TAŞINDA RIRS:VAKA SUNUMU

Özcan Kılıç,<sup>1</sup> Emre Altıntaş,<sup>1</sup> Murat Akand,<sup>2</sup> Güner Yıldız,<sup>3</sup> Mehmet Kaynar,<sup>4</sup> Serdar Göktaş<sup>4</sup>

1. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

2. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

3. S.B. Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

4. Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Konya

**AMAÇ:** Sağ böbrek alt kaliksine anklave ve üzeri epitelize böbrek taşında RIRS: VAKA SUNUMU

**YÖNTEM:** Sık idrar yolu enfeksiyonu ile kliniğimize başvuran 54 yaşında erkek hastanın düz karın grafisinde sağ böbrek alt pol lokalizasyonu ile uyumlu 2 adet opasite saptandı. Kontrassız BT değerlendirmesinde sağ böbrek alt kalikte 8 mm ve 6 mm boyutunda (toplam 14 mm) 2 adet taş saptandı. Preoperatif böbrek fonksiyon testleri normal olan hastanın idrar kültüründe üreme tespit edildi ve



kültür antibiyograma uygun antibiyotik verilip idrar steril edildikten sonra RIRS operasyonu uygulandı. İlk operasyonda proksimal üreterde darlık tespit edildi ve buradan geçiş sağlanamadığı için DJ stent yerleştirilip pasif dilatasyona bırakıldı. 2 hafta sonra yapılan RIRS operasyonunda böbreğe ulaşıldı ve taşlar gözlendi. Alt kaliksteki taşların görünen kısmı kırıldı. Üzeri epitelize olan kısım lazer ile epitelize dokudan lazer ile temizlenerek taşlar tamamen fragmente edildi. DJ stent yerleştirildi. Operasyon süresi 50 dk, skopi süresi 18 sn, lazer şut sayısı 7328 idi. Preoperatif ve postoperatif herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı. 2 hafta sonra DÜSG çekildi ve herhangi bir opasite gözlenmedi. DJ stent alındı. 4. haftadaki kontrassız BT sinde hastanın taşsız olduğu gözlendi.

**BULGULAR:** Böbrek taşlarının tedavisinde RIRS yüksek başarı (%96) ve düşük komplikasyon oranlarına sahip tedavi modalitesidir. Böbrek parankim girişi yapılmadan doğal yollardan taşın ulaşılması en önemli avantajdır. Alt kaliks yerleşimli taşlarda (buraya ulaşım ve kırılan taşların klirensinde konusunda) anatomik faktörlerden dolayı başarı düşük olabilmektedir. İşlem sırasında basket ile taş repozisyonu yapılarak alt kalik lokalizasyonunun anatomik etkileri (operasyon zorluğu, taş temizlenme oranı, flexible URS' ye olumsuz etkiler) aşılmaya çalışılmaktadır. Mevcut literatürde net bir bilgi olmamakla beraber, taşların bulunduğu yere anklave oluşu ve üzerinin epitelizeasyonu mantıksal olarak RIRS işlemini daha zorlu hale getirebilmekte ve komplikasyon gelişme ihtimalini artırabilmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** RIRS alt kaliks lokalizasyonu da olsa böbrekteki tüm taşlarda başarıyla uygulanabilir bir yöntemdir. Sunumumuzda olduğu gibi anklave ve/veya epitelize olmuş taşlarda da komplikasyonla karşılaşmadan başarı sağlanmaktadır.

cerrahi modalitesidir. Tümör çıkarıldıktan sonra tümör tabanı renorafı denilen bir teknik ile onarılır. Eğer tümör büyüklüğü fazla ise, çıkarılan alan da büyük olacaktır ve bu alandan idrar ekstravazasyonu veya ürinom oluşumu gibi komplikasyonlar meydana gelebilmektedir. Bu komplikasyonların önlenmesi için tümörün çıkarıldığı alana omental flep çevrilmesi uygulanabilmektedir. Bu videoda parsiyel nefrektomi sonrası tümör tabanının omental flep ile onarımını sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 62 yaşında kadın hasta, kliniğimize sol yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Fiziksel muayenesinde herhangi bir patolojik bulgu yoktu. Görüntüleme yöntemleri sonrasında sol böbrek alt polde 5 cm çapında tümöral kitle saptandı. Kitle kontrast tutmakta ve genel itibarıyla solid komponentlerden oluşmaktaydı. Kitlenin PADUA scoru 8 olarak hesaplandı. Hastaya robotik parsiyel nefrektomi planlandı.

**BULGULAR:** Transperitoneal teknikle, 5 mm'lik ve 12 mm'lik trokarlar kullanılarak hastaya robotik parsiyel nefrektomi operasyonu uygulandı. Operasyonda, sol böbrek alt poldeki 5 cm'lik kitlenin ortaya konulmasından sonra renal arter klempe edildi ve kitle makas yardımı ile kesilerek çıkarıldı. Kitle çıkarıldıktan sonra renorafı tekniği kullanılarak tümör tabanı 3/0 V-Loc sütür materyali kullanılarak onarıldı. Renal arterden klemp kaldırıldıktan sonra tümör tabanı kanama açısından kontrol edildi. Kanama kontrolü sağlandıktan sonra tümör tabanına Floseal uygulandı. Operasyonun sonunda, omental bir flep oluşturuldu ve renal parankimde meydana gelen açıklık omental flep ile kapatıldı. Operasyon sonrası 175 dakika ve tahmini kanama miktarı 120 cc olarak hesaplandı. Çıkarılan kitlenin patoloji sonucu cerrahi sınırı temiz papiller tip böbrek hücreli kanser ile uyumlu geldi.

**ÇIKARIMLAR:** Robotik parsiyel nefrektomilerde, idrar kaçağı ve ürinoma gibi komplikasyonları önlemek için, omental flep kullanılarak tümör tabanının onarılması güvenli ve etkili bir yöntemdir.

V-29

## VAKA SUNUMU: ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİDE TÜMÖR TABANININ OMENTAL FLEP İLE ONARIMI

Murat Binbay,<sup>1</sup> Akif Erbin,<sup>1</sup> Ali Sezer,<sup>\*1</sup> Faruk Özgör,<sup>1</sup> Ömer Sarılar,<sup>1</sup> Emre Kandemir,<sup>2</sup> Ahmet Yalçın Berberoğlu<sup>1</sup>

1. S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Robotik parsiyel nefrektomi 7 cm'nin altındaki renal kitleler için güvenli ve efektif bir

V-30

## BÖBREK HİDATİK KİST HASTALIĞI: RETROPERİTONEOSKOPİK YAKLAŞIM

Fatih Ataç,<sup>1,1</sup> Mustafa Koray Kırdag,<sup>2</sup> Oktay Aydın,<sup>3</sup>  
İsmail Beşer<sup>4</sup>

1. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale  
2. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale  
3. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Kırıkkale  
4. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

**AMAÇ:** Hidatik kist *Echinococcus granulosus*'un etken olduğu parazitik bir enfeksiyondur. Minimal invaziv cerrahinin gelişmesine paralel olarak renal hidatik kistli olgularda yeni yöntemlerle tedavi edilmeye başlanmıştır. Bu videoda sol böbrekte hidatik kisti olan olgunun retroperitoneoskopik yöntemle tedavisi sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 43 yaşındaki erkek hasta karaciğer ve böbrekte eş zamanlı gözlenen kist hidatik ile uyumlu lezyonlar tespit edilmiş.Son başvurusunda tomografisinde sol böbrek orta-alt pol lokalizasyonunda 56x61x59 mm boyutlarında küresel biçimini kaybetmiş, ayrıışmış membranlar izlenen (tip II) kist hidatik ile uyumlu görünüm için retroperitoneoskopik yöntemle tedavisi planlandı. Hasta cerrahi öncesi bir aydan fazla albendazol tedavisi almış. Hasta 90 derece sol flank pozisyona alındı. Retroperitoneal alana posterior aksiller hat üzerinde yapılan kesi ile Hasson tekniği kullanılarak ulaşıldı. Retroperitoneal alan Gerato fasyası ve psoas kası arasından parmak diseksiyonla açıldı. 12. kot ucuna yakın mesafede 10 mm lik bir adet 2. port ve iliak kanadın 2 cm kranialinden 5 mm lik 3. port girildi. 30 derece laparoskop yardımı ile görüntü sağlandı. Böbrek orta-alt poldeki kist boşaltılmadan çevre dokulardan künt ve keskin diseksiyon ile serbestlendi. Kistin anterior duvarı iki adet kilitli forceps yardımı ile sıkıca tutuldu. Takiben "Veress" iğnesi ile iki forcepsin arasından kist kavitesine girildi ve içerik aspire edildi. Kistin içerisine % 3 lük salin doldurularak 5 dakika beklendi ve kist tekrar boşaltıldı. Ardından ikinci kez kistin içerisine % 3 lük salin tekrar doldurularak 5 dakika beklendi. Kist içeriği tamamen aspire edildikten sonra kistotomi için açılan alan genişletildi. Aspiratör ve forcepsler yardımı ile kistin duvarı soyuldu bütünlüğü bozulmadan endobag olarak hazırladığımız eldiven içine alınarak vücut dışına çıkarıldı. Ardından kistin dış duvarı böbrek sınırı komşuluğu takip edilerek soğuk bıçak ve "Ligasüre" kullanılarak eksize edildi ve endobag yardımı ile vücut dışına çıkartıldı. Kistin toplayıcı sisteme uzaklığı ve egzofitik olması

nedeniyle üriner fistül için retrograd peroperatif görüntüleme yapılmadı. Retroperitoneal bölgeye dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** Cerrahi süre 94 dk idi. Hasta postoperatif 2.günde taburcu edildi ve albendazol tedavisine devam edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Böbreğin hidatik kist hastalığının tedavisinde retroperitoneoskopik yaklaşım uygun ve etkili bir tedavi yöntemidir.

V-31

## EVRE III TROMBÜSLÜ BÖBREK TÜMÖRÜNDE GENİŞLETİLMİŞ KARACİĞER MOBİLİZASYONU İLE RADİKAL NEFREKTOMİ VE TROMBEKTOMİ: MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

Ozan Bozkurt,<sup>1,1</sup> Mücahit Özbilgin,<sup>2</sup> Tuğra Gençpınar,<sup>3</sup>  
Canan Altay,<sup>4</sup> Sedat Karakoç,<sup>1</sup> Özgür Gürboğa,<sup>5</sup>  
Ömer Demir,<sup>1</sup> Tarkan Ünek,<sup>2</sup> Mustafa Seçil,<sup>4</sup> Hüda  
Çatalyürek,<sup>3</sup> Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir  
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İzmir  
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İzmir  
4. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir  
5. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Böbrek tümörlerinin %4-10'unda başvuru anında venöz tümör trombüsü görülebilmektedir. Metastaz yokluğunda agresif cerrahi yaklaşım ile radikal nefrektomi ve trombektomi hastalar için trombüs evresine göre 5 yıllık %40-68 yaşam beklentisi sağlamaktadır. Tümör trombüsü 4 evrede değerlendirilir ve evre 3-4 hastalarda kardiyopulmoner by-pass ve derin hipotermi, veno-venöz by-pass gibi özel teknikler gerekli olabilmektedir. Bu videoda Evre 3 trombüsü olan sağ böbrek tümürlü bir kadın hastada bu yöntemlere alternatif olarak genişletilmiş karaciğer mobilizasyonu yöntemi ile gerçekleştirilen sağ radikal nefrektomi ve trombektomi ameliyatı anahatları ile sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 70 yaşında kadın hasta halsizlik nedeni ile yapılan tetkiklerinde, abdominal ultrasonografide sağ böbrekte kitlesel lezyon saptanması üzerine kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde kontrollü hipertansiyon dışında özellik saptanmadı. Yapılan bilgisayarlı tomografi incelemesinde sağ böbreği tamamen kaplayan tümör ile birlikte suprahepatik

seviyeye kadar ilerlemiş tümör trombüsü saptandı, uzak metastaz bulgusuna rastlanmadı. Preoperatif transtorasik ekokardiyografide vena kava inferiora (VKİ) yaklaşık 3 cm çapında, hareketli ve damar duvarı ile invazyonu gözükmeyen ve VKİ'ü tamamen dolduran ve sağ atriüme 1,5 cm mesafede trombüs yapısı gözlemlendi. Hasta multidisipliner yaklaşımla Üroloji, Hepatobilier Cerrahi ve Kalp-Damar Cerrahisi ekiplerinin katılımı ile operasyona alındı ve genişletilmiş karaciğer mobilizasyonu yöntemi ile by-pass gereksinimi olmadan radikal nefrektomi ve trombektomi yapıldı.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 4 saat ve tahmini kan kaybı yaklaşık 600 ml idi. Hastaya 2 Ü ES ve 2 Ü TDP Tx yapıldı. Postoperatif dönemde böbrek ve karaciğer fonksiyon testlerinde geçici bir bozulma (Kreatinin-1,66; AST-322; ALT-245; LDH-732) dışında herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadı ve hasta postoperatif 8. günde biyokimyasal parametrelerin tamamen normale dönmesi sonrası taburcu edildi. Patoloji sonucu berrak hücreli RCC olarak saptandı. Postoperatif 8. ay kontrolünde hasta sağ ve sağlıklı idi ve uzak metastaz saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Böbrek tümörüne eşlik eden ileri evre tümör trombüsü varlığında uzak metastaz yokluğunda agresif cerrahi yaklaşımlar uzun dönemde hastalar için kabul edilebilir sağkalım oranları sunmaktadır. Uygun hastalarda operasyona bağlı morbidite ve mortalite risklerinin optimizasyonu ile beraber cerrahi yaklaşım mutlaka gözönünde bulundurulmalıdır.

V-32

## HİDRONEFROTİK BÖBREKTE LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL SOL NEFREKTOMİ

Furkan Dursun,<sup>1</sup> Zeki Aktaş,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>2</sup> Ömer Bakal,<sup>3</sup>  
Ferhat Ateş,<sup>2</sup> Temuçin Şenkul<sup>2</sup>

1. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik nefrektomi hidronefrotik, hipofonksiyone böbrekler için minimal invaziv tedavi seçeneğidir. Bu video sunuda malignite dışı nedenlerle yapılmış laparoskopik retroperitoneal nefrektomi vakamızı paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 51 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı

şikayetiyle merkezimize başvurdu. Hastanın hikayesinde hipertansiyon rahatsızlığı mevcuttu ve ikili antihipertansif tedavi kullanılmaktaydı. Fizik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografide sol üreter orta bölümde 12x9 mm taş ve taşın proksimalinde hidronefroz mevcuttu. Sol böbrekte gade 4 hidronefroz mevcuttu. DMSA sintigrafi ile değerlendirilen hastanın sol böbreği nonfonksiyone olarak değerlendirildi. Ultrason ile yapılan renal arter değerlendirilmesinde stenoz izlenmedi.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik retroperitoneal nefrektomi ameliyatı yapıldı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Drenaj tüpü postoperatif 2. gün çıkartılarak hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu kronik glomerülofrit olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik nefrektomi etkili ve güvenli minimal invaziv tedavi yöntemidir. Hidronefrotik, atrofik ve hipofonksiyone böbrekler için güvenle kullanılabilir.

V-33

## TESTİS TÜMÖRÜ TANILI OLGUDA VENA KAVA İNFERİOR VE DUODENUMA İNVAZE RETROPERİTONEAL KİTLENİN LAPAROSKOPIK EKSIZYONU

Selçuk Şahin,<sup>1</sup> İsmail Yiğitbaşı,<sup>1</sup> Volkan Tuğcu,<sup>1</sup>

Fatih Akkaş,<sup>1</sup> Abdullah Hızır Yavuzsan,<sup>1</sup>

Kamil Gökhan Şeker<sup>1</sup>

1. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Bu videoda testis tümörü nedeniyle kemoterapi alan hastanın tetkiklerinde vena kava inferior ve duodenuma invaze kitlenin laparoskopik olarak eksizyonunu göstermek ve karşılaşılabilecek komplikasyonların yönetimini göstermektedir.

**YÖNTEM:** Yirmi dokuz yaşında erkek hasta testis tümörü nedeniyle dış merkezde orşektomi operasyonu olmuş. Patoloji embriyonel karsinom olarak gelmiş. Retroperitoneal alanda kitlesi olan hastaya 4 kür bleomisin+etoposid+platin tedavisi verilmiş. Tedavi sonrası yapılan tetkiklerde retroperitoneal alanda vena kava inferior önünde, duodenum arka ve lateral yüze komşu ve bu yapılarla invazyon gösteren 5x4 cm boyutunda kitle saptanması üzerine hasta kitle eksizyonu operasyonu için kliniğimize yönlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaya laparoskopik yöntemle

transperitoneal yaklaşımla retroperitoneal kitle eksizyonu operasyonu yapıldı. Operasyon süresi 140 dakika, kanama miktarı 30 cc olarak ölçüldü. İntraoperatif kitle duodenumdan disseke edilirken duodenum serozasının 5 mm'lik segmentte lasere olduğu görüldü. Genel cerrahi önerisiyle 4.0 vikril ile primerolarakonarıldı. Venakavainferiorveduodenuma ileri derecede yapışık olan kitle laparoskopik olarak çıkarıldı. Hastanın 1. günde sondası 5. günde direni alınarak taburcu edildi. Postoperatif herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu, testis tümörü tanılı olgularda çevre organlara invaze retroperitoneal kitlelerin çıkarılması için laparoskopik tecrübesi ileri düzeyde olan cerrahlar tarafından uygulanabilecek minimal invaziv bir yöntemdir.

V-34

## SAĞ BÖBREK KİSTİNİN LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL DEKORTİKASYONU

Zeki Aktaş,<sup>1</sup> Furkan Dursun,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>1</sup> Ömer Bakal,<sup>3</sup> Ferhat Ateş,<sup>1</sup> Temuçin Şenkul<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Günümüzde semptomatik böbrek kistlerinin tedavisinde laparoskopik kist dekortikasyonu standart tedavi yöntemi haline gelmiştir. Kistlerin rekürrensi açısından da başarı oranları yüksek bir tekniktir. Bu video sunuda laparoskopik retroperitoneal kist dekortikasyonu vakamızı paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 73 yaşında kadın hasta yıllar içinde yavaş yavaş artan sağ yan ağrısı nedeni ile merkezimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar testleri normal olarak değerlendirildi. Böbrek kisti nedeni ile yıllık takipte olan hastanın yapılan kontrol ultrasonunda böbrek kistinin boyutlarının arttığı izlendi. Daha detaylı değerlendirme amacı ile bilgisayarlı tomografi yapıldı. Sonucunda sağ böbrekte interpolar yerleşimli 106x97mm boyutlu kistik lezyon rapor edilmesi üzerine hastayla görüşülerek laparoskopik kist dekortikasyonu planlandı.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik retroperitoneal kist dekortikasyonu uygulandı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Drenaj tüpü postoperatif

1. gün çıkartılarak hasta aynı gün taburcu edildi. Patoloji sonucu basit kist olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Semptomatik böbrek kistlerinin tedavisinde uygun vakalarda laparoskopik retroperitoneal dekortikasyon minimal invaziv olması, kolay tekniği ve kısa hastane kalış süresi ile tercih edilebilir bir işlemdir.

V-35

## HİSTEREKTOMİ VE BURCH KOLPOSÜSPANSİYON SONRASI ANÜRİ: ACİL LAPAROSKOPIK EKSPLORESYON

Murat Gülşen,<sup>1,1</sup> Süleyman Öner,<sup>2</sup> Ender Özden<sup>3</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Samsun

2. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

3. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu videoda, total abdominal histerektomi + bilateral ooferektomi ve Burch operasyonu sonrası anüri ile gelen hastaya uyguladığımız laparoskopik eksplorasyon deneyimimizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 51 yaşında kadın, dış merkezde total abdominal histerektomi + bilateral ooferektomi ve Burch operasyonu gerçekleştirilen ve post operatif dönemde anüri, kreatinin yüksekliği nedeniyle tarafımıza sevk edilen hastada çekilen BT'de bilateral ektazi saptandı. Hastaya bilateral Retrograd Pyelografi(RGP)+gerekli girişim planlandı. Hasta litotomi pozisyonuna alındı. 20 no endoskop 30 derece lens eşliğinde üretral girildi ve takiben bilateral RGP çekildi. Her iki üreterin distal 1 cm kesiminin opak madde ile dolduğu ancak her iki üreterde de proksimale opak madde geçişinin olmadığı gözlemlendi. Takiben litotomi pozisyonunda umblikustan veress iğnesi ile girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu. Buradan 12 mm'lik optik port yerleştirildi. Sol pararektal bölgeye 1 adet 5 mm ve her iki krista iliaka medialine 2 adet 5 mm'lik portlar yerleştirildi. Hasta tradelenburg pozisyonuna alındı. Barsaklar süperiora deviyeye edildi. Periton arka yaprağı soğuk makas yardımı ile açıldı. Sol üreter bulundu. Sağ üreter mesaneye doğru thunderbeat yardımı ile disseke edildi. Sağ üreterin mesaneye giriminden yaklaşık 1 cm proksimalde suture ile asılmış olduğu görüldü. Suture kesildi ve sağ üretere 6/26 DJ stent yerleştirildi. Sonrasında aynı şekilde sol üreter bulunup distale kadar disseke edildi. Alt uçta mesanenin 1 cm proksimalinde üreterin suture

ile asılmış olduğu görüldü. Sütür kesildi ve 6/26 Dj stent yerleştirildi. Kanama kontrolü sonrası loja dren konularak işleme son verildi.

**BULGULAR:** İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 65 dakika, tahmini kan kaybı minimal idi. Postoperatif 2.gün dreni çekilen hasta taburcu edildi. Postoperatif 2.ay DJ stent çekildi.

**ÇIKARIMLAR:** Pelvik cerrahi sonrası üreter obstrüksiyonu gelişen hastalarda Laparoskopik eksplorasyon tecrübeli ellerde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir

V-36

## LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL SOL ADRENALEKTOMİ

Zeki Aktaş,<sup>1</sup> Furkan Dursun,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>1</sup> Ömer Bakal,<sup>3</sup> Ferhat Ateş,<sup>1</sup> Temuçin Şenkul<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Gelişen teknoloji ile birlikte ürolojik cerrahi işlemler daha az invaziv prosedürler haline gelmektedir. Özellikle sürrenal bez cerrahisi bu gelişimlerden en çok etkilenenlerin başında gelmektedir. Günümüzde laparoskopik iyi huylu adrenal hastalıkların tedavisinde altın standart tedavi seçeneğidir. Bu video sunuda laparoskopik retroperitoneal adrenalectomi tekniğimizi paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 53 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı nedeni ile merkezimize başvurdu. Hastanın anamnezinde ek hastalığı olmadığı değerlendirildi. Fizik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Bilgisayarlı tomografide sol sürrenal bezde 42mm'lik solid kitle lezyon izlendi. Daha sonra yapılan magnetik rezonans incelemede lezyon 47x41 mm boyutlarında sınırları düzgün bir kitle olarak tarif edildi. Endokrinoloji servisinde değerlendirilen hastanın kitlesi hormonal açıdan inaktif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik retroperitoneal sol adrenalectomi uygulandı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Postoperatif birinci günde üretral kateter çekildi. Drenaj tüpü postoperatif 2. gün çıkartılarak hasta aynı gün taburcu edildi. Patoloji sonucu nekroz ve hemoraji odakları içeren sürrenal

gland olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik retroperitoneal cerrahi adrenal kitleler için altın standart tedavi seçeneğidir.

V-37

## SOL BÖBREK KİSTİNİN LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL DEKORTİKASYONU

Furkan Dursun,<sup>1</sup> Zeki Aktaş,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>2</sup> Ömer Bakal,<sup>3</sup> Ferhat Ateş,<sup>2</sup> Temuçin Şenkul<sup>2</sup>

1. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Günümüzde semptomatik böbrek kistlerinin tedavisinde laparoskopik kist dekortikasyonu standart tedavi yöntemi haline gelmiştir. Kistlerin rekürrensi açısından da başarı oranları yüksek bir tekniktir. Bu video sunuda sol laparoskopik retroperitoneal kist dekortikasyonu vakamızı paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 51 yaşında erkek hasta iki aydır olan sol yan ağrısı nedeni ile merkezimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar testleri normal olarak değerlendirildi. Böbrek kisti nedeni ile yıllık takipte olan hastanın yapılan kontrol ultrasonunda böbrek kistinin boyutlarının arttığı izlendi. Daha detaylı değerlendirme amacı ile bilgisayarlı tomografi yapıldı. Sonucunda sol böbrekte lokalize 70x55 mm ve 38x30 mm boyutlu 2 adet kist rapor edilmesi üzerine hastayla görüşülerek laparoskopik kist dekortikasyonu planlandı.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik retroperitoneal kist dekortikasyonu uygulandı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Drenaj tüpü postoperatif 1. gün çıkartılarak hasta aynı gün taburcu edildi. Patoloji sonucu basit kist olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Böbrek kistlerinin tedavisinde etkili ve güvenli bir prosedür olması; komplikasyon oranlarının çok düşük ve hastane kalış süresi kısa olması nedeni ile laparoskopik teknik ilk planda tercih edilmelidir.

V-38

## LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ

Zeki Aktaş,<sup>1</sup> Furkan Dursun,<sup>2</sup> Şeref Başal,<sup>1</sup> Ömer Bakal,<sup>3</sup> Ferhat Ateş,<sup>1</sup> Temuçin Şenkul<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

2. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik adrenalectomi, adrenal kitlelerin tedavisi için günümüzde kabul gören standart tedavi yöntemidir. Bu video sunuda laparoskopik retroperitoneal adrenalectomi tekniğimizi paylaşmayı amaçlıyoruz.

**YÖNTEM:** 58 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı şikayetiyle merkezimize başvurdu. Hastanın hipertansiyon rahatsızlığı mevcut idi. Fizik muayenesi normal olarak değerlendirilen hastanın alınan bilgisayarlı tomografisinde sağ sürrenal beze lokalize 34x27 mm solid lezyon tespit edildi. Endokrinoloji servisinde değerlendirilen hastanın kitlesi hormonal açıdan aktif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ameliyat hazırlıkları yapıldıktan sonra hastaya laparoskopik retroperitoneal adrenalectomi uygulandı. Perioperatif dönemde bir komplikasyon izlenmedi. Ameliyat esnasında ve sonrası dönemde hasta hormonal açıdan stabil olarak seyrettiği Drenaj tüpü postoperatif 2. gün çıkartılarak hasta aynı gün taburcu edildi. Patoloji sonucu Sürrenal Adrenokortikal Adenom (4x4x2,8 cm) olarak rapor edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik retroperitoneal cerrahi adrenal kitleler için altın standart tedavi yöntemidir. Retroperitoneal ve transperitoneal yaklaşımların her ikisi de tercih edilebilir.

gelmiştir. Bu yöntem ile çıkarılabilecek olan sürrenal kitlenin maksimum boyutu henüz tartışmalı da olsa son yıllarda büyük kitlelerin başarılı bir şekilde laparoskopik olarak çıkarılabildiği görülmektedir. Bu çalışmada 54 yaşındaki kadın hastada 10 cm boyutundaki adrenal kitle için başarıyla uygulanan laparoskopik sürrenalektomi tecrübemizi sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Hipertansiyon nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol sürrenal kitle tespit edilen hasta kliniğimize başvurdu. Preoperatif uygulanan bilgisayarlı tomografisinde sol sürrenal gland lojunda 10x8x5 cm (APxKKxTR) boyutunda kitle lezyonu dikkati çekmekteydi. Hasta endokrinoloji bölümüne peroperatif öneriler açısından konsulte edildi. 24 saatlik idrar VMA, dopamin, metanefrin ve normetanefrin sonuçlarının normal seviyede görülmesi üzerine olgu nonfonksiyone adenom kabul edilerek laparoskopik sürrenalektomi planlandı.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 80 dakika, kanama miktarı ~50 ml olarak hesaplandı. İntraoperatif herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Postoperatif dönemde eritrosit replasmanı ihtiyacı olmadı. Postoperatif 2. gün taburcu olan hastanın histopatolojik değerlendirme sonucu benign feokromasitoma olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Büyük boyuttaki sürrenal kitlelerin laparoskopik olarak eksizyonu hastanede yatış süresi, morbidite ve kozmetik avantajlarıyla deneyimli merkezlerde tercih edilebilir minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir.



V-39

## LAPAROSKOPIK DEV SÜRRENALEKTOMİ

Kaan Gökçen,<sup>1</sup> Gökçe Dünder,<sup>1</sup> Gökhan Gökçe,<sup>1</sup> Emin Yener Gültekin,<sup>1</sup>

1. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Sivas

**AMAÇ:** Laparoskopik sürrenalektomi ilk kez uygulandığı 1990'lı yılların başından bu yana adrenal kitlelerin tedavisinde altın standart haline



P-01

## LU-177 PSMA TEDAVİSİ DENEYİMİ VE ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Burak Sönmezer,<sup>1</sup> Emine Acar,<sup>1</sup> İlke Onur Kazaz,<sup>2</sup> Ozan Bozkurt,<sup>3</sup> Kaan Çömez,<sup>1,3</sup> Erkan Derebek,<sup>1</sup> Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İzmir  
2. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir  
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Lu-177 PSMA IT, prostat spesifik membran antijenine (PSMA) karşı yüksek derecede afinitesi olan ve uzun süreli hücre içi retansiyon gösteren bir ajan olarak, kastrasyona dirençli prostat kansinonlarının tedavisinde klinik kullanıma girmeye başlamıştır. Bu çalışma ile kastrasyona ve/veya kemoterapiye dirençli prostat kansinonlarında, Lu-177 PSMA tedavisi ile ilgili ilk deneyimlerimizi ve erken dönem sonuçlarımızı sunuyoruz.

**YÖNTEM:** Uzak metastaz saptanan ve konvansiyonel tedavilere (hormonoterapi ve kemoterapi) dirençli prostat kansinomu tanısı olan 5 hastaya, Ekim 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında (4 hastaya 2 siklus, 1 hastaya 1 siklus olmak üzere) toplam 9 siklus Lu-177 PSMA tedavisi verildi (sabit doz:200 mCi). Yaş ortalaması 67 ±4,3 (58-73), Gleason skoru ortalaması 7.8 (6-9), PSA değeri ortalaması 527±987 olan hastalar, tedavi öncesinde klinik bulgular yanında, biyokimyasal parametreler (böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, serum PSA), hemogram ve Ga-68 PSMA IT PET/BT ile değerlendirildi. Biyokimyasal parametreler ve klinik bulgular periyodik olarak izlendi. Her tedavi siklusunu takiben Lu-177 PSMA tüm vücut görüntüleri alındı.

**BULGULAR:** Tedavi öncesi yapılan Ga-68 PSMA IT PET/BT görüntülemesinde; hastaların tamamında kemik metastazı (1 hastada "metastatiksuperscan") ve lenf nodu metastazı mevcuttu. Bunlara ek olarak hastaların birinde karaciğer, birinde karaciğer ve adrenal bez, diğerinde de penil metastaz saptandı. 2 hastada primer tümör alanında da tutulum mevcuttu. 2 siklus tedavi alan 4 hastanın tamamında PSA değerinde gerileme görülürken, tedavi sonrası görüntülemelerde 1

hastada belirgin gerileme, 1 hastada ise progresyon saptandı. 2 hastada kemik ağrıları ve uykusuzluk gibi klinik semptomlarda progresif iyileşme gözlemlendi. Klinik, biyokimyasal ve görüntüleme bulguları ile regresyon saptanan hastada geçici myelosupresyon gözlenirken, hastaların hiçbirinde nefrotoksisteyi düşündürecek bulgu saptanmadı. 1 siklus tedavi verilen hasta tedaviden 2 ay sonra çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi. 5 hastada da tedaviden ortalama 58,5 gün sonra ölçülen PSA değeri ortalamalarının 198±370'e gerilediği gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Prostat kansinonlarında Lu-177 PSMA tedavisiyle ilgili ilk bulgularımız, bu tedavinin hastaların en azından bir kısmında klinik ve biyokimyasal remisyon sağlayabileceğini düşündürmektedir.

P-02

## ENDER GÖRÜLEN; BÖBREK NAKLİ SONRASI, MESANENİN KONDİLOMA AKUMUNATUM LEZYONU, OLGU SUNUMU

Mehmet Sarier,<sup>1,1</sup> İbrahim Duman,<sup>2</sup> Yücel Yüksel,<sup>3</sup> Sabri Tekin,<sup>3</sup> Alper Demirbaş<sup>3</sup>

1. Özel Antalya Medical Park Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

2. Özel Antalya Medical Park Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

3. Özel Antalya Medical Park Hastanesi, Organ Nakli Ünitesi, Antalya

**AMAÇ:** Kondilomata aküminata, insan papilloma virüs (HPV) nedeniyle anogenital bölgede oluşan, sıklıkla cinsel temas ile geçen bir enfeksiyon hastalığıdır. Uriner sistemi tutması nadirdir. Üriner sistem içinde mesane tutulumu ise çoğunlukla immunsupressif tedavi alanlarda görülmektedir.

Biz böbrek nakli sonrası üretrada ve mesanede kondiloma akuninata tespit edilen hastanın sistoskopik görüntülerini ve Transüretral rezeksiyon ile tedavisi başarılı olunmuş bu hastayı sunmak istedik.





**YÖNTEM:** Olgu sunumu: 30 yaşında 1 yıl önce Böbrek nakli olan kadın hasta kliniğimize distal üretra seviyesinde çok sayıda siğil yakınması ile başvurdu. Daha önce serviks ve vulvada kondilomatöz lezyonlarına eksizyon öyküsü mevcuttu. Üretradaki lezyonların Transüretral Rezeksiyonu için operasyon planlandı. Üretradaki, kondilomatöz lezyonların rezeksiyonundan sonra insidental olarak mesane içerisinde de çok sayıda ortalama 1 cm çapında sapsız tümöral oluşumlar tespit edildi. (Resim 1)

Bu oluşumlarda transüretral rezeksiyon yapılarak komple çıkarıldı. Çıkarılan spesmenler patolojiye ve HPV-PCR incelemesine alındı. Patoloji sonucu kondiloma akuminatum, PCR sonucu; HPV tip 45 geldi. Operasyon sonrası yapılan kontrol sistoskopilerinde tam kür sağlandığı görüldü. (Resim 2)

**ÇIKARIMLAR:** Tartışma: Kondiloma aküminata insan Papilloma Virus nedeniyle meydana gelen sıklıkla external genital bölgeyi ve mukokutanöz bileşkeyi tutan kondilomatöz bir hastalıktır. Lezyonlar genellikle yassı veya saplı papüller şeklindedir, ancak plaklar ve vejetan kitleler de oluşturabilirler. Üriner sistemi tutması nadirdir. İzole mesane tutulumu genellikle immunsupresyonla beraberdir. Böbrek nakli sonrası kullanılan immunsupresif ajanların suresi ve dozuna bağlı olarak bu lezyonlarda artış ve yayılma görülebilir. Bu nedenle Böbrek nakli sonrası anogenital bölgede Kondiloma aküminata tespit edilen hastalarda üriner sistemin de tutulabileceği akılda tutulmalıdır. Transüretral rezeksiyon yöntemi üriner sistem tutulumlarında tedavide başarılı olarak uygulanabilir.

P-03

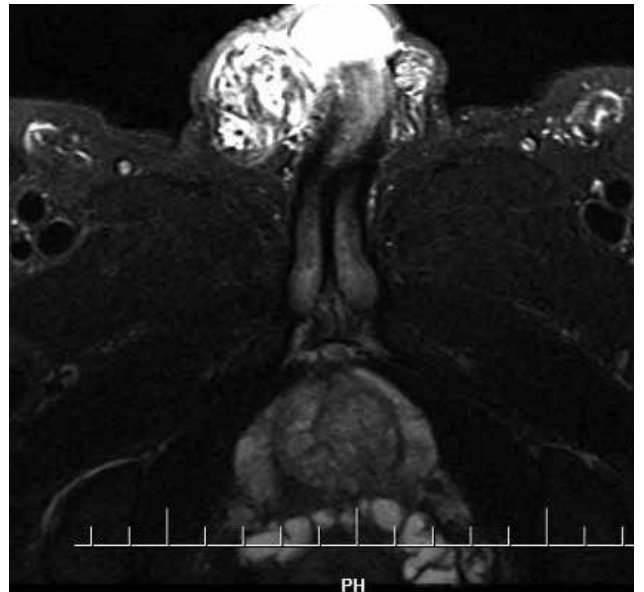
## İNSİDENTAL OLARAK SAPTANAN PARATESTİKÜLER RABDOMYOSARKOM:OLGU SUNUMU

Halil Çağrı Aybal,<sup>1</sup> Taha Numan Yıkılmaz,<sup>1</sup> Fatih Hızlı,<sup>1</sup> Halil Başar<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Paratestiküler rabdomyosarkomlar tüm rabdomyosarkomların %7'sini oluşturmaktadır. Paratestiküler rabdomyosarkomlar (RMS) malign tümörlerdir ve birçoğu çocuklarda ve adölesanlarda görülmesine rağmen paratestiküler rabdomyosarkomların %24'ü yetişkinlerde görülür. Yetişkinlerin ise %80'i 21 yaş altında %20'si ilerleyen zamanlarda görülür. Rabdomyosarkomlar agresif büyüme paternine sahiptir. Bu olgu sunumunda görüntüleme yöntemleriyle poliorşidizm, hidrosel, spermatozel ve skrotal kitlenin ayırımının yapılamadığı; tümör belirteçlerinin negatifliğine rağmen skrotal kitlenin klinik şüphesinin devam etmesi ve tümör olasılığının yüksek olması nedeniyle yapılan inguinal orşiektomi sonrası saptanan paratestiküler rabdomyosarkomlu ileri yaş grubunda olan hasta tartışılmıştır.

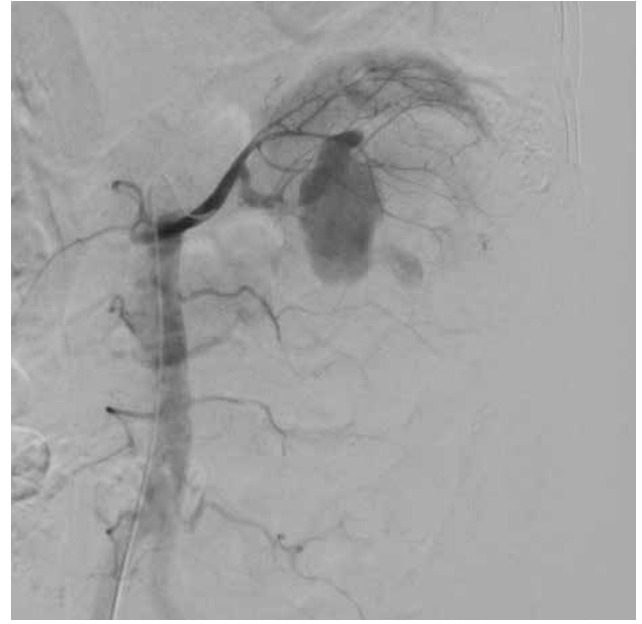
**YÖNTEM:** 59 yaşında erkek hasta 1 aydır devam eden sağ testiste ağrısız şişliği olduğunu belirterek polikliniğimize başvurdu. Hastaya 7 sene önce sağ epididim kist eksizyonu yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenesi inspeksiyonla sağ skrotum sola oranla daha büyük; palpasyonda sağ epididim başında ele gelen yumuşak kıvamlı yaklaşık 3\*3cm boyutlarında intraskrotal kitle. Tümör belirleyicilerinden AFP, B-HCG, LDH normal saptandı. Akciğer grafisinde patolojik bulgu saptanmadı. Skrotal USG'de sağ skrotumda testis inferior sol lateralde homojen hipoeoik düzgün kontürlü içerisinde düşük dirençli arteryel yapılanmaların izlendiği 44\*27mm kitle



lezyonu izlenmesi üzerine istenilen Skrotal Manyetik Rezonans(MR)'da sağ testis posteriorda 42\*25mm oval görünümü T1A da hafif hipointens T2A da hafif hiperintens kontrast tutan oluşum izlendi,komplike enfekte hidrosel,poliorşidizm veya spermatozel olarak yorumlandı.Skrotal kese içinde büyüğü 14\*7mm lenfadenopati izlenmesi üzerine klinik şüphyle testis tümörü olabileceği düşünülerek sağ inguinal eksplorasyon kararı verildi ve sağ radikal orşiektomi yapıldı.

**BULGULAR:** Patoloji sonucu malign mezenseşimal tümör olarak raporlandı. Spermatik kord histomorfolojisi normal olarak değerlendirilmiş. Tümör Diferansiasyonu: 3, mitoz sayısı: 1 ön planda MyoD1 pozitifliği nedeniyle pleomorfik rabdomyosarkom düşünülmüş. Post operatif dönemde abdominal ve toraks CT incelemesinde mediastende sağ paratrakeal alan aortikopulmoner pencerede, ön mediastende sol paraaortik alanda 20\*16mm boyutlarında lenf nodu izlendi.Uzak metastaz açısından mediastinal lenf nodunun patolojik incelemesinde malignite saptanmadı.Hasta onkoloji kliniğince rabdomyosarkom olarak kabul edildi ve medikal onkoloji kliniğince VAC (Vinkristin, Aktinomisın D,Siklofosamid) adjuvan kemoterapi tedavi protokolüne alınarak takip edilmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Rabdomyosarkomların en sık metastaz yaptığı yerler; regional lenf nodları, akciğerler ve kemiktir.Vakaların %30-40'ında tanı anında retroperitoneal lenf bezi metastazı vardır ve metastazı değerlendirmek için ipsilateral retroperitoenal lenf nodu disseksiyonu (RPNLD) önerilmektedir. KT yapılmadan önce sadece cerrahi ile relapssız 2 yıllık sağkalım %50 iken multimodal tedavi ile bu oran %90 lara ulaşmaktadır.



**AMAÇ:** Parsiyel nefrektomi sonrası arteriyokalisiel fistüle yaklaşım.

**YÖNTEM:** Parsiyel nefrektomi sonrası geç dönem gelişen arteriyokalisiel fistülün süperselektif anjiyoembolizasyon ile tedavisi.

**BULGULAR:** 52 Yaşındaki erkek hasta acil servise ani başlayan makroskopik hematüri şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde 2 ay önce böbrek tümörü nedeniyle parsiyel nefrektomi yapıldığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, bilinci açık, oryante-koopere idi. Kan basıncı 80/50 mmHg, nabız 132 olarak saptandı. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde Hb:5.5 g/dl, Hct:17.7%, Kreatin:1.79 mg/dL olarak saptandı. Bilgisayarlı tomografi ile görüntülemesi yapılan hastada böbrek alt polü düzeyinde perirenal alanda ve batın duvarı içerisinde hematoma ile uyumlu yumuşak doku kitlesi izlendi. Hastada geçirilmiş renal cerrahi olması, aralıklı hematüri ataklarının olması üzerine arteriyovenöz/kalisiel fistül ön tanısı ile renal anjiyografi yapıldı. Anjiyografi sırasında arteriyokalisiel fistül saptanan hastaya eş zamanlı mikrocoiler ile embolizasyon uygulandı. Postoperatif 24. saatte hematürisi gerileyen hastanın genel durumu düzelinece taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Arteriyovenöz / kalisiel fistül parsiyel nefrektomi sonrası nadir görülen bir komplikasyondur. Erken tanı ve tedavide süperselektif anjiyoembolizasyon etkin bir yöntemdir.

P-04

## PARSİYEL NEFREKTOMİ SONRASI GEÇ KOMPLİKASYON: ARTERİYOKALİSİYEL FİSTÜL

Enis Mert Yorulmaz,<sup>1</sup> Sıtkı Ün,<sup>1</sup> Volkan Çakır,<sup>2</sup> Ahmet Selçuk Dindar,<sup>1</sup> Hakan Türk,<sup>3</sup> Osman Köse,<sup>1</sup> Ersoy Uysal<sup>1</sup>

1. S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir

2. S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, İzmir

3. Dumlupınar Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kütahya

P-05

## İDYOPATİK AŞIRI AKTİF MESANELİ KADINLARDA OTONOMİK SİNİR SİSTEMİ DİSFONKSİYONU

Cihan Toktaş,<sup>1</sup> Aykut Başer,<sup>1</sup> Ali Ersin Zümrütbaş,<sup>1</sup> Zafer Aybek<sup>1</sup>

1. Pamukkale Üniversitesi, Üroloji, Denizli

**AMAÇ:** HİPOTEZ: Miksiyon ve kontinans temel olarak otonomik sinir sistemi tarafından düzenlenir. Bu çalışmanın amacı; otonomik kardiyovasküler testler ve sempatik deri yanıtı testini kullanarak idyopatik aşırı aktif mesane (AAM) tanılı hastalarda muhtemel otonomik sinir sistemi (OSS) disfonksiyonunu araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Bu çalışmaya kurumumuz Üroloji Kliniğine başvuran ve AAM tanısı alan hastalar aydınlatılmış onamları alınarak dahil edildi. Kontrol grubu sağlıklı hastane çalışanlarından seçildi. OSS disfonksiyonuna yol açabilecek hastalıklar (Diabet, nörolojik hastalık) ve OAB'ye yol açabilecek patolojisi olanlar(üriner enfeksiyon,taş,mesane tümörü) çalışma dışında tutuldu. Tüm katılımcıların demografik verileri kaydedildikten sonra Türkçeye valide edilmiş OAB-SF testi doldurtuldu. Tüm katılımcılara (hasta-kontrol) kullanımı global olarak kabul görmüş olan OSS-Kardiyovasküler (KV) testler ve sempatik deri yanıtı için EMG (Medelec Premier plus/London) yapıldı. OSS-KV test olarak hand grip exercise, cold pressor test ve R-R interval değişikliği (istirahat ve hiperventilasyon) testleri kullanıldı. Ayrıca tüm katılımcılara serbest miksiyon sonrası PVR ölçümü yapıldı.

Bu çalışma için Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 15.12.2015 tarih ve 21 sayılı onay alınmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya Aralık 2015 ve Mart 2016 tarihleri arasında 22 AAM tanılı hasta ve 23 kontrol alındı.(ortalama yaş 53,6 ve 51,3). Ortalama OAB skorları sırasıyla 22 ve 3 olarak saptandı. ( $p<0,05$ ) Hasta grubundan 3 katılımcı hand grip testini tamamlayamadı bu yüzden bu test 20 hasta üzerinden değerlendirildi. Her iki grubun en yüksek PVR değeri sırasıyla 70 ml ve 30 ml olarak saptandı. Hasta grubunda 16, kontrol grubunda ise 11 kişi menopozdu. ( $p>0,05$ )Soğuk su testi hasta grubunda % 39 kontrol grubunda ise % 22 oranında (+) saptandı. El sıkma testi ise hasta grubunda %60 kontrol grubunda %41 oranında (+) saptandı. Fakat her iki grup karşılaştırıldığında iki testte de anlamlı farklılık saptanmadı. Sempatik deri yanıtı ise elde

Tablo 3:OSS test sonuçları

Test	AAM	Kontrol	p
<b>Soğuk su(Cold Pressor)</b>			
Pozitif Test	9/23	5/22	$p>0,05$
TA değişimi	11,52	12,72	$p>0,05$
<b>El kavrama(Hand Grip)</b>			
Pozitif Test	12/20	9/22	$p>0,05$
TA değişimi	11,30	9,18	$p>0,05$
<b>RR interval değişikliği</b>			
Normal değerlere göre (+) olanlar	12/23	16/22	$p>0,05$
<b>RR interval değişikliği (msn)</b>			
(Hiperventilasyon-istirahat)	13,52	13,53	$p>0,05$
<b>EI SDY(-)</b>	2/23	1/22	
<b>Ayak SDY(-)</b>	1/23	0/22	

2 hasta ve 1 kontrol, ayakta ise 1 hastada negatif olarak saptandı. R-R interval değişikliği testinde de her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda iki grup testlerde iki grup arasında fark saptanmasına rağmen istatistiksel anlam taşımamaktadır. Bunun nedeni olarak hasta ve kontrol grubumuzun sayıların az olması gösterilebilir. Bu yazıda halen devam eden bir çalışmanın ilk bulguları yayınlanmış olup çalışma tamamlandığında bu sonuçlar değişiklik gösterebilir.

P-06

## SİSTOPROSTATEKTOMİ ÖNCESİNDE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ İLE SAPTAMAYAN ÜST ÜRİNER SİSTEM TÜMÖRÜNÜN FLEKSİBL URS İLE GÖSTERİLMESİ: OLGU SUNUMU

Murat Zor,<sup>1</sup> Bahadır Topuz,<sup>2</sup> Mustafa Sertaç Yazıcı,<sup>3</sup> Sami Uğuz,<sup>2</sup> Nahid Yunusov,<sup>1</sup> Bilal Fırat Alp,<sup>1</sup> İbrahim Yıldırım<sup>4</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Üroloji, Ankara

2. GATA-Ankara, Üroloji, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji, Ankara

4. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Fleksibl URS ile üst üriner sistem taşları etkin bir şekilde tedavi edilmektedir. Fleksibl URS taş cerrahisinin yanında üst üriner sistem tümörlerinin tanı ve tedavisinde de kullanılmaktadır. Amacımız sistektomi öncesinde görüntüleme yöntemleriyle ortaya konamayan üst üriner sistem tümörünün fleksibl URS ile saptanmasını ve vakanın yönetimini sunmaktır.

**YÖNTEM:** 77 yaşında erkek hasta kliniğimizde düşük dereceli invaziv olmayan mesane tümörü nedeniyle takipteydi. Mesane tümörü nedeniyle 7 defa TUR-MT yapılmıştı. İntravezikal BCG terapisi sonrası



BCG sistiti gelişmişti. Son zamanlarda inkontinans şikayeti ve üre-kreatinin değerlerinde yükselme saptandı. Videoürodinamide mesane basıncının arttığı, kapasitenin azaldığı ve bilateral yüksek dereceli VUR saptandı. Toraks BT'de akciğerde kitle saptandı ve rezeksiyon yapıldı. Patoloji metastatik ürotelyal karsinom olarak raporlandı. MR ürografide bilateral üreterohidronefroz, tortiyoze üreterler ve mesane duvar kalınlığında artış saptandı (Resim 1). Sistoskopide prostatik üretra ve mesane içerisinde yaygın tümör izlendi. Sistektomi yapılmasına karar verildi. Sistoprostatektomi sonrasında üreter alt uçlarından frozen gönderildi ve malignite saptanmadı. Açık olan üreter alt uçlarından fleksibl URS ile girildi (Resim 2), sağ üreter üst bölüm ve renal pelviste tümör saptandı (Resim 3). Ek olarak sağ radikal nefroüretarektomi de yapıldı. Sol üreterokutanestomi sonrasında cerrahi prosedür tamamlandı. Sistoprostatektomi ve renal pelvis patolojisi düşük dereceli papiller ürotelyal karsinom olarak raporlandı.

**BULGULAR:** Fleksibl URS üst üriner sistem tümörlerinin tanı ve tedavisinde 1980 yılından beri kullanılmaktadır. Şu anda fleksibl URS; üst üriner sistem ürotelyal karsinomunda konservatif tedavide veya radikal tedavi sonrası postoperatif izlemde kullanılabilir. Fleksibl URS ile holmium YAG lazer kullanarak ablasyon ve rezeksiyon yapılabilmektedir. Bu vakada radikal cerrahi öncesi yapılan görüntüleme üst üriner sistemde tümör saptanmamıştır. Üreter alt uç frozen incelmesinde malignite olmamasına rağmen fleksibl URS kullanılarak üst üriner sistem karsinomu tespit edilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Özellikle riskli hastalarda sistoprostatektomi sırasında üreter alt uç cerrahi sınırda malignite olmasa bile fleksibl URS ile üst üriner sistemin kontrol edilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Fleksibl URS üst üriner sistem karsinomunun saptanmasında etkin bir şekilde kullanılabilir.

P-07

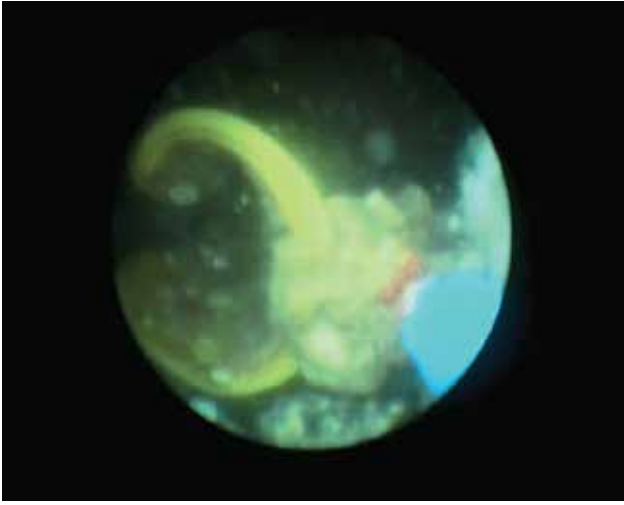
### MESANE TAŞI OLGUSUNDA BEKLENMEDİK NİDUS: BALONU PATLATILARAK ÇIKARTILMIŞ ÜRETRAL FOLEY KATETERDEN KOPAN BALON ARTIĞI LATEX FRAGMAN

Şahin Bağbancı,<sup>1</sup> Mümtaz Dadalı,<sup>1</sup> Samet Çetinkaya,<sup>2</sup>  
Ayhan Karabulut,<sup>1</sup> M Levent Emir<sup>1</sup>

1. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir  
2. Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

**AMAÇ:** Mesane taşları çok çeşitli sebeplerden meydana gelebilirler. Günümüzde sıklıkla endoürolojik cerrahi yöntemlerle tedavi edilen mesane taşlarının oluşum sebeplerinden birisi de mesane içerisinde yabancı cisimlerdir. Sistolitotripsi esnasında fark edilen, daha önce balonu patlatılarak çıkartılmış üretral foley kateterden kopan balon artığı latex fragman üzerinde oluşmuş mesane taşı olgusunu burada sunuyoruz.

**YÖNTEM:** 65 yaşında erkek hasta acil servise üriner retansiyon nedeniyle başvurdu. Öyküsünden, altı ay önce dış merkezde transüretral prostat rezeksiyonu yapıldığı, cerrahi sonrası sondalı olarak taburcu edildiği ve taburculuğundan iki ay sonra sondasını çektiirmek için başvurduğu öğrenildi. Hastanın öyküsüne göre ilk denemede sondasının çıkartılmadığı ve sonda balonunun şişirilerek patlatılması sonrasında çekilebildiği öğrenildi. Bu



yöntemle sondası çekilen hastada bir süre sonra düşük idrar akım hızıyla işeme ve işerken zorlanma şikayetleri başlamış. İdrar yapamama şikayetiyle acil servisimize başvuran hastada üriner retansiyon olduğu saptandı. Üretral yoldan foley kateter takılamayan hastaya ultrasonografi (USG) eşliğinde 12 Fr sistostomi kateteri takıldı. USG esnasında mesanede yaklaşık 3 cm'lik bir taş olduğu görüldü. Hastaya üretrosistoskopi yapılması planlandı.

**BULGULAR:** Spinal anestezi altında yapılan üretrosistoskopide saptanan bulböz üretradaki darlık internal üretrotomi ile geçildi. Mesanede yaklaşık üç cm'lik taş olduğu görülerek holmium:YAG lazer kullanılarak kırıldı. Sistolitotripsiye başlandıktan sonra taşın merkezinde latex fragman olduğu görüldü. Bu parçanın hastanın çıkmayan üretral kateterinin balonunun şişirilerek patlatılması esnasında kopan bir parça olduğu anlaşıldı. Bu fragman yaklaşık 1,5 cm uzunlukta idi. Taş kırıldıktan sonra forseps ile latex fragman dışarı alınarak 18 Fr sonda takıldı. Bir hafta sonra sonda çekildi ve hasta sorunsuz işedi.

**ÇIKARIMLAR:** Çıkmayan üretral foley kateterlerde, kateter balonu hangi yöntemle patlatılırsa patlatılsın kateter çıkartıldıktan sonra balonun bütünlüğü kontrol edilmelidir. Kopabilecek latex parçalar mesane taşı oluşumuna sebep olmaktadır. Endoürolojik yöntemler hem mesane taşı hem de mesanede yabancı cisimlerin tedavisinde ilk seçenektir.

P-08

## THE EFFECT OF VARICOCELECTOMY ON THE RELATIONSHIP OF OXIDATIVE STRESS IN PERIPHERAL AND INTERNAL SPERMATIC VEIN WITH SEMEN PARAMETERS.

Ahmet Camtosun,<sup>1\*</sup> Ramazan Altıntaş,<sup>1</sup> Huseyin Çelik,<sup>1</sup> Caner Ediz,<sup>1</sup> Cemil Çolak,<sup>2</sup> Kevser Tanbek,<sup>3</sup> Cabir Alan,<sup>4</sup> Suat Teki<sup>3</sup>

1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Malatya

2. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik, Malatya

3. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji, Malatya

4. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Çanakkale

**AMAÇ:** The aim of this prospective controlled study is to investigate the levels of reactive oxygen species (ROS), including asymmetric dimethylarginine (ADMA), oxidative stress index (OSI) and total oxidant capacity (TOC), and antioxidants with total antioxidant capacity (TAC) in peripheral and internal spermatic veins blood, the relationship of these factors with sperm parameters in the infertile varicocele patients, and the amelioration effect of varicocelectomy on these outcomes.

**YÖNTEM:** Thirty-one primary infertile varicocele patients and 31 fertile control patients evaluated for determining the levels of ADMA, TOC, OSI, superoxide dismutase (SOD), glutathione (GSH), TAC and semen analysis.

**BULGULAR:** The patients' preoperative SOD, GSH and TAC levels, which were significantly lower than the controls, significantly increased postoperatively. Although SOD and GSH were significantly higher in spermatic vein compared to median cubital vein, TAC was significantly higher in median cubital vein. ADMA, TOS and OSI were significantly higher in the patient group. TOS and OSI were significantly higher in spermatic vein compared to median cubital vein. Postoperative TOS, OSI and ADMA reduced to the control levels.

**ÇIKARIMLAR:** TAC in the peripheral circulation and OSI in the internal spermatic vein could give an idea about the possible improvement in sperm count acquired by varicocelectomy.

P-09

## DOUBLE J STENT'S QUALITY OF LIFE, JOB PERFORMANCE, URINARY SYMPTOMS, PAIN AND SEXUAL LIFE IMPACT

Ahmet Camtosun,<sup>1</sup> Huseyin Çelik,<sup>1</sup> Sait Biçer,<sup>2</sup> Ramazan Altıntaş<sup>1</sup>

1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Malatya

2. S.B. Ankara Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üroloji, Ankara

**AMAÇ:** A double-J ureteral catheter (DJ) material commonly used in urological surgery. This material remains in the body, an average of 4-10 weeks. In our study, the effect on the quality of life of the people of this catheter, business performance, pain, urinary symptoms of the condition, we investigated the effects of sexual life.

**YÖNTEM:** February 2012-september 2014 between the dates were operated in our clinic and double-J attached to the DJ of the patients' s while the DJ and removed after 2 weeks later quality of life, job performance, the pain, the condition of urinary symptoms was evaluated in sexual quality of life questionnaire.

**BULGULAR:** A total of 72 patients were enrolled. The mean age of patients was 40 (23-60) (29 female, 43 male), respectively. DJ while quality of life of patients, business performance, pain, urinary symptoms and sexual life is adversely affected.

**ÇIKARIMLAR:** DJ affect people's lives negatively. This catheter means to reduce the adverse effects on human life, and are needed medical treatment.

P-10

## KLİNEFELTER SENDROMUNDA EN AZ KAÇ MİKRO TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU (M-TESE) YAPILMALIDIR?

Ahmet Şalvarcı,<sup>1</sup>

1. Novafertil Tüp Bebek Merkezleri, Üroloji, Konya

**AMAÇ:** Klinefelter sendrom tanılı hastalarda sperm bulunanların geçirdikleri m-TESE sayılarını retrospektif incelemek ve bu hastalarda redoing m-Tese için bir öngörü oluşturmak.

**YÖNTEM:** 2008-2012 arasında m-redoing - Tese de sperm bulunan genetik tanılı n=19 Klinefelter hasta retrospektif olarak ,fizik muayeneleri, skrotal ultrasonları, kanda fsh,total testosteronları (tt) , Y kromozom mikordelesyonlarına bakıldı. Önceden n=15 hasta bir kere , n=4 hastaya iki kere m-Tese uygulanmış idi. Patojik tanısı sadece 9 hastanın öncede Johanson 2-4 arasında belirtilmişti.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 27±8.5 ve evlilik süreleri 6±2.1 yıl idi. Testis volumleri ultrasonografide 23±0.7 ml. Ortalama fsh, lh sırasıyla 39.12 mIU/mL, 28.22 ng/dL ve tt ortalamaları 266.23± 28.22 ng/dL ölçüldü. 47,XXY mosaik ,non-mosaik hastalarda AzF delesyon izlenmedi. Bir kere m-Tese geçirmiş n=15 hastanın redoing m-Tese de n=6 sında ve iki kere m-Tese uygulanan n=4 hastadan redoing m-Tese de n=1 de sperm bulundu. Bir kere m-Tese uygulanan ve ikinci kere redoing m-Tese yapılan n=6 hastanın n=4 ünde hamilelik ve n=2 sinde canlı doğum gerçekleşti. **ÇIKARIMLAR:** Klinefelter sendromlu ikinci kere redoing m-Tese uygulanan hastalarda sperm bulundu. Bu hastalarda gebelik ve canlı doğum izlendi.

P-11

## PERİPROSTATİK LOKAL ANESTEZİNİN TEKRARLAYAN PROSTAT BİYOPSİSİ ÜZERİNE ETKİSİNİN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Ekrem Akdeniz,<sup>1</sup> Sevda Akdeniz,<sup>2</sup> Mustafa Suat Bolat,<sup>1</sup> Önder Çınar,<sup>1</sup> Alper Bitkin,<sup>1</sup> Nevin Esra Gümüş<sup>2</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

2. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Samsun

**AMAÇ:** Çalışmamızda daha önce prostat biyopsisi deneyimi yaşayan ve yaşamayan hastalarda %2 lidokain ile yapılan periprostatik sinir bloğunun ağrı palyasyonu açısından etkisi retrospektif olarak araştırılması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmamıza Ocak 2013 - Haziran 2016 tarihleri arasında genişletilmiş (12 kor) ve satürasyon (22 kor) biyopsisi yapılan hastalar alındı. Hastalar, genişletilmiş biyopsi yapılan hastalar (Grup I), satürasyon biyopsisi yapılan hastalar (Grup II) ve ilk defa biyopsi yapılacak kontrol grubu hastalar (Grup III) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Tüm hastalara 10 cc % 2 lidokain transrektal ultrasonografi (TRUSG) eşliğinde prostatın her iki seminal veziküler bileşkesine ve

Tablo

	Grup I mean±SD (min-max)	Grup II mean±SD (min-max)	Grup III mean±SD (min-max)	P
n	30	30	30	
Yaş (yıl)	57.26±4.9 (49-73)	60.93±7.1 (49-74)	56.5 ± 5.69 (49-74)	0.261
PSA (ng/ml)	7.25±1.49 (4.1-9.9)	7.41±1.69 (5.4-9.8)	6.57±1.88 (2.8-9.6)	0.249
Prostat hacmi(mL)	37.76±9.05 (23-50)	39.83±8.35 (28-50)	39.66±7.58 (25-50)	0.231
VAS	2.96±1.06 (1-5)	3.2±1.47 (1-7)	2.93± 0.94 (1-6)	0.136

apeksine uygulandı. Tüm hastalardan ultrason probu girişi sırasındaki hissettikleri deneyimin tarif edilmesi istendi. Sorunsuz, rahatsız edici, ağrılı ve çok ağrılı şikâyetlerinden birini seçmesi istendi. Daha sonra hastaların ağrı düzeyleri daha önce kendilerine detaylı olarak anlatılan 10-point linear Visual Analog Scale (VAS) (0= ağrı yok, 10 =dayanılmaz ağrı) yardımıyla ile belirlenerek değerler kaydedildi.

**BULGULAR:** Gruplar arasında yaş, PSA değeri ve prostat hacmi açısından bir fark izlenmedi (Tablo 1). Hastalardan ultrason probu girişi sırasındaki hissettikleri deneyimin tarif edilmesi istediğimizde hastalarımızın hiçbiri prob girişinin sorunsuz olduğunu belirtmedi (Şekil 1). 90 hastanın 72'si (%80) prob girişini rahatsız edici buldu. Prob girişini ağrılı bulan hastalar Grup I, Grup II ve Grup III'de sırasıyla 4 (% 4.4), 6 (% 6.6) ve 7 (% 7.7) olarak bulundu. Sadece Grup III'teki 1 (%1.1) hasta prop girişinin çok ağrılı olduğunu belirtti.

İşlem sonrası grupların VAS değerleri sırasıyla 2.96±1.06, 3.2±1.47 ve 2.93± 0.94 cm olarak bulundu (p>0.05). Sayısal olarak en yüksek ağrı skoru Grup II'de, en düşük ağrı skoru Grup III'de bulundu. Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark izlenmedi. Grup I ve Grup II'deki hastaların ilk biyopsilerindeki VAS skorları sırasıyla 2.6±1.10 ve 2.73±1.28 cm idi. Bu iki grupta ilk ve re-biyopsi arasındaki VAS skorları arasında istatistiksel olarak bir fark izlenmedi. Ayrıca hiçbir hasta re-biyopsi işlemini ilk biyopsi işlemine göre daha ağrısız bulmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Prostat biyopsilerinde klinisyenlere düşen görev etkili bir anestezi ile hem hastanın daha az ağrı duymasını sağlamak hemde işlemi kendi açısından daha rahat uygulamaktır. Re-biyopsilerde alınan doku sayısı fazla ve işlem uzundur. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kor sayısı arttıkça ağrı şiddetinin arttığı bulunmuştur. Ancak yinede % 2 lidokainle yapılan periprostatik lokal anestezi prostat re-biyopsilerde hem hasta hem de doktor açısından oldukça etkin bir yöntem olduğu söylenebilir.

P-12

## DESMOPRESSİNİN AĞIZDA ERİYEN FORMU ERKEK ERİŞKİN ENÜREZİSİNDE ETKİN Mİ: HASTALARIMIZIN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Turgay Ebiloğlu,<sup>1</sup> Yasin Aydoğmuş,<sup>1</sup> Engin Kaya,<sup>2</sup> Yusuf Kibar<sup>3</sup>

1. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. GATA, Üroloji, Ankara

3. GATA, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Enürezis 5 yaşın üzerinde gece altını ıslatma olarak tanımlanmaktadır. Yaşlaşık 7-8 yaşındaki çocukların %7-22'sini etkilemektedir. Enürezis şikâyeti olan %15 çocuk her yıl spontan olarak düzelmektedir. Ancak, bu durum erişkin dönemde %1 ihtimal ile gözlenmeye devam etmektedir. Bu çalışmamızda desmopressinin ağızda eriyen formunun (DAEF) erişkin erkeklerdeki etkisini değerlendirdik.

**YÖNTEM:** Hastalara her gece 120 mcg DAEF verilmiştir. Hastalar 2 hafta sonra kontrol edilmiştir. Tüm hastalara uygun şekilde sıvı kısıtlaması önerilmiştir. Tedaviye cevap hiçbir ıslak gecenin gözlenmemesi olarak tanımlanmıştır. İki hafta sonunda tedaviye cevap alınan hastalara ilaç 3 ayı tamamlayacak şekilde düzenli olarak verilmiştir. Tedaviye cevap alınmayan hastalara ilaç verilmemiştir. Üçüncü ayda ilacın kesilmesi amacı ile iki gecede bir DAEF alınması sağlanmıştır. Dördüncü ayda yanıtlar değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** 15 enürezisli erişkin erkek hasta mevcuttur. Ortalama yaş 22.6 (19-24)'dir. Dokuz (%60) hasta 2. hafta ve 3. ayda tedaviye yanıt vermiştir. Ilacın kesilme aşamasından sonra (4. ay kontrolünde) 9 hastanın 7'si (%46) yeniden enürezis şikâyeti yaşamaya başlamıştır. Özet olarak sadece 2 hasta (%13) enürezis şikâyetinden kurtulmuştur.

**ÇIKARIMLAR:** DAEF ilaç kullanılırken belirgin etkiye sahiptir. Ancak, ilaç kesilmesi sonrası yüksek nüfus oranına sahiptir.

P-13

## ÇOCUKLARDA BİLATERAL ÜROLİTHİYAZİSİN NADİR BİR NEDENİ: KSANTİNÜRİ

Sami Uğuz,<sup>1</sup> Ramazan Demirci,<sup>1</sup> Hüseyin Tomruk,<sup>1</sup>  
Bahadır Topuz,<sup>1</sup> Hasan Cem İrkilata,<sup>1</sup> Selahattin Bedir<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Klasik ksantinüri, ksantin dehidrogenaz enzimi eksikliği ile oluşan otozomal resesif geçişli kalıtsal bir hastalıktır. Ksantin ürik asite dönüşümünde eksiklik vardır. Çocuklarda ürolithiyazisin çok nadir bir nedenidir. İdrar ve kanda hipoksantin ve ksantin yüksekliği, hipoürisemi ve hipoürikozüri ile seyreder. Tanı ve tedavide gecikme ciddi böbrek hasarına neden olabilir. Bu bildiride ksantinüri kaynaklı bilateral ürolithiyazis ve akut böbrek yetmezlikli bir olgu sunulmuştur

**YÖNTEM:** Yaklaşık 15gündür kusma, idrar miktarında, emmesinde azalma, huzursuzluk ve vücudunda şişlik şikayetleri ile 1 yaşında erkek hasta ailesi tarafından üroloji polikliniğine getirildi. Hastanın soygeçmişinde anne ve babası arasında akrabalık vardı. Ailede bilinen taş öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenesinde boy ve ağırlık 75-90 persentil aralığındaydı, hastada yaygın ödem mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Ateş:36,7, Üre:107 (5,0-17,9 mg/dL), Kr:3,96 (0,3-0,7 mg/dL), Ürik asit:0,1 (2,0-5,5 mg/dL) bulundu. İdrar analizinde dansite:1007, ph:7.0 olarak tespit edildi. Üriner sistem ultrasonografisinde bilateral toplayıcı sistemler grade 3 dilate idi. Ayrıca her iki böbrekte bilateral milimetrik taşlar izlendi. Çekilen tomografisinde sol renal pelviste 7 ve 5 mm boyutlarında iki adet taş, sağ üreter alt uçta 8 mm boyutunda bir adet ve sağ böbrek renal pelvis ve alt polde 5-6 mm iki adet taş izlendi. Hastaya bilateral hidronefroz ve kreatinin yüksekliği nedeniyle bilateral nefrostomi katateri takıldı. 3 gün sonra hastanın Üre:19 Kr:0.38 olarak tespit edildi. Yapılan 24 saatlik idrar tetkikinde kalsiyum, magnezyum, oksalat, sitrat, sistinbdüzeyleri normal fakat ürik asit atılımı ölçülemeyecek kadar düşükdüzeydeydi (250-750 mg/gün). Daha sonra elektif olarak sağ üreterorenoskopi ve lazer litotripsi işlemi uygulandı. Sağ nefrostomi katateri çekildi ve sağ üretere D-J kateter kondu. Bir ay sonra sağ D-J katater çekildi, sol renal pelvisteki taşa üreterorenoskopi ve lazer litotripsi işlemi uygulandı. Sol nefrostomi katateri çekildi ve sol D-J katater kondu. Postoperatif 1. günde hastanın üretral katateri çekildi. Postoperatif



3. haftada sol D-J katateri çekildi.

**BULGULAR:** Yapılan taş analizinde ksantin (C<sub>5</sub>H<sub>4</sub>N<sub>4</sub>O<sub>2</sub>) taşı saptandı. Tüm bu bulgularla olguya klasik ksantinüri tanısı kondu. Hastaya pürinden fakir diet ve bol sıvı alması önerildi. Ameliyat sonrası 6. ay kontrolünde hastanın herhangi ürolojik yakınması saptanmadı ve üriner ultrasonografisi normaldi.

**ÇIKARIMLAR:** Klasik ksantinüri, doğuştan ksantin dehidrogenaz enzim eksikliğinin neden olduğu, nadir görülen, otozomal resesif geçişli, pürin metabolizma bozukluğudur. Klasik ksantinürinin spesifik bir tedavisi yoktur. Oluşan taşların tedavisinde endoskopik yöntemler uygulanabilir. Sıvı alımının artırılması ve pürinden kısıtlı diyet yeni taş oluşumunu önlemede önem arz etmektedir.

P-14

## PERKUTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONLARI SONRASI RE-ENTRY GERÇEKTEN GEREKLİ Mİ?

Turgay Ebiloğlu,<sup>1</sup> Engin Kaya,<sup>1,2</sup> Murat Zor,<sup>2</sup>  
Selahattin Bedir<sup>2</sup>

1. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Perkutan nefrolitotomi operasyonları için en uygun nefrostomi yöntemini belirlemek.

**YÖNTEM:** 2008 ile 2016 yılları arasında 80 hastaya >20 mm'lik böbrek taşı nedeni ile PNL uygulanmıştır. Operasyonlarda rastgele olarak bir gruba 14F reentry kateteri ile nefrostomi uygulanmış, diğer gruba 14F nelaton kateter ile nefrostomi uygulanmıştır. Re-entry kateter uygulanan grup 1, nelaton kateter uygulanan grup 2 olarak tanımlanmıştır. Sonrasında taşsızlık oranları (TO), komplikasyon oranları (KO), nefrostomi çıkarılma zamanları (NÇZ), normal hayata dönüş zamanı (NHDZ) karşılaştırılmıştır. Kompliasyonlar Dindo-Clavien sınıflandırmasına göre tanımlanmıştır.

**BULGULAR:** Grup 1 ve 2'de 40'ar hasta bulunmaktadır. TO grup 1 ve 2'de sırası ile 73% and 66% olarak saptanmıştır (p=0.001). Grup 1'de 6 (7%)



hastada grade 1 komplikasyon, grup 2'de 7 (8%) hastada grade 1 komplikasyon gözlenmiştir. Grup 1'deki 1 hastaya kan transfüzyonu uygulanmıştır. KO oranları arasında fark bulunmamaktadır ( $p=0.89$ ). NÇZ grup 1 ve 2'de sırası ile  $5.47 \pm 2.33$  (0-14) ve  $5 \pm 1.61$  (3-9) olarak tespit edilmiştir ( $p=0.184$ ). NHDZ grup 1 ve 2'de sırası ile  $6.34 \pm 2.81$  (2-15) ve  $6.02 \pm 1.63$  (3-10) olarak tespit edilmiştir ( $p=0.424$ ). Grup 1'deki kateter fiyatının grup 2'ye kıyasla daha fazla olduğu gözlenmiştir ( $p=0.001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** Benzer NÇZ, NHDZ, ve daha ucuz fiyat ile 14F nelaton ile nefrostomi uygulaması PNL operasyonu için daha uygun gözlenmektedir.

P-15

## ÇOCUKLUK ÇAĞI BÖBREK TAŞI HASTALIĞINDA ESWL SONUÇLARIMIZ

Engin Kaya,<sup>1</sup> Turgay Ebiloğlu,<sup>2</sup> Giray Ergin,<sup>3</sup> Burak Köprü,<sup>4</sup> Bahadır Topuz,<sup>1</sup> Hasan Cem İrkilata,<sup>5</sup> Yusuf Kibar<sup>5</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara
2. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara
3. Kuru Hastanesi, Üroloji, Ankara
4. Konya Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara
5. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Çocukluk çağı böbrek taşı hastalığında ESWL başarısını değerlendirmek.

**YÖNTEM:** 2007 ile 2016 yılları arasında 36 çocuğa böbrek taşı hastalığı nedeni ile ESWL uygulanmıştır. Taşsızlık oranı (TO) değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların 18'i (50%) erkek ve 18'i (50%) kız'dır. Ortalama yaş 7.9 (3-13)'dir. Ortalam taş boyutu 9.71 (5-20) mm'dir. Bulgular tablo'da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

**ÇIKARIMLAR:** Çocukluk çağı böbrek taşında ESWL iyi TO'ya sahip bir yöntemdir.

Tablo	
Taş yeri	22(41%) sol, 14(39%) sağ
Böbrek içinde taş yeri	4(11%) üst pol
	18(50%) orta pol
	14(39%) alt pol
Taş boyutu (mm)	9.71(5-20)
Taşsızlık oranı (3.ay)	25 (70%) taşsız
	6 (16%) semptomatik olmayan rezidü
	5 (14%) semptomatik rezidü

P-16

## PERKUTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARIMIZ

Selahattin Bedir,<sup>1</sup> Murat Zor,<sup>1</sup> Engin Kaya,<sup>1</sup> Turgay Ebiloğlu<sup>2</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji, Ankara
2. Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Yirmi mm üzerindeki böbrek taşlarında perkutan nefrolitotomi (PNL) başarı sonuçlarımızı değerlendirmek.

**YÖNTEM:** 2007 ile 2016 yılları arasında 158 hastaya >20 mm'lik böbrek taşı nedeni ile PNL uygulanmıştır. Taşsızlık oranı (TO) ve komplikasyon oranı (KO) değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastaların 129 (81.6%)'sı erkek, 29 (18.4%)'ü bayan'dır. Doksan yedi (61.4%) taş sağ böbreğe, 61 (38.6%) taş sol böbreğe yerleşmiştir. Ortalama yaş  $40 \pm 17.74$  (13-83)'dir. Operasyonlar sonrasında 114 (TO 72%) hasta taşsız, 44 (28%) hasta rezidü taşı olarak saptanmıştır. Rezidü taşın ortalama boyutu  $9.29 \pm 3.99$  (4-20) mm olarak tespit edilmiştir. Sonrasında bu 44 hastanın 18'ine (12%) ESWL uygulanmış, 4'üne (2%) F-URS uygulanmıştır. Yirmi iki hastada semptomatik olmayan alt pol rezidüsü saptanmıştır. Bu hastalara ek tedavi uygulanmamıştır. Hiçbir hastaya ek PNL uygulanmamıştır. Ek tedaviler sonrasında 19 (12%) hasta taşsız olmuş, 3 (2%) hastada ise halen rezidü taşlar gözlenmiştir. Toplamda TO 84% olmuştur. Ortalama operasyon süresi  $101 \pm 39$  (40-270) dk olarak saptanmıştır. Operasyon öncesi ve sonrası hgh miktarları sırası ile  $12.48 \pm 5.7$  (12-18.3) ve  $10.61 \pm 5.3$  (8.9-16.3) olarak saptanmıştır. Hgb düşüşü istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.0001$ ). Taburcu süresi  $6.21 \pm 2.53$  (2-15) gündür. Yüz kırk iki (89%) hastada komplikasyon gözlenmemiştir, KO 11% olarak saptanmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Yirmi mm üzerindeki böbrek taşlarında PNL iyi TO ve az KO'na sahip olması ile iyi bir tedavi seçeneğidir.

P-17

## DAHA ÖNCEKİ VIDEO OYUN DENEYİMİ LAPAROSKOPIK BECERİLERİ ETKİLER Mİ? YENİ BİR LAPAROSKOPIK EĞİTİM KUTUSU İLE TIP FAKULTESİ HARİCİNDEKİ ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Murat Akand,<sup>1</sup> Emre Altıntaş,<sup>1,2</sup> Özcan Kılıç,<sup>2</sup> Murat Gül,<sup>3</sup> Meter Bora Erdogdu<sup>4</sup>

1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

2. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

3. S.B. Van Bölge Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Van

4. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilimleri Genel Müdürlüğü, Ölçme ve Değerlendirme Bölümü, Ankara

**AMAÇ:** Önceden video oyunu oynamış ve oynamamış tıp fakültesi dışındaki üniversite öğrencileri arasında yeni geliştirilen bir eğitim kutusu kullanarak laparoskopik becerilerini karşılaştırılması.

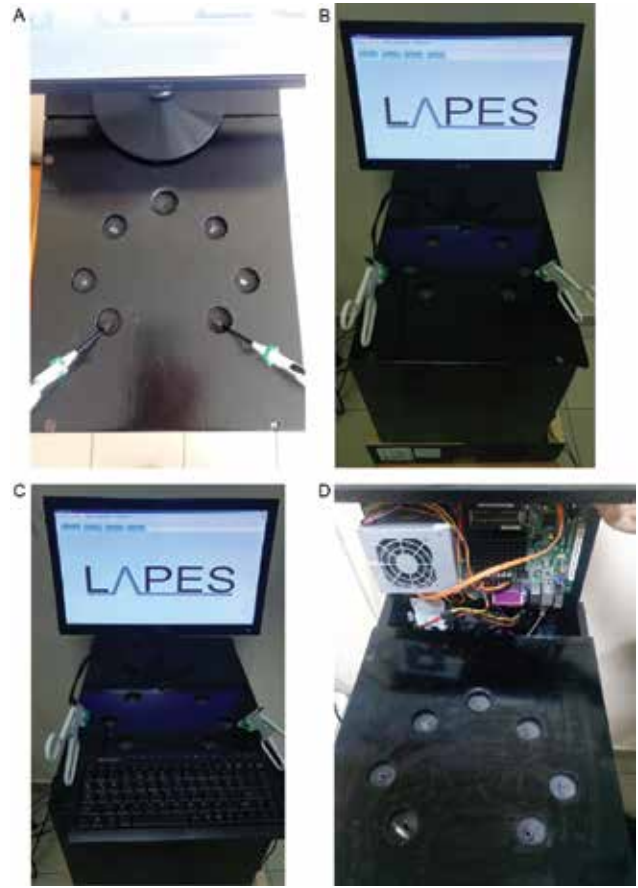
**YÖNTEM:** Katılımcılar Selçuk üniversitesinin Tıp Fakültesi haricindeki fakültelerinden toplandı. 60 üniversite öğrencisi video oyunlarındaki tecrübelerine göre 2 eşit gruba ayrıldı. Katılımcılarının hiç birinin laparoskopik eğitim tecrübesi bulunmuyordu. Puanlama ve analiz için kullanılan yazılım RadStudio ile geliştirildi.

Bütün katılımcılar yaş, cinsiyet ,okul türü eğitim yılı daha önceki video oyunu tecrübelerinin sorulduğu kısa bir form doldurdu. Eğitim kutusu, aletler ve çalışmanın anlatıldığı bir video hazırlandı ve bütün katılımcılara izletildi.

Geliştirilen laparoskopik çalışma kutusunun içindeki mini bilgisayar yardımıyla katılımcıların performansı,

toplam çalışma süresi gibi nümerik sonuçlar elde edilebilmektedir. İstenirse bilgisayar, önceden belirlenmiş süre aralıklarına göre katılımcının performans süresini gruplama özelliğine sahiptir. Geliştirilen kutunun önemli bir özelliği ise uzman eğiticinin kullanıcının performansını o an ya da daha sonra izleyebilmesidir. Ek olarak uzman kişi kullanıcının hesabına eş zamanlı ya da sonradan sözlü veya yazılı geri bildirim gönderebilir.

**BULGULAR:** Grupların ortalama yaşları 22.9 ve 23'dü .Görev 6 hariç tüm süreler video oyun deneyimi



**Tablo 1:** Deneyimsiz ve deneyimli grupta öğrenci cinsiyetlerine göre egzersiz sürelerinin dağılımı

	Süre (saniye)					
	Deneyimsiz			Deneyimli		
	Erkek	Kız	p değeri	Erkek	Kız	p değeri
Egzersiz-1	251.6 ± 72.9	251.1 ± 61.9	0.987	154.5 ± 24.6	164.8 ± 36.7	0.373
Egzersiz-2	206.3 ± 57.1	208.9 ± 43.2	0.887	107.8 ± 27.4	107.0 ± 26.6	0.936
Egzersiz-3	508.8 ± 176.2	556.0 ± 224.7	0.525	323.0 ± 91.1	342.5 ± 68.2	0.513
Egzersiz-4	284.5 ± 109.6	307.6 ± 61.6	0.491	255.0 ± 53.3	245.7 ± 53.7	0.636
Egzersiz-5	519.5 ± 210.6	547.4 ± 230.9	0.732	360.7 ± 54.3	402.4 ± 73.6	0.088
Egzersiz-6	332.3 ± 167.7	271.3 ± 110.8	0.257	270.3 ± 73.5	261.0 ± 78.6	0.739
Egzersiz-7	391.9 ± 195.8	349.8 ± 130.4	0.5	265.6 ± 46.6	256.8 ± 37.2	0.572
Total	2494.8 ± 736.3	2492.1 ± 512.5	0.991	1736.9 ± 205.2	1780.1 ± 160.3	0.526

Sonuçlar ortalama ± standart sapma şeklinde gösterilmiştir.

olan grupta istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısaydı. Toplam süre de video oyun deneyimi olan grupta daha kısaydı. Her grup kendi içinde kız erkek olarak ayrı ayrı incelendiğinde süreler açısından fark yoktu.

**ÇIKARIMLAR:** Video oyunu oynama tecrübesinin laparoskopik yetenek üzerine pozitif etkisi var gibi gözükmektedir. Bunun nedeni el-göz koordinasyonunun artması, görsel seçici dikkat kapasitesinin gelişmesi ve görsel uyaranlara tepki süresinde azalmayla alakalı olabilir. Buna rağmen video oyununun laparoskopik eğitimde rutine girmesi için daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

P-18

## NEFRON KORUYUCU CERRAHİ İLE DEV RENAL ANJİOMYOLİPOMA TEDAVİSİ

Sami Uğuz,<sup>1</sup> Ramazan Demirci,<sup>1</sup> Murat Zor,<sup>1</sup> Hüseyin Tomruk,<sup>1</sup> Bilal Fırat Alp,<sup>1</sup> Mehmet Fatih Can,<sup>2</sup> İbrahim Yıldırım<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Genel Cerrahi, Ankara

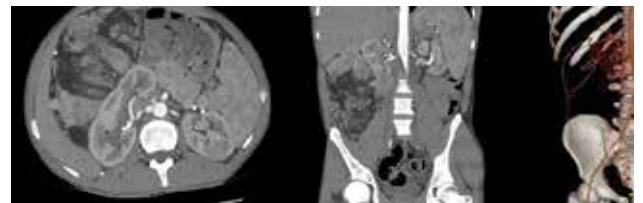
**AMAÇ:** Renal anjiyomiyolipomalar(AML); yağ doku, kan damarları ve kas dokudan oluşan benign tümörlerdir. İnsidansı % 0.3-3 arasında ve kadınlarda 4 kat daha fazladır. 4 cm üzerindeki AML'ler tümör içi yada perirenal kanamaya bağlı semptomatik olabilirler ve 10 cm üzerindeki, dev AML olarak isimlendirilir. Dev AML'de spontan veya minimal travmalara bağlı retroperitona yada renal toplayıcı sisteme hayatı tehdit edici şiddetli kanamalar olabilir. Renal AML, adenoma sebaceum (AS), mental retardasyon, beyinde hamartomatöz nodüller, kalpte rabdomiyomlarla vs ile seyreden tuberosklerozla ilişkili olabilirler. Bu bildiride sağ böbrek kaynaklı dev bir AML olgusu sunulmuştur.

**YÖNTEM:** Yaklaşık 3-4 yıldır karında asimetrik büyümesi olan 20 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile üroloji polikliniğine müracaat etti. Yapılan muayenesinde batın sağ üst kadranı dolduran ve asimetriye neden olan, palpasyonda sert bir kitle saptandı. Yüzünde ve cildinde AS ve sağda grade 3 varikoseli tespit edildi. Hastanın vücut kitle indeksi 23 kg/m<sup>2</sup> idi. Ateş:36.4, nabız:86/dk, BK:8300, Üre:34 Kr:0.97, TİT:normal, EKG ve ekokardiyografisi normal olarak değerlendirildi. MR'da sağ böbrek alt polden kaynaklanan, sağ batın yarısını kaplayan yaklaşık 13.5x20.5x22 cm boyutunda, içinde yağ dansiteleri barındıran lezyon saptandı ve böbreğin

orta hatta doğru itildiği gözlemlendi. Kitle; sağ renal arter proksimalinden ve aortadan çıkan arterler tarafından kanlanmaktaydı (Resim 1). Hastanın beyin BT'de her iki tarafta lateral ventriküllerde subependimal hamartomatöz nodüller saptandı. Psikiyatrik değerlendirmede IQ:83 olarak bulundu. Kitlenin büyük olmasından dolayı kanama riskini azaltmak için, sağ renal arterden ve superior mezenterik arterden çıkan dallara embolizasyon uygulandı ve kitleden biyopsi alındı. Patolojisi "Epiteloid AML" olarak raporlandı. Daha sonra hastaya kitle boyutunu ve vasküleritesini azaltmak amacıyla 6 ay Everolimus 10 mg 1x1 tedavisi verildi ve bitiminde çekilen kontrol BT'de kitlenin boyutlarında kısmi azalma ve vasküleritede azalma izlendi. Ardından hastaya eksplorasyon kararı alındı ve sağ subkostal insizyon ile sağ böbrek korunarak kitlenin tümü tek parça halinde çıkarıldı. Operasyon süresi yaklaşık 3.5 saati ve herhangi bir komplikasyon oluşmadı. Toplam kanama yaklaşık 200 cc olarak saptandı. Postoperatif 3. gün hastanın üretral kateteri, 4. gün loj dreni çekildi.

**BULGULAR:** Postoperatif 3. ayda; çekilen BT'de sağ böbreğin normal pozisyonunda olduğu, çekilen DMSA sintigrafisinde sağ böbreğin toplam böbrek fonksiyonlarına katkısı % 49 olarak ve parankim yapısı normal olarak raporlandı. 5. aydaki kontrolde hastanın herhangi ürolojik yakınması saptanmadı

**ÇIKARIMLAR:** Renal AML'lar büyük boyutlara ulaşabilen benign tümörlerdir ve tuberosklerozun bir komponenti olarak ortaya çıkabilirler. 4 cm üzerindeki renal AML'larda hayatı tehdit eden kanama riski nedeniyle cerrahi endikasyonu vardır. Dev AML tedavisinde nefrektomiden önce böbrek koruyucu yaklaşım denenmelidir.



P-19

**PRİMER ADRENAL LENFOMA**

Ayhan Arslan,<sup>1</sup> İlke Onur Kazaz,<sup>2</sup> Ömer Kutlu,<sup>3</sup>  
Nergiz Erkut<sup>4</sup>

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon

2. Karadeniz Üniversitesi, Farabi Hastanesi, Üroloji, Trabzon

3. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Antalya

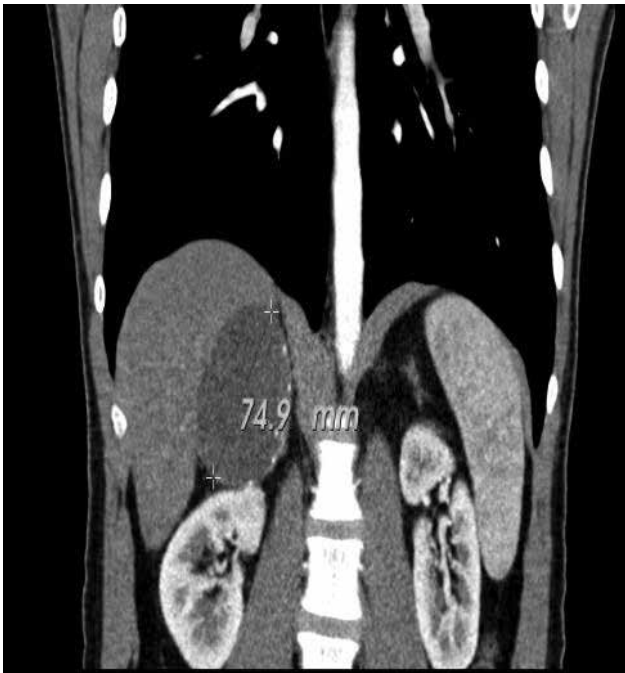
4. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hematoloji, Trabzon

**AMAÇ:** Nadir görülen primer adrenal lenfomalı bir hastanın olgu sunumu

**YÖNTEM:** 31 yaşında erkek hasta sağ sürrenal bezde 66x63 mm kitle olması sebebiyle araştırılmaya başlandı. Endokrinoloji bölümünde feokromasitoma olmadığına karar verilince laparoskopik olarak sağ sürrenalektomi yapıldı. Patoloji sonucu atipik b hücreli lenfoid infiltrasyon olarak geldi. Hematoloji bölümü tarafından kemik iliği biyopsisi yapıldı. Kemik iliği patoloji sonucu normoselüler kemik iliği olarak raporlandı.

**BULGULAR:** Hastanın patoloji sonucunda atipik b hücreli lenfoid infiltrasyon görülmesi üzerinde immunohistokimyasal çalışma yapıldı. Cd 20+ görüldü. Kemik iliği biyopsisi normoselüler olarak geldi.

**ÇIKARIMLAR:** Primer adrenal lenfomalar nadir görülen tümörlerdendir. Adrenal kitlelerde lenfoma olabileceği aklıda tutulmalıdır.



P-20

**KÜNT TRAVMA SONRASI BÖBREK KİST RÜPTÜRÜ**

Abdullah Gürel,<sup>1</sup> Serhat Tanık,<sup>1</sup> Sebahattin Albayrak,<sup>1</sup>  
Muhittin Atar,<sup>1</sup> Fatma Gündoğdu,<sup>2</sup>  
Muhammet Abdurrahim İmamoğlu<sup>1</sup>

1. Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

2. Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

**AMAÇ:** Teknolojinin gelişmesi ile birlikte travma insidansı ve travma cinslerinde değişiklikler ortaya çıkmıştır. Travmaya bağlı en sık etkilenen ürogenital organ böbreklerdir (tüm travmalarda %1-5 arasında böbrekler etkilenir). Travma sonrası böbreklerde kontüzyon, laserasyon ve vasküler yaralanmalar olabileceği gibi daha önce var olan kistlerin rüptür olabileceği de unutulmamalıdır.

**YÖNTEM:** 48 yaşında bayan hasta acil servise araç içi trafik kazası ile başvurdu. Hasta koroner arter hastalığı nedeni koroner Bypass operasyonu geçirmiş ve antiagregan kullanımı mevcut. Daha önceden bilinen üriner sistem hastalığı mevcut değil. Fizik muayenesinde solda kemik yapılarında kırıklar mevcuttu. Vital bulguları stabil olan hastaya yapılan laboratuvar incelemeleri ve görüntüleme yöntemlerinde Hgb:10 g/dl olarak ölçüldü. Sol ön kolda çift kemik kırığı, sol klavikulada kırık, sakrum nondeplase farktör, sol 1,2,3,4 kotta farktör, solda pnömotoraks ve sağ böbrekte (Grade 2-3 yaralanma?) (kist rüptürü???) izlendi. Hastaya 15. dakikada çekilen direk üriner sistem grafisinde pelvikaliksel yapılardan ekstrevasyon saptanmadı. Hastada



öncelikli olarak künt travma sonrası böbrek kist rüptürü düşündük. Radyoloji konsültasyonunda sağ böbrek etrafındaki koleksiyonun yoğunluğunun düşük olması nedeni öncelikli olarak kist rüptürü olabileceği bildirildi. Hastaya ilgili bölümlerce gerekli girişimler yapıldıktan sonra hasta yoğun bakıma alındı ve vital bulgular ve labaratuvar izlemleri yapıldı. Hgb değerleri ve vital bulguları stabil seyreden hastaya 4 gün sonra kontrol abdomen BT çekildi. Sağ böbrek etrafındaki koleksiyonun azalmış olduğu izlendi. Hastaya 15 gün sonra yapılan kontrol USG de böbrek çevresindeki koleksiyonun tamamen kaybolduğu izlendi.

**BULGULAR:** Olgumuzda sol taraftan künt bir travma geçiren hastanın kemik kırıkları ve kot fraktürüne bağlı pnömotoraksı sol tarafta olmasına rağmen sağ böbreğinde künt tarvmanın akselerasyon etkisine bağlı kist rüptürü meydana gelmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Travmanın geliş yönü, oluş şekli öncelikle yakın olan böbrekte hasar ihtimalini artırır ancak daha önce var olan renal patolijiler varlığında ise künt travmaya bağlı diğer böbreğin etkilenimi de olasıdır.

P-21

## PELVİK ORGAN PROLAPSUSUNDA ABDOMİNAL SAKROKOLPOPEKSİ SONUÇLARIMIZ

Nurullah Hamidi,<sup>1</sup> Perviz Hacıyev,<sup>2</sup> Murat Mermerkaya,<sup>3</sup> Adil Güçal Güçlü,<sup>4</sup> Ömer Gülpınar<sup>2</sup>

1. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara
3. DiĞER, Üroloji, Gaziantep
4. DiĞER, Üroloji, Nevşehir

**AMAÇ:** İleri evre Pelvik organ Prolapsusu(POP) olgularının cerrahi tedavisinde uygulanan abdominal sakrokolpopeksi (ASKP) operasyonunun anatomik ve fonksiyonel sonuçlarını sunmak

**YÖNTEM:** İleri evre (Baden evre  $\geq 3$ ) ve semptomatik POP nedeniyle ASKP uyguladığımız hastalar, tedavi öncesi ve sonrasında fizik muayene, pelvik organ prolapsusuna bağlı yaşam kalitesini formu, IIQ7 ve UDI-6 ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Nisan 2014 - Haziran 2015 tarihleri arasında ortalama yaşları 65 olan (52-80) 8 hastaya sakrokolpopeksi uygulandı. Histerektomi hikayesi olmayan 3 hastadan 2'sine histeropeksi, 1 hastaya ise eş zamanlı histerektomi uygulandı. Stres tipi idrar kaçırması olan bir hastaya eş zamanlı transobturatuar tape(TOT) uygulandı. TOT nedeniyle infravezikal

obstrüksiyon tespit edilen bir hastaya da eş zamanlı üretrolizis yapıldı. Takip süresi ortalama 7 ay( 3-13) olarak bulundu. Bir hastada semptomatik olmayan evre 2 anterior POP tespit edildi. Tüm hastalarda stress test negatifti. Tüm hastalarda postoperatif yaşam kalitesi ve IIQ7,UDI-6 skorlarında düzelleme saptandı. Hiçbir hastada vajinal meş erozyonu saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Semptomatik ileri evre POP olgularında ASKP operasyonu nüks ve hasta memnuniyeti yönünden etkin bir tedavi yöntemidir.

P-22

## ENDOSKOPIK ÜRETER TAŞI TEDAVİSİNDE AMELİYAT SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bora İrer,<sup>1</sup> Ozan Bozkurt,<sup>2</sup> Ömer Demir<sup>2</sup>

1. IBB Eşrefpaşa Hastanesi, Üroloji, İzmir
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Üreter taşlarının tedavisinde sık kullanılan endoskopik üreter taşı tedavisinde ameliyat süresini etkileyen faktörleri inceledik.

**YÖNTEM:** Çalışmamızda 2013 ve 2016 yılları arasında üreter taşı nedeniyle endoskopik üreter taşı ameliyatı olan 93 hastanın verileri geriye dönük olarak incelendi. Hastaların hepsinde litotriptör olarak Holmium N-YAG lazer litotriptör kullanıldı. Yaş, cinsiyet, taşın lokalizasyonu, taşın büyüklüğü, taşın Haunsfied unit (HU) skoru, taşa daha önce ESWL uygulanması, taş düşürme öyküsü ve double j kateter takılması gibi faktörlerin ameliyat süresine etkileri değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların demografik verileri Tablo-1 de sunulmuştur. Üreter taşına başarısız ESWL varlığı ( $r=0,585$  ;  $P \leq 0,001$ ) , üretere double j kateteri takılması ( $r= 0,557$  ;  $P \leq 0,001$ ), taşın HU skoru ( $r=0,471$  ;  $P \leq 0,001$ ), taşın yüzey alanı ( $r=0,426$  ;  $P \leq 0,001$ ) ve taşın lokalizasyonu ( $r= 0,219$ ;  $P \leq 0,05$ ) endoskopik üreter taşı tedavisinde ameliyat süresini en çok etkileyen faktörler olarak saptandı. Hastanın yaşının, cinsiyetinin ve aynı taraftan taş düşürme öyküsünün olmasının ameliyat süresine etkisinin olmadığı bulundu. Ayrıca üreter taşına uygulanan ESWL 'nin varlığı ile hastaya işlem sonrası double j stent takılması arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlemlendi ( $r=0,416$ ;  $P \leq 0,001$ )

**ÇIKARIMLAR:** Endoskopik üreter taşı tedavisi üreter taşlarının tedavisinde uygulanan minimal invaziv bir

**Tablo 1:** Hastaların demografik verileri

	Hasta Sayısı	Yaş	Taşın yüzey alanı mm2	Hounsfield Unit (HU)	Ameliyat Süresi (dk)
<b>Cinsiyet</b>					
Erkek	70	43,7 ±11,3	61,7±31,5	849,0± 432,7	24,3± 16,8
Kadın	24	47,7 ±11,8	58,9±33,2	754,5± 431,6	20,7 ±15,8
P		NS	NS	NS	NS
<b>Taş Lokalizasyonu</b>					
Üst üreter	14	41,7±12,1	69,4±37,8	826,4±414,1	31,2±22,7
Orta üreter	25	42,1±11,2	55,9±30,0	783,9±442,7	24,6±20,5
Alt üreter	55	44,7±11,5	61,1±31,0	843,1±438,2	20,8±11,7
P		NS	NS	NS	NS
<b>Taşa ESWL uygulaması</b>					
+	33	44,8±11,1	76,8±35,9	931,5±418,5	36,5±20,4
-	61	42,6±11,8	52,4±25,8	767,2±431,6	16,3±7,6
P		NS	P≤0,001	NS	P≤0,001
<b>Kateter uygulaması</b>					
+	31	45,2±9,2	76,3±33,9	960,3±403,6	37,2±20,1
-	63	44,4±12,6	53,4±28,0	758,2±433,0	16,5±8,5
P		NS	P=0,001	P=0,002	P≤0,001

yöntemdir. Ancak üreter taşına uygulanan başarısız ESWL tedavisi ameliyat süresini etkileyen en önemli faktördür ve bu hastalara işlem sonrasında double j kateteri takılması gerekebilir.

P-23

## MASİF İNGUİNSKROTAL MESANE HERNİSİ VE MESANE TÜMÖRÜ; ÇOK NADİR BİR VAKA

Oktay Özman,<sup>1</sup> Uğur Aferin,<sup>1</sup> Çetin Demirdağ,<sup>1</sup> Zübeyr Talat<sup>1</sup>

<sup>1</sup>. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** İnguinoskrotal mesane hernisi oldukça nadir görülen bir durumdur. Genellikle skrotal şişlik ve alt üriner sistem semptomlarına neden olur. Semptomatik hastalarda spontan işemeyi takiben herni kesesine elle basınç uygulama şeklide iki fazlı işeme tipiktir. Daha önce yapılan çalışmalarda 50 ve 70 yaş arasındaki erkeklerde sık görüldüğü bildirilmiştir. Vakaların çoğu inguinal kanala doğru hafif fıtıklaşmadan ibarettir. Mesanenin tamamen skrotumda yerleştiği masif herniler çok daha nadir görülür. Tedavisi cerrahi olarak herninin tamir edilmesidir. Herniye mesane içerisinde tümör saptanan vakalar ise oldukça nadirdir. 2014

yılında yayımlanan bir vaka sunumu ve derlemede literatürde sadece 22 vaka bildirildiği rapor edilmiştir. Bu raporda hematüri nedeni ile dış merkezde sistoskopi planlanan ve üretral erişim sağlanamayan 60 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur.

**YÖNTEM:** Bu bir olgu sunumudur.

**BULGULAR:** 60 yaşında bir erkek hasta skrotal şişlik ve aralıklı hematüri şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastaya dış merkezde sistoskopi planlanmış ancak üretral erişim sağlanamamıştı. Rijid sistoskop ile mesaneye ulaşamadı. DRM'de prostatı palpe edilemedi. İdrar kültürü sterildi ve PSA değerli normaldi (0,476). Abdominopelvik BT'de inguinoskrotal vezikal herni görüldü. Skrotumda lokalize mesanenin mevcut BT kesitlerinde tamamen değerlendirilemesi üzerine yapılan skrotal ultrason görüntülemesinde mesanede 2.8 cm çapında kitlesel lezyon görüldü. İlk olarak hastaya mesane herni tamiri yapıldı. Ardından transüretral tümör rezeksiyonu uygulandı. Mesane tümörünün patolojisi T2 ürotelial karsinom olarak rapor edildi. Hastaya radikal sistektomi+üriner diversiyon yapılması önerildi. Fakat hasta herni tamiri sonrası şikayetlerinin gerilediğini dile getirerek operasyonu reddetti. Bunun üzerine hastaya multimodal tedavi önerildi.

**ÇIKARIMLAR:** Çeşitli çalışmalarda inguinal hernilerin %1-3'ünün mesane içerdiği bildirilmiştir. Bizim vakamızda olduğu gibi mesanenin tamamının skrotumda yerleştiği ileri vakalar ise oldukça nadirdir. Mesane hernisinin sık bilinen etiyojileri obezite,

Tablo

Yazar	Sene	Hasta Sayısı
Epner SL ve ark.	1993	1
Rubio Barbon S ve ark.	1995	1
Pardo Garcia JL ve ark.	1997	1
Dario Casas J ve ark.	1997	1
Pareira Arias ve ark.	1998	1
Caterino M ve ark.	2001	1
Oruc MT ve ark.	2004	14
Das CJ ve ark.	2007	1
Katsourakis ve ark.	2014	1
Pastor Navarro H ve ark.	2010	1



Arrow: Bladder in scrotum and hyperdens bladder tumor.

pelvik duvar yetersizliği ve mesane çıkım tıkanıklığıdır. Literatürdeki vakaların çoğu asemptomatiktir. Mesane tümörü birlikteliği saptanan vakamızda ise hasta makroskopik hematüri nedeniyle başvuruda bulunmuştur. Hastada, diğer sık görülen iki fazlı işeme ve skrotal şişlik de saptanmıştır. Ayırıcı tanıda mesane divertikülü, mezenterik kist hernisi, hidrosel ve spermatik kord kisti akla gelmelidir. Hastaya yapılan ultrasonda sağda hafif hidrosel birlikteliği rapor edilmiştir. Masif inguinokrotal mesane hernisi ve mesane tümörü birlikteliği çok nadir görülen bir durumdur (Tablo 1). Hatta bilateral böbrek kisti ve taşları ile hafif hidrosel ile benign sürrenal kitle tanıları da alan bu hasta literatürde daha önce bildirilmemiş eşsiz bir vakadır. Tedavideki temel amaçlar mesane hernisinin tamir edilmesi ve tümörün endoskopik tanı ve tedavisidir.

Tedavide esas amaç öncelikle tümörün endoskopik tanı ve tedavisini mümkün kılmak olmalıdır.

P-24

## RENAL HÜCRELİ KARSİNOMUN BİLATERAL SENKRON ADRENAL METASTAZI VE KOLON İNVAZYONU: OLGU SUNUMU

Adnan Şimşir,<sup>1</sup> Fuat Kızılay,<sup>1</sup> Emir Akıncioğlu,<sup>1</sup> Serdar Kalemci<sup>2</sup>

1. Ege Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

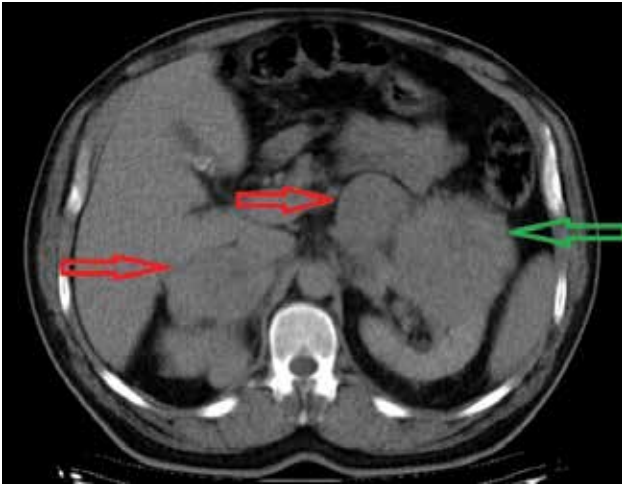
2. Çiğli Bölge Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Renal Hücreli Karsinom (RHK) yetişkinlerdeki tüm kanserlerin yaklaşık %2-3'ünü oluşturur. Karşı adrenal beze metastaz çok daha nadir bir durum olup, bilateral senkron metastaz literatürde şu an kadar 18 vakada bildirilmiştir. Bilateral adrenal metastazla birlikte intestinal metastaz ise sadece 1 vakada bildirilmiştir.

**YÖNTEM:** Bu sunuda renal hücreli karsinoma bağlı bilateral senkron sürrenal metastazı olan hastaya cerrahi yaklaşım sunuldu.

**BULGULAR:** 52 yaşında erkek hasta hematüri şikayetiyle başvurdu. Abdomen BT'de sağ sürrenal bezde 11x6cm boyutlarında, sol sürrenal bezde büyüğü 6x4cm boyutlarında multilobüle iki adet solid kitlesel lezyon, sol böbrek üst polde 13x15x14,5cm boyutlarında inferior komşuluğundaki mezenterik yağlı planlarda saçaklanma tarzında uzanım görülen santral kesimi kistik nekrotik kontrast tutulumu gösteren solid kitlesel lezyon raporlandı (Resim 1). Hasta bu bulgularla kliniğimize yönlendirildi.

Hastaya explorasyon planlandı. Anestezi hazırlığı ardından batin orta hat kesisi ile explore edildi. Sol böbrekten kaynaklandığı düşünülen kitle inen kolonun mezosuna invaze saptandı. Kitle aynı zamanda dalak hilusuna kadar uzanıyordu. Sol kolon proksimal ve distalden ezmez pensler yardımı ile klempe edildikten sonra eksize edildi. Retroperitona girildikten sonra çevre dokularla birlikte sol böbrek çıkarıldı. Ardından sol sürrenal bez eksize edildi. Sonrasında sol sürrenal bezden daha büyük olan sağ sürrenal bez eksize edildi. Safra kesesinde hidrops ve sol böbrek kitlesinin dalak hilusuna kadar uzanması sebebiyle kolesistektomi ve splenektomi de uygulandı. Hastaya kolostomi açıldı. Operasyon süresi yaklaşık 280dk sürdü ve yaklaşık 750 ml kan kaybı meydana geldi. Post-op takiplerinde 0.günde hemoglobin 8,3 g/dl, hematokrit %26,9, kan üre değeri 43 mg/dl, kan kreatinin değeri 1,34 mg/dl, kan elektrolit değerleri ise normal saptandı. Takibinde hemogramında, böbrek fonksiyon testlerinde ve kan elektrolit değerlerinde



bozulma görülmedi. Post-op 17. günde hasta taburcu edildi.

Hastanın patoloji sonucu en büyük çapı 15 cm olan, derece 4 böbrek hücreli karsinom olarak raporlandı. Materyalde izlenen kolon örneğinde tümör invazyonu saptandı. Ayrı gönderilen her iki sürrenal örneğinde benzer morfolojide metastatik tümör raporlandı. Post-op 6.ay genel durumunda ani kötüleşme sebebiyle dış merkezde hasta exitus oldu.

**ÇIKARIMLAR:** Metastatik böbrek tümörlerinde sitoredüktif cerrahinin yeri vardır.

Sonuç olarak bilateral sürrenal metastazı olan böbrek tümürlü olguya güncel bilgiler eşliğinde cerrahi girişim planlanmış olup, operasyonu başarılı ile sonuçlanmıştır. İlerleyen zamanlarda tümöral hücrelere daha etkili ve toksik yan tesirleri daha az olan sistemik tedavi seçeneklerinin gelişmesi ile, bu gibi sitoredüktif cerrahi işlemlerin uzun dönem sonuçlarının da daha iyi olacağını ön görüyoruz.

P-25

## LABİA MİNÖR HİPERTROFİSİ OLAN KADINLARDA CİNSEL FONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Emin Sır,<sup>1</sup> Melike Güngör,<sup>1</sup> Oktay Üçer,<sup>2</sup> Alper Aksoy<sup>3</sup>

1. S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İzmir

2. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

3. Özel Konur Cerrahi Tıp Merkezi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Bursa

**AMAÇ:** Labia minör hipertrofisi olan kadınları aynı yaşta sağlıklı kadınlar ile cinsel fonksiyon açısından karşılaştırmak.

**Tablo 1:** Hasta ve kontrol grubunun IFSF skorları

	Hasta grubu (n=43)	Kontrol grubu (n=30)	p değeri
	Ortalama ± SD	Ortalama ± SD	
Yaş (yıl)	30.06 ± 7.11	31.34 ± 4.12	0.41
VKİ (kg/m <sup>2</sup> )	22.33 ± 3.21	24.38 ± 3.14	0.12
IFSF-istek	5.06 ± 0.53	4.13 ± 1.16	<0.001*
IFSF-uyarılma	4.10 ± 0.79	4.31 ± 0.87	0.30
IFSF-lubrikasyon	3.39 ± 0.69	4.51 ± 0.89	<0.001*
IFSF-orgazm	3.92 ± 0.77	4.81 ± 1.03	0.01**
IFSF-memnuniyet	3.80 ± 0.71	4.92 ± 0.79	<0.001*
IFSF-pain	3.90 ± 0.69	4.81 ± 1.09	0.006**
IFSF-toplam	24.18 ± 3.24	27.53 ± 4.43	0.01**

IFSF: Index of female sexual function. VKİ: Vücut kitle indeksi  
\*p<0.001 istatistiksel olarak anlamlı. \*\*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı.

**YÖNTEM:** Kırküç labia minör hipertrofisi olan kadın ve 30 yaş eşleştirilmiş sağlıklı kadın çalışmamıza dahil edildi. Tüm katılımcılarda cinsel fonksiyon Index of Female Sexual Function (IFSF) formu ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hasta ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırasıyla 30.06 ± 7.11 ve 31.34 ± 4.12 idi (p=0.41). Hasta ve kontrol grubundaki kadınların toplam IFSF skorları ise sırasıyla 24.18 ± 3.24 ve 27.53 ± 4.43 (p<0.05). IFSF alt grup skorları değerlendirildiğinde; lubrikasyon, orgazm, memnuniyet ve ağrı skorları hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu (sırasıyla p<0.001, p<0.05, p<0.001 and p<0.05). Uyarılma skoru açısından ise hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel fark saptanmadı (p=0.30). Farklı olarak, cinsel istek skoru hasta grubunda anlamlı olarak yüksel bulundu (p<0.001). IFSF skoru için eşik değeri 26.55 alındığında, labia minör hipertrofisi cinsel fonksiyon bozukluğu ile anlamlı olarak ilişkili bulundu (odds ratio [OR] = 14.97, 95% confidence interval [CI]= [3.66-61.21], p<0.001).

**ÇIKARIMLAR:** IFSF formu kullanılarak sağlıklı yaşlılarıyla karşılaştırılan labia minör hipertrofilili kadınlar daha kötü lubrikasyon, memnuniyet, ağrı ve orgazm skorlarına sahiptirler. Bu sonuçların cerrahi tedavi sonrası değerlendirildiği ileri çalışmalar önermekteyiz.



P-26

## POPLİTEAL VE GLUTEAL BÖLGE TUTULUMU GÖSTEREN SKROTAL VENÖZ MALFORMASYON

Yusuf Aksu,<sup>1</sup> Zafer Demirer,<sup>1</sup> İbrahim Karademir<sup>1</sup>

1. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir

**AMAÇ:** Skrotal venöz malformasyon (SVM) oldukça nadir bir konjenital anomalidir. İnsidansı yaklaşık % 0,01-0,02 olup, en sık lokalizasyon baş ve boyun (% 40) ekstremitelere (% 40) ve gövde (% 20) dir. Biz gluteal ve popliteal bölgeninde eşlik ettiği skrotal venöz malformasyon olgusunu sunuyoruz.

**YÖNTEM:** 21 yaşında erkek hastasol popliteal bölgede ve sağ hemiskrotumda şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenede sağ hemiskrotumda ce sol popliteal bölgede vasküler malformasyon düşündürülen lezyon tespit edildi. Renk doppler ultrasonda subkütan dokuya da dahil olmak üzere düşük venöz akışı olan septalı kitle görüldü. MR da kontrast sonrası T1 ve T2 ağırlıklı görüntülerde hem subkütan dokuya dahil olmak üzere sağ scrotogluteal alan ve popliteal bölgede tübüler septalı kitleleri gösterdi.

**BULGULAR:** Vasküler malformasyon için tedavi



seçeneklerini perkütan skleroterapi, cerrahi eksizyon ve lazer fotokoagülasyon oluşturmaktadır. Hastaya herhangi bir cerrahi planlanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Gluteal ve popliteal tutulumu ile birlikte olan skrotal venöz malformasyon bizim araştırmamıza göre literatürdeki ilk örnektir. Renk doppler ultrason başlangıçta akış dinamiklerini göstermek için yararlı olabilir. Arter ve venöz akım paternleri kolayca dubleks doppler ultrason yoluyla tespit edilebilir. Ayrıca MR ile vasküler malformasyon tanısı etkili bir şekilde ortaya konulabilir.

P-27

## KORYOKARSİNOMATÖZ DİFERANSİYASYON GÖSTEREN MESANE TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

Kasım Emre Ergün,<sup>1</sup> Fuat Kızılay,<sup>1</sup> Adnan Şimşir,<sup>1</sup> İbrahim Kadri Cüreklibatır,<sup>1</sup> Fuad İsmaylov<sup>1</sup>

1. Ege Üniversitesi, Üroloji Ana Bilim Dalı, İzmir

**AMAÇ:** Ürotelyal karsinomlar metaplastik özelliklerinden dolayı glandüler ve skuamöz diferansiyasyon gösterebilecekleri gibi trofoblastik diferansiyasyon da gösterebilmektedirler. Koryokarsinomatöz diferansiyasyon gösteren ürotelyal karsinom nadir görülen, oldukça agresif bir mesane tümörü varyantıdır.

**YÖNTEM:** Nadir görülmesi, agresif seyrederek hızla metastaz geliştirip mortal seyretmesi nedeni ile koryokarsinomatöz diferansiyasyon gösteren mesane tümörü olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

**BULGULAR:** Makroskobik hematüri nedeniyle kliniğimize başvuran 57 yaşındaki erkek hastanın çekilen tüm abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) mesane sağ lateral duvarında kitle ile uyumlu görünüm dışında olağan bulgular saptandı. Preoperatif çekilen akciğer grafisi olağan saptandı. Yapılan sistoskopisinde mesane sağ lateral duvarında 3 cm ve 2 cm'lik iki adet papiller kitle saptanması üzerine transüretral rezeksiyon (TUR) yapıldı. Patolojik incelemede muskularis propriaya invaziv, tipik ürotelyal karsinom morfolojisi göstermeyen HCG(+) sitotroblast ve sinsityotroblast morfolojisindeki hücrelerin oluşturduğu tümör izlendi. Patoloji sonucu değerlendirildikten sonra yapılan skrotal muayene ve skrotal doppler ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Postoperatif serum  $\beta$ -hCG değeri 2081 mIU/mL (Normal değer <2.6) saptandı. Kemoterapi alması planlanan hasta postoperatif 2. ayda nefes

darlığı ve sarılık yakınmaları ile tekrar kliniğimize başvurdu. Çekilen tüm vücut BT'de her iki akciğer parankiminde ve karaciğerde yaygın metastatik odaklar tespit edildi. Palyatif tedavi uygulanabilen hasta tanı aldıktan 2 ay sonra exitus oldu.

**ÇIKARIMLAR:** Ekstragenital tutulum gösteren koryokarsinomlar nadirdir. Mesanede yerleşim gösteren koryokarsinomların çoğu trofoblastik diferansiyasyon gösteren ürotelyal karsinom özelliğindedir. Ürotelyal karsinom olgularında HCG üretimi serum ve idrarda ölçülerek, doku kesitlerinde de immünohistokimyasal olarak boyanarak gösterilmektedir. Yüksek dereceli ürotelyal karsinomların yaklaşık %11,5-50'sinde HCG ekspresyonu gösterildiği rapor edilmiştir. Literatür incelendiğinde bizim olgumuzda olduğu gibi koryokarsinom veya koryokarsinomatöz diferansiyasyon gösteren ürotelyal karsinom olgularının oldukça agresif davranış göstererek yüksek metastaz oranına ve kötü prognoza sahip oldukları görülmektedir. Sonuç olarak indifferan malign mesane tümörlerinde patolojik ve klinik olarak trofoblastik diferansiyasyon varlığı araştırılmalı ve tedavide erken dönemde sistektomi ve sistemik kemoterapi önerilmelidir.

P-28

## BİLATERAL BÖBREK TÜMÖRÜ TEDAVİSİ SONRASI SOLİTER BÖBREKTE NÜKS TÜMÖR NEDENİYLE UYGULANAN PARSİYEL NEFREKTOMİ VAKASI: OLGU SUNUMU

Fuat Kızılay,<sup>1</sup> Turan Özdemir,<sup>1</sup> Emir Akıncioğlu,<sup>1</sup>  
Adnan Şimşir,<sup>1</sup> Çağ Çal<sup>1</sup>

1. Ege Üniversitesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Evre 1a böbrek tümörleri (< 4 cm) için Avrupa Üroloji Kılavuzları'na göre bugün için standart tedavi nefron koruyucu tedavidir. Bilateral böbrek tümörü, renal yetmezlik için risk faktörü olan hastalıklarda, soliter böbrekte tümör gibi durumlarda nefron koruyucu cerrahi zorunludur. Ancak hayatı tehdit eden durumlarda veya onkolojik güvenliğin riske girdiği durumlarda radikal nefrektomi kaçınılmazdır.

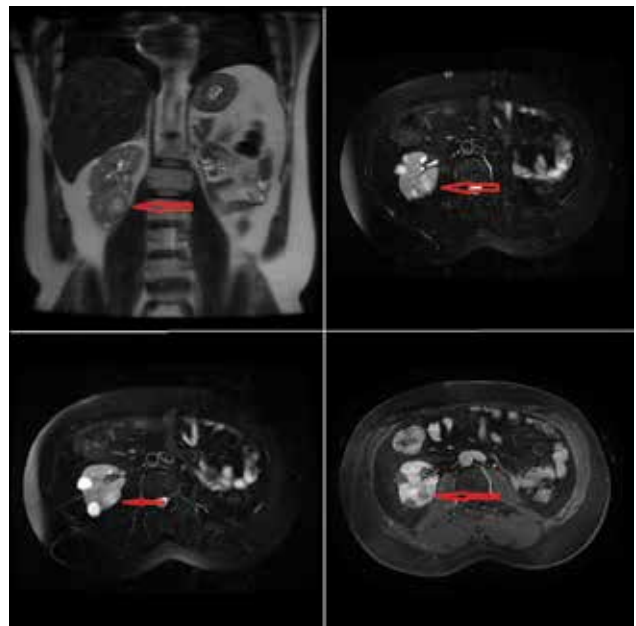
**YÖNTEM:** Bilateral böbrek tümörü nedeniyle sağ parsiyel nefrektomi ve sol radikal nefrektomi uygulandıktan sonra soliter böbreğinde nüks tümörü nedeniyle tekrar parsiyel nefrektomi uygulanan olgu sunmaktayız.

### BULGULAR: Olgu sunumu

44 yaşında erkek hasta Ocak 2010'da bilateral yan ağrısı ve son 3 aydır hematüri yakınması olması üzerine yapılan Abdomen MRG'de her iki böbrekte çok sayıda T2A görüntülemeye yoğun olarak hiperintens T1A görüntülemeye hipointens olarak seçilen ancak tamamı heterojen iç yapıda yer kaplayan kitle lezyonları saptandı. Her iki böbrekte sözü edilen lezyonlar öncelikli olarak vasküler kökenli tümöral oluşumları akla getirmektedir.

Bunun üzerine hastaya sağ parsiyel nefrektomi, interaortokaval lenf nodu diseksiyonu ve sol radikal nefrektomi uygulandı. Sağ parsiyel nefrektomi patolojisinde en büyük çapı 3.5 cm olan berrak hücre morfolojisinde tümör izlendi. Renal medüller alanda kapsül bütünlüğünün bozulduğu dikkati çekti. cerrahi sınır bütünlüğünün bozulduğu gözlenmiştir. İncelenen örneklerden birinde izlenen fibröz dokular ile birlikte izlenen tümörün bu alanın devamı olduğu düşünülmüştür. Sol radikal nefrektomi patolojisi berrak hücre morfolojisinde en büyük çapı 9 cm'ye ulaşan heterojen makroskopik özelliklere sahip tümör izlendi. Tümör hiler yağ dokuya çıkmış olup, renal vene invazedir ve renal ven cerrahi sınırında lümende tümör izlenmiştir. Tümör renal pelvis içine girmiştir ve çevre renal parankimde nodüller halinde izlenmiştir. Sürrenalde tümör saptanmamıştır. İnteraortokaval lenf nodu olarak gönderilen 7 lenf nodunda tümör izlenmemiştir.

2016 Mart ayında hastanın kontrolünde Abdomen MRG'de (Görüntü 1) sağ böbrek alt polde posteromedialde 24x25x29 mm boyutta böbrek tümörü ile uyumlu kitle saptanması üzerine sağ parsiyel nefrektomi yapıldı. Operasyon 85 dk sürdü,



tümör rezeksiyonu 25 dk süreyle soğuk iskemi sağlanarak gerçekleştirildi. Kan kaybı 150 cc'ydı. Sağ parsiyel nefrektomi patolojisinde berrak hücreli derece 3 renal hücreli karsinom saptandı. Tümörün en büyük çapı 2 cm olup, parankim cerrahi sınırına uzaklığı 0,5 cm'dir. Hastanın postoperatif 3. ayda böbrek fonksiyon testleri normal seviyededir, sistemik metastaz bulgusu saptanmamıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Soliter böbrekte nefron koruyucu cerrahi tercih edilen yaklaşımdır. Soliter böbrekte nüks böbrek tümörü olan vakamızda nefron koruyucu cerrahi başarıyla uygulanmıştır ve postoperatif kontrollerde onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar tatminkardır. Bu vakalarda iskemi süresini kısaltmak için gerekli özen gösterilmelidir ve onkolojik prensiplerden ödün verilmemelidir.

P-29

## THE EFFECT OF MUSIC THERAPY ON PATIENT ANXIETY AND PAIN DURING URODYNAMIC STUDY

Erdem Öztürk,<sup>1\*</sup> Taha Numan Yıkılmaz,<sup>1</sup> Nurullah Hamidi,<sup>2</sup> Cihat Özcan,<sup>3</sup> Halil Başar<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. S.B. Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Urodynamic studies (UDS) include studies of the physics and physiology of the lower urinary tract (LUT). It is an invasive test and patients can feel of fear and anxiety especially at the beginning of the test. We aimed to determine whether listening to music during urodynamic study decreases patient anxiety and pain.

**YÖNTEM:** Sixty two patients who underwent urodynamic study randomized into the following groups: no music (group 1, n: 30) or classical music (group 2, n:32) during the procedure. Patients anxiety levels were quantified using the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and Beck's Anxiety Inventory (BAI). A visual analog scale was used for self-assessment of discomfort and willingness among patients to have a repeat urodynamic study.

**BULGULAR:** Demographic characteristics, mean age, duration of procedure, systolic and diastolic blood pressure and heart rate before procedure were statistically similar between two groups. Statistically significant differences were detected between two groups in the mean pain score on VAS (4.1±1.4 vs 2.6±1.8), mean postprocedural STAI score (46±5.8 vs 37.3±5) and mean BAI score (14.2±1.7 vs 3.5±0.7). Systolic and diastolic blood pressure and heart rate levels were also lower in group 2 than in group 1. All

**Tablo 1:** Statistical comparisons of two groups

Parameters	All patients n=62	Music(-) n=30	Music(+) n=32	p value
Age, mean±std (min-max)	50±15.1(21-78)	52.7±15.5(21-77)	50.5±14.8(26-78)	0.65
Gender,n(%)				
Male	33(53.2)	18(60)	15(46.8)	0.14
Female	29(46.8)	12(40)	17(53.2)	
Duration of urodynamic test, minute, mean±std (min-max)	28.1±6.5(18-42)	29.2±7(18-40)	26.8±5.8(19-42)	0.24
Systolic blood pressure (before test)	125.8±11(105-145)	128.2±11(105-145)	123.5±10(110-145)	0.17
Diastolic blood pressure (before test)	80,7±9(65-115)	82,2±9(65-100)	79,2±10(65-115)	0.32
Heart rate(before test)	70,8±5.3(59-81)	70±5.3(59-81)	71.6±5.2(61-80)	0.36
Systolic blood pressure(after test)	131.3±13.8(105-160)	140.5±11(120-160)	122.2±9.8(105-140)	*0.0001
Diastolic blood pressure(after test)	85.7±11.2(65-115)	91.5±10.4(75-115)	80±9(65-105)	*0.006
Heart rate(after test)	73.6±7.3(60-88)	78.4±6.2(66-88)	68.8±4.7(60-79)	*<0.0001
STAI score, mean±std (min-max)	41.6±6.9(28-54)	46±5.8(34-54)	37.3±5(28-51)	*<0.0001
BAI score, mean±std (min-max)	8.8±7.8(0-30)	14.2±1.7(4-30)	3.5±0.7(0-14)	*<0.0001
VAS score, mean±std (min-max)	3.4±2.3(0-8)	4.1±1.4(0-8)	2.6±1.8(0-7)	*<0.0001
Willingness to have repeat session mean±std (min-max)	4.7±1.9(1-8)	3.6±1.6(1-8)	5.9±1.4(3-8)	*<0.0001
Satisfaction, mean±std (min-max)	5.4± 1.6(2-8)	4.7±1.7(2-8)	6.1±1.2(3-8)	*0.004

Sonuçlar ortalama ± standart sapma şeklinde gösterilmiştir.

results were demonstrated in table 1.

**ÇIKARIMLAR:** Music has been acknowledged as a cheap, safe and effective intervention which has gained increasing recognition as an effective tool to reduce pain and anxiety. Listening to music during urodynamic study reduced patients pain and anxiety.

P-30

## HİDROSELEKTOMİ SONRASI TANI KONAN TUNİKA VAGİNALİS ORJİNLİ MALİGN MEZOTELYOMA: OLGU SUNUMU

Ahmet Önder Örs,<sup>1</sup> Ozan Akay,<sup>2</sup> Hasret Topaç<sup>3</sup>

1. Aksaz Asker Hastanesi, Üroloji, Muğla
2. 600 Yataklı Ankara Dışkapı Mevkii Hastanesi, Üroloji, Ankara
3. Diyarbakır Asker Hastanesi, Üroloji, Diyarbakır

**AMAÇ:** Tunika vaginalis kaynaklı Malign Mezotelyoma nadir ve agresif bir tümördür. Literatürde yaklaşık 90 vaka bildirilmiştir. Bütün yaş gruplarında görülebilir; fakat 55 ile 75 yaş arasında insidansı artmaktadır. Malign mezotelyomaların %0,3-5'i tunika vaginalisde ortaya çıkar. Hidrosel, tunika vaginalis yaprakları arasında sıvı birikimi ile karakterizedir. Yaklaşık olarak %10 testiküler kanser ile beraber reaktif hidrosel bulunabilir.

**YÖNTEM:** 25 yaşında erkek hasta altı ay önce sağ hemiskrotumda başlayan ve artan şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu.

**BULGULAR:** Fizik muayenede sağ hidrosel tespit edildi. Yapılan Skrotal Ultrasonografide sağ hemiskrotumda masif hidrosel tespit edildi. Hastaya Hidroselektomi uygulandı. Operasyon sırasında Tunika vaginalis parietal yaprağında 0,5cm boyutlarında 2 adet polipoid lezyon izlendi. Eksize edilerek patolojiye gönderildi. Patolojik inceleme sonucunda Mezotelyoma, epitelooid tip tanısı kondu. Sonrasında Radikal Orşiektomi uygulandı ve Onkoloji kliniğince tedavisi planlanılarak takibe alındı.

**ÇIKARIMLAR:** Paratestiküler kanser vakaları çok nadirdir. Tunika vaginalisten köken alan mezotelyoma, uzun süre asemptomatik kalabilir. Vakaların yarısından fazlasında klinik görünüm, hidroseli veya skrotumda kitleyi taklit eder. Tedaviye rağmen tümörün çok kötü bir prognozu vardır; ve ortalama yaşam süresi 23 aydır. Malignitelerin reaktif hidrosele yol açabileceği düşünülerek Hidroselektomi operasyonu sırasında Tunika Vaginalis ve testis dikkatli değerlendirilmelidir.

P-31

## BRUCELLA EPİDİDİMOORŞİTİ: OLGU SUNUMU

Ahmet Önder Örs,<sup>1</sup> Hayriye Çapraz,<sup>2</sup> Hasret Topaç<sup>3</sup>

1. Aksaz Asker Hastanesi, Üroloji, Muğla
2. Aksaz Asker Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, Muğla
3. Diyarbakır Asker Hastanesi, Üroloji, Diyarbakır

**AMAÇ:** Bruselloz pek çok organı veya sistemi tutabilen zoonotik bir hastalıktır. Genitoüriner sistemi %2-14 oranında tutar; prostatit, testiküler apse, seminal vezikülit, pyelonefrit, sistit, renal apse gibi değişik şekillerde olmakla beraber en sık tek taraflı epididimoorşit görülür.

**YÖNTEM:** 20 yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden sol testiste şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu.

**BULGULAR:** Hastanın hikayesinde 6 ay önce Bruselloz geçirdiği, şu anda ateş, halsizlik miyalji şikayetlerinin olduğu tespit edildi. Fizik muayenede ateş:38,80 C, sol testis şiş ve hassas. Laboratuvar beyaz küre: 12000/mm<sup>3</sup>, CRP(+++), Rose Bengal +, Brucella aglütinasyon testi 1/640 titrede pozitif. Skrotal USG: Sol testiste fokal heterojen hipoeoik kanlanması artmış alan, epididimde kanlanması artmış ve ödemli saptandı. Hastaya Brusella Epididimoorşit tanısı ile doksisisiklin 200mg/gün, rifampisin 600mg/gün, gentamisin 160 mg/haftada 2 kere başlandı. Tedavinin 2. Gününde ateşi düştü, şikayetleri geriledi. Tedavisi 6 haftaya tamamlanmak üzere hasta takibe alındı.

**ÇIKARIMLAR:** Brusella epididimoorşiti nadir görülen bir enfeksiyondur. Epididimoorşit tanısı konan(özellikle tek taraflı) hastalarda ateş, halsizlik, miyalji gibi semptomlar varlığında çiğ süt tüketimi ve hayvan teması sorgulanmalı ve ayırıcı tanıda Brucella düşünülmelidir.

P-32

## PARENKİM KLEMPAJI İLE LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Mehmet Remzi Erdem,<sup>1</sup> Feridun Şengör,<sup>2</sup>

Ömer Ergin Yücebaş,<sup>3</sup> Ahmet Rüknettin Aslan,<sup>3</sup> Çağatay Tosun,<sup>1</sup> Mehmet Akif Ramazanoğlu<sup>1</sup>

- 1) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hast, Üroloji, İstanbul
- 2) Haydarpaşa Numune EAH, Üroloji, İstanbul
- 3) DİĞER, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Laparoskopik parsiyel nefrektomi gün geçtikçe klinikte kendine daha geniş bir yer bulmaktadır.

Özellikle kanama kontrolünü sağlayan ve iskemi zamanını azaltan cerrahi teknikler bu işlemin daha da popüler olmasına katkı sağlamaktadır.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Mart 2013- Haziran 2016 yılları arasında toplam 48 parsiyel nefrektomi olgusunun 18'ine laparoskopik olarak parenkimal klempaj uygulanarak parsiyel nefrektomi uygulandı. Vakalara transperitoneal olarak standart 4 port kullanılarak laparoskopik olarak başlandı. Kitle tesbit edildikten sonra tümör volümü büyük olan hastalarda renal arter ve ven disekte edilip damar askısına alındıktan sonra kitle tesbit edilip sınırı koter ile çizildi. Ardından 10luk trokardan geçebilen barsak klempiyi yardımıyla kitlenin bulunduğu kısımdaki renal parenkim sıkıştırıldı. Hiçbir vakada renal arter ve ven klempajına gerek kalmadı. Kitle eksize edildikten sonra daha önceden arkası hemolock klipslerle tutturulan 3/0 vikril ile tümör yatağı dikildi. Ardından 2/0 vicril ile böbrek dokusu yaklaştırıldı. Kitle dışarı alınıp kanama kontrolü yapılarak işlem sonlandırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 18 hastanın yaş ortalaması 59,1 idi. Hastaların preop kreatinin ve postop kreatinin (0,90 ve 0,96) değerleri arasında anlamlı farklılık olmazken htc değerlerinde düşme anlamlı olarak değerlendirildi. Hastaların kitle boyutu ortalama 4,6 cm idi. Kitlelerin tamamı ekzofitik periferik yerleşimliydi. İşlem sırasında ortalama kanama miktarı 355 cc idi. İşlem süresi ortalama 101 dk idi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik parsiyel nefrektomide parenkimal klempaj yapılması hem işlemin daha az kanama ile konforlu biçimde tamamlanmasını hem de pedikül klempajı yapılmadığından sağlam böbrek dokusunun sağlıklı olarak işlev görmesine katkı sağlamaktadır. Böbreğin klemp edilmesiyle böbreğin pozisyonu değiştirilerek sütür atılmasını kolaylaştırmaktadır.

P-33

## SUNITİNİB İLİŞKİLİ SKROTAL CİLT TOKSİSİTESİ OLAN İKİ RENAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGUSU

Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Özgür Tanrıverdi,<sup>2</sup> Yelda Dere,<sup>3</sup> Ömer Erdoğan,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin<sup>1</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

2. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Onkoloji Anabilim Dalı, Muğla

3. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Muğla

**AMAÇ:** İleri evre renal hücreli karsinom tedavisinde hedefe yönelik moleküler tedavi ile genel sağ kalım oranlarında artış sağlanmıştır. Bu ilaçlardan birisi olan sunitinib maleat küçük molekülü, oral olarak kullanılan bir tirozin kinaz inhibitörüdür. Sunitinib maleat metastatik renal hücreli karsinomun yanı sıra metastatik nörendokrin karsinom ve imatinib mesilat dirençli gastrointestinal stromal tümürlü hastalarda da yaygın olarak kullanılır. Sunitinib maleat kullanan hastalarda farklı dermatolojik yan etkiler gösterilmiştir ancak bu ilacın skrotal cilt yan etkisi oldukça nadirdir. Bu yazıda sunitinib maleat ile ilişkili skrotal cilt toksisitesi gelişen iki renal hücreli karsinom tanılı hastamızı nadir bir durum olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Olgu 1: Nefes darlığı ve öksürük yakınmaları olan 72 yaşındaki erkek hastada sol böbrekte heterojen kontrastlanma gösteren 7x8 cm'lik solid kitle lezyonu, akciğer metastazı, mediastinal LAM ve kemik metastazı saptandı. Ameliyat kabul etmeyen hastaya böbrek biyopsisi ile berrak hücreli karsinom tanısı konuldu. Üç aylık interferon 2a tedavisinden sonra gelişen progresyonda sunitinib maleat tedavisi başlandı. Tedavinin 24. gününde gelişen skrotumda net sınırlı, üzeri yer yer skuamli, canlı eritemli atrofik plak şeklinde cilt lezyonundan alınan biyopside ilaç reaksiyonu tanısı konuldu. Sunitinib tedavisi kesilen hastanın lezyonları 10 gün sonra tamamen geriledi. Olgu 2: Sırt ve yan ağrısı yakınmaları olan 77 yaşındaki erkek hastada sağ böbrekte heterojen kontrastlanma gösteren 77x59 mm'lik solid kitle lezyonu, -akciğer ve kemik metastazı saptandı. Sağ

Resim: Sunitinib toksisitesi



Şekil 1. A-B: Olgu 1 ve olgu 2 makroskobik görünüm, skrotumda net sınırlı, üzeri yer yer skuamli, canlı eritemli atrofik plak, C-D: Skrotum cilt biyopsisi mikroskobik inceleme (HEx200, HEx400): bazal tabakada vakuoler dejenerasyon ve diskeratotik hücreler ile dermise perivasküler mononükleer infl amatuvar hücreler ile larekterli dermatit bulguları mevcut olup ilaç reaksiyonu ile uyumludur.

nefrektomi evre T1 berrak hücreli karsinom tanısı konuldu. İki ay süren interferon 2a tedavisinden sonra progrese olan hastaya sunitinib maleat tedavisi başlandı. Tedavinin 27. gününde skrotumda net sınırlı, üzeri yer yer skuamli, bazı alanlarda vasküler yapıların daha belirgin olduğu, canlı eritemli atrofik plak şeklinde cilt lezyonundan alınan biyopside ilaç reaksiyonu tanısı konuldu. Sunitinib tedavisi kesilen hastanın lezyonları 14 gün sonra tamamen geriledi.

**BULGULAR:** Sonuç: Skrotal cilt toksisitesi, sunitinib maleat'ın nadir ve yönetilebilir bir yan etkisidir.

**ÇIKARIMLAR:** Skrotal cilt toksisitesi, sunitinib maleat'ın nadir ve yönetilebilir bir yan etkisidir.

P-34

## ÇOCUKLARDA BÖBREK TAŞLARININ SWL İLE TEDAVİSİ: GENEL ANESTEZİNİN TEDAVİ SONUÇLARINA ETKİSİ VAR MIDIR?

Murat Tuncer,<sup>1</sup> Emre Çamur,<sup>1</sup> Kubilay Sabuncu,<sup>1</sup> Utku Can<sup>1</sup> Kutluhan Erdem,<sup>1</sup> Fehmi Narter,<sup>2</sup> Kemal Sarıca<sup>1</sup>

1. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Biz bu çalışmamızda 9 yaşından büyük çocuklarda yapılan vücut dışından şok dalga uygulaması ile taş kırma (SWL) uygulamasında genel anestezinin tedavi sonuçlarına olası etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Böbrek taşları için SWL yapılan 61 çocuk (9-17 yaş arası) çalışmaya dahil edildi. Genel anestezi uygulanmasına göre hastalar 2 gruba ayrıldı; Grup 1 (n=27) genel anestezi altında SWL yapılan, Grup 2 (n=34) genel anestezi uygulanmadan SWL yapılan çocuk hastalar. Her iki gruptaki hastalar tedavi ilişkili parametreler (ortalama seans sayısı, ortalama şok dalga sayısı, taş büyüklüğü, rezidüel taş boyutu, komplikasyonlar ve ek girişim ihtiyacı) açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama taş büyüklüğü 10,48±4,27mm (5-20) idi. Taş boyutu (p=0,924), ortalama SWL seans sayısı (p=0,392), komplikasyon oranları (p=1,000), ek girişim gerekliliği (p=1,000), rezidüel taş boyutu (p=0,315) açısından iki grup arasında anlamlı fark görülmedi. Bununla birlikte, genel anestezi verilmeden SWL yapılan grupta (Grup-2) uygulanan ortalama şok dalga sayısının anlamlı derecede yüksek olduğu gözlemlendi (p=0,001).

**ÇIKARIMLAR:** Bulgularımız göstermiştir ki; > 9 yaş çocuklarda böbrek taşları için SWL tedavisi genel anestezi verilmeden başarılı bir şekilde uygulanabilir ve tedavi sonuçları aynı yaş grubunda böbrek taşları için genel anestezi ile SWL yapılan çocukların tedavi sonuçlarıyla benzerdir. Biz rölaf olarak büyük ve uyumlu çocuklarda "Genel anestezi SWL" nin güvenli ve başarılı bir şekilde uygulanabileceğine inanıyoruz.

P-35

## SPERMATİK KORD LEİOMYOSARKOM OLGUSU

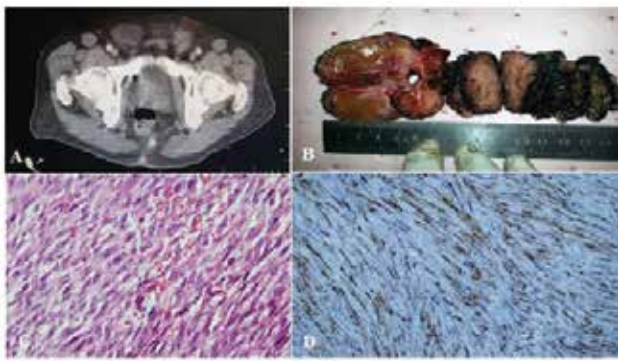
İsmail Selvi,<sup>1</sup> Ali İhsan Arık,<sup>1</sup> Fisun Ardıç Yükrük,<sup>2</sup> Mehmet Sinan Başay<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

**AMAÇ:** Paratestiküler sarkomların büyük bir kısmı mezenkimal orijinli olup yaklaşık %30' u maligndir. En sık spermatik kord'dan (%90) kaynaklanır, bunların da %10' u leiomyosarkom (LMS)' dur. Literatürde 120 kadar spermatik kord LMS olgusu bildirilmiştir. 60-70 yaş arasında sık görülmektedir. Ağrısız inguinal ya da skrotal kitle, hidrosel, inguinal ağrı sık başvuru nedenidir. Tümör belirteçleri normaldir. Spermatik kord sarkomları nadir gördüklerinden sıklıkla herni ya da kord lipomları ile karıştırılmakta ve klinik olarak benign-malign ayrımı net yapılamamaktadır. Kesin tanı patoloji ile konulur. İnguinal bölgede ayırıcı tanısı net olarak yapılamayan bir spermatik kord LMS olgusunu sunduk.

**YÖNTEM:** Yetmiş iki yaşındaki erkek hastaya sol inguinal bölgede şişlik yakınması ile başvurduğu merkezde yaklaşık 5 cm'lik sol inguinal lenf noduna (LN) yapılan biyopsi sonucu grade 3 leiomyosarkom gelmiş ve hasta, hastanemiz Genel cerrahi kliniğine yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan yüzeysel doku ultrasonografisinde sol inguinal kanalda büyüğü 24x13 mm çaplı birkaç adet sert, hipoekoik solid kitle saptanmıştır. Tomografide sol inguinal kanal distalinde 30x26 mm düzensiz konturlu solid yapı ve büyüğü 12x5 mm birkaç adet LN saptanması üzerine inguinal eksplorasyon planlanmıştır (Resim A). Genel cerrahi tarafından yapılan operasyonda, kitlenin spermatik kord ile ilişkili olduğunun görülmesi üzerine, operasyon esnasında tarafımıza danışılmış; orşiektomi + kordektomi + inguinal kitle eksizyonu



**Resim A:** Sol inguinal kanal distalinde 30x26 mm düzensiz konturlu solid yapı

**Resim B:** Spermatik korda sınırlı, cerrahi sınırda devamlı, krem beyaz renkli tümörün makroskopik görünüşü, testis intact

**Resim C:** İğsi hücreli tümör, atipik hücreler, sık atipik mitoz (Hematoxilen-Eozin ile x 400 büyütme)

**Resim D:** Tümör hücrelerinde immunohistokimyasal olarak Desmin pozitifliği (x 200 büyütme)

yapılmıştır.

**BULGULAR:** Makroskopik incelemede tümör boyutu 5x4x3 cm olup testiste tümör invazyonu yoktur, ancak spermatik kord tümörle infiltredir ve cerrahi sınır pozitifdir (Resim B). Mikroskopik incelemede birbiri ile kesişen çaprazlaşan demetler halinde tümör izlenmiş, iğsi hücrelerde belirgin hücresel atipi ve sık mitotik aktivite görülmüştür (Resim C). İmmünohistokimyasal olarak aktin, desmin ile pozitif boyanma izlenmiştir (Resim D). Kitle patolojisi lenf nodu biyopsisi ile uyumlu olarak grade 3 leiomyosarkom olarak raporlanmıştır. Evrelemede uzak metastaz saptanmaması üzerine postop kemoterapi (KT) düşünülmeyen hastaya, cerrahi sınır pozitifliği nedeniyle radyoterapi (RT) planlanmıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Radikal orşiektomi ve spermatik kord eksizyonu tedavide standart yaklaşım olup, cerrahi sınır pozitifliğinde çevre dokuların çıkarılması için ikinci girişim gerekebilmektedir. Lenfatik drenaj yoluyla retroperitoneal lenf nodlarına; hematojen yolla akciğer, karaciğer, yumuşak doku ve boyun bölgesine metastaz yapar. Adjuvan RT ve KT hasta bazlı uygulansa da oluşmuş net bir tedavi şeması mevcut değildir.

Bu olgularda uzak metastaz dışında lokal testiküler bölgenin de kontrolü oldukça önemlidir. Orşiektomi sonrası inguinal ve skrotal lokal rekürrens % 25-37 olarak bildirilmektedir. Bölgesel (pelvik ve inguinal lenf nodları, skrotum) uygulanan adjuvan RT ve/veya ilave cerrahinin lokal rekürrens riskini azalttığı bilinmektedir.

P-36

## HUZURSUZ BACAK SENDROMU VE AŞIRI AKTİF MESANE BİRLİKTELİĞİ: ETYOLOJİ, PREVALANS VE TEDAVİDE ETKİLİ FAKTÖRLER

Caner Moral,<sup>1,1</sup> Mustafa Aydın,<sup>1</sup> Ahmet Yılmaz,<sup>2</sup> Lokman İrkılata,<sup>3</sup> Alper Bitkin,<sup>1</sup> Mustafa Kemal Atilla<sup>3</sup>

1. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

2. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nöroloji, Samsun

3. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Ortak patofizyolojiye sahip oldukları düşünülen Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) ve Aşırı Aktif Mesane (AAM)'den sorumlu olan fizyolojik mekanizma veya anatomik bölgeler bilinmemektedir. Ancak HBS ve AAM'nin beyin sapı düzeyinde ortaya çıkan ve spinal eksitabilitede değişikliklere neden olan supraspinal bir ritmin parçası olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada her iki hastalığı ortak mekanizmaları, HBS ve AAM birlikteliği; etyoloji, prevalans ve tedavide etkili faktörleri araştırmayı amaçladık.

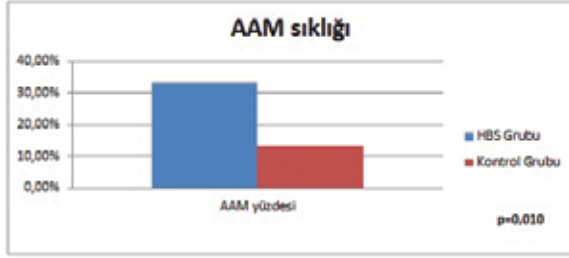
**YÖNTEM:** Çalışmaya nöroloji polikliniğine başvuran Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu tanı kriterlerine göre HBS tanısı almış 60 hasta alındı. Bu hastalara tedavi amaçlı 1 ay süreyle pramipexole (0.25 mg 1x1) başlandı ve semptom şiddetine göre doz ayarlaması yapıldı. İlacın hastalar üzerindeki tedavi etkinliği kullanılan skorlamalarla değerlendirildi. HBS tanısı alan hastalar üroloji polikliniğine yönlendirildi ve aynı hekim tarafından ayırıcı tanı için muayene edildi, üriner ultrasonografi yapıldı. İdrar tetkiki, idrar kültürü, serum kreatinini, serum C-reaktif protein düzeyleri ölçülerek AAM ayırıcı tanısı yapıldı. Ayrıca tüm hastalara HBS için tedavi öncesi ve sonrası Türkçe valide edilmiş AAM sorgu formu dolduruldu.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan 60 HBS olan hastada ve kontrol grubundaki 60 olguda, cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı (p=0,540). HBS grubu ve kontrol grubu yaş ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=0,056). HBS grubu ile kontrol grubunun vücut kitle indeksi açısından değerlendirilmesinde her iki grubun ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmedi (p=0,373). Bulunan değerler kıyaslandığında AAM, HBS grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. HBS tedavi öncesi ve sonrası AAM semptom skorlarında istatistiksel olarak anlamlı düşme gözlemlendi (p<0.001).

HBS ve kontrol grubunda AAM olgularının dağılımı ve gruplar arasında AAM semptom skorlarının karşılaştırılması

	HBS grubu (n=60)	Kontrol grubu (n=60)	P
AAM	20 (%33,3)	8 (%13,3)	0,010
AAM semptom skoru	6,4 (0-25)	4,4 (0-22)	0,036

AAM: Aşırı Aktif Mesane, HBS: Huzursuz Bacak Sendromu, n: hasta sayısı



HBS ve kontrol grubunda AAM sıklığının karşılaştırılması

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak çalışmamız AAM prevalansının HBS'de, sağlıklı kontrol grubu bireylere göre daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Nigrostriatal dopaminerjik sistemin her iki hastalıktaki ortak patofizyolojik mekanizmaların merkezi olduğunu düşündüren bulgular mevcut olup, yapılan sınırlı sayıda çalışmada ve bizim çalışmamızda HBS tedavisinde kullanılan dopamin agonistlerinin özellikle standart tedaviye yanıt vermeyen AAM tedavisinde bir tedavi seçeneği olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Bu konuda daha fazla hasta sayısını içeren geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-37

## MYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA TEKRARLAYAN İNTRADETRUSOR ONABOTULİNUM TOKSİN A ENJEKSİYONUNUN MESANE DİNAMİKLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Çağrı Akın Şekerci,<sup>1</sup> Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Asgar Garayev,<sup>1</sup> Tufan Tarcan,<sup>1</sup> Ferruh Şimşek,<sup>1</sup> Cem Akbal<sup>1</sup>

1. Marmara Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Myelodisplaziye ikincil nörojenik detrusor aşırı aktivitesi (NDAA) olan çocuklarda tekrarlayan intradetrusor Onabotulinum toksin A (Onabot A) enjeksiyonunun etkinliği ve güvenilirliğinin araştırmasıdır.

**YÖNTEM:** 2010-2015 yılları arasında kliniğimizde en az iki kez Onabot A enjeksiyonu uygulanan 19 hasta (4 erkek, 15 kız, ortalama yaş 10.3±3.1) çalışmaya alındı. Tüm çocuklar işlem öncesi TAK yapmakta ve oral antimuskarinik ilaçlar ile tedavi edilmelerine rağmen TAK aralarında idrar kaçırmaktaydı. Onabot A enjeksiyonu 10U/kg dozunda (maksimum 200 U) trigon bölgesi korunarak 20 ayrı mesane lokalizasyonuna uygulandı. Her uygulama öncesi, uygulama sonrası altıncı hafta ürodinamik inceleme yapıldı. Onabot A enjeksiyonu öncesi ve sonrası ürodinamik maksimum sistometrik kapasite, maksimal detrusor basıncı ve kompliyans değerleri karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Tüm hastalara en az iki kez Onabot A uygulanırken, 8 hastada üç ve 5 hastada dört kez uygulama gerçekleştirildi. Birinci uygulama öncesi ve birinci, ikinci ve üçüncü uygulama sonrası bakılan sırasıyla maksimum kapasite (82, 157, 191 ve 272 ml), detrusor basıncı (55, 33, 22 ve 12.5 cmH<sub>2</sub>O) ve kompliyans (1.32, 4.5, 10 ve 20.67 ml/cmH<sub>2</sub>O) değerlerinde istatistiksel anlamlı düzelme saptanırken (p<0.05), dördüncü uygulama sonrasında anlamlı sonuç izlenmedi (p>.05; Tablo 1). Kontinan periyodlar ise tüm uygulamalar sonrasında benzerlik gösterdi (p>0.05) (Tablo 1). Hiç bir hastada Onabot A enjeksiyonuna bağlı ciddi yan etki izlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Miyelodisplaziye bağlı NDAA olan çocuklarda tekrarlayan Onabot A enjeksiyonu daha invaziv cerrahi girişimlere alternatif, güvenli ve etkin bir tedavi yöntemidir.



Tablo

Parametre	Tüm Hastalar			P değeri
	Hasta sayısı (N)	Ortanca (25th-75th)	İyileşmenin %'si	
Kompliyans, ml/cmH2O				
Uygulama öncesi	19	1.32(.68-3.12)		N/A
1ci sonrası	19	4.5(2.72-9.42) *	409%	<.0001
2ci sonrası	19	10(5.41-16.64) *	222%	<.0001
3cü sonrası	8	20.67(10.17-34.85) *	206%	.012
4cü sonrası	5	18.75(13.29-36.84)	90.7%	0.05
Maksimum detrusor basıncı, cmH2O				
Uygulama öncesi	19	55(28-103)		N/A
1ci sonrası	19	33(20-58) *	60%	<.0001
2ci sonrası	19	22(12-30) *	66.7%	<.0001
3cü sonrası	8	12.5(9-19.7) *	56.8%	.012
4cü sonrası	5	16(8.5-19)	128%	.144
Maksimum sistometrik kapasite, ml				
Uygulama öncesi	19	82(55-147)		N/A
1ci sonrası	19	157(110-188) *	52.2%	<.0001
2ci sonrası	19	191(122-229) *	21.6%	.027
3cü sonrası	8	272(161-302) *	42.4%	.021
4cü sonrası	5	299(216-322)	9.9%	.686
Kontinan süre, ay				
Uygulama öncesi	19	N/A		N/A
1ci sonrası	19	8(7-10)		.065
2ci sonrası	19	9(8-10)	12.5%	.763
3cü sonrası	8	9(9-10)	N/A	.705
4cü sonrası	5	10(8.5-10.5)	11.1%	N/A

\*  $p < 0.05$ , Wilcoxon Signed Rank test (non-parametrik dağılım gösteren sayısal değerler)

P-38

## UNUTULMUŞ VE TAŞLAŞMIŞ J STENT

Fatih Çolak,<sup>1</sup> İlke Onur Kazaz,<sup>2</sup> Ersagun Karagüzel,<sup>2</sup> Ömer Kutlu,<sup>3</sup> Ali Ertan Okatan,<sup>2</sup> Hüseyin Eren,<sup>4</sup>

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon

2. Karadeniz Üniversitesi Farabi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon

3. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Antalya

4. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim, Rize

**YÖNTEM:** Üreteral stentler endoürolojik cerrahi prosedürlerde sıklıkla kullanılmaktadır. Buna rağmen bazen unutulabilmekte ve ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu komplikasyonlar içerisinde üriner sistem enfeksiyonu- ürosepsis, stent migrasyonu ve fragmantasyonu sayılabilir. Unutulan ve taş oluşumu gelişen üreteral J stentli olguda başarılı endoürolojik ve kombine açık cerrahi vakasını sunmayı hedefliyoruz.

**BULGULAR:** Olgu: 45 yaşında erkek hasta dış merkezde 2007 yılında sağ üreterolitotomi operasyonu sonrası yerleştirilen üreteral stentini çektirmemiş olup 6 yıl sonunda fragmante ve taşlaşmış stent ile tarafımıza başvurdu.(Şekil 1) Hastaya polikliniğimizde yapılan ilk tetkiklerde üriner sistem enfeksiyonu ve idrar kültüründe ise Paeruginosa tespit edildi. Hastaya enfeksiyon hastalıklarının görüş ve önerileri doğrultusunda piperasilin-tazobaktam tedavisi başlanarak idrar kültürü temizlendi. Hastanın abdomen BT sinde renal parankimin göreceli azalması izlendiğinden hastaya MAG3 sintigrafi çektirildi. Sintigrafi sonucunda total böbrek fonksiyonlarına sağ böbreğin katkısının %45.1 sol böbreğin katkısının %54.9 olduğu görülmesi üzerine hastanın taşına müdahale kararı alındı. Hastaya aralıklarla 3 seans endoskopik üreterolitotripsi yapıldı ve üreterdeki fragmante stent parçaları çıkarıldı. 6F iki ucu açık üreteral stent yerleştirildi.(Şekil 2) Son olarak mesanede var olan taş için açık cerrahi prosedür ile sistolitotomi işlemi gerçekleştirildi. Toplam operasyon süresi 4 seans için ortalama 11 saat

olarak gerçekleşti. Sonrasında hastanın takibinde ateş olmayıp alınan idrar kültürlerinin temiz geldiği görüldü. Hasta, böbrek alt poldeki kalikslerinde birkaç adet taş ve üreteral J stent ile taburcu edildi. 3 ay sonraki kontrollerinde idrar kültüründe üreme ve yeni taş formasyonu gözlenmedi. (Şekil 3)

**ÇIKARIMLAR:** Unutulan ve taşlaşan üreteral stentlerin tedavisinde endoskopik prosedürler daha az invaziv ve daha güvenli tedavi seçenekleridir. Hastalarda bu tür komplikasyonların önlenmesini sağlamak için hastalar, üreteral stentleri ve gelişebilecek komplikasyonlar hakkında detaylı bilgilendirilmelidir.

P-39

## DÜŞÜK DANSİTELİ ÜRİNER SİSTEM TAŞLARINDA MEDİKAL DISSOLÜSYON TEDAVİ DENEYİMİ

Eray Hasırcı,<sup>1</sup> Enis Kervancıoğlu,<sup>1</sup> Ayhan Dirim,<sup>2</sup> Mehmet İltiş Tekin,<sup>1</sup> Hakan Özkardeş<sup>1</sup>

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) ile saptanmış düşük dansiteli üriner sistem taşlarında medikal dissolüsyon tedavisi etkinliğinin ve başarıyı etkileyebilecek faktörlerin değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** Mayıs 2011 ile Haziran 2016 tarihleri arasında BT ölçümlerine göre düşük dansiteli (<750 Hounsfield ünitesi) üriner sistem taşı olduğu belirlenen ve dissolüsyon tedavisi amacıyla potasyum sodyum hidrojen sitrat ve sodyum bikarbonat verilen 11'i erkek toplam 31 hastanın verileri ve tedavi yanıtları retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalarda tedaviye standart dozla başlanıp 3 ve 10'uncu günlerde idrar pH ölçümlerine göre doz ayarlaması yapıldı. Tamamen taşsızlık sağlanan (tam yanıt) veya taş boyutunda %50'den fazla azalma izlenen (parsiyel yanıt) hastalar başarılı gruba dahil edildi. Taş boyutunda değişiklik olmayan, beklenen azalma izlenmeyen, taş boyutunda artış olan, dissolüsyon tedavisini tolere edemeyen hastalar ise başarısız gruba dahil edildi. Hastalar yaş, vücut kitle indeksleri, taş boyutu ve dansitesi, tedavi süresi, tedavi öncesi idrar pH'sı ve serum ürik asit düzeyleri açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 63.26 yıl olarak belirlendi (44-82 yıl). Taşlar 24 hastada böbrekte, 3 hastada üreterde ve 4 hastada ise hem

**Tablo 1:** Dissolüsyon tedavisinin başarısını etkileyen faktörler

	Başarısız		p değeri
	Başarılı	Başarısız	
Yaş	62.6	66.2	0.163
VKI (kg/cm <sup>2</sup> )	29.38	30.28	0.519
Taş boyut (mm)	22.69	29.08	0.555
Dansite (HU)	578.4	594	0.786
Tedavi süresi (hafta)	17.58	30	0.124
Takip Süresi (hafta)	34.77	39.6	0.753
İdrar pH	5.17	5.5	0.045
Serum ürik asit düzeyi (mg/dl)	6.4	8.92	0.001
IFSF-toplam	24.18 ± 3.24	27.53 ± 4.43	0.01**

böbrek hem de üreterde idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 6'sına (%26) yan ağrısından, 2'sine de (%8.6) soliter böbrekli olmalarından dolayı medikal tedavi öncesinde üreteral kateter yerleştirilmiş olduğu öğrenildi. Bir hastaya ise yine medikal tedavi öncesinde piyonefroz nedeniyle perkütan nefrostomi kateteri konmuştu. Yalnızca 6 hastada taş analizi yapmaya uygun miktarda taş elde edilmişti ve bu taşların hepsi ürik asit taşı idi. Tedavi sonrasında 22 hastada (%71) tam yanıt, 4 hastada (%12.9) ise parsiyel yanıt elde edildi. Beş hastada (%16.1) tedaviye yanıt alınmadı. Tedavi başarısını etkileyebilecek parametreler Tablo 1'de özetlenmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Ürik asit taşları veya BT ölçütlerine göre düşük dansiteli taşların varlığında medikal tedavinin başarısını öngörmeye en önemli faktör idrar pH'sı ve serum ürik asit düzeyi gibi görünmektedir. Başarı olasılığının yüksek olduğu bu grup hastalarda dissolüsyon tedavisinin cerrahi tedavi öncesinde denenmesi yararlı olabilir. Bu hastalarda cerrahi ihtiyacının ortadan kalkması ile hastaların yaşam kalitesi önemli ölçüde olumlu etkilenecektir.

P-40

## ÜRİNER SİSTEM FİSTÜLLERİ, 10 YILLIK DENEYİMLERİMİZ

Sami Uğuz,<sup>1</sup> Bahadır Topuz,<sup>1</sup> Adem Emrah Coğuplugil,<sup>2</sup>  
 Bilal Fırat Alp,<sup>3</sup> Emin Aydur,<sup>1</sup> İbrahim Yıldırım<sup>2</sup>

1. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

2. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

3. GATA - Ankara, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Fistül; iki veya daha fazla epitelyum ile döşeli vücut boşlukları ya da cilt yüzeyleri arasındaki anatomi dışı bir bağlantı olarak tanımlanır. Fistüllerin en sık nedeni iyatrojenik olmasına karşın konjenital anomaliler, kanser, enfeksiyon, RT, cerrahi-eksternal doku travması gibi faktörler de fistül oluşumuna neden olabilir. Böbrek, üreter, mesane ve üretra gibi üriner sistem organları ile plevral boşluk, GIS, vasküler sistem, deri ve üreme organları gibi diğer vücut boşlukları arasında fistül oluşabilir. Amacımız kliniğimizde üriner sistem fistülleri nedeniyle tedavi

olan hastaların verilerini paylaşmaktır.

**YÖNTEM:** 2006-2016 yılları arasında kliniğimizde hipospadiyas cerrahisi sonrası gelişen fistüller ve çocukluk çağı fistülleri hariç tutularak üriner sistem fistülleri nedeniyle tedavi olan erişkin hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Toplam 16 hasta çalışmaya alındı. Hastalar cinsiyet, yaş, fistül etiyojisi, fistül lokalizasyonu, tanı koyma yöntemi, geçmiş başarısız tedavi öyküsü, yapılan tedavi, insizyon şekli, eş zamanlı başka cerrahi uygulanması, tedavi başarısı ve komplikasyon yönünden incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların verileri Tablo 1'de görülmektedir. En sık üretrokutanöz (n=3), vezikovajinal (n=3) ve üretrorektal (n=3) fistül tamiri yapıldığı saptandı. Etiyolojide en sık sebep histerektomi (n=5), sonra ASY (n=4) olarak belirlendi. 8 hastanın geçmişte başarısız tedavi öyküsü vardı. Yapılan tedavi başarısı %81 (n=13) olarak saptandı. 4 hastada komplikasyon geliştiği belirlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Üriner sistem fistülleri nadir görülen ancak tanı ve tedavisi zor olan ürolojik problemlerdir. İdrar kaçığı ile sonuçlanan üriner fistülün ilk tanısından sonra derhal tedavi ya da idrar kaçığının önlenmesi önemlidir. Deneyimli merkezlerde yapılan tedavi ile hastalar başarılı bir şekilde tedavi edilebilirler.

Tablo 1:

Hasta No	Cinsiyet	Yaş (yıl)	Fistül Etiyojisi	Fistül Lokalizasyonu	Tanı Koyma Yöntemi	Geçmiş Başarısız Tedavi	Tedavi	İnsizyon	Eş Zamanlı Başka Cerrahi	Tedavi Başarısı	Komplikasyon
1	Kadın	31	Histerektomi sonrası	Üreterovajinal Fistül (sağ üreter - vajina)	IVP	Hayır	UNS + D-J imp	Pfannenstiel insizyon	Vajinal cuff tamiri + ooferektomi	Başarılı	Hayır
2	Erkek	47	Skrotal abse sonrası	Üretrokutanöz Fistül (prostatik üretra - perineal bölge)	Sistoskopi	Evet	1. Fistül onarımı 2. Enjeksiyon	1.Perineal insizyon 2.Endoskopik	Hayır	Başarısız	Başarısız tedavi
3	Kadın	64	Histerektomi sonrası	Vezikosigmoid Fistül (mesane sol yan duvar - sigmoid kolon)	Sistoskopi	Hayır	Fistül onarımı	GAM insizyon	Sigmoidektomi + Kolostomi	Başarılı	Hayır
4	Erkek	23	Agumentasyon sistoplasti sonrası	Vezikoileal Fistül	BT Sistografi	Hayır	Fistül onarımı	GAM + GÜM	Hayır	Başarılı	Hayır
5	Erkek	69	Açık böbrek kist eksizyonu sonrası	Nefrokutanöz Fistül (sol böbrek - lomber bölge)	BT	Hayır	Fistül onarımı	Flank insizyon	Hayır	Başarılı	Hayır
6	Erkek	27	ASY sonrası	Vezikorektal Fistül (mesane boynu - rektum distali)	Kolonoskopi + Sistoskopi	Evet	1.Fistül onarımı 2.Sistoskopi	Perineal insizyon	Hayır	Başarısız	Başarısız tedavi
7	Erkek	21	ASY sonrası	Üretrokutanöz Fistül (sol üreter - lomber bölge)	Eksplorasyon	Evet	Fistül onarımı	Flank insizyon	Omental Flep	Başarılı	Hayır
8	Kadın	37	Histerektomi sonrası	Vezikovajinal Fistül (mesane tabanı - vajen ön duvarı)	Sistoskopi	Evet	Fistül onarımı	Transvajinal insizyon ?	Hayır	Başarılı	Hayır
9	Erkek	77	Transvezikal prostatektomi sonrası	Vezikokutanöz Fistül	Sistoskopi	Hayır	Sonda takılması	Endoskopik tedavi	Hayır	Başarılı	Hayır
10	Erkek	20	Plenoidal sinüs eksizyonu sonrası	Üretrokutanöz Fistül (prostatik üretra - anal sfinkter cildi)	BT Sistografi	Hayır	Fistül onarımı	Perineal insizyon	Sistoskopi (onarım öncesi)	Başarılı	Yara yeri enfeksiyonu
11	Kadın	54	Robotik histerektomi sonrası	Vezikovajinal Fistül (mesane posterioru - vajina)	Sistoskopi	Evet	Fistül onarımı	Pfannenstiel insizyon	Sistoskopi + Vajinoskopi (onarım öncesi) Omental Flep	Başarılı	Hayır
12	Erkek	37	ASY sonrası	Üretrokutanöz Fistül (prostatik üretra - gluteal bölge)	BT Sistografi + Sistoskopi	Evet	Fistül onarımı	Perineal insizyon	Grasilis Flep	Başarısız	Başarısız tedavi Ürosepsis
13	Kadın	51	Robotik histerektomi sonrası	Vezikovajinal Fistül (mesane posterioru - vajina)	BT Sistografi + Sistoskopi	Hayır	Fistül onarımı	Pfannenstiel insizyon	Omental Flep	Başarılı	Hayır
14	Erkek	62	Laparoskopik radikal prostatektomi sonrası	Üretrorektal Fistül (üretra proksimalı - rektum)	Sistoskopi + BT	Hayır	Üreteral katater takılması	Endoskopik tedavi	Tanısal Laparoskopi + Kolostomi + Rektoskopi ile Sütürasyon	Başarılı	Hayır
15	Erkek	77	Radikal prostatektomi sonrası	Üretrorektal Fistül (prostatik üretra - rektum)	Sistoskopi + BT	Evet	Fistül onarımı	Perineal insizyon	İleostomi + Pull Through	Başarılı	Hayır
16	Erkek	44	ASY sonrası	Üretrorektal Fistül (prostatik üretra - rektum)	Sistografi + MRI + Sistoskopi	Evet	Fistül onarımı	Perineal insizyon	Grasilis Flep	Başarılı	Hayır

P-41

## TÜRKİYE'DEKİ ÜROLOGLARIN ONABOTULİNUM TOKSİNA UYGULAMA EĞİLİMLERİ VE KARŞILAŞTIKLARI ZORLUKLAR

Emin Aydur,<sup>1</sup> Adem Emrah Coğuplugil,<sup>1,1</sup> Zafer Demirer,<sup>2</sup> Adnan Şimşir,<sup>3</sup> Oktay Demirkesen,<sup>4</sup> Bedreddin Seçkin<sup>5</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Eskişehir
3. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
4. Forte Üroloji Merkezi, Üroloji Servisi, İstanbul
5. Uluslararası Medicana Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

**AMAÇ:** Amacımız, Türkiye'deki ürologların aşırı aktif mesane (AAM) ve nörojenik detrusör aşırı aktivitesi (NDAA) hastalarında onabotulinum toksinA (onaBONT-A) tedavisi uygulama eğilimlerini ve karşılaştıkları zorlukları saptamaktır.

**YÖNTEM:** Türkiye'de çalışan 278 ürologdan günlük onaBONT-A uygulama pratikleri hakkında sorular içeren bir anket doldurmaları istendi. Bu anket, dört bölgesel üroloji toplantısına ve bir ulusal işlevsel üroloji ve kadın ürolojisi kongresine katılan hekimlere dağıtıldı

**BULGULAR:** 63 ürolog anketi cevapladı. Toplam cevap oranı %22.6 idi. Genel olarak, cevap verenlerden 38'i (%60.3) onaBONT-A tedavisi uygulamaktaydı. 38 ürologdan 37'si refraktör AAM'de, 30'u ise refraktör NDAA'da onaBONT-A kullandığını bildirdi. Cevap veren ürologların %73.6'sı refraktör AAM tedavisinde intradetrüsör 100 ünite onaBONT-A (20 ml serum fizyolojik içinde 20 noktaya) kullandığını belirtirken, %13.1'i ise intradetrüsör 200 ünite onaBONT-A (30 ml serum fizyolojik içinde 30 noktaya) kullandığını belirtmiştir. %52.6'sı ise refraktör NDAA tedavisinde intradetrüsör 200 ünite onaBONT-A (30 ml serum fizyolojik içinde 30 noktaya) kullandığını belirtirken, %23.6'sı ise intradetrüsör 100 ünite onaBONT-A (20 ml serum fizyolojik içinde 20 noktaya) kullandığını belirtmiştir. %89.4'ü bir ayda 1-2 hastaya onaBONT-A uyguladığını bildirmiştir. Ürologların %36.8'i hastalar yeniden semptomatik hale geldiğinde onaBONT-A tedavisini tekrarlarlarken, yine %36.8'i ilk enjeksiyondan dokuz ay sonra tedaviyi tekrarlamaktadır. %68.4'ü hasta fayda görmeye devam ettiği sürece onaBONT-A tedavisini tekrarlarlarken, %18.4'ü 1-2 defa ve %13.1'i 3-4 defa tekrarlamaktadır. onaBONT-A enjeksiyonundan fayda görmeyen AAM hastalarında en sık kullanılan tedavi yöntemleri sakral nöromodülasyon (%36.8), oral antimuskarinikle birlikte intradetrüsör onaBONT-A enjeksiyonu (%26.3) ve daha yüksek dozda

onaBONT-A enjeksiyonudur (%13.1). onaBONT-A enjeksiyonundan fayda görmeyen NDAA hastalarında en sık kullanılan tedavi yöntemleri ise ogmentasyon sistoplasti (%50) ve oral antimuskarinikle birlikte intradetrüsör onaBONT-A enjeksiyonudur (%31.5). 63 ürologdan 25'i (%39.7) onaBONT-A enjeksiyonu uygulamadığını bildirmiştir. Bunun en sık nedenleri olarak eğitim yetersizliği (%48), Sağlık Uygulama Tebliği mevzuatı açısından onaBONT-A uygulamaya yetkili olmayan bir hastanede çalışmak (%44) ve uygun hasta sayısının az olması (%32) bildirilmiştir. SNM uygulamayan 25 üroloğun 21'i (%84) eğitim almış olduğu takdirde uygun hasta popülasyonlarında SNM tedavisini kullanabileceğini belirtmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Türkiye'deki ürologlar esas olarak refraktör AAM hastalarında intradetrüsör onaBONT-A enjeksiyonu uygulamaktadır. Tercih edilen doz ise 100 ünitedir. Refraktör NDAA tedavisinde 200 ünite tercih edilmektedir. Türkiye'deki ürologların yaklaşık %40'ı esas olarak eğitim eksikliğinden dolayı intradetrüsör onaBONT-A tedavisi uygulamamaktadır. Eğitici kurslar daha fazla üroloğun onaBONT-A enjeksiyonu yapması açısından faydalı olabilir.

P-42

## TÜRKİYE'DEKİ ÜROLOGLAR ARASINDA STRES TIP İDRAR KAÇIRMANIN TANI VE TEDAVİSİNDE UYGULANAN YAKLAŞIMLAR

Adem Emrah Coğuplugil,<sup>1,1</sup> Zafer Demirer,<sup>2</sup> Emin Aydur,<sup>1</sup> Adnan Şimşir,<sup>3</sup> Oktay Demirkesen,<sup>4</sup> Bedreddin Seçkin<sup>5</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Eskişehir
3. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
4. Forte Üroloji Merkezi, Üroloji Servisi, İstanbul
5. Uluslararası Medicana Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

**AMAÇ:** Amacımız, Türkiye'deki ürologlar arasında stres tip idrar kaçırmanın (STİK) tanı ve tedavisinde uygulanan yaklaşımları saptamaktır.

**YÖNTEM:** Türkiye'de çalışan 195 ürologdan, günlük pratiklerinde STİK hastalarını nasıl değerlendirip tedavi ettikleri hakkında sorular içeren bir anket doldurmaları istendi. Bu anket, dört bölgesel üroloji toplantısına ve bir ulusal işlevsel üroloji ve kadın ürolojisi kongresine katılan hekimlere dağıtıldı.

**BULGULAR:** 51 ürolog anketi cevapladı. Toplam cevap oranı %26.1 idi. Cevap veren ürologların %84.3'ü, STİK hastalarının günlük muayene faaliyetlerinin %25'inden azını oluşturduğunu

belirtmiştir. En sık kullanılan tanı yöntemleri supin stres testi (%60.7), işeme günlüğü (%41.1), semptom skoru ve yaşam kalitesi anketleri (%35.2), üroflowmetri (%35.2), işeme sonrası artık idrar ölçümü (%17.6), ürodinamik (%13.7) ve ped testi (%11.7) olduğu bildirilmiştir. Cevap verenlerin %60.9'u, supin stres testi hasta normal işeme sıklığı hissettiğinde yaparken, %39.1'i mesaneyi belli bir hacimde serum ile doldurduktan sonra yapmaktadır. En sık kullanılan başlangıç tedavi yöntemleri pelvik taban kas egzersizleri (%58.8), konservatif yöntemler (%43.1), duloksetin (%23.5) ve cerrahi tedavi (%21.5) olarak bildirilmiştir. %41.1'i cerrahi öncesi ürodinamik yapmaktadır. %64.7'si ayda 1-2, %29.4'ü ayda 3-5 kontinans cerrahisi uygulamaktadır. En sık tercih edilen cerrahi yöntem dıştan içe transobturator orta üretra askısı (TOT, %66.6) iken, ikinci sıklıkla tercih edilen cerrahi yöntem retropubik orta üretra askısıdır (TVT, %52.9). %92.1'i cerrahi sonrası başarı ve komplikasyonları kaydetmektedir. %17.6'sı TVT başarısızlığı sonrasında TOT uygularken, %54.9'u TOT başarısızlığı sonrasında TVT uygulamaktadır. TVT uygularken %40.7'si genel ve %59.2'si spinal anestezi kullanmaktayken, TOT uygularken %32.3'ü genel ve %67.6'sı spinal anestezi kullanmaktadır. TVT uygulayanlar intraoperatif askı gerginliğini el yordamıyla (%37), hastayı öksürterek (%29.6), üretraya dilatör veya foley kateter koyarak (%14.8) ve hastanın karnına bastırarak (%14.8) değerlendirmektedir. TOT uygulayanlar ise intraoperatif askı gerginliğini el yordamıyla (%32.3), hastayı öksürterek (%29.4), üretraya dilatör veya foley kateter koyarak (%14.8) ve hastanın karnına bastırarak (%14.8) değerlendirmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Kadın STİK cerrahi tedavisinde ana tedavi yöntemi TOT'dir. TOT başarısızlığı sonrası tercih edilen cerrahi tedavi yöntemi TVT'dir. Türkiye'deki ürologların yaklaşık %60'ı semptom skoru ve yaşam kalitesi anketi kullanmamaktadır. Türkiye'deki ürologlar arasında kadın STİK cerrahi tedavisinde esas olarak orta üretra askı cerrahisi kullanılmaktadır.

P-43

## TÜRKİYE'DEKİ ÜROLOGLAR ARASINDA PELVİK ORGAN PROLAPSUSUNUN TANI VE TEDAVİSİNDE UYGULANAN YAKLAŞIMLAR

Adem Emrah Coğuplugil,<sup>1</sup> Zafer Demirel,<sup>2</sup> Emin Aydur,<sup>1</sup> Adnan Şimşir,<sup>3</sup> Oktay Demirkesen,<sup>4</sup> Bedreddin Seçkin<sup>5</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

2. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Eskişehir

3. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

4. Forte Üroloji Merkezi, Üroloji Servisi, İstanbul

5. Uluslararası Medica Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

**AMAÇ:** Amacımız, Türkiye'deki ürologlar arasında pelvik organ prolapsus (POP) tedavisinde uygulanan yaklaşımları tespit etmektir.

**YÖNTEM:** Türkiye'de çalışan 163 ürologdan, günlük pratiklerinde POP hastalarını nasıl değerlendirip tedavi ettikleri hakkında sorular içeren bir anket doldurmaları istendi. Bu anket, dört bölgesel üroloji toplantısına ve bir ulusal işlevsel üroloji ve kadın ürolojisi kongresine katılan hekimlere dağıtıldı.

**BULGULAR:** 57 ürolog anketi cevapladı. Toplam cevap oranı %34.9 idi. Cevap veren ürologların %92.9'u, POP hastalarının günlük muayene faaliyetlerinin %25'inden azını oluşturduğunu belirtmiştir. Günlük pratikte en sık karşılaşılan POP tipinin %92.9 oranla anterior vajinal prolaps olduğu bildirilmiştir. En sık kullanılan tanı yöntemleri fizik muayene (%98.2), işeme sonrası artık idrar ölçümü (%54.3), üroflowmetri (%42.1), semptom skorları (%28) ve işeme günlüğüdür (%19.2). Cerrahi öncesinde en sık POP-Q (%70.8) ve Baden-Walker (%25) POP derecelendirme sistemleri kullanılmaktadır. Cevap veren ürologların %80.7'si POP redüksiyonu ile birlikte supin stres testi uygulamaktadır. %17.5'i her hastaya POP redüksiyonu ile birlikte ürodinamik uygularken, %80.7'si uygulamamaktadır. %77.1'si başlangıç tedavisi olarak vajinal pesser kullanmamaktadır. %73.6'sı ayda 1-2 POP cerrahisi uygularken, %24.5'i ise ayda 3-5 POP cerrahisi uygulamaktadır. %50.8'i genel anestezi altında, %49.1'i ise spinal anestezi altında POP cerrahisi uygulamaktadır. %54.3'ü meş ile POP onarımını tercih ederken, %45.6'sı nativ doku onarımını tercih etmektedir. Meş kullananların %64.5'i ticari prolen meş kiti tercih ederken, %32.5'i kendi kesim prolen meş tercih etmektedir. Cevap veren ürologların %64.9'u, POP ile birlikte stres idrar kaçırması (STİK) olan hastalarda POP cerrahisi ile eş zamanlı STİK cerrahisi de uygulamaktadır. POP

tamiri esnasında %71.9'u de-novo STİK varlığını değerlendirmemekte ve %78.9'u de-novo STİK için kontinans cerrahisi uygulamamaktadır. En sık tercih edilen cerrahi prosedürler; vajinal vault prolaps için abdominal sakrokolpopeksi (%40.3), anterior vajinal prolaps için anterior onarım (%66.6) ve posterior vajinal prolaps için posterior onarımdır (%68.4).

**ÇIKARIMLAR:** Türkiyede'ki ürologlar arasında prolen meş ile POP onarımı yaygındır. Ticari meş kitleri tercih edilmekte, ancak kendi kesim prolen meşler de kullanılmaktadır. POP ile birlikte STİK olan hastalarda, POP onarımı ile eş zamanlı kontinans cerrahisi genellikle uygulanmaktadır. Ancak, POP onarımı esnasında de-novo STİK için ilave bir kontinans cerrahisi çoğunlukla uygulanmamaktadır. Abdominal sakrokolpopeksi, anterior ve posterior onarımlar en sık tercih edilen yöntemlerdir.

P-44

## ERİŞKİN NOKTURAL ENÜREZİSİN KLİNİK DEĞERLENDİRMESİNDE LUMBOSAKRAL MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMİNİN TANISAL DEĞERİ

Sercan Yılmaz,<sup>1</sup> Bilal Fırat Alp,<sup>2</sup> Ali Güragaç,<sup>1</sup> Emin Aydur,<sup>1</sup> Bedreddin Seçkin<sup>2</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Genellikle çocukluk çağına ait bir problem olarak bilinen nokturnal enürezis erişkin dönemde de sıklıkla görülmektedir. Kişilik yapısında oluşturacağı sorunlarla erişkinlerde sosyal problemlere de yola açabilir. Oysa nöroanatomik, psikolojik ve işlevsel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan nokturnal enürezis tedavi edilebilir bir durumdur. Bu retrospektif çalışmada erişkin nokturnal enürezisli hastaların klinik değerlendirmesinde sıklıkla kullanılan lumbosakral manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yönteminin tanısal değerini araştırdık.

**YÖNTEM:** 2009-2016 yılları arasında uykuda altını ıslatma şikayetiyle kliniğimize başvuran erişkin hastaların dosyaları taranarak bir veritabanı oluşturuldu. Bu veri tabanına, hastaların lumbosakral (vertebral+spinal kord) MRI bulgularının yanı sıra fizik muayene ve ürodinamik değerlendirilmelerine ait bulgular da dahil edildi.

**BULGULAR:** Retrospektif tarama neticesinde kriterlere uygun toplam 70 hastanın (68 erkek, 2

**Tablo 1:** Hasta Karakteristikleri

Cinsiyet	No. (n:70)
<b>Erkek</b>	68
Bayan	2
Fizik Muayene	
Hipertrikozis	29
Meatal Stenoz	1
Artmış Anal Sfinkter Tonus	1
Normal	39
Videoürodinamik Değerlendirme	
Detrusor Aşırı Aktivitesi	29
Detrusor Aşırı Aktivite İnkontinansı	5
Detrusor Azalmış Aktivitesi	5
Pelvik Taban Kas Aşırı Aktivitesi	1
Düşük Mesane Kapasitesi	24
Hipokompliyant Mesane	23
Mesane Çıkım Obstrüksiyonu	14
Hissiyatı Azalmış Mesane	14
Hissiyatı Artmış Mesane	1
Spinning Top Deformitesi	2
Şüpheli Düşük Kapasiteli Mesane	19
Şüpheli Hipokompliyant Mesane	4
İşeme Sonrası Detrusor Aşırı Aktivitesi	13
Sürdürülememiş Detrusor Azalmış Aktivitesi	1
İşeme Detrusor Azalmış Aktivitesi	1
Şüpheli Mesane Çıkım Obstrüksiyonu	2
Yüksek Başınçlı İşeme	10
Kapasitesi Artmış Mesane	3
Şüpheli Kapasitesi Artmış Mesane	2
Divertikül/Sellül/Trabekülasyon	
Normal	4
Lumbosakral MRI Sonuçları	
Normal	53
Vertebral Kemik Deformitesi	15
Vertebral Hemanjiom	1
Tetherd Kord	1
Filum Terminale Lipomu	1
Skolyoz	1

kadın) verilerine ulaşıldı. Hastaların ortalama yaşı 21.6 (yaş aralığı: 18-43) idi. Fizik muayenede 29 hastada sakral/lumbosakral hipertrikozis, 1 hastada artmış anal sfinkter tonus, bir hastada meatal stenoz saptandı. Diğer hastaların fizik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Ürodinamik değerlendirmede

10 (%14.2) hastada bir, 56 (%80) hastada iki ve daha fazla ürokinamik patoloji saptanırken 4 (%5.7) hastada normal ürokinamik özellikler gözlemlendi. (Tablo) Yapılan lumbosakral spinal MRI değerlendirilmesinde 4(%20) hastada (1 tethered kord, 1 filum terminale lipomu, 1 vertebral hemanjiom, 1 skolyoz) enürezisi açıklayabilecek nörojenik patoloji saptandı. 53 (%75.7) hastada normal MRI sonucu elde edilirken 15 (%21.4) hastada vertebral kemik yapı anomalisi (12 schmorl nodülü, 3 kemik yapı değişikliği) tespit edildi. (Tablo)

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamız sonucunda, gece altına kaçırma şikayeti ile gelen; fizik muayene, biyokimyasal, ürokinamik ve nörolojik değerlendirme sonucunda enürezis tanısı alan genç erişkin hastalarda lumbosakral spinal MR görüntülemesi önemli bir tanısal test gibi görünmekle birlikte yarar tartışmalıdır.

P-45

## MESANEYE YAKIN KOMŞULUKTA EKSTRAGASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR: ÇOK NADİR BİR VAKA

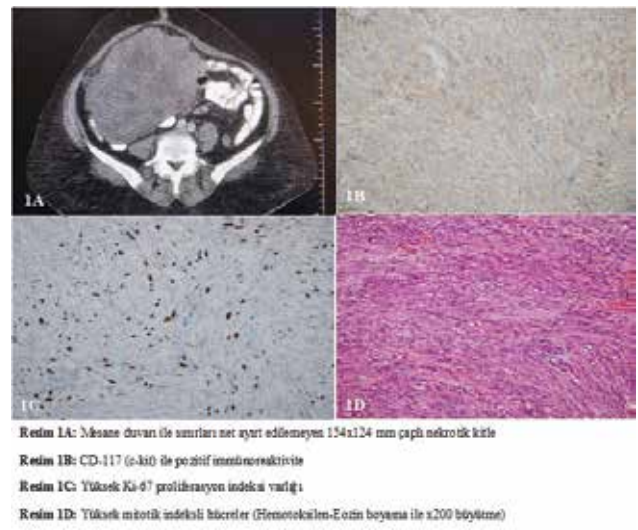
İsmail Selvi,<sup>1\*</sup> Ali İhsan Arık,<sup>1</sup> Aykut Onursever,<sup>2</sup> Mehmet Sinan Başay<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

**AMAÇ:** Ekstragastrointestinal stromal tümörler (EGIST) çok nadir olarak rastlanan mezenkimal tümörlerdir. Batın içi yerleşimli yumuşak doku tümörlerinin < % 5'ini oluşturur. Histoloji ve moleküler genetik karakteristikler açısından gastrointestinal stromal tümörlere (GIST) çok benzerler ve onlar gibi CD117 (c-kit) ve DOG1 ekspresyonu gösterirler ancak tümörün gastrointestinal sistem dışından kaynaklanmış olması ile tanı konulur. Klinik başvuru semptomları non-spesifiktir. Spesifik bir tümör belirteci ve radyolojik görünümü yoktur. Patogeneizde gastrointestinal sistem dışındaki bir yerde interstisyel Cajal hücrelerinin aşırı miktarda c-kit proto-onkogenini eksprese etmesi sorumlu tutulmaktadır. Belirgin atipili, sık mitoz içeren tümör hücreleri, tümör nekrozu, kas tabaka, perinöral yapı, yağ dokusu ve vasküler invazyon, lenf nodu metastazı varlığı malignite göstergesidir. Üroloji günlük pratiğinde nadir görülen bir EGIST vakası sunduk.

**YÖNTEM:** Birkaç aydır olan aralıklı hematüri, karın



distansiyonu yakınmasıyla başvuran 61 yaşında kadın hastaya yapılan Tomografide (BT) sağ adneksiyal alanda intestinal segmentleri iten, vena kavayı baskılayan mesane duvarı ile sınırları net ayırt edilemeyen 204x164 mm çaplı nekrotik kitle saptandı (Resim 1A). Paraaortik ve mezenterik alanda büyüğü 12 mm' yi geçmeyen birkaç lenf nodu (LN) mevcuttu. Sistoskopi'de mesanenin karşı duvarından itilme dışında bulgu görülmedi. Eksplozasyon esnasında pelvik bölgedeki kısmen mobil olan bu kitlenin, mesane kubbesi ve ileumu invaze ettiği görüldü. Kitlenin komplet rezeksiyonu ile birlikte parsiyel sistektomi + ileal rezeksiyon+ parsiyel omentektomi yapıldı.

**BULGULAR:** Tümör boyutu 22x21x12 cm olan kitlenin histopatolojik değerlendirmesinde, mesane ve bağırsak kaynaklı olmadığı, ancak mesanenin musküler tabakası ve bağırsak mezosuna infiltre olduğu görüldü. İmmünohistokimyasal boyama sonucunda c-kit, DOG1 ile immünoreaksiyon saptanırken (Resim 1B); Ki67 proliferasyon indeksi %20 bulundu (Resim 1C). Tümör boyutu büyüklüğü, mitotik indeksin yüksek olması, Ki67 proliferasyon indeksinin yüksek olması ve gastrointestinal sistemde primer tümör saptanmaması nedeniyle yüksek riskli EGIST tanısı konuldu (Resim 1D).

**ÇIKARIMLAR:** EGIST radyoterapi ve kemoterapiye dirençlidir, hastamızda olduğu gibi komplet cerrahi rezeksiyon en küratif tedavi yaklaşımıdır. GIST' lerde hedefe yönelik tedavide neoadjuvan veya adjuvan kullanılan imatinib' in, EGIST' lerde kullanımı kısıtlıdır. Klinik çalışmalarda az olsa da postop rekürrensi önlemede kullanılabileceği düşünülmektedir.

P-46

## YAŞLI HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Ahmet Camtosun,<sup>1</sup> Huseyin Çelik,<sup>1</sup> Ramazan Altıntaş,<sup>1</sup> Cemal Taşdemir<sup>1</sup>

1. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Malatya

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi (PNL), tüm dünyada böbrek taşı cerrahi tedavisinde güvenle kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. İlk PNL ameliyatı Mart 1998 tarihinde yapılan kliniğimizde yetmişbeş yaş üzeri ilk PNL ameliyatı ise Haziran 2000 tarihinde bilateral olarak yapıldı. Çalışmamızda, 75 yaş ve üstü hastalara yapılan PNL operasyonları incelendi.

**YÖNTEM:** PNL işlemleri genel anestezi altında yapıldı. Hastalara, supin pozisyonda sistoskopi yapıldıktan sonra üreter orifisinden üreter kateteri C kolları floroskopi eşliğinde takılarak üretral foley katetere tespit edildi. Sonrasında hastalar prone pozisyona alınarak floroskopi eşliğinde chiba iğnesi ile böbreğe girildi. Amplatz renal dilatatör setiyle 30 F'e kadar dilatasyon sağlandı. İşlem sonrası renal kılıf içerisinde nefrostomi kateteri yerleştirildi. PNL sonrası 4 mm'den küçük taşlar, klinik önemsiz taş rezidüleri kabul edildi.

**BULGULAR:** Mart 1998 - Temmuz 2016 tarihleri arasında, 18 yılda toplam 3191 perkütan nefrolitotomi işlemi yapıldı. Bu hastalardan 36 tanesi 75 yaş ve üzeriydi. Bu hastalara, biri bilateral olmak üzere 37 PNL işlemi yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 79,00 (75-88) yıl olarak hesaplandı. 23 (%67) hastada tam taşsızlık sağlandı. 3 hastada tubeless PNL yapıldı. Hastaların 1'inde transfüzyon gerektiren kanama, 5 hastada DJ takılmasını gerektiren nefrostomi traktından sızdırması gelişti. Başka bir komplikasyon oluşmadı. Nefrostomi süresi ortalama 3 gün, hastanede kalış süresi ortalama 3,9 gün olarak hesaplandı (Tablo 1).

**ÇIKARIMLAR:** Minimal invaziv bir yöntem olan PNL, yüksek güvenlik, düşük komplikasyon oranları, daha kısa hastanede kalış süresi, yüksek hasta memnuniyeti sağlanması, daha yüksek taşsızlık oranları ile açık böbrek taşı cerrahisine göre avantajlı bir hale gelmiştir. Uriner sistem taş hastalığının cerrahi tedavisinde PNL güvenli ve etkili bir yöntemdir.

**Tablo 1:** Yetmiş beş yaş ve üzeri PNL sonuçları

PNL yapılan renal ünite	37
Total taşsızlık	23 (%66)
Transfüzyon gerektiren kanama	1 (%3)
DJ stent takılması	5 (%16)
Ürinom	4 (%1)
Nefrostomi süresi	3 gün
Hospitalizasyon süresi	3.9 gün

P-47

## OLGU SUNUMU; UZUN YILLAR İÇERİSİNDE METASTATİK HALE GELMEYEN BÖBREK KİTLESİ

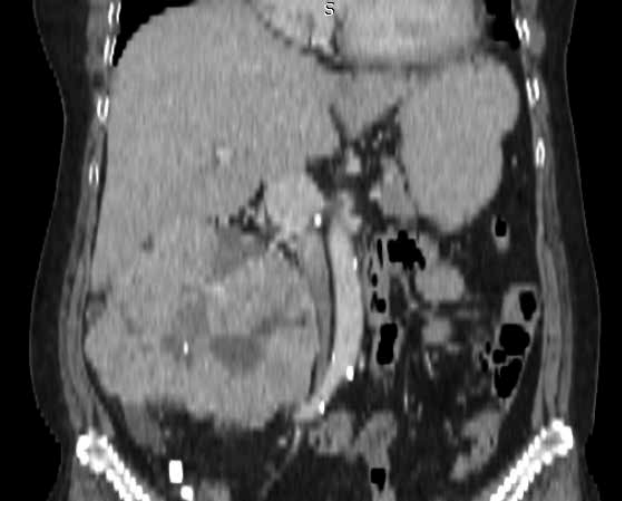
Zeki Aktaş,<sup>1</sup> Hasan Soydan,<sup>1</sup> Ömer Yılmaz,<sup>1</sup> N. Özgür Kurul,<sup>1</sup> Temuçin Şenkul<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul

**AMAÇ:** Böbrek kitleleri saptandığında müdahale edilmesi önerilen kitlelerdir. Kitlelerin benign olma olasılığı %20'dir. Bu olguda yaklaşık 15 yıl önce böbrek kitlesi saptanan ancak müdahale edilmeyen hastanın metastatik hale gelmemiş kitlesine uygulanan radikal nefrektomi sonuçları irdelenecektir.

**YÖNTEM:** 64 yaşındaki kadın hasta makroskopik hematüri ve sağ flank bölgesinde ele gelen kitle şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Hasta anamnezinde yaklaşık 15 yıl önce sağ böbrekte kitle tespit edildiğini ancak opere edilmediğini ve 4 yıl önce koroner by-pass cerrahisi geçirdiğini belirtti. Klinik ultrasonografide sağ böbrek kitlesi tespit edilen hastaya çekilen bilgisayarlı tomografide (BT), sağ böbrekte egzofitik uzanımlı 14x12x12 cm boyutlarında, düzgün sınırlı, lobüle konturlu, postkontrast görüntülerde renal parankim ile benzer kontrast tutulumu gözlenen, içerisinde kistik nekrotik ve dismorfik kaliksiyel yapıları olan hipodens alanlar içeren kitle lezyonu tespit edildi (Resim 1). Magnetik rezonans (MR), toraks BT ve tüm vücut kemik sintigrafisinde metastaz açısından anlamlı bir bulgu saptanmadı. Hastaya bu bulgularla kliniğimizde sağ radikal nefrektomi ameliyatı yapıldı. Operasyon esnasında duplike üreteri olduğu görülen hastanın patoloji neticesi onkositom olarak raporlandı ve hasta postoperatif 4. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. **BULGULAR:** Solid yapıdaki T1 böbrek kitlelerinin %20 si kadarının iyi huylu kitleler olduğunun bilinmesi aktif izlem seçeneğini gündeme getirmiştir. Özellikle genç ve orta yaşlı bayanlarda bu kitlelerin benign olma oranı %40'a kadar varmaktadır. Kanseri boyutunun artması ile malignite ve buna paralel olarak metastaz gelişiminin arttığı gösterilmiştir. Sunulan olguda 15 yıl önce tespit edilen ve ilk saptandığındaki boyutunu öğrenemediğimiz böbrek kitlesi olan hastanın takipsiz kalması sonrasında böbrek kitlelerinin tanısındaki klasik üçlüden ikisinin bulgularıyla (makroskopik hematüri, palpabl kitle) başvurusu görülmüştür. Boyutu 14 cm'ye kadar ulaşan olguda metastaz gelişmemiştir. Bu kadar uzun süre metastaz yapmaması ameliyat öncesinde de kitlenin benign doğasına işaret etmekle





beraber böyle bir kitlenin müdahale edilmeden bırakılması düşünülemez. Diğer taraftan kitleye bağlı hematüri, palpabl ve ağrılı kitle varlığı da girişimi zorunlu kılmaktadır. Görüntüleme kitlenin boyutu, nekrozu düşündüren bulgular, kitlenin tüm böbreği kaplaması bağımsız işlev gösteren böbrek parankiminin olmaması böbrek koruyucu girişimden ziyade radikal nefrektomiye zorunlu kılmaktadır.

**ÇIKARIMLAR:** Olgudaki böbrek kitlesinin tedavisiz kalmasına rağmen büyük boyutlara geldiği uzun yıllar sonra bile metastaz geliştirmede gözlemlenmiştir. Böyle kitlelerin benign olma olasılığı akılda bulundurulması gereken bir durumdur. Mümkün olduğu sürece onkolojik prensiplerden vazgeçilmeden böbrek koruyucu işlemleri ön planda tutmakla beraber, böyle büyük, tüm böbrek parankimini yıkıma uğratmış ve agresiflik özellikleri gösteren kitlelerde radikal nefrektomi ilk seçenektir.

P-48

## HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ İLE SPERM DNA FRAGMENTASYON HASARINA BAĞLI İNFERTİLİTE VE ED DÜZELTİLEBİLİR Mİ? BİR OLGU SUNUMU

Tümay Ipekci,<sup>1</sup> Mustafa Yüksel,<sup>2</sup> Nasır Yılmaz,<sup>3</sup> Ahmet Tunckıran,<sup>3</sup> İrem Tezer<sup>4</sup>

1. Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Antalya

2. S.B. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Antalya

3. Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji, Antalya

4. Hiperoks Hiperbarik Oksijen Tedavi Merkezi, Su Altı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp, Antalya

**AMAÇ:** Bu bildiriye geçmişinde eşinde tekrarlayan düşük öyküsü ve minimal ED si olan hastanın, hiperbarik oksijen tedavisi sonrası çocuk sahibi olması ve ED sinde düzelmeyi sunmak istedik.

**YÖNTEM:** Hastanın ve eşinin anamnez, özgeçmiş, fm bulguları, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri ile hastanın hiperbarik oksijen tedavisi öncesi ve sonrası iief-5 skorları not edildi. Hiperbarik Oksijen Tedavisi (HBOT) bir basınç odasında tümüyle basınç altına alınan hastaya aralıklı olarak % 100 oksijen solutmak suretiyle uygulanan medikal bir tedavi yöntemidir.

**BULGULAR:** 44 yaşında erkek hasta, 35 yaşındaki eşinin daha önce 3 kez düşük öyküsü mevcuttu. Hastanın eşine yapılan incelemelerde habituel abortusa sebep olabilecek herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın fizik muayene, spermogram, hormon profili, skrotal ultrason bulguları ve kromozom analizinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya idiopatik infertilite tanısı konularak takip edilmekteydi. Aynı zamanda dalgıç olan hastaya 1,5 sene önce Tip II dekompresyon hastalığı tanısı konarak, klinik durumuna göre tedavi protokolleri uygulandı. Hastaya , acil olarak USN tedavi tablosu 6 uygulanmıştır. 18 metre derinliğe daldırılan dalgıcın 4 saat 45 dakika boyunca aralıklı olarak %100 oksijen solunması tedavisi sonunda sadece denge kaybı şikayeti minimal olarak devam etmekteydi. Tedavinin 8 saat hava molası verildikten sonra devamına karar verildi. Hastaya 2 gün boyunca sabah akşam olacak şekilde 15 metrede, 2.5 ATA'da 120 dakika %100 oksijen soluma tedavisi uygulandı. Hastanın 3 gün içinde toplam 5 seans hiperbarik oksijen tedavisi sonunda şikayetleri tamamen ortadan kalktı. 1 sene önce ise hastanın eşi hamile kaldı ve 3 ay önce sağlıklı bir doğum gerçekleştirdi. Hastanın ereksiyon performansının hiperbarik oksijen tedavisi öncesine göre daha iyi olduğunu beyan etmesi üzerine, medikal kayıtlarıda 2 yıl önceki iief 5 skorunun 21(hafif ED) olduğu görüldü. Hastanın güncel alınan iief-5 skoru ise 25 olarak saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Sperm içerisinde artmış reaktif oksijen radikalleri sebebiyle oluşan DNA fragmentasyon hasarının erkek infertilitesinin önemli sebeplerinden biridir. Bu problemi aşmak için çeşitli tedaviler denenmiş olsa da(oral antioksidanlar, fsh tedavisi vs) bu tedavilerin etkinliği düşük kalmaktadır. Doku oksijenizasyonunu artıran tedaviler ile(örn: hiperbarik oksijen tedavisi) ile DNA fragmentasyonun azaltmak günümüzde deneysel aşamada tedavilerden biridir[1]. Bunun yanında posterior uretral rekonstrüksiyon, radikal prostatektomi gibi cerrahiler sonrasında oluşan ED yi çözümede hiperbarik oksijen tedavisi deneysel olarak kullanılmıştır[2,3]. Bizim hastamızda da hiperbarik oksijen tedavisi sonrası ED de düzelme

olması ve gebelik oluşmasının, bu tedavi alternatifini dikkate değer hale getirdiğini düşünmekteyiz. Gelecekte yapılacak prospektif randomize kontrollü çalışmalar ile bu konu netliğe kavuşabilir.

P-49

## HİPOSPADİAS CERRAHİSİ SONRASINDA GELİŞEN KILLI ÜRETRADA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Mustafa Aydın,<sup>1</sup> Alper Bitkin,<sup>2</sup> Ebubekir Akgüneş,<sup>1\*</sup>

1. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

2. S. B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Proksimal hipospadias onarımlarında genellikle doku transfer yöntemlerine başvurulmaktadır. Bu hastalara flap ve greftler ile onarım yapılmaktadır. Geçmiş yıllarda kıl oluşturma potansiyeli olan skrotal cildin hipospadias cerrahisinde kullanılması nedeniyle kılı üretra gelişimi ve buna bağlı komplikasyonların oluşumu gözlenmekteydi. Günümüz modern ürolojisinde kılısız, lokal penil cilt veya ağız mukozasının kullanımı sayesinde kılı üretra gelişimi gibi komplikasyonlar nadir olarak görülmektedir. Olgumuzda 5 yıl önce yapılan hipospadias cerrahisi sonrası gelişen kılı üretranın tedavisi tartışıldı

**YÖNTEM:** 20 yaşında erkek hasta uzun zamandır mevcut olan idrar yaparken yanma, çatallı işeme ve ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde üretra eksternal meatustan dışarıya uzanım gösteren 4-5 adet yaklaşık 2 cm uzunlukta kıl folikülleri tespit edildi. Hastanın özgeçmişinde 5 yıl önce hipospadias cerrahisi geçirdiği öğrenildi.

**BULGULAR:** Olguya genel anestezi altında üretrosistostopi yapıldı. Distal üretrada lümene uzanım gösteren çok sayıda kıl kökü mevcut olduğu gözlemlendi. Kılların köklerinin distal üretranın çeşitli bölgelerindeki mukozadan kaynaklandığı ve kıl köklerinin oldukça sağlam ve dirençli olduğu gözlemlendi. Kıllar yabancı cisim forseps ile temizlendi. Başka kıl olmadığı gözlenince mesaneye 18 F üretral katater konulup işleme son verildi. Olgu bir gün sonra sondası çekildiğinde spontan idrarını yaptığı gözlemlenince taburcu edildi. Üç ay sonra yapılan kontrol üretroskopisinde darlık, yeni kıl gelişimi ve taş oluşumu izlenmedi. İdrar analizi ve kültürü normaldi. Olguya olası kıl gelişimi yönünden altı ay sonra üretrosistoskopik kontrol önerildi.

**ÇIKARIMLAR:** Geçmişte hipospadias cerrahisi



geçirmiş ve işeme zorluğu çeken olgularda üretra darlığının yanı sıra kılı üretra gelişimi de göz önünde tutulmalı, genel yaklaşım lazer ile tedavi olmakla birlikte uygun olgularda yabancı cisim forseps ile üretranın kılısız hale getirilebileceği bilinmelidir.

P-50

## TESTİS TÜMÖRÜYLE KARIŞAN NADİR BİR PATOLOJİ: SEGMENTAL TESTİKÜLER INFARKT

Tümay İpekçi,<sup>1\*</sup> Hampar Akkaya,<sup>2</sup> Mustafa Yuksel,<sup>3</sup> Öncel İpekçi,<sup>4</sup> Ahmet Tunçkırın<sup>5</sup>

1. Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji, Antalya

2. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya

3. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

4. Alanya Devlet Hastanesi, Patoloji Kliniği, Antalya

5. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji, Antalya

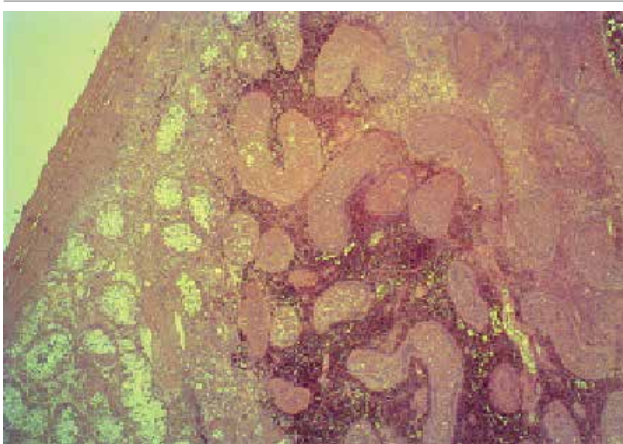
**AMAÇ:** Segmental testiküler infarkt oldukça nadir görülen bir patolojidir ve çoğunlukla altta yatan neden bulunamamaktadır. Öykü ve bulgular itibarıyla diğer testiküler patolojilerle karışabilmektedir. Bu vaka

sunumunda, testiküler tümör olarak değerlendirilip tedavi edilen bir segmental testiküler infarkt olgusunu sunmak istedik.

**YÖNTEM:** Hastanın öykü, özgeçmiş, fm bulguları, laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri not edildi.

**BULGULAR:** 66 yaşında erkek hasta kliniğimize 5 gündür bulunan sağ skrotal ağrı sebebiyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde belirgin bir klinik patoloji, travma veya operasyon öyküsü bulunmamaktaydı. Fizik muayenede sağ testiste orta alt polunde hafif hassasiyet ile birlikte hafif şişlik bulunmaktaydı. Tam kan sayımı, biyokimya ve tümör markerlarında LDH yüksekliği hariç anormallığe rastlanılmadı. Skrotal dopler ultrasonda sağ testis içerisinde 32x22x32 mm boyutlarında heterojen hipoekoik kitle lezyonu izlendi. Hasta testis tümörü ön tanısıyla operasyona alınarak inguinal kesi ile sağ radikal orşiektomi uygulandı. Patolojik incelemede testis segmental testiküler infarkt ile uyumlu bulgular saptandı. [Resim 1 ve 2] Lezyon bölgesine ait doku örneklerinde tümöral bir proliferasyona ait bulgu saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Segmental testiküler infarkt oldukça nadir görülen bir antitedir. Bilagi ve ark. 8091 hastaya testiküler ultrasonografi yapmış ve bu hastaların sadece %0.3 ünde segmental testiküler infarkta rastlamıştır.[1] Günümüze değin segmental testiküler infarktın etyolojisinde bir çok sebep bildirilmiştir. Bunların arasında akut epididimoorşit, skrotal travma, inguinal herni onarımı, vaskülit, orak hücreli anemi, testiküler torsiyon ve hiperkoagulatif durumlar bulunmaktadır. Klasik olarak testiküler torsiyona bağlı jeneralize testiküler infarkt çoğunlukla genç yaşta görülürken, segmental testiküler infarkt ise kıyasen daha ileri yaşlarda görülmektedir. Bu bilgi bizim bildirimizdeki olguyla uyumlu gözükmektedir. Segmental testiküler infarktın klinik prezentasyonu çoğunlukla non spesifiktir, en sık görülen semptom



Genişçe bir alanda infarktüs ile uyumlu değişiklikler gösteren testis perenkini. Bir kenarda ise nispeten korunmuş seminifer tübül yapıları gözlenmektedir. (Hemato-bilen-Eozin Boyasıx25)

ise ağrıdır. Bilagi ve ark nın serisinde testiküler segmental infarkt %100 oranında ani başlangıçlı ağrı ile prezente olmuştur.

Genel görüş olarak, testiste hipoekoik lezyonlar tersi kanıtlanana değin malign olarak kabul edilmektedir. Testisin primer iskemik lezyonları vasküler akımı olmayan hipoekoik alanlar şeklinde kendini göstermektedir. Yine de segmental infarkt ile tümör arasındaki ultrasonografik ayırım her zaman bu kadar kolay olmamaktadır. Ultrason ile anormal görünen alanın tümör veya infarkt ayırımı yapılamadığında MRI yararlı olabilmektedir.

Bu bildiride gösterdiğimiz, nadir görülen bir patoloji olan testiküler segmental infarkt, klinisyenlerin günümüze değin sık olarak atladığı ve gereksiz tedavi uyguladığı bir antitedir. Tipik ultrasonografik ve MRI bulguları olan hastalarda segmental testiküler infarkt her zaman akılda tutulmalı ve testis koruyucu yaklaşımın göz önünde tutulmalıdır.

P-51

## ADRENAL MİYELOLİPOM: OLGU SUNUMU

Enis Kervancıoğlu,<sup>1</sup> Eray Hasırcı,<sup>1</sup> Emine Ebru Deniz,<sup>2</sup> Yüksel Cem Aygün,<sup>1</sup> Ayhan Dirim<sup>3</sup>

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

2. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Ankara

3. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Adrenal miyelolipomlar hematopoetik ve matür yağ dokusundan oluşmuş nonfonksiyone benign tümörlerdir. Genelde otopsielerde tespit edilen adrenal miyelolipomların görüntüleme tekniklerinin gelişmesi ve sık kullanımı ile tespit edilebilirliği artmıştır. Bu çalışmada sağ sürrenalektomi sonrasında histopatolojik incelemesi miyelolipom olarak raporlanan bir olgu sunulmuştur.

**YÖNTEM:** Adrenal miyelolipom tüm adrenal tümörleri içerisinde %2-4 insidansa sahip benign bir tümördür. Histolojik yapısında matür yağ dokusu ile miyeloid ve eritroid hücreler içeren hematopoetik elementler bulunmaktadır. Radyolojik özellikleri karakteristik olmasına rağmen sık görülmemesi nedeni ile yanlış tanıları konabilmektedir. Çoğunlukla tesadüfen saptanmalarından dolayı "insidentaloma" olarak da adlandırılır. Genellikle unilateral, asemptomatik ve sıklıkla hormonal bakımdan inaktiftir. Sıklıkla 40-60 yaşları arasında görülür ve erkek kadın dağılımı benzerdir. Çoğu adrenal miyelolipomlar 5 mm'den küçüktür. Literatürde cerrahi olarak çıkarılan olgu



sayısı azdır ancak günümüzde görüntüleme yöntemlerinin sık kullanımı ile fark edilme oranları artmaktadır.

**BULGULAR:** Otuz beş yaşındaki erkek hastaya sağ lomber ağrı nedeni yapılan ultrasonda 113x83 mm büyüklükte, hiperekoik, hafif heterojen minimal lobule konturlu sağ adrenal solid kitle tespit edildi. İdrar tetkiki, tam kan sayımı, protrombin zamanı ve serum elektrolitleri normal bulundu. Bilgisayarlı tomografide kitle sağ sürrenal lateral krusunda 103x100 mm büyüklükte, düzgün konturlu ve sınırlı yağ dansitesi olan heterojen yapıda bir lezyon olarak tanımlandı ve miyelolipom düşünüldü (Şekil 1). Adrenal aktiviteye yönelik hormonal aktivite saptanmadı. Adrenelektomi yapıldı. Cerrahi spesimen makroskopik olarak 12x12 cm büyüklükte ve kırmızı-turuncu renkte idi (Şekil 2). Histopatolojik incelemede içerisinde matür yağ dokularının ve hematopoetik elemanların bulunduğu miyelolipom tanısı kondu. Postoperatif sorun yaşanmadı ve hasta dördüncü günde çıkarıldı.

**ÇIKARIMLAR:** Miyelolipomların %10 kadarı Cushing sendromu, konjenital adrenal hiperplazi, Conn sendromu, feokromositoma ve hiperparatiroidizm gibi endokrinolojik hastalıklarla ilintili olabilir. Otopsilerde saptanmış miyelolipomlar genellikle küçüktür (0.5-5 cm) ve insidansı %0.08-0.4 arasında değişmektedir. Adrenal miyelolipomların %10 kadarı büyüüp semptomatik hale gelebilmektedir. Büyük miyelolipomların başlıca komplikasyonu yan ağrısına neden olan akut hemorajidir. Genel yaklaşım çapı 6 cm'den küçük olan asemptomatik, hormonal olarak inaktif miyelolipomların konservatif tedavi edilmesi, 6 cm'den büyük olan, semptomatik ya da komplikasyona sebep olan miyelolipomların cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Bu olguda kitlenin lomber ağrıya neden olması ve büyük olması nedeni ile cerrahi tedavi tercih edilmiştir.

Şekil 1: Sağ adrenal bezde düzgün konturlu, sınırlı yağ dansitesinde heterojen kitle. Şekil 3: Yağ vakuölü ve çevresindeki hematopoetik elemanları içeren lezyon ve adrenal kenar.

P-52

## SPERMATİK KORD SELLÜLER ANJİOFİBROMU

Mustafa Aydın,<sup>1</sup> Alper Bitkin,<sup>2</sup> Ebubekir Akgüneş,<sup>1</sup> Hatice Ölger Uzuner<sup>3</sup>

1. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

2. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

3. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Samsun

**AMAÇ:** Spermatik korda ait benign ve malign neoplazmlar, lipomlar, adenomatoid tümörler, myomlar, rabdomiyosarkom, leiomyosarkom, fibrosarkoma, liposarkoma ve farklılaşmamış mezenkimal tümörlerdir. Selüler anjiyofibrom (SA), ilk olarak 1997 yılında Nucci tarafından, vulva yerleşimli mezenkimal tümör olarak tanımlanmıştır. Selüler anjiyofibrom kadınlarda vulvo-vajinal bölgede (labium majus, vagina, himen), erkeklerde ise inguinal ve skrotal bölgede (paratestiküler bölge, tunika vaginalis, epididim ve spermatik kord) görülür.

**YÖNTEM:** 60 yaşında erkek hasta sol inguinal herni operasyonu sonrası sol inguinal bölgede şişlik nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastaya yapılan fizik muayenede sol inguinal bölgeden skrotuma uzanan, yaklaşık 7 cm boyutlarında elastik yapıda sert kitlesel lezyon palpe edildi. Hastaya skrotal renkli doppler usg ve tümör markerları istendi. USG de, solda inguinal kord distal kesimi içerisinde yaklaşık 3x6 cm boyutlu heterojen görünümde RDUS ile belirgin vaskülarizasyon gösteren skrotal keseye doğru uzanan kitlesel lezyon izlenmiştir olarak raporlandı. Hastadan alınan B-HCG, AFP ve LDH enzimleri kan düzeyleri normal olarak izlendi. Cerrahi eksplorasyonda, inguinal kanalda spermatik kord kaynaklı, korda yapışık, sert iyi kanlanan kitle gözlemlendi ve hastaya inguinal orşiektomi uygulandı.

**BULGULAR:** Makroskopik görünümde; iyi sınırlı, kesiti parlak yer yer miksoid görünümlü krem renkli yaklaşık olarak 7x5x5 cm boyutlarında kitle gözlemlendi. Mikroskopik incelemede ise; ödemli, kollajenize bir stroma içinde iğsi şekilli, eozinofilik sitoplazmalı hücrelerin belli bir patern oluşturmada düzenlenmesi ile karakterli tümöral gelişim izlenmiştir. Farklı çaplarda, hyalinize olmuş vasküler yapılar mevcuttur. Stromada çok sayıda mast hücresi ve kümeler oluşturan lenfoid hücreler mevcuttur. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada iğsi hücreler ER, Vimentin, SMA ile yaygın pozitif, desmin, CD34, progesteron, EMA ile negatif boyanmıştır. Boyalı cerrahi sınır intakt izlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Sellüler anjiyofibrom nadir görülen, karakteristik yapıda, yavaş büyüme paterni



olan ve tekrarlama eğilimi gösteren mezenkimal neoplazmlardandır. Kadınlarda vulva, perinede ve pelvisde, Erkeklerde skrotumda veya inguinal kanalda yerleşim gösterirler, bu sebeple bizim vakamızda olduğu gibi inguinal herni ile karıştırılabilirler. İlk rezeksiyondan yıllar sonra da nüks gösterebileceği için takip gerektirir.

P-53

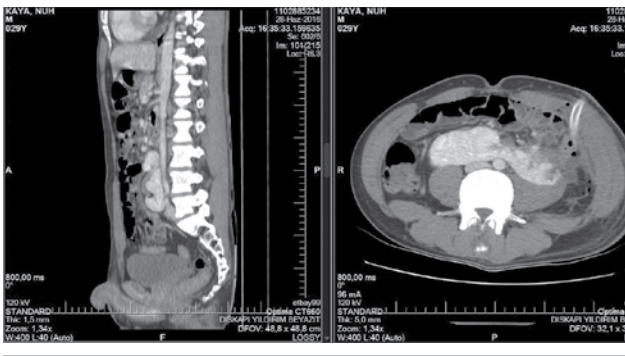
## HİDRONEFROTİK TAŞLI ATNALI BÖBREKTE AÇIK NEFREKTOMİ: İSTMUS ONARIMI İÇİN YENİ BİR YÖNTEM

Hamit Ersoy,<sup>1</sup> Mehmet Çağlar Çakıcı,<sup>1,1</sup> Hakkı Uğur Özek,<sup>1</sup> Levent Sağnak,<sup>1</sup> Ahmet Nihat Karakoyunlu,<sup>1</sup> Hikmet Topaloğlu<sup>1</sup>

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

**AMAÇ:** Atnalı böbrek 1/400 insidansla en sık görülen renal füzyon anomalisidir. Atnalı böbrekte taşla bağlı hidronefroz görülmesi insidansı için veriler sınırlı olmakla birlikte, hastaların %17 sinde rekürren taş hastalığı oluşmaktadır. Ektopi, malrotasyon, böbrek ve istmusun değişken kan akımı ve istmusun büyük hacimlere ulaşabilen kalınlığı nefrektomiye güçleştirebilmektedir. Son yıllarda, özellikle laparoskopik cerrahinin bize sunduğu emilebilir tekyönlü poliglukonat düğümsüz sütür (V-loc sütür) birçok cerrahi dalda olduğu gibi, üroloji alanında da başarıyla kullanılmaktadır. Laparoskopik ve açık parsiyel nefrektomi de V-loc sütür kullanımında artan deneyimimizden cesaretle, hacimli bir istmusa sahip atnalı böbrek nefrektomisinde, kalan istmus güdüğünün onarımında V-loc sütür kullanımının sonuçlarını sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 29 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ve kusma şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Afonksiyone, hidronefrotik taşlı atnalı böbrek, abdominal ultrason (US) ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile tespit edildi. Renal fonksiyon radyoizotop sintigrafisi ile saptandı. Abdominal US, ileri derecede incelmış sol renal parankim, pelvis ve tüm kalisiyel yapıları dolduran taşlı atnalı böbreği gösterdi. BT bu bulgulara ilaveten iyi kanlanan kalın bir istmus ve istmusa komşu sol alt kutbu gösterdi (Şekil 1). Renal sintigrafisi, sol böbrekte hipoaktif alanlar, parankimde ve dilate görünümlü pelvikalisiyel sistemde intravenöz diüretik enjeksiyonuna belirgin yanıt vermeyen staz ve bu stazın 40 ve 80. dakikalarda devam ettiğini gösterdi. Kantitatif analizde sağ böbreğin total renal fonksiyona katkısı % 85.9 ve sol böbreğin % 14.1 olarak saptandı. Sol taşlı hidronefrotik atnalı böbrek tanısı konan hastada, bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra sol nefrektomi operasyonu yapıldı. Teknik: Sol lateral dekübit pozisyonunda flank insizyonla girildi. Anormal hiler vasküler yapı, üreter, istmus ve istmusu besleyen damar yapılar ortaya



kondu. Böbrek serbestlendi, üreter ve renal vasküler yapılar kesildikten sonra istmusa yöneldi. İstmus, sol alt kutup ve buraları besleyen abdominal aortadan gelen iki arter dalı serbestlendi. Arter kanlanması kesildikten sonra sol alt kutbun beslenmesi bozulmasına rağmen yaklaşık 7 cm çapında olan istmusun kanlanmasının hala devam ettiği gözlemlendi. Bunun üzerine istmus bölgesinde 2 adet Satinsky klemp konarak, sol böbrek istmus bölgesinden ayrıldı. Satinsky klemp kapalı iken, istmus güdüğü 2/0 V-loc sütür (V-loc, Covidien, Mansfield, MA, USA) ile önce parankimal iç tabaka, sonra da klempler çözülüp kapsüler dış tabaka kontinü biçimde sütüre edilerek onarıldı.

**BULGULAR:** Operasyon süresi 160 dk ve kan kaybı 340 ml idi. Operasyon esnası ve sonrasında komplikasyon gözlenmedi, kan transfüzyonu yapılmadı. Postoperatif 1. günde sonda, 3.günde diren alındı ve 4. gün taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Bizim tecrübemize göre atnalı böbrek nefrektomisinde istmus güdüğünün V-loc sütür ile onarılması uygulanabilir ve güvenli bir yöntemdir.

P-54

## RADİKAL SİSTEKTOMİDE KAS İNVAZYONUNUN ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ

İsmail Selvi,<sup>1\*</sup> Taha Numan Yıkılmaz,<sup>1</sup> Erdem Öztürk,<sup>1</sup> Halil Başar<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Mesane tümörlerinin % 20-30'u ilk tanı anında kas invaziv, %70'i ise non invaziv gruptadır. Kas invaziv tümörlerin standart tedavi yaklaşımı radikal sistektomidir. Yüzeysel mesane tümörü olan hastaların ise % 5-9' u kontrol edilemeyen tümör yaygınlığı ve BCG tedavisine direnç nedeniyle radikal

sistektomi (RS) adayı olabilmektedir. Çalışmamızda radikal sistektomi yapılan hastaların evreye göre onkolojik sonuçları incelendi.

**YÖNTEM:** Ocak 2010- Ocak 2014 tarihleri arasında kliniğimizde mesane tümörü nedeniyle radikal sistektomi olan 55 hasta, TUR-MT sonuçlarına göre yüzeysel grup (pTa ve pT1) ve invaze grup (pT2) olarak iki gruba ayrıldı. Postoperatif dönemde lokal rekürrens, hastaliksız sağ kalım ve genel sağ kalım açısından incelendi.

**BULGULAR:** Radikal sistektomi olan 55 olgu çalışmaya alındı. Ortalama hasta yaşı 64,5 olan bu 55 hastadan 4'ü kadın, 51'i erkekti. Olguların 11'i (%20) yüzeysel (kas invaze olmayan), 44'ü (%80) kas invaze olarak bulundu. Olguların tümüne radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Tüm hastaların ortalama takip süresi 36,4 ay olarak hesaplandı. Takiplerde invaze gruptaki 3 hastada (%6) lokal nüks saptandı. Lokal nüks saptanan bu 3 hastadan sadece birinde cerrahi sınır pozitifliği. İki olguda ise RS sonrası pT4 saptandı ve upstaging gözlemlendi, birinde ise pT0 saptanması üzerine olgu downstaging olarak değerlendirildi. Yüzeysel grupta bir hastada hastalığa bağlı ölüm izlenirken; invaze grupta 7 hastada (%15,9) hastalığa bağlı ölüm, 2 hastada (%4,5) ise hastalık dışı nedenlerle ölüm izlendi. Hastaliksız sağ kalım süresi yüzeysel grupta ortalama olarak 38,6 ay iken, invaze grupta 29,8 ay olarak hesaplandı. Genel sağ kalım süresi yüzeysel grupta ortalama 38,6 ay iken invaze grupta 32,1 ay olarak hesaplandı (Tablo).

**ÇIKARIMLAR:** Literatüre baktığımızda RS sonrası lokal rekürrensi etkileyen faktörlerin başında patolojik evre (T3/T4 olması), pozitif lenf nodu tutulumu ve pozitif cerrahi sınır varlığı yer almaktadır. Bizim çalışmamızda ise bu genel sonuca paralel olacak şekilde; invaze tümör sistektomilerinde daha kötü prognoz izlenmiştir.

**Tablo 1:** Hastaların sağ kalım analizleri

	Yüzeysel grup n=11	İnvaze grup n=44	Toplam n=55
Cerrahi sınır pozitifliği sayısı	-	4	4
Takip süresi (ay)	44.2	34.2	36.4
Lokal nüks sayısı	-	3	3
Hastalığa bağlı ölüm sayısı	1	7	8
Hastalık dışı ölüm sayısı	-	2	2
Hastaliksız sağkalım süresi (ay)	38.6	29.8	31.2
Genel sağkalım süresi (ay)	38.6	32.1	33

P-55

## MESANE TÜMÖRLERİNDE MDM2 SNP 309 VE P16 540 C>G, P16 580 C>T GEN VARYANTLARININ KANSER OLUŞUM RİSKİ VE PROGRESYONU ÜZERİNE ETKİSİ

Levent Verim<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** p53'ün G1/S geçişinde hücre siklusu ile apoptoz etkisini engellemede rolü olan Murine Double Minute2 (MDM2) onkogeni ve önemli bir tümör baskılayıcı protein olan p16; kanser gelişimi ve prognozunda önemli bir rol üstlenmektedir. Çalışmamızda mesane kanserli hastalarda MDM2 ve p16 gen varyantlarının hastalığın riski ve progresyonu üzerine olası etkisini incelemeyi araştırdık.

**YÖNTEM:** Çalışmamız Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve çalışma kapsamına uygun görülen, mesane kanser tanısı konmuş 40 hasta ve 75 sağlıklı kontrol grubundan oluşturulmuştur. p16 540 C>G, p16 580 C>T ve mdm2 SNP 309 tek nükleotid polimorfizmleri PCR-RFLP (Polimeraz zincir tepkimesi ve Restriksiyon endonükleazlarla DNA'nın farklı büyüklüklerdeki fragmanlara ayrılarak incelenmesi) yöntemiyle değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmamız sonunda p16 580 C>T genotip dağılımları açısından hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmuş olup (p=0,007), p16 540 C>G ve mdm2 SNP 309 genotip dağılımları açısından ise anlamlı fark saptanmamıştır. p16 580 C>T TT genotipini taşıyan hasta grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak yüksekliği (p=0,003; OR:5.625; 95% CI:1,613-19,614). Hasta grubumuzda ileri tümör evreli olanlarda MDM2 SNP 309 GT genotipi diğer genotip taşıyanlara göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.009; OR: 2.076; 95% CI:1,184-3.640).

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızın ön verileri doğrultusunda hücre döngü düzenleyici moleküllerinden p16 ve MDM2 ilişkili varyantların Türk populasyonunda mesane kanserinde yatkınlıkta ve hastalığın progresyonunda önemli bir belirteç olabileceği ve ileriye yönelik olarak hasta sayısının artırılması ile birlikte istatistiksel olarak çok daha anlamlı sonuçlar elde edeceğimiz düşüncesindeyiz.

P-56

## DEV RETROVEZİKAL KİST HİDATİK: NADİR GÖRÜLENEBİR BİR OLGU SUNUMU

Mehmet Çağlar Çakıcı,<sup>1</sup> Ahmet Nihat Karakoyunlu,<sup>1</sup> Hakkı Uğur Özok,<sup>1</sup> Emre Hepşen,<sup>2</sup> Hamit Ersoy<sup>1</sup>

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Üroloji pratiğinde genitoüriner sistemde kist hidatik (KH) az görülmektedir. Retrovezikal yerleşim ise oldukça nadir gözlenmektedir (0.1%-0.5%). Literatürdeki en büyük olgulardan biri olan 20 cm'lik dev RVKH'in konu olduğu bu vaka sunumunda özellikle endemik ülkelerde kistik lezyonların ayırıcı tanısında KH'in unutulmaması gerektiğini tartışmayı planladık.

**YÖNTEM:** Yaklaşık 3 aydır pollaküri, suprapubik ağrı ve dizüri şikayeti olan 38 yaşındaki erkek hasta kliniğimize akut üriner retansiyon şikayeti ile başvurdu. Yapılan abdominal ultrasonografi (USG)'de batın orta hatta kistik lezyon gözlemlendi. Foley üretral kateterden mesaneye kontrast madde verildikten sonra yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'de sol üreter orta kesimi dilate, mesaneyi anteriora deplase eden 20x15 cm boyutlarında, ince duvarlı kistik lezyon gözlenmektedir (Fig. 1). Mesane lümenindeki kontrast madde lezyon içerisine geçiş göstermemiştir (Fig. 2). Pelvik bölgeyi dolduran bu dev kiste laparotomi ve kist eksizyonu operasyonu uygulandı (Fig. 3). Patoloji sonucu 20x14 cm boyutlarında kahve-beyaz renkli çeper görünümlü doku kist hidatik (Fig. 4a, 4b); kist aspirasyonu sıvısının patolojisi de çok sayıda protoskoleks ve çengeller izlenen kist hidatik olarak raporlandı. Hastaya albendazol başlanarak enfeksiyon hastalıkları kliniğine yönlendirildi. Alt üriner sistem semptomları düzelen hastanın 6 yıllık takiplerinde nüks veya ek patoloji gözlenmedi.

**BULGULAR:** KH, ekinokok larvalarının neden olduğu helmantik bir hastalıktır. Echinococcus granulosus en sık görülen etkidir. En sık karaciğerde (%75) ve akciğerde (%15) izlenmektedir. Atipik lokalizasyonlar tüm olguların sadece % 10'unu oluşturmaktadır. En sık kırsal kesimde yaşayan 20-40 yaş arası erişkinlerde görülmektedir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi çok büyük boyutlara ulaşan RVKH'te basıya bağlı dizüri, pollaküri, ani işeme isteği gibi semptomlar gözlenebilir. Tanı için idrar analizi, eozinofil miktarı, Casoni deri testi, indirekt hemaglütinasyon testi, USG ve BT yöntemleri kullanılmaktadır. Kesin tanı histopatolojik



inceleme ile konulur.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak özellikle endemik ülkelerde retroperitoneal kistik lezyonu olan hastalarda KH ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmalıdır. RVKH tedavisinde kistin total eksizyonu sağlanmalı; total eksizyon mümkün değil ise kist kavitesinin koloidal sıvılar ile sterilizasyonu ve aspirasyonu sonrası perikistektomi işlemi uygulanmalıdır. Cerrahi sonrası rekürrensi azaltmak için medikal tedavi seçeneği de göz önünde bulundurulmalıdır.

P-57

## PELVİK KEMİK FRAKTÜRÜ SONRASI GELİŞEN İNTAVEZİKAL KEMİK PENETRASYONU, 15 YIL SONRA BAŞVURU: OLGU SUNUMU

Kenan Öztorun,<sup>1</sup> Bilal Günaydın<sup>2</sup>

1. Niğde Devlet Hastanesi, Üroloji, Niğde

2. S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Pelvik fraktürler ile ilişkili mesane rüptürü insidansının %5 ile %10 arasında değiştiği bildirilmiştir. Çoğu mesane rüptürü ekstraperitoneal tiptedir. Ekstraperitoneal mesane rüptürlerinin çoğu konservatif olarak izlenmesine karşın pelvik fraktürlerin eşlik ettiği intraluminal kemik fragmanı varlığında cerrahi onarım gerekmektedir.

Mesane perforasyon tanı ve tedavisinin gecikmesi hasta morbidite ve mortalitesini arttırabilir. Bu nedenle erken tanı önem arz etmektedir.

**YÖNTEM:** 38 yaşında erkek hasta. 2000 yılında geçirilmiş motorsiklet kazası ve buna bağlı çok sayıda fraktür öyküsü mevcut. Kliniğimize özellikle depolama şikayetleri ön planda olan alt üriner sistem semptomları ile başvurdu. Hastanın istenen tetkiklerinden DÜSG’te kemik pelviste radyoopak şüpheli görünüm izlenmesi üzerine abdomen BT yaptırıldı. BT’de sağ pubik pamus düzeyinden mesane içerisine uzanım gösteren kemik fraktürü izlendi. Yapılan sistoskopide kemik fraktürü teyit edildi. Bunun üzerine hasta operasyona alınarak intravezikal uzanım gösteren kemik fraktürü ekstrakte



edilerek mesane onarımı yapıldı. 7.günde çekilen retrograd sistografide ekstrevasiyon izlenmedi.

**BULGULAR:** Mesane rüptürü ağır travma için iyi bir belirteçtir ve mesane rüptürü olan hastaların %90’ında ilişkili bir pelvik kemik fraktürü vardır. Ekstraperitoneal gelişen mesane rüptürleri tipik olarak anterolateral duvar boyunca görülür, oysa intraperitoneal rüptürler çoğunlukla mesane kubbesini ilgilendirir. Mesane yaralanmalarının üç mekanizmayla ortaya çıktığı düşünülmüştür. Fraktür fragmanları ile direkt laserasyon, hidrostatik basınç artışı ile rüptür, puboprostatik veya pubovezikal ligament aracılığıyla iletilen kesici güçler.

Retrograd sistografi mesane rüptürü teşhisi açısından son derece doğru bilgi verdiği bilinmektedir. Ancak günümüzde BT sistografi artık sık sık mesane değerlendirmek için daha etkin bir araç olarak seçilmektedir. BT sistografinin çoklu organ sistemlerinin aynı anda değerlendirmesine imkân vermesi ve travma hastalarında preoperatif değerlendirme süresinde kısılma sağlaması gibi retrograd sistografiye kıyasla birçok avantajı vardır.

**ÇIKARIMLAR:** Birden fazla pelvik kemik kırıkları ile mesane rüptürü olan hastalarda, bir kemik parçası ile delici yaralanma olasılığı dikkate alınmalıdır. Sistografi böyle yaralanmalar için güvenilir görünmemektedir. Kompleks pelvik fraktürle birlikte ekstraperitoneal mesane rüptürü olan hastalarda kemik fragmanı ile penetran yaralanmayı ekarte etmek için altın standart olarak BT sistografi kullanılmalıdır. Çünkü bu grup hastalarda konservatif takip uygun olmayacak, cerrahi onarım gerekecektir.

Sonuç olarak özellikle travmaya bağlı pelvik kemik fraktürlerine mesane yaralanmasını eşlik edebileceği



unutulmamalıdır. Ayrıca pelvik travma öyküsü ve kronik alt üriner sistem yakınmaları olan hastalarda, mesane içinde kemik parçaları olabileceği ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

P-58

## EDİNSEL PREMATÜR EJAKÜLASYON İLE METABOLİK SENDROM ARASINDAKİ İLİŞKİ: PROSPEKTİF, KARŞILAŞTIRMALI ÇALIŞMA

Deniz Bolat,<sup>1,1</sup> Gökçen Ünal Kocabaş,<sup>2</sup> Bülent Günlüsoy,<sup>1</sup> Özgü Aydoğdu,<sup>1</sup> Mehmet Erhan Aydın<sup>1</sup>

1. S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir  
2. S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji, İzmir

**AMAÇ:** Prematür ejakülasyon (PE) erkeklerde en sık görülen cinsel fonksiyon bozukluğudur. Uluslararası Cinsel Sağlık Derneği (International Society for Sexual Medicine - ISSM) tarafından yapılan tanıma göre PE: • İlk cinsel deneyimden itibaren her zaman veya hemen her zaman 1 dakika civarında olan ejakülasyon (yaşam boyu PE), ya da, ejakülasyon süresinde 3 dakikaya kadar olan klinik açıdan anlamlı ve rahatsız edici kısalma (edinsel PE), ve • Her zaman veya hemen her zaman vajinal penetrasyonlarda

ejakülasyonu geciktirmede yetersizlik, ve • Stres, sıkıntı, hayal kırıklığı ve/veya cinsel ilişkiden kaçınma gibi negatif kişisel problemlerle karakterize erkek cinsel fonksiyon bozukluğudur. Metabolik sendrom (MetS), insülin direnci, obezite, dislipidemi ve hipertansiyonu içeren metabolik ve kardiyovasküler semptomlar grubudur.

Bu çalışmanın amacı metabolik sendrom (MetS) ile edinsel prematür ejakülasyon (PE) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

**YÖNTEM:** Son 6 ay içerisinde düzenli seksüel ilişkisi olan 20-60 yaş arası edinsel PE şikayeti olan 100 hasta ve 100 kontrol olgusu çalışmaya dahil edildi. Herhangi bir nörolojik, psikolojik ve/veya onkolojik hastalığı olanlar, yaşam boyu PE öyküsü olanlar, pelvik ya da perieal travma geçirenler, böbrek ya da karaciğer yetmezliği olanlar, akut ya da kronik üriner sistem enfeksiyonu olanlar ile ilaç ve madde bağımlılığı olanlar çalışma dışı bırakıldılar. Detaylı bir tıbbi hikaye alındıktan sonra katılımcıların antropometrik (kilo, boy ve bel çevresi) ve kan basıncı ölçümleri yapıldı. Ejakülasyon ve ereksiyon fonksiyonları, sırasıyla, Prematür Ejakülasyon Tanı Anketi (PEDT) ve Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi-5 (IIEF-5) ile değerlendirildi. Çalışmaya katılanların tahmini intravajinal ejakülasyon latens süreleri (IELT) kaydedildi. Biyokimyasal ve hormonal değerlendirme için açlık kan örnekleri alındı. MetS tanısı National Cholesterol Education-Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III) tanı kriterlerine

**Tablo 1:** Demografik özellikler

ÖZELLİKLER	EDİNSEL PE	KONTROL	p
Yaş (yıl) (ort±SS)	43.2±10.6	42.2±9.9	0.471
Partner yaşı (yıl) (ort±SS)	39.9±10.1	38.2±10.1	0.232
İlişki süresi (yıl) (ort±SS)	16.5±11.0	13.7±10.5	0.094
Aylık ilişki sıklığı (ort±SS)	5.9±3.9	6.3±3.6	0.485
Sigara kullanımı (n,%)	39 (39)	34 (34)	0.463
Alkol kullanımı (n, %)	9 (9)	5 (5)	0.268
Tahmini IELT (sn) (ort±SS)	36.1±46.5	488.2±313.8	<0.001
PEDT skoru (ort±SS)	15.9±3.5	4.4±2.1	<0.001
IIEF-5 score (mean±SD)	12.5±2.0	21.1±1.5	<0.001
BÇ (cm), median (min-max)	107.0 (77.0-131.0)	95.5 (64-125)	<0.001
Sistolik kan basıncı (mm-Hg) (ort±SS)	129.1±17.2	121.2±11.8	<0.001
Diyastolik kan basıncı (mm-Hg)	78.3±10.2	75.0±8.1	0.081
AKŞ (mg/dl), median (min-max)	98.0 (65.0-293.0)	96.0 (58.0-126.0)	0.016
TG (mg/dl) (mean±SD)	176.0±103.7	130.7±55.9	<0.001
HDL (mg/dl) (mean±SD)	44.2±9.8	46.2±10.1	0.797
TT (ng/ml) (mean±SD)	3.7±1.4	4.1±1.2	0.031
TSH (uIU/ml) (mean±SD)	1.7±0.9	1.9±1.6	0.301
PRL (ng/ml) (mean±SD)	7.8±4.2	8.7±3.7	0.295
PSA (ng/ml) (mean±SD)	1.5±1.8	1.5±2.2	0.983

**Tablo 2:** MetS komponentlerinin gruplara göre dağılımı

ÖZELLİKLER	KAZANILMIŞ PE	KONTROL	p
MetS, n	51 (51)	24 (24)	<0.001
BÇ (>102), n	68 (68)	34 (34)	<0.001
Yüksek kan basıncı ( $\geq$ 130/85 mm-Hg), n	59 (59)	37 (37)	0.002
Yüksek AKŞ ( $\geq$ 110 mg/dl), n	46 (46)	17 (17)	<0.001
Yüksek TG ( $\geq$ 150 mg/dl), n	57 (57)	25 (25)	<0.001
Düşük HDL (<40 mg/dl), n	39 (39)	27 (27)	0.071

**Tablo 3:** Kazanılmış PE'li hastalarda MetS komponentlerinin ve IELT ile ilişkisi

EDİNSEL PE'LİLERİN ÖZELLİKLERİ	IELT, sn (ort $\pm$ ss)	p
MetS		
Evet (n=75)	109.6 $\pm$ 162.9	<0.001
Hayır (n=125)	222.8 $\pm$ 288.6	
BÇ (>102 cm)		
Yes (n=102)	121.4 $\pm$ 222.1	0.001
No (n=98)	241.7 $\pm$ 272.2	
Yüksek kan basıncı ( $\geq$ 130/85 mm-Hg)		
Evet (n=96)	132.6 $\pm$ 175.2	0.009
Hayır (n=104)	224.5 $\pm$ 304.6	
Yüksek AKŞ ( $\geq$ 110 mg/dl)		
Evet (n=63)	103.8 $\pm$ 166.8	0.001
Hayır (n=137)	215.6 $\pm$ 279.6	
Yüksek TG ( $\geq$ 150 mg/dl)		
Evet (n=82)	122.3 $\pm$ 242.0	0.007
Hayır (n=118)	220.7 $\pm$ 256.3	
Düşük HDL (<40 mg/dl)		
Evet (n=66)	241.0 $\pm$ 346.7	0.051
Hayır (n=134)	150.5 $\pm$ 188.3	

**Tablo 4:** MetS komponentleri ve serum testosteron düzeyi ile tahmini IELT ve PEDT skoru arasındaki Pearson korelasyon analizi

ÖZELLİKLER	IELT		PEDT	
	r	p	r	p
BÇ	-0.237	0.001	0.337	<0.001
Kan basıncı	-0.181	0.01	0.189	0.007
AKŞ	-0.205	0.004	0.241	0.001
TG	-0.191	0.007	0.311	<0.001
HDL	0.168	0.018	-0.102	0.152
TT	-0.108	0.126	0.015	0.83

PE=Prematür ejakülasyon, SS=Standard sapma, IELT=Intravajinal ejakülasyon latens süresi PEDT=Prematür ejakülasyon tanı anketi, IIEF=Uluslararası Erektile Fonksiyon İndeksi, BÇ=Bel çevresi, AKŞ=Açlık kan şekeri, TG=Trigliserid, HDL= Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol, TSH=Tiroid stimüle edici hormon, PRL=Prolaktin, PSA=Prostat specific antijen

(1) Yüksek kan basıncı (KB $\geq$ 130/85 mm Hg) 2) Yüksek açlık kan şekeri (AKŞ $\geq$  110 mg/dl) 3) Geniş bel çevresi (BÇ> 102 cm), 4) Düşük yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol düzeyi (HDL< 40 mg/dl), 5) Yüksek trigliserid (TG $\geq$ 150 mg/dl) temel alınarak konuldu.

**BULGULAR:** Edinsel PE ve kontrol olgularının ortalama PEDT skorları, sırasıyla, 15.9 $\pm$ 3.5 ve 4.4 $\pm$ 2.1 idi (p<0.001). PE hastalarının ve kontrollerin ortalama tahmini IELT değerleri 36.1 $\pm$ 46.5 sn karşılık 488.2 $\pm$ 313.8 sn idi (p<0.001). PE grubunda 51 (%51) ve kontrol grubunda 24 (%24) hastaya MetS tanısı konuldu. MetS komponentleri ile tahmini IELT arasında anlamlı negatif korelasyon olduğu gözlemlendi. Bununla birlikte, serum yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) kolesterol düzeyleri hariç MetS'in tüm komponentleri ile PEDT skoru arasında anlamlı pozitif korelasyon tespit edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışma MetS ile edinsel PE arasındaki ilişkiyi değerlendiren ilk çalışmadır. MetS, edinsel PE için yeni bir risk faktörü olabilir.

P-59

## KADIN ÜRETRA DARLIĞI OLAN ARDIŞIK 23 HASTADA ÜRETROPLASTİ SONUÇLARIMIZ

Fikret Fatih Önel,<sup>1</sup> Ahmet Tahra,<sup>1</sup> Ahmet Bındayı,<sup>1</sup>  
Abdurrahman İnkaya,<sup>1</sup> Eyüp Veli Küçük,<sup>1</sup> Uğur Boylu,<sup>1</sup>  
1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Kadın üretra darlıklarının etiyolojisi ve ideal tedavisi halen tartışmalıdır. Bu çalışmada, ardışık 23 kadın hastada uyguladığımız üretroplastik yöntemlerinin sonuçları sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** 2011-2016 yılları arasında 23 kadın hastaya (yaş: 19-75) üretroplastik uygulandı. Hastaların 5'i perkütan sistostomili idi. 17 kadın hastaya mükerrer üretral dilatasyon ve internal üretrotomi uygulanmıştı. Klinik değerlendirme AUA semptom skoru, idrar akım hızı ölçümü, işeme sistoüretrografisi ve operasyon sırasında 6,5 Fr. pediatrik üreterorenoskop yardımcı üretrosistoskopi ile yapıldı. Cerrahi teknikte, vajen ön duvar insizyonu (n=20) veya suprameatal insizyon (n=3) kullanıldı. Vajinal girişi dar veya intakt hymen'i olan hastalarda suprameatal insizyonla dorsal yaklaşım tercih edildi. Yaklaşımın şekline göre üretra ventral veya dorsalde açılarak, dar segmentin proksimal ve distaline uzanacak şekilde fibrotik mukoza insize edildi. 2 hastada external meatus ayrıştırıldı. Labium minus (n=21) veya ağız mukozasından (n=2) kaldırılan serbest greft, 18f foley sonda üzerinde ventral (n=20) veya dorsal (n=3) inley biçimde üretra defektine yama yapıldı. Üretral kateter postoperatif 10-14. gün alındı. Takip postoperatif 1, 3, 6. aylarda, sonrasında senelik planlandı. Şifa, en son izlemde ek girişim gerektiren darlık saptanmaması olarak tanımlandı.

**BULGULAR:** Ortalama darlık uzunluğu 1,6 cm (1-3 cm) ve ortalama greft uzunluğu 2.6 cm(1.5-4 cm) idi. Ortalama 32,1 aylık izlemde (aralık: 3-63 ay) izlemde 21 (%91,3) hastada şifa sağlandı. Postoperatif tekrar darlık gelişen bir hastada 8. ayda üretrotomi yapıldı. Hastanın bu işlemde sonra 1. yılda darlığının nüks etmesi üzerine ağız mukozası ile tekrar üretroplastik uygulandı. İkinci hastada proksimal anastomoz alanında darlık gözlemlendi ve postoperatif 4.ayda dilatasyon uygulandı, 1 yıllık takipte nüks gözlenmedi. Maksimum akış hızı 5,1±3,1 ml/saniye'den en son izlemde 23,1±8,3 ml/ saniye'ye yükseldi (p<0.001). Ortalama AUA semptom skoru 25,8±3,9'dan postoperatif 6,5±2,8'e geriledi (p=0.001). Operasyon

sonrası hiçbir hastada üretrovajinal fistül gözlenmedi. Ventral yaklaşımla primer ve re-operatif üretroplastik yapılan 1'er kadında "de-novo" stres tip idrar kaçırma gelişti.

**ÇIKARIMLAR:** Kadın üretral darlıkların tedavisinde üretroplastik etkili bir seçenektir. Ventral (transvaginal) veya dorsal (suprameatal) yaklaşımla mesane boynuna kadar tüm üretraya ulaşım sağlanabilmektedir. Ventral yaklaşımda, özellikle nüks vakalarda minimal stres tipi idrar kaçırma riski bulunmaktadır.

P-60

## ÜRETRA DARLIĞI NEDENİYLE REKONSTRÜKTİF CERRAHİ GEÇİREN ERKEK HASTALARDA BAŞARININ "ÜRETRA DARLIĞI CERRAHİSİNE SPESİFİK HASTA KAYNAKLI DEĞERLENDİRME (USS-PROM) FORMU" İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Fikret Fatih Önel,<sup>1</sup> Ahmet Bındayı,<sup>2</sup> Ahmet Tahra,<sup>2</sup>  
Abdurrahman İnkaya,<sup>2</sup> Eyüp Veli Küçük,<sup>2</sup> Uğur Boylu<sup>2</sup>

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Kliniği, İstanbul

2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Üretra darlığı nedeniyle rekonstrüktif cerrahi geçiren hastalarda, operasyonun başarısını valide ettiğimiz "üretra darlığı cerrahisine spesifik hasta kaynaklı değerlendirme (USS-PROM) formu" ile değerlendirmek.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde 2011 ile 2016 yılları arasında üretra darlığı nedeniyle 101 hastaya rekonstrüktif cerrahi uygulandı. Operasyon öncesi ve operasyon sonrası 6. ay USS-PROM formunu tamamlayan 42 hasta çalışmaya alındı. Hastaların preoperatif ve postoperatif alt-birim skorları student t test ve Wilcoxon test kullanılarak karşılaştırıldı

**BULGULAR:** Darlık lokasyonu 70 hastada anterior, 9 hastada posterior üretra, 8'inde birden fazla bölgede ve 14'ünde panüretral idi. Preoperatif ortalama Qmax (maksimum akım hızı) değeri 6.2 ml/sn'den 21.8 ml/sn'ye yükseldi ve 90(%89.1) hastada objektif başarı sağlandı. Hastaların toplam USS-PROM alt üriner sistem semptom skoru (0=en az semptomatik, 24=en çok semptomatik) preoperatif ortalama 15,2±6,7'den postoperatif 6. ayda 4,8±6,5'e geriledi. (p < 0,001) Operasyon öncesi alt üriner sistem semptomlarının

hayat kalitesine etkisi 'oldukça fazla' olan hasta oranı %67,6'dan operasyon sonrası %9,5'e düştü. USS-PROM işeme resim çizelgesi (1=en iyi, 4=en kötü) ortalama 3,1±0,7'den postoperatif 6. ayda 1,6±0,6'ye geriledi ( $p < 0.001$ ). USS-PROM memnuniyet anketine hastaların %64,3'ü operasyondan 'çok memnun', %28,2'si 'memnun', %7,2'si ise 'memnun değil veya hiç memnun değil' cevabını verdi. Genel sağlık durumu ortalama görsel analog (100=olabilecek en sağlıklı durum, 0=en sağlıksız) puanı operasyon öncesi 66±22,4 iken, postoperatif 6. ayda 87,1±15,6'ya yükseldi ( $p < 0.001$ ).

**ÇIKARIMLAR:** USS-PROM formu, üretra darlığı nedeniyle rekonstrüktif cerrahi uygulanan hastaların operasyon öncesi ve sonrası üriner ve yaşam kalitesi semptomlarını belirlemek ve izlemek için etkili bir gereçtir. Subjektif skorlarda görülen değişim, objektif başarı ile uyumluluk göstermektedir.

P-61

## ALTIN OTU ÇİÇEKLERİNİN KALSİYUM OKZALAT KRİSTAL DEPOLANMASI PROFİLAKSİNDE BAŞARI İLE KULLANIMI

Nilüfer Orhan,<sup>1</sup> Metin Onaran,<sup>2</sup> Amiral Farahvash,<sup>2</sup> İlker Şen,<sup>2</sup> İpek Işıl Gönül,<sup>3</sup> Mustafa Aslan<sup>1</sup>

1. Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakognozi Anabilim Dalı, Ankara  
2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Halk arasında Altın Otu veya Ölümsüz Çiçek olarak bilinen *Helichrysum graveolens* (M.Bieb.) Sweet (HG) ve *Helichrysum stoechas* ssp. barellieri (Ten.) Nyman (HS) çiçeklerinden hazırlanan infüzyonların böbrek taşı oluşumu üzerindeki koruyucu etkilerinin araştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Deneysel çalışmada Wistar albino ratlarda 70 mg/kg intraperitoneal sodyum okzalat uygulaması ile böbrekte kalsiyum okzalat kristalleri oluşumu indüklendi. Bu indüklenme ile aynı süre içinde 5 gün süreyle iki farklı dozda bitki ekstraktları da (HG: 62.5 ve 125 mg/kg; HS: 78 ve 156 mg/kg) hayvanların içme suyuna karıştırılarak uygulandı. Negatif kontrol grubunun yanında potasyum sitrat verilen pozitif kontrol grubu da mevcuttu. Çalışma süresince hayvanların sıvı alımları, idrar miktarları ve vücut ağırlıkları kaydedildi. Çalışmanın sonunda da karaciğer, böbrek ve vücut ağırlıkları ile elde edilen idrar, kan ve serum örneklerinde biyokimyasal ve

hematolojik tetkikler yapıldı. Böbrek dokusundaki histopatolojik değişiklikler ve kalsiyum okzalat kristal agregasyonu da her grup için ayrı ayrı skorlandı.

### BULGULAR

En yüksek profilaktik etki 156 mg/kg dozda kullanılan HS ekstraktı ile kristal oluşum skoru en yüksek olan grupta görüldü (Negatif kontrollerde taş oluşum skoru 2.66 iken ekstrakt alan gruptaki skor 1.16). *Helichrysum* ekstraktlarının idrar ürik asit ve okzalat düzeylerini düşürürken, idrar sitrat düzeylerini de belirgin artırdığı izlendi. Ek olarak okzalat enjeksiyonu sonrası hayvanlarda oluşan birtakım negatif biyokimyasal ve hematolojik parametrede de düzeltilmeler saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışma, eskiden beri halk arasında bitkisel bir tedavi olarak kullanılan Altın çiçeklerinden elde edilen *Helichrysum* ekstraktlarının sodyum okzalat ile indüklenen böbrek taşı oluşumu ve büyümesini azaltabileceği ve rekürren üriner sistem taş hastalığı olanlarda koruyucu olarak faydalı olabileceğini gösteren bir ilk olmuştur.

P-62

## DENEYSEL OLARAK SODYUM OKZALAT İLE İNDÜKLENEN ÜROLİTİAZİSİN ALTIN OTU ÇİÇEKLERİ İLE BAŞARILI TEDAVİSİ

Metin Onaran,<sup>1</sup> Nilüfer Orhan,<sup>2</sup> Amiral Farahvash,<sup>1</sup> Hasya Nazlı Ekin,<sup>2</sup> Murat Kocabıyık,<sup>3</sup> İpek Işıl Gönül,<sup>4</sup> İlker Şen,<sup>1</sup> Mustafa Aslan<sup>2</sup>

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakognozi Anabilim Dalı, Ankara  
3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara  
4. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Halk arasında "Altın otu, yayla çiçeği, kudama çiçeği" olarak bilinen *Helichrysum graveolens* (M. Bieb.) Sweet (HG) ve *H. stoechas* ssp. barellieri (Ten.) Nyman (HS) çiçeklerinin baş kısımlarından hazırlanan infüzyon çözeltisinin deneysel olarak sodyum okzalat ile oluşturulan böbrek taşları üzerindeki tedavi edici etkisi araştırılmıştır.

**YÖNTEM:** Başlangıçta ratlarda 5 gün süreyle 70 mg/kg intraperitoneal sodyum okzalat uygulanması ile renal kalsiyum okzalat kristalizasyonu oluşturuldu. Sonraki 10 günde ise HG ve HS çiçek baş kısımlarından iki farklı dozda hazırlanan infüzyonlar hayvanların içme sularına karıştırıldı. Negatif kontrol ile birlikte potasyum sitrat uygulanan grup da pozitif kontrol olarak kullanıldı. Çalışma süresince hayvanların sıvı

alımları, idrar miktarları ve vücut ağırlıkları kaydedildi. Çalışmanın sonu olan 15 gün sonunda da karaciğer, böbrek ve vücut ağırlıkları ile elde edilen idrar, kan ve serum örneklerinde biyokimyasal ve hematolojik tetkikler yapıldı. Böbrek dokusundaki histopatolojik değişiklikler ve kalsiyum okzalat kristal agregasyonu da her grup için ayrı ayrı skorlandı.

**BULGULAR:** 156 mg/kg dozda uygulanan H. Stoechas ekstraktı, böbrek taşı oluşumunun en fazla görüldüğü sodyum okzalat grubunda en belirgin tedavi edici etkiyi gösterdi (Taş oluşum skoru tedavisiz 2.33 iken ekstrakt uygulanan grupta 0.33). Bu sonuç pozitif kontrol olarak kullanılan potasyum sitrattan da iyi idi (0.5'e karşı 0.33). Ayrıca ekstraktı alan grupta idrar ürik asit ve okzalat düzeyleri düşerken idrar sitrat düzeylerinde de belirgin artış saptandı. Ekstraktların ayrıca bazı hematolojik, biyokimyasal ve enzimatik değerleri de düzelttiği gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışma halk arasında bitkisel tedavi olarak kullanılan Altın Otu'nun üriner sistem taşları üzerindeki tedavi edici etkisini gösteren ilk bilimsel çalışmadır. Çalışmamızın ilk sonuçları Helicrysum ekstraktlarının üriner sistem kalsiyum okzalat taş hastalığının tedavisinde kullanılabileceğini ve yine aynı hastalıkta kullanılan potasyum sitrat tedavisine de alternatif olabileceğini göstermektedir.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Kasım 1992 ile Kasım 2015 tarihleri arasında elli yaşından büyük, testis tümörü ön tanısı ile radikal orşiektomi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 60,4'tü. Hastaların 24'ünde sağ, 23'ünde sol tarafta tümör mevcuttu. Bir hastanın geçmişinde ipsilateral orşiyopeksi öyküsü vardı. Kırkyedi hastanın 20'sinde (%42) seminom (12'si klasik, 6'sı anaplastik, 2'si spermatositik tipte), 7/47 hastada (%14) malign mikst germ hücreli tümör, 3/47 hastada (%6) nonhodgkin lenfoma (diffüz büyük B hücreli), 2/47 (%4) hastada embriyonel karsinom, diğer hastalarda teratom, rabdomyosarkom, sertoli hücreli tümör, leydig hücreli tümör, malign mezenkimal tümör, az diferansiye malign epitelyal tümör, malign yuvarlak hücreli tümör ve kalan 8 hastada (%17) ise patoloji benign saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Elli yaşından büyük, testis tümörü ön tanısı ile opere edilen olgularımızın ortalama yaşı literatür ile uyumlu olup 3. tepe dönemine denk gelmektedir. Ancak beklenildiği üzere patolojik sonuçlar lenfoma ağırlıklı değil seminom baskınlığında saptanmış olup literatür ile farklı sonuçlar doğurmuştur. Hasta popülasyonu ve sağlık kuruluşu özelliklerine göre 50 yaş üstü testis tümörü etiyojisi literatürden farklılık gösterebilmektedir.

P-63

## ELLİ YAŞINDAN BÜYÜK TESTİS TÜRÖRÜ HASTALARIMIZIN PATOLOJİ SONUÇLARI

Batuhan Ergani,<sup>1</sup> Gökhan Koç,<sup>1</sup> Yusuf Özlem İlbey,<sup>1</sup> Oğuz Mertoğlu,<sup>1</sup> Ferruh Zorlu,<sup>1</sup> Mustafa Karabıçak,<sup>1</sup> Mehmet Yiğit Yalçın,<sup>1</sup> Taha Çetin,<sup>1</sup> Zafer Kozacıoğlu,<sup>1</sup>  
1. SB Tepecik Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Testis tümörleri 15-35 yaş arası erkeklerde en sık saptanan solid tümördür. Testis tümörlerinin infant dönemi, 30-40 yaş arası ve 60'lı yaşlar olmak üzere 3 tepe insidansı vardır. Testis kaynaklı malign tümörlerin %90-95'i germ hücrelidir. Germ hücreli tümörlerden (GHT); seminomlar 4.dekatta, nonseminomatöz germ hücreli tümörler (NSGHT) ise 3.dekatta tepe insidansına ulaşır. Bununla birlikte lenfomaların ileriki dekatlarda testis tümörlerinin etiyojisinde daha fazla yer aldığı bilinmektedir. Bu çalışmada 50 yaşından büyük testis tümörü ön tanısı ile opere edilen hastalarımızın patolojilerini değerlendirmeyi amaçladık.

P-64

## UZAMIŞ ENÜREZİS ÖYKÜSÜ OLAN ERİŞKİN BAYANLARIN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ ÖZELLİKLERİ

Sercan Yılmaz,<sup>1</sup> Emin Aydur,<sup>2</sup> Adem Emrah Coğuplugil<sup>2</sup>  
1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara  
2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata,, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Nokturnal enürezis (NE), uyku sırasında istemsiz idrar kaçırarak tanımlanır ve alt üriner sistem semptomları arasında yüksek konforsuzluk yaratan bir durumdur. NE çocukluk çağında sıklıkla gözlemlenir ancak, erişkin yaş grubunda %0,5 ila %3 aralığına geriler. Bu çalışmada uzamış enürezis öyküsü olan erişkin bayan hastaların alt üriner sistem semptomlarının sıklıkları ve özellikleri değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** Ocak 2014 ile Mart 2016 yılları arasında kliniğimize çeşitli alt üriner sistem semptomları ile başvuran ve öykülerinde uzamış enürezis geçmişi olan erişkin bayan hastalar taranarak çalışmaya

Tablo

No.	Yaş	Enürezis Sonlanma Yaşı	Sıkışma	Sık İdrara Gitme	Sıkışma İnkontinansı	Stres İnkontinansı	Nokturi	Pelvik Ağrı	Dizüri	VD	SD	Menstrüel Durum
1	58	10		+	+	+	+			2		Postmenopozal
2	50	12	+	+	+		+		+	1		Postmenopozal
3	48	12	+	+	+					2		Menstrual
4	38	9	+	+	+		+			2	1	Menstruating
5	75	9	+	+	+		+			2		Postmenopozal
6	22	11	+					+	+			Menstrual
7	64	15	+	+	+	+			+			Postmenopozal
8	52	8	+	+	+	+		+		2		Postmenopozal
9	39	11		+							1	Menstrual
10	33	14		+			+	+	+	2		Menstrual
11	45	12			+	+				1		Menstrual
12	43	14		+				+	+	2		Menstrual
13	32	10			+	+				2		Menstrual
14	52	10	+	+	+	+		+		2		Postmenopozal
15	54	13	+	+	+		+			2		Postmenopozal
16	50	12	+	+				+		2		Menstrual
17	30	14	+	+	+		+	+		1		Menstrual
18	56	56*	+	+	+	+		+		4		Postmenopozal
19	43	6	+	+	+	+	+				2	Menstrual
20	39	11						+	+		1	Menstrual
			13 (%65)	16 (%80)	14 (%70)	8 (%40)	8 (%40)	6 (%40)	6 (%30)			

VD: Vajinal Doğum, SD: Sezeryan Doğum, \* Halen devam ediyor

dahil edildi. Bu hastaların özelliklerini içeren bir veritabanı oluşturularak hasta bilgileri bu veritabanına kaydedildi.

**BULGULAR:** Kriterlere uygun toplam 20 hastanın bilgilerine ulaşıldı. Hastaların ortalama yaşı 46.1 (30-75 yaş aralığında) idi. Ortalama enürezis sonlanma yaşı 13.4 (6-56 yaş aralığında) idi. En sık gözlenen alt üriner sistem semptomları sırasıyla sık idrar gitme (%80), sıkışma tipi inkontinans (%70) ve sıkışma (%65) olarak tespit edildi. (Tablo)

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamıza göre alt üriner sistem semptomlarıyla başvuran erişkin bayan hastaların değerlendirilmesi sırasında enürezis öykülerinin dikkatle sorgulanması önemlidir. Kısıtlı hasta sayısına rağmen çalışmamız, çocukluk çağında enürezis yakınmaları olan hastaların erişkin döneme gelindiğinde alt üriner sistem semptomları ile karşımıza çıkabileceğini düşündürmektedir. Bu konu ile ilgili daha fazla hasta serileri içeren çalışmaların planlanması daha detaylı bilgiler vermesi bakımından önemli olacaktır.

P-65

## 76 YAŞINDA ERKEK HASTADA PELVİK LEİOMYOMA SEKONDER GELİŞEN AKUT ÜRİNER RETANSİYON

Mehmet Necmettin Mercimek,<sup>1</sup> Hatem Kazımoğlu<sup>2</sup>

1. Sanko Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

2. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

**AMAÇ:** Akut üriner retansiyon (AÜR) yaşlı erkekleri etkileyen ürolojik acil bir durumdur. Mesanenin hemen dekompresye edilmesi ve altta yatan sebebin tespit edilmesi gerekir. AÜR ayrıca yaşlı hastalarda mevcut olan komorbid hastalıkların da şiddetlenmesine sebep olabilir ve hastaneye yatış gerekebilir. Yaşlanmayla birlikte sıklığı artan benign prostat hiperplazisi' ne bağlı obstrüksiyon en sık akut üriner retansiyon sebebidir. AÜR' a birçok hastalık obstrüksiyon, nörojenik ve detrusör aktivitesinde azalma gibi başlıca üç ana mekanizma ile neden olmaktadır. Bizde nadir bir AÜR nedeni olan pelvik



leiomyoma olgusunu sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 76 yaşında erkek hasta idrar yapamama yakınması ile kliniğimizde değerlendirildi. Glob vezikale tespit edilmesi üzerine üretral kateter takıldı. Yaklaşık 1400 cc idrar boşlatıldı. Parmakla rektal muayenede prostat grade 1, benign olarak palpe edildi. Hastanın öyküsünde 2 yıldır alfa blokör kullandığı, son 6 aydır giderek artan idrar yapma ve defakasyon zorluğu olduğu öğrenildi. İlk müdahaleden sonra yapılan ultrasonografik incelemede mesaneye posteriorunda kitle tespit edilmesi üzerine hastaya alt abdomen BT planlandı. BT' de mesaneyi anteriora, rektumu sola deplase eden, prostat bazali ile sınırları net olarak ayırt edilemeyen, 10x9,5 cm boyutlarında, yoğun heterojen kontrastlanan kitle tespit edildi (Şekil 1). Hastaya açık cerrahi girişim planlandı. Transperitoneal yolla kitle komplet olarak çıkarıldı. Çıkarılan kitlenin histopatolojik incelemesi leiomyoma olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası bir yıllık takiplerinde hastanın ürinasyon ve defakasyona ait yakınmalarının olmadığı tespit edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Yaşlı erkeklerde akut üriner retansiyon neden olan durum tespit edildikten sonra tedavi yöntemi hastanın yaşam beklentisine, diğer kronik hastalıkların varlığına ve altta yatan patolojik duruma bağlı olarak hastaya özgü bir yaklaşım ile belirlenebilir.

P-66

## ARAÇ DIŞI TRAFİK KAZASI SONRASI İNSİDENTAL OLARAK TESPİT EDİLEN GANGLİONÖROMA

Mehmet Necmettin Mercimek,<sup>1,1</sup> Hatem Kazımoğlu,<sup>2</sup>

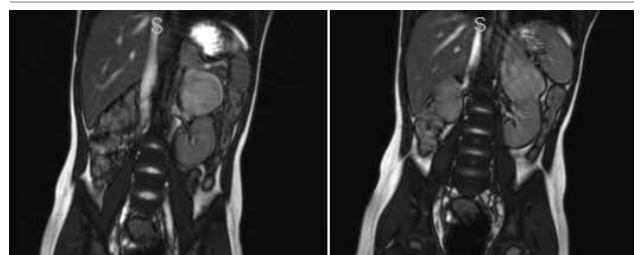
1. Sanko Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

2. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

**AMAÇ:** Ganglioneuroma sempato-adrenal sistemi oluşturan nöral krest hücrelerinden köken alan schwann ve ganglion hücrelerinden oluşan nadir görülen benign bir tümördür. Posterior mediastinum ve retroperitoneal bölge en sık yerleşim gösterdikleri yerlerdir. Retroperitoneal yerleşimli ganglioneuromalar çoğunlukla asemptomatik olup insidental olarak tespit edilirler. Nöral krestten köken alan nöroblastoma ve ganglioneuroblastoma'dan farklı olarak hormonal aktivite göstermezler.

**YÖNTEM:** Mart 2015 tarihinde 6 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası nedeni ile başka bir hastanenin acil servisinde tetkik edilmiş sol böbrek üst pole komşu yaklaşık 7 cm çaplı kitle tespit edilmiş. Kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde herhangi bir bulgu saptanmadı. Abdominal manyetik rezonans görüntülemesinde her iki böbrek ve sünrenal bez normaldi. Sol böbrek üst pole komşu inferiora egzofitik uzanım gösteren en geniş yerinde 8x7.5x5.5 cm boyutunda, lobüle konturlu, iyi sınırlı, T1W serilerde hipo, T2W serilerde hafif hiperintens, kontrast madde sonrası T1W serilerde heterojen kontrast tutan yer kaplayıcı kitlesel lezyon tespit edildi (şekil 1). Hastanın idrar ve serum katekolamin ve katekolamin metabolitleri (dopamin, vanilmandelik asit, homovalinik asit) seviyeleri normaldi. Hastaya subkostal abdominal yaklaşımla açık cerrahi girişim uygulandı. Kitle komplet olarak çıkarıldı. Hasta ameliyat sonrası 9 ay takip edilebildi. Takiplerinde nüks gözlenmedi. Ocak 2016 tarihinde yüksekten düşme sonrası hasta ex oldu.

**ÇIKARIMLAR:** Sıklıkla rastlantısal olarak tespit edilen ganglioneuromaları preoperatif olarak nöral krestten köken alan diğer malign tümörlerden ayırabilmek zordur. Tanı ancak histopatolojik inceleme ile doğrulanır. Ganglioneuromalar komplet ekسیون sonrası kütatif olan benign tümörlerdir.



P-67

## FONKSİYONEL OLAN VE OLMAYAN ADRENAL KİTLELERE MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM: RETROSPEKTİF GÖZLEMSEL ÇALIŞMA

Gamze Akkuş,<sup>1</sup> Volkan İzol,<sup>2</sup> Fesih Ok,<sup>1,2</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>2</sup> M. Zühtü Tansuğ,<sup>2</sup> İ. Halil Şükür<sup>2</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Endokrinoloji Bilim Dalı, Adana

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Bu çalışmada 2009-2014 yılları arasında kliniğimizde gözlenen adrenal insidentalomalı hastaların özelliklerini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Hastaların demografik verileri, kitlelerin fonksiyonel durumları, radyolojik bulgular ve tedavi yöntemleri kaydedildi. Cerrahi endikasyonları fonksiyonel veya 4 cm'den büyük kitle ya da malignite şüpheli radyolojik görünüm olarak belirlendi. İstatistiksel analiz için SPSS-19 programı kullanıldı.

**BULGULAR:** Adrenal kitlesi olan 229 hasta (145 erkek, 84 kadın) vardı. Ortalama yaş 53.3±12.2 di. Kitlelerin 195 tanesi (%85.2) non-fonksiyoneldi, 34 tanesi fonksiyoneldi. Fonksiyonel kitleler sırasıyla cushing sendromu, primer hiperaldosteronizm, feokromasitoma ve subklinik cushig sendromu olmak üzere 6 (%2.6), 11 (%4.8), 15 (%6.6) ve 2 (%0.9) taneydi. 84 (%36.8) hastaya adrenalectomi uygulandı, bunların 50 tanesi non-fonksiyoneldi. En sık patolojik tanı adrenal kortikal neoplazi idi (n=38), bunların 32 tanesi adenom (weiss kriteri<4), 6 tanesi karsinom (weiss kriteri>4) du. Diğer patolojik tanıları benign feokromasitoma (n=13), psödokist(n=12), metastaz (n=10), hemoraji (n=3), nekroz (n=1), hiperplazi (n=2) ve diğerleri (n=5) den oluşuyordu.

**ÇIKARIMLAR:** Adrenal insidentalomalarda detaylı endokrinolojik ve radyolojik değerlendirmede kitlenin yapısal özellikleri ve hormonal aktivitesi çok önemlidir. Cerrahi tedavi veya periyodik takibe bu değerlendirmelere göre karar verilmelidir.

P-68

## FARELERDE GENTAMİSİN İLE OLUŞTURULAN NEFROTOKSİSİTE ÜZERİNE KETEN TOHUMU YAĞININ KORUYUCU ETKİSİ

H. Mahir Kaplan,<sup>1</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>2</sup> Fesih Ok,<sup>1,2</sup> Elnur Ziyadov,<sup>2</sup> Volkan İzol,<sup>2</sup> Ergin Şingirik<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Farmakoloji Bilim Dalı, Adana

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

**AMAÇ:** Keten yağı yüksek miktarda omega 3 olarak bilinen yağ asitlerinden biri olan alfa-linolenik asit içermektedir. Yapılan çalışmalarda bu yağ asidinin anti-oksidan ve anti-inflamatuar etkinliğini gösterilmiştir. Bu nedenle keten yağının gentamisin ile oluşturulan nefrotoksiste üzerinde koruyucu etkinliği değerlendirildi.

**YÖNTEM:** Fareler kontrol, gentamisin ve gentamisin ile birlikte keten yağı uygulanan olmak üzere üç gruba ayrıldı. Farelere 9 gün 100 mg/kg gentamisin ve gentamisinle birlikte 300 mg/kg keten yağı ve kontrol grubuna da serum fizyolojik intraperitoneal olarak verildi. Böbreklerdeki siklooksijenaz-2, fosfolipaz A2 ve indüklenebilir nitrik oksit sentaz (iNOS) enzimleri ELISA yöntemiyle analiz edildi.

**BULGULAR:** Farelere gentamisin uygulaması böbreklerde siklooksijenaz-2 (COX-2), fosfolipaz A2 ve iNOS enzimlerinin ekspresyonlarını kontrol grubuna göre anlamlı oranda arttırdığı görüldü (p<0,05). COX-2 ve iNOS enzim seviyeleri gentamisin uygulanan grupta gentamisin ile birlikte keten yağı uygulanan gruba göre anlamlı derecede yüksek saptandı (p<0,05). Fosfolipaz A2 enzim seviyesi gentamisin ve gentamisin ile birlikte keten yağı uygulanan gruplarda benzer seviyelerde ölçülürken (p>0,05) kontrol grubunda anlamlı olarak daha düşük saptandı (p<0,05). Gentamisin uygulanan farelere keten yağı verilmesi gentamisinin neden olduğu siklooksijenaz-2 ve indüklenebilir nitrik oksit sentaz eniminin artışını azaltırken fosfolipaz enzimindeki artışa engel olmadığı görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamız gentamisin uygulamasının nefrotoksisteye neden olduğunu ve bu toksik etkiye karşı doğal bir madde olan keten yağının kullanılmasının yararlı olacağını göstermiştir.



P-69

## EKTOPIK TAŞLI BÖBREKLİ OLGUDA LAPAROSKOPI YARDIMLI PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Volkan İzol,<sup>1</sup> İ. Halil Şükür,<sup>1</sup> Çağrı Tekdöş,<sup>1</sup>  
İ. Önder Yılmaz,<sup>1</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>1</sup> M. Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Adana

**AMAÇ:** Böbrek taşlarının tedavisinde altın standart tedavi yöntemi olan perkutan nefrolitotomi (PCNL), ektojik yerleşimli veya anomalili böbreklerde giriş güvenliği sağlaması nedeniyle laparoskopi yardımcı uygulanabilmektedir.

**YÖNTEM:** 3 aydır karın ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvuran 29 yaşındaki erkek hastaya yapılan bilgisayarlı tomografide sağ pelvik ektojik taşlı böbrek saptandı. Hastaya laparoskopi yardımcı PCNL planlandı. Litotomi pozisyonunda hastaya üreter kateteri konulup supin pozisyona alındı. Transperitoneal 3 adet 5 mm trokarlar, standart el aletleri ve ultrasonik makas yardımıyla operasyon gerçekleştirildi. Posterior periton ultrasonik makas yardımıyla açılıp böbrek bulunup gerota fasyası açıldı. Skopi eşliğinde perkütan iğne girişi yapıp 24 f amplatz dilatasyon sonrası taş pnömatikle kırılıp forsepsle ekstrakte edildi. Hastaya 4.8 double-J stent yerleştirilip parankimdeki defekt 2/0 poliglaktin sütürle onarılıp dren konularak işleme son verildi. İntraoperatif komplikasyon görülmedi.

**BULGULAR:** Operasyon 65 dk sürdü. Floroskopi süresi 4 dk idi. Kan kaybı minimaldi. Erken dönem komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 2. gün dreni çekilerek taburcu edildi. Postoperatif 3. haftada double-J stenti ekstrakte edilen hastada problem yoktu.

**ÇIKARIMLAR:** Pelvik ektojik böbreği olan hastalarda laparoskopik yardımcı perkütan nefrolitotomi (PCNL) kısa yatış süresi, düşük komplikasyon oranıyla artan deneyimle birlikte güvenle uygulanabilir.

P-70

## PROSTAT KANSERİNDE İĞNE BİYOPSİ VE RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖRNEKLERİNİN GLEASON SKORLARI ARASINDAKİ UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mutlu Değer,<sup>1</sup> Volkan İzol,<sup>2</sup> Fatih Gökalp,<sup>3</sup> Nebil Akdoğan,<sup>2</sup>  
İ. Önder Yılmaz,<sup>2</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>2</sup> İ. Atilla Arıdoğan,<sup>2</sup>  
M. Zühtü Tansuğ<sup>2</sup>

1. S.B. Yüksekova İlçe Devlet Hastanesi, Üroloji, Hakkari

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Adana

3. S.B. Cihanbeyli İlçe Devlet Hastanesi, Üroloji, Konya

**AMAÇ:** Bu çalışmada kliniğimizde ince iğne prostat biyopsisi ile prostat kanseri tanısı alıp radikal prostatektomi yapılan hastaların, ince iğne biyopsi spesimenlerinin Gleason skoru ile radikal prostatektomi spesimenlerinin Gleason skoru arasındaki uyumluluğu araştırdık.

**YÖNTEM:** Kasım 2011 ile Aralık 2014 tarihleri arasında organa sınırlı prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi uygulanan 115 ardışık hasta çalışmamıza dahil edildi. Bu 115 hastanın bilgileri retrospektif olarak incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşları 61,8±6,8 yıldı. Bu hastaların ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 26,7±3,3 kg/m<sup>2</sup> idi. Ortalama PSA değeri 10.6±10,1 ng/ml idi. 115 hastanın 74'ünde (%64,3) transrektal prostat iğne biyopsisinin Gleason skoru ile radikal prostatektomi spesimeninin Gleason skorunun uyumlu, 41'inde (%35,6) ise bu skorların uyumsuz olduğu bulundu. Radikal prostatektomi spesimenlerinde hastaların %8,6'sının (10 hasta) Gleason skorunun 1 derece düştüğü, %26'sının (30 hasta) Gleason skorunun 1 derece arttığı ve %0,8'inin (1 hasta) Gleason skorunun 3 derece arttığı görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Bu bulgular, prostat iğne biyopsisi ile Gleason skorunun olduğundan düşük saptanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

P-71

## TEK MERKEZ LAPAROKOPIK- AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Volkan İzol,<sup>1</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup> Nebil Akdoğan,<sup>1</sup>  
Çağrı Tekdöş,<sup>1</sup> M. Zühtü Tansuğ<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Adana

**AMAÇ:** Günümüzde görüntüleme tekniklerinin ilerlemesi ile renal kitleler erken evrede tanımlanmaktadır. Uygun renal kitlelere parsiyel nefrektomi, laparoskopik veya açık olarak uygulanabilmektedir. Kliniğimizde renal kitle nedeniyle laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) veya açık parsiyel nefrektomi (APN) uygulanan hastaların perioperatif verileri ve postoperatif dönemdeki renal fonksiyonları karşılaştırıldı.

**YÖNTEM:** 2011-2016 yılları arasında renal kitle nedeni ile laparoskopik parsiyel nefrektomi ve açık parsiyel nefrektomi uygulanan hastaların operasyon süresi, sıcak iskemi süresi, kanama miktarı, yatış süresi, preoperatif ve postoperatif GFR düzeyleri retrospektif olarak değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya 2011-2016 tarihleri arasında kliniğimizde opere olan ardışık toplam 108 (57 erkek 51 kadın) hasta dahil edildi. Hastalar LPN (n=56) ve APN (n=52) olacak şekilde iki gruba ayrıldı. Kanama miktarı, APN grubunda LPN grubuna oranla anlamlı oranda yüksek bulundu (410,7±471,4 ml ve 272,5±358 ml). Ortalama sıcak iskemi süresi APN'de LPN grubuna göre anlamlı oranda düşüktü (6,08±6,6 dk ve 22,8±10,3 dk). Ortalama hastanede kalış süresinin APN'de LPN grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü (108,5±85 saat ve 88±42,6 saat). Her iki grubun preoperatif ve postoperatif kreatinin ve GFR düzeyleri arasında anlamlı fark görülmedi. Hastaların preoperatif ve postoperatif 3., 6. ve 12. aydaki GFR'leri karşılaştırıldığında, her iki grupta da postoperatif GFR düzeyinin preoperatif döneme göre düşük olduğu ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Hem APN, hem de LPN'de postoperatif GFR düzeylerinde düşme ve kreatinin düzeylerinde artış mevcut olsa da, renal fonksiyonlar açısından iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Kanama miktarının APN'de, sıcak iskemi süresinin ise LPN'de yüksek olmasının, tercih edilen cerrahi tekniğin özelliklerine bağlı olduğu düşünülmüştür. Uygun olgularda LPN, ortalama sıcak iskemi

süresinin APN'ye göre daha uzun olmasına rağmen, postoperatif benzer GFR sonuçlarıyla güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

P-72

## RENAL GLOMUS TÜMÖRÜ; NADİR GÖRÜLEN BİR BÖBREK TÜMÖRÜ OLGUSU

Fesih Ok,<sup>1</sup> Nebil Akdoğan,<sup>1</sup> Yıldırım Bayazıt,<sup>1</sup>  
Şeyda Erdoğan,<sup>2</sup> Şaban Doran,<sup>1</sup> İ. Halil Şükür<sup>1</sup>

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Adana

2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı,  
Adana

**AMAÇ:** Glomus tümörleri tüm yumuşak doku tümörlerinin % 2 den azını oluşturmaktadır. En sık yerleşim yerleri ekstremiteler, özellikle de parmakların subungual bölgesidir. Genitoüriner bölgede oldukça nadir görülürler.

**YÖNTEM:** Bir yıldır sol böğür ağrısı olan 51 yaşındaki kadın hastanın abdominal USG'de sol böbrek alt polde mediale doğru egzofitik büyüyen yaklaşık 5 cm lik kistik-solid yapılar içeren kitle rapor edilmişti. Yapılan abdominal MR görüntülemesinde sol böbrek orta kısımda parapelvik lokalizasyonda kistik yapıda 5\*4,4 cm'lik kontrast tutulumu görülmeyen kitle gözlemlendi.

**BULGULAR:** Hastaya nisan 2016 tarihinde laparoskopik sol parsiyel nefrektomi uygulandı. Morfolojik ve immuno-histokimyasal incelemede renal glomus tümörü tanısı konuldu.

**ÇIKARIMLAR:** Günlük pratiğimizde nadir gözlenen bu tümörler, immünohistokimyasal yöntemlerle diğer tümörlerden ayırt edilmelidir. Cerrahi yöntemlerle etkin bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

P-73

## ÜST ÜRETER TAŞLARINDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARIMIZ

Eray Kemahlı,<sup>1\*</sup> Uğur Üyetürk,<sup>1</sup> Adnan Gücük,<sup>2</sup>  
Burak Yılmaz,<sup>3</sup> Bekir Aras,<sup>4</sup> Ahmet Metin<sup>5</sup>

1. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Bolu
2. Abant İ. Baysal Ü. Tıp Fak. Hast., Üroloji ABD, Bolu
3. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji ABD, Bolu
4. Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Kütahya
5. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD, Ankara

**AMAÇ:** Üreter üst taşlarının tedavisinde vücutdışı şok dalga litotripsisi (SWL), üreterorenoskopi (URS) ve perkütan nefrolitotomi (PCNL) halen kullanılan tetkikler arasındadır. Kliniğimizde büyük üreter üst uç taşı tanısı ile yapılan PCNL operasyonu sonuçlarımızı derledik.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Ocak 2012- Haziran 2016 tarihleri arasında üreter üst uç taşı tanısı ile antegrad PCNL işlemi uygulanan 28 hastanın bilgileri retrospektif olarak tarandı. Hastaların cinsiyet, yaş, taş boyutları, operasyon süreleri, skopi süreleri, nefrostomi tüpü kalış süreleri, hastanede kaldıkları günler, taşsızlık oranları ve post operatif komplikasyonlar değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların 17'si erkek, 11'i kadındı. Hastaların ortalama yaşı 44,1 (21-64) idi. Taşların 16'sı sağ, 12'si sol üreterlerdeydi. Ortalama taş çapı 14.7 (12-23) mm, ortalama taş alanı ise 168 (96-244) mm<sup>2</sup> idi. Ortalama operasyon süresi 38.6 (24-61) dk olup, ortalama skopi süresi 2.8 (1-6.2) dk olarak tespit edildi. Ortalama nefrostomi kalış süresi 1,4 (1-3) gün, ortalama hastanede kalış süreleri ise 1,8 (1-3) gün idi. 2 hastada post operatif kan transfüzyonu ihtiyacı olur iken 2 hastaya da postoperatif dönemde double-j kateter yerleştirildi. Post operatif taşsızlık oranı %94.6 olarak hesaplandı.

**ÇIKARIMLAR:** PCNL üst üreter taşı tedavisinde yüksek başarı oranları olan etkin ve güvenilir bir yöntemdir. Retrograd intrarenal cerrahinin yaygınlaşması ile popülerliğini bir miktar yitirmiş gibi görünse bile uygun hastalarda etkin bir tedavi seçeneğidir.

P-74

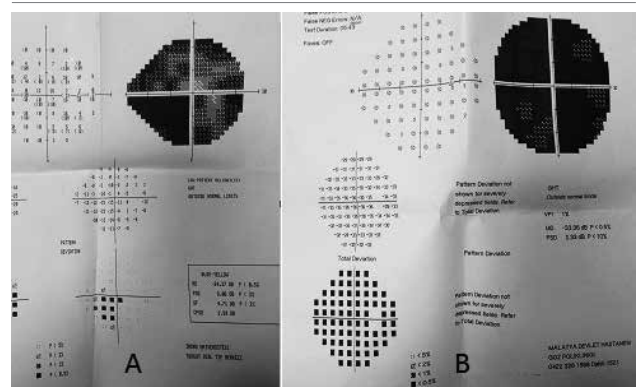
## ANTİMUSKARİNİK İLACIN NADİR BİR YAN ETKİSİ GÖRME ALANI KAYBI :OLGU SUNUMU

Serhan Çimen,<sup>1\*</sup>

1. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya

**AMAÇ:** Antimuskarinik ilaçlar aşırı aktif mesane ve nörojenik detrusor aşırı aktivitesi tedavisinde medikal amaçlı kullanılan ilaç grubudur. Bu ilaçlar etkinliğinin yanında yan etkileri bakımından da özellik ve farklılık göstermektedirler. Bu ilaçların kullanımında dar açılı glokom gibi hastalıklar iyi sorgulanmalıdır. Dar açılı glokomu olan genç hastada sorgulanmadan kullanılan antimuskarinik tedavinin yaptığı görme alanı kaybı olgusunu sunmayı amaçladık.

**BULGULAR:** 25 yaşındaki erkek hasta sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi ve bazen de olan urge tarzda idrar kaçırma sebebiyle dış merkezli üroloji polikliniğe başvuruyor. Hastaya aşırı aktif mesane tanısıyla antimuskarinik başlanıyor. Hastanın ifadesine göre hastaya başlanan ilacın yan etkileri anlatılmıyor ve gözlük kullanan hastaya göz ile ilgili bir hastalığı olup olmadığı sorgulanmıyor. Hastaya 6 ay sonra kontrol öneriliyor. Dar açılı glokom tanısı olan ve bu hastalığı ile ilgili ilaç kullanan hasta verilen antimuskarinik ilacı 6 ay süreyle düzenli kullanıyor. Altıncı ayın sonunda ciddi görme kaybı oluştuğunu fark edip göz doktoruna başvuruyor. Yapılan görme alanı muayenesinde görme alanının ciddi kaybı olduğu tespit ediliyor (Resim 1A). Hastaya göz doktoru tarafından ilaçları soulduğunda antimuskarinik başlandığı tespit ediliyor. Göz hastalıkları uzmanı hastayı polikliniğimize yönlendiriyor. Hastanın ilacı tarafımızca kesildi ve takip edildi. 6 ay sonra hasta tekrar göz hastalıkları uzmanına muayene için gönderildiğinde görme kaybının neredeyse tamamına yakınının düzeldiği



tespit edildi (Resim 1B).

**ÇIKARIMLAR:** Antimuskarinik ilaçlar tedavide etkin olduğu kadar yan etki profilleri bakımından da bir o kadar kötü sonuçlar doğurabilecek özelliğe sahip ilaçlardır. Hastalara uygun endikasyonda bu ilaçlar başlanırken ek hastalıkları mutlaka sorgulanmalı ve ilaçların yan etkileri hakkında hastalar bilgilendirilmelidir.

P-75

## PENİL FRAKTÜR VE 2. BASAMAK DEVLET HASTANESİNDE YAKLAŞIM

Serhan Çimen,<sup>1</sup> Ayla Özaydogdu Çimen<sup>2</sup>

1. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Malatya

2. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Malatya

**AMAÇ:** Penil fraktür cinsel ilişki, mastürbasyon esnasında veya penil ereksiyon halinde herhangi bir nedenle tunika albugineanın yırtılmasıdır. Bu hastalığın tedavisi en erken dönemde cerrahi tamirdir. Çalışmamızda perifer bir hastane olan Malatya Devlet Hastanesi kliniğinde yapılan penil fraktür onarımı operasyonlarının retrospektif olarak değerlendirmesi yapıldı.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Mart 2013-Temmuz 2016 yılları arasında acil servise başvuran yapılan radyolojik tetkikler sonucunda penil fraktür tespit edilen hastalar değerlendirmeye alındı. Penil fraktür onarımı genel anestezi altında olguların hastaneye başvurduğu gün içerisinde acil şartlarda yapıldı.

**BULGULAR:** Toplam 21 penil fraktür olgusu değerlendirmeye alındı. Hastaların acil servise peniste şişlik, ağrı ve renk değişikliği sebebiyle başvurduğu tespit edildi. Hastaların öyküsünde 15 olgu cinsel ilişki sırasında, 3 olgu mastürbasyon esnasında, 2 olgu sabah ereksiyonu sırasında, 1 olgu ise eşya taşıırken bu şikayetlerinin olduğunu söylediği belirlendi. Yaş ortalaması 35,7 (19-58)olarak tespit edildi. Hastaların 1'inde (%89,1) kısmi üretra yaralanması tespit edildi. Bu yaralanma için foley sonda takılması dışında ek bir tedavi yapılmadı. Hastanede kalış süresi ortalama 3.2 gün olarak hesaplandı.

**ÇIKARIMLAR:** Penil fraktürün cerrahi tedavisi perifer hastanede yapılabilecek düşük komplikasyonlu, güvenli ve başarılı bir seçenektir.

P-76

## TRANSREKTAL PROSTAT İĞNE BİYOPSİSİNDE TEK KULLANIMLIK VE STANDART TABANCALARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Kaan Çömez,<sup>1</sup> Hüseyin Alperen Yıldız,<sup>2</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Bora İrer,<sup>3</sup> Ömer Demir,<sup>2</sup> Güven Aslan,<sup>1</sup> Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

3. Eşrefpaşa Devlet Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Prostat kanseri histopatolojik tanısı için günümüzde tercih edilen yöntem transrektal ultrason eşliğinde çoklu kor biyopsi alınmasıdır. Günümüzde, prostat iğne biyopsilerinin histopatolojik inceleme için yeterliliklerinin değerlendirilmesine yönelik tanımlanmış kriterler bulunmamaktadır. Kwast ve ark yaptıkları 5 merkezli çalışmada her bir merkezden gelen örneklerdeki ortalama biyopsi uzunluklarının farklı olduğunu ve kanser saptanma oranlarının toplam kor uzunluğu ile doğru orantılı olarak arttığını bildirmişlerdir. Bizde bu çalışmada tek kullanımlik ve standart tabancaların alınan kor uzunluklarına bağlı olarak patoloji sonuçlarına ve komplikasyon oranlarına olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliğinimizde Ocak 2013 ile Haziran 2016 tarihleri arası transrektal prostat biyopsi yapılan 738 hasta çalışmaya dahil edildi. İşlem öncesi her hastaya tek doz 3g oral fosfomisin profilaktik olarak verildi. Her hastaya işlem sabahı lavman yapıldı. İşlem sırasında tek kullanımlik (n: 474) ve standart (n:264) tabanca kullanılanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Afebril üriner sistem enfeksiyonu; < 38°C altında ateşi olan, disüri olan ve idrar tahlilinde piyürisi (idrar tahlilinde 1 mm<sup>3</sup>'te > 10 lökosit varlığı) olan hastalar olarak tanımlandı. Febril üriner sistem enfeksiyonu; > 38°C ateşi olan, idrar kültüründe üremesi olsun ya da olmasın alt üriner sistem semptomlarından (acil idrar hissi,disüri, suprapubik hassasiyet vb...) birine sahip olan hastalar olarak tanımlandı. İki grup hastaların demografik verileri, total psa, prostat hacmi, psa dansitesi, ortalama kor uzunluğu, patoloji sonuçları

**Tablo 1:** Enfeksiyöz komplikasyon oranlarının karşılaştırılması

	Grup 1 (Tek kullanımlik tabanca)	Grup 2 (Standart tabanca)	p
	n: 474	n:264	
Febril Enfeksiyon	11 (%52.4)	10 (%47.6)	0.257
Afebril Enfeksiyon	23 (%74.2)	8 (%25.8)	0.258

ve enfeksiyöz komplikasyon oranları retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Her iki grubun ortalama yaş, total psa, prostat hacmi, psa dansitesi, total gleason skoru ve tümör odak sayısı benzerdi (Tablo 1). Her iki grupta toplam 274 hastada (%37,1) prostat kanseri saptandı. Prostat kanseri saptanan hastaların 76'sı (%10.3) toplam gleason skoru 6, 144'ü (%19,5) toplam gleason skoru 7, 20'si (%2,7) toplam gleason skoru 8, 33'ü (%4,5) toplam gleason skoru 9 saptandı. Grup 1'de 192 hastaya (%70.1), grup 2'de 82 hastaya (%29.9) prostat kanseri teşhisi konuldu. Grup 1'de prostat kanseri teşhisi istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0,011). Afebril ve febril enfeksiyöz komplikasyonlar açısından her iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. (Tablo 2)

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak tek kullanımlık prostat biyopsi tabancaları daha uzun kor uzunluğuna sahiptir. Bu nedenle standart tabanca grubuna göre tek kullanımlık prostat biyopsi tabancaları ile daha fazla prostat kanseri teşhisi elde edilmiştir. Ayrıca günümüzde benzer komplikasyon oranlarıyla transrektal prostat iğne biyopsisinde de güvenli bir şekilde kullanılabilir.

P-77

## İSKEMİ MODİFİYE ALBUMİN (IMA), RENAL İSKEMİ-REPERFÜZYONDA BÖBREK HASARINI ÖNGÖRMEDE BELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?

Hüseyin Aytaç Ateş,<sup>1</sup> Uğur Yüçetaş,<sup>1</sup> Erkan Erkan,<sup>1</sup> Esmâ Yüçetaş,<sup>2</sup> Soner Ulusoy,<sup>1</sup> Mustafa Kadıhasanoğlu,<sup>1</sup> Kemal Behzatoğlu,<sup>3</sup> Mahmut Gökhan Toktaş<sup>1</sup>

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya, İstanbul

3. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

**AMAÇ:** Renal iskemi ve reperfüzyon hasarını öngörmeye IMA'nın oksidatif stres belirteci olarak kullanılabilirliğini araştırmak.

**YÖNTEM:** Bu çalışmaya 280-300 gram ağırlığında 40 adet sağlıklı, genç Wistar Albino cinsi sıçan her grupta 8 adet sıçan olacak şekilde 5 gruba ayrıldı. Sham (Kontrol) grubunda iskemi oluşturulmadan kan örneği alınıp nefrektomi uygulanırken, iskemi gruplarında ise her iki renal pedikül klemplenerek iskemi oluşturuldu. Her bir grup için tanımlanan sürelerin (20, 30, 40 ve 60 dk) sonunda reperfüzyon sağlandı ve kan örneği alındı ve nefrektomi gerçekleştirildi. Altı saatlik

reperfüzyon süresi sonunda tekrar kan örneği ve diğer böbrek alındı. Serumda IMA ve hem serumda hem dse dokuda TAS, TOS ve OSI bakıldı. İskemi sonunda ve reperfüzyon sonrası 6. saatte serum ve doku örneklerinden elde edilen biyokimyasal bulgular ile histopatolojik bulgular karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** İskemi sonrası serum IMA değerleri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık olduğu (p=0,0088) ve benzer şekilde iskemi sonrası serum (p=0,0238) ve ayrıca doku örneklerinde (p=0,0214) TOS değerlerinin de istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği gözlemlendi. Ancak iskemi sonrası serum ve doku TAS değerlerinde ise anlamlı farklılık bulunamadı (p=0,9419).

Reperfüzyon sonrasındaki 6. saat serum IMA, TOS ve TAS ile doku örneklerindeki TOS ve TAS değerlerinde anlamlı farklılık saptanmazken, iskemi ve reperfüzyon sonrası histopatolojik değerlendirmeye alınan böbrek dokularındaki tübüler hasar ile iskemi süresi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu görüldü (p<0,0001).

**ÇIKARIMLAR:** Güncel üroloji pratiğinde geçici renal iskemi oluşturulan durumlarda gelişen iskemi/reperfüzyon hasarını öngörmeye erken dönemde rutin serum belirteçleri yetersiz kalmaktadır. Bu eksikliği ortaya koyma ve gidermeye yönelik olarak yaptığımız bu çalışmada; gerek serum IMA düzeyi gerekse TAS/TOS değerleri iskeminin süresi ile paralel olarak erken dönemde artmakta ve bu artış histopatolojik hasar bulgularıyla desteklenmektedir.

P-78

## ERİŞKİN HASTALARDA GUY TAŞ SKORUNUN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Hilmi Sarı,<sup>1</sup> Kaan Çömez,<sup>2</sup> Ozan Bozkurt,<sup>2</sup> Ömer Demir,<sup>1</sup> Aykut Kefi,<sup>2</sup> İlhan Çelebi<sup>2</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi (PCNL) > 2 cm böbrek taşlarında günümüzde altın standart tedavi yöntemidir Thomas ve ark. 2011 yılında, PCNL operasyonu sonrası taşsızlık durumunu ve oluşabilecek komplikasyonları tahmin etmek için guy taş skorlama sistemi geliştirdi. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan perkütan nefrolitotomi deneyimi retrospektif olarak değerlendirilerek hastaların guy taş skorlarının operasyon sonuçları ile ilişkisi incelendi.

**Tablo 1:** Hastaların guy taş skoruna göre komplikasyon oranları

	Guy Taş Skor 1	Guy Taş Skor 2	Guy Taş Skor 3-4	p
Clavyen 1	4	9	2	0.658
Clavyen 3	2	1	1	
Clavyen 4	0	1	0	
Total Komplikasyon	6 (%30)	11 (%55)	3 (%15)	

**YÖNTEM:** Kasım 2005 - Haziran 2016 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi uygulanan ve preoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi mevcut olan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Guy taş skoruna göre hastalar grup I (Guy taş skoru=1), grup II (Guy taş skoru=2) ve grup III (Guy taş skoru=3-4) olarak 3 gruba ayrıldı. Komplikasyonlar Clavien derecelendirilmesine göre sınıflandırıldı. 3 grup taşınma oranı, komplikasyonlar, hastanede yatış süresi ve operasyon süresi açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Her üç grubun ortalama yaşları, maksimum hounsfield üniteleri ve komorbiditeleri benzer özellikteydi (Tablo 1). Guy taş skoru arttıkça hastaların operasyon ve yatış sürelerinin uzadığı görüldü. Guy taş skoru arttıkça interkostal girişim oranının arttığı saptandı. Guy taş skoru düşük olan hastaların tam taşsızlık elde etme oranı istatistiksel anlamlı olarak daha fazlaydı (Tablo 2). Guy taş skorlaması ile komplikasyonlar açısından istatistiksel fark olmadığı görüldü. (Tablo 3)

**ÇIKARIMLAR:** Perkütan nefrolitotomi operasyonu öncesi guy taş skoru hesaplanması operasyon sonrası taşsızlık oranı ve komplikasyonlar ile ilgili bilgi vermesi konusunda faydalı bir skorlama sistemi olarak kullanılabilir.

deferens boyunca idrar reflüsü, idrar yolu enfeksiyonu, üriner obstrüksiyon, kalıcı üretral kateter, yetersiz immünolojik yanıt, yetersiz beslenme gibi faktörler suçlanmıştır. Bilgilerimize göre literatürde bildirilen bilateral olgu sayısı yalnızca ikidir. Biz, erektil disfonksiyon şikayetiyle başvuran, bilateral testiküler kitle nedeniyle bilateral orşiektomi sonrası bilateral testiküler ksantogranulomatöz orşit tanısı koyulan bir olguyu sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 54 yaşında erkek hasta 4 yıldır mevcut olan erektil disfonksiyon şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde testisler bilateral sert saptandı. Tam kan sayımı, rutin biyokimya, idrar tahlili, testis tümör belirteçleri normaldi. Hormon profili (FSH:36 ng/dl, LH:18 ng/dl, Total Testosteron:41,2 ng/dl) primer hipogonadizm ile uyumlu olarak saptandı. Skrotal renkli doppler ultrasonografide her iki testis parankimi belirgin heterojen görünümde olup izole solid-kistik lezyon izlenmedi. Çekilen alt abdomen manyetik rezonans görüntülemesinde sağ testis üst polde düzensiz sınırlı yaklaşık 28x29 mm düşük yoğunluklu kontrast tutan kitle lezyonu izlendi.

**BULGULAR:** Hastaya önce sağ radikal orşiektomi, takiplerinde sol testiste sertliğin devam etmesi ve hastada primer hipogonadizm olması nedeniyle sol radikal orşiektomi yapıldı. Patoloji sonucu bilateral ksantogranulomatöz orşit olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Testisin ksantogranulomatöz inflamasyonun bilinen spesifik bir semptomu, görüntüleme yönemi ve spesifik bir biyobelirteci yoktur. Hastalar genellikle ağrısız, sert skrotal kitle veya libido kaybı ile başvurmaktadır. Testis tümörü ile ayırıcı tanıda histopatolojik inceleme önemlidir. Olguların çoğu etkilenen organın kaybı ile sonuçlanmaktadır. Testiküler ksantogranulomatöz orşit klinik olarak testis tümörüyle karışabileceğinden kistik kitlelerde ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır.

P-79

## NADİR BİR OLGU SUNUMU: BİLATERAL KSANTOGRANÜLOMATÖZ ORŞİT

Ekrem Başaran,<sup>\*1</sup> Dursun Baba,<sup>1</sup> Alpaslan Yüksel,<sup>2</sup> Arda Taşkın Taşkiran,<sup>2</sup> Ali Tekin<sup>2</sup>

1. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Düzce

2. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Düzce

**AMAÇ:** Testisin ksantogranulomatöz inflamasyonu oldukça nadir görülen klinik olarak tümörle ayırımının çok zor olduğu, testis harabiyeti yaratan inflamatuvar bir hastalıktır. Testisin ksantogranulomatöz inflamasyonu etyolojisi henüz tam olarak bilinmemesine rağmen, diabetes mellitus, medulla spinal travmaları, duktus

P-80

## NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: MESANE İÇİNDE TAŞLAŞMIŞ GEÇ KURŞUN MİGRASYONU

Dursun Baba,<sup>1</sup> Ekrem Başaran,<sup>1</sup> Alpaslan Yüksel,<sup>2</sup> Ali Tekin<sup>2</sup>

1. S.B. Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Düzce  
2. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Düzce

**AMAÇ:** Tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu olan hastalarda anatomik ve fonksiyonel patolojiler ile mesane içi yabancı cisimler mutlaka akılda tutulmalıdır. İntravezikal yabancı cisim, özellikle rekürren üriner sistem enfeksiyonuna neden olan nadir görülen ürolojik sorundur. Mesane içi yabancı cisimler, kişinin yabancı cisimi seksüel veya iatrojenik sebeplerle üretradan mesaneye doğru itirmesiyle veya yabancı cismin komşu organlardan migrasyonu ile ortaya çıkmaktadır. Literatürde rahim içi araç, kalem, elektrik teli, toplu iğne ve ataç gibi mesane içi yabancı cisimler rapor edilmiştir. Mesane içi yabancı cisimlerin tanı ve tedavisinde; görüntüleme yöntemleri ve endoskopik uygulamalardaki gelişmelerle ilerleme kaydedilmiştir. Biz, ateşli silah yaralanmasından yıllar sonra kurşun çekirdeğinin mesane içine migrate olup, taş oluşumuna nüve şeklinde katkı sağladığı çok nadir bir olguyu sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kırk iki yaşında kadın hasta sık idrara çıkma, sıkışma, idrar yaparken yanma ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyon atakları ile kliniğimize başvurdu. Hikayesinde 30 yıl önce 12 yaşında iken ateşli silahla yaralandığı bu nedenle abdominopelvik operasyonlar geçirdiği, pelvik bölgede kemik yapıya saplanan kurşun çekirdeğinin alınmadığını belirtti. Hastanın fizik muayenesinde batında insizyon skarları haricinde patoloji saptanmadı. Hastanın biyokimyasal parametreleri normal olup, tam idrar tahlilinde bol

eritrosit, idrar kültüründe ise üreme olmadığı saptandı. Yapılan direkt üriner sistem grafisinde (DÜSG) kemik pelvis içinde 2x3 cm çapında hiperdens opasite izlendi (Resim 1A). Üriner sistem ultrasonografisinde de mesane içindeki 2x3 cm'lik taşın görüntüledi.

**BULGULAR:** Spinal anestezi altında sistoskopi uygulanarak, mesane içindeki 2x3 cm taşın pnömotik litotripsi uygulandı. Taşın çekirdeğinde 1,5 cm oldukça parlak sonradan kurşun olduğu anlaşılan yabancı cisim izlendi. Üretra dilate edildikten sonra kurşun nüve, basket kateter ile mesane dışına alındı (resim 1B). İşlem sonrası postoperatif birinci günde hasta sorunsuz taburcu edildi. Hastanın 1 ay sonraki kontrolünde idrar yakınmalarının ve pelvik ağrısının kaybolduğu, idrar mikroskopisinin normal ve kültürünün negatif olduğu belirlendi.

**ÇIKARIMLAR:** İntravezikal yabancı cisim, nadir görülen ürolojik sorun olması sebebiyle özellikle tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarında klinisyen tarafından mutlaka ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Yabancı cismin özellikleri göz önüne alınarak, komplike durumlar dışında endoskopik yaklaşım tedavide ilk seçenek olarak tercih edilmelidir.

P-81

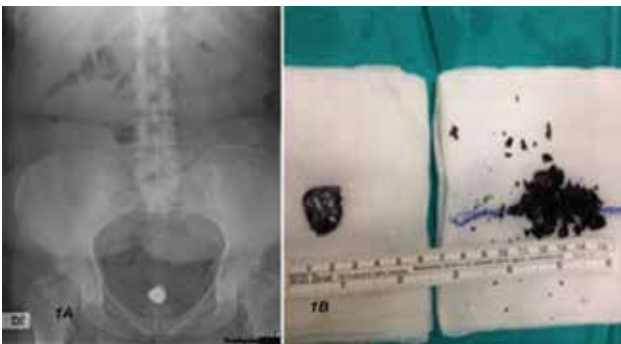
## BİLATERAL PROSTATİK ÜRETRAYA EKTOPIK AÇILIMLI ÜRETER VE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI: OLGU SUNUMU.

Berin Selçuk,<sup>1</sup> Uğur Aferin,<sup>1</sup> Oktay Özman,<sup>1</sup> Çetin Demirdağ,<sup>1</sup> Zübeyr Talat,<sup>1</sup> Nur Ahmet Erözenci<sup>1</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Çift toplayıcı sistem üst üriner sistemin en sık görülen sayısal anomalisidir ve sıklıkla sistemlerden birisinde ektopik açılımlı üreter mevcuttur. Ektopik üreter vakalarının yaklaşık %80'i komplet çift toplayıcı sistem ile ilişkilidir. Genellikle ektopik açılımlı üreterler eksternal üretral sfinkterin proksimaline açıldıkları için vakalar sıklıkla asemptomatiktir. Erkek vakalar oldukça nadirdir ve çoğunlukla ileri yaşlarda perioperatif olarak saptanırlar.

**YÖNTEM:** 21 yaş erkek hasta idrar yaparken zorlanma, yanma ve özellikle hareket halinde idrar kaçırma şikayeti ile başvurdu. Bir yıldır şikayetleri devam eden hastanın yapılan idrar tahlilinde piyüri mevcuttu. Serbest üroflovide tepe akım hızı 21,4 ml/sn saptandı. Postmiksiyonel rezidüel idrar



Şekil 1A. Hastanın operasyon öncesi direkt üriner sistem grafisi  
Şekil 1B. Çıkarılan kurşun nüve ve etrafını saran taşın litotripsi sonrası oluşan fragmanları

(PMR) miktarı 548 ml olarak saptandı. Üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrek üst kaliksiyel sistemde fokal kaliektazi, sol böbrek toplayıcı sisteminde grade 1 hidronefroz ve mesanede trabekülasyon artışı saptandı. Bilgisayarlı tomografi ürografide bilateral komplet çift toplayıcı sistem, bilateral üst toplayıcı sistem üreterlerinin prostatik üretraya ektopik olarak açıldığı saptanırken, bilateral alt toplayıcı sistem normal lokalizasyonda mesaneye açılmaktaydı. Hastanın yapılan ürodinamik incelemesinde detrusor aşırı aktivitesi ve mesane çıkım tıkanıklığı saptandı. Üretrosistoskopide veru montanum belirgin olduğu, bilateral üst toplayıcı sistem üreterlerinin ektopik olarak prostatik üretraya açıldığı, bilateral alt toplayıcı sistem orifisleri normal lokalizasyonda olduğu görüldü.

**BULGULAR:** Hastaya bilateral end-to-side üreteroüreterostomi operasyonu yapıldı. Postoperatif 2. günde üretral katateri, 3. günde de batın dreni alınan hasta 4. günde taburcu edildi. Operasyondan 4 hafta sonra bilateral jü üreteral kataterleri alındı. Hastanın idrar kaçırma ve idrar yaparken zorlanma şikayetleri tamamen gerilerken, PMR hissi şikayeti devam etmekteydi. Hastaya 6 hafta sonra yapılan serbest üroflowmetride tepe akım hızı: 32,7 ml/sn bladderscan ile yapılan PMR ölçümünde 20 cc rezidü idrar tespit edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Genç erkek hastalarda bilateral prostatik üretraya ektopik açılımlı üreterlere bağlı olarak ciddi alt üriner sistem semptomları görülebilir. Bilateral end-to-side üreteroüreterostomi bu semptomların giderilmesinde başarılı bir tedavi alternatifidir.

P-82

## SAĞ BÖBREKTE ÇİFT TOPLAYICI SİSTEM VE PROSTATİK ÜRETRAYA AÇILAN EKTOPIK ÜRETER

Ali Güneş,<sup>1</sup> Fatih Oğuz,<sup>1</sup> İbrahim Topçu,<sup>1</sup> Ali Beytur,<sup>1</sup> Mehmet Levent Akbulut<sup>1</sup>

1. DİĞER, Üroloji, Malatya

**AMAÇ:** Üriner sistem anomalileri bazen zor ve geç tanı konmasına bağlı olarak böbreğin kaybına neden olabildiklerinden dolayı önemli bir sağlık problemidir. Bunun nedeni genellikle asemptomatik olmaları ya da spesifik semptomlarının olmaması sonucu hastaların üroloji uzmanına geç başvurmalarıdır.

Üreteral duplikasyon aynı böbreği drene eden iki farklı

üreteral sistemin olmasıdır. Bu anomali embriyolojik dönemde iki farklı anatomik üreterin farklı yönlere dönmesi ile meydana gelmektedir. Duplike üreter anomalisinin insidansı %0,9 dur ve erkek:kadın oranı 1,6:1 dir. Daha çok unilateral görülür.

Weigert-Myer kuralına göre distal üreteral orifise açılan üreter üst toplayıcı sistemi, proksimale açılan üreter ise alt toplayıcı sistemi drene eder. Erkeklerde prostatik üretra en sık ektopik üreteral orifis lokalizasyonudur (%48). Kadın hastalarda ise en sık vajina (%30) a açılır. Erkekler üriner sistem enfeksiyonu ile presente olurlar.

Ektopik üreter ile drene olan renal sistem çoğu olguda tehlike altındır ve bu hastalarda tedavi böbrek rezervine göre planlanmaktadır.

Bizim vakamızda ise ektopik üreterin drene ettiği toplayıcı sistem dilate izlendi ancak böbrek rezervi normal olduğundan dolayı minimal invaziv yaklaşımlarla takip önerildi.

**BULGULAR:** Vaka sunumu

37 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı ile başvurmuş, çift üreter tespit edilmiş ve tarafımıza yönlendirilmiş. Hikayesinde herhangi bir üriner semptomu bulunmamaktadır. Laboratuvar değerlerinde anormallik saptanmadı.

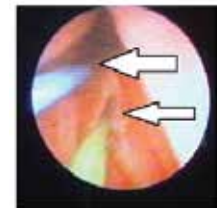
Hastanın USG da üst toplayıcı sistemin grade 3 dilate olduğu görüldü. BT sinde ureterovesikal bileşkeye kadar çift sistemin devam ettiği ve bir sistemin dilate olduğu görüldü. IVP sinde üst toplayıcı sisteme ait üreter izlenemedi.

Hastaya sistoskopi yapıldı, sağ böbreğin alt toplayıcı sistemine ait üreter orifisi mesane içerisinde olması gerektiği yerde izlendi, üst toplayıcı sistemi drene eden üreterin orifisinin ise prostatik üretraya açıldığı görüldü. Ayrıca bu üreterin alt ucunda darlık olduğu görüldü. 7 f Ureterorenoskopi ile girilerek böbreğe kadar çıkıldı ve sistem değerlendirildi.



Resim 1: Sağ böbreğin üst toplayıcı sistemindeki dilateasyon

Resim 2: Hastaya ait IVP görüntüsü. 7. Dk da alt toplayıcı sisteme ait üreter görünümünde. 20. Dk da da üst toplayıcı sistemindeki dilateasyon görülmektedir.



Resim 3: sistoskopi görüntüsü. Distaldeki ok normal olan üretere giden günde wiring, üstteki ok ise prostatik üretraya açılan ektopik üreter orifisi.



Resim 4: Retrograd pyelogram görüntüsü. Normal alt toplayıcı sistem ve dilate üst toplayıcı sistem.



Retrograt pyelografi çekildi ve sistemin dilate olduğu görüldü. Daha sonra hastaya 6 f 26 cm dj stent takıldı ve işleme son verildi.

Kontrolde geldiğinde hastanın dilatasyonunun gerilediği görüldü ve hasta takibe alındı. 3 ay sonrasında dj stenti çekildi.

**ÇIKARIMLAR:** Üriner sistem anomalileri geç semptom verebildiklerinden dolayı tehlikeli sonuçlar doğurabilecek anomalilerdir. Üreter duplikasyonu da geç tanı almasından dolayı bazı olgularda total nefrektomiye neden olabilecek bir üriner sistem anomalisidir.

Bu tip hastalarda böbrek rezervi iyi değerlendirilmeli ve buna yönelik olarak tedavi uygulanmalıdır. Bizim hastamıza böbrek rezervi iyi olduğundan ve daha önceden hastanın hayat kalitesini etkileyecek semptom vermediğinden dolayı takip önerildi.

Daha geç tanı alan hastalarda üreterektomi, üreteroneosistostomi, heminefektomi veya total nefrektomi yapılabilmektedir.

P-83

## ÜRETER TAŞLARINDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ VE ÜRETERORENOSKOPIK LAZER LİTOTRİPSİ VERİLERİ İLE BU VERİLERİN OPERASYON BAŞARISI VE DOUBLE J STENT TAKILMA ORANLARINA ETKİLERİ

Serdar Çelik,\*<sup>1</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Işıl Başara,<sup>2</sup> Özgür Gürboğa,<sup>1</sup> Ömer Demir,<sup>1</sup> Mustafa Seçil,<sup>2</sup> Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, İzmir

**AMAÇ:** Bu yazıda üreter taşlarının kontrastsız bilgisayarlı tomografideki (BT) taş özellikleri ile üreterorenoskopik (URS) lazer litotripsi verileri değerlendirilerek bu verilerin URS başarı oranı ile peroperatif double J stent (DJS) gerekliliğine etkileri prospektif olarak değerlendirildi.

**YÖNTEM:** BT tetkikinde soliter üreter taşı saptanan ve URS lazer litotripsi planlanan >18 yaş hastalar çalışmaya dahil edildi. Hasta özellikleri kayıt altına alındı. Taşların BT'deki koronal kesitinden 1 ölçüm ve aksiyal kesitinden de 2 ölçüm olmak üzere 3 farklı çap ölçümü, ortalama taş çapı, taşın volümü, maksimum hounsfield ünitesi (HUmaks), minimum

hounsfield ünitesi (HUmin), ortalama hounsfield ünitesi (HUort), maksimum ve minimum hounsfield üniteleri arasındaki fark (HUfark) ve hounsfield dansitesi (HD) radyolog tarafınca ölçüldü. Sonrasında hastalara URS yapıldı, 365 ve 550 mikron lazer probu ile 1,5 joule enerji, 8 hertz frekans ve 12 watt güç ile lazer litotripsi uygulandı. Hastalara uygulanan toplam lazer süresi, toplam enerji miktarı, URS süresi, taşın impakte olup olmaması, taşın obstrüksiyona neden olup olmaması ve URS sonrası DJS takılıp takılmaması kayıt altına alındı. Ayrıca tek seans URS'de taşsızlık sağlanması da operasyon başarısı olarak değerlendirildi. Öncelikle taşsızlık sağlanan ve sağlanamayan hastalar iki grupta sonrasında DJS takılan ve takılmayan hastalar da ayrıca iki grupta değerlendirildi. Mevcut veriler ikişerli gruplar arasında ayrı ayrı karşılaştırılarak değerlendirildi.

### BULGULAR

Toplam 77 hastanın 70'inde tek seansta taşsızlık sağlanmışken 7 hastada sağlanamamıştır. Ayrıca hastaların 53'üne DJS takılmışken, 24'üne takılmamıştır. Taşsızlık sağlanan ve sağlanmayan gruplar ile DJS takılan ve takılmayan gruplar arası hastaların genel özellikleri, ESWL öyküsü, taşın BT özellikleri, lokalizasyonu, URS lazer litotripsi özellikleri, lazer probu özellikleri ile DJS takılma oranları, URS başarı oranları ve impakte ya da obstrüksiyona neden olan taş oranları ile verilerin gruplar arası analiz sonuçları tablo 1 ve 2'de verilmiştir. Yapılan analizlerde yaş, taş lokalizasyonu ve ESWL öyküsünün tek seans URS başarısına etki ettiği ve lazer süresini uzattığı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Yaş, impakte ve obstrükte taş varlığının ise DJS takılma oranlarını arttırdığını ve bunun URS süresini uzattığı gözlenmiştir ( $p<0,05$ ). Diğer verilerde ise gruplar arası anlamlı ilişki saptanmamıştır.

### ÇIKARIMLAR

Sonuç olarak taş lokalizasyonunun ve ESWL öyküsünün URS başarısına, impakte ve obstrükte taş varlığının ise DJS takılma oranını, yaşın ise her ikisine de etkili faktörler olduğu saptanmıştır.

**Tablo 1:** URS lazer litotripsi uygulanan hastaların tek seansta taşsızlık sağlanan ve sağlanmayan gruplarda BT verileri ile lazer litotripsi verilerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi.

	Taşsızlık sağlanan (n=70)		Taşsızlık sağlanmayan (n=7)		P
	ortalama±sd		ortalama±sd		
Yaş (yıl)	46,5±13,2		56,2±12,5		0.045
BMI (kg/m2)	25,7±3		26,5±2,7		0.716
Taşın koronal çapı (mm)	11±3,5		8,8±2,8		0.211
Taşın uzun aksiyal çapı (mm)	10,8±3,7		12,7±4,9		0.484
Taşın kısa aksiyal çapı (mm)	6,9±2,4		6,9±2		0.677
Taşın ortalama çapı (mm)	8,7±2,8		9,4±3		0.3
Taşın volümü (mm3)	429±584		477,2±348,6		0.385
HUmaks (HU)	1102,7±272		1236,2±317,8		0.202
HUmin (HU)	773,9±244,3		945,7±366,9		0.276
HUort (HU)	938,3±236,9		1091±329,4		0.199
HUfark (HU)	328,7±207,1		290,6±192,8		0.559
HD (HU/mm)	108,9±37,9		112,3±51,8		0.958
Lazer süre (dk)	9,5±5,9		19,7±13		0.025
Lazer enerji (joule(J))	2474,7±2962,5		5204,4±6710,9		0.468
Enerji/süre (J/dk)	221,7±180,9		202,4±165,4		0.873
URS süre (dk)	23,8±10,7		37,4±20,7		0.08
Lazer probu	365	17	2	0.802	
	550	53	5		
Taşın lokalizasyonu	1/3 distal	43	1	0.016	
	2/3 proksimal	27	6		
DJS varlığı	Evet	46	7	0.062	
	Hayır	24	0		
ESWL öyküsü	Var	9	3	0.037	
	Yok	61	4		
Obstrüksiyon varlığı	Yok	17	1	0.566	
	Kısmi	22	3		
	Tam	9	2		
İmpakte taş varlığı	Yok	20	3	0.688	
	Kısmi	20	2		
	Tam	9	2		

**Tablo 2:** URS lazer litotripsi uygulanan hastalarda peroperatif DJS takılan ve takılmayan gruplarda BT verileri ile lazer litotripsi verilerin karşılaştırmalı değerlendirilmesi.

	DJS takılan (n=53)		DJS takılmayan (n=24)		P
		ortalama±sd		ortalama±sd	
Yaş (yıl)		50,3±12,9		41±12,4	0.004
BMI (kg/m2)		26±3,1		25,1±2,7	0.1
Taşın koronal çapı (mm)		11,3±3,7		10,2±4	0.098
Taşın uzun aksiyal çapı (mm)		8,6±3,1		7,9±3,1	0.113
Taşın kısa aksiyal çapı (mm)		6,9±2,1		6,9±2,9	0.412
Taşın ortalama çapı (mm)		8,9±2,8		8,3±2,9	0.185
Taşın volümü (mm3)		451±575,7		394,6±551,4	0.168
HUmaks (HU)		1085,7±296		1179,2±221,2	0.196
HUmin (HU)		777,8±280,2		815,5±209	0.353
HUort (HU)		931,7±268,4		997,4±192,7	0.196
HUfark (HU)		307,9±210,3		363,6±191,3	0.289
HD (HU/mm)		102,3±37,5		124,7±38,4	0.022
Lazer süre (dk)		11,2±7,6		8,7±6,6	0.109
Lazer enerji (joule(J))		2652,8±3294,4		2877,6±3945,4	0.817
Enerji/süre (J/dk)		202,9±170,6		257,8±193,6	0.312
URS süre (dk)		27,2±12,2		20,2±11,7	0.007
Lazer probu	365	14	5	0.599	
	550	39	19		
Taşın lokalizasyonu	1/3 distal	30	14	0.887	
	2/3 proksimal	23	10		
Tek seansta URS başarısı	Evet	46	24	0.062	
	Hayır	7	0		
ESWL öyküsü	Var	9	3	0.616	
	Yok	44	21		
Obstrüksiyon varlığı	Yok	6	12	<0,001	
	Kısmi	20	5		
	Tam	11	0		
İmpakte taş varlığı	Yok	9	13	0.001	
	kısmi	18	4		
	Tam	11	0		

P-84

## ÜRETER TAŞLARINDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİDEKİ TAŞ ÖLÇÜMLERİNİN ÜRETERORENOSKOPIK LAZER LİTOTRİPSİ UYGULAMALARINDAKİ SÜRE VE ENERJİ ORANLARINA ETKİLERİ

Serdar Çelik,<sup>1,1</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Işıl Başara,<sup>2</sup>  
Özgür Gürboğa,<sup>1</sup> Ömer Demir,<sup>1</sup> Mustafa Seçil,<sup>2</sup>  
Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, İzmir

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, İzmir

**AMAÇ:** Bu yazıda üreter taşlarının kontrastsız bilgisayarlı tomografideki (BT) taş özellikleri ile üreterorenoskopik (URS) lazer litotripsi verileri arasındaki ilişki değerlendirildi.

**YÖNTEM:** BT tetkikinde soliter üreter taşı saptanan ve URS lazer litotripsi planlanan >18 yaş hastalar çalışmaya dahil edildi. Taşların BT'deki koronal kesitinden 1 ölçüm ve aksiyal kesitinden de 2 ölçüm olmak üzere 3 farklı taş çapı ölçümü ve bu ölçümlerden ortalama taş çapı ile maksimum taş çapı verileri, taşın volümünü, maksimum hounsfield ünitesi (HUmaks), minimum hounsfield ünitesi (HUmin), ortalama hounsfield ünitesi (HUort), maksimum ve minimum hounsfield ünitesi arasındaki fark (HUFark) ve hounsfield dansitesi (HD) radyoloji uzmanı tarafından ölçüldü. Sonrasında hastalara URS yapıldı, 365 ve 550 mikron lazer probu ve 1,5 joule enerji, 8 hertz frekans ve 12 watt güç ile lazer litotripsi uygulandı. Hastalara uygulanan toplam lazer süresi, toplam enerji miktarı ve URS süresi kayıt altına alındı. Sonrasında BT verileri ile URS lazer verileri nonparametrik korelasyon analizi ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Toplam 77 hastanın 44'ünde 1/3 distal, 33'ü 2/3 proksimal taşı mevcuttu. 77 hastanın mevcut verileri üzerinden yapılan nonparametrik korelasyon analizinde toplam lazer süresi ile yaşın ( $R=0,291/p=0,01$ ), maksimum taş çapının ( $R=0,575/p<0,001$ ), ortalama taş çapının ( $R=0,490/p<0,001$ ), taş volümünün ( $R=0,295/p=0,009$ ), HUmaks ( $R=0,338/p=0,003$ ), HUmin ( $R=0,270/p=0,018$ ) ve HUort ( $R=0,330/p=0,03$ ) verilerinin pozitif korele, HD'nin ise ( $R=-0,329/p=0,003$ ) negatif korele olduğu gözlemlendi. Kullanılan enerji miktarı ile maksimum taş çapının ( $R=0,449/p<0,001$ ), ortalama taş çapının ( $R=0,366/p=0,001$ ) ve HUmaks ( $R=0,243/p=0,033$ ) verilerinin pozitif korele olduğu, HD'nin ise ( $R=-0,253/p=0,027$ )

negatif korele olduğu gözlemlendi. URS süresi ile yaşın ( $R=0,278/p=0,014$ ), maksimum taş çapının ( $R=0,489/p<0,001$ ), ortalama taş çapının ( $R=0,425/p<0,001$ ), taş volümünün ( $R=0,229/p=0,045$ ), HUmaks ( $R=0,228/p=0,0046$ ) ve HUort ( $R=0,230/p=0,044$ ) verilerinin pozitif korele olduğu, HD'nin ise ( $R=-0,349/p=0,002$ ) negatif korele olduğu saptandı. Enerji/süre değeri ile herhangi bir verinin korele olmadığı gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak URS lazer litotripsi uygulamalarında taşın BT'deki ölçüm özelliklerinin operasyon süreleri ve harcanan enerji oranları üzerinde etkili bir faktör olduğu bilinmelidir.

P-85

## TÜRKİYE'DE NADİR BİR PARAZİTİK ENFEKSİYON: MESANE YERLEŞİMLİ ŞİSTOZOMİAZİS

Fırat Akdeniz,<sup>1,1</sup> Çağlar Yıldız Akdeniz,<sup>2</sup>  
Ahmet Özgür Güçtaş,<sup>1</sup> Hüseyin Koçakgöl<sup>1</sup>

1. S.B. Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Trabzon

2. S.B. Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Trabzon

**AMAÇ:** Şistozomiazis dünyada yaklaşık 250 milyon insanı etkileyen, sistemik parazitik bir enfeksiyondür. Tüm üriner sistemde görülebilir ancak en sık yerleşim yeri mesanedir. Schistosoma haematobium'un neden olduğu üriner şistozomiazis; Afrika, Güney Amerika, Asya ve Ortadoğu bölgesindeki 75 ülkede görülmektedir.

**YÖNTEM:** Bu olgu sunumunda öğrenim durumu nedeni ile Trabzon'da bulunan Yemen vatandaşı bir hasta sunulmuştur.

**BULGULAR:** 24 yaşında Yemen uyruklu erkek hasta yaklaşık 6 ay önce başlayan ve aralıklı olarak devam eden, bazen pıhtılı olabilen, zaman zaman dizürinin eşlik ettiği makroskopik hematüri şikayeti ile Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünde taş düşürme veya üriner operasyon yoktu. Fizik Muayenede özellik saptanmadı. İdrar tetkikinde bol eritrosit ve proteinüri mevcuttu. Yapılan Batın Ultrasonografide; üst üriner sistem olağandı. Mesanede sağ ve sol duvarda, hareketle pozisyonu değişmeyen polipoid lezyonlar mevcuttu. Sistoskopisinde; mesane sağ ve sol yan duvar ile tavan bölgesinde, etrafında milimetrik nodüller bulunan, nodüler lezyonlar görüldü. Bu

alanların tamamı rezeke edilerek örneklendi.

Materyalin patolojik incelemesinde; lamina propria içerisinde yaygın, bazıları kalsifiye, schistosoma ile uyumlu parazit yumurtaları görüldü. Tanı; sistitis sistika ve squamoz metaplazi olarak raporlandı. Hasta tedavisinin düzenlenmesi için Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği ile konsülte edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Şistozomiazis, dünyada halk sağlığını tehdit eden malaryadan sonra, en sık görülen ikinci parazitozdur. İnsan vakalarının çoğundan, S. mansoni, S. japonicum, S. haematobium sorumludur. S. haematobium enfeksiyonu, üriner sistemde hematüri, dizüri, mesane duvar patolojisi ve hidronefroza yol açabilir. Bu enfeksiyon nedeni ile oluşan böbrek yetmezliğinden her yıl 150000 ölüm bildirilmektedir.

S. haematobium ara konağı tatlı su salyangozu, ana konağı insandır. Hastalık enfekte sularda insan vücuduna deri yoluyla girmesiyle başlar, 1-3 ayda gelişimini tamamlar ve portal dolaşıma katılır. Rektal ve inferior iliak ven yoluyla mesanenin venöz pleksusuna ulaşır.

Parazitin kesin tanısı idrar, dışkı ya da biopsi materyalinde Schistosoma yumurtalarının görülmesi ile konur.

Tedavide en etkili ilaç praziquantel (40 mg/kg tek doz, oral) olarak bilinmektedir.

P-86

## TAŞLI AMFİZEMATÖZ PYELONEFRİT TANILI HASTALARDA PCNL GÜVENİLİR YÖNTEM MİDİR?

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Asgar Garayev,<sup>1</sup> İlker Tinay,<sup>1</sup> Ferruh Şimşek<sup>1</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Taşlı amfizematöz piyelonefriti (EPN) olan hastalarda PCNL sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2012-2015 senesinde EPN' si ve böbrek taşı (Grup 1) olan hastasının PCNL hastanın verilerini retrospektif olarak değerlendirdik ve aynı dönemde elektif PCNL (Grup 2) uyguladığımız hastanın sonuçlarını kıyasladık. Tüm hastaların tanısı kontrastsız tomografide ölçülen hounsfield ünitesinin (HU) perirenal yağ dokusundan daha düşük ölçülmesi ile konuldu. Tedavinin ilk aşamasında tüm hastalara nefrostomi kateteri takıldı ve parenteral antibiyotik

tedavisi verildi. İkinci aşamada ise idrar kültürü steril olduktan ve kontrol tomografi görüntülemesinde tam -tama yakını (sınırlı alanda varlığı olduğu) görüldükten sonra PCNL uygulandı. Mann-Whitney U test, chi-square test, Fisher's exact test kullanıldı ve p<0, 05 anlamı kabul edildi.

**BULGULAR:** Toplam EPN' si ve böbrek taşı olan 12 hasta ile elektif PCNL uygulanan 111 hasta çalışmaya alındı. Huang sınıflamasına göre evre 1 (n=7), evre 2 (n=4), ve evre 4 (n=1). PCNL sonrası iki grup arasında postoperatif nefrostomi çekilme

Tablo 1. Hastaların demografik bilgileri.

Parametre	Grup 1 (EPN taşlı hastalar) (n=12)	Grup 2 (Elektif PCNL planlanan hastalar) (n=111)	P değeri
Yaş (yıl)	45.9±14.2	43±16	0,8
Cinsiyet (E/K) (n)	9/3	80/31	
Taraf (Sağ/Sol/Bilateral) (n)	9/2/1	55/55/1	
Taş sayısı (Tek/Multiple) (n)	5/7	28/83	
Staghorn taş varlığı (n)	4	38	
HU değeri (minimum)	-481±296(max -157, min -678)	-157±54(max -69, min -210)	0,0001*
Komorbidite			
Diabetes Mellitus (n)	11	3	
None (n)	1	108	
Preoperative idrar kültürü pozitifliği (n)	8	24	0,008*
SIRS (n)	6	6	0,0001*
Sepsisemi	0	1	0,7
Taş kültürü pozitifliği (n)	9	16	0,0001*
Postoperative idrar kültürü pozitifliği (n)	5	13	0,02*
Tayıpık oranı (n)	12	84	0,09
Residual taş (Tek/Multiple) (n)	0	14/13	
Perikutan giriş yeri			
Üst pol	6	48	0,4
Orta	2	26	0,9
Alt pol	3	33	0,2
Büden fazi	1	4	0,2
Nefrostomi çekilme günü (gün)	2,3±0,8	2,4±2,2	0,9
Ortalama hastaneden yatış süresi (gün)	8,8±3,7	3,9±3	0,0001*

Tablo 2: Modifiye Clavien sınıflamasına göre komplikasyon oranları

Parametre	Grup 1 (EPN taşlı hastalar) (n=12)	Grup 2 (Elektif PCNL planlanan hastalar) (n=111)	P değeri
Grade 1			
Geçici ateş	0	8	0,8
Geçici plevral efüzyon/atelektazi	0	2	0,6
Geçici kreatinin düzeyinde yükselme	1	12	0,8
Grade 2			
Nefrostomi kanarından idrar kaçağı	0	1	0,7
Kan replevmanı	0	10	0,2
Pnömoni	0	9	
SIRS	0	6	0,0001*
Grade 3a			
İdrar kaçağından dolayı postoperatif EÜ taburcu	2	15	0,4
Pnömi/Hidrotoraks	0	5	0,8
Selektif renal anjiyembolizasyon	0	1	0,7
Grade 3b			
	0	9	
Grade 4a			
	0	9	
Grade 4b (sepsis/pulmonary emboli)			
	0	1	0,7
Grade 5			
	0	9	

zamanı açısından fark saptanmazken ( $2,3\pm 0,8$  vs  $2,4\pm 2,2$ ;  $p=0,9$ ), preoperatife çekilen kontrastsız batin tomografisinde HU değeri ( $-481\pm 296$ HU vs  $-157\pm 54$ ,  $p=0.0001$ ), preoperative idrar kültürü pozitifliği (8 vs 24;  $p=0,008$ ), postoperatif erken dönemde idrar kültürü pozitifliği açısından (5 vs 13;  $p=0,02$ ), gözlenen SIRS oranları (6 vs 6;  $p=0,0001$ ), yatış süreleri ( $8,8\pm 3,7$  vs  $3,9\pm 3$ ;  $p=0,001$ ) açısından gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptandı. Taş kültüründe üreme olma durumu (9 vs. 16;  $p=0.0001$ ) istatistiksel anlamlı fark saptandı (Tablo 1). Taş kültüründe en sık izole edilen mikroorganizmalar Grup 1 için E.Coli 1, C.Parapsilosis+E.Faecalis 1, A.Ursingii 1, S.maltophilia 1, E.Cloake 1, C.Parapsilosis 1, PAeroginosa 2, E.Faecalis 1 (n=9); ikinci grup için ise E.coli 4, K.Pneumonia 2, Pmirabilis 1, E.Faecalis 2, C.Parapsilosis 1, E.Faecalis+ K.Pneumonia 1, E.Faecalis+ K.Pneumonia 1, E.coli+ E.Faecalis 1, MSSA 2, S.Agalictae 1, kontamine 3 (n=16) olarak saptandı. Üst kaliksin giriş olarak tercih edilmesi açısından ve postoperative taşsızlık oranı açısından her iki grup arasında fark saptanmadı. Modifiye Clavien sınıflamasına göre sadece SIRS gelişmesi açısından gruplar arası istatistiksel fark izlendi ( $p=0,0001$ ) (Tablo 2).

**ÇIKARIMLAR:** Amfizematöz piyelonefrit olan böbrek taşı hastalarında üriner sistem drenajı sonrası uygun antibiyotik tedavisi çoğunlukla tomografik bulgularda tam - tama yakını düzelmeye sağlar. Bu hasta grubuna uygulanan PCNL cerrahisi komplikasyonlar ve başarı açısından standart hasta grubundan bir fark göstermemektedir.

P-87

## AMFİZEMATÖZ PYELONEFRİTTEN HALA KORKMALI MIYIZ?

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Asgar Garayev,<sup>1</sup> İlker Tinay,<sup>1</sup> Ferruh Şimşek<sup>1</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Amfizematöz pyelonefrit (EPN) tanılı hastalarda klinik yaklaşımımızı ve sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 2012-2015 yılları arasında kliniğimizde amfizematöz pyelonefrit tanısı olanlar retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastaların tanısı kontrastsız tomografide ölçülen hounsfield ünitesinin

(HU) perirenal yağ dokusundan daha düşük ölçülmesi ile konuldu. Hastalara medikal tedavi, minimal invaziv tedavi ve cerrahi yöntemlerden en az biri uygulandı. **BULGULAR:** Çalışmaya toplam 13 erkek, 10 kadın EPN tanılı hasta alındı. Ortalama yaş  $48\pm 13$  (27-72) olarak saptandı. Komorbiditeler diyabetes mellitus (n=8), alkol bağımlılığı (n=1), gebe (n=1) olarak saptanırken, 22 hastada nefrolithiasis tespit edildi. Tomografi kesitlerinde şüpheli lezyonların minimum yoğunluğu  $-543\pm 286$ (max -161/ min -978) HU olarak saptandı. Huang sınıflamasına göre evre 1 (n=11), evre 2 (n=6), evre 3a (n=2); evre 3b (n=1) ve evre 4 (n=3) olmak üzere 21 hastada unilateral, 2 hastada bilateral EPN saptandı. EPN tanısı alan 20 hastaya tanı sonrası nefrostomi takıldı. Nefrostomi takılmayan hastaların birine retrograd üreteral J stent takıldı, diğer iki hastadan birine tüberküloza bağlı EPN saptandığı için ve diğer hastada amfizemle beraber

Tablo 1. Hastaların demografik bilgileri.

Parametre	Değerler
Yaş (yıl)	48±13 (27-72)
Cinsiyet (E/K) (n)	13/10
Taraf (Sağ/Sol/Bilateral) (n)	12/9/2
Taşı böbrek (n)	22
Taş boyutu (mm)	27±11(10-54)
HU değeri (minimum)	-543± 286(max -161/ min -978)
Komorbidite	
Diabetes Mellitus (n)	9
None (n)	14
Preoperative idrar kültürü pozitifliği (n)	14
SIRS (n)	13
Septisemi	1
Postoperative idrar kültürü pozitifliği (n)	5
Nefrostomi çekilme günü (gün)	2,3±0,8
Ortalama hastaneden yatış süresi (gün)	8,8±3,7

Tablo 2. Opaksız batin tomografisinde saptanan EPN tipleri ve tedavi şeması.

Parametre	Değerler
Huang sınıflamasına göre saptanan EPN tipleri	
Evre 1	11
Evre 2	6
Evre 3a	2
Evre 3b	1
Evre 4	3
Tedavi şekli	
PCNL	12
Nefrektomi	3
URS	1
Medikal tedavi veya ESL	7

cilde fistüliye olan perirenal apseden dolayı drenaj takılmadı. İki hasta takipte evre 4' e ilerlediği için acil nefrektomi, bir hastada renal fonksiyonları bozuk ve tüberküloz tanısı olduğu için nefrektomi yapıldı. Nefrostomi sonrası ampirik parenteral antibiyotik tedavisi verilen ve idrar kültürü steril olan hastalardan böbrek taşı olan 12 hastaya antibiyotik baskısı altında perkütan nefrolitotomi (PCNL) uygulandı. Proksimal üreter taşına bağlı DM bir hastada ise nefrostomi takılıp uygun antibiyoterapi sonrası üreteroskopik yöntemle taşı tedavi edildi. İdrar kültürü steril olan 2 hastaya ekstrakorporeal şok dalgası tedavisi (ESL) uygulandı. Taşsız EPN tanılı (n=1) hasta parenteral antibiyotik tedavisi sonrası tam iyileşme gösterdi ve nefrostomi kateterleri çekildi. İlk başvuruda 13 hastanın SIRS tablosu olduğu saptandı. İlk tedavideki ortalama yatış süresi  $8,8 \pm 3,8$  gün olarak hesaplandı (Tablo 1 ve 2). Nefrostomiden alınan idrar kültüründe en sık izole edilebilen mikroorganizmalar diyabetik hastalar için E.Coli (n=3) ve non-diyabetik hastalar için ise E.coli (n=6), PAeriginosa (n=2) ve PMirabilis (n=1) olarak rapor edildi. Enfeksiyon hastalıklarının önerisi ile hastalara parenteral antibiyotik tedavisi ertapenem, imipenem, meropenem ve seftriakson grubu antibiotiklerle uygulandı. Çalışma grubunda mortalite izlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Yakın takip ve erken tedavi gerektiren EPN yüksek mortalite ve morbiditeyle seyreden bir durumdur. Özellikle üriner sistem taş hastalarında tahmin edilenden daha sık saptanabilir. Günümüzde EPN' nin tedavisinde nefrektomi ilk seçenek değildir. Multidisipliner bir yaklaşımla hastalara üriner sistem için drenaj sağlandıktan ve parenteral antibiyotik tedavisi uygulandıktan sonra uygulanacak minimal invaziv cerrahilerle başarı sağlanabilir.

P-88

## GLANS PENİSTE LİKEN PLANUS : OLGU SUNUMU

Buğra Doğukan Törer,<sup>1</sup> Murat Gül,<sup>2</sup> İbrahim Aras,<sup>3</sup> Remzi Erten<sup>3</sup>

1. S.B. Özalp Devlet Hastanesi, Üroloji, Van

2. S.B. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van

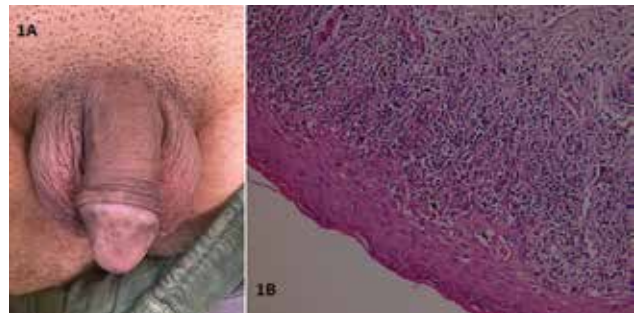
3. Yüzüncüyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Van

**AMAÇ:** Liken planus deri, deri ekleri ve mukozaların tutulduğu benign seyirli kaşıntılı inflamatuvar bir dermatozdur. Liken planusun görülme sıklığının genel toplumda %1'den az olduğu tahmin edilmektedir. Liken planusun yalnız glans peniste görülmesi nadirdir. Polikliniğimize başvuran ve ilk bakışta klinik görünümü öncelikle liken planusu düşündürmeyen ancak histopatolojik bulguları liken planus olarak değerlendirilen bir olgu sunulmuştur.

**YÖNTEM:** 56 yaşında erkek hasta 3 aydır glans peniste geçmeyen yara şikayeti ile başvurdu. Glans penis ve subkoronal bölgede yerleşmiş yaklaşık 1 cm çaplı, eritematöz lezyonu mevcut olan (Resim 1) hastanın gövdesinde, oral mukoza ve tırnaklar da dahil olmak üzere başka lezyon eşlik etmiyordu. Liken planus tanısı histolojik olarak konulan (Resim 2) hastaya topikal steroid başlandı ve 4 hafta sonra eritemde belirgin gerileme saptandı.

**BULGULAR:** Resim 1A: Glans penis ve subkoronal bölgede yerleşmiş yaklaşık 1 cm çaplı, eritematöz lezyon Resim 1B: Histopatolojik kesitlerde hipergranüloz, irregüler akantoz, epidermiste nekrotik keratinositler ve lenfosit ekzositozları, bazal tabakada harabiyet ve yer yer vakuolar dejenerasyon izlendi. Üst dermiste melanin inkontinansı ve melanofajlarla birlikte bant tarzında lenfositik inflamasyon izlendi. (Hematoksilen x400)

**ÇIKARIMLAR:** Liken planusun farklı klinik ve morfolojik görünümünde karşımıza çıkabilmektedir. Tedavi ile prognoz yönünden diğer hastalıklar ile büyük farklılıkları olduğundan bu tür olgularda liken planusun akla getirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.



P-89

## İNTERNET ÜZERİNDE ERKEN BOŞALMA İLE İLGİLİ WEBSİTELERİN İÇERİK VE KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ERKEKLER NEYE MARUZ KALİYOR ?

Murat Gül,<sup>1</sup> Mehmet Kaynar<sup>2</sup>

1. S.B. Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van  
2. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Konya

**AMAÇ:** Prematür ejakülasyon erkeklerde en sık görülen seksüel bozukluklardan birisidir. Ancak bu grup hastaların az bir kısmı profesyonel yardım veya tavsiye talep etmektedir. Günümüzde internet oldukça önemli bir bilgi kaynağı haline gelmiş olup, sağlık amaçlı bir çok insan internetten faydalanmaktadır. Ancak bu bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği tartışmalıdır. Bu nedenle bu çalışmamızda internet üzerinde prematür ejakülasyon ile ilgili sitelerin içerik ve kalitesini değerlendirmek üzere bu çalışmayı planladık.

**YÖNTEM:** Bu nedenle en çok kullanılan üç arama motoruna (Google, Bing ve Yahoo) 'premature ejaculation' kelime grubu yazılmış olup aynı sonuçlar elendikten sonra ilk 50 websitesi daha önceden belirlenmiş skorlamalara (Sandvik genel ve durum spesifik skorlama sistemi ve spesifik içerik kalite değerlendirme sistemi) göre genel kalite, durum-spesifik içerik kalite, popülerite indeksi (Google Page Rank) ve sahiplik açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Değerlendirilen websiteleri kalite ve sahiplik açısından oldukça farklılık gösterdi. Sadece bir kaç adet websitenin prematür ejakülasyon ile ilgili geniş kapsamlı medikal bilgiyi verdiği görüldü. (Tablo 1)

**ÇIKARIMLAR:** Prematür ejakülasyon ile ilgili online veriler oldukça geniş bir yelpazededir bu nedenle bu şikayet nedeniyle internetten bilgi sahibi olmak

**Tablo 1:** Websitelerin Sahiplik, genel kalite, durum-spesifik kalite ve total kalitenin durumu

Ownership type	General quality	Condition-specific quality	Total quality
Educational (n = 1)	7	12	19
Media (n = 8)	9.25 (7-12)	10.12 (1-22)	19.37
Retail (n = 12)	5.08 (3-8)	8 (2-15)	13.08
US Healthcare provider (n = 5)	6.8 (5-8)	10.2 (6-18)	17
Other healthcare providers (AU, CA, UK) (n = 3)	7.33 (6-8)	6.33 (5-8)	13.66
Web provider (n = 23)	8.04 (5-13)	11.21 (1-28)	19.25
Government (n = 3)	9.33 (6-12)	12.33 (10-15)	21.66
Personal/Blog (n = 3)	7.66 (7-9)	9.33 (2-17)	17
Professional body (n = 4)	8 (5-10)	16.25 (10-22)	24.25
Charity (n = 1)	6	18	24
Total (n = 63)			

AU, Australia; CA, Canada; UK, United Kingdom.

isteyen erkekler oldukça değişken kalitede bilgilere maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle hem sağlık profesyonellerinin hem de website sahiplerinin bu grup hastalar için daha iyi bir kaynak oluşturmaları gerekmektedir.

P-90

## GREENLIGHT XPS 180W VE GREENLIGHT HPS 120W SİSTEMLERİNİN PROSPEKTİF, NON-RANDOMİZE TEK MERKEZLİ KISA DÖNEM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Alper Eken,<sup>1</sup> Bülent Soyupak,<sup>2</sup> Meltem Acil,<sup>3</sup>  
Taner Arpacı,<sup>4</sup> Tugana Akbas<sup>4</sup>

1. Özel Acibadem Hast, Üroloji, Adana

2. Özel Acibadem Hastanesi, Üroloji, Adana

3. Özel Acibadem Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Adana

4. Özel Acibadem Adana Hastanesi, Radyoloji, Adana

**AMAÇ:** Prospektif, non-randomize tek merkezli çalışmamızda benign prostat hiperplazi (BPH) tedavisinde Greenlight XPS 180W ve Greenlight HPS 120W sistemlerinin kısa dönem sonuçlarının güvenlik ve etkinliğini karşılaştırdık.

**YÖNTEM:** Çalışmaya, Mayıs 2012 - Haziran 2013 arasında alt üriner sistem semptomları ile hastaneye başvuran ve yakınmalarının BPH'ne sekonder olduğu tespit edilen 161 hasta dahil edildi. Tedavinin güvenliği ve etkinliği GL-XPS sistemi ile tedavi edilen 73 hasta, GL-HPS sistemi ile tedavi edilen 88 hastanın ile karşılaştırılması ile yapıldı. Perioperatif değişkenler: Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), yaşam kalitesi (YK), ve maksimum akım hızı (Qmax) başlangıçta, postoperatif 1. ve postoperatif 6. aylarda kaydedildi. Serum prostat spesifik antijen (PSA) operasyon öncesi değerlendirildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş GL-HPS grubunda 70.2 yıl ve GL-XPS grubunda 68,6 yıl idi. Prostat hacmi sırasıyla 62.3 mL ve 61.3 ml idi. Başlangıç değerlerine göre tüm değişkenlerde postoperatif anlamlı gelişme saptandı. Gruplar arasında IPSS ve yaşam kalitesi değişiminde farklılık saptanmadı. Ancak, operasyon ve postoperatif kateterizasyon süreleri GL-XPS sistemi ile yapılan grupta daha kısa idi. Komplikasyon oranının iki grupta benzer olduğu görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Her iki sistemde, BPH'a bağlı obstruksiyonun giderilmesinde güvenli ve etkin doku buharlaştırılması ile belirgin klinik rahatlama sağlamaktadır. GL-XPS sistemi daha etkin buharlaşma sağlaması nedeni ile daha kısa operasyon ve hastanede yatış süresi sunmaktadır.



P-91

## DÜŞÜK DOZ İYONİZAN RADYASYON MARUZİYETİ SONRASI TESTİS DOKUSUNDA OLUŞAN OKSİDAN HASARA KARŞI RESVERATROL TEDAVİSİNİN OLASI KORUYUCU ETKİLERİ

Beste Melek Atasoy,<sup>1</sup> Tarık Emre Şener,<sup>1,2</sup> Özge Çevik,<sup>3</sup> Büşra Ertaş,<sup>4</sup> Özlem Tuğçe Kaya,<sup>5</sup> Şule Çetinel,<sup>5</sup> Ayşe Dağlı Değerli,<sup>6</sup> İlker Tinay,<sup>2</sup> Ferruh Şimşek,<sup>2</sup> Cem Akbal,<sup>2</sup> Göksel Şener<sup>4</sup>

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

3. Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Sivas

4. Marmara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul

5. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji & Embriyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

6. Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Radyasyon Onkolojisi Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Testis bilinen en radyosensitif organlardan biridir. Klinikte özellikle pelvik bölge ışınlamaları sırasında testisin aldığı ve oksidan hasar için yeterli olabilecek "saçılma dozu" spermatogenez üzerinde olumsuz etki gösterebilmektedir. Bu durum özellikle fertil dönemde radyoterapi görmüş hastalarda geç yan etkiler adına yaşam kalitesini etkileyebilir. Resveratrol antikanserojen, antioksidan ve sirtuin1 (Sirt-1) aktivatörü özellikleri bilinen önemli bir flavanoiddir. Bu çalışmada pelvik bölgeye iyonizan radyasyon uygulanan sıçanlarda testis dokusunda gelişen oksidan hasara karşı resveratrol uygulamasının olası koruyucu etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmamızda model olarak klinikte organa sınırlı prostat kanserinin küratif radyoterapisi sırasında uygulanan prostat ışınlaması esas alınmıştır. Sprague Dawley sıçanlara anestezi altında üç boyutlu planlama sisteminde tedavi planlaması yapıldı ve prostat bölgesine 20 Gy iyonizan radyasyon uygulandı. Gruplar; kontrol, erken (1 hafta) ve geç (10 hafta) radyasyon, ve resveratrol tedavili erken ve geç radyasyon grupları olarak belirlendi. Resveratrol 10 mg/kg oral olarak uygulandı. Deney sonunda dekapite edilen hayvanların alınan testis dokularında oksidan hasarın göstergeleri olarak malondialdehit (MDA), glutatyon (GSH), 8-hidroksiguanosin (8-OH-dG) düzeyleri, myeloperoksidaz (MPO), superoksid dismutaz (SOD), ve katalaz-3 aktiviteleri tayin edildi.

Dokularda ayrıca kaspaz-3 ve sirtuin-1 protein ekspresyonu western blot yöntemi ile değerlendirildi ve histolojik inceleme yapıldı.

**BULGULAR:** Bulgularımız düşük doz radyasyona maruz kalan testis dokusunda MDA, 8-OH-dG düzeylerinde ve MPO ve kaspaz-3 aktivitelerinde anlamlı artış ( $p<0.001$ ) buna karşılık antioksidan SOD ve GSH değerlerinde anlamlı azalma olduğunu gösterdi. Radyasyon uygulaması ayrıca bu dokuda kaspaz-3 ve sirtuin protein ekspresyonunu azalttı. Resveratrol uygulanan tedavili gruplarda bu parametrelerde istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0.05-0.001$ ) geri dönüş olduğu belirlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda araştırılan resveratrol, düşük doz radyasyon maruziyeti sonrası testiste oluşan oksidan hasara karşı antioksidan ve sirtuin aktivatörü etki göstermiştir. Bu sonuç, resveratrolün pelvik bölge ışınlamaları sonrası uzun dönemde görülebilecek genomik insitabilite ve infertilitede azaltma üzerine gelecekte klinikte yer bulabilmesi adına çalışılma konusu olabileceğini göstermektedir.

P-92

## RATLARDA SİSPLATİN KAYNAKLI TESTİS DOKUSU HASARINI VE SEMEN PARAMETRELERİNE OLAN ETKİLERİNİ GİDERMEDE QUERCETİN KULLANIMININ ARAŞTIRILMASI

Mustafa Aldemir,<sup>1,1</sup> Emrah Okulu,<sup>1</sup> Kemal Kösemehmetoğlu,<sup>2</sup> Kemal Ener,<sup>1</sup> Ferda Topal,<sup>3</sup> Oya Evirgen,<sup>3</sup> Ebru Gürleyik,<sup>4</sup> Aslıhan Avcı<sup>4</sup>

1) S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

2) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

3) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Ankara

4) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı, sisplatin kullanımına bağlı olarak testis dokusunda ve semen parametrelerinde oluşan hasarın ve bunları gidermede antioksidan olan quercetin'in etkisinin araştırılmasıdır.

**YÖNTEM:** Wistar Albino cins 20 haftalık 40 erkek rat 5 gruba ayrıldı.

Grup 1, kontrol grubu. Grup 2, intraperitoneal tek doz sisplatin (7 mg/kg). Grup 3, 10 gün süresince oral quercetin uygulanması (50 mg/kg/gün). Grup 4, önce

tek doz sisplatin uygulanması sonrasında 10 gün quercetin verilmesi. Grup 5, önce 10 gün quercetin uygulanması sonrasında tek doz sisplatin verilmesi. Çalışmanın sonunda, testis dokusu rutin hematoxylin & eosin ile boyandı ve ışık mikroskop ile morfolojik değişiklikler değerlendirildi. Testis dokusunda tubuler atrofi, germ hücre dejenerasyonu, nekroz, seminifer tubül değişiklikleri, intestinal ödem araştırıldı. Epididimden elde edilen spermiler Makler kamera kullanılarak hareket ve sayı yönünden değerlendirildi. Spermac ile boyanan spermelerde morfolojik anomali olup olmadığına ışık mikroskopla bakıldı.

**BULGULAR:** Histopatolojik olarak quercetin'in testis dokusunda patolojik değişiklik yapmadığı görüldü. Sisplatin alan grupta testis dokusunda interstisyumda ödem, germ hücre azalması ve bozukluğu saptandı. Quercetin'in sisplatin'den önce kullanımının (Grup 5) bu etkileri hafiflettiği görüldü (Şekil 1). Germ hücre tabakası kalınlığı açısından bakıldığında Grup 5 de en az hasar olduğu saptandı. Sisplatin'in sperm sayısı, hareketi ve morfolojisi üzerindeki hasarı azaltmada quercetin'in önce kullanımının (Grup 5) anlamlı etkili olduğu tespit edildi (Tablo 1).

**ÇIKARIMLAR:** Sisplatin kullanımı sonucu testis dokusunda ve semen parametrelerinde istenmeyen değişikliklerin olduğu histopatolojik olarak tespit edilmiştir. Antioksidan etkisi bulunan quercetin'in sisplatin'den önce kullanımının hem testis dokusunda hem de semen parametrelerinde bu etkileri geriye döndürdüğü görülmüştür.

P-93

## RENAL KİTLELERDE LAPAROSKOPİK NEFRON KORUYUCU CERRAHİ

Süleyman Öner,<sup>1</sup> Ender Özden,<sup>1</sup> Murat Gülşen,<sup>1</sup> Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Ali Faik Yılmaz,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Kliniğimizde uygulanan laparoskopik parsiyel nefrektomi verilerini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kasım 2009 Temmuz 2016 tarihleri arasında böbrek tümörü ön tanısıyla 246 hastaya laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulandı. Ortalama yaşı 55,8 ± 13,5 (10-86) yıl olan hastaların 142'si erkek, 104'ü kadındı. Olguların ortalama PADUA skoru 7.3 ± 1,4 (4-13) idi. 210 olguda transperitoneal, 36 olguda ise retroperitoneal yaklaşım uygulandı. Ortalama tümör çapı 34,1 ± 13,7(572) mm idi.

Olguların 30 tanesinde renal arter klemplenmedi. İlk 3 hastaya, preoperatif DJ stent takıldı. Hastaların eGFR değerleri MDRD formülüne göre hesaplandı.

**BULGULAR:** Hastaların demografik ve operatif verileri Tablo 1'de gösterildi. Ortalama cerrahi süre 103 ± 34,8 (40-200) dakika, iskemik yapılan grupta ortalama sıcak iskemi süresi 14,9 ± 5 (430) dakika idi. 5 hastada kan transfüzyon ihtiyacı oldu. Üç hastada cerrahi sınırlar kanama ve inflame perinefritik yağ dokusu nedeniyle net değerlendirilemediği için elektif şartlarda açığa geçildi. 7 olguda hematüri, 2 olguda pulmoner emboli, 3 olguda psödoanevrizma, 3 olguda idrar ekstravazasyonu, 1 olguda deliryum gözlemlendi. Ortalama yatış süresi 3 ± 1,3 (212) gün idi. Histopatolojik inceleme 190 hastada renal hücreli karsinom, 2 çocuk hastada metanefrik adenom, 1 hastada düşük malignite potansiyelli multilokuler kistik seffah hücreli renal neoplazi, 16 hastada anjiomyolipom, 18 hastada onkositom ve kalan 19 hastada benign kitleler olarak raporlandı. 2 hastada cerrahi sınır pozitif idi. Ortanca takip süresi 30 (180) ay idi. Ortalama preoperatif eGFR 94,9 ± 27,6 ml/dk, ortalama postoperatif 1.aydaki eGFR değeri 84± 26,5 ml/dk olarak hesaplandı. Bir hastada, eş zamanlı akciğer metastazı mevcuttu. Takiplerinde 4 hastada nüks, 1 hastada kranial metastaz izlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Seçilmiş olgularda laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenli ve etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

**Tablo 1:** Hastaların demografik ve operatif verileri

	N(246)
Yaş (yıl)	55,8 ± 13,5 (10-86)
Cinsiyet (E/K)	142/104
Tümör boyutu (mm)	34,1 ± 13,7 (572)
PADUA skoru	7.3 ± 1,4 (4-13)
Transperitoneal / Retroperitoneal	210/36
Operasyon süresi (dk)	103 ± 34,8
Kan kaybı ortanca (ml)	140 (50-600)
İskemik / noniskemik	216/30
Sıcak iskemi süresi (dk)	14,9 ± 5
Komplikasyon Clavien III	4 (%1,6)
Komplikasyon Clavien I-II	12 (%4,8)
Yatış süresi (gün)	3 ± 1,3
Takip (ortanca) (ay)	30 (180)
Preoperatif eGFR (ml/dk)	94,9 ± 27,6
Postoperatif eGFR (ml/dk)	84± 26,5
Nüks	4 (%1,6)
Metastaz	2 (%0,8)
Cerrahi sınır pozitifliği	2(%0,8)

P-94

## BİR OLGUDA ETYOLOJİSİ BİLİNMEYEN SKROTAL ELEFANTİYAZİSİN CERRAHİ TEDAVİSİ

Sagfettin Kaya,<sup>1</sup> Ahmet Harun Şimşek<sup>2</sup>

1. Özel Medstar Antalya Hastanesi, Üroloji, Antalya

2. Özel Medstar Antalya Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Antalya

**AMAÇ:** Ülkemizde sık görülmeyen idiyopatik penoskrotal elefantiyazis olgusu ve cerrahi sonucu sunulacaktır.

**YÖNTEM:** 56 yaşında hasta 4 yıldır penis ve bilateral skrotumda artarak devam eden şişliğe bağlı skrotal lenfore, görüntüye bağlı cinsel ilişkiden kaçınma, uyluk iç yüzünde erizipel ,koku ve yanma tarzında rahatsızlık ile başvurdu. Birçok oral ve topikal tedavi seçenekleri denenmiş, orşiektomi korkusundan cerrahi tedaviden kaçınmıştı. Olgunun endemik bölgelere seyahat, malignite, sistemik ve genital infeksiyon ve radyoterapi anemnezi yoktu. Hipertansiyon ve tip 2 diyabetes mellitus nedeniyle tekli antihipertansif ve oral antidiyabetik alıyordu. Fizik muayenede obesite morbid düzeyde değildi, skrotum 20x20x20 cm ebadında top büyüklüğünde cildi gergin ve fikse lenfödem görünümde idi. Testisler palpe edilemiyor , penis şaftı ve glans izlenmiyordu. Uyluk iç yüzlerindeki cilt sürtünmeye bağlı kalınlaşmıştı ve rahatsız edici koku hissediliyordu (Şekil 1). Hemogram, renal ve karaciğer paneli, elektrolitler, albumin ve total protein, tam idrar tetkiki, crp ve sedimantasyon normal sınırlardaydı. Skrotal ultrason ile hidrosel, orşioepididimit ve testis kitlesi dışlandı. Tüm batın manyetik rezonans taramasında lenfödeme neden olacak abdominal kitle veya

lenfatik obstrüksiyon saptanmadı. Cerrahide skrotal ve penil lenfödemli cilt ve cilt altı dokular sağlam bölgelere kadar eksize edilerek, rekonstrüksiyon amaçlı multiple skrotal flep kullanıldı. Eksizyon derinliği skrotumda testis ve spermatik kordların, penisde uretranın ortaya çıkarılıp korunması şeklinde gerçekleştirildi. Penisdeki lenfödemli dokunun dorsal kısmı bırakılarak ventral kısmı eksize edildi (Şekil 2). Postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişmedi, 3. ve 9. aylardaki kontrollerde fonksiyonel sonuçlar ve kozmetik görünüm oldukça tatmin ediciydi (Şekil 3-4).

**BULGULAR:** Skrotal elefantiyazis genital deformasyona yol açan, masif skrotal lenfödemle karakterize bir durumdur. Lenfödem etiyojisi konjenital ve edinsele olarak sınıflandırılabilir. Primer lenfödem konjenital lenfatik hipoplazi ile ilişkili olarak Milroy hastalığı veya Meigs sendromu gibi genetik bir sendromun komponenti olarak görülebilir. Sekonder lenfödem ise genellikle obstrüksiyon sonrasında görülür ve dünyada en sık sebebi tropikal bölgelerde endemik olarak görülen (Wuncherşa bancrofti) filaryazistir. Ayrıca idiyopatik veya genital bölgenin major lenfatiklerinin drene edildiği inguinal lenf nodlarında cerrahi, travma, radyasyon, tümör veya enfeksiyona sekonder olarak meydana gelir. Skrotal elefantiyazis hayatı tehdit eden bir tablo olmasa da büyüyen genital organlarda rekürren erizipel, lenfore, dev kitlede dekübit ülserleri gibi hijyenik problemler yanında miksiyon güçlüğü ve seksüel disfonksiyon ile yaşam kalitesini azaltan bir sorundur.

**ÇIKARIMLAR:** Penoskrotal elefantiyaziste spermatik kord, testisler ve penis korunarak lenfödemli dokunun eksizyonu ve rekonstrüksiyonu ile tatmin edici kozmetik ve fonksiyonel sonuçlar elde edilebilir.



P-95

## T1B RENAL KİTLELERDE ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ: KISA TAKİP SÜRESİNE RAĞMEN OLUMLU FONKSİYONEL VE ONKOLOJİK SONUÇLAR

İlter Tüfek,<sup>1</sup> Ömer Burak Argun,<sup>1</sup> Can Öbek,<sup>2</sup> Panagiotis Mourmouris,<sup>1</sup> Tüknut Doğanca,<sup>2</sup> Mustafa Bilal Tuna,<sup>3</sup> Selçuk Keskin,<sup>1</sup> Ahmet Şahin,<sup>1</sup> Ali Rıza Kural<sup>1</sup>

1. Acibadem Üniversitesi, Üroloji, İstanbul

2. Acibadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. Acibadem Maslak Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Nefron koruyucu cerrahi teknik olarak mümkün olduğunda T1b (4-7 cm.) renal tümörlerin tedavisinde halen tercih edilen cerrahi yöntemdir. Bu çalışmada tek bir merkezin T1b renal kitlelerin tedavisinde robot yardımcı parsiyel nefrektomi (RYPN) deneyimi sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada Nisan 2008-Şubat 2016 tarihleri arasında tek bir cerrah tarafından RYPN uygulanan hastalar retrospektif olarak analiz edildi. Bu gruptan tümör çapı 4 ile 7 cm. arasında olan (evre T1b) olan hastalar seçildi. Kısa dönem fonksiyonel ve onkolojik sonuçları değerlendirmek için preoperatif, intraoperatif ve postoperatif bulgular değerlendirildi. İstatistiksel analiz için IBM SPSS v21 ve Student's t test kullanıldı. <0.05 p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışma döneminde 150 hastaya RYPN uygulandığı saptandı ve bu grup içerisinde tümör çapı 4 ile 7 cm. arasında olan 50 hasta bulundu. Bu 50 hastanın bulguları değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı  $53.1 \pm 12.7$ , vücut kütle indeksi (VKİ)  $28.9 \pm 6.2$  kg/m<sup>2</sup> olarak bulundu. Cerrahi piyeste ortalama tümör çapı  $47.6 \pm 6.9$  mm. idi. Padua skoru  $9.8 \pm 1.5$  idi. Ortalama cerrahi süresi ve sıcak iskemik zamanı sırasıyla  $145 \pm 41$  ve  $20.8 \pm 6.2$  dakika idi. Ortalama kan kaybı  $269 \pm 191$  ml. olarak saptandı. Tüm hastalarda cerrahi sınır negatifti. Ortalama preoperatif kreatinin, eGFR ve Hct değerleri sırasıyla  $0.87 \pm 0.21$  mg/dl,  $92.3 \pm 19.4$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> ve  $\%41.9 \pm 4.2$ , postoperatif 1. ay kreatinin, eGFR ve Hct değerleri ise sırasıyla  $0.95 \pm 0.26$  mg/dl,  $86.74 \pm 19.38$  ml/min/1.73m<sup>2</sup> ve  $\%36.05 \pm 4.18$  olarak bulundu. Pre ve postoperatif kreatinin, eGFR ve Hct farklılıkları preoperatif değerler lehine istatistiksel anlamlı bulundu. Kreatinin, eGFR ve Hct farklılıkları için p değerleri sırasıyla 0.001, 0.004 ve 0.001 idi. Ortalama takip süresi  $40.1 \pm 27.4$  aydı. Hiçbir hastada tümör rekürrensi görülmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Robot yardımcı parsiyel nefrektomi

belli bir deneyim kazanıldıktan sonra T1b renal kitlelerde güvenle uygulanabilir. Renal fonksiyon eGFR düzeylerinde minimal düşüşle korunabilir. Negatif cerrahi sınırlar ve rekürrenssiz sağ kalım ile olumlu kısa dönem sonuçlar sağlanabilir.

P-96

## BİLATERAL TAŞLAŞMIŞ DJ STENT EKSTRAKSİYONUNDA PCNL YÖNTEMİNİN SPİNAL ANESTEZİ ALTINDA, EŞ ZAMANLI, BİLATERAL, TÜPSÜZ UYGULANMASI: OLGU SUNUMU

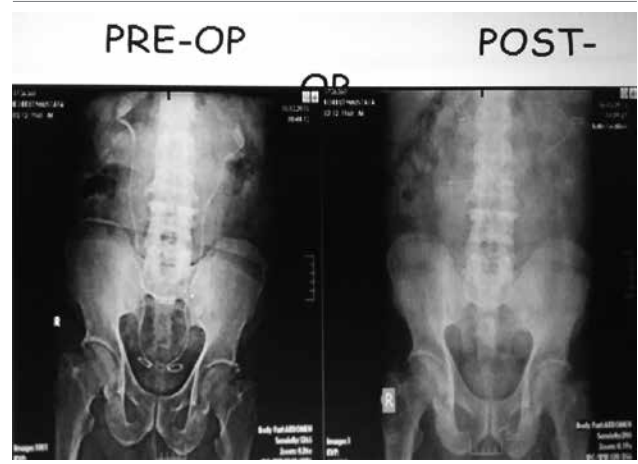
Ersan Bulut,<sup>1</sup> Önder Öncü<sup>2</sup>

1. Dr.ersin Arslan Devlet Hastanesi, Üroloji, Gaziantep

2. Mersin Devlet Hastanesi, Üroloji, Mersin

**AMAÇ:** Taşlaşmış Double J (DJ) stentlerin ekstraksiyonunda, minimal invaziv bir yöntem olan perkutan nefrolitotominin, deneyimli bir ekiple ve uygun hastalarda spinal anestezi altında bilateral eş zamanlı tüpsüz olarak uygulanabileceğini sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 56 yaşında erkek hasta, şiddetli yan ağrısı ve sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü nedeni ile nefroloji kliniği tarafından kliniğimize yönlendirildi. Hastanın öyküsünden, 4 yıl önce böbrek taşı nedeni ile bilateral üreteral stent yerleştirildiği ve sonrasında hastanın kontrollerine devam etmediği öğrenildi. Direk üriner sistem grafisinde ve kontrastsız bilgisayarlı tomografide bilateral DJ stentlerin taşlaşmış olduğu ve her iki böbrekte multipl koraliform taşlar olduğu izlendi. DJ stentler endoskopik olarak ekstrakte edilemeyince ESWL denendi. Her iki böbrek için 3 seans ESWL uygulandı. Stentler ekstrakte edilemedi.



Aynı seansta bilateral perkütan nefrolitotomi kararı alındı.

**BULGULAR:** Üreteral stentlerin vücutta normalden uzun süre kalmasına bağlı gelişen bir komplikasyonu stentin taşlaşmasıdır. Ekstrakte edilmeyen bu stentlere bağlı üriner sistem obstruksiyonu, renal fonksiyon kaybı ve sepsis gibi ciddi komplikasyonlar olabilmektedir. Olgumuzda taşlaşmış DJ stentlerin perkütan nefrolitotomi yöntemi ile dj stent ekstraksiyonu denendi. Her iki taşlaşmış üreteral stent de tek operasyonda böbrek taşlarıyla birlikte başarılı bir şekilde ekstrakte edildi.

**ÇIKARIMLAR:** DJ stent uygulamasında stent, yerleştiriliş amacına uygun en kısa sürede çıkarılmalıdır. Bu komplikasyonlardan biri olan taşlaşmış DJ stentlerin çıkartılmasında, minimal invaziv tedavi modaliteleri öncelikle denenmelidir. PCNL, özellikle son yıllarda seçilen bir yöntem halindedir. Seçilmiş olgularda ve deneyimli bir cerrah tarafından bilateral taşlaşmış DJ stentlerin tüpsüz PCNL ile spinal anestezi altında eş zamanlı ekstraksiyonu mümkün olabilmektedir.

P-97

## PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ (PNL) SIRASINDA LAZER POİNER KULLANIMININ RADYASYON MARUZİYETİ ÜZERİNE ETKİSİ

Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Hüseyin Tarhan,<sup>1</sup> Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin,<sup>1</sup> Mustafa Kestel,<sup>1</sup> Ömer Erdoğan<sup>1</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Muğla

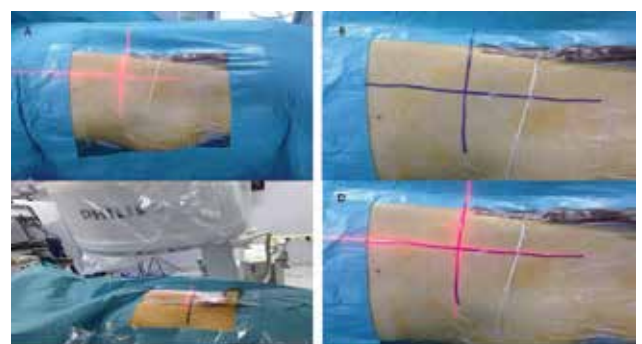
**AMAÇ:** Son yıllarda minimal invaziv cerrahi girişimlerin artması ile beraber ürolojide skopi kullanımına bağlı olarak radyasyon maruziyeti artmaktadır. Yapılan çalışmalarda radyasyon maruziyetinin artmasına bağlı olarak bazı kanserlerin arttığı ileri sürülmektedir. Bu kanserlerin alınan radyasyon dozuna bağlı olarak arttığı düşünüldüğünde yapılan işlemler sırasında radyasyon maruziyetinin azaltılması hem hastalar hem de hekim ve yardımcı sağlık personeli için hayati önem taşımaktadır. Bu çalışmada perkütan nefrolitotomi (PNL) ameliyatları sırasında lazer pointer kullanımının radyasyon maruziyeti üzerine olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Nisan 2015 ve Haziran 2016 tarihleri arasında aynı cerrah tarafından (PNL) yapılan 52

hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup 1 (n=30) hastalar prone pozisyonuna alındıktan sonra üretral kateterden opak madde verilerek böbreğe giriş pozisyonu belirlendiğinde skopi cihazındaki lazer pointer açılarak cilt üzerindeki iz düşümü işaretlendi ve daha sonra skopi eşliğinde şiba iğnesiyle böbreğe giriş yapıldı. Mekanik dilatatörlerle uygun dilatasyondan sonra nefroskopi girildi ve skopi cihazı alandan uzaklaştırılarak litotripsiye devam edildi. İşlem sırasında skopi tekrar kullanılırken (taşları kontrol etmek, işlem sonunda re-entry kateter yerleştirilirken) skopi yapılmadan sadece lazer pointer açılarak daha önce işaretlenen çizgilerle kesiririldi (Resim 1). Daha sonra skopi yapılarak görüntü alındı. Böylece skopinin repozisyonu sırasında herhangi bir şutlama yapılmadı. Grup 2 (n=22) bu grupta lazer pointer kullanılmadan klasik skopi kullanımı ile PNL işlemi yapıldı. Her iki grupta operasyon süresi, taş boyutu, skopi süresi ve radyasyon dozu karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması sırası ile  $49.36 \pm 17.53$  ve  $52.45 \pm 14.91$  idi. Operasyon süreleri sırası ile  $67.12 \pm 23.91$  dakika ve  $65.45 \pm 22.30$  dakika idi. Taş boyutları sırası ile  $50.45 \pm 10.61$  mm ve  $51.36 \pm 9.78$  mm idi. Grup 1 de skopi süresi  $3.23 \pm 1.75$  dakika iken grup 2 de  $4.64 \pm 2.39$  dakika idi. Yine grup 1 de radyasyon miktarı  $26.37 \pm 14.54$  mGy iken grup 2 de  $35.37 \pm 16.56$  mGy idi. Her iki grup arasında operasyon süreleri ve taş boyutu arasında istatistiksel fark yokken ( $p < 0.05$ ). Grup 1 de skopi süresi ve alınan radyasyon miktarı daha azdı (sırasıyla  $p = 0.01$ ,  $p = 0.03$ ).

**ÇIKARIMLAR:** PNL operasyonları sırasında lazer pointer kullanımı skopi repozisyonu sırasındaki şutlamaları engelleyerek operasyon sırasında alınan radyasyon miktarını azaltmaktadır. Bu ameliyatlar sırasında lazer pointer kullanımı operasyon maliyetlerini etkilemeden operasyon sırasında alınan radyasyon dozunu azaltarak hem hastalar hem de sağlık çalışanlarını radyasyonun istenmeyen etkilerinden koruyabilir.



Resim 1: A) Böbreğe giriş pozisyonu belirlendikten sonra lazer pointerin açılarak bu alanın belirlenmesi. B) Lazer pointer iz düşümünün cilt üzerinde işaretlenmesi. C) Şutlama yapılmadan sadece lazer pointerin açılarak repozisyonun sağlanması.

P-98

## İDRAR KAÇIRMASI OLAN KADINLARDAFİZİKSEL AKTİVİTE VE DENGEGEĞİŞİKLİKLERİ

Fikret Fatih Öno1, Ahmet Tahra,1 Duygu Kurtuluş,2  
Abdurrahman İnkaya,1 Ahmet Bindayı,1 Uğur Boylu,1  
Eyüp Veli Küçük,1

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Çalışmamızın ana amacı, idrar kaçırma aşırı aktif mesane ve stres tip idrar kaçırması olan hastalardaki fiziksel aktivite ve denge değişikliklerini, kontrol bireylere oranla objektif ve subjektif ölçütler eşliğinde karşılaştırmaktır. İkincil amaç ise, bu değişikliklerle idrar kaçırma şiddet ölçütleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Şubat-Haziran 2016 tarihleri arasında hastanemiz üroloji polikliniğine başvuran, idrar kaçırma nedeniyle transobturator teyp operasyonu planlanan veya aşırı aktif mesane (ıslak) semptomları bulunan toplam 14 hasta ile herhangi bir alt üriner sistem yakınması olmayan 11 kontrol çalışmaya randomize edildi. İdrar kaçırma dışında ürojinekolojik girişim hikayesi olan, norojen mesanesi bulunan, fiziksel aktivite ve denge üzerine etkisi bilinen kronik hastalığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. İdrar kaçırma şiddeti subjektif olarak ICIQ-SF, IIQ-7, UDI-6, OAB-V8 ile, objektif olarak pad testi ile değerlendirilirken, fiziksel aktivite IPAQ-SF ve tarafımızca hazırlanan 'Hareket Etmekten Kaçınma Sorgulama Anketi' ile değerlendirildi. Denge değerlendirmesi ise genel stabilite endeksi, göz açık ve göz kapalı testleri ile yapıldı. Ayrıca, hastalara Tinetti denge ve yürüme testi, Berg ölçeği, Kalk ve yürü testi uygulandı.

**BULGULAR:** Ortalamayaş50,12±7,09idi. Demografik özellikler açısından hasta ve kontrol grubu arasında vücut kitle indeksi dışında anlamlı fark yoktu. Yaşam kalite değerlendirmelerinde, idrar kaçırma hastalarda kontrol grubuna göre fiziksel rol kısıtlılığı hariç tüm parametrelerde istatistiksel anlamlı düşüş belirlendi. Hasta grubunda, kontrol grubuna göre fiziksel aktivite düzeyinde anlamlı azalma olduğu saptandı. IPAQ-SF üzerindeki ortalama metabolik eşdeğer (MET) skoru hasta grubunda 905,071±745,387'ye karşılık kontrol grubunda 1998,1816±70,549 idi (p=0,001). Aynı şekilde "hareket etmektan kaçınma anket" skoru

hasta grubunda 22,42±3,73 iken kontrol grubunda 16,09±0,3 saptandı (p=0,001).

İki grup arasında denge ve yürüme ölçümleri açısından anlamlı fark gözlemlendi. İdrar kaçırma hastaların ortalama Tinetti denge ve yürüme testi, berg ölçeği, kalk ve yürü test, göz açık test ve göz kapalı test değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı düşük iken stabilometri testi her iki grupta benzer hesaplandı. Korelasyon analizinde, denge testleri ile objektif ve subjektif idrar kaçırma ölçütleri arasında ilişki bulunmadığı, ancak "hareket etmektan kaçınma anketi" ile idrar kaçırma şiddeti arasında pozitif korelasyon olduğu saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** İdrar kaçırma hastalarda, alt üriner sistem yakınması olmayan kontrol bireylere göre fiziksel aktivite kısıtlanmış, yaşam kalitesi azalmış, denge muayene ve ölçümlerinde anlamlı bozulma saptanmıştır. Bununla birlikte, idrar kaçırmanın objektif ve subjektif şiddet ölçümleri ile denge ölçekleri arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır

SP-31

## PLAZMAKİNETİK SİSTEMLE TUR-TM YAPILAN YÜZEYEL MESANE TÜMÖRLÜ HASTALARDA TÜMÖR ÇEVRESİNİN VAPORİZASYONU TÜMÖR NÜKSÜNÜ AZALTABİLİR Mİ? ÖN RAPOR

Yüksel Yılmaz,1 Mehmet Cemal Kahya,2 Nasuhi Engin,3  
Osman Köse,4 Ertan Can,5 Batuhan Ergani,6  
Ahmet Selçuk Dindar4

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
2. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, İzmir
3. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir
- 4) İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
5. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
6. SB Tepecik Eğitim Hast, Üroloji Kliniği, İzmir

**AMAÇ:** Yüzeysel mesane tümörlerinde transüretral tümör rezeksiyonu sonrası plazmakinetik sistem ile tümör çevresinin ve şüpheli alanların vaporizasyonunun rekürrens üzerine etkisini araştırmak.

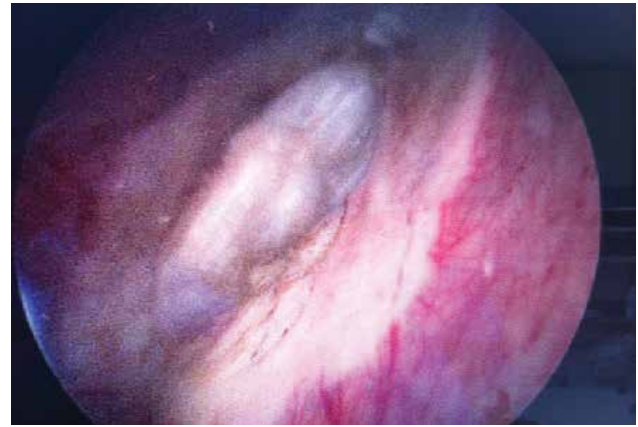
**YÖNTEM:** İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Bilimsel Araştırma Projesi kapsamında prospektif bir çalışma olarak planlandı. Ocak 2014 ile Haziran 2016 tarihleri arasında primer yüzeysel mesane tümörü olan 97 hasta, plazmakinetik sistemle TUR (Grup 1) ve monopolar sistemle TUR (Grup 2) yapılanlar olarak randomize edilerek

**Tablo 1:** Operatif ve post operatif veriler

	Bipolar	Monopolar	P değeri
<b>Hasta sayısı</b>	<b>45</b>	<b>52</b>	
Tümör odağı Tek	31	38	0.65
Multiple	14	14	
T evresi Ta	27	30	0.818
T1	18	22	
Grade Düşük	28	31	0.793
Yüksek	17	21	
Re-TUR uygulanan	15	19	0.583
Tm yok	13	12	
Ta	2	1	
T1	1	4	
CIS	0	2	
Tek doz epirubisin	24	20	0.166
Mitomisin-C 6 hafta	7	7	0.831
BCG 6 hafta ± idame	13	15	0.906
Takip süresi	11,0 ± 7,2	13,7±7,0	0.7
Rekürrens	5	11	0.184
2 cm ve daha yakın	2	9	0.051
2 cm den daha uzak	3	2	1

çalışmaya alındı. Çalışmaya alınma kriterleri: 1-En fazla 3 odaklı ve 3 cm den küçük çaplı primer yüzeysel mesane tümörleri, 2- Rezeksiyondan sonra 2 yıl düzenli izleme katılan hastalar, 3-Post-op tek doz intrakaviter kemoterapiye (her hastaya yapıldı) ek tedavi yapılma kriterleri ve uygulamaları her iki grup için aynı olmalı. Mesane tümör alanları mesane şablonunda haritalandı. Vaporizasyon işlemi; loop'un vaporize edilecek alana çok yakına getirilerek mukoza üzerinde kabarma-dalgalanma yapacak bir enerji birikimi olacak süre için plazmakinetik sistemin kesme (cutting) seçeneğine basılmasıyla yapıldı. Ayrıca şüpheli alanlar da vaporize edildi.

**BULGULAR:** Çalışma kriterlerine uyan ve düzenli takibe gelen 97 hasta değerlendirmeye alındı. Grup 1 de 45 hastadan 5'inde (%11.1), Grup 2'de 52 hastadan 11'inde (%21.1) nüks saptandı. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamsızdı ( $p=0.184$ ). Grup 1 'deki 5 hastanın 2'sinin nüksü eski rezeksiyon yeri yakınında olurken (2 cm lik alan içinde), Grup 2'deki 9 hastanın nüksü eski rezeksiyon alanı yakınında idi ( $p=0.051$ ). Görüldüğü gibi istatistiksel anlamlılığa çok yakın bir değer ortaya çıkmıştır. Hasta yaş ve cinsiyeti, tümör odak sayısı, ek tedavi uygulanma oranı ve çeşitliliği (Grup 1 de 20 hastaya, Grup 2 de 22 hastaya ek tedavi uygulanmıştır), sigara kullanım oranı (% ve paket/yıl olarak), re-TUR oranı ve re-TUR da tümör rastlama oranı (grup 1 de 3 olguda, grup 2 de 7 olguda), T evresi ve tümör grade'i bakımından her



*Resim 1: Tümör rezeksiyonu ve çevresinin vaporizasyonu (vaporizealan, rezeksiyon alanı etrafında halo şeklinde ve muzozadan daha soluk olarak görülmektedir)*

iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı.  
**ÇIKARIMLAR:** TUR-Plazma kinetik sistem ile rezeksiyon çevresinin vaporizasyonu etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Rekürrensin azaltılması üzerine olan etkisi, sadece rezeksiyon yapılan standart TUR yöntemine göre daha iyi bulunmuştur, istatistiksel anlamlılığa çok yakın değerdedir ( $p=0.051$ ). Çalışmada en az iki yıllık izlem kriteri bakımından, son kabul edilen hastalar için süre 2017 Haziranında dolacaktır. Bu tarihte daha doğru oranlar verilebilecektir.

P-100

## KEKEME PRIAPİZMİN MEDİKAL TEDAVİSİNDE GABAPENTİN KULLANIMI: BİR OLGU SUNUMU

Sagfettin Kaya,<sup>1</sup> Metin Çenever<sup>2</sup>

1. Özel Medstar Antalya Hastanesi, Üroloji, Antalya

2. Özel Medstar Antalya Hastanesi, Radyoloji, Antalya

**AMAÇ:** İskemik priapizmin bir varyantı olan, etkin tedavisi bilinmeyen kekeme priapizimli bir olgunun gabapentin ile tedavisinin sunulması.

**YÖNTEM:** 27 yaşında erkek hasta, 2 aydır her sabah 7 sularında başlayan sıklıkla 4 saatten uzun süren, ılık banyo ve ev içinde yürüyüşle kısmen gerileyen priapizm nedeniyle başvurdu. Elindeki epikrizden, bize başvurudan 5 ay önce yakınması başlamış, 8 kez kavernoözal drenaj uygulanarak acil tedavi yapılmıştı. Travma, ilaç kullanımı ve cinsel uyarı anemnezi yoktu. Tüm batın ultrason, hemoglobin elektroforezi, biyokimya, kan gazı, tam idrar, hormon profili normal

idi. Yatırılarak triptorelin, bikalutamid, pseudoefedrin başlanmış ve tedavinin 6. gününden sonra yakınması kısmen gerilemişti. 3 aylık tedavi sonrası yan etkilerden dolayı tedavi kesilmiş, terbütalin tb. başlanmıştı. 2 ay süreyle kullanmasına rağmen yakınması tekrarlayan olgu bize başvurdu ve penil doppler us yapıldı; sadece proksimaldeki kavernoöz arterlerde izlenen, distalde izlenmeyen, düşük hızlı ancak yüksek direnli arteriyel akım ve sıfır diyastolik akım hızı saptandı (Şekil 1). Gabapentin 4x100 mg ile başlanarak 2 hafta sonunda 4x400 mg ile devam edildi. Yan etki gözlenmedi. Bir ay sonunda priapizm süresi değişmemiş, rijiditesi kısmen azalmış, ağrı belirgin azalmıştı. Üç ayın sonunda sadece bazı sabahlar kısa süren rijit ereksiyon atakları, beş ayın sonunda tamamen düzelmişti. Tedavi 10 ay sonrası kesildi. Onsekiz ayın sonunda priapizm atakları yoktu, sağlıklı cinsel hayatı vardı.

**BULGULAR:** Cinsel istek veya bir uyarı olmaksızın 4 saatten uzun süren ereksiyon priapizm olarak adlandırılır. Priapizm patofizyolojik olarak 3 alt grupta incelenmektedir. 1. İskemik düşük akımlı priapizm, 2. İskemik olmayan yüksek akımlı priapizm, 3. Tekrarlayan aralıklı priapizm (kekeme). Kekeme priapizm, orak hücreli anemi (OHA) hastalığında sık görülebilmektedir. Erişkin yaştaki olguların çoğu idiyopatikdir. Kekeme priapizm olgularında akut dönemin tedavisini takiben sonraki nöbetlerin tekrarlamaması için birtakım önleyici tedaviler önerilmektedir. Dolaşımdaki testosteron miktarını azaltmaya yönelik hormonal ve kavernoöz düz kas tonusunu artırmaya yönelik ilaçlar olarak iki grupta incelenir. Medikal tedavi ile nükslerin önlemediği olgularda klasik iskemik priapizm tedavisi kekeme priapizm için de geçerlidir. Literatürde kanıt düzeyi 1 ve 2 olan farmakolojik tedavi rejimi bulunmamaktadır. Bu çalışmalar için hastalığın az görüldüğünü unutmamak gerekir. Anti-epileptik, anti-konvülsif bir ilaç olan

gabapentin kullanımı sırasında yan etki olarak ortaya çıkan anorgazmi ve erektil disfonksiyon nedeniyle priapizmde kullanılmıştır. Sonraki çalışmalarda kavernoöz düz kas hücrelerinden kalsiyum çıkışı inhibe ederek düz kas gevşemesini azalttığı ve ereksiyonu inhibe ettiği rasyonalize edilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Günümüzde kekeme priapizmin tedavisinde kanıt düzeyi yüksek çok başarılı medikal tedavi yoktur. Daha öncede sınırlı sayıda vakada etkili olduğu bildirilen gabapentin bizim olgunun tedavisinde de etkili olmuştur.

P-101

## NON-OBSTRÜKTİF AZOSPERMİSİ OLAN ERKEKLERDE SİGARA İÇİLMESİNİN MİKROSKOBİK TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONUNDA SPERM BULUNMASI ÜZERİNE ETKİLERİ

Sedat Eğriboyun,<sup>\*</sup>,<sup>1</sup> Ozan Bozkurt,<sup>2</sup> Aykut Kefi<sup>2</sup>

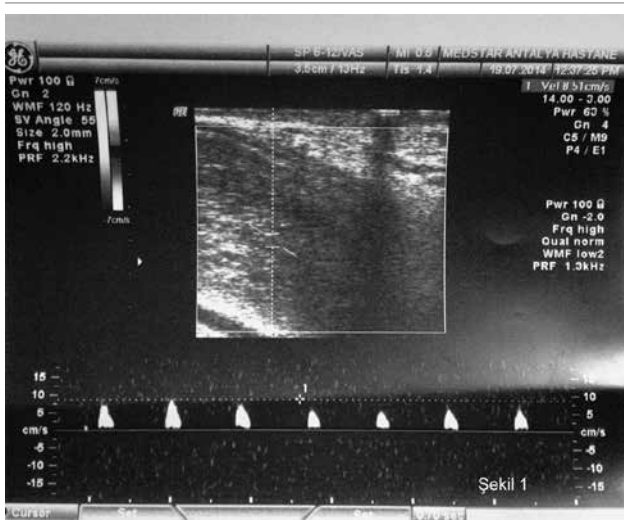
1. Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Gaziantep

2. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Çalışmamızda çocuk sahibi olma arzusuyla polikliniklere başvuran ve non-obstrüktif azospermi tanısı alan hastaların sigara kullanımının tedavide altın standart yöntem olan mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu operasyonuna olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2003 - Temmuz 2011 tarihleri arasında polikliniğimize çocuk sahibi olmak arzusuyla başvuran hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Bu hastalar arasında non-obstrüktif azospermi nedeniyle kliniğimizde mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu (mikro-TESE) yapılmış olan hastalar çalışmamıza dahil edildi. İnfertilite formlarımızdan hastaların anamnez bilgilerine, fizik muayene, spermiyogram verilerine ve operasyon bilgilerine ulaşıldı. Sigara içen hastalarda Mikro - TESE operasyonu ile sperm bulunabilme durumu ve bulunan spermlerin motilite durumları değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmamıza dahil etmiş olduğumuz 237 hastanın yaş ortalamaları  $33 \pm 5$  (21-49) olarak hesaplanmış olup, bu hastaların 141 (%59.49) i sigara kullanmakta ve 96 (%40.51) sı ise sigara kullanmamaktadır. Veriler incelendiğinde operasyon sonucunda sigara içen 141 hastanın 24 (%17.02) ünde, sigara içmeyen 96 hastanın 11 (%11.45) inde sperm bulunmuştur. Ancak sperm bulunan





Tablot			
	Toplam hasta sayısı	Sperm bulunan (%)	İmmotil sperm (%)
Sigara içen	141	24 (% 59.49)	11 (% 45.83)
Sigara içmeyen	96	11 (% 40.51)	3 (% 27.27)

hastalardan sigara içen 24 hastanın 11 (%45.83) inde; sigara içmeyen 11 hastanın 3 (%27.27) ünde bulunan spermilerin immotil oldukları tespit edilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Nonobstrüktif azospermili hastaların tedavisinde altın standart tedavi yöntemi olan Mikro - TESE operasyonu ile hastalarda yüz güldürücü sonuçlar alınabilmektedir. Çalışmamızda sigara içiminin operasyon esnasında sperm bulunabilme oranını etkilemediği ancak bulunan spermilerin motilitesini etkilediği görülmüştür.

P-102

## VEZİKOÜRETERAL REFLÜ HASTALARINDA ÖNCEKİ ENDOSKOPIK TEDAVİSİ BİR SONRAKİ TEDAVİ SONUÇLARINI ETKİLEMEKTE MİDİR?

Burak Çıtamak,<sup>1</sup> Ali Cansu Bozacı,<sup>1</sup> Mesut Altan,<sup>1</sup> Burhan Özdemir,<sup>1</sup> Taner Ceylan,<sup>1</sup> Hasan Serkan Doğan,<sup>1</sup> Serdar Tekgül<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Vezikoüreteral reflü (VUR) nedeniyle cerrahi yapılan hastalarda preoperatif endoskopik girişimin başarıya etkisini araştırmak.

**YÖNTEM:** 1997-2016 yılları arasında kliniğimizde VUR nedeniyle opere edilen 751 hastadan tüm verilerine ulaşılan 686 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Veriler SPSS 17.0 ile analiz edildi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş 69,6±44 ay (3-204), erkek/kız oranı 250/436 olarak bulundu. Hastaların %42'sine STING, %58'ine üreteroneosistostomi (UNC) uygulanmıştır. Genel olarak STING başarısı %75, UNC başarısı %93'tür (p<0,0001). Daha önce STING yapılması hikayesi olanlarda; hem STING (%63 vs %77, p=0,025) hem de UNC (%87 vs %94, p=0,024) yapıldığında başarının daha düşük olduğu anlaşılmıştır. Cerrahi yöntemlerin kendi içinde bakıldığında VUR derecesinin ve işeme disfonksiyonu (İD) varlığı başarıyı etkilememektedir. İD olanlarda; kız oranı fazla, STING daha fazla tercih edilmiş, daha düşük dereceli VUR tespit edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Preoperatif STING yapılan hastalarda

sonrasında yapılan girişimlerde başarı oranı düşmektedir. İD ve VUR derecesi cerrahi başarısını etkilememektedir.

P-103

## AYNI SEYANSDA KOMPLİKE ÜRETRAL STENT ÇIKARTILMASI VE PRİMER ÜRETRAL TAMİR

Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Ömer Edoğan,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin<sup>1</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

**AMAÇ:** Üretral stent uygulaması yüksek riskli, komorbid durumları olan ve açık cerrahi istemeyen tekrarlayan üretra darlıklarında kısa dönem sonuçları iyi olan bir minimal invaziv tedavi seçeneğidir. Daha önce üretral stent uygulanan ve migrasyona uğrayarak penil üreterada darlık oluşturan olguda tedavi yaklaşımını paylaşıyoruz.

**YÖNTEM:** İdrar yapma zorluğu ile başvuran 76 yaşındaki erkek hasta, 20 yıl önce BPH tanısı nedeniyle TUR-P öyküsü mevcut idi ve sonrasında gelişen idrar yapma zorluğu oluşması üzerine 15 yıl önce üretral stent yerleştirilmiş.5 yıl önce tekrar idrar yapma zorluğu nedeni ile endoskopik olarak üretral stent çıkarılmaya çalışılmış fakat başarılı olunamamış.Yapılan fizik muayenesinde üretral stent penoskrotal bölgede palpabl idi(Resim A). Hastanın çekilen direk üriner sistem grafisinde penoskrotal bölgede stent izlenmekteydi (Resim E). Üroflowmetrik incelemede maksimum akım hızı 4.5 ml/ sn'de olup darlık paterninde kaydedildi. Yapılan sistoüretroskopisinde üretranın kapalı olduğu izlendi. Planlanan açık cerrahi ile üretral stent çevresindeki fibrotik doku ile birlikte üretra duvarından disseke edilerek çıkartıldı. Geride kalan üretral doku 18F foley sonda üzerinden re-tübülize edilerek üretral anastomoz ile bütünlük sağlandı (Resim B-C-D). Hasta postoperatif ikinci günde taburcu edildi ve 14. günde foley sondası alındı. Ameliyattan sonraki üçüncü ayda yapılan sisto-üretroskopisinde üretra doğal izlendi (Resim E).

**BULGULAR :** Günümüzde artık sadece iyi seçilmiş hasta gruplarında uygulanan üretra stentlerinin başarısızlığında uygulanacak tedavi alternatifleri konusunda uzlaşma yoktur. Darlığın uzunluğu, lokalizasyonu, hastanın yaşı ve komorbiditeleri ile cerrahın deneyimi uygulanacak tedavi seçenekleri için



yol gösterici olabilir. Bazı otörler migrasyon ve/veya nüks varlığında endoskopik tedavileri tercih ederken bazıları ise tek veya iki aşamalı üretroplastileri önerir. Bununla birlikte günümüzde açık cerrahi sonrası % 14-20 oranındaki komplikasyon oranı, minimal invaziv tedavi seçeneklerini; komorbid durumları olan yaşlı hasta popülasyonunda daha cazip kılmaktadır. Üretral dilatasyon programları ve optik üretrotomi bu amaçla etkili ve başarılı bir şekilde kullanılabilir. Fakat bu tedavi seçeneklerinin başarısızlık oranı açık cerrahiye göre daha yüksektir.

**ÇIKARIMLAR:** Travmatik üretra darlıklarında uç uca anastomozun başarı oranları % 85-97 arasında değişmektedir. Bizde hastamızda açık cerrahi ile uç uca anastomoz uygulayarak tedavide başarı elde ettik

P-104

## İDİOPATİK SKROTAL KALSİNOZİS; İKİ OLGU SUNUMU

Mehmet Çetinkaya,<sup>1</sup> Hüseyin Tarhan,<sup>1</sup> Hasan Deliktaş,<sup>1</sup> Ömer Edoğan,<sup>1</sup> Hayrettin Şahin<sup>1</sup>

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

**AMAÇ:** Skrotal kalsinozis, skrotum cildinde multipl küçük kalsifik nodüllerin gelişimi ile karakterize çok nadir görülen bir hastalıktır. Skrotal kalsinozisli iki vakamızı sunuyoruz

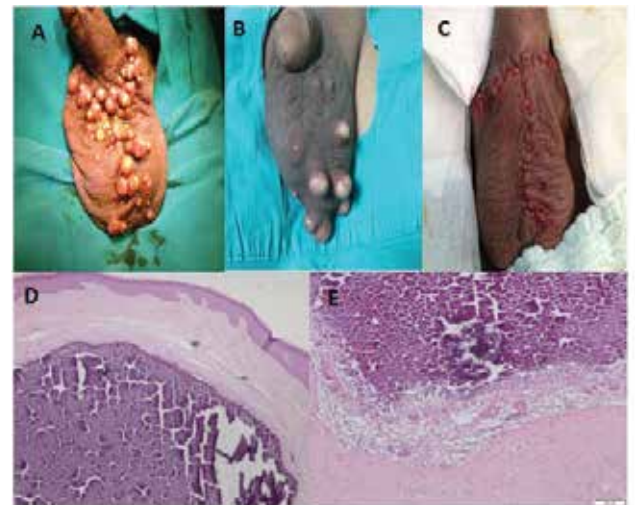
**YÖNTEM:** OLGU-1: Skrotumda 5-6 yıldır mevcut olan beyaz renkte sırt sırta vermiş en büyüğü 2cm olan multiple nodülleri olan 36 yaşındaki hasta kliniğimize başvurdu (Resim 1). Hikayesinde nodüllerin yavaş büyüdüğü, ağrısız olduğu ve zaman zaman kendiliğinden koyu renkte akıntılarla drene olduğu ve

kozmetik açıdan çok rahatsız olduğu bilgisi mevcut idi.

OLGU-2 : Multiple skrotal nodülleri ve kaşıntıları olan 24 yaşında hasta kliniğimize başvurdu. Hikayesinde nodüllerin son bir yıl içinde ortaya çıktığı ve zamanla büyüdüğü bilgisi mevcut idi. Fizik muayenesinde skrotal nodüllerin en büyüğü 1 cm olduğu ve scrotumun hemen hemen her yerinde olduğu gözlemlendi. (Resim 2) Anestezi altında olgu-2 de multiple nodüller için geniş scrotal ekzizyon yapılarak nodüllerin tamamı çıkartıldı(Resim 3). Olgu-1 için ise tek tek nodüllerin ekzizyonu yapılarak çıkartıldı.

Patolojik inceleme sonucu skrotal kalsinozis olarak değerlendirildi. Histolojik olarak dermis yerleşimli, kimi zaman çevresinde yabancı cisim tipi dev hücreleri de içeren inflamatuvar reaksiyonun eşlik ettiği kalsiyum depozitleri şeklinde görülür. (Resim 4-5)

**BULGULAR:** Skrotal kalsinozis, skrotum dokusunda kalsiyum fosfat hidroksiapatit kristallerinin birikimi ile karakterize oldukça nadir görülen benign bir patojidir. Tanı genellikle hastaların kozmetik amaçlı olarak hastaneye başvurması ile koyulur. Bazı vakalar kaşıntı ve ağrı şikayeti ile de başvurabilir. Skrotal kalsinozis etyopatogenezinde metabolik (metastatik kalsifikasyon, sarkoidoz, hiperparatiroidizm, böbrek yetmezliği) ve sistemik hastalıklar suçlanmakla beraber hiçbir hastalığın eşlik etmediği idiyopatik skrotal kalsinozis olguları da bulunmaktadır. Her iki olgumuzun etyopatogenezinde bir hastalık tespit edemedik ve olguları idiyopatik kalsinozis olarak kabul ettik. Tedavide nodüllerin ekzizyonu ve skrotum duvarını geniş olarak tutan vakalarda hemiskrotektomi ya da skrotum cildinin geniş



Resim: A, B; Olgu 1 ve 2'nin makroskopik görünümü C: Post.op. görünüm, D: 4: Dermis yerleşimli nodüler kalsiyum depoziti, HE, X40 E; Kalsiyum depoziti çevresinde yabancı cisim tipi dev hücreleri de içeren inflamatuvar reaksiyon, HE, X100

eksizyonu uygulanabilmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Sonuç olarak skrotal kalsinozis vakalarının tedavisinde cerrahi önerilmekte ve cerrahi sonrası bu vakaların nüks olasılıklarının olduğu bilinmekle beraber bu lezyonlar nadir ve benign lezyonlardır.

P-105

## DÜŞÜK RİSKLİ PROSTAT KANSERLİ OLGUDA KEMİK METASTAZI

Ata Özen,<sup>1</sup> Alaattin Özen,<sup>2</sup> İyimsir Üre,<sup>1</sup> Ali Ülgen,<sup>1</sup> Cavit Can<sup>1</sup>

1. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir  
2. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, Eskişehir

**AMAÇ:** Günümüzde düşük riskli prostat kanserinde rutin kemik taramasının gerekli olmadığı bildirilmektedir. Özellikle bu hasta grubunda kemik sintigrafisi, maliyeti arttırdığı ve olası yanlış pozitif sonuçlar nedeniyle kafa karışıklığına yol açtığı için önerilmemektedir. Çünkü asemptomatik, düşük riskli hastalarda kemik metastazlarının çok nadir olduğu bilinmektedir.

**YÖNTEM:** 61 yaşında erkek hastaya başka bir merkezde PSA değerinin 8,3 ng/dl saptanması üzerine transrektal ultrasonografi eşliğinde yapılan prostat biyopsisi sonucu 10 odakta birinde, %10 tümöral doku içeren, Gleason 3+3, prostatik adenokarsinom saptanmıştır. Hastanın çekilen kemik sintigrafisinde 3 odakta kemik metastazı görülmesi üzerine hastanemize sevk edilmiştir.

**BULGULAR:** Hastanemizde hastaya çekilen NAF PET/BT sonucunda sağ iliak kemikte, sol 3. ve 5. kostalarda osteoblastik kemik metastazı ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta düşük riskli grupta olmasına rağmen metastatik odakları doğrulamak ve tedavi planını belirlemek için hastaya Galyum-68 PSMA (Prostat Spesifik Membran Antijen) PET/BT çekildi. Sol 4. kostada 1,5 cm boyutundaki lezyonda ve sağ iliak kemikte 2x3 cm'lik lezyonda PSMA uptake'i izlendiği görüldü. Hastaya oligometastatik hastalığa radikal prostatektomi yapılabileceği bilgisi verildikten ve hastanın onayı alındıktan sonra, radikal prostatektomi + bilateral lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Radikal prostatektomi spesmeninde tümörün sağ arka kadran yerleşimli tek odak halinde izlendiği, en büyük çapının 0.7 cm olduğu, Gleason skorunun 3+3 ve ekstraprostatik yayılımının olmadığı görüldü. 33 adet reaksiyoner lenf nodu mevcuttu (pT2a pN0

M1b). Cerrahi sonrası hastanın Ga-68 PET/BT'de belirlenen kemik lezyonlarına 5x750 cGy stereotaktik radyoterapi uygulandı. Yapılan 1. ve 4. ay PSA değerleri <0.003 idi.

**ÇIKARIMLAR:** Bu olgu, düşük riskli prostat kanserinde her ne kadar metastaz beklenmese de nadir olarak bu durumun görülebileceğini ortaya koymaktadır. Bu lezyonların, ek tanı yöntemleriyle mutlaka metastaz odakları olduğu teyit edilmelidir. Özellikle hastada kemik metastazına işaret edebilecek semptom varlığının dikkate alınması gerektiği kanaatindeyiz. Yine son dönemde literatüre giren oligometastatik prostat kanseri olarak tanımlanan hasta grubunda, hastaya yapılacak işlemlerle ilgili detaylı bilgi verilerek, radikal prostatektomi ve kemik metastazlarına yönelik radyoterapi, tedavi seçeneği olarak sunulabilir.

P-106

## KRONİK PELVİK AĞRI SENDROMLU HASTALARIN TEDAVİSİNDE ANTİMUSKARİNİKLERİN ROLÜ

Utku Can,<sup>1</sup> Alper Coşkun,<sup>1</sup> Emre Çamur,<sup>1</sup> Fatih Tarhan,<sup>1</sup> Kamil Fehmi Narter<sup>1</sup>

1. S.B. Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Polikliniğimizde kronik prostatit tanısı konulan hastaların UPOINT sistemine göre sınıflandırılmasını ve buna göre üriner fenotipe sahip olan hastalarda farklı tedavi metotlarının, işleme semptomları ve hayat kalitesi üzerine etkilerinin araştırılmasını amaçladık

**YÖNTEM:** Mart 2014 ve Mayıs 2015 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran, yapılan üriner ultrasonografi, TİT, üroflovetri, PMR ölçümleri ve iki kadeh testine göre NIH kategori 2 ve 3 kronik prostatit teşhisi konulan 96 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Hariç tutma kriterleri ;pelvik cerrahi öyküsü, BPH, üriner obstrüksiyon veya yüksek PMR varlığı (100cc üzeri) idi. Çalışmaya dahil olan hastalara NIH-CPSI, IPSS, OABQ, ve BECK depresyon skalası doldurtuldu. UPOINT skorlaması sonucu çıkan klinik fenotipe göre hastalar "üriner fenotip" ve "diğerleri" olmak üzere ikiye ayrıldı. Üriner fenotipe sahip hastalara alfa bloker, antikolinergik veya kombine tedaviler başlandı. Ek olarak tüm hastalara diyet modifikasyonları ve yaşam tarzı değişikliği önerildi. Hastalar 1 ay sonra kontrole çağırılarak ilk başvuruda uygulanan sorgulama formları tekrar uygulandı ve

tedavi başarısı değerlendirildi.

**BULGULAR:** UPOINT skorlamasına göre çalışmaya dahil edilen 96 hastanın 76'sı üriner fenotip (%79), 20'si ise diğer fenotipler (%21) grubuna dahil edildi. Üriner grupta maksimum işeme hızı daha düşükken, NIH-CPSI, IPSS ve OABQ skorları daha yüksekti. Prostatik sekresyon mikrobiyolojisinde üreme saptanan 3 hasta (kategori 2) antibiyotiklerle tedavi edilirken, kalan 73 hasta ise bakteriyel olmayan prostatit (5 hasta kategori 3a, 68 hasta kategori 3b) olarak nitelendirildi ve uygun medikal ajanlar ile tedavi edildi. Üriner fenotipli grupta alfa bloker, antimuskarinik ve kombine tedavi alanlarda tedavi öncesi NIH-CPSI, IPSS ve OABQ skorları ile sonrası değerler karşılaştırıldığında 3 tedavi grubunda da anlamlı iyileşme izlendi. Tedavi öncesi ve sonrası skorlar arasındaki farkın 3 tedavi grubu arasındaki karşılaştırmasında ise NIH-CPSI, OABQ ve BECK depresyon skalası değerleri benzerken olarak görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** NIH kategori 2 ve 3 tanılı hastalarda NIH-CPSI ile birlikte IPSS ve OABQ değerlendirmelerine göre hastaların önemli bir kısmında saptanan üriner semptomlar, daha önce tanımlanmış olan antibiyotik, alfa bloker, antinflamatuar ajanlar gibi medikal tedavilerin dışında antimuskarinikler ile de tedavi edilebilir. Çalışmamızda, antimuskarinik tedavisinin kronik prostatit hastalarındaki üriner semptomlar üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir.

en blok ligasyon yapılan olgular değerlendirilmiştir.

**YÖNTEM:** Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Üroloji kliniğinde yapılan laparoskopik nefrektomi olguları retrospektif olarak incelendi. Vasküler stapler ile en-blok ligasyon uygulanan olgular incelendi. Demografik veriler, cerrahi endikasyonlar ve komplikasyonlar kaydedildi. Teknik olarak standart laparoskopik nefrektomi uygulanmış olup renal hilumlar 45 ya da 60'lık vasküler tri-stapler ile kontrol altına alınmıştır.

**BULGULAR:** Laparoskopik nefrektomi yapılan olgulardan 17'sinde vasküler stapler ile en-blok hiler kontrol uygulandı. Hastaların 7'si kadın, 10'u erkekti. Ortalama yaş 48 (25-72) idi. 9 hastaya renal kitle nedeniyle radikal nefrektomi, 8 hastaya ise basit nefrektomi uygulandı. Basit nefrektomi uygulanan olgulardan bir tanesinin patoloji sonucu ksantoglomerülatöz piyelonefrit iken diğerleri hidronefrotik atrofi ve interstisyel nefritle uyumluydu. Onkolojik olguların ortalama tümör boyutu 75,5mm (64-95) idi. Bir olgu onkositom, bir olgu kromofob hücreli renal karsinom iken diğer olgular berrak hücreli karsinom idi. Ortalama takip süresi 7 aydı. Cerrahi sırasında stapler malfonksiyonuna rastlanmadı. Postoperatif takiplerde kanama, arteriovenöz fistül gelişimi gözlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik nefrektomi sırasında vasküler stapler kullanımı ile en-blok ligasyon; hiler diseksiyon süresini kısaltır, diseksiyon sırasında oluşabilecek vasküler hasar riskini minimuma indirir, kısıtlı hasta sayımıza rağmen komplikasyon görülmemesi ve olgu çeşitliliği nedeniyle güvenilir ve etkili bir yöntem olarak değerlendirilmiştir.

P-107

## LAPAROSKOPIK NEFREKTOMİ SIRASINDA RUTİN EN-BLOK VASKÜLER STAPLER KULLANIMI İLE HİLER KONTROL GÜVENİLİR Mİ?

Ali Barbaros Başeskiöğlü,<sup>1</sup> İyimser Üre,<sup>1</sup> Ali Ülgen,<sup>1</sup> Burak Elmaağaç<sup>1</sup>

1. Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Eskişehir

**AMAÇ:** Laparoskopik nefrektomi tekniğinde gerek basit gerek onkolojik olgularda standart olarak renal arter ve ven ayrı ayrı kliplenir. Ancak hiler diseksiyon damar yaralanma riskinde ve cerrahi süresinde artışa sebep olur. En-blok ligasyon ise arteriovenöz fistül gelişimi ve vasküler stapler disfonksiyonu nedeniyle tercih edilmez. Yeni nesil stapler ile bu riskin azaldığı öne sürülmektedir. Bu çalışmada yeni nesil stapler ile

P-108

## METASTATİK HORMONA DUYARLI PROSTAT KANSERİNDE KEMOHORMONAL TEDAVİNİN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Ahmet Murat Aydın,<sup>1</sup> Oğuzhan Kahraman,<sup>1</sup> Bülent Akdoğan,<sup>1</sup> Mustafa Sertaç Yazıcı,<sup>1</sup> Ali Ergen,<sup>1</sup> A. Haluk Özen<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmada metastatik hormona duyarlı prostat kanserinde (MHDPK) erken dönem dosetaksel tedavisinin etkinliğini ve yaşam kalitesi

üzerine etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Kasım 2014 ile Şubat 2016 tarihleri arasında yeni MHDPK tanısı almış, yaş ortalaması 61,07 (min. 45, maks. 75) olan 17 hastaya eş zamanlı hormon tedavisi ve dosetaksel kemoterapisi verilmiştir. Her hasta kemoterapi öncesi ve 4 - 6 kür kemoterapi sonrası görüntüleme, performans durumu, ağrı durumu, tedavi yan etkileri, PSA ve ALP düzeyleri ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR:** Hastalardan 15'inin tanısı transrektal iğne biopsisi ile konurken, birinin tanısı transüretal rezeksiyon, diğer bir hastanın tanısı ise metastatik lezyondan alınan biyopsi ile konmuştur. D'Amico Risk Sınıflandırmasına göre tüm hastalar yüksek risk grubunda olup yine tüm hastaların Gleason skoru 8 ve üzerinde izlenmiştir. Hastalardan biri kemoterapi öncesi hiçbir tedavi almazken, biri LHRH analogu, 4'ü skrotal orşiektomi, 11'i ise maksimum androjen blokajı tedavisi almıştır. Kemoterapi öncesi radyolojik değerlendirmede 3 hastada lenf nodu metastazı (%17,65), 6'sında kemik metastazı (%35,29), 3'ünde hem solid organ hem kemik metastazı (%17,65), 3'ünde hem kemik, hem lenf nodu metastazı (%17,65), 2'sinde ise hem solid organ, hem kemik, hem de lenf nodu metastazı (%11,76) saptanmıştır. Kemoterapi öncesi elde olunan kemik sintigrafilerinde 2 hastada (%11,76) metastaz saptanmazken, 15 hastada (%88,24) çoklu kemik metastazı saptanmıştır. Tanı tarihinden kemoterapi başlanmasına kadar geçen süre ortalama 60 gündür (min. 18 - maks. 103 gün). 4 kür kemoterapi sonrası hastaların 3'ünde progresyon, 3'ünde stabil hastalık, 3'ünde parsiyel cevap ve birinde komplet cevap izlenmiştir. Ortalama PSA tanısında 294,87 ng/dl, 4 kür kemoterapi sonrası 156,81 ng/dl, 6 kür kemoterapi sonrası 1,81 ng/dl; ortalama ALP ise sırasıyla 499,20 IU/L, 460,84 IU/L ve 96,14 IU/L olarak bulunmuştur.

**ÇIKARIMLAR:** Merkezimizde tedavi gören MHDPK hastalarının erken dönem klinik, radyolojik ve biyokimyasal cevapları göz önüne alındığında; erken dosetaksel kemoterapisinin güvenle kullanılabilecek bir tedavi seçeneği olabileceği düşünülmüştür. Ancak MHDPK hastalarında erken dönem dosetaksel kemoterapisinin etkinliğini ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini net olarak ortaya koyabilmek için daha geniş ölçekli, prospektif, randomize, kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

P-109

## PEDİATRİK ŞOK DALGA LİTOTRİPSİ TEDAVİSİNDE FREKANSIN TEDAVİ SONUCUNA ETKİSİ

Onur Kaygısız,<sup>1</sup> Hakan Kılıçarslan,<sup>1</sup> Ahmet Mert<sup>1</sup> Burhan Coşkun,<sup>1</sup> Yakup Kordan<sup>1</sup>

1. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

**AMAÇ:** Çocuk yaş grubunda böbrek taşının Şok Dalga Litotripsi (SWL) tedavisinde, 60 ve 90 şok/dk. frekanslarının, komplikasyon ve başarıya etkisinin retrospektif olarak incelenmesidir.

**YÖNTEM:** 2014 Nisan ile 2016 Mart ayları arasında SWL uygulanan ardışık 80 çocuk hastadan; 5 mm'den küçük veya 20 mm'den büyük taşı olan, non opak taşı olan, ciddi renal veya iskelet malformasyonu olan, takip yapılamayan veya 12 yaş üstü olanlar çalışma dışı bırakılarak, 57 hasta çalışmaya dahil edildi. İlk bir yılda tedavi edilen çocuklara; SWL, 90 şok dalga/dakika (ŞD/dk) frekans ile (Grup 90), ikinci yıldaki çocuklara 60 ŞD/dk şok hızı ile SWL uygulanmıştı (Grup 60).

**BULGULAR:** Ortalama yaş 5.87± 4.5 idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, VKİ (açıklamasını yap), taş boyutu ve lokalizasyonu, SWL'de uygulanan güç açısından fark yoktu. Grup 60'ta birinci seansta 14, ikinci seansta 6, üçüncü seansta 4 çocukta taşsızlık sağlandı. Grup 90'da birinci seansta 10, ikinci seansta 6, üçüncü seansta 4 çocukta taşsızlık sağlandı. Grup 90'daki seans sayısı grup 60'a göre istatistiksel olarak anlamsız düzeyde fazla idi (tablo). Ek olarak Grup 60'da ortanca toplam şok sayısı 2000 iken, Grup 90'da 3600 olup, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. SWL sonrası taşsızlık oranı, Grup 60'da %80 iken Grup 90'da %74.1 idi (p=0.754, tablo). Ortalama toplam anestezi süreleri Grup 60'da 60 dakika iken, Grup 90'da 52.5 dakika idi, gruplar arasında fark yoktu (p=0.130, tablo). Grup 60'da 3 hastaya ve Grup 90'da 4 hastaya URS ile taşsızlık oranı sırasıyla %90 ile %88.9'a yükseldi. Gruplar arasında taşsızlık, ek tedavi ve komplikasyon açısından fark yoktu (tablo).

**ÇIKARIMLAR:** 60 ŞD/dk frekans ile SWL yapılması 90 ŞD/dk'ya göre daha az şok sayısı ile benzer taşsızlık oranı sağlamakla birlikte daha uzun anestezi süresine ihtiyaç duyulmaktadır, bununla birlikte bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı değildir. Çalışmamızda komplikasyon oranları benzer olmakla birlikte böbrek hasarlanması açısından belirteç düzeyi bakılmadığından iki grubu bu açıdan karşılaştırmak

Tablo

		Grup 60 (n=30)	Grup 90 (n=27)	p
Yaş		3(1-12)	6(1-12)	0.060
Cinsiyet (kız)		11 (%36.7)	12 (%44.4)	0.597
Taraf (sağ)		13 (%43.3)	13 (%48.1)	0.793
Multipl		14 (%46.7)	15 (%55.6)	0.599
Toplam şok		2000(1600-5800)	3600(1600-6700)	0.115
Güç		17(17-18)	17(16-18)	0.204
Boyut(mm)		9,57±3,19	10.41±3,22	0.328
Taş yükü(cm2)		0,855(0,25-3)	0,89(0,26-4,1)	0.423
BMI (kg/m2)		16.2 (8.33- 19.55)	16.04 (13.19- 21.30)	0.806
Seans sayısı	1	17 (%56.7)	12 (%44.4)	0.609
	2	7 (%23.3)	7 (%25.9)	
	3	6 (%20)	8 (%29.6)	
Seans sonu Taşsızlık	1	14 (%46.6)	10 (%37.7)	
	2	6 (%20)	6 (%22.2)	
	3	4 (%13.3)	4 (%14.8)	
SWL sonu taşsızlık		24 (%80)	20 (%74.1)	0.754
Toplam anestezi süresi (dakika)		40 (34-118)	54 (25-95)	0.130
Komplikasyon (Clavien)	1	3 (%10)	1 (%3.7)	0.377
	2	1 (%3.3)	0	
Ek tedavi (URS)		3 (%10)	4 (%14.8)	0.697
Tedavi sonu taşsızlık		27 ( %90)	24 (%88.9)	1
EQ		51.93	44.47	

mümkün olmamıştır. Her iki frekansta pediatrik hastalarda, SWL güvenle uygulanabilir.

P-110

## NADİR GÖZLENEN TOTAL ÜRETRAL PROLOPSUS VAKASI

Recai Gürbüz,<sup>1</sup> Ahmet Şalvarcı,<sup>2</sup> Mehmet Balasar,<sup>1</sup> Sıddıka Fındık<sup>3</sup>

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Konya

2. Novafertil Tüp Bebek Merkezi, Üroloji, Konya

3. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Konya

**AMAÇ:** Total Üretral prolapsus 1/3000 sıklıkta rastlanır. Pediatrik populasyonda daha sık gözlenir ve asemptomatiktir. Çok çok nadir olarak postmenopozal kadınlarda görülebilir. Adult reprodaktif döneme kadar tedavi edilmemiş nadir görülen vakanın sunulacaktır.

**YÖNTEM:** İdrar kaçırma ve idrar yolunda kitle olduğunu söyleyen 22 yaşında bayan hastanın; anemnez, fizik muayenesi, üre, kreatin, ultrasonografi,

tanısal sistoskopi, üreterorenoskopisi ve üretral prolapsus primer eksizyon ve onarımı yapıldı ve patolojik incelendi. Sonrasında DTPA sintigrafi, voidingsistoureterogram planlandı.

**BULGULAR:** İki vajinal doğumu olan hastanın çocukluktan beri gece ve gündüz ara ara idrar kaçırması olduğunu ve son üç yıldır günde 5-6 ped ve 2 iç çamaşırı ıslattığı öğrenildi. Jinekolojik muayenede external üretral meadan dışa doğru yaklaşık 3-4 cm lik prolobe üretral mukoza gözlenildi (Şekil 1). Üre, kreatin değerleri ve tam idrar analizi normal idi. Ultrasonoğrafide sol böbrek grade III hidronefrotik böbrek izlendi. Postvoiding rezüdü ultrasonda izlenmedi. Sistoskopide üretral mukozanın tamamen external meadan protrüde olduğu gözlenildi. Trigonun ve orifislerin lokalizasyonu ve yapısı normal idi. Üreteroskopik incelemesinde üreterde yaygın kingler gözlenildi. Üretere pelvik bölge açık idi. Prolabe üretral mukoza eksizye edilip primer onarım yapıldı. Patolojik incelemede çok katlı yassı epitel ile örtülü üretral mukozası gözlenildi. Cerrahi sonrası 3 ayda yapılan muayenede üretral prolapsuz kaybolmuş idi. Yine 3. ayda yapılan voiding sistoureterogramda veziküüretral reflüye rastlanmadı ve işeme sonrası rezüdü idrar kalmadığı gözlemlendi. DTPA renal



sintigarfide sol böbrek glomerül filtrasyon hızı (GFR) 6.1 ml/dk sağ 25.1ml/dk splite renal fonksiyonlar sol solda %20 ve sağda %80 görüldü Cerrahi sonrası hastanın idrar kaçırma şikayeti düzeldi.

**ÇIKARIMLAR:** Total üretral prolapsusta en sık kabul gören teori üretra iç ve dış tabaka arası zayıf bağ doku tutunmasıdır. Genetik hastalık ,anormal anatomik üretra, nöromuskuler bozukluklar, elastik doku eksikliği de gözlenebilir. Medikal tedavide %67 rekürrens oranına sahiptir. En popüler yaklaşım tarzı olan eksizyon ve üretral sınırdan prime onarım ile prolapsusu ve inkontinansı kayboldu.

P-111

## %fPSA, PROSTAT KANSERİ HASTALARINDA GLEASON SKORU HAKKINDA PREDİKTİF DEĞER VEREBİLİR Mİ?

Yunus Emre Göger,<sup>1</sup> Giray Sönmez,<sup>1</sup>

Mehmet Mesut Pişkin,<sup>2</sup> Mehmet Kılıncı,<sup>1</sup> Hasan Esen<sup>3</sup>

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Konya

2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Üroloji, Konya

3. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Konya

**AMAÇ:** Prostat kanseri gelişmiş ülkelerde, erkeklerde en sık görülen kanserdir.PSA erken tanı ve tedavide halen önemli yerini muhafaza etmektedir.Yüksek PSA'lı hastaların %80'i 4-10ngr/dl arasındadır.%fPSA ise PSA'sı 10'nun altındaki hastalarda biyopsi endikasyonunun da kullanılan, sensitivitesi ve spesivitesi yüksek bir parametredir. Bizde PSA 10'un altında olan prostat kanseri hastalarında gleason skoru ile %fPSA arasındaki ilişkiyi araştırdık.

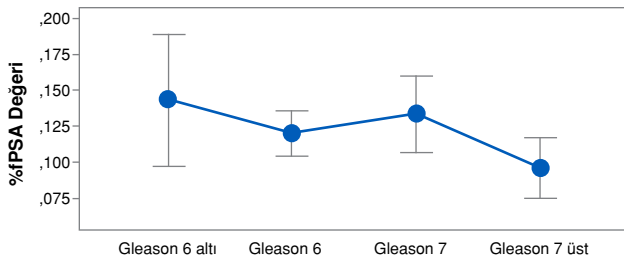
**YÖNTEM:** Prostat biyopsi sonucu prostat kanseri gelen 113 hasta çalışmamıza alındı. Hastaların ort PSA'sı:7,8(4-10), ort yaş: 67,7(51-81), ort %fpsa:0,12(±0,3)'di. Hastalar Gleason skoruna göre 6 altı, 6, 7, 7 üstü olmak üzere 4 gruba ayrıldı. 1. Grup 13 hasta olup PSA:6,7(±2,2), %fPSA:0,14(±0,07) di, 2. Grup 61 hasta PSA:6,9(±1,8), %fPSA:0,11(±0,2)'di, 3. Grup 29 hasta PSA:7,4(±2), %fPSA:0,13 (±0,07)'di, 4. Grup 10 hasta PSA:8,6(±1,8), fPSA:0,09(±0,02)'di. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Gruplar karşılaştırıldığında PSA değeri arttıkça ve %fPSA değeri düştükçe gleason skorunun arttığı ve aralarında ilişki olduğu tespit edildi. Gleason skoru özellikle 7'nin üstünde %fPSA değerinin 0,10'nun altına kadar düştüğü görüldü.%fPSA ile gleason skoru arasında indepentent test ve Kruskal Walls testi uygulandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi (p=0,2) (tablo 1). Aynı testler PSAD ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamsız kabul edildi (p=0,56). Bunun üzerine sonuçlarla ilgili ROC eğrisi çizildi. ROC eğrisi altında toplam kalan alan 0,367 olup ayırım yeteneğine sahip bir test olduğu görüldü (tablo2). sensitivite ve , spesivite değerinin en yüksek olduğu değer 0,12 olarak hesaplandı. Bu değerde sensitivite %28,5, spesivite %58, , PPD %46, NPD%39 olarak ölçüldü.

**ÇIKARIMLAR:** %fPSA ile Gleason skoru arasında bir ilişki olabileceğini ortaya koyduk. Özellikle

**Tablo 1:** Prostat Kanseri Hastalarının Genel Değerlendirilmesi

PATOLOJİ		YAŞ	PSA	fPSA	Prostat Hacmi	%fPSA	PSAD
Gleason 6 altı	N	13	13	13	13	13	13
	Mean	67.3	6.77	1.18	38.92	0.14	0.2
	Std. Deviation	5.96	2.2	0.72	11.79	0.07	0.12
Gleason 6	N	61	61	61	61	61	61
	Mean	63.52	6.94	0.95	41.3	0.11	0.18
	Std. Deviation	8.19	1.82	0.94	15.72	0.06	0.07
Gleason 7	N	29	29	29	29	29	29
	Mean	67.9	7.49	1.04	45.2	0.13	0.16
	Std. Deviation	6.68	2	0.63	14.58	0.07	0.05
Gleason 7 ve üstü	N	10	10	10	10	10	10
	Mean	64	8.64	1.81	44.1	0.09	0.21
	Std. Deviation	4.18	1.8	3.06	11.6	0.02	0.09

**Tablo 1:** ROC eğrisi ve %fPSA grafikleri

%fPSA 0.12'nin altındaki hastalarda yüksek gleason skoru görülme riskinin arttığı ve ona göre tedavinin planlanması gerektiğini düşünmekteyiz. Aralarındaki ilişkiyi daha iyi ortaya koymak için yüksek sayıda çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

P-112

### TRİGLİSERİD-HIGH DENSİTY LİPOPROTEİN KOLESTEROL ORANI İLE BENİGN PROSTATE HİPERPLAZİSİ/ ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hüseyin Beşiroğlu,<sup>1</sup> Murat Dursun<sup>2</sup>

1. S.B. Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul  
2. Bahçelievler Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul

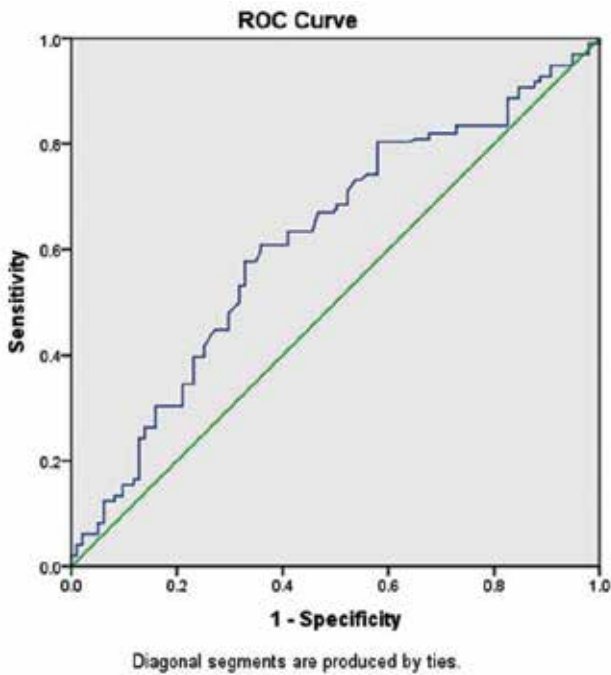
**AMAÇ:** Bu çalışmada amacımız benign prostat hiperplazisi (BPH) parametreleri ile trigliserid (TG)/high density lipoprotein (HDL) kolesterol oranı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

**YÖNTEM:** Üroloji polikliniğine 2014 Ocak ile 2014

Aralık arasında BPH nedeniyle alt üriner sistem semptomları ile başvuran 400 hasta çalışmaya alındı. Hastalar uluslararası prostat semptom skoru (IPSS) değerlendirmesine göre hafif-orta (<19) ve ağır (>19) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastalara ayrıca prostat volümüne (>50 ml, <50 ml) göre de iki gruba ayrıldı. Her iki grup kendi içinde yaş, vücut kitle indeksi, açlık kan şekeri, trigliserid, total kolesterol, low density lipoprotein (LDL)-kolesterol, HDL-kolesterol, trigliserid/HDL oranı yönünden incelendi. Her iki grubun verilerini karşılaştırmada Mann-Whitney U test kullanıldı. TG/HDL oranının prostat volümünü belirlemede duyarlılık ve özgünlüğünü test etmek için ROC eğrisi çizildi ve eğri altındaki alan hesaplandı.

**BULGULAR:** Semptom skorlarına göre yapılan değerlendirmede, ağır semptomlu hasta grubunda vücut kitle indeksi daha yüksek saptandı ( $27.23 \pm 3.95$ - $25.89 \pm 3.12$ ,  $p = 0.0001$ ). Açlık kan şekeri de ağır semptomlu grupta anlamlı yüksek saptanırken ( $90.75 \pm 11.56$ - $87.32 \pm 11.83$ ,  $p = 0.001$ ), total kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid ve TG/HDL oranı arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Prostat volümüne göre yapılan değerlendirmede ise yaş ( $67.26 \pm 7.97$ - $62.14 \pm 7.69$ ,  $p = 0.0001$ ), vücut kitle indeksi ( $27.39 \pm 3.67$ - $25.79 \pm 3.46$ ,  $p = 0.0001$ ) ve açlık kan şekeri ( $91.13 \pm 10.50$ - $87.09 \pm 12.70$ ,  $p = 0.0001$ ) prostat volümü yüksek olan grupta anlamlı oranda yüksek saptandı. Total kolesterol ve LDL kolesterol ortalamalarında iki grup arasında istatistiksel farklılık saptanmadı. TG/HDL oranı prostat volümü büyük olan grupta  $3.18 \pm 1.38$  ve prostat volümü küçük olan grupta ise  $2.70 \pm 1.16$  olup anlamlı farklılık saptandı ( $p = 0.0001$ ). TG/HDL oranının prostat volümünü (>50 ml, <50 ml) değerlendirmede duyarlılık ve özgüllüğünü belirlemek için çizilen ROC eğrisinde eğri altı alan (AUC) 0.617 (SD, 0.029) olarak saptandı.





**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızda trigliserid/HDL oranı ile prostat volümü arasında anlamlı bir ilişkili saptanmışken semptom skoru ile arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. BPH fizyopatolojisi ile lipid metabolizması arasındaki ilişkiyi daha iyi değerlendirmek için iyi dizayn edilmiş çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-113

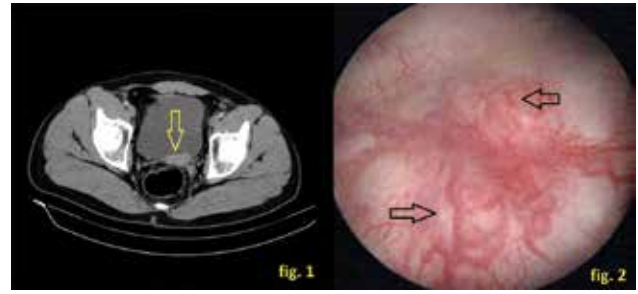
## FONKSİYONEL OLMAYAN RETROVEZİKAL YERLEŞİMLİ MESANE PARAGANGLİOMASI: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU VE YENİ BİR TEDAVİ YAKLAŞIMI

Mehmet Çağlar Çakıcı,<sup>1</sup> Levent Sağnak,<sup>1</sup>  
Ahmet Nihat Karakoyunlu,<sup>1</sup> Hamit Ersoy<sup>1</sup>

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara  
2. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Paragangliomalar kromaffin hücrelerden kaynaklanan ekstraadrenal yerleşimli nadir gözlenen nöroendokrin tümörlerdir. Nöral hücrelerin embriyolojik göçü sırasında izledikleri yol üzerinde bulunurlar.

**YÖNTEM:** Katekolamin salgılamasına göre fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan iki tipi bulunmaktadır. Fonksiyonel olmayan tipine daha



da az rastlanmaktadır. Fonksiyonel olanlar artmış katekolamin salınımına bağlı olarak baş ağrısı, yüz kızarması, terleme, hipertansiyon atakları, hematüri, postmiksyonel senkop gibi klinik semptomlar ile ortaya çıkabilmektedir.

**BULGULAR:** Feokromasitomaların yaklaşık %10'u olan paragangliomalar içerisinde %6 oranında bulunan mesane kaynaklı paraganglioma çoğunlukla kadınlarda görülen ve benign karakterde olan tümörlerdir. Tedavisinde eksizyonel cerrahi prosedürler uygulanmakta olup hastanın rekürrens ve metastaz açısından takibe alınması gerekmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Biz bu vaka sunumunda, 32 yaşındaki bir erkek hastada nadir gözlenen, fonksiyonel olmayan retrovezikal yerleşimli mesane paraganglioması'nı ve tedavisinde, literatür taramamıza göre muhtemelen ilk defa uygulanan, transüretal görüntüleme eşliğinde eş zamanlı olarak laparoskopik parsiyel sistektomi yöntemiyle eksizyonunu tartışmayı amaçladık.

P-114

## DİSTAL HIPOSPADİAS OLGULARINDA TUBULARİZED İNCİSED PLATE URETHROPLASTY (TIPU) DENEYİMLERİMİZ

M. Serdar Buğday,<sup>1</sup> Abdullah Gül,<sup>1</sup> Murat Gül,<sup>1</sup>  
Sedat Karakoç<sup>2</sup>

1. SB Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van  
2. SB Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van

**AMAÇ:** Sık görülen konjenital deformitelerden biri olan ve üretranın tam olarak gelişmemesinden kaynaklanan hipospadias tedavisi için birçok cerrahi teknik tanımlanmıştır. Biz de bu cerrahi tekniklerden en yaygın olan tubularized incised plate urethroplasty (TIPU) deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Nisan 2013 ve Nisan 2015 yılları arasında 20 TIPU uygulanan distal hipospadiaslı olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların

yaşı, mea lokalizasyonu, kordi mevcudiyeti, operasyon süresi, üretral sonda çıkartılma zamanı, hospitalizasyon süresi ve komplikasyon açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 13,05 (1-25 yaş) idi. Olguların hiçbirinde kordi mevcut değildi. Beş hastanın meası coronal, 9 hastanın subcoronal, 6 hastanın ise distal penil yerleşimiydi. Ortalama operasyon süresi 60 dk (50dk-70dk), ortalama hospitalizasyon süresi 3,8 gündü (2-10). Üretral kateterler 10. gün kontrolünde çıkartıldı. Olgularda erken komplikasyon görülmezken; 3 hastada fistül, 1 hastada total yara açılması, 1 hastada da darlık gelişti.

**ÇIKARIMLAR:** TIPU operasyonu düşük komplikasyon oranları ve iyi kozmetik sonuçlarıyla özellikle distal hipospadiaslı olgularda güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

P-115

## YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERİNDE CERRAHİ VE RADYOTERAPİNİN ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ

Taha Numan Yıkılmaz,<sup>1</sup> İsmail Selvi,<sup>1</sup> Erdem Öztürk,<sup>1</sup> Halil Başar<sup>1</sup>

1. S.B. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Yüksek riskli prostat kanseri, tüm prostat kanseri hastalarının % 40' ını oluşturmaktadır. Bu hastalarda cerrahi veya radyoterapi (RT) + androjen deprivasyon tedavisi (ADT) önerilebilmektedir. Yüksek riskli hastalarda en iyi tedavi yaklaşımının ne olduğu, halen tartışmaya açık bir konudur. Çalışmamızda yüksek riskli prostat kanserinde cerrahi ve radyoterapinin onkolojik sonuçlarını karşılaştırdık.

**YÖNTEM:** Ocak 2008-Haziran 2015 arasında kliniğimizde yüksek riskli prostat kanseri tanısıyla tedavi edilen 50 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Açık radikal retropubik prostatektomi (RRP) yapılan 20 hasta cerrahi grubu, RT+ADT tedavisi verilen 30 hasta radyoterapi grubu olarak karşılaştırıldı. Gruplar demografik özellikleri, onkolojik sonuçları, biyokimyasal nüks (BKN) ve sağ kalım açısından incelendi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 65.9 (51- 83 aralığında), ortalama başlangıç PSA seviyeleri 24.2 (1- 94.9 aralığında) ve ortalama takip süresi 50.24 ay (6- 104 aralığında) olarak hesaplandı. Takip süresi

**Tablo 1:** Olguların gruplar halinde karakteristik özellikleri

	Cerrahi	Radyoterapi
Hasta sayısı (n)	20	30
Yaş ortalaması (yıl)	61.55	68.8
Ortalama PSA değeri (ng/mL)	16.58	29.28
Biyopsi Gleason skoru (ortalama)	7.75	7.56
Cerrahi sınır pozitifliği (n)	5	-
Ekstrakapsüler invazyon (n)	4	-
Seminal vezikül invazyonu (n)	5	-
Lenf nodu tutulumu (n)	2	-
Ortalama takip süresi (ay)	55.7	46.6
Biyokimyasal nüks oranı	% 55 (n:11)	% 10 (n:3)
Hastaliksız sağ kalım (ay)	18.1 (10-31)	45.1 (6-104)

cerrahi grupta 55.7 ay, RT grubunda 46.6 ay idi. Hasta yaşı, başlangıç PSA değeri ve klinik evre RT grubunda daha yüksek saptandı ancak anlamlı bir istatistiksel fark bulunmadı. (Tablo 1) Cerrahi grupta 11 hastada (% 55), RT grubunda ise 3 hastada (% 10) BKN görüldü. Cerrahi sonrası cerrahi sınır pozitifliği olan (CS+), ekstrakapsüler yayılımı olan (EKY) ve seminal vezikül invazyonu (SVI) saptanan 6 (% 30) hastaya adjuvan RT planlandı. Ortalama 24.6 aylık takipte, bu hastaların ikisinde (% 10) adjuvan RT sonrasında BKN gözlenmezken, 4 (% 20) hastada BKN saptandı. Cerrahi sonrası CS+, EKY ve SVI içermeyen 14 (% 50) hastanın ortalama 27.4 aylık takibinde, 7 (% 35) hastada BKN gözlemlendi ve salvaj RT uygulandı. Cerrahi grupta hastaliksız sağ kalım süresi 18.1 ay (10-31 aralığında) iken; radyoterapi grubunda 45.1 ay (6-104 aralığında) olarak hesaplandı. (Tablo 1)

**ÇIKARIMLAR:** Literatürdeki pek çok çalışmaya benzer şekilde, çalışmamızda da yüksek riskli prostat kanserinde RT+ADT uygulanan hastaların RRP uygulananlara göre, daha iyi onkolojik sonuçlar içerdiğini saptadık.

P-116

## BÖBREK TÜMÖRÜNÜN TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPIK RADİKAL NEFREKTOMİ

Mehmet Özen,<sup>1\*</sup> Ender Özden,<sup>1</sup> Murat Gülşen,<sup>1</sup>  
Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup>  
Şaban Sarıkaya,<sup>1</sup> Ali Faik Yılmaz<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Günümüzde böbrek tümörü tanısıyla radikal nefrektomi planlanan hastalarda laparoskopik yaklaşım standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmada laparoskopik radikal nefrektomi deneyimizi sunduk.

**YÖNTEM:** Eylül 2009 ve Temmuz 2016 tarihleri arasında böbrek tümörü nedeni ile laparoskopik radikal nefrektomi uygulanan 183 olgu değerlendirmeye alındı. Olguların ortalama yaşı  $60,28 \pm 13,82$  (18-89) yıl, erkek/kadın oranı 126/57 idi. Kitle 76 olguda sağ, 107 olguda ise sol böbrekte idi. 149 olguda transperitoneal, 34 olguda ise retroperitoneal yaklaşım uygulandı. Olguların 11 tanesine nefroureterektomi yapıldı. İki tanesine eş zamanlı radikal sistektomi yapıldı. Sol laparoskopik radikal nefrektomi yapılan hastalardan birine eş zamanlı olarak açık karaciğer metastazektomi yapıldı. Olguların ikisine eş zamanlı kontrolateral laparoskopik adrenaektomi, bir tanesine ise bilateral adrenaektomi yapıldı. İki olguda renal vendeki tümör trombüsü spesmen tarafında bırakılarak laparoskopik radikal nefrektomi tamamlandı.

**BULGULAR:** Ortalama cerrahi süre  $99,13 \pm 41,5$  (19-215) dakika ve tahmini kan kaybı  $119,2 \pm 98,6$  (20-600) ml, ortalama hastanede yatış süresi ise  $3,7$  (2-34) gündü. Toplam (%2.1) olguda peroperatif 18(%9,8) olguda postoperatif komplikasyon izlendi. Hiler lenfadenopati ve üst şpolde komşu organ sınırında

yapışıklık nedeni ile iki hastada elektif şartlarda açık yöntemle geçildi. Patolojik olarak olguların 129 unda renal hücreli karsinom; 14 ünde ürotelyal karsinom, 10'unda onkositom, 1'inde ksantogranülamatöz pyelonefrit ve diğer hastalarda benign olarak raporlandı. 6 hastada metastatik hiler lenf nodu, 3 hastada renal ven invazyonu gözlemlendi. Hastaların ortalama takip süreleri  $37,8 \pm 25,3$  ay idi. eGFR değerleri preoperatif  $74,5 \pm 29,2$  (6146) ml/dk ve post operatif erken dönemde  $59,3 \pm 24,6$  (6129) ml/dk olarak hesaplandı. Hastaların demografik ve operatif verileri tablo 1 de verilmiştir. Olguların 18'i preoperatif dönemde metastatik idi ve 5 tanesi takiplerde exitus oldu. 7 hastada postoperatif takiplerinde metastaz izlendi ve 2 tanesi exitus oldu.

**ÇIKARIMLAR:** Böbrek tümörlerinde laparoskopik cerrahi güvenle kullanılabilir bir yöntemdir.

P-117

## BÖBREK TAŞLARININ TEDAVİSİNDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Mehmet Özen,<sup>1\*</sup> Yakup Bostancı,<sup>1</sup> Süleyman Öner,<sup>1</sup>  
Yarkın Kamil Yakupoğlu,<sup>1</sup> Ender Özden,<sup>1</sup> Şaban Sarıkaya,<sup>1</sup>  
Ali Faik Yılmaz<sup>1</sup>

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

**AMAÇ:** Kliniğimizde üst üriner sistem taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi (PNL) yapılan olguların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**YÖNTEM:** Ekim 2001 - Temmuz 2016 tarihleri arasında hastanemizde üroloji kliniğinde toplam 1882 olguya perkutan nefrolitotomi uygulandı. Olgular litotomi pozisyonuna alındıktan sonra böbreğe ureter katateri takıldı ve hastalara prone pozisyon verildi. Ardından C kollu floroskopi altında perkütan girişim yapıldı. Dilatasyon olarak 14 F, 20 F, 28 F veya 30 F dilatör kullanılarak giriş yolu oluşturuldu. "All Seeing Needle" aracılığı ile mikroperk yapılan olgular ayrı olarak değerlendirildi. Taşlar Holmium:YAG lazer, pnömotik veya ultrasonik litotriptör kullanılarak fragmente edildi.

**BULGULAR:** Ekim 2001 - Temmuz 2016 tarihleri arasında PNL yapılan 1655 erişkin, 227 çocuk toplam 1882 olgu retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların 698'i kadın, 1184'sı erkek idi. Yaş ortalaması  $43,3$  (1-87) yıl olarak izlendi. Tablo 1'de hastaların demografik ve operatif verileri verilmiştir. Major komplikasyonlar 11 hastada hidrotoraks/pnömotoraks (göğüs tüpü takıldı), 1 hastada vasküler

**Tablot 1:** Hastaların demografik ve operatif verileri

Sayı	183
Ortalama yaş (yıl)	$60,28 \pm 13,82$ (18-89)
Cinsiyet (K/E)	126/57
Yön (sağ/sol)	76/107
Ameliyat süresi (dk)	$99,13 \pm 41,5$ (19-215)
Anestezi süresi (dk)	$136,8 \pm 44,8$ (40-245)
Ortalama kan Kaybı(ml)	$119,2 \pm 98,6$ (20-500)
Ortalama Tümör Çapı(mm)	$59,55 \pm 28,6$ (30- 190)
Hospitalizasyon(gün)	$3,7$ (2-34)

yaralanma (anjioembolizasyon yapıldı), 3 hastada barsak yaralanması (kolostomi açıldı), 2 hasta da exitus (ürosepsis) idi. Tablo -2 de komplikasyonlara ait veriler verilmiştir.

**ÇIKARIMLAR:** Uygun hasta seçimi ve kazanılan deneyimle birlikte PNL, böbrek taşlarının tedavisinde güvenli ve etkin bir yöntemdir.

**Tablot 1:** Hastaların demografik ve operatif verileri

Sayı	1882
Ortalama yaş (yıl)	43,3 (1-87)
Cinsiyet (K/E)	698/1184
Erişkin/çocuk	1655/227
Yön (sağ/sol/bilateral)	895/936/51
Opasite (opak/semiopak/nonopak)	1596/119/167
Akses sayısı	1.18 ±0,51
Ameliyat süresi (dk)	77 ±38,2
Anestezi süresi (dk)	113,3±41,7
Floroskopi süresi (dk)	5,1 ±3,5
Kullanılan irrigasyon mayisi (lt)	15,4 ±7,4
Floroskopi süresi (dk)	5,1 ±3,5
Taşsızlık oranı (%)	82,8
Hb düşüşü (gr/dL)	1,2±1,1
Komplikasyon sayısı (%)	109 (6,2)
Kan Transfüzyonu (%)	103 (5,7)
Diversiyon çekme zamanı (gün)	2,8 ±1,3
Hospitalizasyon (gün)	3,8 ±2,7

**Tablot 2:** Komplikasyon oranları

Sınıflama	Komplikasyon	n
Clavien 1	Ateş	18
Clavien 2	Kan transfüzyonu	6
	Antibiyotik tedavisi	20
Clavien 3	DJ/nefrostomi Takılması	45
	Hidrotraks/ pnomotoraks	11
	Kolon Perforasyonu	3
	Vasküler yaralanma	1
Clavien 4	Ürosepsis	2
	Aspirasyon Pnomonisi	1
Clavien 5	Exitus	2

P-118

## SKROTUMUN ADENOMATOİD TÜMÖRÜ

Çağatay Tosun,<sup>1</sup> Mehmet Remzi Erdem,<sup>1</sup>  
Feridun Şengör,<sup>2</sup> Ömer Ergin Yücebaş,<sup>2</sup>  
Ahmet Rüknettin Aslan,<sup>2</sup> Mehmet Akif Ramazanoğlu<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hast. Üroloji, İstanbul  
2. DİĞER, üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Skrotumun adenomatoid tümörü benign, solid, ekstartestiküler bir lezyondur ve epididim, tunika vaginalis veya spermatik korddan köken alır. İnsidental olarak rastladığımız adenomatoid tümör vakasını sunacağız.

**YÖNTEM:** 34 yaşında erkek hasta acil servise ateşli silah yaralanması öyküsü ile başvuruyor. Hastanın sağ femurdan giren kurşun skrotumu ve sağ testisini parçalayarak çıkmıştı. Hastaya acil skrotal orşiektomi yapıldı. Debride dokular çıkarılıp dren konup işlem sonlandırıldı. Hasta babsını 42 yaşında iken metastatik testis tümörü nedeniyle kaybetmiş.

**BULGULAR:** Hastamızın testis dokusunda yapılan patolojik incelemede spermatik kordda cerrahi sınıra 5 mm uzaklıkta insidental olarak tesbit edilen adenomatoid tümör görüldü. Hastanın babasında testis tümörü öyküsü olması nedeniyle diğer testisine de skrotal ultrason yapıldı ve tümör belirteçlerine bakıldı. Patolojik bulgu saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** İnsidental olarak rastlanan skrotumunun adenomatoid tümörü benign bir lezyondur.

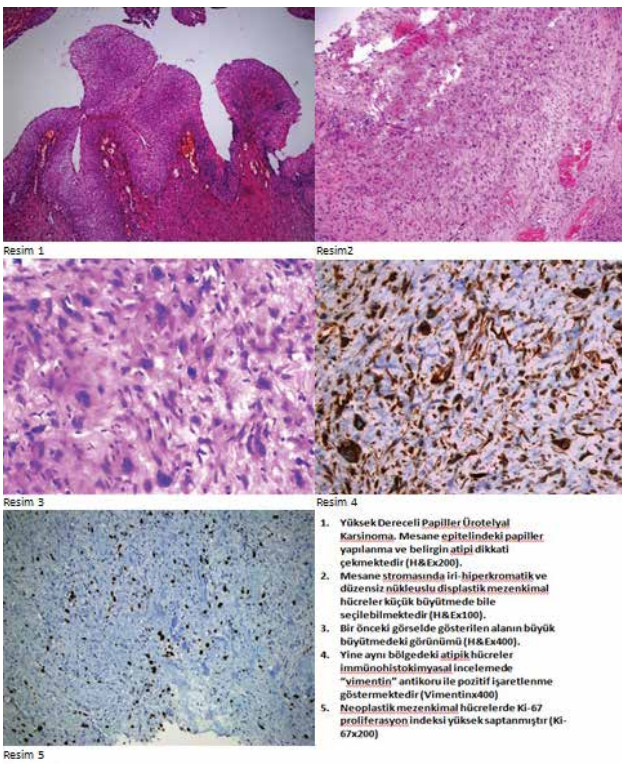
P-119

## MESANE TÜMÖRÜNDE RADYOTERAPİ SONRASI GELİŞEN MESANE SARKOMU: OLGU SUNUMU

Ramazan Demirci,<sup>1</sup> Sami Uğuz,<sup>1</sup> Murat Zor,<sup>1</sup> Melih Kılınc,<sup>2</sup>  
Ayhan Özcan,<sup>1</sup> İbrahim Yıldırım<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Üroloji, Ankara  
2. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Patoloji, Ankara

**AMAÇ:** Mesane kanserlerinin büyük bir kısmı (%95-98) üretelyal kanserlerdir. Sarkomatoid tip mesane tümörleri nadir olup tüm mesane kanserlerinin % 0.3'ünü oluşturmaktadır. Bu tümörlerde etyoloji tam olarak bilinmemekle beraber radyoterapiye sekonder görülebilmektedir. Bu bildiride mesane tümörü nedeni ile takipli bir hastada radyoterapiye sekonder mesane sarkomu sunulmuştur.



**YÖNTEM:** Ağrısız pıhtılı hematüri şikayeti ile 60 yaşında erkek hasta üroloji polikliniğine müracaat etti. Yapılan ultrasonografisinde mesanede yaygın kitlesel oluşum ve hematoma izlendi. Hastaya TUR-MT yapıldı ve Patolojik değerlendirilmedi; düşük dereceli ürotelyal tümör geldi. Tümör yükünün fazla olmasından dolayı hastaya sistektomi önerildi, fakat hastanın kabul etmemesi üzerine hastaya kemoterapi ve radyoterapi uygulandı. Kemoterapi ve radyoterapi sonrasındaki kemik sintigrafisinde metastaz ile uyumlu bulgu saptanmadı. Hastanın birinci yıl sistoskopisinde tümör nüksetmiş ve yapılan TUR-MT patolojisi yine düşük dereceli ürotelyal tümör geldi. Hastaya yeniden kemoradyoterapi uygulandı. Hasta 2 yıl takibe gelmedi, sonrasında hematüri şikayeti ile müracaat etti. Hastaya sistoskopi yapıldı ve mesanede yaygın tümöral oluşumlar görüldü. Hastaya TUR-MT yapıldı ve prostatik üretradan biyopsi alındı. Patolojik değerlendirilmedi; düşük dereceli ürotelyal tümör geldi. Hastaya yeniden sistektomi önerildi ve hastaya sistoprostatektomi operasyonu uygulandı.

**BULGULAR:** Sistoprostatektomi materyalinin patolojik değerlendirmesinde epitelial ve sarkomatoid tip komponentler bulunmuştur. Hastanın 2 yıl önceki patolojik preparatları yeniden incelendiğinde ilk patolojisinde hafif derecede stromal atipi olduğu, radyoterapi sonrasındaki patolojisinde ise artmış stromal atipinin olduğu dikkati çekti. Sistoprostatektomi materyalinin patolojik incelemesinde yer alan sarkomatoid komponentin radyoterapiye sekonder olduğu tespit edildi. Hastaya postoperatif 3. ayda PET tetkikinde paraaortik ve parakaval lenf nodları (SUVmax:2.5) saptandı, sağ akciğer üst lobda ise

fokal tutulum izlendi (SUVmax:5.6). Hasta yeniden kemoterapiye yönlendirildi.

**ÇIKARIMLAR:** Mesane tümörlü hastalarda radyoterapi sonrası gelişen mesane sarkomu oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Tanısı bu olgudaki gibi sistoprostatektomi sonrasında konulabilir. Radyoterapi alan mesane tümörlü hastalarda 3-4 yıllık süre zarfında nüks görüldüğünde sarkomatoid tümörler akılda tutulmalıdır.

P-120

## PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİMİZ VE KOMPLİKASYONLAR

Ali Güneş,<sup>1</sup> Ali Beytur,<sup>1</sup> Fatih Oğuz,<sup>1</sup> İbrahim Topçu,<sup>2</sup>

1. DİĞER, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

2. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

**AMAÇ:** Mart 1998'den Ağustos 2016 sonuna dek kliniğimizde yapılan 3193 perkütan nefrolitotomi işlemi, major komplikasyonları açısından değerlendirildi.

**YÖNTEM:** Perkütan nefrolitotomi işlemleri genel anestezi altında yapıldı. Supin pozisyonda sistoskopi yapıldıktan sonra C kollu floroskopi eşliğinde üreter kateteri takıldı. Sonrasında hastalar prone pozisyona alınarak floroskopi eşliğinde metal iğne ile böbreğe girildi. Amplatz renal dilatör setiyle veya balon dilatörle dilatasyon sağlandı. İşlem sonrası renal kılıf içerisinden nefrostomi kateteri yerleştirildi. Perkütan nefrolitotomi sonrası 4 mm'den küçük asemptomatik taşlar, klinik önemsiz taş rezidüleri kabul edildi.

**BULGULAR:** Toplam 2841 (%88,9) işlemde tam taşsızlık sağlandı. Vakaların 192 (%0,06) sinde transfüzyon gerektiren kanama oluştu. Bu hastaların 16 (%0,005) sında anjiyoembolizasyon gerektiren kanama oldu. İşlemlerin 185 (%0,05) inde DJ stent takıldı. Bu hastaların 47 (%0,014) sinde ürinom

Tablot	
<b>Toplam hasta sayısı</b>	<b>3193</b>
Taştan temizleme	2841 (%88,9)
Transfüzyon gerektiren kanama (16 hastaya embolizasyon yapıldı)	192 (%0,06)
Anjiyoembolizasyon gerektiren kanama	16 (%0,005)
DJ stent takılması	185 (%0,05)
Ürinom	47 (%0,014)
Pnömo / hidrotoraks	25 (%0,007)
Kolon perforasyonu	1 (%0,003)
Nefrostomi süresi	2,5 gün
Hospitalizasyon süresi	3,2 gün

nedeniyle DJ stent takıldı. Toplam 24 olguda (%0,007) pnömotoraks, 1 (%0,003) hastada hidrotoraks oluştu. Bir hastada (%0.003) kolon perforasyonu oluştu. Kolon perforasyonu olan hastada at nalı böbrek anomalisi vardı. Kanaması olan bir hastada embozilizasyonla kanama odağı saptanamadı ve açık onarım yapıldı. Ortalama nefrostomi süresi 2.5 gün ve ortalama hospitalizasyon süresi 3.2 gün olarak hesaplandı.

**ÇIKARIMLAR:** Hastaların hastanede kısa kalış süresi, düşük tedavi maliyeti, açık böbrek taşı cerrahisine oranla daha fazla hasta konforu ve hastaların gündelik hayatlarına daha erken dönmeleri ve daha az komplikasyon oranları perkütan nefrolitotominin avantajlı yönleridir.

P-121

## BÖBREĞİN HİDATİK KİST HASTALIĞI VE LAPAROSKOPI İLE TEDAVİSİNİN SONUÇLARI

Çetin Demirdağ,<sup>1</sup> Sinharip Çitgez,<sup>2</sup> Ahmet Gürbüz,<sup>1\*</sup> Oktay Demirkesen,<sup>3</sup> Bülent Önal,<sup>1</sup> Nur Ahmet Erözenci,<sup>1</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

2. Silivri Devlet Hastanesi, Üroloji, İstanbul

3. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Böbreğin hidatik kist hastalığı tedavisinde laparoskopik girişim efektif ve güvenilirdir. Transperitoneal laparoskopi ile tedavi ettiğimiz kist hidatikli böbrek hastalarının sonuçları sunulmaktadır.

**YÖNTEM:** Mart 2004 ve Ağustos 2016 tarihleri arasında böbreğin kist hidatik hastalığı olan 11 hasta transperitoneal laparoskopik girişim ile opere edildi. Hastaların ortalama yaşı 35,3 (5-51) idi. Hastaların ortak şikayeti lomber ağrıydı ve 8 hastada palpabl kitle mevcuttu. Ekinokokus granulosus için yapılan serolojik değerlendirme 5 hastada pozitif tespit edildi. Karaciğer ve akciğer normaldi. Yapılan bilgisayarlı tomografide (BT) ortalama kist boyutları 89 mm (40-150) olarak tespit edildi.

**BULGULAR:** Ortalama operasyon süresi 128 dk (120-150) ve hastanede kalış süresi 4 gün (3-13) olarak belirlendi. Hastaların hiçbirinde operasyon esnasında ya da sonrasında komplikasyon izlenmedi. Ortalama takip süresi 30 ay (18-40) olarak hesaplandı. Hastaların hiçbirinde takip süresi boyunca rekürrens gözlenmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Laparoskopik girişim ile böbreğin hidatik kist hastalığının tedavisi uygulanabilir, etkili ve güvenilir bir yöntemdir. Uzun dönem sonuçlarını bildiren prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-122

## DÜŞÜK RİSKLİ YÜZEYEL MESANE KANSERLERİNDE OPERASYON SONRASI TEK DOZ İNTRAVEZİKAL KEMOTERAPİ UYGULAMASI: MITOMİSİN VS. EPİRUBİSİN

Müslim Doğan Değer,<sup>1</sup> Kaan Çömez,<sup>1\*</sup> Ozan Bozkurt,<sup>1</sup> Ömer Demir,<sup>1</sup> Uğur Mungan,<sup>1</sup> Ahmet Adil Esen<sup>1</sup>

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, İzmir

**AMAÇ:** Avrupa Üroloji Derneği kasa invaziv olmayan mesane tümörü kılavuzunda, düşük ve orta riskli yüzeysel mesane kanserleri için transüretral tümör rezeksiyonu sonrası tek doz intravezikal kemoterapi uygulamasını önermektedir. Sylvester ve ark.2016 yılında yayınladıkları metaanalizde düşük riskli ve seçilmiş orta riskli(önceki nüks hızı ≤ 1 nüks/yıl, EORTC nüks skoru <5) yüzeysel mesane kanserlerinde operasyon sonrası tek doz intravezikal kemoterapi uygulamasının nüksü %14 oranında azalttığı saptamışlardır. Biz de bu çalışmamızda günlük pratiğimizde kullandığımız tek doz intravezikal kemoterapi uygulaması sonrası takip sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde yüzeysel mesane tümörü tanısıyla transüretral tümör rezeksiyonu yapılan, EORTC risk grubu sınıflamasına göre düşük risk grubunda (primer, tek, < 3 cm, Ta düşük dereceli, karsinoma in situ yok) yer alan ve postoperatif tek doz intravezikal kemoterapi alan 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar postoperatif dönemde tek doz 50 mg epirubicin (n:39) ve 40 mg mitomisin c (n:24) verilmesine göre iki gruba ayrıldı. Hastaların en fazla 3 yıllık takip süresi değerlendirildi. Her iki grubun yaş, takip süresi, tümör boyutu, nüks oranı, nüks görülmeden geçen süre, progresyon sayısı, sigara içme oranı ve progresyonsuz geçen süreleri retrospektif olarak karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Her iki grubun ortalama yaş, takip süresi ve tümör boyutu benzerdi (Tablo 1). Sigara içme oranı mitomisin grubunda %43.6, epirubisin grubunda % 54.2 olarak saptandı. Hiçbir hastada uygulama sonrası komplikasyon gözlenmedi. Takiplerde mitomisin grubunda dört (%16.7) hastada nüks saptanırken, epirubisin grubunda 13 (%33.3) hastada nüks saptandı ve bu istatistiksel olarak anlamlıydı. Nüksüz geçen süre açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Mitomisin grubunda tümörlerde

**Tablot 1:** Her iki grubun yaş, operasyon ve takip sonuçlarının karşılaştırılması

	Epirubicin	Mitomisin	p
n	39	24	
Yaş	64,4±6,6 ( )	66,0±12,7	0.174
Takip süresi	14,6±9,6	13,5±10,1	0.168
Tm boyutu (mm)	20,9±7,5	19,3±7,9	0.719
Nüks (n/%)	13/33,3	4/16,7	<0,05
Nüksüz süre (ay)	7,1±5,4	7,8±3,9	0.569
Progresyon sayı (n/%)	2/5,1	0/0	
Progresyonsuz süre (ay)	16,3±9,7	-	

progresyon saptanmazken, epirubisin grubunda iki (%5.1) hastada progresyon saptandı. Epirubisin grubunda ortalama progresyonsuz süre 16.3±9.7 ay olarak saptandı (Tablo 1).

**ÇIKARIMLAR:** Literatürde yapılan indirek karşılaştırmalı çalışmalarda mitomisin c ve epirubisin uygulamaları eşit etkinlikte saptanmıştır. Yaptığımız bu çalışmada günlük pratiğimizde dönemsel olarak uyguladığımız mitomisin c uygulamasının kısa dönem sonuçları değerlendirildiğinde nüks ve progresyon oranlarının epirubisin grubuna göre daha az olduğu görülmektedir. Uygulamaların etkinliğinin daha iyi değerlendirilebilmesi için, çok merkezli, prospektif ve randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

P-123

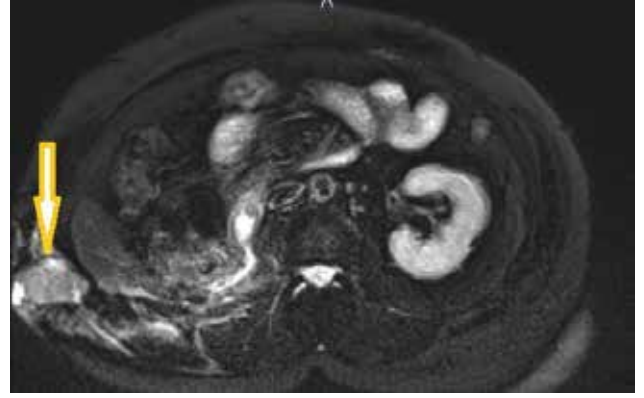
## DİSTAL ÜRETER ÜROTELYAL KARSİNOMUNUN BATIN SAĞ YAN DUVARINDA REKÜRRENSİ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Mehmet Necmettin Mercimek,<sup>1</sup> Hatem Kazımoğlu,<sup>1,2</sup>

1. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep  
2. Sanko Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Gaziantep

**AMAÇ:** Üst üriner sistem ürotelyal tümörlerinde tümör derecesi mesane ve mesane dışı rekürrensler için önemli bir risk faktörüdür. Düşük dereceli tümörlerde sıklıkla mesane rekürrensleri tespit edilirken, yüksek dereceli tümörlerde ise mesane ve mesane dışı rekürrensler görülebilmektedir. Burada atipik bir lokalizasyonda; batın sağ lateral duvarda rekürrens tespit edilen yüksek dereceli distal üreter ürotelyal karsinom olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Nisan 2014 tarihinde batın sağ yan duvarda şişlik ve ağrı yakınması ile kliniğimize başvuran 68



yaşındaki kadın hastanın öyküsünden 2 yıl önce sağ radikal nefroüretrektomi ameliyatı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede sağ lomber bölgede yaklaşık 4-5 cm çaplı, fiske, üzerindeki cilt dokusunda kırmızı-mor renk değişikliği olan sert kitle palpe edildi. Radikal nefroüretrektomi materyalinin histopatolojik inceleme raporunda; makroskopik incelemede distal üreter cerrahi sınıra 2 cm uzaklıkta, lümeni çepeçevre saran ve obstrükte eden 2.5x1.5 cm boyutlarında, mikroskopik incelemede kas tabakası invazyonu gösteren yüksek dereceli ürotelyal karsinom olarak rapor edildiği öğrenildi. Hastaya abdominal MR planlandı. MR raporunda; batın sağ lateral duvarında, cilt altı yağ dokusu içerisinde batın duvarı musküler yapılarına uzanan, 5x3 cm boyutlarında, yer yer düzensiz sınırlı T1W serilerde hipo, T2W serilerde heterojen hiperintens, kontrast madde sonrası T1W serilerde kontrast tutan solid yer kaplayıcı lezyon tespit edildi (Şekil 1). Preoperatif idrar sitolojisi ve sistoskopik değerlendirmede patolojik bulgu tespit edilmedi. Batın sağ yan duvardaki kitle üzerindeki cilt dokusu ile birlikte komplet olarak çıkartıldı. Histopatolojik incelemesi yüksek dereceli ürotelyal karsinom, cerrahi sınırlar negatif, olarak rapor edildi. Postoperatif 2 yıllık yakın takiplerinde rekürrens tespit edilmedi.

**ÇIKARIMLAR:** Üst üriner sistem ürotelyal karsinomunda tümör derecesi mesane ve mesane dışı (lokal- uzak) rekürrens için önemli bir risk faktörüdür. Bu hastaların hem mesane hem de mesane dışı rekürrens açısından daha yakın takip edilmesi önerilmektedir.

P-124

## ÇOCUK HASTALARDA ÜRETERAL DOUBLE J STENTLERDE BAKTERİ KOLONİZASYONU ANLAMLI MIDIR VE ÖNCEDEN TAHMİN EDİLEBİLİR Mİ?

Yılören Tanıdır,<sup>1</sup> Farhad Talibzade,<sup>1</sup>Çağrı Akın Şekerci,<sup>1</sup> Ferruh Şimşek,<sup>1</sup> Cem Akbal<sup>1</sup>

1. S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Çocuk hastalarda Üreteral Double-J stent (ÜDJS) bakteriyel kolonizasyon varlığını ve idrar tahlilinin ÜDJS kültür sonuçlarını öngörmedeki etkinliği değerlendirildi.

**YÖNTEM:** 2012-2016 arasında kliniğimizde üreter taşı nedeniyle endoskopik cerrahi sonrası ÜDJS takılan ve ÜDJS kültürü istenen çocuk hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. İdrar kültürleri steril olan veya sterilizasyon sağlanamayan hastaların uygun antibiyotik tedavisi ile ÜDJS'leri çekildi. Çekilen stentler steril şartlarda tek parça halinde mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. Hastaların stent çıkarılmadan yapılan idrar tahlilleri anlamlı lökosit varlığı (HPF' de 5), nitrit pozitifliği, lökosit esteraz pozitifliği açısından değerlendirildi. İdrar tahlilindeki bulgularla stent kültürleri arasındaki ilişki karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Ortalama yaşı  $6,78 \pm 4,65$  yıl olan 19'u erkek, 21'i kız toplam 40 hasta değerlendirildi. ÜDJS kültürlerinden 17 tanesinde (%42,5) bakteriyel kolonizasyon saptandı. E. Faecalis (n=6), Metisiline dirençli Stafilokok (n=3), Difteroid (n=1), Koagülaz negatif Stafilokok (1), C.albicans (n=1), Bacillus anthracis dışı Bacillus suşları (1), ESBL (+) E.coli ve K.Pneumoniae (1), Morganella morganii ve Proteus (1), E.coli ve E.faecalis (n=1), Paeriginosa ve Proteus mirabilis (n=1), üremeleri rapor edildi. Altı hastada üremenin cilt kontaminasyonu olabileceği nedeniyle antibiyogram bildirilmedi. ÜDJS'nin kalma süresi, stent kültüründe üremesi olanlarda  $43,52 \pm 15,48$  gün iken üremesi olmayanlarda  $47,91 \pm 23,03$  gün idi (p=0,50). Stent kültüründe üreme saptanan ve saptanmayan hastaların ÜDJS çıkarılmadan yapılan idrar tahlili sonuçlarında gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). MRSA (+) üremesi olan hastalar dışında Ampisilin ve Gentamisin kombinasyon tedavisi preoperatif dönemde kullanılması durumunda tüm üremesi olan hastaları kapsadığı gözlemlendi (Tablo 2). Çalışmaya alınan hastalardan iki tanesine ÜDJS çekilmesini takiben ateşsiz İYE nedeniyle yatırılarak imipenem tedavisi verildi. Bu iki hastadaki İYE'nun

Tablo 1 : Tam idrar tahlili ile stent kolonizasyonu arasındaki ilişki verilmiştir.

TİT	Stent kolonizasyonu			p
	Pozitif	Negatif	Toplam	
Nitrit pozitifliği	0 / 17 (% 0)	3 / 23 (% 13,04)	3 / 40 (% 7,5)	0,238
Lökosit esteraz pozitifliği	11 / 17 (% 64,7)	12 / 23 (% 52,17)	23 / 40 (% 57,5)	0,744
Anlamlı lökosit varlığı	10 / 17 (% 58,82)	16 / 23 (% 69,56)	26 / 40 (% 65)	0,307

Tablo 2. Üreme cinsi ile antibiyotik hassasiyeti verilmiştir.

Üreme cinsi	N	Antibiyotik hassasiyeti				
		Gentamisin	Ampisilin	Vankomisin	TMP/SMX	Meropenem
E. faecalis	6	4/6	3/6	3/6	0/6	Belirlenmedi
Metisiline dirençli Stafilokok	2	0/2	0/2	1/2	2/2	Belirlenmedi
ESBL (+) E.coli ve K.Pneumoniae	1	1/1 ve 1/1	0/1 ve 0/1	Belirlenmedi	1/1 ve 1/1	1/1 ve 1/1
E.coli ve E.faecalis	1	1/1 ve 1/1	1/1 ve 1/1	Belirlenmedi	0/1 ve 1/1	Belirlenmedi
Morganella morganii ve Proteus	1	1/1 ve 1/1	1/1 ve 1/1	Belirlenmedi	0/1 ve 0/1	Belirlenmedi

ÜDJS kültüründe üreme ile ilişkisi saptanmadı.

**ÇIKARIMLAR:** Steril idrar kültürünün stent kolonizasyonunu ekarte edemediği, idrar tahlilinin kateter kültürünü tahmin etmede yetersiz olduğu gözlemlendi. İdrar kültürü steril olan hastalarda ÜDJS'in güvenle çıkarılabileceği, çıkarılan ÜDJS'lerin standart olarak kültüre gönderilmesinin gerekmediği, postoperatif enfeksiyon bulguları olan hastalara ampirik Ampisilin-Gentamisin başlanabileceği sonucuna varıldı.

P-125

## TUBEROSKLEROZ KOMPLEKSLİ HASTADA HEMORAJİK GİANT RENAL ANJİOMYOLİPOM'A NEFRON KORUYUCU CERRAHİ YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

Mehmet Giray Sönmez,<sup>1</sup> Ahmet Hakan Haliloğlu,<sup>2</sup> Semih Tangal,<sup>2</sup> Yunus Emre Göğer,<sup>1</sup> Erhan Demireli<sup>3</sup>

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

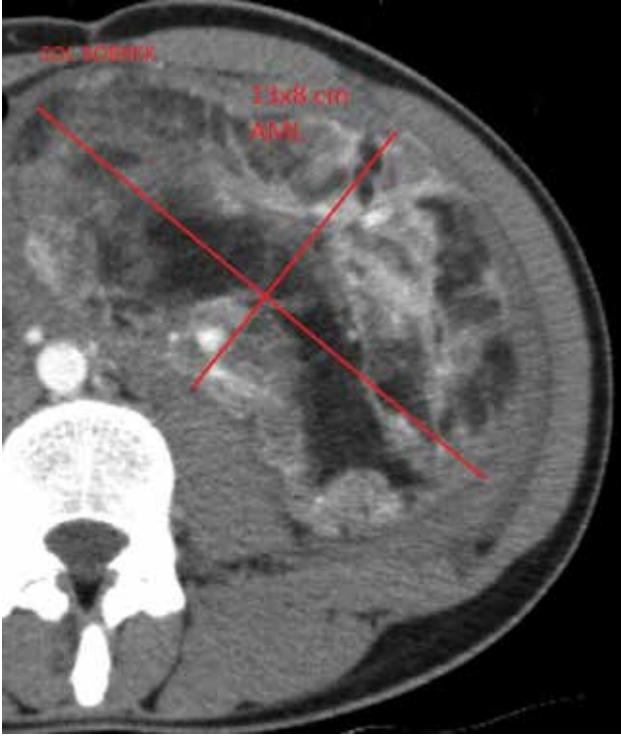
2. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Ridvan Ege Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Giresun

**AMAÇ:** Tuberoskleroz, tüm organları tutabilen ancak en sık deri, beyin, kalp, göz ve böbreği tutan benign hamartomatöz lezyonlar ile karakterize otozomal dominant bir hastalıktır. Tuberoskleroz kompleksinin (TS) en yaygın ürolojik tutulumu renal anjiomyolipomlardır. Biz de palpable kitle ile tanı konulan, masif kanamaya neden olan ve cerrahi tedavi yapılan dev renal anjiomyolipom olgumuzu paylaşmak istedik.

**YÖNTEM:** Ortopedi kliniği tarafından skolyoz





düzeltilme operasyonu amacıyla hastaneye yatırılan onsekiz yaşında bayan hasta operasyon öncesinde gece başlayan karın ağrısı şikayeti olması üzerine önce genel cerrahiye danışılmış, akut karın olarak düşünülmemesi ve yapılan fizik muayene de sol tarafta kosta altında yaklaşık 10 cm'lik kitle palpe edilmesi, karın muayenesinde sol tarafta defansı ve hassasiyeti saptanması üzerine tarafımıza danışıldı. Sol böbrekte kitle şüphesi nedeniyle üroloji kliniğine devralındı.

**BULGULAR:** Yapılan takiplerde hemoglobin düzeyinin 12 g/dL' den sabah kontrolünde 9 g/dl'ye düştüğü gözlemlendi. Kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografi de: Bilateral böbrek parankimi içerisinde öncelikle anjiomyolipom ile uyumlu multiple 5-15 mm'lik lezyonlar tespit edildi. Sol böbrek anteriorunda egzofitik uzanım gösteren sol renal vene indente, pankreas ile yakın komşulukta yağ içeren heterojen 13x8 cm boyutunda içerisinde hemoraji alanı olan solid kitle izlendi (Giant anjiomyolipom). (resim 1) Sol yarım chevron kesi ile yapılan operasyonda böbrek üst polden kaynaklanan yaklaşık 13\*8 cm büyüklüğünde kitle görüldü, Böbrek üzerinde çok sayıda anjiomyolipom olduğu düşünülen kitleler görüldü. Soğuk iskemi oluşturularak bu sürede keskin ve künt diseksiyonlar ile hemorajik kitle parsiyel olarak çıkarıldı, anjiomyolipom olduğu düşünülen lezyonun içine kanadığı görüldü. Operasyon yaklaşık olarak 95 dakika sürdü. Hastaya intraoperatif hemoraji ve hemoglobin düşüklüğü nedeniyle toplam

4 ünite eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Kontrol Hb:11.3 g/dl olarak ölçüldü. Postoperatif 4. Gün dreni çekilen hasta postoperatif 6.gün taburcu edildi. Patolojinin AML ile uyumlu olduğu raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Tuberosklerozlu hastalarda renal anjiomyolipomlar asemptomatik olsa dahi sıkı takip edilmeli, 4 cm'den büyük lezyonlara mutlaka tedavi verilmesi gerekmektedir. Özellikle büyük hacimli kitlelerin kanama ve komplikasyon ihtimali daha fazla olduğu için tedavi planının bir an önce belirlenmesi, bu planlamanın böbrek koruyucu yaklaşımlar ile yapılmasını öneriyoruz.

P-126

## AZOSPERMİK ERKEK FAKTÖRÜNE BAĞLI İNFERTİLİTE OLGULARINDA ÜREMAYA YARDIMCI TEDAVİ SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Şenol Tonyalı,<sup>1</sup> Sezcan Mümüşoğlu,<sup>2</sup>  
Emrullah Söğütülen,<sup>1</sup> Hakan Bahadır Haberal,<sup>3</sup>  
Gürkan Bozdağ,<sup>2</sup> Lale Sökmensüer,<sup>4</sup> Serdar Günalp,<sup>2</sup>  
Ali Ergen<sup>1</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tüp Bebek Ünitesi, Ankara

**AMAÇ:** Azospermik erkeklerde üremeye yardımcı tedavi (ÜYT) sonuçlarının değerlendirilmesi.

**YÖNTEM:** 2001-2015 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi tüp bebek merkezinde ÜYT alan ve erkeklerin azospermik olduğu çiftlerin verileri retrospektif olarak incelendi. Kadın ve erkeğin demografik verileri, azosperminin cinsi (obstrüktif/non-obstrüktif), testis cerrahisi hikayesi, testis biyopsisi sonuçları, genetik analiz (kromozom analizi ve Y-kromozomu mikrolezyonu) ve tedavi başarısı incelenen parametreler idi.

**BULGULAR:** ÜYT alan toplam çift sayısı 803 idi. Kadınların ortalama yaşı 30 (min:17- max:46 yıl) iken erkeklerin ortalama yaşı 35 (min:21-max:58 yıl) idi. İnfertilite nedeni tüm çiftlerde erkek kaynaklı idi. 191 hastada (%23.8) obstrüktif azospermi saptanırken, 612 hastada (%76.2) non-obstrüktif azospermi vardı. 265 hastaya testis biyopsisi yapılmış idi. Biyopsilerin histopatolojik inceleme: 57 hastada hipospermatogenez ve peritübüler fibroz,

43 hastada matürasyon arresti, 37 hastada sertoli-cell only, 34 hastada normal spermatogenez, 32 hastada germ hücre aplazisi, 21 hastada matürasyon arresti ve 19 hastada komplet spermatositik arrest göstermiştir. Toplam 195 hastanın geçirilmiş testis cerrahisi mevcuttu. Genetik analizi yapılan 106 (%13.2) hastadan 87'sinde normal kromozom sayısı (46XY) varken 16 (%2) hastanın 47XXY (Klinefelter sendromu) olduğu görüldü. 3 hastada ise Y kromozomu mikrolezyonu saptandı. Intracytoplasmic sperm injection (ICSI) sonrası 19 kadında biyokimyasal gebelik saptanırken 17 gebelik abortus ile sonlandı. 73 gebelik (%9.1) ise sağlıklı doğum ile sonuçlandı.

**ÇIKARIMLAR:** ÜYT farklı etiyojilerine bakılmaksızın obstrüktif ve non-obstrüktif azospermik erkeklerde başarı ile uygulanabilir.

P-127

## İNGUİNAL HERNİ ONARIMININ SEKSÜEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ VAR MI?

Mehmet Giray Sönmez,<sup>1</sup> Gül Bora,<sup>2</sup> Yunus Emre Göğür,<sup>1</sup> Bilgehan Çağdaş Sonbahar,<sup>2</sup> Cengiz Kara,<sup>3</sup> Necdet Özalp<sup>2</sup>

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

2. Özel Medicalpark Hastanesi, Genel Cerrahi Departmanı, Ankara

3. Özel Medicalpark Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Bu çalışmanın amacı inguinal herniye bağlı ortaya çıkan ve herni cerrahisi sonrası değişebilen seksüel fonksiyonların değerlendirilmesidir.

**YÖNTEM:** Lichtenstein gerilimsiz anterior onarım

ile inguinal herni cerrahisi geçiren toplam 47 hasta cerrahi öncesinde, cerrahi sonrası 1. ve 6. ayda Uluslararası Eretil Fonksiyon İndeksi Skorum Sistemi(IIEF) ile Eretil fonksiyon, Orgazmik işlev, Cinsel istek , Cinsel memnuniyet, Genel memnuniyet durumu değerlendirildi. Cerrahi öncesi, cerrahi sonrası 1. ve 6. ayda IIEF skoru ile değerlendirilen parametreler Wilcoxon test kullanılarak istatikselsel olarak karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** 47 hastanın ortalama yaşı 46,2±11,2 yıl (range: 22-67) olarak ölçüldü. Cinsel İstek skoru dışında ki (p=0,08) bütün skorların preoperatif döneme kıyasla postoperatif 1. ayda ve 6. ay da anlamlı artış gösterdiği saptandı. Preoperatif cinsel istek skorunun, postoperatif 6. ayda anlamlı artış gösterdiği ölçüldü ( p<0.001). Postoperatif 6. aydaki bütün skorların postoperatif 1. ay ile kıyaslandığında anlamlı artış gösterdiği tespit edildi. Skorlara ait ortalamalar ve istatikselsel değerler tablo 1'de izlenmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** İnguinal herni cerrahisi, preoperatif döneme kıyasla seksüel fonksiyonları pozitif yönde etkilemektedir. Herninin ortadan kalkmasının sağladığı yararları seksüel parametrelerde düzelmenin de eklenmesi ve postoperatif belirgin komplikasyonun olmaması bu cerrahinin yararlı ve güvenle yapılabileceğini göstermektedir.

**Tablo 1:** Prostat Kanseri Hastalarının Genel Değerlendirilmesi

Değerlendirilen alan	Pre-op ortalama skor	Postop 1.ay ortalama skor	Postop 6. ay ortalama skor	Preop-postop 1.ay p değeri	Preop-postop 6.ay p değeri	Postop 1.ay-postop 6. ay p değeri
Eretil Fonksiyon	19,87±3,85	21,6±3,76	23,86±4,1	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Cinsel Memnuniyet	9,29±2,25	9,59±2,10	11,06±1,5	p=0.001	p<0.001	p<0.001
Orgazmik İşlev	7,59±1,1	8,17±1,12	8,74±1,13	p<0.001	p<0.001	p<0.001
Cinsel İstek	7,02±1,24	7,23±1,10	8,14±0,95	p=0.08	p<0.001	p<0.001
Genel Memnuniyet	7,4±1,05	8,14±1,04	8,6±1,05	p<0.001	p<0.001	p=0.001

P-128

## ATNALI BÖBREKTE KİTLE: ONKOSİTOMA

Fatih Oğuz,<sup>1</sup> Ali Güneş,<sup>1</sup> Ali Beytur,<sup>1</sup> İbrahim Topçu,<sup>1</sup>  
Battal Selçuk Çakmak<sup>2</sup>

1. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Üroloji Anabilim Dalı,  
Malatya

2. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji, Malatya

**AMAÇ:** Atnalı böbrek anomalisi ilk olarak di Capri tarafından 1522 tanımlandı. Böbreğin en fazla görülen füzyon anomalisidir (1:400) ve erkek: kadın oranı 2:1 şeklindedir. Etyolojisi multifaktöriyeldir. İntrauterin dönemde metanefrik blastomların migrasyondaki defekt sonucu oluşur. Kanlanması atipik olarak çevre büyük arterlerin herhangi birinden olabilir, %70 inde multipl renal arter bulunmaktadır. Renal onkositoma renal parankimin nadir tümörlerindedir. Bütün solid renal kitlelerin %4,3 ünü oluşturur. Malign belirtiler göstermelerine rağmen benign tümörlerdir, birkaç adet yayınlanmış metastatik onkositomlar mevcuttur. Sonuçta soliter böbrek veya renal anomalilerde meydana gelen renal lezyonların tedavisinde açık parsiyel nefrektomi altın standart tedavidir. Son yıllarda laparoskopik veya robotik olarak da tedavisi yapılmaktadır.

**BULGULAR:** 67 yaşında atnalı böbrekli kadın hasta uzun zamandır HT ve DM hastalığı nedeni ile kontrole gidiyormuş. Takiplerinde renal kitle tespit edilmiş. Hastanın kolesistektomi hikayesi var.

USG da böbreğin sağ tarafında 3x2 cm boyutlarında hiperekoik solid kitle tespit edildi. Hastanın MR'ında heterojen içerikli kitle görüldü. Kitle bosniak tip 4 kist olarak değerlendirildi.

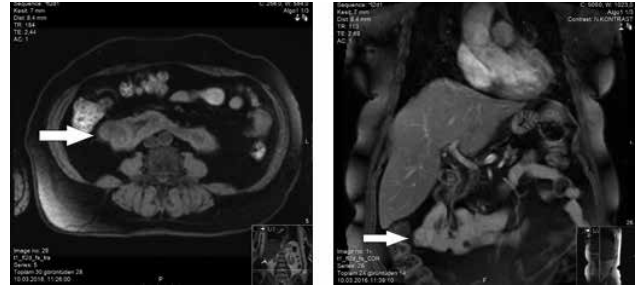
Hastaya açık parsiyel nefrektomi yapıldı. Kitle egzofitik ve çevre dokuya yapışık izlendi. Ayrıca çevre dokulardan aberran damarlar görüldü.

Hastanın patolojik incelemesinde kitle onkositom olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Atnalı böbrekli hastaların aberran damarlar açısından preoperatif incelemesi dikkatli yapılmalıdır. Operatör ameliyat esnasında bütün anatomik varyasyonlara karşı dikkatli olmalıdır.

Renal onkositomlar genellikle asemptomatiktir ve rutin görüntüleme tetkikleri esnasında insidental farkedilirler. Pik yaş aralığı 40-60 tır. Onkositom nadiren de olsa metastaz yapabilir ya da periferik dokuya invazyon gösterebilir.

Preoperatif olarak kesin tanı şansları yoktur. BT de ve arteriyografide karakteristik görüntüsü ile tahmin



edilebilir. Ancak kesin tanısı patolojik inceleme ile konulmaktadır. Sonuç olarak birçok hasta renal tümör şüphesinden dolayı agresif olarak tedavi edilmektedir. Atnalı böbreklerde küçük boyutlu kitlelerin tedavisinde renal kanser şüphesinden dolayı da olsa parsiyel nefrektomi ideal tedavi şeklidir. Ayrıca atnalı böbreği olan hastaların cerrahisi esnasında anomalilere dikkat edilmelidir. Sonuçta atnalı böbrek cerrahisi açık vasküler cerrahi için mayın tarlası olarak kabul edilmektedir.

P-129

## SOL AMFİZEMATÖZ PİYELONEFRİT VE RETROPERİTONEAL ABSELİ BİR HASTADA PERKÜTAN DRENAJ VE HİPERBARİK OKSİJEN TEDAVİSİ: NEFREKTOMİYE BAĞLI MORBİDİTEYİ AZALTMAK İÇİN BİR SEÇENEK OLABİLİR Mİ?

Sami Uguz,<sup>1</sup> Sezgin Okçelik,<sup>2</sup> Ramazan Demirci,<sup>1</sup>  
Engin Kaya,<sup>1</sup> Adem Özdemir,<sup>3</sup> Yusuf Kibar<sup>1</sup>

1. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Üroloji, Ankara

2. Van Asker Hastanesi, Üroloji, Van

3. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp,  
Ankara

**AMAÇ:** Amfizematöz piyelonefrit, böbreğin nadir görülen ve hayatı tehdit eden bir enfeksiyonudur ve üriner toplayıcı sistemde, renal parankimde ve perirenal dokuda gaz bulunur Diyabetik kadın hastalarda daha çok görülür. E. coli , amfizematöz piyelonefritte en sık saptanan mikroorganizmadır. Amfizematöz piyelonefritte mortalite nefrektomiye rağmen yaklaşık % 50'dir. Hiperbarik oksijen tedavisi uyguladığımız amfizematöz piyelonefrit tanılı vakayı sunmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 45 yaşında Tip 2 diyabetli bayan hasta 3 haftadır devam eden gribal enfeksiyon, yeni ortaya çıkan üşüme, titreme,halsizlik, ateş ve



bilinç durumunda değişiklik şikayetleri ile yakınları tarafından acil servise getirildi. Laboratuvar ve klinik bulgulara göre santral sinir sistemi enfeksiyonu dışlandı. WBC:30.000, Kan şekeri 716 olarak saptanan hastaya insülinle diyabetik ketoasidoz tedavisi başlandı. Abdominal Bilgisayarlı Tomografi görüntülemesinde sol amfizematöz piyelonefrit ve retroperitoneal abse saptandı (Resim). Uygun seftriakson 1 gr 2x1 ampirik antibiyoterapi başlanarak, retroperitoneal alana 2 adet perkütan drenaj kateteri ve sol nefrostomi kateteri takıldı (Resim). Kültüründe ESBL (+) E. coli saptanan hastaya uygun antibiyotik başlandı. Ek olarak, 9(dokuz) gün boyunca günlük hiperbarik oksijen tedavisi (HBOT) verildi. İnflamatuvar parametreler tedavi sonrası geriledi. Perkütan drenaj kateterleri ve perkütan nefrostomiden gönderilen kontrol kültürleri negatif olarak raporlandı. Kontrol abdominal BT incelemesinde retroperitoneal absede ve amfizematöz piyelonefritte gerileme olduğu görüldü (Resim). Hastanın takiplerinde glisemisi düzelmesi nedeniyle alınan endokrinoloji konsültasyonunda hastanın insülin tedavileri kesildi ve metformin 2\*1 gr başlandı. Kliniği düzelen hastanın yatışının 35. gününde perkütan drenajlarından rifocin ve betadinli serum fizyolojik ile retroperitoneal yıkama yapıldı ve drenajları ve nefrostomisi çekildi. 15 gün sonra kontrole çağırılan hastanın yapılan hemogramında WBC: 8300, Hgb: 10.4 Hct: %35,4, TİT: normal Üre:31 kre:0,65 AKŞ: 78 olarak saptandı. Yapılan Direkt üriner sistem grafisi (DÜSG) ve üriner ultrasonografisi normal olarak raporlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Amfizematöz piyelonefrit tedavisinde HBOT literatüre göre ilk kez bu vakada bildirilmiştir. HBOT, özellikle kötü prognostik özellikleri olan amfizematöz piyelonefritli hastalarda nefrektomi öncesi bir tedavi alternatifi olabilir.

P-130

## “MODİFİYE SEQUENTIAL PREPLACED SUTURE RENORRHAPHY TEKNİK” İLE SIFIR İSKEMİ LAPAROSKOPİK MİNİMAL İNVAZİV PARSİYEL NEFREKTOMİ

Mehmet Giray Sönmez,<sup>1</sup> Cengiz Kara,<sup>2</sup>Yunus Emre Göğer,<sup>1\*</sup>

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya

2. Özel Medicalpark Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

### AMAÇ

T1 evre böbrek tümörlerinde minimal invaziv parsiyel nefrektomi (MIPN) tercih edilmez. İskemisi yöntemlerde renal fonksiyonların korunmasında daha başarılıdır. Bizde bu yazıda Modifiye Sequential preplaced suture renorrhaphy teknik ile yapılan sıfır iskemi laparoskopik minimal invaziv parsiyel nefrektomi tecrübelerimizi paylaşmak istedik

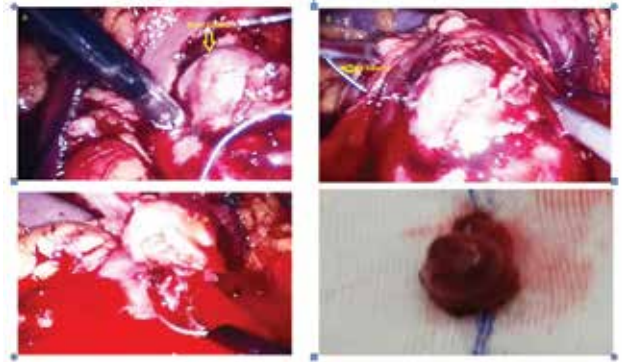
**YÖNTEM:** Mart 2013 - Ağustos 2015 tarihleri arası insidental olarak böbrek tümörü saptanan ve herhangi bir şikayete neden olmayan 9 hastadaki toplam 10 renal ünitekteki kitle laparoskopik parsiyel nefrektomi ile iskemi oluşturmaksızın “Modifiye Sequential preplaced suture renorrhaphy teknik” ile çıkartıldı. (Resim 1) Böbrek tümörünün büyüklüğünü, lokalizasyonunu, damar ve toplayıcı sistemle ilişkisini göstermek için kontrastlı BT ve/veya MRG teknikleri uygulandı. Bu kitleler R.E.N.A.L. nefrometri ve PADUA skor sistemi ile değerlendirildi. Seçim yapılırken tümör boyutunun ≤ 4 cm olan, toplayıcı sistem ile ilişkisi olmayan, egzofitik tümörler tercih edildi. Postoperatif komplikasyonlar Clavien-Dindo class sistemi ile değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastaların ortalama yaşı 62.8 yıl (49-72) olarak ölçüldü. 9 hastanın 6’sı erkek, 3’ü kadın hasta idi. Ortalama R.E.N.A.L. skor 5.7, PADUA skor 6.8 olarak Ortalama tümör çapı 2,8 cm ölçüldü. Ortalama operasyon süresi 136 dk, yatış süresi 54.2 saat, kanama miktarı 205 ml olarak ölçüldü. Toplam 2 hastada (%22,2) Clavien-Dindo class 1-2 komplikasyon izlendi. Hiçbir hastada Clavien-Dindo class 3-4 komplikasyon izlenmedi. Hastalar ortalama 11,7 ay takip edildi. Hastaların hiçbirinde lokal nüksü ve metastazı düşündürecek bulgu saptanmadı. Hastalara ait preoperatif,peroperatif,postoperatif ve histopatolojik bulgular tablo 1’de izlenmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Modifiye Sequential preplaced suture renorrhaphy teknik” renal fonksiyonların ve nefronların korunması için etkili ve güvenilir

Tablot	
Yaş	62,8 (49-72)
Tümör çapı (cm)	2,8 cm (1,6-4,2)
Seks	6E/3K (%66,6/%33,3)
Sağ/Sol oranı	6// 4 (%60/%40)
Preoperatif ortalama kreatinin (mg/dl)	0.82
R.E.N.A.L. skor	5,7 (4-8)
4-6	7 (%70)
7-9	3 (%30)
≥10	0
PADUA skor	6,8 (6-8)
6-7	7 (%70)
8-9	3 (%30)
≥10	0
Postoperatif ortalama kreatinin (mg/dl)	0.93
Toplam operasyon süresi (dk)	136 (81-180)
Toplam kanama miktarı (ml)	205 ( 50-400)
Transfüzyon gereksinimi	1
Açık operasyona dönme	0
Ortalama yatış süresi (saat)	54.2 (36-96)
Uzamış idrar kaçağı	0
Clavien-Dindo class 1-2 komplikasyon	2 (%22,2)
Clavien-Dindo class 3-4 komplikasyon	0
Ortalama takip süresi (ay)	11,7 (2,1-17,4)
Cerrahi sınır pozitifliği	0
Şeffaf renal hücreli karsinom	7 (%70)
Kromofob renal hücreli karsinom	2 (%20)
Kistik renal hücreli karsinom	1 (%10)
Patolojik evre	
T1a	9 (%90)
T1b	1 (%10)
Fuhrman grade	
I-II	10 (%100)
III-IV	0

bir yöntemdir. Bu yöntem sıcak iskemiyin böbrek üzerinde yaratacağı hasarı ortadan kaldırmaktadır. Fakat limitasyonlar nedeniyle böbrek tümörlerinde seçilmiş hastalara uygulanabilmektedir.



Figür 1: Operasyonun detayları. A) Renal tümörün işaretlenmesi B) Tümör ekizyonu öncesi renal parankimin sutureasyonu C) Tümörün rezeksiyonu D) Rezeksiyon sonrası spesmen

P-131

## 60 ML ÜZERİ PROSTAT VOLÜMLÜ HASTALARDA BİPOLAR VE MONOPOLAR PROSTAT REZEKSİYONUNUN KLİNİK ETKİSİ

Çetin Demirdağ,<sup>1</sup> Sinharip Çitgez,<sup>2</sup> Burçin Tunç,<sup>1</sup> Muhammed Fatih Şimşekoğlu,<sup>1</sup> Bülent Önal,<sup>1</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

2. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Bu çalışma ile benign prostat hiperplazisi nedeniyle transüretral prostat rezeksiyonu uygulanan 60 mL üzeri prostat volümlü hastalarda monopolar ve bipolar prostat rezeksiyonunun etkisi, güvenilirliği ve komplikasyonlarını karşılaştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** 60 mL üzeri prostat volümü olan benign prostat hiperplazili operasyon programlanan hastalar monopolar ve bipolar rezeksiyon çeşitlerine 1:1 oranı gözetilen programla randomize edildi. Preoperatif ve postoperatif 6. saat ve 1. günde serum hemoglobin ve sodyum değerleri ölçüldü. Bunun dışında yine preoperatif ve postoperatif 6. ayda Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ve hayat kalite skoru (IPSSQoL), Uluslararası Eretil Fonksiyon Endeksi (IIEF) skorları belirlendi. Ek olarak maksimal idrar akım hızı (Qmax) ve postmiksyonel rezidü ölçümü yapıldı. Postoperatif pıhtı retansiyonu, kan transfüzyonu ve diğer komplikasyonlar araştırıldı.

**BULGULAR:** 81 hasta çalışmaya dahil edildi. 45 (%55.5) hastaya monopolar rezeksiyon, 36 (%44.5) hastaya bipolar rezeksiyon uygulandı. İki grup arasında istatistiksel anlamlı tek fark, preoperatif ve postoperatif sodyum düzeyleri arasındaki değişimde saptandı. Bu fark retrospektif incelendiğinde

monopolar grubunda -5.0 mmol/L, bipolar grubunda ise -1.2mmol/L olarak görüldü. (p:0,001) Monopolar rezeksiyon yapılan grup içerisinde 2 hastada TUR sendromu gelişmesine rağmen, bipolar rezeksiyon yapılan hiçbir hastada bu sendrom gelişmemiştir. (p:0,584)

**ÇIKARIMLAR:** 60mL üzeri prostat volümü olan hastalarda monopolar ve bipolar transüretral rezeksiyonunun benzer etki ve güvenilirlik düzeyinde olduğu görülmüştür. İki grup arasında gözle görülür tek fark kandaki sodyum değerinde monopolar grubunda daha fazla azalma görülmüştür.

P-132

## RENAL ARTERİNDE STENT OLAN TAKAYASU ARTERİTLİ BİR HASTADA OTOLOG SAFEN VEN GREFTİ İLE RENAL OTOTRANSPLANTASYON

Hakan Bahadır Haberal,<sup>1</sup> Şenol Tonyalı,<sup>2</sup> Bora Peynircioğlu,<sup>3</sup> Mustafa Arıcı,<sup>4</sup> Metin Demircin,<sup>5</sup> Fazıl Tuncay Akı<sup>2</sup>

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

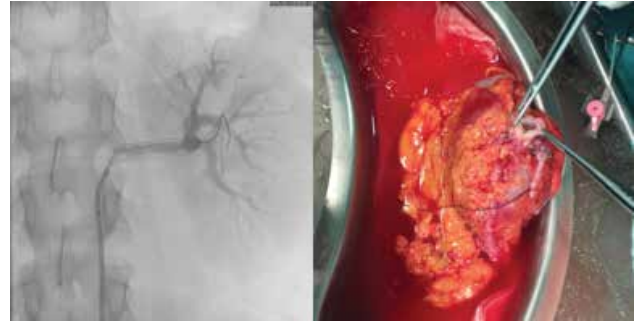
4. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nefroloji Bilim Dalı, Ankara

5. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

**AMAÇ:** Takayasu arteriti büyük damarların granümatöz inflamasyonu ile karakterize, etiopatolojisi belli olmayan bir vaskülit çeşididir. Hastalığın ilerleyen evrelerindeki temel tedavi yaklaşımlarından biri cerrahi ya da endovasküler girişimsel olarak etkilenen organların damarlarının açık hale getirilmesidir.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada, Takayasu arteriti olan ve soliter böbreğine bu nedenle pek çok kez endovasküler girişimler uygulanmış olan bir hastaya otolog safen ven grefti kullanılarak yapılan ototransplantasyon ameliyatını sunmayı amaçladık.

**BULGULAR:** 35 yaşında kadın hasta 7 yıl önce hipertansiyon nedeni ile hastaneye başvurmuş. Yapılan tetkiklerinde atrofik böbrek saptanması üzerine hastaya sağ basit nefrektomi yapılmış. 2010 yılında anüri ve hipertansiyon için tekrar hastaneye başvurduğunda Doppler ultrasonografide sol renal arter darlığı saptanmış. Hasta Takayasu arteriti



a. Sol renal arterde stent ve balon dilatasyon b. Arka masada böbreğin hazırlanışı (renal arterde stent görülmekte)

tanısı almış. Hastaya birkaç kez balon dilatasyon ve stent yerleştirme işlemi yapılmış. Hastanın son olarak hipertansiyon, yan ağrısı ve dispne ile acile başvurdu. Bakılan kreatinin değeri 3.96 mg/dL idi. Hasta endovasküler girişim veya cerrahi konusunda bilgilendirildi. Hasta cerrahiye seçti.

45° sağ lateral dekübit pozisyonda böbreğe ulaşıldı. Renal arterde var olan stentin renal hilusu doğru yer değiştirdiği görüldü. Bu yüzden aorta-renal bypass seçeneğinden vazgeçildi. Ardından sol nefrektomi yapıldı ve renal arterdeki stent çıkarılarak böbrek arka masada hazırlandı. Yapılan modifiye Gibson insizyonla iliak fossaya ve mesaneye ulaşarak anastomoz yerleri hazırlandı. Hazırlanan safen ven grefti yardımı ile renal arter sol common iliak artere, renal ven ise external iliak vene anastomoz edildi. Böbreğe double-J stent konduktan sonra üreter mesaneye anastomoz edildi ve işleme son verildi.

**ÇIKARIMLAR:** Takayasu arteriti nedenli renal arter darlıklarında endovasküler ve cerrahi girişimler olmak üzere pek çok tedavi seçeneği vardır. Özellikle endovasküler girişimsel başarısız olduğunda renal ototransplantasyon tercih edilebilir. Hasta yönetiminde ürolog, nefrolog, immünolog ve radyolog işbirliği içinde olmalıdır.

P-133

## BÖBREK KİTLELERİNDE NEFRON KORUYUCU CERRAHİNİN ETKİNLİĞİ: KLİNİK DENEYİMİMİZ

Fatih Oğuz,<sup>1</sup> Ali Güneş,<sup>1</sup> İbrahim Topçu,<sup>2</sup> Ali Beytur1 Mehmet Levent Akbulut<sup>3</sup>

1. DİĞER, Üroloji ABD, Malatya

2. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

3. S.B. Malatya Devlet Hastanesi, Üroloji, Malatya

**AMAÇ:** Tek odaklı ve santral yerleşimli olmayan 4 cm'nin altında böbrek tümörlerine sahip hastalar elektif nefron koruyucu cerrahi için ideal adaylar olarak kabul edilmektedir. Nefron koruyucu cerrahi (NKC) 4 cm ve daha küçük solid böbrek kitlelerinde halen standart tedavi olmakla birlikte, 4 cm den büyük kitlelerin tedavisindeki rolü hakkında klinik veri mevcut değildir. Bu çalışmada, kliniğimizde renal kitle tedavisinde NKC sonuçlarımızı ve nefron koruyucu cerrahinin etkinliğini gözden geçirmeyi amaçladık.

**YÖNTEM:** Ocak 2010 - Temmuz 2016 yılları arasında renal kitle saptanan ve tedavi amacıyla NKC uygulanan toplam 43 hastaya ait veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara tanı amaçlı Bilgisayarlı Tomografi ve/veya Magnetik Rezonans Görüntüleme işlemi yapıldı. Hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı, kitle yerleşimi, tümör çapı, tümörün olduğu böbrek tarafı, soğuk iskemi süresi, kanama miktarı, transfüzyon ihtiyacı, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar, hastanede kalış süresi ve histopatolojik bulgular açısından değerlendirildi

**BULGULAR:** Hastaların 28 i bayan 15 i erkek ve ortalama yaşı 55,13 (28-83) idi. Tümörlerin 18 i sol, 25 i sağ böbrek yerleşimliydi, tümörlerin 13 ü üst pol, 10 u orta pol ve 20 si alt pol yerleşimliydi. Ortalama tümör çapı 41,62 mm (16-65 mm) idi. NKC tüm hastalarda elektif uygulandı. Hastaların postop ve preop hemoglobin değerleri karşılaştırıldığında ortalama hemoglobin düşüşü 1,41 g/dl (0,1 - 4,4 g/dl) olarak bulundu. Soğuk iskemi süresi 3,4 dk (3-7) idi. Histopatolojik tanı 15 hastada Klasik Renal hücreli karsinom (%34,8), 10 hastada Papiller renal hücreli karsinom (%23,3), 6 hastada Kromofob Renal hücreli karsinom (%13,9), 5 hastada Berrak hücreli karsinom (%11,6), 4 olguda onkositom (%9,3), 1 hastada anjiyomyoipom (%2,3) ve 2 hastada metanefrik adenom (%4,6) olarak rapor edildi. 1 hastada atrnal böbreğe parsiyel nefrektomi uygulandı, patolojisi onkositoma olarak raporlandı. Cerrahi sınır 2 hastada idi ancak hastaların takiplerinde nüks gözlenmedi. Perioperatif dönemde 5 hastaya (%11,6) kan transfüzyonu yapılırken 1 hastada (%2,3) hemotoraks geliştiği tespit edildi. Postoperatif izlemde 4 hastada (%9,2) idrar ekstravazasyonu nedeniyle JJ stent uygulaması işlemi yapıldı. ortalama hospitalizasyon süresi 4,50 gün (2-7) tespit edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar böbrek tümörlerinde nefron koruyucu cerrahinin kabul edilebilir bir onkolojik başarı ve minimal komplikasyon oranlarıyla güvenli bir şekilde uygulanabileceğini düşündürmektedir.

P-134

## BÖBREK TAŞI CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ HASTALARDA MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİNİN ETKİNLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

Emre Kandemir,<sup>1</sup> Ali Sezer,<sup>1</sup> Onur Küçüktopçu,<sup>1</sup> Akif Erbin,<sup>1</sup> Ahmet Yalçın Berberoğlu,<sup>1</sup> Murat Binbay<sup>1</sup>

1. S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Literatürde Mini Perkütan Nefrolitotomi (miniPNL)'nin erişkinlerde kullanımı ile ilgili sınırlı sayıda bilgi mevcuttur. MiniPNL , böbrek taşı cerrahisi geçirmiş hasta grubunun tedavisinde iyi bir alternatif olarak gözükmetedir. Biz bu çalışmamızda böbrek taşı cerrahisi geçirmiş hastalarda miniPNL'nin etkinliği ve güvenilirliğini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Kliniğimizde Mayıs 2013 - Kasım 2015 tarihleri arasında miniPNL uygulanan 291 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar daha önceden böbrek taşı cerrahisi geçirip geçirmemelerine bağlı olarak iki gruba ayrıldı. (Primer - Sekonder) Hastaların preoperatif demografik verileri, taş lokalizasyonları ve boyutları, operasyon ve skopi süreleri, amplatz kılıf boyutları, giriş yeri ve sayıları, kullanılan cihazlar ve ekipmanlar belirlendi. Hastaların operasyon sonrası hemoglobin düşüşü, ateş, kanama, anjiyoembolizasyon gereksinimi, akciğer yaralanması gibi durumları kaydedildi. Ameliyat başarısı; tam taşsızlık sağlanması veya klinik önemsiz rezidüel fragman (CIRF) bulunması olarak belirlendi. Primer ve sekonder gruptaki hastalar tüm bu parametreler açısından karşılaştırıldı.

**BULGULAR:** Primer grupta 173, sekonder grupta 118 hasta mevcuttu. Primer ve sekonder grupta bulunan hastaların bulgularına sırasıyla bakacak olursak; yaş ortalamaları 40.8 / 43,2 yıl, BKİ 27.2 / 28.02 kg/m<sup>2</sup>, ortalama taş boyu 24.5 / 25.5 mm idi. Taş yerleşimleri %43.9 ve %61.9 oranında ağırlıklı olarak multipl kaliks taşlarıydı. Operasyon süreleri 104.1 / 113 dk, skopi süreleri 5.05 / 5.18 dk idi. %49.7 / %38.1 oranında 16.5F amplatz kılıf tercih edildi. Postoperatif ortalama kreatinin değerleri 0.801 / 0.874 mg/dl, nefrostomi süreleri 51.9 / 58.4 saat, hastanede kalış süreleri 65.6 / 72.7 saat, ortalama hemoglobin düşüşleri 1.016 / 0.89 mg/dl, ateş görülen 5 / 2 hasta, dj gereksinimi olan 24 / 24 hasta saptandı. Her iki grupta üçer hastada transfüzyon gereksinimi oldu ve birer hastada anjiyoembolizasyon ihtiyacı doğdu. Sekonder grupta bir hastada hemotoraks izlendi. Primer grupta ameliyat başarısı %80.9 oranında

görülürken, sekonder grupta bu oran %58.4 oranında saptandı. Genel başarı oranı %71.8 olarak görüldü.

**ÇIKARIMLAR:** Böbrek taşı cerrahisi geçirmiş hastalarda, primer hastalara göre miniPNL'nin etkinliği düşmektedir. Komplikasyonlar açısından bakıldığında miniPNL her iki grup hastada güvenle kullanılabilir.

P-135

## SENKRON BÖBREK TÜMÖRÜ VE HODGİN LENFOMA: OLGU SUNUMU

Zafer Demirel,<sup>1</sup> Yusuf Aksu,<sup>2</sup> İbrahim Karademir,<sup>2</sup> Murat Zor,<sup>3</sup> İbrahim Yıldırım<sup>4</sup>

1. Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir
2. Eskişehir Asker Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Eskişehir
3. Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Üroloji Bölümü, Ankara
4. GATA - Ankara, Üroloji Bölümü, Ankara

**AMAÇ:** Kanserli hastaların, %5-8'i yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde yeni bir primer kanser bildirilmiştir. Metakron olarak birden çok primer tümörün saptanması ile ilgili literatürde olgu sunumları bulunmaktadır. Fakat aynı zamanda yani senkron olarak birden fazla tümörün saptanması ise daha nadir olarak gözükmektedir.

**YÖNTEM:** 48 yaşında erkek hasta sağ yan ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın anamnezinden yaklaşık 5 yıldır sol aksiller bölgede yumuşak natürde kitlesi olduğu öğrenildi. Abdominal US ve tomografi tetkiklerinde hastanın sağ böbrek üst kesimde 4x5 cm kitle ve sol aksillada 5x7 cm lenf nodu saptandı.

**BULGULAR:** Hastaya açık sağ parsiyel nefrektomi yapıldı ve patoloji sonucu renal hücreli karsinom olarak raporlandı. Ardından sol aksiller bölgedeki kitle eksize edildi. Sol aksiller kitle eksizyonu patoloji sonucu Hodgkin lenfoma olarak raporlandı. Hastanın Hodgkin lenfoma olması nedeniyle çekilen FDG-PET tetkikinde başka tümöral odak saptanmadı. Ayrıca çekilen batın US da böbrek lojunda nüks tümöral odak saptanmadı. Hodgkin lenfoma tedavisi olarak hastaya kemoterapi verildi. Hastanın postop 6. ay kontrolleri normal saptandı.

**ÇIKARIMLAR:** Çoklu primer olgularında yeni saptanan lezyonların patolojik incelemesi uygulanacak tedavi yaklaşımları açısından önemlidir.

P-136

## BÖBREKTE MÜSİNÖZ TÜBÜLER VE İĞSİ HÜCRELİ KARSİNOM: OLGU SUNUMU

Mehmet Gökhan Çulha,<sup>1</sup> Uğur Yücetaş,<sup>1</sup> Erkan Erkan,<sup>1</sup> Emrah Okucu,<sup>1</sup> Ali Ferruh Akay,<sup>1</sup> Kemal Behzatoğlu,<sup>2</sup> Mahmut Gökhan Toktaş<sup>1</sup>

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
2. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, İstanbul

**AMAÇ:** Görüntüleme yöntemlerinin yoğun olarak kullanılması sonucu rastlantısal böbrek tümörü sıklığında artış saptanmakta ve bununla birlikte tedavi yaklaşımı açısından pek çok klinisyeni kararsız bırakabilecek nadir görülen böbrek tümörleri ile daha çok karşılaşılabilir.

**YÖNTEM:** Bu çalışmada böbrekte müsinöz tübüler ve iğsi hücreli karsinom olgusu sunulmaktadır.

**BULGULAR:** Yaklaşık 8 aydır devam eden ağrısız, pıhtılı hematüri şikâyeti olan 78 yaşındaki kadın hasta kliniğimize başvurdu. Daha önce sağ böbrek taşı nedeni ile perkütan renal cerrahi öyküsü olan ve ayrıca meme ve kolon kanseri nedeniyle takipte olan hastanın yapılan fizik muayenesinde anormal özellik saptanmadı. Kontrastlı batın tomografik incelemesinde sağ böbrek üst pol anteriorda Bosniak klas IIF-III kist olduğu, MR görüntülemesinde ise bu kistik kitlenin 56\*44 mm boyutlarında olduğu, sağ böbrek üst-orta kesimde yerleştiği, T2A kesitlerde heterojen ve hafif hiperintens sinyal özelliğinde olduğu görüldü. Hasta renal hücreli kanser ön tanısı ile operasyona alındı. Operasyon sırasında yapılan gözlemde kistik karakterdeki kitlenin endofitik özellikte olmasından dolayı radikal nefrektomi gerçekleştirildi. Per-op ve post-op komplikasyongözlenmeyen hastapostoperatif 5. gün taburcu edildi. Sağ böbrekte yaklaşık 6 cm çapındaki kitlenin patolojik değerlendirme sonucu müsinöz, tübüler ve iğsi hücreli karsinom şeklindeydi. Alcian blue ile pozitif boyanan müsinöz materyal içeren kitlenin immunohistokimyasal incelemesinde, tümör hücrelerinde AMACR (+); vimentin (-), CK-7 (-) ve CD-10 (-) bulundu. Operasyon sonrası ek tedavi düşünülmeyen hastanın postoperatif 6. ayında gerçekleştirilen kontrol görüntülemelerinde nüks veya metastaz bulgusu saptanmamış olup takip süreci devam etmektedir.

**ÇIKARIMLAR:** Müsinöz tübüler ve iğsi hücreli karsinom yakın geçmişte tanımlanmış nadir görülen bir böbrek tümörüdür. Literatürde tek olgu veya küçük olgu serileri şeklinde bildirilmiştir. Tümör düşük dereceli ve rölatif olarak iyi prognozludur. Sonuç olarak, günlük



pratikte sıkça görülmeyen bu tümörlerin, morfolojik özellikleri ve immünohistokimyasal bulguları dikkate alınarak diğer agresif seyirli böbrek tümörlerinden ayırt edilmesi ve hasta takibinin bu zeminde ele alınması gerektiği kanaatindeyiz.

P-137

## VENA KAVA TROMBÜSLÜ TRANSİZYONEL EPİTEL HÜCRELİ BÖBREK TÜMÖRÜ OLGUSU

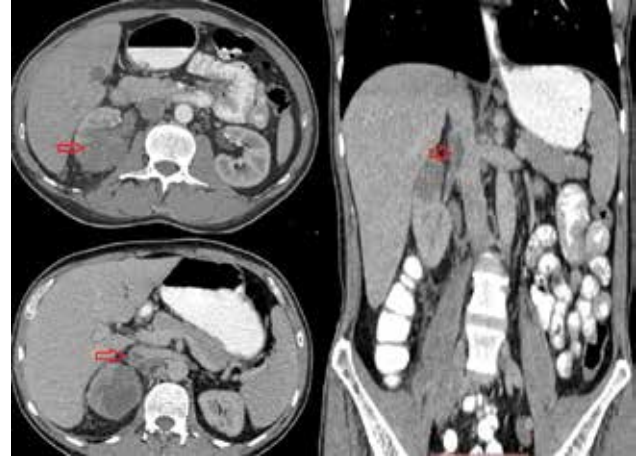
Muhammed Fatih Şimşekoğlu,<sup>1</sup> Çetin Demirdağ,<sup>1</sup> Can Öbek<sup>2</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji, İstanbul  
2. Acibadem Taksim Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Ven trombüsünün eşlik ettiği en sık böbrek tümörü çeşidi renal hücreli kanserleridir. Bu gruptaki kanserlerde %4 ile % 10 arası değişen oranda ven trombüsü bulunmaktadır. Bunun yanında üretelyal kanserli olgulara da nadir de olsa renal ven veya vena kava trombüsü eşlik etmektedir. Sunacağımız bu olguda vena kava trombüslü transizyonel hücreli böbrek tümörü olan hastayı ele alacağız.

**YÖNTEM:** Elli beş yaşında erkek hasta. Yaklaşık bir aydır devam eden makroskopik hematurisi ile kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan batin muayenesinde karın orta hattan sağ yana doğru uzanım gösteren ele gelen kitle saptandı. Laboratuvar incelemesinde kreatinin 1.3 mg/dl, üre: 26 mg/dl, kalsiyum :10.28 mg/dl, CRP:24,2mg/L, LDH: 192 IU/L, ALP:104 U/L, sedimentasyon 1. saatte 100mm, 2. saatte 109 mm olarak saptandı. Bilgisayarlı tomografide sağ böbrek üst poldeaksiyel boyutu 55 mm, longitudinal boyutu 74 mm olan heterojen iç yapıda, renal pelvisine uzanım gösteren kitle lezyon izlendi (Resim1). Kitle renal vene ve bu düzeyde vena kava inferiora uzanım göstermekteydi (Resim 2,3). Ayrıca sağ renal hiler, preaortik, interaortakavallenfadenopatiler eşlik etmekteydi. 18 FDG PET-BT incelemede primer böbrek tümörüne eşlik eden vena kava inferior trombüsüne ek olarak her iki akciğerde FDG tutulumu gösteren multipl metastatik odaklar saptandı.

**BULGULAR:** Hastaya T3bN1M1 böbrek tümörü tanısıyla radikal nefrektomi, hiler, preaortik ve interaortakavallenf disseksiyonu ve vena kava trombektomi operasyonu yapıldı. Frozen incelemede üretelyal karsinom saptanması üzerine operasyona üreterektomi ve mesaneden kaf çıkarılması ilave edildi. Patolojik tanı squamoz diferansiasyon gösteren



invaziv, yüksek grade üretelyal karsinom olarak sonuçlandı. Tümörün perinefritik dokuya invazyonu mevcuttu (pT4). Çıkarılan 3 adet lenf nodunda üretelyal karsinom metastazı saptandı (pN1).

Hasta postoperatif 8. günde taburcu edildi. Postoperatif 1. ayda hastanın sol bacağına derin ven trombozu saptandı. Medikal tedavi ile kontrolü sağlandı. Postoperatif 1. ayda hastaya adjuvan kemoterapi olarak Gemsitabin, Sisplatin, Doksorobisin, Metotreksat uygulandı. Hasta postoperatif dönemde 15. ayda vefat etti.

**ÇIKARIMLAR:** Üst üriner sistemin üretelyal karsinomlarının renal ven ve vena kavaya invazyonu oldukça nadir rastlanan bir durumdur. Nadir rastlanması nedeniyle literatürde yeterli klinik veri olmasa da genel olarak bu tümörlerin agresif seyrettiği ve yaşam beklentisinin kısa olduğu bilinmektedir.

P-138

## EFFECT OF A FRUCTOSE-RICH DIET ON RAT DETRUSOR SMOOTH MUSCLE CONTRACTILITY: AN EXPERIMENTAL STUDY

Mustafa Suat Bolat,<sup>1</sup> Sırrı S. Bilge,<sup>2</sup> Ekrem Akdeniz,<sup>1</sup> Fatih Fırat,<sup>3</sup> Arzu Erdal Yanardağ,<sup>2</sup> Ömer Alıcı<sup>4</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

2. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Farmakoloji, Samsun

3. S.B. Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji, Tokat

4. Gazi Osman Paşa Üniversitesi, Patoloji, Samsun

**AMAÇ:** Bu bu çalışmada, fruktoz bakımından zengin diyetin sıçanlarda detrusor düz kas kontraksiyonuna etkisini araştırmayı amaçladık.

**YÖNTEM:** Erişkin erkek Sprague-Dawley-sıçanlar iki gruba ayrıldı. Kontrol grubuna düzenli yiyecek ve su verildi. Çalışma grubuna, altı hafta boyunca fruktozdan zengin diyet verildi. Ratların detrusor kas bantları farmakolojik ve histolojik incelemeler için izole edildi.

**BULGULAR:** Kontrol ve çalışma gruplarında, ortalama vücut ağırlıkları sırasıyla  $237,1 \pm 4.8$  g ve  $293,8 \pm 9.3$  g ( $p < 0.001$ ) bulundu. Kontrol grubunun detrusör örnekleri kademeli olarak artırılan elektrik stimülasyonuna orantılı artış yanıtı verirken, çalışma grubunda artan enerjiye rağmen kontraksiyonda anlamlı artmış kontraksiyon yanıtları görülmedi ( $p < 0.01$ ). Çalışma grubunda 10-7-10-3 molar konsantrasyonda verilen asetilkolin, azalmış kontraksiyon yanıtına yol açarken kontrol grubunda giderek artan yanıtlar kaydedildi. Histolojik incelemede kontrol grubunda normal histolojik bulgular gözlenirken, çalışma grubunda belirgin subepitelyal ve intermusküler fibrozis gözlemlendi.

**ÇIKARIMLAR:** Fruktozdan zengin diyet detrusor subepitelyal bölgesinde ve detrusor lifleri arasında 6 hafta gibi kısa süre içinde artmış fibrozise neden oldu. Detrusor lifleri arasında görülen bu fibrozis, mesane fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilir ve işeme alışkanlıklarını bozabilir ve bu nedenle uygulanacak tedavi ulusal ve uluslararası zeminde tedavi maliyetlerinin artışına neden olabilir. Fruktozdan zengin diyetle mücadele bu bakımdan dünya çapında ulusal politika olmalıdır.

P-139

## EDİNSEL PREMATÜR EJAKÜLASYON HASTALIĞINDA ETİYOLOJİK FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: ÖN ÇALIŞMA SONUÇLARI

Mehmet Gökhan Çulha,<sup>1</sup> Murat Tüken,<sup>2</sup>  
Ege Can Şerefoğlu,<sup>2</sup> Serkan Gönültaş,<sup>2</sup>

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma, Üroloji, İstanbul

2. Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İstanbul

**AMAÇ:** Premaür Ejakülasyon (PE) oldukça yaygın bir erkek cinsel fonksiyon bozukluğu olmasına rağmen, hastalığın patofizyolojisi henüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Edinsel PE etiyolojisinde erektil disfonksiyon (ED), depresyon, anksiyete, hormonal düzensizlikler ve kronik prostatit gibi tıbbi hastalıkların rol oynadığı ileri sürülse de, edinsel PE şikâyeti ile başvuran hastalarda bu etiyolojik faktörlerin ne

sıklıkla saptandığı bilinmemektedir. Bu çalışma ile edinsel PE hastalarında görülen etiyolojik faktörlerin sıklığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Mayıs - Temmuz 2016 tarihleri arasında üroloji polikliniğine edinsel PE şikâyeti ile başvuran 18-65 yaş arası 19 erkek hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların detaylı tıbbi hikayesi, intravajinal ejakülasyon geciktirme süreleri (IELT) kaydedilip fizik muayeneleri yapıldıktan sonra, hastalara uluslararası erektil fonksiyon indeksi-erektil fonksiyon bölümü (IIEF-EF), prematür ejakülasyon profili (PEP), anksiyete ve depresyon ölçekleri (STAI-1, STAI-2 ve BECK) ve kronik prostatit semptom indeksi (NIH-CPSI) uygulanmıştır. Tüm hastaların sabah 08.00-11.00 saatleri arasında periferik venden kanları alınmış olup açlık kan şekeri (AKŞ), follikül stimulan hormon (FSH), luteinizan hormon (LH), prolaktin (PRL), total ve serbest testosteron, total prostat spesifik antijen (tPSA), T3, T4 ve tirod stimulan hormon (TSH) düzeyleri ölçülmüştür. Hastalardan idrar örnekleri alınarak tam idrar analizi ve 2 kap testi yapılmıştır.

**BULGULAR:** Hastaların yaş ortalaması  $42,42 \pm 10,66$  (22-60)'dır. Şikâyetlerin ortalama süresi  $54,11 \pm 46,92$  (6-144) aydır. Ortalama IELT süresi  $34,89 \pm 22,88$  (3-90) saniyedir. Hastaların %52,63'ünde anksiyete bozukluğu, %36,84'ünde kronik prostatit, %31,57'sinde depresyon, %21,05'inde testosteron düşüklüğü, %10,52'sinde hiperprolaktinemi, %5,26'sında FSH yüksekliği ve %5,26'sında hipertiroidi izlenmiştir. Hastaların idrar tahlili ve 2 kap testinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmamıştır.

**ÇIKARIMLAR:** Çalışmamızın ön sonuçlarında edinsel PE etiyolojisinde anksiyete bozuklukları, depresyon ve kronik prostatit hastalıklarının yer alabileceği görülmüştür. Edinsel PE etiyolojisi ile ilgili daha geniş hasta sayısına sahip ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

P-140

## TAM KAN SAYIMI PARAMETRELERİN ÜST ÜRİNER SİSTEM DEĞİŞİCİ EPİTEL KANSERLERİNDE PROGNOZİK ÖNEMİ VAR MIDIR?

Mesut Altan,<sup>1</sup> Hakan Bahadır Haberal,<sup>2</sup> Emrullah Söğütöden,<sup>2</sup> Tarık Asi,<sup>3</sup> Bülent Akdoğan,<sup>4</sup> A. Haluk Özen<sup>4</sup>

1. Hacettepe, üroloji, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Ankara

**Tablo 1:** NLO, LMO ve TLO'nun rekürrens (mesane dışı) ile ilişkisi

	Eşik değer	Yüksek risk grubu	Sensitivite	Spesifite	AUC (CI%95)	p
NLO	2.84	≥2,9	75%	76.70%	0,701 (0,596-0,806)	<0,001
LMO	2.88	<2,9	28.20%	28.40%	0,770 (0,680-0,860)	<0,001
TLO	149.4	≥150	66.70%	59.50%	0,647 (0,538-0,757)	0.01

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

4. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Üst Üriner Sistem Değişici Epitel Kanseri (ÜÜS DEK) nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda Nötrofil/Lenfosit (NLO), Lenfosit/Monosit (LMO) ve Trombosit/Lenfosit (TLO) oranlarının sağkalıma etkisinin araştırılması.

**YÖNTEM:** Ocak 1990-Aralık 2015 tarihleri arasında ÜÜS DEK nedeniyle cerrahi yapılan 150 hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Tanı anında metastazı, daha öncesinde kasa invaziv mesane kanseri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi, tüm verilerine ulaşılabilen 113 hasta çalışmaya dahil edildi. NLO, LMO ve TLO değerlerine ROC analizi yapılarak mesane dışı rekürrensi öngören eşik değerler bulundu ve her bir parametre için eşik değerin altındaki ve üstündeki gruplar oluşturuldu. TLO, LMO, NLO, yaş, cinsiyet, taş öyküsü, sigara kullanımı, komorbidite varlığı (DM, HT veya KAH), tanı anında anemi varlığı, mesane tümör öyküsü, tanı anında mesane tümör varlığı, tümör yerleşimi (üreter/renal pelvis), T evresi (yüzeysel/invaziv), tümör derecesinin ve cerrahi sınır durumunun (PCS/NCS) progresyonsuz ve kansere özgü sağkalıma etkisi araştırıldı. Rekürrenssiz sağkalımda mesane rekürrensi dışlanmıştır.

**BULGULAR:** Yaş ortalaması 63,7 ± 11,1 yıl, ortalama takip süresi 34 (3-186) ay, K/E oranı 27/86 olarak bulundu. ≥2,9 NLO için, <2,9 LMO için ve ≥150 TLO için eşik değer olarak bulundu (Tablo 1). NLO, LMO ve TLO progresyonsuz sağkalımda (p<0,001, p<0,001, p=0,012) ve kansere özgü sağkalım (p<0,001, p<0,001, p=0,003) anlamlı değişken olarak bulunmuştur. Çok değişkenli analizde ise mesane tümör öyküsü (p=0,025, HR:2,232), NLO yüksekliği (p=0,006, HR:2,905), LMO düşüklüğü (p=0,037, HR:2,172), T evresi (p=0,007, HR: 7,425), PCS (p<0,001, HR:4,828) rekürrenssiz sağkalımı olumsuz etkileyen faktörler olarak bulundu. Yüksek NLO (p=0,002, HR:3,685), düşük LMO (p=0,031, HR:2,403), T evresi (p=0,039, HR:4,761) ve PCS (p=0,007, HR:3,127) kansere özgü sağkalımı olumsuz etkileyen parametreler olarak bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** NLO ve LMO, ÜÜS DEK hastalarının sağkalımında bağımsız bir prognostik faktörlerdir. Yüksek lenfosit oranının sağkalıma bu etkisinin, gelecekteki immünolojik ve hücrel tedaviler

açısından önem arz edeceğini düşünmekteyiz.

P-141

## ÜST ÜRİNER SİSTEM DEĞİŞİCİ EPİTEL KANSERİNDE MESANE REKÜRRENSİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Mesut Altan,<sup>1</sup> Burak Çıtamak,<sup>1</sup> Hakan Bahadır Haberal,<sup>2</sup> Tarık Asi,<sup>3</sup> Bülent Akdoğan,<sup>4</sup> A. Haluk Özen<sup>4</sup>

1. Hacettepe, Üroloji, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, üroloji, Ankara

4. Hacettepe Üniversitesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Üst Üriner Sistem Değişici Epitel Kanseri (ÜÜSDEK) nedeniyle cerrahi uygulanan hastalarda mesane rekürrensini belirleyen faktörlerin araştırılması.

**YÖNTEM:** Ocak 1990-Aralık 2015 tarihleri arasında ÜÜSDEK nedeniyle cerrahi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Tanı anında metastazı olanlar ve daha öncesinde kasa invaziv mesane kanseri olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Yaş, cinsiyet, sigara öyküsü, mesane tümörü öyküsü, preoperatif anemi, kronik böbrek hastalığı, tümör yerleşimi (üreter vs renal pelvis), üreter alt ucu eksizyonu (açık vs endoskopik), tanı anında mesane tümör varlığı, CIS varlığı, T evresi, tümör derecesi ile mesane rekürrenssiz sağkalım arasındaki ilişki araştırıldı. Veriler SPSS 21,0 programında değerlendirildi. Tek değişkenli sağkalım analizinde log rank, çok değişkenli sağkalım analizinde Cox regresyon analizi kullanıldı.

**BULGULAR:** Toplam 140 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortalama takip süresi 58,5±56 ay, ameliyat yaşı 62,49±11,6 yıl, E/K oranı 110/30 olarak bulundu. 133 (%95) hastaya radikal nefroüretrektomi ve kaf eksizyonu, 7 (%5) hastaya distal üreterektomi ve üreteroneosistostomi yapıldı. 52 (%37,1) hastada mesane rekürrensi izlendi. Bir hastaya BCG refrakter kasa invaze olmayan mesane kanseri nedeniyle sistektomi yapıldı. İki hastada ise sistemik nüksle beraber kasa invaze mesane kanseri gelişti. Hasta

**Tablo 1:** Mesane rekürrensiz sağkalım tek değişkenli analiz sonuçları

		Mesane rekürrensiz sağkalım		P
		1 yıllık	5 yıllık	
Yaş	<62,5	80.50%	68.90%	0.028
	>62,5	70.50%	51.10%	
Sigara	Yok	78.90%	66%	0.386
	Var	73.20%	57.50%	
Mtm öykü	Yok	77.70%	63.30%	0.017
	Var	63.60%	45.50%	
Tümör sayısı	Tek	78.90%	64.90%	0.227
	Multiple	69.60%	47.60%	
Preoperatif anemi	Yok	75.10%	62.20%	0.668
	Var	75.10%	55.20%	
Preoperatif KBH	Yok	76%	62.40%	0.57
	Var	73.90%	57.60%	
Cinsiyet	Erkek	75.80%	62.80%	0.657
	Kadın	74.80%	52.50%	
Üreter alt ucu	Endoskopik	60.20%	30.10%	0.003
	Açık	76.70%	63.80%	
Üreterde tümör	Yok	79.60%	67.30%	0.037
	Var	70.30%	50.80%	
Tanı anında mesanede tm	Yok	78.40%	63.20%	0.065
	Var	60.90%	46.40%	
CIS	Yok	76.20%	59.80%	0.842
	Var	69.50%	69.50%	
T evresi	Yüzeyel	80.70%	72.10%	0.151
	İnvaziv	72.70%	53.30%	
G evresi	G1/2	89%	85.70%	<0,001
	G3	68.60%	46.40%	

yaşı, mesane tümörü öyküsü, endoskopik üreter alt ucu eksizyonu, üreterde tümör bulunması, yüksek tümör derecesi varlığı mesane rekürrensiz sağkalım arasında anlamlı ilişki görüldü ( $p=0,028$ ,  $p=0,017$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,037$ ,  $p<0,001$ ). (Tablo 1) Çok değişkenli analizde mesane tümörü öyküsü ( $p=0,006$ ; HR:2,755) ve tümör derecesi ( $p=0,002$ ; HR:3,523) mesane rekürrensiz sağkalımda anlamlı değişkenler olarak bulundu.

**ÇIKARIMLAR:** Mesane tümör öyküsü ve yüksek tümör derecesi mesane rekürrensiz sağkalımı olumsuz etkileyen bağımsız risk faktörleridir. ÜÜS DEK nedeniyle cerrahi yapılan hastalarda mesanede rekürrens takibinde bu iki faktör göz önüne bulundurulmalıdır.

P-142

## PSA YÜKSEKLİĞİ NEDENİYLE PROSTAT BİYOPSİSİ YAPILAN HASTALARDA, KOR UZUNLUĞU KANSER YAKALAMADA ÖNEMLİ MİDİR?

Mesut Altan,<sup>1</sup> Burak Çıtamak,<sup>1</sup> Emin Mammadov,<sup>2</sup> Ali Ergen,<sup>1</sup> Dilek Ertoy Baydar,<sup>3</sup> Bülent Akdoğan,<sup>1</sup> A. Haluk Özen<sup>1</sup>

1. Hacettepe, Üroloji, Ankara

2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Ankara

**AMAÇ:** Sadece PSA yüksekliği nedeniyle transrektal ultrasonografi (TRUS) eşliğinde iğne biyopsisi (TRİB) yapılan hastalarda, alınan kor uzunluğunun kanser yakalamadaki öneminin ortaya konması.

**YÖNTEM:** Mart 2002 ile Nisan 2015 tarihleri arasında

**Tablot 1:** Yaş, PSA, Prostat hacmi, kor sayısı ve kor uzunluğu değişkenlerine ait tek değişkenli analiz sonuçları

	Kanser var	Kanser yok	p
Yaş (mean±sd) yıl	65.4±7,3	61.3±8,7	< 0,01*
PSA (mean±sd) ng/ml	11.3±10,8	8.3±6,4	< 0,01**
Volüm	46.9±21,3	58.5±20	< 0,01**
Ortalama kor uzunluğu (mean±sd) mm	12.96±1,5	12.64±1,8	0.006**
Kor sayısı, %	10	22-Jul	77.3
	12	27-Feb	72.8
			0.043***

**Tablot 1:** Prostat kanseri yakalama çok değişkenli analiz sonuçları

	P	Odds Ratio (OR)	95% CI
Yaş	<0.001	1,049	1.04-1.08
PSA	<0.001	1,105	1.07-1,13
Volüm	<0.001	0.937	0,92-0,94
Kor uzunluğu	0.006	1,116	1.03-1.20
10/12 kor	0.009	1,210	1.04-1.39

TRİB yapılan hastalar çalışmaya alındı. Muayenede sertlik bulgusu olan, TRUS'da lezyonu olan, daha önce prostat kanseri tanısı almış olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Tüm hastalara aynı US cihazı (BK US®) ve 18 gauge biyopsi tabancası (Pro-Mag™) ile biyopsi yapıldı.

Hasta yaşı, biyopsi öncesi PSA değerleri, prostat volümü, alınan kor sayısı (10 veya 12 kor), bütün korların uzunluğu kayıt edildi. Bütün hastalar için alınan kor uzunlukları toplanarak kor sayısına bölünmesiyle ortalama kor uzunluğu bulundu. Yaş, PSA, prostat volümü, ortalama kor uzunluğu ile kanser yakalama arasındaki ilişki araştırıldı. Veriler 21.0 SPSS programında analiz edildi. İki grup arasındaki ortalama değerler için t-test (parametrik) ve Mann Whitney U (non-parametrik), nominal veriler için ki-kare testi, çok değişkenli analizde binary logistik regresyon analizi kullanıldı.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 1627 hastanın ortalama yaşı 62.3±7.9 (37-76) yıl, ortalama PSA'sı 9.1±7.8 (1.86-75) ng/ml ve ortalama prostat volümü 55.8±21 (14-185) ml olarak bulundu. 394 (24.2%) hastada kanser bulundu. Tüm hastalar için hesaplanan ortalama kor uzunluğu 12.7±1.7 (4.3-21.5) mm idi. 1068 (65.6%) hastadan 10 kor, 559 (34.4%) hastadan 12 kor biyopsi alındı. Kanserli grupta yaş, PSA, ortalama kor uzunluğu değerleri anlamlı derecede yüksek (p<0.001, p<0.001 ve p=0,006 sırasıyla), prostat volümü ise anlamlı derecede düşük bulundu (p<0.001). 12 kor alınan

grupta kanser yakalama oranı anlamlı şekilde yüksek bulundu (p=0.043). (Tablo 1)

Veriler çok değişkenli analizde incelendiğinde yaş, PSA, ortalama kor uzunluğu, prostat volümü, alınan kor sayısı prostat kanseri yakalamada bağımsız birer faktör olarak bulundu (p<0.001, p<0.001, p=0.006, p<0.001, p=0.009 sırasıyla). (Tablo 2)

**ÇIKARIMLAR:** Yaş, PSA düzeyi, prostat volümü ve kor uzunluğu biyopside kanser yakalamayı belirleyen bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur.

P-143

## TRANSÜRETRAL REZEKSİYONUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU: MESANE PATLAMASI

Çağatay Tosun,<sup>1</sup> Ömer Ergin Yücebaş,<sup>1</sup>  
Mehmet Remzi Erdem,<sup>1</sup> Ahmet Rüknettin Aslan,<sup>1</sup>  
Ömer Yüksel,<sup>1</sup> Feridun Şengör<sup>1</sup>

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hast. Üroloji Kliniği, İstanbul

**AMAÇ:** Mesane patlaması, prostatın transüretal rezeksiyonu(TUR-P) sırasında meydana gelebilen nadir bir komplikasyondur. Transüretal rezeksiyon sırasında ortaya çıkan gazlardan özellikle hidrojen gazının mesane içinde oksijen gazı ile karışarak elektrokoter tarafından ateşlenmesi sonucu patlamasıyla meydana geldiği düşünülmektedir. Biz burada TUR-P esnasında mesane patlaması sonucu oluşan intraperitoneal ve ekstraparitoneal mesane rüptürlü bir olguyu sunuyoruz.

**YÖNTEM:** 64 yaşında erkek hasta, 9 yıldır benign prostat hiperplazisi(BPH) nedeniyle alfa bloker tedavisi kullanmakta idi. 2 ay önce 2 kez akut üriner retansiyon nedeniyle transüretal sonda uygulanmış olup 2 aydır sondalı bulunmaktaydı. Üriner sistem ultrasonografisinde üst üriner sistem doğal, prostat volümü 130 cc izlendi. Parmakla rektal muayenesi grade 1 benign karakterde ve serum kreatinin seviyesi 0,89 mg/dl idi. Total PSA değeri sondalı haldeyken 13,19 ng/ml gelen hastanın idrar kültüründe E.coli üremesi üzerine antibiyotik tedavisi başlandı. Kontrol idrar kültürü temiz gelmesi üzerine antibiyotik baskısı altında TUR-P operasyonu yapıldı.

**BULGULAR:** Operasyonun sonunda kanama kontrolü sağlanırken mesaneden patlama sesi duyuldu. Rezektoskop ile tekrar sistoskopi yapıldığında mesane rüptürü saptanması üzerine açık onarım kararı verildi. Phannenstiel insizyon ile girilerek mesaneye ulaşıldı. Mesanenin

kubbeden düzensiz bir şekilde yaklaşık 10cm lik ekstraperitoneal olarak rüptüre olduğu, ayrıca karşı duvardan da intraperitoneal olarak düzensiz şekilde 5 cm lik rüptüre olduğu görüldü. İntraperitoneal diğer organlarda patoloji saptanmaması üzerine mesane primer olarak çift kat olarak kapatıldı. 22 f foley sonda ve 16 f sistostomi kateteri yerleştirildi. İntraperitoneal ve ekstraperitoneal olarak dren konularak operasyona son verildi. Postoperatif 3. gün drenleri ve sistostomi kateteri alınan hasta postoperatif 7. gün transüretal sondası alındıktan sonra spontan miksiyonu gözlenerek taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Mesane patlamasına bağlı mesane rüptürü, transüretal rezeksiyonunun seyrek karşılaşılan bir komplikasyonu olmasına rağmen günlük pratiğimizde akılda tutulması gereken ciddi bir durumdur. Rezeksiyon esnasında mesaneyi aralıklı olarak boşaltmanın bu durumun oluşmasını önlemede faydalı olabileceğini düşünüyoruz.

P-144

## EAU/ESPU VUR SINIFLAMASI ÖNCESİ VE SONRASINDA UYGULADIĞIMIZ TEDAVİLER SONUCUNDA ERKEN DÖNEM BAŞARIMIZ NASIL ETKİLENDİ?

İyimser Üre,<sup>1</sup> Eda Tokat,<sup>2</sup> Cenk Acar,<sup>3</sup> Zafer Sınık,<sup>4</sup> Mustafa Özgür Tan,<sup>5</sup> Özdemir Serhat Gürocak,<sup>2</sup>

1. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

3. Özel Eryaman Tıp Merkezi, Üroloji, Ankara

4. Özel Odak Cerrahi Tıp Merkezi, Üroloji, Denizli

5. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Ankara

**AMAÇ:** Vezikoüretal reflüsü (VUR) olan olgularımızda EAU/ESPU VUR sınıflaması öncesinde ve sonrasında uyguladığımız tedavilerin erken dönem klinik sonuçlarını karşılaştırmak.

**YÖNTEM:** 2009- 2016 yılları arasında 346 renal ünitiden klinik takipleri eksiksiz olan toplam 296 renal ünitenin preoperatif olarak klinik parametreleri, reflü derecesi ve yönü, DMSA'da skar varlığı, başlangıç ve takip tedavileri, uygulanan medikal tedavi ve cerrahi yöntem bulguları retrospektif olarak 2013 öncesi ve sonrası olmak üzere iki ayrı grup şeklinde değerlendirildi. 2013 öncesi ve sonrasında risk gruplarına göre ayrılan hastalarda uyguladığımız medikal ve cerrahi yöntemler klinik başarılarına göre karşılaştırıldı. Klinik başarısızlık; medikal tedaviye rağmen başarılı yanıt alınamayan hastalara cerrahi uygulanması, cerrahi tedavi sonrası semptomatik üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) geçirilmesi ve postoperatif çekilen DMSA'da yeni renal skar görülmesi olarak belirlendi.

**BULGULAR:** Ortalama yaş ve takip süresi sırasıyla 75(6-132) ay ve 27,2(6-78) aydı. Preoperatif VCU'da hastaların renal ünitelerinin 13'ünde (%4,4) 1.derece, 43'ünde (%14,5) 2.derece, 141'inde (%47,6) 3.derece, 73'ünde (%24,7) 4.derece ve 26'sında (%8,8) 5.derece VUR tespit edildi. Düşük riskli grupta sınıflandırma öncesinde medikal ve cerrahi tedavi uygulanan hastaların takipleri sonucunda klinik başarı oranı sırasıyla %38,5 ve %87,9 olarak belirlendi (Tablo). Tüm gruplarda VUR sınıflandırmasının klinik başarıyı anlamlı şekilde değiştirmediği tespit edildi (p:0,063; p:0,459, sırasıyla).

**ÇIKARIMLAR:** EAU/ESPU VUR sınıflamasının güncel pratiğimizi ilk uygulanan tedavi yöntemi açısından değiştirmesine rağmen bu farklı yaklaşım erken dönemdeki klinik başarıya olumlu olarak

Tablo

EAU/ESPU VUR Sınıflaması			Medikal tedavi(%)	Cerrahi Tedavi (%)	p değeri
Düşük risk	2013 öncesi	Başarılı	5(38,5)	29(87,9)	0.062
		Başarısız	8(61,5)	4(12,1)	
	2013 sonrası	Başarılı	7 (36,8)	6 (100)	
		Başarısız	12 (63,2)	0	
Orta risk	2013 öncesi	Başarılı	16(30,8)	83(90,2)	0.063
		Başarısız	36(69,2)	9(9,8)	
	2013 sonrası	Başarılı	2(16,7)	18(69,2)	
		Başarısız	10(83,3)	8(30,8)	
Yüksek risk	2013 öncesi	Başarılı	1(10)	14(56)	0.459
		Başarısız	16(94,1)	11(44)	
	2013 sonrası	Başarılı	0	1 (100)	
		Başarısız	0	0	
Toplam			113(38,2)	183(61,8)	

yansımamıştır. Daha güvenilir sonuçlara ulaşmak için yüksek veri tabanlı ve daha uzun takip süreli çalışmalara gerek vardır.

P-145

## ÜRETERAL TÜMÖR NEDENİYLE OBSTRÜKTE HİDRONEFROTİK NONFONKSYONE DEV BÖBREK: İKİ OLGU SUNUMU

Yusuf Özlülerden,<sup>1</sup> Nahit Beder,<sup>2</sup> Aykut Başer,<sup>3</sup> Cihan Toktaş<sup>3</sup>

1. S.B. Denizli Devlet Hastanesi, Üroloji, Denizli

2. S.B. Aydın Atatürk 82. Yıl Devlet Hastanesi, Üroloji, Aydın

3. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji, Denizli

**AMAÇ:** Üreteral karsinom nedeniyle obstrükte hidronefrotik nonfonksiyone dev böbrek nedeniyle opere edilen iki olgunun sunumu

**BULGULAR:** OLGU 1: 56 yaşında erkek hasta karın ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan tomografide sağ böbrek 40x25x34 cm dir. Böbrek parankim kalınlığı ileri derece azalmış olup orta hattı geçmişti. Sağ üreter üst seviyede 8 mm lik taş mevcut olup sağ üreter orta hattın solunda seyretmektedir. Sol böbrek boyut ve parankimi normaldir. Hastaya Ocak 2015 te açık nefrektomi yapıldı. Çıkarılan spesmen 6450 gr ölçüldü. Postoperatif komplikasyon izlenmeyen hasta 10. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu: Üreter üst seviyede taşın proksimal kesiminde lümeni tamamen obstrükte eden yüksek derceli ürotelyal karsinom pT1, böbrek; kr pyelonefrit olarak saptanmıştır. Patoloji sonucunun ardından Şubat 2015 te hastaya üreterektomi ve mesane kaf eksizyonu yapıldı. Patoloji sonucu: cerrahi sınırlar intakt, tümöral doku izlenmemiştir

OLGU 2: 77 yaşında erkek hasta ayaklarda şişlik şikayeti ile başvurdu Yapılan tomografide sol böbrek 24x13 cm dir. Böbrek ileri derece hidronefrotik olup parankim kalınlığı ileri derece azalmıştır. Sol üreteropelvik bileşkeden başlayan ve üreterovezikal bileşkeye kadar atlamalı olarak devam eden en kalın yerinde 36x33 mm lik solid kitleler izlenmiştir. Hastaya temmuz 2015 te sol açık nefroüretrektomi + mesane kaf eksizyonu yapıldı. Çıkarılan spesmen 3880 gr olarak ölçüldü. Patoloji sonucu: Cerrahi sınırlar intakt olup, sol renal pelvis; yüksek dereceli invaziv papiller ürotelyal karsinom pT3, distal üreter; yüksek dereceli invaziv papiller ürotelyal karsinom pT2 ve böbrek; kr. pyelonefrit olarak saptanmıştır

**ÇIKARIMLAR:** Üreter tümörleri çok nadir olarak karşılaşılan tümörlerdir. Son yıllarda üreter tümörleri insidansında giderek bir artışın olduğu göze çarpmaktadır. Üreter tümörlerinin tedavisinde standart uygulama komplet nefroüretrektomi ile birlikte mesanenin periureteral kısmının çıkarılmasıdır. Sotiter böbrek, azotemi ve bilateral lezyonlari gibi böbrek fonksiyonlarının korunmasının gerekli olduğu durumlarda konservatif tedavi yöntemlerine başvurulmalıdır. Farklı klinik şikayetler ile başvuran ve özellikle üriner sistemde hidronefroz tespit edilen hastalarda etyolojide üreter kaynaklı malignitelerinde olduğu unutulmamalıdır. Bizim 1. olgumuzda da olduğu gibi üreter taşına bağlı hidronefroz olduğu düşünülse de mutlaka patoloji sonucu beklenip ondan sonra hastanın tedavi ve takiplerine karar verilmelidir.

P-146

## ALKALİ ENKRUSTE SİSTİS - OLGU SUNUMU

Murat Gül,<sup>1</sup> Seda Aladağ Kurt,<sup>2</sup> Necat İslamoğlu,<sup>2</sup> Muhammet Serdar Buğday<sup>1</sup>

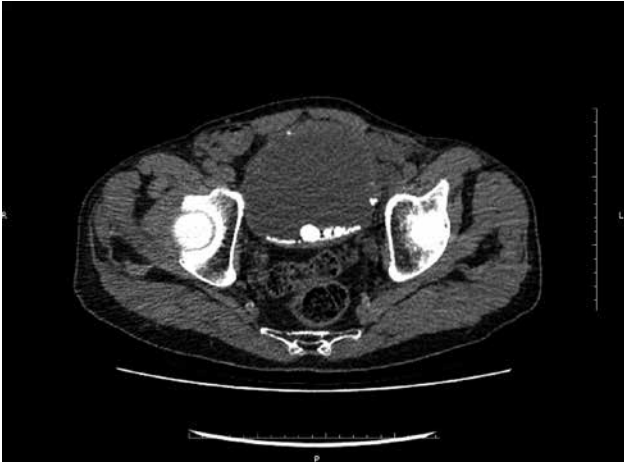
1. SB SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Van

2. SB SBÜ Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, Van

**AMAÇ:** Nadir bir hastalık olan alkali sistit olgusuna dikkat çekerek klinisyenlerin bu hayatı tehdit edebilecek hastalığı akılda tutmalarını sağlamak.

**YÖNTEM:** Van bölge eğitim ve araştırma hastanesine başvuran hastalar arasından alkali sistit tespit edilen hastanın olgu sunumu yapılmaktadır.

**BULGULAR:** 66 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı, makroskopik hematüri, dizüri, kokulu idrar ve suprapubik ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan tam otomatik idrar tetkikinde silme eritrosit, lokosit 450, idrar pH≥8.0 ve nitrit pozitif gelen hastadan idrar kültürü alındı. Üreter taşı şüphesi nedeniyle hastadan tüm abdomen bilgisayarlı tomografi istendi. İdrar kültüründe üreme olmadı. Yapılan sistoskopi de mukoza üzerini kaplamış beyazımsı ülsere lezyonlar izlendi. Sistoskopi ve görüntüleme bulguları ile beraber hastaya alkali sistit tanısı akla geldi. Mikrobiyolojiden uzamış kültür testi istendi ve hastada *Cornybacterium Urealiticum* üredi. Bu nedenle intravenöz vankomisin tedavisi başlandı. Aynı zamanda hastaya idrar asidifikasyonu gerekti ancak böbreklerde gerekli dilatasyon olmadığı için antegrad asidifikasyon amacıyla nefrostomi takılamadı. Bunun yerine oral asidifikasyon başlandı.



Ancak hasta uyumsuzluğu nedeniyle tekrar idrar kültürü negatif gelen hasta takip önerilerek taburcu edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Alkali sistisin klinik manifestasyonları oldukça non-spesiftir ve uzun bir süre minimal seyredebilir. İdrar kültürü sıklıkla negatif olduğundan tanıyı kaçırmak oldukça kolaydır. Bu nedenle steril idrar, alkali PH ve üriner mukozada kalsifikasyon varlığında Alkali Sistit tanısı akla gelmelidir. Teşhisteki gecikme ve buna bağlı olarak tedavideki gecikme fatal olabilir. Bu hastalıktan şüphe duyulduğunda uzamış idrar kültürü istenebilir.

P-147

## TESTİKÜLER EPİDERMOİD KİST: OLGU SUNUMU

Berin Selçuk,<sup>1</sup> Uğur Aferin,<sup>1\*</sup> Çetin Demirdağ,<sup>1</sup>  
Nur Ahmet Erözenci<sup>1</sup>

1. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

**AMAÇ:** Testisteki epidermoid kistler, nadir görülen benign tümörlerdir ve tüm testis tümörlerinin yaklaşık % 1'ini oluşturmaktadır. Epidermoid kistler genellikle 2-4. dekatlar arasında testiste ortalama 2 cm büyüklüğünde ağrısız palpabl kitle olarak belirti verirler. Histogenetik olarak epidermoid kistlerin orijini net olarak bilinmemektedir. Patologların çoğunluğu epidermoid kistleri malign özelliği olmayan monodermal teratom olarak kabul etmektedir, diğer bir kısmı ise testisteki epidermoid kistlerin rete testisin veya seminifer tubulusların skuamöz epitelyuma metaplazisinden kaynaklandığını ileri sürmektedir.

**YÖNTEM:** Otuz bir yaşında erkek hasta sol testiste

ele gelen kitle şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol testis alt polde yaklaşık 2 cm çapında sert ağrısız kitle mevcuttu. Hastanın yapılan serum marker değerleri AFP (3,9), -HCG (<1), LDH (176) normal olarak saptandı. Skrotal dopler ultrasonografisinde (USG) sol testis parankimi içerisinde periferik yerleşimli konturunda 5 mm çapında kaba kalsifikasyonu olan, içerisinde mikrokalsifikasyonlar ve kistik alanlar içeren 13x9.5 mm boyutunda, renkli dopler USG incelemesinde belirgin vaskülarizasyon göstermeyen hipoekoik solid lezyon izlendi. Elastografik USG incelemesinde lezyonda testis parankimine göre belirgin yoğunluk artışı olduğu saptandı.

**BULGULAR:** Hastaya bu bulgular eşliğinde sol testis tümörü tanısıyla sol inguinal orşiektomi operasyonu yapıldı. Postoperatif birinci gün yapılan toraks, batin, pelvik bilgisayarlı tomografisinde metastatik lezyon saptanmadı ve postoperatif 1. gün taburcu edildi. Hastanın inguinal orşiektomi patolojisi epidermoid kist olarak sonuçlandı.

**ÇIKARIMLAR:** Testiküler epidermoid kistler, histogenezi hala tartışmalı olan benign lezyonlardır ve malign potansiyel taşıyan dermoid kist ve teratomlardan ayırt edilmelidir. Çocukluk çağı testiküler neoplazmalarının yaklaşık % 30'u benigndir ve prepubertal olgularda testis koruyucu cerrahi uygulanmaktadır. Erişkinlerde ise bazı kaynaklarda epidermoid kistin tedavisinde ultrasonografide dahil olmak üzere preoperatif kesin tanısı mümkün olmadığından karşı testisi normal olan hastalarda radikal orşiektomi önerilmektedir. Buna karşıt olarak son yıllarda prepubertal olgularda olduğu gibi erişkin olgularda görülen epidermoid kistlerde de epidermoid kist ile uyumlu USG bulguları, normal tümör belirleyicileri ve bununla birlikte frozen sonucu ile birlikte testis koruyucu cerrahi önerilmektedir.



Tablo

İPP Grupları	Yaş	Prostat	PSA	Q ort	IPSS	IPSS	Qort
(Toplam 44)	ortalama	hacmi(ml)	Total(ng/ml)	(ml/sn)	( $\alpha$ b.siz)	düşüşü	artışı(ml/sn)
Hafif İPP(19hasta)	60.2	28.8	1.54	6.6	12.1	4.05	1.78
Orta İPP(12hasta)	59	46.2	1.53	6,58	12.4	4.9	3.59
Ciddi İPP(13hasta)	67.3	60.7	2.88	4.8	14	3.69	2.13

P-148

## İNTRAVEZİKAL PROSTAT PROTRÜZYON DEĞERİ, NÖROJENİK OLMAYAN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI/ BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ MEDİKAL TEDAVİ BAŞARISINI ETKİLER Mİ?

Mücahit Kart,<sup>1</sup> Murat Üstüner<sup>2</sup>

1. Sakarya Hendek Devlet Hastanesi, Üroloji, Sakarya  
2. S.B. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Kocaeli

**AMAÇ:** Nörojenik olmayan AÜSS/BPH hastalarında intravezikal prostat protrüzyon değerinin alfa bloker tedavi başarısı üzerine etkisini değerlendirmek.

**YÖNTEM:** Hendek Devlet Hastanesine 3/9/2015 ile 31/05/2016 tarihleri arasında anamnez (IPSS), fizik muayene (FM), üriner ultrason (US), üroflow (UF) ve PSA tahlilleri sonrası AÜSS/BPH tanısı konan daha önce alfa bloker tedavi almamış ya da 3 aydan fazla süredir alfa bloker ve/veya testosteron reseptör blokeri (finasterid, dutasterid) almayan 50 hasta çalışmamıza dahil edildi. Çalışmaya AÜSS/BPH yanında mesane taşı olanlar, önceden prostatik ya da üretral cerrahi geçirenler, miksiyon sonrası rezidüsü (PMR) 200 ml. den fazla olanlar ve nörojenik mesane tanısı olanlar dahil edilmedi. Bu amaçla her hastanın transabdominal us ile prostat hacmi, PMR'si ve intravezikal prostat protrüzyon (İPP) değeri (mesaneye protrüde olan prostatın mesane içindeki en uç noktasının mesane tabanına uzaklığı) tespit edildi. İPP değerine göre hastalar İPP <5 mm hafif, 5-10 mm orta, >10 mm şiddetli protrüde olarak 3 gruba ayrıldı. Çalışmaya dahil edilen hastalara alfa blokerlerden (alfuzosin, tamsulosin, doksazosin ve silodosin) yan etki profillerine uygun olan herhangi biri başlandı. Her hastanın 1-3 ay sonrası takibinde IPSS, UF değerleri tekrar çalışıldı. Bu medikal tedavi sonrası İPP grupları, IPSS ve UF değerlerindeki değişimler açısından değerlendirildi.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 50 hastadan klinik verileri tam olan 44 hastanın ort. yaşı

60.4(min:50- max: 80), prostat hacmi 43.1 cc, total PSA 1.95 ng/ml, IPSS 12.7, Qort 6.13 ml/sn. ve İPP değeri 8 mm idi. İPP değeri hafif olan 19 hastanın yaş ortalaması 60.2, prostat hacmi 28.8cc, total PSA 1.54 ng/ml idi. Minimum 1 aylık alfa bloker tedavi sonrası bu grupta IPSS düşüşü 4.05, Qort.artışı 1,78ml/sn tespit edildi. İPP değeri orta olan 12 kişinin ortalama IPSS düşüşü 4.9, Qort. artışı 3.59 ml/sn tespit edildi. İPP'si şiddetli olan 13 kişide IPSS düşüşü 3.69, Qort. artışı 2.13 ml/sn tespit edildi.

**ÇIKARIMLAR:** Bir aylık alfa bloker tedavi sonrası IPSS'de en fazla düşme ve ortalama idrar akış hızında en çok artış, İPP değeri 5-10 mm. olan (orta dereceli) olan grupta tespit edilmiştir.

P-149

## PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARINI ÖNGÖRMEDE CROES NOMOGRAMININ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mustafa Suat Bolat,<sup>1</sup> Ekrem Akdeniz<sup>1</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Perkütan nefrolitotomi yaptığımız hastalarda CROES nefrolitometri nomogramının taşsızlık oranını öngörmedeki başarısı araştırılmıştır (Figür 1)

**YÖNTEM:** Merkezimizde opere edilen toplam toplam 220 hasta çalışmaya alındı. Hastaların demografik ve klinik bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Taşsızlık durumu ameliyattan 1 ay sonra direkt üriner sistem grafisi ile belirlendi. Her bir hastanın verileri CROES nomogramı ile skorlandı ve hastaların öngürülen stone free oranı belirlendi. Cerrahi sonuçlarımız ile CROES nomogramından elde edilen sonuçlar karşılaştırılarak CROES nomogramının etkinliği değerlendirildi.

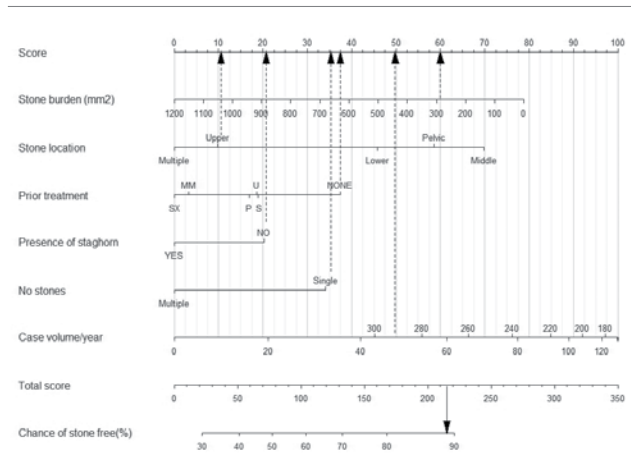
**BULGULAR:** Ortalama vücut kitle indeksi 26,7±3,3 kg/m<sup>2</sup> olan hastalarımızın yaş ortalaması 45,8±15,2 yıl idi. Erkek hasta oranı %60 idi. Hastalarımızın %36,8'inde daha önce taşa yönelik geçirilmiş bir

Tablo

	Toplam	Stone free	Rezidü taş
Hasta sayısı (N, %)	220 (100%)	172 (78.2%)	48 (21.8%)
CROES skoru [mean (SD)] (min-max)	168.1±66.4 (57-263)	221.1±57.4 (80-263)	80.5±25.7 (57-220)
Taşsızlık şansı (%)	80%	90%	51%
Yaş, (yıl) [mean (SD)]	45.8±15.2	46.4±15.5	43.8±14.3
Cinsiyet, n/N, (%)			
Erkek	132/220 (60%)	106/172 (61.6%)	26/48 (54.2%)
Kadın	88/220 (40%)	66/172 (38.4%)	22/48 (45.8%)
BMI, kg/m2 [mean (SD)]	26.7±3.3	26.6±3.5	26.7±2.4
Komorbidite, n/N, (%)			
Diabetes mellitus	21/220 (9.5%)	14/172 (8.4%)	7/48 (14.6%)
Kardiyovasküler hastalıklar	40/220 (18.2%)	29/172 (17.5%)	11/48 (22.9%)
Nörolojik hastalıklar	4/220 (1.8%)	2/172 (1.2%)	2/48 (4.2%)
Geçirilmiş cerrahiler n/N, (%)			
PNL	9/220 (4.1%)	2/172 (1.2%)	7/48 (14.6%)
ESWL	36/220 (16.4%)	22/172 (13.3%)	14/48 (29.2%)
Piyelolitomi	10/220 (4.5%)	6/172 (3.6%)	4/48 (8.3%)
URS	23/220 (10.5%)	19/172 (11.4%)	4/48(8.3%)
Nefrestomi	3/220 ( 1.4%)	3/172 (1.8%)	0
Renal anomaliler, n/N, (%)			
Yok	217/220 (98.6%)	172/172 (100%)	45/48 (93.7%)
At nalı böbrek	2/220 (0.9%)	0	2/48 (4.2%)
Ektopik böbrek	1/220 (0.5%)	0	1/48 (2.1%)
Taş alanı, mm2 [mean (SD)]	452.8±213.4	395.4±169.8	629.4±237.3
Taş sayısı n/N, (%)			
Tek	94/220 (42.7%)	86/172 (50%)	8/48 (16.7%)
Multipl	126/220 (57.3%)	86/172 (50%)	40/48 (83.3%)
Taş lokalizasyonu, n/N, (%)			
Üst	5/220 (2.2%)	3/172 (1.7%)	2/48 (4.2%)
Orta	8/220 (3.7%)	6/172 (3.5%)	2/48 (4.2%)
Alt	26/220 (11.8%)	24/172 (14%)	2/48 (4.2%)
Pelvis	92/220 (41.8%)	85/172 (49.4%)	7/48 (14.5%)
Multipl	89/220 (40.5%)	54/172 (31.4%)	35/48 (72.9%)

girişim öyküsü vardı. Staghorn taş oranı %12,7, ortalama taş alanı 452,8±213,4 mm2 olarak bulundu ve %57.3 hastada aynı böbrekte multiple taş vardı. Taşsızlık oranımız %78.2 olarak bulundu (Tablo 1). CROES skoruna göre tahmini taşsızlık şansı %80 idi. Bu tahmini oran ile gerçek başarımız arasında ki fark ise sadece %1,8 idi.

**ÇIKARIMLAR:** CROES nomogramı ile PNL öncesinde taşsızlık oranı başarılı bir şekilde öngörülebilir. Başlangıçta kullanımı zor gözükse de kullandıkça basitleşen, anlaşılması kolay, parametleri objektif ve sonuçları akla yatkın olan bu nomogram klinisyenlere ve hastalara işlem öncesinde yol gösterebilir.



P-150

## MODİFİYE CLAVİEN SİSTEMİNE GÖRE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ KOMPLİKASYONLARIMIZ

Ekrem Akdeniz,<sup>1,1</sup> Mustafa Suat Bolat,<sup>1</sup> Önder Çınar<sup>1</sup>

1. S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, Samsun

**AMAÇ:** Böbrek taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi yaptığımız hastalarda gelişen komplikasyonların modifiye clavien sistemine göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**YÖNTEM:** Çalışmaya merkezimizde opere edilen 220 hasta alındı. Hastaların taş yerleşimleri, taş

alanları, ameliyat verileri, erken ve geç dönem komplikasyonları retrospektif olarak incelendi ve sonuçlar modifiye clavien sistemine göre değerlendirildi.

**BULGULAR:** Hastalarımızın yaş ortalaması 45,8±15,2 yıl olarak bulundu. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 26,7±3,3 kg/m<sup>2</sup> olarak bulundu. Hastalarımızın % 9,5'inde diabetes mellitus varken %18,2'sinde ise kardiyovasküler hastalıklar vardı. Ortalama işlem süresi 96,5±30,5 dakika idi. Ortalama 1,98±1,4 g/dL hemoglobin düşüşü izlendi. Hastalarımız postoperatif yatış süresi 3,1±1,3 gün olarak bulundu. Toplam komplikasyon oranımız %35 iken clavien grade I komplikasyon oranımız % 22.3 idi. Üst pol giriş yapılan 2 hastaya hidrotoraks nedeniyle göğüs tüpü takıldı. Komplikasyon yönetimi için anestezi verdiğimiz hasta sayısı 4 idi. Bunlardan

Tablo

	Toplam	Stone free	Rezidü Taş
N	220	172	48
Ameliyat süresi (dakika) [ortalama (SD)]	96.5±30.5	93.9±30.1	104.4±30.4
Hemoglobin düşmesi (g/dL) [ortalama (SD)]	1.98±1.4	1.96±1.5	2.03±1.3
Postoperatif yatış süresi (gün) [ortalama (SD)]	3.1±1.3	2.8±1.1	3.7±1.4
Clavien komplikasyon derecesi (n,%)			
Toplam	77 (35%)	41 (23.9%)	36 (75%)
Grade I	49 (22.3%)	32 (18.6%)	17 (35.4%)
Geçici ateş	18 (8.2%)	13 (7.6%)	5 (10.3%)
Geçici kreatinin yükselmesi	7 (3.2%)	2(1.2%)	4(8.3%)
Geçici ağrı	6 (2.7%)	4(2.4%)	2 (4.2%)
Bulantı/ kusma	5 (2.3%)	2 (1.2%)	3(6.3%)
Taşikardi	4 (1.8%)	3(1.8%)	1 (2.1%)
Bradikardi	3 (1.3%)	3(1.8%)	1 (2.1%)
Geçici konfüzyon	2 (0.9%)	2 (1.2%)	0
Akciğer ödemi	1 (0.4%)	1(0.6%)	0
Diğer	3 (1.3%)	2(1.2%)	1 (2.1%)
Grade II	20 (9.1%)	7 (4.1%)	13 (27.1%)
Kan transfüzyonu	12 (5.6%)	5 (2.9%)	7 (14.5%)
24 saatten az süren akıntı	4 (1.8%)	1 (0.6%)	3 (6.3%)
Antibiyotik gerektiren ateş/ İYE	3 (1.3%)	1 (0.6%)	2 (4.2%)
Pnömoni	1 (0.4%)	0	1 (2.1%)
Grade IIIa	4 (1.8%)	1 (0.6%)	3 (6.3%)
Hidrotoraks	2 (0.9%)	1	1 (2.1%)
Taş fragmanına bağlı kolik/retansiyon	2 (0.9%)	0	2 (4.2%)
Grade IIIb	3 (1.3%)	1 (0.6%)	2 (4.2%)
JJ gerektiren üriner akıntı	2 (0.4%)	0	2 (4.2%)
Sistoskopik hematoma irrigasyonu	1 (0.9%)	1 (0.6%)	0
Grade IVa	1 (0.4%)	0	1 (2.1%)
Nefrektomi	1 (0.4%)	0	1 (2.1%)
Grade IVb	0	0	0
Grade V	0	0	0

2 hastaya uzun süren akıntı nedeniyle DJ stent takıldı ve 1 hastaya yoğun hematoma nedeniyle hematoma irrigasyonu yapıldı. En ciddi komplikasyonumuz ise kontrol altına alınamayan kanama nedeniyle nefrektomi oldu. Grade IVb ve grade V komplikasyon ise izlenmedi (Tablo 1). Taşsızlık oranımız % 78.2 olarak bulundu. Ek tedavi prosedürleri sonrası (second look PNL, üreteroskopi, şok dalga litotripsi) taşsızlık oranımız ise % 87,3'tür.

**ÇIKARIMLAR:** Modifiye Clavien sistemi PNL'nin komplikasyonlarını rapor etmede oldukça kullanışlı bir sınıflama sistemidir.

## YAZAR DİZİNİ

### A

- Abdulkadir Türkölmez 22, 41, 54, 64  
 Abdullah Erdoğan 66, 107  
 Abdullah Göğer 110  
 Abdullah Gül 93, 211, 330  
 Abdullah Gürel 115, 261  
 Abdullah Hızır Yavuzsan 199, 200, 245  
 Abdulmecit Yavuz 126  
 Abdurrahman İnkaya 238, 292, 319  
 Abdurrazak Teken 89  
 Adem Emrah Coğuplugil 142, 143, 145, 276, 277, 278, 294  
 Adem Özdemir 340  
 Adil Esen 249  
 Adil Güçal Güçlü 262  
 Adil Hüseyinov 80  
 Adnan Gücük 86, 174, 300  
 Adnan Şimşir 15, 90, 142, 143, 202, 264, 266, 267, 277, 278  
 A. Haluk Özen 24, 325, 347, 348, 349  
 Ahmet Adil Esen 19, 137, 191, 244, 301, 306, 309, 335  
 Ahmet Bındayı 238, 292, 319  
 Ahmet Camtosun 180, 254, 255, 281  
 Ahmet Çinkaya 40  
 Ahmet Erözenci 7, 166  
 Ahmet Güdeloğlu 4, 203  
 Ahmet Gürbüz 189, 335  
 Ahmet Hakan Haliloğlu 337  
 Ahmet Harun Şimşek 316  
 Ahmet Keleş 102  
 Ahmet Mert 114, 326  
 Ahmet Metin 86, 174, 300  
 Ahmet Metin Haşçıçek 133  
 Ahmet Murat Aydın 158, 325  
 Ahmet Nihat Karakoyunlu 132, 195, 286, 288  
 Ahmet Önder Örs 94, 164, 269  
 Ahmet Özgür Güçtaş 309  
 Ahmet Rüknettin Aslan 56, 61, 136, 269, 333, 350  
 Ahmet Şahan 111, 148, 171  
 Ahmet Şahin 85, 173, 317  
 Ahmet Şalvarcı 64, 167, 255, 327  
 Ahmet Selçuk Dindar 12, 21, 53, 95, 167, 251, 319  
 Ahmet Serdar Teoman 111  
 Ahmet Suat Demir 106  
 Ahmet Tahra 238, 292, 319  
 Ahmet Tunckıran 282  
 Ahmet Tunçkırın 283  
 Ahmet Yalçın Berberoğlu 217, 237, 243, 344  
 Ahmet Yılmaz 272  
 Ahsen Karagözlü Akgül 107, 156  
 Akif Erbin 204, 217, 237, 243, 344  
 Alaaddin Polat 169  
 Alaattin Özen 324  
 Ali Asan 122  
 Ali Atan 149  
 Ali Barbaros Başeskioglu 138, 213, 238, 325  
 Ali Beytur 305, 334, 340, 343  
 Ali Börekoğlu 181, 183  
 Ali Cansu Bozacı 73, 75, 79, 322  
 Ali Ergen 325, 338, 349  
 Ali Ersin Zümrütbaş 154, 252  
 Ali Ertan Okatan 111, 274  
 Ali Faik Yılmaz 18, 117, 223, 231, 241, 315, 332  
 Ali Ferruh Akay 345  
 Ali Furkan Batur 35  
 Ali Güneş 305, 334, 340, 343  
 Ali Güragaç 63, 65, 159, 163, 164, 279  
 Ali İhsan Arık 50, 271, 280  
 Ali Kemal Uslubaş 38  
 Ali Rıza Kural 9, 17, 202, 214, 218, 227, 317  
 Ali Rıza Türkoğlu 122  
 Ali Sami Gürbüz 167  
 Aliseydi Bozkurt 69, 71  
 Ali Seydi Bozkurt 39  
 Ali Seze 204  
 Ali Sezer 217, 237, 243, 344  
 Ali Tekin 105, 127, 131, 184, 186, 195, 304  
 Ali Uğur Ural 47  
 Ali Uğur Uslu 163  
 Ali Ülgen 7, 324, 325  
 Alı Kemal Uslubaş 37  
 Alpaslan Akbaş 123  
 Alpaslan Yüksel 127, 131, 186, 195, 303, 304  
 Alper Aksoy 265  
 Alper Bitkin 204, 215, 233, 239, 255, 272, 283, 285  
 Alper Cihat Erdal 95, 167  
 Alper Coşkun 118, 146, 324  
 Alper Demirbaş 116, 249  
 Alper Eken 313  
 Alperen Yıldız 19, 25, 212  
 Amiralı Farahvash 4, 198, 203, 293  
 Anar İbrahimov 78  
 Antonio Simone Laganà 102, 147  
 Arda Nermin Sümer 139  
 Arif Aydın 133  
 Arif İbiş 234  
 Arzu Erdal Yanardağ 346  
 Asgar Garayev 24, 102, 148, 210, 273, 310, 311  
 Aslıhan Avcı 190, 314  
 Aslıhan Onay 6  
 Ata Özen 7, 225, 238, 324  
 Aydın Yenilmez 138, 238  
 Ayhan Arslan 111, 261  
 Ayhan Dalkılıç 75  
 Ayhan Dirim 14, 58, 98, 275, 284  
 Ayhan Karabulut 152, 207, 208, 229, 253  
 Ayhan Özcan 333  
 Aykut Akıncı 222  
 Aykut Aykaç 149  
 Aykut Başer 154, 193, 252, 352  
 Aykut Buğra Şentürk 162  
 Aykut Kefi 302, 321  
 Aykut Onursever 280

Aykut Sırtbaş 155  
 Ayla Özaydogdu Çimen 301  
 Aylin Çelikhisar 89  
 Ayşe Dağlı Değerli 314  
 Ayşegül Kabanlı 139  
 Ayşen Yarat 171  
 Aysun Ankaç Yılbaş 79  
 Aytaç Kayış 140, 141, 143, 206, 209, 212, 229

**B**

Bahadır Şahin 37, 134, 150, 184  
 Bahadır Topuz 57, 80, 81, 127, 159, 163, 217, 252, 257, 258, 276  
 Bahattin Kızılgök 199, 218, 223, 234, 235, 236, 240, 241  
 Banu İşbilen Başok 73  
 Banu Salepçi 136  
 Barış Esen 140, 141, 206, 209, 226, 229, 234  
 Battal Selçuk Çakmak 340  
 Batuhan Aydoğan 174  
 Batuhan Ergani 12, 21, 53, 91, 161, 294, 319  
 Bedreddin Seçkin 142, 143, 277, 278, 279  
 Bekir Aras 86, 157, 300  
 Bekir Voyvoda 187  
 Bennur Esen 155  
 Berin Selçuk 165, 304, 353  
 Berkan Duran 58  
 Berk Burgu 78, 80  
 Berna Vuruşkan 55  
 Beste Melek Atasoy 314  
 Bilal Fırat Alp 57, 159, 163, 217, 252, 260, 276, 279  
 Bilal Gümüş 45  
 Bilal Günaydın 289  
 Bilgehan Çağdaş Sonbahar 339  
 Bilge Sönmez 139  
 Birgi Ercili 100  
 Bora İrer 89, 137, 188, 191, 212, 262, 301  
 Bora Küpeli 76  
 Bora Özveren 203  
 Bora Özveren 4, 8, 20, 48, 85, 219  
 Bora Peynircioğlu 158, 343  
 Buğra Doğukan Törer 82, 121, 312  
 Buket Yurteri 68  
 Bülent Akdoğan 24, 325, 347, 348, 349  
 Bülent Çelebi 39  
 Bülent Günlüsoy 290  
 Bülent Önal 189, 335, 342  
 Bülent Soyupak 313  
 Burak Argun 17  
 Burak Çıtamak 73, 75, 322, 348, 349  
 Burak Elmaağaç 325  
 Burak Köprü 125, 258  
 Burak Özkan 155  
 Burak Sönmezer 249  
 Burak Yılmaz 86, 174, 300  
 Burçin Alev Tüzener 171  
 Burçin Tunç 342  
 Burhan Coskun 114  
 Burhan Coşkun 101, 326  
 Burhan Özdemir 75, 322

Büşra Ertaş 314

**C-Ç**

Cabir Alan 254  
 Çağan Asparuk 98  
 Çağatay Mehmet Göğüş 54  
 Çağatay Tosun 56, 61, 136, 269, 333, 350  
 Çağ Çal 15, 267  
 Çağlar Alp 160  
 Çağlar Yıldız Akdeniz 309  
 Çağrı Akın Şekerci 73, 134, 148, 150, 171, 210, 273, 337  
 Çağrı Akpınar 22, 80, 226  
 Çağrı Asan 95  
 Çağrı Tekdöş 36, 46, 223, 235, 298, 299  
 Cahit Şahin 10  
 Canan Altay 86, 244  
 Canan Yılmaz 66  
 Caner Alparslan 124  
 Caner Ediz 169, 254  
 Caner Moral 204, 215, 233, 239, 272  
 Can Öbek 9, 11, 17, 202, 214, 218, 227, 317, 346  
 Can Tuygun 132  
 Carlo Magno 102, 147  
 Cavit Can 7, 225, 324  
 Cem Akbal 73, 134, 148, 170, 171, 210, 273, 314, 337  
 Cemalettin Cengiz Beyaz 155  
 Cemal Göktaş 10  
 Cemal Seçuk İšoğlu 91  
 Cemal Taşdemir 180, 281  
 Cemil Ay 162  
 Cemil Çolak 254  
 Cemil Uygur 17, 18  
 Cemil Yağcı 64  
 Cem Irkılata 80  
 Cem Şenol 35  
 Cengiz Kara 339, 341  
 Cenk Acar 74, 124, 351  
 Cenk Murat Yazıcı 123  
 Cenk Yücel Bilen 4, 68, 112, 115, 158, 174, 203  
 Çetin Demirdağ 7, 100, 189, 263, 304, 335, 342, 346, 353  
 Cevat Aktaş 123  
 Cevdet Kaya 102, 134, 148  
 Ceyhun Özyurt 90  
 Christopher Netsch 102, 147  
 Çiğdem Dönmez 174  
 Cihangir Çetinel 10  
 Cihan Toktaş 154, 193, 252, 352  
 Cihat Özcan 268  
 Cumhuriyet Yesildal 83  
 Cüneyd Özkürkçügil 139  
 Cüneyd Sevinç 113  
 Cüneyt Adayener 17, 18

**D**

Demirhan Örsan Demir 75  
 Demir Kürşat Yıldız 37, 38  
 Deniz Bolat 290

Deniz Filinte 37  
 Deniz Yücel 173  
 Devrim Tuğlu 62, 133, 160, 166, 175  
 Dilan Bektaş Onat 119  
 Dilek Ertoy Baydar 158, 349  
 Dilek İncesu 167  
 Dilek Ünal 132  
 Dilşad Aksoy 24  
 Dursun Baba 105, 127, 131, 184, 186, 195, 303, 304  
 Dursun Ünal 156  
 Duygu Kurtuluş 319

**E**

Ebru Gürleyik 190, 314  
 Ebru Yeşildağ 123  
 Ebubekir Akgüneş 204, 215, 233, 239, 283, 285  
 Ece Konaç 68, 174  
 Eda Tokat 74, 124, 198, 351  
 Ediz Vuruşkan 189  
 Efe Önen 66, 107  
 Ege Can Şerefoğlu 98, 347  
 Ekrem Akdeniz 35, 255, 346, 354, 356  
 Ekrem Başaran 127, 131, 186, 195, 303, 304  
 Ekrem İslamoğlu 191  
 Elif Kervancıoğlu 171  
 Elnur Ziyadov 297  
 Emil Civazade 83  
 Emin Aydur 65, 142, 143, 145, 276, 277, 278, 279, 294  
 Emine Acar 249  
 Emine Ebru Deniz 284  
 Emine Şamdancı 169  
 Emin Mammadov 24, 349  
 Emin Sır 265  
 Emin Taha Keskin 179  
 Emin Yener Gültekin 109, 221, 248  
 Emir Akıncıoğlu 202, 264, 267  
 Emrah Coğuplugil 57, 163  
 Emrah Küçük 204, 215, 233, 239  
 Emrah Okucu 345  
 Emrah Okulu 67, 70, 71, 190, 314  
 Emrah Şimşek 15  
 Emrah Yakut 130  
 Emre Altıntaş 67, 242, 259  
 Emre Çamur 145, 146, 271, 324  
 Emre Demirci 7, 11  
 Emre Hepşen 195, 288  
 Emre Kandemir 243, 344  
 Emre Karabay 130  
 Emre Ulukaradağ 187  
 Emrullah Söğütdelen 24, 68, 112, 338, 347  
 Ender Cem Bulut 198  
 Ender Oral 126, 165  
 Ender Özden 18, 51, 117, 200, 215, 221, 223, 226, 227, 230, 231, 233, 237, 241, 246, 315, 332  
 Engin Kaya 57, 125, 126, 145, 152, 154, 165, 256, 257, 258, 340  
 Enis Kervancıoğlu 14, 58, 98, 275, 284  
 Enis Mert Yorulmaz 21, 95, 251  
 Enis Rauf Coşkuner 155  
 Eray Hasırcı 14, 58, 98, 275, 284

Eray Kemahlı 86, 174, 300  
 Ercan Yuvanç 62, 133, 160, 166, 175  
 Ercüment Keskin 39, 69, 71  
 Erdal Beşer 177  
 Erdal Yılmaz 62, 133, 160, 166, 175  
 Erdem Öztürk 11, 179, 268, 287, 331  
 Ergin Şingirik 172, 297  
 Erhan Demireli 337  
 Erkan Derebek 249  
 Erkan Erkan 130, 302, 345  
 Erkan Hirik 39  
 Erkin Sağlam 118, 145, 146  
 Erman Ceyhan 79  
 Ersagun Karagüzel 111, 274  
 Ersa Bulut 151, 182, 317  
 Ersoy Uysal 251  
 Ertan Batıslam 62, 133, 160, 166, 175  
 Ertan Can 12, 53, 161, 319  
 Ertan Kayacan 193  
 Esat Korgalı 109  
 Esmâ Yücetaş 130, 302  
 evfik Çetin 162  
 Evren Süer 22, 41, 54, 64, 140, 141, 143, 144, 206, 212, 229, 238  
 Eyüp Burak Sancak 123  
 Eyüp Gümüş 238  
 Eyüp Veli Küçük 238, 292, 319

**F**

Fahri Yavuz İlki 100  
 Farhad Talibzade 105, 134, 148, 337  
 Faruk Özgör 237, 243  
 Fatih Akdemir 67, 70  
 Fatih Akkaş 199, 200, 245  
 Fatih Ataç 155, 244  
 Fatih Atuğ 211, 236  
 Fatih Çakır Gündoğan 178  
 Fatih Çolak 111, 274  
 Fatih Fırat 346  
 Fatih Gökalp 199, 235, 298  
 Fatih Gökhan Akbay 199, 200  
 Fatih Hızlı 250  
 Fatih İleri 79  
 Fatih Oğuz 169, 305, 334, 340, 343  
 Fatih Özcan 139  
 Fatih Tarhan 118, 136, 145, 146, 324  
 Fatih Yalçınkaya 149  
 Fatih Yanaral 217  
 Fatma Gündoğdu 261  
 Fazıl Tuncay Akı 112, 114, 115, 343  
 Fehmi Narter 136, 271  
 Ferda Topal 190, 314  
 Ferhat Ateş 13, 88, 214, 220, 225, 232, 240, 245, 246, 247, 248  
 Feridun Şengör 56, 61, 136, 269, 333, 350  
 Ferit Avcu 47  
 Ferruh İşman 73  
 Ferruh Şimşek 37, 73, 134, 148, 150, 210, 273, 310, 311, 314, 337  
 Ferruh Zorlu 91, 128, 294  
 Fesih Ok 51, 57, 172, 223, 234, 235, 241, 297, 299

Fethi Ahmet Türegün 7, 189  
 Fethi Akyol 39  
 Feyzi Arda Atar 199, 200  
 Fikret Fatih Önal 238, 292, 319  
 Fikri Ozan Arslan 139  
 Fisun Ardiç Yükrük 271  
 Fırat Akdeniz 96, 120, 309  
 Fuad İsmaylov 266  
 Fuat Ali 167  
 Fuat Kızılay 15, 90, 202, 264, 266, 267  
 Fulya Elmastaş 98  
 Funda Peker 85  
 Furkan Dursun 83, 214, 220, 225, 232, 240, 245, 246, 247, 248

**G**

Gamze Akkuş 51, 297  
 Giray Ergin 80, 81, 125, 127, 258  
 Giray Karalezli 83, 93  
 Giray Sönmez 93, 328  
 Gizem Narlı 13  
 Gökçe Dünder 109, 221, 248  
 Gökçen Ünal Kocabaş 290  
 Gökhan Faydacı 136  
 Gökhan Gökçe 109, 221, 248  
 Gökhan Koç 60, 294  
 Gökhan Temeltaş 45  
 Göksel Bayar 44, 59, 126  
 Göksel Şener 170, 171, 172, 314  
 Gonca Eldem 158  
 Gül Bora 339  
 Gülçin Özkan Onur 139  
 Gülistan Sanem Sarıbaş 132  
 Gülten Aktın Güngör 136  
 Güner Yıldız 242  
 Gürkan Bozdağ 68, 338  
 Gürler Akpınar 37, 38  
 Gürsel Savcı 114  
 Güven Aslan 19, 191, 301  
 Güven Erbay 39  
 Güven Oysul 83

**H**

Hafize Uzun 189  
 Hakan Akan 182  
 Hakan Anıl 191  
 Hakan Bahadır Haberal 24, 73, 114, 115, 338, 343, 347, 348  
 Hakan Çelikhisar 89  
 Hakan Kılıçarslan 101, 326  
 Hakan Özkardeş 14, 58, 98, 275  
 Hakan Özveri 173  
 Hakan Parlakpınar 169  
 Hakan Türk 40, 91, 92, 95, 96, 120, 124, 185, 251  
 Hakan Vuruşkan 52, 55, 114  
 Hakkı Uğur Özok 195, 286, 288  
 Halil Başar 49, 179, 250, 268, 287, 331  
 Halil Çağrı Aybal 179, 250  
 Halil Gülbahar 109  
 Halit Beşir 184

Haluk Kulaksızoğlu 67, 211, 236  
 Hamdi Özkara 165  
 Hamit Ersoy 82, 195, 286, 288  
 Hampar Akkaya 283  
 Harika Gözde Gözükara 169  
 Harun Özdemir 204  
 Hasana Serkan Doğan 124  
 Hasan Cem İrkilata 81, 125, 127, 159, 257, 258  
 Hasan Çetin 117, 223  
 Hasan Danış 195  
 Hasan Deliktaş 5, 122, 128, 149, 181, 270, 318, 322, 323  
 Hasan Esen 328  
 Hasan Hüseyin Tavukçu 172, 211, 236  
 Hasan Koçoğlu 63  
 Hasan Öner 7  
 Hasan Rıza Aydın 194  
 Hasan Serkan Doğan 73, 75, 79, 112, 115, 322  
 Hasan Soydan 88, 281  
 Hasan Yılmaz 37, 38  
 Haşmet Sarıcı 162  
 Hasret Topaç 94, 164, 269  
 Hasya Nazlı Ekin 293  
 Hatem Kazımoğlu 193, 295, 296, 336  
 Hatice Ölger Uzuner 285  
 Havva Asuman Yavuz 116  
 Havva Erdem 131  
 Haydar Kamil Çam 37, 148  
 Hayrettin Şahin 5, 122, 128, 149, 181, 270, 318, 322, 323  
 Hayriye Çapraz 269  
 Hikmet Cebrayilov 76  
 Hikmet Topaloğlu 195, 286  
 Hilmi Kodaz 40  
 Hilmi Sarı 191, 302  
 H. Mahir Kaplan 172, 297  
 Hüdayi Çatalyürek 244  
 Hülya Görgün 139  
 Hülya Süner 133  
 Hüseyin Acinikli 59  
 Hüseyin Alperen Yıldız 301  
 Hüseyin Aytaç Ateş 130, 302  
 Hüseyin Beşiroğlu 190, 329  
 Hüseyin Çelik 180, 254, 255, 281  
 Hüseyin Çelik 160  
 Hüseyin Eren 111, 194, 274  
 Hüseyin Güntürkün 139  
 Hüseyin Koçakgöl 309  
 Hüseyin Tarhan 5, 122, 124, 128, 149, 318, 323  
 Hüseyin Tomruk 257, 260  
 Hüsnü Tokgöz 191

**İ**

İ. Atilla Arıdoğan 46, 57, 172, 181, 183, 297, 298  
 İbrahim Aras 312  
 İbrahim Atilla Arıdoğan 218, 234, 235  
 İbrahim Duman 116, 118, 249  
 İbrahim Halil Şükür 235  
 İbrahim Kadri Cüreklibatır 15, 90, 266  
 İbrahim Karademir 163, 164, 266, 345  
 İbrahim Keleş 162



İbrahim Topçu 305, 334, 340, 343  
 İbrahim Yardımcı 133  
 İbrahim Yıldırım 47, 57, 163, 217, 252, 260, 276, 333, 345

İ. Halil Şükür 172, 297, 298, 299  
 İlhan Çelebi 25, 302  
 İlke Onur Kazaz 111, 249, 261, 274  
 İlker Boler 139  
 İlker Şen 293  
 İlker Tinay 24, 37, 150, 184, 310, 311, 314  
 İlnur Ak Sivrikoz 7  
 İltar Tüfe 202  
 İltar Tüfek 9, 17, 214, 218, 227, 317  
 İ. Önder Yılmaz 46, 51, 298  
 İpek Erbarut Seven 37  
 İpek Işıl Gönül 293  
 İrem Tezer 282  
 Işıl Başara 306, 309  
 Işıl Çebi 85  
 İsmail Beşer 244  
 İsmail Önder Yılmaz 199, 236, 240  
 İsmail Seçkin 173  
 İsmail Selvi 49, 50, 271, 280, 287, 331  
 İsmail Yiğitbaşı 199, 200, 245  
 İsmail Yılmaz 13  
 İsmet Yavaşcaoğlu 52, 114  
 İyimser Üre 124  
 İyimser Üre 7, 74, 138, 213, 225, 238, 324, 325, 351  
 İzak Dalva 182  
 İzzet Koçak 177

## K

Kaan Bal 21  
 Kaan Çömez 19, 25, 86, 191, 212, 249, 301, 302, 335  
 Kaan Gökçen 99, 109, 221, 248  
 Kaan Karamık 191  
 Kadir Dünder 63  
 Kadir Karkin 181, 183, 241  
 Kadir Ömür Günseren 52, 101  
 Kamil Çam 105, 131  
 Kamil Fehmi Narter 324  
 Kamil Gökhan Şeker 245  
 Kasım Emre Ergün 266  
 Kaya Horasanlı 75  
 Kemal Behzatoğlu 130, 302, 345  
 Kemal Ener 190, 314  
 Kemal Kösemehmetoğlu 190, 314  
 Kemal Sarıca 87, 271  
 Kenan Öztörün 130, 289  
 Kerem Gençer Kutman 35  
 Kerem Öztürk 114  
 Kerem Teke 37, 38  
 Kevser Peker 132  
 Kevser Tanbek 254  
 Koray Erten 94, 164  
 Korhan Akgül 156  
 Korhan Baklacı 126  
 Kubilay Sabuncu 10, 87, 118, 136, 271  
 Kubilay Yüzüncü 35  
 Kürşad Zengin 115, 162

Kürşat Özkök 139  
 Kutluhan Erdem 271

## L

Lale Sökmensüer 338  
 Latif Mustafa Özbek 51, 230  
 Levent Kabasakal 7  
 Levent Özcan 187  
 Levent Sağnak 82, 195, 286, 330  
 Levent Türkeri 219  
 Levent Verim 288  
 Lokman İrkilata 215, 239  
 Lokman İrkilata 204, 233, 239, 272  
 Luca Lunelli 147

## M

Mahi Balcı 133, 166, 175  
 Mahir B. Özgen 4, 8, 20, 48, 85, 203, 219  
 Mahmut Gökhan Toktaş 130, 302, 345  
 M. Bilal Hamarat 145  
 Mehmet Akif Ramazanoğlu 61, 269, 333  
 Mehmet Balasar 83, 93, 327  
 Mehmet Bilgehan Yüksel 45  
 Mehmet Çağlar Çakıcı 82, 195, 286, 288, 330  
 Mehmet Caner Gülten 109  
 Mehmet Cemal Kahya 53, 319  
 Mehmet Çetinkaya 5, 122, 128, 149, 181, 270, 318, 322, 323  
 Mehmet Emin Özyalvaçlı 174  
 Mehmet Erhan Aydın 290  
 Mehmet Erşahin 172  
 Mehmet Esat Kösem 15  
 Mehmet Fatih Can 260  
 Mehmet Giray Sönmez 337, 339, 341  
 Mehmet Gökhan Çulha 98, 345, 347  
 Mehmet Hakan Üstün 107  
 Mehmet Hamza Gultekin 7  
 Mehmet İlker Gökce 78  
 Mehmet İlker Gökce 22, 41, 54, 64, 140, 141, 144, 206, 229, 238  
 Mehmet İlteriş Tekin 275  
 Mehmet Karabakan 39, 69, 71  
 Mehmet Kaynar 43, 242, 313  
 Mehmet Kılınç 93, 328  
 Mehmet Levent Akbulut 305, 343  
 Mehmet Mesut Pişkin 83, 328  
 Mehmet Necmettin Mercimek 193, 295, 296, 336  
 Mehmet Özen 18, 51, 223, 231, 241, 332  
 Mehmet Remzi Erdem 56, 61, 136, 269, 333, 350  
 Mehmet Şahin 15  
 Mehmet Sarıer 116, 118, 249  
 Mehmet Sevim 157  
 Mehmet Sinan Başay 50, 271, 280  
 Mehmet Tolga Doğru 62, 160  
 Mehmet Ünlüsoy 139  
 Mehmet Yiğit Yalçın 294  
 Mehmet Yoldaş 91, 92, 120, 137, 185  
 Mehmet Yücel 157  
 Melahat Korkmaz 133  
 Melih Kılınç 333

- Melih Sunay 133, 149  
 Melike Güngör 265  
 Meltem Acil 313  
 Meltem Demir 118  
 Meltem Demirel Kars 43  
 Merve Açıklak Elmas 173  
 Mesut Altan 24, 73, 75, 322, 347, 348, 349  
 Mesut Gürdal 115  
 Mesut Sivri 67  
 Mete Kilciler 161  
 Mete Önde 177  
 Mete Özkıdık 41, 78  
 Meter Bora Erdogdu 259  
 Metin Çenever 320  
 Metin Demircin 343  
 Metin Kılıç 107  
 Metin Onaran 293  
 Metin Vural 6  
 Mevlüt Keleş 204, 215, 233, 239  
 Mevlüt Yıldız 86, 174  
 M.Hamza Gültekin 189  
 M Levent Emir 152, 207, 208, 229, 253  
 M Serdar Buğday 211  
 M. Serdar Buğday 93, 330  
 Mücahit Kart 354  
 Mücahit Özbilgin 244  
 Muhammed Fatih Şimşekoğlu 100, 166, 342, 346  
 Muhammed Sulukaya 24, 111, 148, 150  
 Muhammet Abdurrahim İmamoğlu 115, 261  
 Muhammet Ali Kayıkçı 127, 131, 186  
 Muhammet Fatih Kılınç 44, 59, 62, 75, 126  
 Muhammet Fuat Özcan 63  
 Muhammet Güzelsoy 122, 156  
 Muhammet Serdar Buğday 352  
 Muhittin Atar 261  
 Muhittin Atar 115  
 Muhsin Balaban 113  
 Müjdegül Z. Karaca 68  
 Mümtaz Dadalı 152, 207, 208, 229, 253  
 Murat Akand 67, 242, 259  
 Murat Aydın 123  
 Murat Baykal 204  
 Murat Binbay 204, 217, 237, 243, 344  
 Murat Çakır 93  
 Murat Can Kiremit 6  
 Murat Dayanç 80, 81, 127  
 Murat Demirbaş 156  
 Murat Demirbaş 66, 107  
 Murat Dursun 190, 329  
 Murat Gül 43, 67, 82, 93, 121, 259, 312, 313, 330, 352  
 Murat Gülşen 215, 221, 231, 233, 237, 246, 315, 332  
 Murat Günay 69  
 Murat Kasap 37, 38  
 Murat Kocabıyık 293  
 Murat Mermerkaya 262  
 Murat Şener 187  
 Murat Tolga 139  
 Murat Tüken 347  
 Murat Tuncer 87, 136, 271  
 Murat Uçar 156  
 Murat Üstüner 15, 187, 354  
 Murat Zor 57, 152, 154, 217, 252, 257, 258, 260, 333, 345  
 Musa Ekici 162  
 Müslim Doğan Değer 335  
 Mustafa Aldemir 190, 314  
 Mustafa Arıcı 343  
 Mustafa Aslan 293  
 Mustafa Aydın 204, 215, 233, 239, 272, 283, 285  
 Mustafa Bilal Tuna 9, 17, 202, 214, 218, 227, 317  
 Mustafa Erboğa 123  
 Mustafa Kadıhasanoğlu 130, 302  
 Mustafa Karabıçak 137  
 Mustafa Karabıçak 60, 91, 294  
 Mustafa Karalar 162  
 Mustafa Kemal Atilla 204, 215, 233, 239, 272  
 Mustafa Kestel 122, 149, 181, 318  
 Mustafa Koplay 67  
 Mustafa Koray Kırdag 133, 244  
 Mustafa Murat Aydos 66, 107  
 Mustafa Özgür Tan 74, 124, 198, 351  
 Mustafa Seçil 86, 244, 306, 309  
 Mustafa Serdar Çağlayan 162  
 Mustafa Serhat Kulan 185  
 Mustafa Sertaç Yazıcı 24, 114, 252, 325  
 Mustafa Suat Bolat 35, 255, 346, 354, 356  
 Mustafa Tuğrul Göktaş 178  
 Mustafa Yüksekaya 15  
 Mustafa Yuksel 283  
 Mustafa Yüksel 282  
 Mustafa Zühtü Tansuğ 218, 234, 235, 240, 241  
 Mutlu Değer 298  
 Mutlu Sağlam 159  
 M. Yavuz Koparal 76  
 M. Zühtü Tansuğ 36, 46, 51, 57, 297, 298, 299
- N**
- Nahid Yunusov 163, 252  
 Nahit Beder 352  
 Namık Kemal Altınbaş 64  
 Naşide Mangır 111  
 Nasır Yılmaz 282  
 Nasuhi Engin 319  
 Nasuhi Engin Aydın 53  
 Nebil Akdoğan 36, 57, 181, 183, 218, 240, 298, 299  
 Necat İslamoğlu 67, 352  
 Necdet Özalp 339  
 Nergiz Erkut 261  
 Nevin Esra Gümüş 255  
 Nevzat Can Şener 132, 189  
 Nihan Zonüzi 139  
 Nihat Satar 57, 199, 218, 234, 235, 240, 241  
 Nilay Etiler 139  
 Nilay Özkalay Özdemir 193  
 Nil Güzel 37, 38  
 Nilüfer Orhan 293  
 Nimet Öge Köklü 82  
 Niyazi Levent Türkeri 4, 8, 20, 24, 48, 85, 203  
 N. Özgür Kurul 13, 88, 281  
 Nur Ahmet Erözenci 100, 304, 335, 353  
 Nurdan Bülbül 172

Nurettin Serçelik 149  
Nurullah Hamidi 22, 41, 54, 64, 140, 141, 143, 144,  
209, 212, 222, 226, 232, 234, 238, 262, 268

### O-Öğuzhan Ak 98

Oğuzhan Kahraman 75, 325  
Oğuz Mertoğlu 137, 161, 177, 294  
Oğuz Özden Cebeci 187  
Oğuz Pektaş 98  
Okan Alkış 154  
Okan Baş 49  
Okan Nabi Yalbuздаğ 60  
Okan Yıldırım 160  
Oktay Aydın 244  
Oktay Demirkesen 142, 143, 277, 278, 335  
Oktay Özman 165, 263, 304  
Oktay Üçer 45, 265  
Olçay Yıldırım 105  
Olgun Göktaş 139  
Olivier Traxer 170  
Ömer Acar 6  
Ömer Alici 346  
Ömer Aytaç 211, 236  
Ömer Bakal 214, 220, 225, 232, 240, 245, 246, 247,  
248  
Ömer Burak Argun 9, 202, 214, 218, 227, 317  
Ömercan Albayrak 172  
Ömer Demir 19, 25, 86, 89, 137, 188, 191, 212, 244,  
262, 301, 302, 306, 309, 335  
Ömer Edoğan 322, 323  
Ömer Erdoğan 5, 139, 149, 181, 270, 318  
Ömer Ergin Yücebaş 56, 61, 136, 269, 333, 350  
Ömer Gökhan Doluğlu 62, 75  
Ömer Gülpınar 22, 54, 140, 141, 143, 144, 206, 209,  
212, 222, 226, 229, 232, 234, 238, 262  
Ömer Kurt 123  
Ömer Kutlu 111, 261, 274  
Ömer Levent Tuncay 109  
Ömer Onur Çakır 98  
Ömer Sarılar 204, 217, 237, 243  
Ömer Yılmaz 88, 281  
Ömer Yüksel 56, 350  
Ömür Memik 187  
Öncel İpekçi 283  
Önder Çınar 356  
Önder Çınar 255  
Önder Kayıgil 63, 67, 70, 71  
Önder Öncü 151, 182, 317  
Önder Yavaşcan 124  
Onurcan Özkan 184  
Onur Karlı 181, 183, 187  
Onur Kaygısız 52, 55, 101, 114, 326  
Onur Küçüktopçu 344  
Onur Telli 78, 80  
Orçun Çelik 137  
Orkunt Ozkaptan 113  
Orkun Yılmaz 89  
Osman Köse 12, 21, 53, 167, 251, 319  
Oya Evirgen 190, 314  
Ozan Akay 269  
Ozan Bozkurt 19, 25, 86, 89, 137, 188, 191, 212,

244, 249, 262, 301, 302, 306, 309, 321, 335

Özcan Atahan 161  
Özcan Kılıç 67, 242, 259  
Özdal Dillioğlujı 38  
Özdal Dillioğlujil 15, 37  
Özdal Yıldız 182  
Özdemir Serhat Gürocak 74, 124, 198, 351  
Özer Baran 149  
Özer Ural Çakıcı 63  
Özer Ural Çakıcı 67  
Özge Çevik 170, 171, 172, 314  
Özgü Aydoğdu 290  
Özgür Asar 85  
Özgür Çakmak 60  
Özgür Canbay 79  
Özgür Gürboğa 244, 306, 309  
Özgür Tan 76  
Özgür Tanrıverdi 270  
Özlem Tuğçe Kaya 314

### P

Panagiotis Mourmouris 317  
Perviz Hacıyev 78, 80, 141, 144, 206, 238, 262  
Pınar Ay 118, 145, 146  
Pınar Bilgili 139  
Pınar Börcek 133  
Pınar Eker 170  
Pınar Okyay 177  
Polat Türker 123

### R

Raci Şahin 161  
Rahmi Gökhan Ekin 60  
Ramazan Altıntaş 180, 254, 255, 281  
Ramazan Demirci 159, 257, 260, 333, 340  
Ramazan İnan 204, 215, 233, 239  
Recai Gürbüz 327  
Remzi Erten 312  
Resul Çiçek 109, 221  
Reyhan Polat 132  
Rosa Pappalardo 102, 147

### S-Ş

Sabahattin Ceber 189  
Şaban Doran 36, 46, 51, 57, 223, 236, 299  
Şaban Sarıkaya 18, 51, 117, 215, 223, 226, 227, 230,  
231, 233, 315, 332  
Sabri Tekin 249  
Sacit Nuri Gorgel 167  
Sacit Nuri Gorgel 12, 21  
Sagfettin Kaya 316, 320  
Şahin Bağbancı 152, 207, 208, 229, 253  
Saide Eda Cebeci 139  
Sait Biçer 255  
Şakir Ongün 86, 89, 190  
Şakir Süleyman 89  
Salih Uzun 178  
Salvatore Buttice 147  
Salvatore Buttice 102  
Salvatore Giovanni Vitale 102, 147

Samet Çetinkaya 152, 207, 208, 229, 253  
 Samet Verim 159  
 Sami Uguz 340  
 Sami Uğuz 47, 57, 63, 65, 159, 163, 164, 217, 252, 257, 260, 276, 333  
 Sebahattin Albayrak 115, 261  
 Seda Aladağ Kurt 352  
 Sedat Çakmak 75  
 Sedat Eğriboyun 321  
 Sedat Karakoç 211, 244  
 Sedat Öner 66, 107, 156  
 Şehnaz Hatipoğlu 139  
 Selahattin Bedir 152, 154, 257, 258  
 Selçuk Keskin 9, 17, 173, 218, 227, 317  
 Selçuk Şahin 199, 200, 245  
 Selma Düzenli 127  
 Sema Aypolat Kurtuluş 139  
 Semih Sağlık 160  
 Semih Tungal 337  
 Şenay Koçakoğlu 139  
 Şenol Tonyalı 114, 115, 338, 343  
 Serap Arbak 173  
 Sercan Sarı 82, 195  
 Sercan Yılmaz 57, 65, 125, 145, 279, 294  
 Serdar Çelik 86, 306, 309  
 Serdar Göktaş 43, 67, 242  
 Serdar Günalp 338  
 Serdar Kalemci 264  
 Serdar Tekgül 73, 75, 79, 124, 322  
 Serdar Toksöz 179  
 Şeref Başal 214, 220, 225, 232, 240, 245, 246, 247, 248  
 Şeref Rahmi Yılmaz 114  
 Sergin Akpek 6  
 Serhan Çimen 72, 81, 110, 157, 300, 301  
 Serhat Çelikkanat 159  
 Serhat Gürocak 76  
 Serhat Tanık 115, 261  
 Serkan Akdemir 69, 71  
 Serkan Devenci 173  
 Serkan Gönültaş 98, 347  
 Serkan Karamazak 60  
 Serkan Özcan 133  
 Serpil İnan 139  
 Sevda Akdeniz 255  
 Şevket Akar 139  
 Şeyda Erdoğan 299  
 Seyda Özdemir 132  
 Sezcan Mümüşoğlu 338  
 Sezgin Okçelik 340  
 Sibel Demirci 173  
 Sinan Çelen 55  
 Sinan Sözen 4, 203  
 Sinharip Çitgez 335, 342  
 Sıddıka Fındık 327  
 Sırrı S. Bilge 346  
 Sıtkı Ün 40, 91, 92, 95, 96, 120, 167, 251  
 Soner Çoban 122  
 Soner Ulusoy 302  
 Suat Teki 254  
 Süheyla Apaydın 199, 200

Şule Çetinel 170, 171, 172, 314  
 Süleyman Öner 18, 117, 200, 215, 221, 223, 226, 227, 230, 231, 233, 237, 241, 246, 315, 332  
 Sümer Baltacı 22, 41, 54, 64

## T

Taha Çetin 161, 177  
 Taha Çetin 60, 294  
 Taha Numan Yıkılmaz 11, 179, 250, 268, 287, 331  
 Tahir Karadeniz 113  
 Talha Müezzinoğlu 45  
 Taner Arpacı 313  
 Taner Ceylan 322  
 Tarık Asi 347, 348  
 Tarık Emre Şener 37, 102, 147, 148, 150, 170, 171, 172, 184, 314  
 Tarık Esen 6  
 Tarkan Soygur 80  
 Tarkan Soygür 78  
 Tarkan Ünek 244  
 Tayyar Alp Özkan 15, 187  
 Temuçin Şenkul 13, 88, 214, 220, 225, 232, 240, 245, 246, 247, 248, 281  
 Tefik Sinan Sözen 198  
 Tezcan Özkan 161  
 Tolga Muharrem Okutucu 17, 18  
 Tolga Yıldırım 112, 114  
 Tuba Kuvvet Yoldaş 137  
 Tuba Uslay Keskin 177  
 Tufan Süelözgen 91  
 Tufan Tarcan 73, 273  
 Tugana Akbas 313  
 Tuğra Gençpınar 244  
 Tülin Fırat 174  
 Tümay İpekci 282, 283  
 Tuna Mut 6  
 Tuncay Top 73  
 Tunç Ozan 166, 175  
 Tünkut Doğanç 202  
 Tünkut Doğanca 9, 11, 17, 214, 218, 227, 317  
 Turan Özdemir 267  
 Turgay Ebiloğlu 47, 125, 126, 152, 154, 165, 178, 256, 257, 258  
 Türker Türker 159

## U-Ü

Üçler Kısa 62, 133, 160, 166, 175  
 Uğur Aferin 263, 304, 353  
 Uğur Boylu 238, 292, 319  
 Uğur Canpolat 112  
 Uğur Erken 46  
 Uğur Mungan 25, 335  
 Uğur Üyetürk 86, 174, 300  
 Uğur Yücetaş 130, 302, 345  
 Ümit Eskidemir 90  
 Umut Sarıoğulları 126  
 urhan Özdemir 73  
 Utku Can 10, 87, 118, 145, 146, 324  
 Utku Can1 271  
 Uygur Bağcı 41, 54

**V**

- Valerian Ciprian Lucan 147  
 Vedat Şimşek 62, 160  
 Veli Yalçın 100, 155  
 Volkan Çakır 251  
 Volkan İzol 36, 46, 51, 57, 172, 181, 183, 199, 218,  
 234, 235, 240, 241, 297, 298, 299  
 Volkan Şen 137  
 Volkan Tuğcu 199, 200, 245

**Y**

- Yakup Bostancı 18, 51, 117, 215, 223, 226, 227, 230,  
 231, 233, 241, 315, 332  
 Yakup Karakaya 92, 96, 185  
 Yakup Kordan 52, 101, 114, 326  
 Yarkin Kamil Yakupoğlu 18, 51, 117, 215, 223, 226,  
 227, 230, 231, 233, 241, 315, 332  
 Yaşar Bedük 22, 41, 54  
 Yasin Aydoğmuş 47, 62, 125, 126, 165, 178, 256  
 Yelda Dere 5, 122, 181, 270  
 Yelda Pekbay 80, 81, 127  
 Yiğit Yalçın 60  
 Yıldırım Yıldız 62, 75  
 Yıldırım Bayazıt 36, 46, 51, 57, 199, 223, 236, 297,  
 298, 299  
 Yilören Tanıdır 4, 24, 37, 73, 99, 102, 105, 111, 134,  
 147, 148, 150, 171, 184, 210, 273, 310, 311,  
 337  
 Yücel Altay 71, 119  
 Yücel Yüksel 116, 249  
 Yüksel Cem Aygün 284  
 Yuksel Yılmaz 167  
 Yüksel Yılmaz 12, 21, 53, 319  
 Yunus Emre Göger 93, 328  
 Yunus Emre Göger 83, 337, 339, 341  
 Yunus Erdem 114, 115  
 Yusuf Aksu 163, 164, 266, 345  
 Yusuf Kibar 47, 125, 126, 165, 256, 258, 340  
 Yusuf Özlem İlbey 137, 161, 177, 294  
 Yusuf Özlülerden 109, 154, 193, 352  
 Yusuf Şenoğlu 105, 127, 131, 184

**Z**

- Zafer Aybek 252  
 Zafer Demirer 63, 65, 142, 143, 163, 164, 266, 277,  
 278, 345  
 Zafer Gökhan Gürbüz 189  
 Zafer Kozacıoğlu 60, 161, 177, 294  
 Zafer Sınık 74, 124, 351  
 Zeki Aktaş 13, 88, 214, 220, 225, 232, 240, 245, 246,  
 247, 248, 281  
 Zeynep Özdemir 98  
 Zübeyr Talat 263, 304

**Kongremize destek veren sponsorlarımıza teşekkür ederiz.**

**PLATİN SPONSORUMUZ**

ASTELLAS

**ALTIN SPONSORLARIMIZ**

PFIZER  
LİLLY  
RECORDATI  
GSK

**GÜMÜŞ SPONSORLARIMIZ**

İBRAHİM ETHEM ULUGAY  
SANOFİ  
ECZACIBAŞI  
B-BRAUN

**DİĞER SPONSORLARIMIZ**

SANDOZ  
FERRİNG  
ERKİM  
STORZ  
ABDİ İBRAHİM  
ASTRAZENECA  
NOBEL  
ONTEX  
ETHICON  
SANTA FARMA  
ALLERGAN  
PHARMACTIVE  
MEDİKASIS  
ADS MEDİKAL  
MEDTRONİC  
SBS  
İNTRAMEDİKAL  
GELİŞİMLAB  
ANDROMED  
SAĞLAM MEDİKAL  
DORA ENDOSKOPI  
UROTEK

