



Ürolojik
Cerrahi
Derneği

2.

ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

05 – 09 Kasım 2014, Antalya



KONGRE KİTABI



Ürolojik
Cerrahi
Derneği

Angora Caddesi 2007 Sokak Vadikent 90 Sitesi No:41 Beysukent / ANKARA
E-posta: ucd@dernekyonetimi.org
Web: www.urolojiccerrahidernegi.org



ORGANİZASYON SEKRETERYASI

Serenas Uluslararası Turizm Organizasyon A.Ş.

Turan Güneş Bulvarı 5. Cad. No:13

06550 Çankaya, Ankara / Türkiye

Phone: + 90 (312) 440 50 11

Fax: + 90 (312) 441 45 62

E-mail: urolojiccerrahi2014@serenas.com.tr

Web: www.serenas.com.tr

İçindekiler

| | |
|---|---------|
| Hoş Geldiniz | v |
| Dernek Yönetim Kurulu | vi |
| Genel Bilgiler | vii |
| Sosyal Program | viii |
| Yerleşim Planı | ix |
| Sponsor Firma Listesi | x |
| Uydu Sempozyumları | xi |
| Serbest Bildiri Sunum Tarih ve Saat Bilgileri | xii |
| Kubilay İnci Genç Akademisyen Ödül Sunumları | xiv |
| Bir Bakışta Bilimsel Program | xv |
| Bilimsel Program | xxi |
| Hemşire Oturumları | xxxviii |
| Serbest Bildiriler | xli |
| Sözlü Sunumlar | 1 |
| Sunulu Posterler | 69 |
| Video Sunumlar | 339 |
| Poster Sunumlar | 413 |
| Yazar Dizini | 548 |

Hoş Geldiniz

Sayın Meslektaşlarım,

*Büyük heyecan ve keyifle gerçekleştirdiğimiz, başarısı ile öğündüğümüz birinci kongremizin ardından aynı heyecan ve daha fazla gayret ile hazırlandığımız 2. Ulusal Ürolojik Cerrahi Derneği kongremizi **05-09 Kasım 2014** tarihleri arasında **Kaya Palazzo Otel, Belek-Antalya**'da düzenliyoruz.*

Derneğimiz, yaratıcı ve yüksek kalitede eğitim, paylaşım imkanı veren bir kongreyi daha gerçekleştirmek için hazırdır. Bu kongreye katılarak hissettiğimiz kıvanca sizlerin de ortak olacağınızdan eminim. Birlikte geçireceğimiz bu dört günlük sürede bilgilerimizi hepsi kıymetli uzmanlar ve hocalarımız aracılığı ile güncelleme, yaratıcı fikirlerimizi paylaşma ve sosyal bağlarımızı güçlendirme olanağı bulacağız.

Kongremizde yapılacak ve öğrenilecek çok şey var. Güzeli birlikte gerçekleştirmek için sizleri derneğimize üye olmaya ve verimli bir kongre geçirmenizi diliyorum.

Saygılarımla,

Bülent Alıcı

Ürolojik Cerrahi Derneği Başkanı

Dernek Yönetim Kurulu

Başkan: Dr. Bülent Alicı

İkinci Başkan: Dr. Serdar Tekgül

Genel Sekreter: Dr. Cem Akbal

Sayman: Dr. Adil Esen

Üyeler*: Dr. Atilla Arıdoğan
Dr. Kamil Çam
Dr. Hasan Serkan Doğan
Dr. Rasin Özyavuz
Dr. Ceyhun Özyurt
Dr. Sinan Sözen
Dr. Feridun Şengör

**İsimler soyadına göre alfabetik sıralanmıştır.*

Genel Bilgiler

| | |
|------------------------------|---|
| Kongre Tarihleri | 05 – 09 Kasım 2014 |
| Kongre Dili | Kongre dili Türkçe ve İngilizce'dir. Ana salonda simültane tercüme olacaktır. |
| Kayıt ve Danışma | Kayıt ve Danışma Masası, 05 Kasım 2014 gününden itibaren saat 08:00 -19.00 arası hizmet verecektir. Kayıt yaptırmamış olan katılımcılar Kaya Palazzo Otel'de kurulacak kongre kayıt masasında kayıt yaptırabilirler. |
| Yaka Kartları | Kayıt yaptıran tüm katılımcılara yaka kartları kayıt masasından dağıtılacaktır. Yaka kartı bulunmayan katılımcıların kongre aktivitelerine katılmaları mümkün olmayacaktır. Yaka kartlarının kongre boyunca tüm bilimsel program ve sosyal aktiviteler boyunca takılması gerekmektedir. |
| Katılım Sertifikası | Tüm katılımcılar kongre katılım sertifikalarını 08 Kasım 2014 tarihinden itibaren kongre merkezinde bulunan kioks aracılığı ile alabileceklerdir. |
| Stant Alanı | Stant alanı 05 Kasım 2014 tarihinden 13.00-19.00, 06 – 09 Kasım 2014 tarihleri arasında 08:00 – 19:00 saatleri arasında açık olacaktır. |
| Kredilendirme | Kongre, Türk Tabipler Birliği "Sürekli Tıp Eğitimi (STE)" Komisyonu tarafından 27 kredi puanı ile kredilendirilmiştir. Kongremiz CME tarafından'da kredilendirilmektedir. Kredi notu 21'dir. |
| Sunum Kontrol Merkezi | Tüm sunumların, sunum saatinden en az 3 saat önce kongre merkezinde bulunan Sunum Kontrol Merkezi' ne teslim edilmesi gerekmektedir. |

Sosyal Program

05 KASIM 2014, ÇARŞAMBA

| | | |
|---------------|-------------------|-------------|
| 18:00 – 18:45 | Açılış Seremonisi | SALON A |
| 18:45 – 19:45 | Açılış Kokteyli | STANT ALANI |

07 KASIM 2014, CUMA

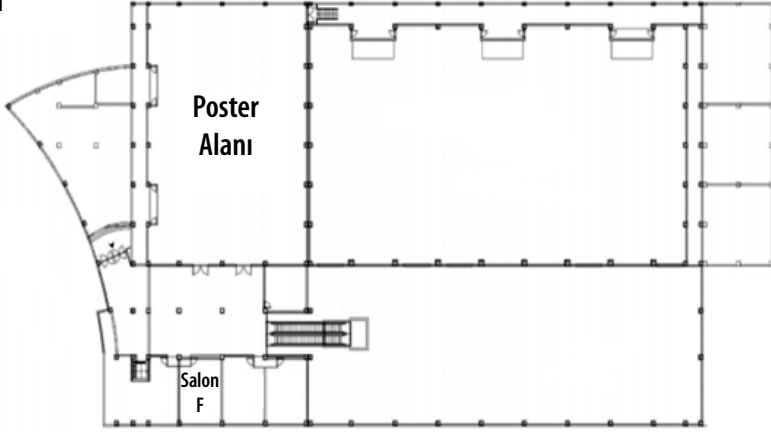
| | | |
|---------------|----------------|---------|
| 21:00 – 21:00 | Ali Poyrazoğlu | SALON A |
|---------------|----------------|---------|

08 KASIM 2014, CUMARTESİ

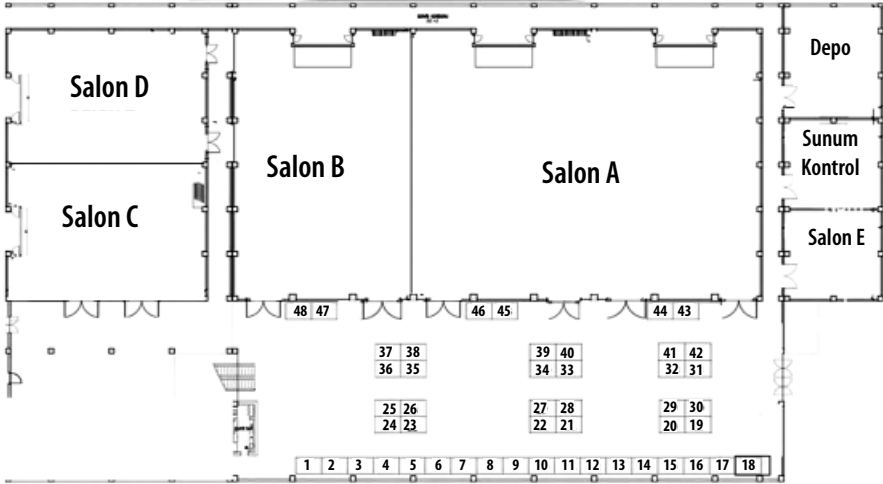
| | | |
|---------------|-----------------------------------|---------|
| 21:00 – 21:30 | Ödül Töreni | SALON A |
| 21:30 | Kapanış Konseri (GRUPARTİSTANBUL) | SALON A |

Yerleşim Planı

1. KAT



ZEMİN KAT



Sponsor Firmalar

| | |
|-------------------|----------------------------------|
| 1 – 2 – 3 | LILLY TÜRKİYE |
| 4 | NOBEL İLAÇ |
| 5 | INTRA MEDİKAL |
| 6 – 7 | ERKİM İLAÇ |
| 8 | ABDİ İBRAHİM |
| 9 – 10 | CORDOMED |
| 11 | MEDTRONIC |
| 12 | ALLERGAN |
| 13 | KOÇAK FARMA |
| 14 | BOEHRINGER INGELHEIM |
| 15 | BOLD SAĞLIK A.Ş. |
| 17 – 18 | FARMATEK |
| 20 | AYMED MEDİKAL |
| 21 – 22 | J&J |
| 23 – 24 -25 -26 | PFIZER |
| 27 – 28 | GSK |
| 29 | ELİT MEDİKAL |
| 30 – 31 | AstraZeneca |
| 32 | BİLİM İLAÇ |
| 33 – 34 – 39 – 40 | RECORDATI İLAÇ |
| 35 – 36 – 37 – 38 | ASTELLAS |
| 41 – 42 | FERRING İLAÇ |
| 43 – 44 | SANOFI AVENTİS İLAÇLARI LTD. ŞTİ |
| 45 | ECZACIBAŞI İLAÇ PAZARLAMA |
| 46 – 47 – 48 – 49 | İEULAGAY - MENARİNİ GROUP |

Uydu Sempozyumları

06 KASIM 2014, PERŞEMBE

12:50 – 13:30

UYDU SEMPOZYUMU



Semptomatik BPH Hastalarının Medikal Tedavisine Güncel Yaklaşımlar

Oturum Başkanı: Levent Türkeri

Konuşmacı: Jack Barkin

14:30 - 15:15

UYDU SEMPOZYUMU



RECORDATI İLAÇ

Klinik Çalışmalardan Gerçek Yaşama AÜSS/BPH Tedavisi

Moderatör: Bülent Alıcı

Konuşmacılar: Can Öbek, Tufan Tarcan

07 KASIM 2014, CUMA

12:40 - 13:25

UYDU SEMPOZYUM



ALLERGAN
Neurosciences
& Biosciences

Mesanedede Aşırıya Kaçmayın

Oturum Başkanı: Zafer Aybek

Konuşmacı: Tufan Tarcan, Oktay Demirkese

14:30 - 15:15

UYDU SEMPOZYUM



RECORDATI İLAÇ

Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Aşırı Aktif Mesane ve Dual Etkili Tedavi: Propiverin

Moderatör: Bedreddin Seçkin

Konuşmacılar: Oktay Demirkese, Adnan Şimşir

08 KASIM 2014, CUMARTESİ

12:30 - 13:15

UYDU SEMPOZYUMU



E. ULAGAY
ULAGAY İLAÇ
www.ulagay.com.tr

Erken Boşalmanın Çiftler Üzerine Etkisi ve Dapoksetin

Moderatör: Bülent Alıcı

Konuşmacılar: Adil Esen, Emre Akkuş

Serbest Bildiri Sunum Tarih ve Saat Bilgileri

06 Kasım 2014, PERŞEMBE

SALON B

| | |
|---------------------------|---------------|
| SS 001 – SS 009, SS – 051 | 16:00- 17:00 |
| SP 001 – SP 015 | 17:00–18:00 |
| VS 001 – VS 005 | 18:00 – 18:30 |

SALON C

| | |
|-----------------|--------------|
| SS 011 – SS 020 | 16:00- 17:00 |
| SP 016 – SP 037 | 17:00–18:30 |

SALON D

| | |
|-----------------|---------------|
| SS 021 – SS 030 | 16:00- 17:00 |
| SS 031 – SS 040 | 17:00–18:00 |
| VS 006 – VS 010 | 18:00 – 18:30 |

07 KASIM 2014, CUMA

SALON A

| | |
|-----------------|---------------|
| VS 011 – VS 016 | 17:15 – 18:00 |
|-----------------|---------------|

SALON B

| | |
|-----------------|---------------|
| SP 038 – SP 052 | 15:15 - 16:15 |
| SP 068 – SP 086 | 16:15 - 17:30 |
| VS 017 – VS 023 | 17:30 – 18:15 |

SALON C

| | |
|-----------------|---------------|
| SP 053 – SP 067 | 15:15 - 16:15 |
| SP 087 – SP 105 | 16:15 - 17:30 |
| VS 024 –VS 029 | 17:30 – 18:15 |

SALON D

| | |
|-----------------|---------------|
| SS 041 – SS 050 | 15:15 - 16:15 |
| SP 106 – SP 154 | 16:15 - 17:30 |
| VS 030 – VS 035 | 17:30 – 18:15 |

SALON E

| | |
|-----------------|---------------|
| VS 036 – VS 041 | 17:15 – 17:45 |
|-----------------|---------------|

Serbest Bildiri Sunum Tarih ve Saat Bilgileri

08 KASIM 2014, CUMARTESİ

SALON A

SP 125 – SP 139 15:45 – 16:45

SP 170 – SP 184 16:45 – 17:45

SALON B

SP 140 – SP 157 15:45 – 16:45

SP 185 – SP 198 16:45 – 17:45

VS 048 – VS 053 17:45 – 18:30

SALON C

SP 155 – SP 169 15:45 – 16:45

SP 199 – SP 213 16:45 – 17:45

VS 054 – VS 059 17:45 – 18:30

SALON D

VS 060 – VS 065 17:45 – 18:30

SALON E

VS 066 – VS 070 17:45 – 18:30

SALON F

VS 042 – VS 047 17:45 – 18:30

Kubilay İnci Genç Akademisyen Ödül Sunumları

06 KASIM 2014, PERŞEMBE / 15: 15 – 16:00

SALON A

- 15:15 – 15:22 **Leonardo'dan Günümüze Robotlar ve Robotik Cerrahinin Geleceği**
Ahmet Güdeloğlu
- 15:22 - 15:29 **Ürolojide 'Nanoteknoloji' Kullanımı: Gelecekte Bizleri Neler Bekliyor ?**
Ali Furkan Batur
- 15:29 - 15:36 **Ürologların Dikkatinin Sürrenal Cerrahiye ve Minimal İnvaziv Cerrahiye Çekilmesi**
Eray Gürsoy
- 15:36 - 15:43 **Peyronie Hastalığıında Tedavi Seçenekleri**
İyimsir Üre
- 15:43 - 15:50 **Üriner Sistem Taş Hastalığının Moleküler Temelleri**
Mustafa Kadıhasanoğlu
- 15:50 - 15:57 **Multiparametrik MR Görüntülemenin Prostat Kanserinde Tanı ve Tedavi Sürecine Sağladığı Katkılar**
Ömer Acar

08 KASIM 2014, CUMARTESİ / 14:15 - 15:00

SALON A

- 14:15 - 14:22 **Mesane Kanseri Tedavisinde Neoadjuvan Kemoterapi İçin Uygun Hasta Seçimi**
Mehmet İlker Gökçe
- 14:22 - 14:29 **Nörojenik Olmayan Alt Üriner Sistem Semptomlarına Yaklaşımında Detrusor Yetersiz Aktivitesi**
Naşide Mangır
- 14:29 - 14:36 **Üriner Sistem Taş Hastalığı Ve Obezite: Aynı Biyokimyasal Mekanizmaların Neden Olduğu İki Farklı Hastalık**
Özgü Aydoğdu
- 14:36 - 14:43 **Antikolinerjiklerin Santral Sinir Sistemi ve Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri**
Sinharib Çitgez
- 14:43 - 14:50 **Metastatik Prostat Kanserinde Androjen Reseptör Sinyalizasyonunun Rolü**
Şükrü Kumsar
- 14:50 - 14:57 **Prostat Kanserinde Aktif Gözlem**
Tümay İpekçi

5 KASIM 2014, ÇARŞAMBA

| SALON A | | SALON B | | SALON C | | SALON D | | SALON E | |
|--|---|---|---|---|--|---|---|---|---|
| UROONKOLOJİ DERNEGİ TOPLANTISI | | MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ DERNEGİ TOPLANTISI | | ANDROLOJİ - REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ GRUBU TOPLANTISI | | KONTİNASİS DERNEGİ TOPLANTISI | | ÇOCUK ÜROLOJİSİ TOPLANTISI | |
| 13:45 - 14:00 AÇILIŞ Ötürüm Başkanları: Çağ Çal, Talha Müezzinoğlu | 13:45 - 14:00 AÇILIŞ Başkanın Konuşması | 13:45 - 14:00 AÇILIŞ Çankırılıca Bilirler | 14:00 - 14:30 Başkanın Konuşması | 14:00 - 14:20 Erektile Disfonksiyonda Medikal Tedavi Hasan Bektaş | 14:00-14:10 AÇILIŞ Zafer Aybek | 14:00-14:10 AÇILIŞ Zafer Aybek | 14:00-14:10 AÇILIŞ Zafer Aybek | 14:00-14:10 AÇILIŞ Zafer Aybek | 14:00-14:20 Ötürüm - I Ötürüm Başkanları: Şaban Sarılaya |
| 14:00-14:15 Prostat Kanseri Tarama ve Aktif İzlem Yüklenen Tanılar | 14:00 - 14:30 Çankırılıca Bilirler | 14:00 - 14:30 Başkanın Konuşması | 14:00 - 14:30 Başkanın Konuşması | 14:20 - 14:40 Penil Protez Kompliksasyonlarına Yaklaşım Hamdi Öztara | 14:10-15:40 ÖTÜRÜM - I Kapatılık: Stres İları Kapırma Cerrahisi Öncesi İndeksi Hastada Ürodinami Gecektir: Baccradim Seçkin Mesut Giridol Gerekti Değildir Levent Emir | 14:20 - 14:40 Nörojen Mesane İnterdural Somatik Ötonomik Anestomoz (Kiao Procedure) Yöntemiyle İlgili Son Durum: Gerçek mi Hayal mi? Yusuf Kibar | 14:20 - 14:40 Nörojen Mesane İnterdural Somatik Ötonomik Anestomoz (Kiao Procedure) Yöntemiyle İlgili Son Durum: Gerçek mi Hayal mi? Yusuf Kibar | 14:20 - 14:40 Nörojen Mesane İnterdural Somatik Ötonomik Anestomoz (Kiao Procedure) Yöntemiyle İlgili Son Durum: Gerçek mi Hayal mi? Yusuf Kibar | 14:00-14:20 Ötürüm - I Ötürüm Başkanları: Şaban Sarılaya |
| 14:15-14:30 Tümörlerde Aktif İzlem Ali Faruk Batur | 14:30 - 14:50 PANEL Minimal İnvaziv Cerrahide Maliyet Analizi - Nasıl Planlanır? Umur Tosun | 14:30 - 14:50 PANEL Minimal İnvaziv Cerrahide Maliyet Analizi - Nasıl Planlanır? Umur Tosun | 14:30 - 14:50 PANEL Minimal İnvaziv Cerrahide Maliyet Analizi - Nasıl Planlanır? Umur Tosun | 14:40 - 15:00 Payorone Cerrahisinde Piliasyonlar ve Greftler Emre Akbaş | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 14:40 - 15:00 Cocuklarda Botulinum Toksin Uygulamaları: Kime, Ne Zaman ve Nasıl? Berk Burgu |
| 14:30-14:45 Testis Tümörlerinde Kemoterapi sonrası Kitlelere Yaklaşım Fehmi Nartir | 14:50 - 15:10 Üst Üriner Sistem Tümörlerinde Organ Koruyucu Yaklaşım Volkan İzol | 14:50 - 15:10 Üst Üriner Sistem Tümörlerinde Organ Koruyucu Yaklaşım Volkan İzol | 14:50 - 15:10 Üst Üriner Sistem Tümörlerinde Organ Koruyucu Yaklaşım Volkan İzol | 15:00 - 15:30 Prematür ejakülasyonda Güncel Tedavi Yılmaz Ure | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 15:00 - 15:10 Kahve Arası | 14:40 - 15:00 Cocuklarda Botulinum Toksin Uygulamaları: Kime, Ne Zaman ve Nasıl? Berk Burgu |
| 15:00-15:15 BHK'de Meastazektominin Yeri Adnan Şimşir | 15:10 - 15:30 Ürolojik Cerrahide Radyasyon Konusundaki Farkındalık ve Yapılabilecekler Anup Patel | 15:10 - 15:30 Ürolojik Cerrahide Radyasyon Konusundaki Farkındalık ve Yapılabilecekler Anup Patel | 15:10 - 15:30 Ürolojik Cerrahide Radyasyon Konusundaki Farkındalık ve Yapılabilecekler Anup Patel | 15:30 - 15:50 Prenatür ejakülasyonda Güncel Tedavi Yılmaz Ure | 15:10 - 15:30 Erişkenlik Abdullah Gedik | 15:10 - 15:30 Erişkenlik Abdullah Gedik | 15:10 - 15:30 Erişkenlik Abdullah Gedik | 15:10 - 15:30 Erişkenlik Abdullah Gedik | 15:10 - 15:30 İşeme Disfonksiyonunda Hedef Genler: Ne Uygulandı Ne Yapılabılır Serhat Girayak |
| 15:15-15:30 Mesane Kanseri Tumor Belirleyicilerin Güncel Pratikteki Yeri Bülent Günülşay | 15:30-15:40 Tansiyon | 15:30-15:40 Tansiyon | 15:30-15:40 Tansiyon | 15:50 - 16:20 Nüfus Varlıkselde Yaklaşım Haluk Kulaksızoğlu | 15:50 - 16:20 Erişkenlik Emir Aydar | 15:50 - 16:20 Erişkenlik Emir Aydar | 15:50 - 16:20 Erişkenlik Emir Aydar | 15:50 - 16:20 Erişkenlik Emir Aydar | 15:30 - 15:50 Cocuk Ürolojisinde Robotik Cerrahinin Yeri: Fazla mi Oluyoruz? Bülent Onal |
| 15:40-16:00 Kahve Arası | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 15:50 - 16:20 İmmüni Testiste Hormonal Tedavi: Literatür Ne Diyor? Hasan Serkan Doğan |
| 16:00-16:15 Kasa İnvaziv Mesane Tümörü: Daha Nispeti Yapmalıyız Heratık Van Poppel | 16:15 - 17:00 Robotik Prostatektomi: Bir Olgunun Tam Videosu Levent Türkeri | 16:15 - 17:00 Robotik Prostatektomi: Bir Olgunun Tam Videosu Levent Türkeri | 16:15 - 17:00 Robotik Prostatektomi: Bir Olgunun Tam Videosu Levent Türkeri | 16:30 - 17:30 Kapatılık: Vaskovajinal Fıtıllara Yaklaşım Moderator: Ceyhan Özyurt | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI |
| 17:00-17:15 Tansiyon | 17:00-17:15 Tansiyon | 17:00-17:15 Tansiyon | 17:00-17:15 Tansiyon | 17:00-17:30 Kapatılık: Vaskovajinal Fıtıllara Yaklaşım Moderator: Ceyhan Özyurt | 16:30 - 17:30 Kapatılık: Vaskovajinal Fıtıllara Yaklaşım Moderator: Ceyhan Özyurt | 16:30 - 17:30 Kapatılık: Vaskovajinal Fıtıllara Yaklaşım Moderator: Ceyhan Özyurt | 16:30 - 17:30 Kapatılık: Vaskovajinal Fıtıllara Yaklaşım Moderator: Ceyhan Özyurt | 16:30 - 17:30 Kapatılık: Vaskovajinal Fıtıllara Yaklaşım Moderator: Ceyhan Özyurt | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI |
| 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 18:00 - 18:45 18:45 - 19:45 | 16:00-16:30 ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ TOPLANTISI |

7 KASIM 2014, CUMA

| SALON A | SALON B | SALON C | SALON D | SALON E |
|---|---|---|---|---|
| 14:30 - 15:15 UYDU SEMPOZYUM - RECORDATI KURSU ACTİF MİSANE VE DUAL ETNİLİ TEDAVİ: PROPIVERİN Moderatör: Bedrettin Seçkin Oktaay Demirköksen, Adrian Simşir | SERBEST BİLDİRİLER - VII Oturum Başkanları: Hamit Ersoy, Faruk Yencilik SP 036 – SP 032 | SERBEST BİLDİRİLER - IX Oturum Başkanları: İrfan Hüseyin Atakan, Hayrettin Soyubaşak SP 053 – SP 067 | SERBEST BİLDİRİLER - XI Oturum Başkanları: Nesit Tokluç, Nihat Sataş SP 041 – SP 050 | KURS - IV İnvaziv Ürolojik Cerrahi Oğular Eşliğinde İnteraktif Kurs 15:15 – 15:45 Erişkin UPB Moderatör: Çenk Yiğcel Bilen |
| 15:15 - 15:45 Erişkin AÜSS Christopher Chapple, Celineyd Özkırkçığıllı | SERBEST BİLDİRİLER - VIII Oturum Başkanları: Ali Güneş, Ender Özden SP 068 – SP 086 | SERBEST BİLDİRİLER - X Oturum Başkanları: Serdar Göktaş, Murat Lekili SP 087 – SP 105 | SERBEST BİLDİRİLER - XII Oturum Başkanları: Ferruh Zorlu, Bülent Soyubaşak SP 109 – SP 154 | 15:15 – 15:45 T1a Böbrek Tümörü İçin Minimal İnvaziv Yaklaşımlar Moderatör: Çağ Çel, Sinaa Sözen |
| 15:45 - 16:15 Nörojen Miesane Moderatör: Tuğrul Barcan Johannes Hesseckers, Bedrettin Seçkin | SERBEST BİLDİRİLER - VIIII Oturum Başkanları: Ali Güneş, Ender Özden SP 068 – SP 086 | SERBEST BİLDİRİLER - X Oturum Başkanları: Serdar Göktaş, Murat Lekili SP 087 – SP 105 | SERBEST BİLDİRİLER - XII Oturum Başkanları: Ferruh Zorlu, Bülent Soyubaşak SP 109 – SP 154 | 15:45 – 16:15 Küçük Renal Kitlelerin Tanısı, Sıklığı, Risk Öngörü ve Sınırları Moderatör: Nefin Koruyucu Cerrahinin Önemli Süleyman Altun |
| 16:15 - 16:45 Pelvik Organ Prolapsusu Moderatör: Bülent Çetinel Ervin Kocjanovic, Oktay Demirköksen | SERBEST BİLDİRİLER - VIII Oturum Başkanları: Ali Güneş, Ender Özden SP 068 – SP 086 | SERBEST BİLDİRİLER - X Oturum Başkanları: Serdar Göktaş, Murat Lekili SP 087 – SP 105 | SERBEST BİLDİRİLER - XII Oturum Başkanları: Ferruh Zorlu, Bülent Soyubaşak SP 109 – SP 154 | 16:15 – 16:45 İdam, Akıl, Uzun Beklemede Cerrahi ve Ablatif Yöntemlerle İlgili Algoritmaya Çenk Yiğcel Bilen |
| 16:45 - 17:15 Ağrılı Miesane Sendromu Moderatör: Ceyhan Özyurt Gopal Badlani, Zeynep Aybek | SERBEST BİLDİRİLER - VIII Oturum Başkanları: Ali Güneş, Ender Özden SP 068 – SP 086 | SERBEST BİLDİRİLER - X Oturum Başkanları: Serdar Göktaş, Murat Lekili SP 087 – SP 105 | SERBEST BİLDİRİLER - XII Oturum Başkanları: Ferruh Zorlu, Bülent Soyubaşak SP 109 – SP 154 | 16:45 – 17:15 2. Akut Üreter Taşı Moderatör: İbrahim Atilla Arıdoğan |
| 17:15 - 18:00 OTURUM OTURUM - III Seçtik Konuşmacı: Çığatay Göğüş, VS 011 – VS 016 | SERBEST BİLDİRİLER - VIII Oturum Başkanları: Ali Güneş, Ender Özden SP 068 – SP 086 | SERBEST BİLDİRİLER - X Oturum Başkanları: Serdar Göktaş, Murat Lekili SP 087 – SP 105 | SERBEST BİLDİRİLER - XII Oturum Başkanları: Ferruh Zorlu, Bülent Soyubaşak SP 109 – SP 154 | Ameliyat Öncesi Planlama ve Teknik Seçimini Bana Kılıpçı Moderatör |
| 18:00 - 18:15 | VIDEO OTURUM - IV Oturum Başkanları: Kenan Karademir, Othman VS 017 – VS 023 | VIDEO OTURUM - V Oturum Başkanları: Sinaa Ekeci, Sedat Öner VS 024 – VS 029 | VIDEO OTURUM - VI Oturum Başkanları: Kamuran Bircan, Ali VS 030 – VS 035 | Minimal İnvaziv Cerrahi Yaklaşımlar: Hangi Klinik Durumlar İçin? PNL - Laparoskopik Ablatif Tedavi |
| | VIDEO OTURUM - IV Oturum Başkanları: Kenan Karademir, Othman VS 017 – VS 023 | VIDEO OTURUM - V Oturum Başkanları: Sinaa Ekeci, Sedat Öner VS 024 – VS 029 | VIDEO OTURUM - VI Oturum Başkanları: Kamuran Bircan, Ali VS 030 – VS 035 | 16:45 – 17:15 26. Türkiye Üroloji, Nefroloji, Tıp Kur. Gecesi 3+3 Moderatör: Sinaa Sözen |
| | VIDEO OTURUM - IV Oturum Başkanları: Kenan Karademir, Othman VS 017 – VS 023 | VIDEO OTURUM - V Oturum Başkanları: Sinaa Ekeci, Sedat Öner VS 024 – VS 029 | VIDEO OTURUM - VI Oturum Başkanları: Kamuran Bircan, Ali VS 030 – VS 035 | Prostat Kanseri: Tanı, İzlem ve Karar Verme Algoritmaları Soruları Ali Tekin |
| | VIDEO OTURUM - IV Oturum Başkanları: Kenan Karademir, Othman VS 017 – VS 023 | VIDEO OTURUM - V Oturum Başkanları: Sinaa Ekeci, Sedat Öner VS 024 – VS 029 | VIDEO OTURUM - VI Oturum Başkanları: Kamuran Bircan, Ali VS 030 – VS 035 | Prostat Kanseri Tedavisinde Minimal İnvaziv Tedavilerin Önemi ve Yabancı Ümit Verici? Haluk Akçınar |
| | VIDEO OTURUM - IV Oturum Başkanları: Kenan Karademir, Othman VS 017 – VS 023 | VIDEO OTURUM - V Oturum Başkanları: Sinaa Ekeci, Sedat Öner VS 024 – VS 029 | VIDEO OTURUM - VI Oturum Başkanları: Kamuran Bircan, Ali VS 030 – VS 035 | 17:15 – 17:45 Oturum Başkanları: Saadetttin Eskişorapçı, Kadir Baykal VS 036 – VS 041 |

8 KASIM 2014, CUMARTESİ

| SALON A | | SALON B | | SALON C | | SALON D | | SALON E | |
|---------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|---------------|---|
| 08:00 - 09:50 | OTURUM - V Oturum Başkanları : Osman İnci, İlhan Erkan | 07:00 - 07:45 | PRATİK KURS - IV Oturum Başkanları : Şirazi Yavuz Onol, Demirehan Erfil | 07:00 - 07:45 | PRATİK KURS - V ANDROLOJİ Oturum Başkanları : Şirazi Yavuz Onol, Demirehan Erfil | 07:00 - 07:45 | PRATİK KURS - VI TEMELLERİ Oturum Başkanları : Şirazi Yavuz Onol, Enstrümanlar Çetin Demirehan | 07:00 - 07:45 | PRATİK KURS - VII TEMELLERİ Oturum Başkanları : Şirazi Yavuz Onol, Enstrümanlar Çetin Demirehan |
| 08:00 - 08:20 | Alanlar ve Sağlık Kurumları Etkileri <i>Beyran Zambal</i> | 08:00 - 08:20 | Kas İnvazyon Olmayan Mesane Kanserinin Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar | 07:45 - 08:30 | Yeni Yaklaşımlar | 07:45 - 08:30 | Yeni Yaklaşımlar | 07:45 - 08:30 | Yeni Yaklaşımlar |
| 08:20 - 08:40 | Kas İnvazyon Olmayan Mesane Kanserinin Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar | 08:40 - 09:10 | Erkek İnterferansında Hipogonadizmin Yeri | 08:30 - 09:00 | Metastatik Prostat Kanserinin Tedavisi / Hormonal Tedavisi | 08:30 - 09:00 | Metastatik Prostat Kanserinin Tedavisi / Hormonal Tedavisi | 08:30 - 09:00 | Metastatik Prostat Kanserinin Tedavisi / Hormonal Tedavisi |
| 08:40 - 09:10 | Metastatik Prostat Kanserinin Tedavisi / Hormonal Tedavisi | 09:10 - 09:30 | Azaltılmış Aktiviteli Mesane | 09:00 - 09:30 | Yeni Yaklaşımlar | 09:00 - 09:30 | Yeni Yaklaşımlar | 09:00 - 09:30 | Yeni Yaklaşımlar |
| 09:30 - 09:50 | Azaltılmış Aktiviteli Mesane | 09:30 - 09:50 | Kullanılan Meşe Bağlı Komplesiyonların Tedavisi | 09:30 - 09:50 | Yeni Yaklaşımlar | 09:30 - 09:50 | Yeni Yaklaşımlar | 09:30 - 09:50 | Yeni Yaklaşımlar |
| 09:50 - 10:30 | Yeni Yaklaşımlar | 10:30 - 11:00 | OTURUM - VI Hastanelerde Renal Transplantasyon | 10:30 - 11:00 | OTURUM - VII Hastanelerde Renal Transplantasyon | 10:30 - 11:00 | OTURUM - VIII Hastanelerde Renal Transplantasyon | 10:30 - 11:00 | OTURUM - IX Hastanelerde Renal Transplantasyon |
| 11:00 - 12:30 | OTURUM - VI Hastanelerde Renal Transplantasyon | 11:00 - 11:20 | Mesane Problemleri Hastanelerde Renal Transplantasyon | 11:00 - 11:20 | Mesane Problemleri Hastanelerde Renal Transplantasyon | 11:00 - 11:20 | Mesane Problemleri Hastanelerde Renal Transplantasyon | 11:00 - 11:20 | Mesane Problemleri Hastanelerde Renal Transplantasyon |
| 11:20 - 11:40 | Yeni Yaklaşımlar | 11:20 - 11:40 | Yeni Yaklaşımlar | 11:20 - 11:40 | Yeni Yaklaşımlar | 11:20 - 11:40 | Yeni Yaklaşımlar | 11:20 - 11:40 | Yeni Yaklaşımlar |
| 11:40 - 12:00 | Alıcı Cerrahisinde Dikkat Edilecek Noktalar | 11:40 - 12:00 | Alıcı Cerrahisinde Dikkat Edilecek Noktalar | 11:40 - 12:00 | Alıcı Cerrahisinde Dikkat Edilecek Noktalar | 11:40 - 12:00 | Alıcı Cerrahisinde Dikkat Edilecek Noktalar | 11:40 - 12:00 | Alıcı Cerrahisinde Dikkat Edilecek Noktalar |
| 12:00 - 12:30 | KARŞITLIK - I Etiler Hastanesi | 12:00 - 12:30 | Medikal Tedavi | 12:00 - 12:30 | Medikal Tedavi | 12:00 - 12:30 | Medikal Tedavi | 12:00 - 12:30 | Medikal Tedavi |
| 12:00 - 12:15 | Medikal Tedavi | 12:00 - 12:15 | Medikal Tedavi | 12:00 - 12:15 | Medikal Tedavi | 12:00 - 12:15 | Medikal Tedavi | 12:00 - 12:15 | Medikal Tedavi |
| 12:15 - 12:30 | Medikal Tedavi | 12:15 - 12:30 | Medikal Tedavi | 12:15 - 12:30 | Medikal Tedavi | 12:15 - 12:30 | Medikal Tedavi | 12:15 - 12:30 | Medikal Tedavi |
| 12:30 - 13:15 | UYDU SEMPOZYUMU - İBRAHİM ETHEM ULİAĞAY ERKEN BOSALMANIN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİSİ VE Yeni Yaklaşımlar | 12:30 - 13:15 | UYDU SEMPOZYUMU - İBRAHİM ETHEM ULİAĞAY ERKEN BOSALMANIN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİSİ VE Yeni Yaklaşımlar | 12:30 - 13:15 | UYDU SEMPOZYUMU - İBRAHİM ETHEM ULİAĞAY ERKEN BOSALMANIN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİSİ VE Yeni Yaklaşımlar | 12:30 - 13:15 | UYDU SEMPOZYUMU - İBRAHİM ETHEM ULİAĞAY ERKEN BOSALMANIN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİSİ VE Yeni Yaklaşımlar | 12:30 - 13:15 | UYDU SEMPOZYUMU - İBRAHİM ETHEM ULİAĞAY ERKEN BOSALMANIN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİSİ VE Yeni Yaklaşımlar |
| 13:15 - 14:15 | KUBILAY İNCİ GENÇ AKADEMİYEN ÖDÜL | 13:15 - 14:15 | KUBILAY İNCİ GENÇ AKADEMİYEN ÖDÜL | 13:15 - 14:15 | KUBILAY İNCİ GENÇ AKADEMİYEN ÖDÜL | 13:15 - 14:15 | KUBILAY İNCİ GENÇ AKADEMİYEN ÖDÜL | 13:15 - 14:15 | KUBILAY İNCİ GENÇ AKADEMİYEN ÖDÜL |
| 14:15 - 15:00 | UROLOJİ UZMANLARININ HUKUKİ SORUMLULUKLARI | 14:15 - 15:00 | UROLOJİ UZMANLARININ HUKUKİ SORUMLULUKLARI | 14:15 - 15:00 | UROLOJİ UZMANLARININ HUKUKİ SORUMLULUKLARI | 14:15 - 15:00 | UROLOJİ UZMANLARININ HUKUKİ SORUMLULUKLARI | 14:15 - 15:00 | UROLOJİ UZMANLARININ HUKUKİ SORUMLULUKLARI |
| 15:00 - 15:45 | UROLOJİ HAKİMİNİN HUKUKİ SAHİBİ OLMA SORUMLULUKLARI | 15:00 - 15:45 | UROLOJİ HAKİMİNİN HUKUKİ SAHİ OLMA SORUMLULUKLARI | 15:00 - 15:45 | UROLOJİ HAKİMİNİN HUKUKİ SAHİ OLMA SORUMLULUKLARI | 15:00 - 15:45 | UROLOJİ HAKİMİNİN HUKUKİ SAHİ OLMA SORUMLULUKLARI | 15:00 - 15:45 | UROLOJİ HAKİMİNİN HUKUKİ SAHİ OLMA SORUMLULUKLARI |
| 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XIII Oturum Başkanları : Feriut Şimşek, Sağdıçlı Kaya | 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XIV Oturum Başkanları : Ahmet Özgür Güçtaş, Hasan Akdemir | 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XV Oturum Başkanları : Tuhan Tarcan, Hasan Akdemir | 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVI Oturum Başkanları : Cüneyd Öbkürçüoğlu, Mustafa Akdemir | 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVII Oturum Başkanları : Mustafa Özgür Tan, Mustafa Akdemir |
| 16:45 - 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XIV Oturum Başkanları : Ahmet Özgür Güçtaş, Hasan Akdemir | 16:45 - 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XV Oturum Başkanları : Tuhan Tarcan, Hasan Akdemir | 16:45 - 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVI Oturum Başkanları : Cüneyd Öbkürçüoğlu, Mustafa Akdemir | 16:45 - 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVII Oturum Başkanları : Mustafa Özgür Tan, Mustafa Akdemir | 16:45 - 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVIII Oturum Başkanları : Süleyman Aktaş, Tuğla Akdemir |
| 17:45 - 18:30 | SALON F OTURUM - VIII Oturum Başkanları : Gürhan Günaydın, Alp Özgür Akdemir | 17:45 - 18:30 | VIDEO OTURUM - IX Oturum Başkanları : Rasim Öbyavuz, Mustafa Akdemir | 17:45 - 18:30 | VIDEO OTURUM - X Oturum Başkanları : Mesut Gürdal, Mustafa Akdemir | 17:45 - 18:30 | VIDEO OTURUM - XI Oturum Başkanları : İzzet Koşak, Ali Beytur Akdemir | 17:45 - 18:30 | VIDEO OTURUM - XII Oturum Başkanları : Aydın Yenilmez, Mustafa Akdemir |
| 21:30 | KAPANIS PARTİSİ | 21:30 | KAPANIS PARTİSİ | 21:30 | KAPANIS PARTİSİ | 21:30 | KAPANIS PARTİSİ | 21:30 | KAPANIS PARTİSİ |

9 KASIM 2014, PAZAR

| SALON A | |
|---------------|---|
| 08:00 - 12:10 | OTURUM : YERNEVE GİYÖRÜZ? Oturum Başkanı : Bülent Alici |
| 08:00 - 09:00 | ÜRÜNKOLOJİ Oturum Başkanı : Çağ Çal |
| 08:00 - 08:15 | Prostat Kanseri |
| 08:15 - 08:30 | Mesane Kanseri |
| 08:30 - 08:40 | Aydin Mungan |
| 08:40 - 08:50 | İstisn Kanseri |
| 08:50 - 09:00 | Uğur Akkaya |
| 09:00 - 09:50 | Mustafa Uğur Altuğ İronokoloji ve Bireyselleştirilmiş Tedavi |
| 09:00 - 09:10 | KONTİNAKS |
| 09:00 - 09:10 | Oturum Başkanı : Ali Egen |
| 09:10 - 09:20 | Stress İntonitans |
| 09:20 - 09:30 | Pelvic Organ Prolapsusu |
| 09:30 - 09:40 | Gökhan Tirmeltaş |
| 09:40 - 09:50 | Ağrı Mesane Sendromu |
| 09:50 - 10:00 | Asiri Aktif Mesane |
| 10:00 - 10:10 | Oğuz Mertçözü |
| 10:10 - 10:20 | Nörojen Mesane |
| 10:20 - 10:30 | Minimal İnvaziv Üroloji |
| 10:30 - 10:40 | Oturum Başkanı : Cenk Yücel Bilen |
| 10:40 - 10:50 | Taş Hastalığı |
| 10:50 - 11:00 | Yılmaz Şen |
| 11:00 - 11:10 | Laparoskopi |
| 11:10 - 11:20 | Hakan Vuruşkan |
| 11:20 - 11:30 | Robotik Cerrahi |
| 11:30 - 11:40 | Çayrı Uygur |
| 11:40 - 11:50 | BPH |
| 11:50 - 12:00 | Oturum Başkanı : Uğur Kuyumcuoğlu |
| 12:00 - 12:10 | Erkekte AUS |
| 12:10 - 12:20 | Yılmaz Şen |
| 12:20 - 12:30 | Endoskopik Cerrahi |
| 12:30 - 12:40 | Ali Ulvi Önder |
| 12:40 - 12:50 | Medikal Tedavi |
| 12:50 - 13:00 | Minimal İnvaziv Üroloji |
| 13:00 - 13:10 | Oturum Başkanı : Erim Erdem |
| 13:10 - 13:20 | VUR |
| 13:20 - 13:30 | Erkan Teşci |
| 13:30 - 13:40 | İsmail Yıldı |
| 13:40 - 13:50 | Serhat Güneçak |
| 13:50 - 14:00 | Neonatal Hidronefroz |
| 14:00 - 14:10 | Mustafa Uğur Altuğ |
| 14:10 - 14:20 | Hipertansiyon |
| 14:20 - 14:30 | Reşat Toktaş |
| 14:30 - 14:40 | ANDROLOJİ |
| 14:40 - 14:50 | Oturum Başkanı : Bülent Alici |
| 14:50 - 15:00 | Hamdi Özlara |
| 15:00 - 15:10 | Peyronie Hastalığı |
| 15:10 - 15:20 | Erime Akkus |
| 15:20 - 15:30 | Saban Örsan |
| 15:30 - 15:40 | Transplantasyon |
| 15:40 - 15:50 | Fazıl Tunçsu Aki |
| 15:50 - 16:00 | KAPANIŞ |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Alt Çalışma Grubu Toplantıları

Bilimsel Program

05 KASIM 2014, ÇARŞAMBA

| SALON A | |
|---|--|
| ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ TOPLANTISI | |
| 13:45 - 14:00 | AÇILIŞ |
| 14:00 - 15:40 | OTURUM <i>Oturum Başkanları: Çağ Çal, Talha Müezzinoğlu</i> |
| 14:00 - 14:15 | Prostat Kanseri Tarama ve Aktif İzlem <i>Yüören Tanıdır</i> |
| 14:15 - 14:30 | Evre 1 Testis Tümörlerinde Aktif İzlem <i>Ali Furkan Batur</i> |
| 14:30 - 14:45 | Testis Tümörlerinde Kemoterapi sonrası Kitlelere Yaklaşım <i>Fehmi Narter</i> |
| 14:45 - 15:00 | Üst Üriner Sistem Tümörlerinde Organ Koruyucu Yaklaşım <i>Volkan İzol</i> |
| 15:00 - 15:15 | BHK de Metastazektominin Yeri <i>Adnan Şimşir</i> |
| 15:15 - 15:30 | Mesane Kanseri Tumor Belirleyicilerin Güncel Pratikteki Yeri <i>Bülent Günlüsoy</i> |
| 15:30 - 15:40 | Tartışma |
| 15:40 - 16:00 | KAHVE ARASI  |
| ÜROONKOLOJİ VE MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ DERNEKLERİ ORTAK TOPLANTISI | |
| 16:00 - 16:15 | Kasa İnvaziv Mesane Tümörü: Daha İyisini Yapmalıyız <i>Hendrik Van Poppel</i> |
| 16:15 - 17:00 | Robotik Prostatotomi: Bir Olgunun Tam Videosu <i>Levent Türkeri</i> |
| 17:00 - 17:15 | Tartışma |
| 18:00 - 18:45 | Açılış Seremonisi |
| 18:45 - 19:45 | AÇILIŞ KOKTEYLİ - STANT ALANI |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Alt Çalışma Grubu Toplantıları

Bilimsel Program

■ 05 KASIM 2014, ÇARŞAMBA

| SALON B | |
|---|--|
| MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ DERNEĞİ TOPLANTISI | |
| 13:45 - 14:00 | AÇILIŞ <i>İbrahim Atilla Arıdoğan</i> |
| 14:00 - 14:30 | Başkanın Konuşması <i>Cenk Yücel Bilen</i> |
| 14:30 - 14:50 | PANEL: Ülkemizde Minimal İnvaziv Cerrahinin Eğitim Sorunları: Akılcı Ülke Politikası Ne Olmalı? Sağlık Reformu Sürecinde Minimal İnvaziv Cerrahinin Ödeme Sorunları, Uygulama Yöntemleri ve Bekleyen Legal Sorunlar Minimal İnvaziv Cerrahide Maliyet Analizi - Nasıl Planlanır? <i>Umur Tosun</i> |
| 14:50 - 15:10 | Obezite Cerrahisi ve Taş Oluşum Riski <i>Ender Özden</i> |
| 15:10 - 15:30 | Ürolojik Cerrahide Radyasyon Konusundaki Farkındalık ve Yapılabilecekler <i>Anup Patel</i> |
| 15:30 - 15:40 | KAHVE ARASI  |

| SALON C | |
|---|--|
| ANDROLOJİ - REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ GRUBU TOPLANTISI | |
| 14:00 - 14:20 | Eretil Disfonksiyonda Medikal Tedavi <i>Hasan Deliktaş</i> |
| 14:20 - 14:40 | Penil Protez Komplikasyonlarına Yaklaşım <i>Hamdi Özkara</i> |
| 14:40 - 15:00 | Peyronie Cerrahisinde Plikasyonlar ve Graftler <i>Emre Akkuş</i> |
| 15:00 - 15:10 | Kahve Arası |
| 15:10 - 15:30 | Onkolojik Cerrahiler Sonrası Penil Rehabilitasyon <i>Serkan Deveci</i> |
| 15:30 - 15:50 | Prematür Ejekülasyonda Güncel Tedavi <i>İyimser Üre</i> |
| 15:50 - 16:20 | Nüks Varikoselde Yaklaşım <i>Haluk Kulaksızoğlu</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ


Alt Çalışma Grubu Toplantıları

Bilimsel Program

■ 05 KASIM 2014, ÇARŞAMBA

SALON D

KONTİNANS DERNEĞİ TOPLANTISI

| | |
|---------------|---|
| 14:00 - 14:10 | AÇILIŞ <i>Zafer Aybek</i> |
| 14:10 - 15:40 | OTURUM – I Karşılık: Stres İdrar Kaçırma Cerrahisi Öncesi İndeks Hastada Ürodinami <i>Moderatör: Bedreddin Seçkin</i> Gereklidir <i>Mesut Gürdal</i> Gerekli Değildir <i>Levent Emir</i> PANEL Fikse Üretrada Stres Tip İdrara Kaçırma <i>Moderatör: Tufan Tarcan</i> Midüretal Sling <i>Sinharib Çitgez</i> Enjeksiyon <i>Abdullah Gedik</i> Pubovajinal Sling <i>Fatih Tarhan</i> Artifisiel Üriner Sfinkter <i>Emin Aydur</i> |
| 15:40 - 16:00 | KAHVE ARASI  |
| 16:00 - 17:30 | OTURUM – II Karşılık: Vezikovajinal Fistüllere Yaklaşım <i>Moderatör: Ceyhan Özyurt</i> Abdominal <i>Erdal Kukul</i> Vajinal <i>Fikret Fatih Önal</i> PANEL Orta Üretra Askı Ameliyatları Sonrası İşeme Bozuklukları <i>Moderatör: Bülent Çetinel</i> <i>Panelistler: Hasan Deliktaş</i> <i>Murat Akand</i> <i>Aydın Yenilmez</i> <i>Esat Korgali</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Alt Çalışma Grubu Toplantıları

Bilimsel Program

■ 05 KASIM 2014, ÇARŞAMBA

SALON E

ÇOCUK ÜROLOJİSİ TOPLANTISI

| | |
|---------------|--|
| 14:00 - 15:00 | OTURUM - I <i>Oturum Başkanı: Şaban Sarıkaya</i> |
| 14:00 - 14:20 | Mikroperc Yöntemi: Kime, Nasıl? Dikkat Edilecekler <i>Mesut Pişkin</i> |
| 14:20 - 14:40 | Nörojen Mesanede Intradural Somatik-Otonomik Anastomoz (Xiao Procedure) Yöntemiyle İlgili Son Durum: Gerçek mi Hayal mi? <i>Yusuf Kibar</i> |
| 14:40 - 15:00 | Çocuklarda Botulinum Toksin Uygulamaları: Kime, Ne Zaman ve Nasıl? <i>Berk Burgu</i> |
| 15:00 - 15:10 | KAHVE ARASI  |
| 15:10 - 16:30 | OTURUM – II <i>Oturum Başkanı: Serdar Tekgül</i> |
| 15:10 - 15:30 | İşeme Disfonksiyonunda Hedef Genler: Ne Durumdayız, İleride Neler Yapılabilir <i>Serhat Gürocak</i> |
| 15:30 - 15:50 | Çocuk Ürolojisinde Robotik Cerrahinin Yeri: Fazla mı Oluyoruz? <i>Bülent Önal</i> |
| 15:50 - 16:20 | İnmemiş Testiste Hormonal Tedavi: Literatür Ne Diyor? <i>Hasan Serkan Doğan</i> |
| 16:20 - 16:30 | Ülkemizde Çocuk Ürolojisiyle İlgili Güncel Durum <i>Erim Erdem</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

06 KASIM 2014, PERŞEMBE

| SALON A | |
|---------------|--|
| 08:15 - 08:30 | AÇILIŞ |
| 08:30 - 09:30 | OTURUM – I <i>Oturum Başkanları: Serdar Tekgül, Bülent Alıcı</i> |
| 08:30 - 08:50 | Yüksek Riskli Prostat Kanseri Tedavi Seçeneği Olarak Radikal Prostatektomi <i>Hendrik Van Poppel</i> |
| 08:50 - 09:10 | EAU Konferansı - Alt Üriner Sistem İçin Doku Mühendisliği: Genel Bir Bakış <i>Chrisopher Chapple</i> |
| 09:10 - 09:30 | Prostat kanserinde EAU güncellemesi <i>Levent Türkeri</i> |
| 09:30 - 10:30 | PANEL – I Veziköretoral Reflü Kılavuzları <i>Oturum Başkanı: Serdar Tekgül</i> <i>David Diamond</i> <i>Anthony Caldamone</i> <i>Guy Boğaert</i> |
| 10:30 - 10:50 | KAHVE ARASI  |
| 10:50 - 11:50 | OTURUM - II <i>Oturum Başkanları: Feridun Şengör, Ceyhan Özyurt</i> |
| 10:50 - 11:10 | Adölesan Varikoseli <i>David Diamond</i> |
| 11:10 - 11:30 | İnmemiş Testis: Hormonlar Tedavide Rol Alıyor mu? <i>Guy Boğaert</i> |
| 11:30 - 11:50 | Perkütan Taş Cerrahisinde Güncelleme - Taş Boyutu Önemli mi: Standart, Mini ve Mikro PNL Yöntemlerinin Etkinlik ve Güvenlik Yönünden Karşılaştırılmaları <i>İbrahim Atilla Ardoğan</i> |
| 11:50 - 12:30 | KARŞITLIK – I Yüksek Riskli Prostat Kanseri Tedavi Seçenekleri <i>Oturum Başkanları: Yaşar Bedük, Yavuz Akman</i> |
| 11:50 - 12:10 | Açık Radikal Prostatektomi <i>Hendrik Van Poppel</i> |
| 12:10 - 12:30 | Robotik Radikal Prostatektomi <i>Ali Rıza Kural</i> |
| 12:30 - 12:50 | Multimodalite Tedavinin Birinci Basamağı Olarak Radikal Prostatektomi <i>Sinan Sözen</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

06 KASIM 2014, PERŞEMBE

| SALON A | |
|---------------|---|
| 12:50 - 13:30 | UYDU SEMPOZYUMU  SEMPTOMATİK BPH HASTALARININ MEDİKAL TEDAVİSİNE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR <i>Oturum Başkanı: Levent Türkeri</i> <i>Konuşmacı: Jack Barkin</i>  |
| 13:30 - 14:30 | ÖĞLE YEMEĞİ  |
| 14:30 - 15:15 | UYDU SEMPOZYUMU  Klinik Çalışmalardan Gerçek Yaşama AÜSS/BPH Tedavisi <i>Moderatör: Bülent Alıcı</i> <i>Konuşmacılar: Can Öbek, Tufan Tarcan</i> |
| 15:15 - 16:00 | KUBİLAY İNCİ GENÇ AKADEMİSYEN ÖDÜL SUNUMLARI |
| 16:00 - 18:00 | KURS – I ÜROONKOLOJİ MESANE KANSERİ: OLGULAR EŞLİĞİNDE İNTERKATİF KURS |
| 16:00 - 17:00 | Kas İnvaziv Olmayan Mesane Kanserinin Tedavisi <i>Oturum Başkanı: Sümer Baltacı</i> <i>Panelistler: Aydın Mungan, Güven Aslan</i> <i>Patoloji Konsültanı: Kutsal Yörükoğlu</i> |
| 17:00 - 18:00 | Kas İnvaziv Mesane Kanserinin Tedavisi <i>Oturum Başkanı: Haluk Özen</i> <i>Panelistler: Hendrik Van Poppel, George Thalman</i> <i>Patoloji Konsültanı: Kutsal Yörükoğlu</i> |
| 18:30 - 19:00 | Akılcı İlaç Kullanımı <i>Oturum Başkanı: Hasan Serkan Doğan</i> <i>Selçuk Keskin</i> |
| SALON B | |
| 16:00 - 17:00 | SERBEST BİLDİRİLER - I <i>Oturum Başkanları: İbrahim Cüreklibatır, Can Öbek</i> SS 001 – SS 009, SS - 051 |
| 17:00 - 18:00 | SERBEST BİLDİRİLER - II <i>Oturum Başkanları: Zühtü Tansuğ, Ali Memiş</i> SP 001 – SP 015 |
| 18:00 - 18:30 | VİDEO OTURUM – I <i>Oturum Başkanları: Zafer Sınık, Özbay Aydemir</i> VS 001 – VS 005 |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program



■ 06 KASIM 2014, PERŞEMBE

| SALON C | |
|---------------|---|
| 16:00 - 17:00 | SERBEST BİLDİRİLER - III <i>Oturum Başkanları: Ali Ergen, Abdullah Gedik</i> SS 011 – SS 020 |
| 17:00 - 18:30 | SERBEST BİLDİRİLER – IV <i>Oturum Başkanları: Faruk Özcan, Talha Müezzinoğlu</i> SP 016 – SP 037 |
| SALON D | |
| 16:00 - 17:00 | SERBEST BİLDİRİLER - V <i>Oturum Başkanları: Üstünel Karaoğlan, İlhan Çelebi</i> SS 021 – SS 030 |
| 17:00 - 18:00 | SERBEST BİLDİRİLER - VI <i>Oturum Başkanları: Güner Kemal Özgür, Hamdi Özkara</i> SS 031 – SS 040 |
| 18:00 - 18:30 | VİDEO OTURUM – II <i>Oturum Başkanları: Oktay Demirkesen, Fuat Demirel</i> VS 006 – VS 010 |
| SALON E | |
| 16:00 - 18:00 | KURS – II OLGULAR EŞLİĞİNDE İNTERKATİF KURS |
| 16:00 - 16:30 | Prenatal Hidronefroz <i>Oturum Başkanı: Serdar Tekgöl</i> <i>Panelistler: Cem Akbal, Ahmet Rüknettin Aslan</i> |
| 16:30 - 17:00 | İşeme Disfonksiyonu <i>Oturum Başkanı: Guy Bogear</i> <i>Panelistler: Anthony Caldamone, David Diamond</i> |
| 17:00 - 17:30 | Hipospadias <i>Oturum Başkanı: Şaban Sarıkaya</i> <i>Panelistler: Berk Burgu, Yüksel Cem Aygün</i> |
| 17:30 - 18:00 | İnmemiş Testis <i>Oturum Başkanı: Erim Erdem</i> <i>Panelistler: Hasan Serkan Doğan, Bülent Önal</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program





■ 07 KASIM 2014, CUMA

| SALON A |  |
|---------------|---|
| 08:00 - 10:30 | OTURUM – III <i>Oturum Başkanları: Haluk Özen, Bülent Çetinel</i> |
| 08:00 - 08:20 | Üst Üriner Sistem Kanselerinde Tanı, Evreleme ve Tedavide Fleksibile RIRC'ın Yeri <i>Anup Patel</i> |
| 08:20 - 08:40 | Seminal Vezikül Koruyucu Radikal Prostatektomi: Teknik ve Sonuçlar <i>George Thalmann</i> |
| 08:40 - 09:10 | Sitoredüktif Cerrahi, Metastatik Renal Hücreli Kanserde Yaşamı Uzatır <i>Hendrik Van Poppel</i> |
| 09:10 - 09:30 | Zor Kadın Üretral Problemleri: Üretral Divertikül ve Darlıklar <i>Christopher Chapple</i> |
| 09:30 - 09:50 | Postprostatektomi İnkontinans <i>Ervin Koçjancic</i> |
| 09:50 - 10:10 | Antikolinerjik Tedaviye Dirençli AAM'nin Tedavisi <i>Johannes Heesakkers</i> |
| 10:10 - 10:30 | Penil Üretroplastideki Yeni Tekniklerin Gözden Geçirilmesi <i>Ervin Koçjancic</i> |
| 10:30 - 11:00 | KAHVE ARASI  |
| 11:00 - 11:40 | OTURUM - IV <i>Oturum Başkanları: Oktay Demirkese, Haydar Kamil Çam</i> |
| 11:00 - 11:20 | İnfertilitede Mikrocerrahinin Yeri <i>Gert Dohle</i> |
| 11:20 - 11:40 | Üretroplasti ve Cinsel Fonksiyonlar <i>Enzo Palminteri</i> |
| 11:40 - 11:55 | Prenatal Hidronefroz: Bilgi Kirliliği mi? <i>Anthony Caldamone</i> |
| 11:55 - 12:10 | Parsiyel Nefrektomi Tekniklerinin Karşılaştırılması <i>Ender Özden</i> |
| 12:10 - 12:40 | KARŞITLIK – II Alt Pol Kaliks Taşlarının Tedavisi <i>Oturum Başkanları: Yalçın İlker, Veli Yalçın</i> |
| 12:10 - 12:20 | 225 mm²'den Büyük Böbrek Taşının Tedavisinde RIRC' ın Yeri <i>Bülent Erkurt</i> |
| 12:20 - 12:30 | SWL' nin Yeri <i>İlteriş Tekin</i> |
| 12:30 - 12:40 | PNL' nin Yeri <i>Anup Patel</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

07 KASIM 2014, CUMA

| SALON A | |
|---------------|---|
| 12:40 - 13:25 | UYDU SEMPOZYUM  ALLERGAN Neurosciences & Urology MESANEDE AŞIRIYA KAÇMAYIN <i>Oturum Başkanı: Zafer Aybek</i> <i>Konuşmacı: Tufan Tarcan, Oktay Demirkesen</i> |
| 13:25 - 14:30 | ÖĞLE YEMEĞİ  |
| 14:30 - 15:15 | UYDU SEMPOZYUM  RECORDATI İLAÇ GÜNCEL KILAVUZLAR EŞLİĞİNDE AŞIRI AKTİF MESANE ve DUAL ETKİLİ TEDAVİ: PROPİVERİN <i>Moderatör: Bedreddin Seçkin</i> <i>Konuşmacılar: Oktay Demirkesen, Adnan Şimşir</i> |
| 15:15 - 17:15 | KURS - III KONTİNANS - OLGULAR EŞLİĞİNDE İNTERKATİF KURS  |
| 15:15 - 15:45 | Erkek AUSS <i>Moderatör: Ali Ergen</i> <i>Christopher Chapple, Cüneyd Özkürkçügil</i> |
| 15:45 - 16:15 | Nörojen Mesane <i>Moderatör: Tufan Tarcan</i> <i>Johannes Heesakkers, Bedreddin Seçkin</i> |
| 16:15 - 16:45 | Pelvik Organ Prolapsusu <i>Moderatör: Bülent Çetinel</i> <i>Ervin Kocjancic, Oktay Demirkesen</i> |
| 16:45 - 17:15 | Ağrılı Mesane Sendromu <i>Moderatör: Ceyhan Özyurt</i> <i>Gopal Badlani, Zafer Aybek</i> |
| 17:15 - 18:00 | VİDEO OTURUM - III <i>Oturum Başkanları: Çağatay Göğüş, Selçuk Keskin</i> VS 011 - VS 016 |
| SALON B | |
| 15:15 - 16:15 | SERBEST BİLDİRİLER - VII <i>Oturum Başkanları: Hamit Ersoy, Faruk Yencilek</i> SP 038 - SP 052 |
| 16:15 - 17:30 | SERBEST BİLDİRİLER - VIII <i>Oturum Başkanları: Ali Güneş, Ender Özden</i> SP 068 - SP 086 |
| 17:30 - 18:15 | VİDEO OTURUM - IV <i>Oturum Başkanları: Kenan Karademir, Orhan Yalçın</i> VS 017 - VS 023 |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 07 KASIM 2014, CUMA

SALON C

- 07:00 – 07:45 **PRATİK KURS – I**
URETERORENOSKOPI: RİJİT VE FLEKSİBL
Oturum Başkanları: Ferruh Akay, Bora Küpeli
- 07:00 – 07:15 **Fleksibl Üreterorenoskop ve İntrakorporeal Kırıcılar:**
Enstüman Seçimi, Uzun Kullanım Ömrü İçin İpuçları
Haluk Akpınar
- 07:15 – 07:30 **Teknik Prensipier: Nasıl Yapıyorum?**
Anup Patel
- 07:30 – 07:45 **Komplikasyonlar: Tanı, Önleme ve Tedavisi**
Cenk Yücel Bilen
- 15:15 - 16:15 **SERBEST BİLDİRİLER - IX**
Oturum Başkanları: İrfan Hüseyin Atakan, Hayrettin Şahin
SP 053 – SP 067
- 16:15 - 17:30 **SERBEST BİLDİRİLER - X**
Oturum Başkanları: Serdar Göktaş, Murat Lekili
SP 087 – SP 105
- 17:30 – 18:15 **VİDEO OTURUM – V**
Oturum Başkanları: Sinan Ekici, Sedat Öner
VS 024 –VS 029

SALON D

- 07:00 – 07:45 **PRATİK KURS - II**
TRANSREKTAL PROSTAT BİOPSİSİ
Oturum Başkan ı: Sinan Sözen
Teorik: Gökhan Toktaş
Pratik: Talha Müezzinoğlu
- 15:15 - 16:15 **SERBEST BİLDİRİLER - XI**
Oturum Başkanları: Reşit Tokuç, Nihat Satar
SS 041 – SS 050
- 16:15 - 17:30 **SERBEST BİLDİRİLER - XII**
Oturum Başkanları: Ferruh Zorlu, Bülent Soyupak
SP 106 – SP 154
- 17:30 – 18:15 **VİDEO OTURUM – VI**
Oturum Başkanları: Kamuran Bircan, Ali Faik Yılmaz
VS 030 – VS 035

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 07 KASIM 2014, CUMA

| SALON E | |
|---------------|---|
| 07:00 – 07:45 | PRATİK KURS - III DİSTAL HİPOSPADİAS <i>Oturum Başkanı: Erim Erdem</i> <i>David Diamond</i> <i>Anthony Caldamone</i> |
| 15:15 - 17:15 | KURS - IV MINİMAL İNVAZİV ÜROLOJİK CERRAHİ: OLGULAR EŞLİĞİNDE İNTERKATİF KURS |
| 15:15 – 15:45 | Erişkin UPJ Darlığı <i>Moderatör: Cenk Yücel Bilen</i> Erişkin UPBD'nın Klinik ve Radyolojik Olarak Çocuklardan Farklılıkları <i>Serhat Gürocak</i> Erişkin UPBD' nın Tedavi Algoritması: Açık, Laparoskopik ve Endoürolojik Yaklaşımlar <i>Ahmet Güdeloğlu</i> |
| 15:45 – 16:15 | T1a Böbrek Tümörü İçin Minimal İnvaziv Yaklaşımlar <i>Moderatör: Çağ Çal, Sinan Sözen</i> Küçük Renal Kitlelerin Tanısı, Sıklığı, Risk Öngörü Yöntemleri, Nefron Koruyucu Cerrahinin Önemi ve Sınırları <i>Süleyman Ataus</i> İzlem, Açık, Laparoskopik Cerrahi ve Ablatif Yöntemlerle İlgili Algoritma <i>Cenk Yücel Bilen</i> |
| 16:15 – 16:45 | 2 cm'lik Böbrek Taşı <i>Moderatör: İbrahim Atilla Arıdoğan</i> Ameliyat Öncesi Planlama ve Teknik Seçimini Etkileyen Faktörler <i>Bora Küpeli</i> Minimal İnvaziv Cerrahi Yaklaşımlar: Hangi Teknik, Kime? RIRC - PNL - Laparoskopi <i>Anup Patel</i> |
| 16:45 – 17:15 | 56 Yaşında Erkek Hastada, Tek Kor, Gleason 3+3 Prostat Kanserinde Minimal İnviziv Yaklaşımlar <i>Moderatör: Sinan Sözen</i> Prostat Kanserinin Tanı, İzlem ve Karar Verme Aşamalarındaki Sorunlar <i>Ali Tekin</i> Prostat Kanseri Tedavisinde Minimal İnvaziv Tedavi Alternatifleri Ne Kadar Umud Verici? <i>Haluk Akpınar</i> |
| 17:15 – 17:45 | VİDEO OTURUM – VII <i>Oturum Başkanları: Saadettin Eskiçorapçı, Kadir Baykal</i> VS 036 – VS 041 |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 08 KASIM 2014, CUMARTESİ

| SALON A |  |
|---------------|---|
| 08:00 – 09:50 | OTURUM – V <i>Oturum Başkanları: Osman İnci, İlhan Erkan</i> |
| 08:00 - 08:20 | Kastrasyona Dirençli Prostat Kanseri Tedavisinde Yeni Ajanlar ve Sağ Kalıma Etkileri <i>Bertrand Tombal</i> |
| 08:20 - 08:40 | Kas İnvaziv Olmayan Mesane Kanserinin Tedavisinde Yeni Yaklaşımlar <i>George Thalmann</i> |
| 08:40 - 09:10 | Erkek İnfertilitesinde Hipogonadizmin Yeri <i>Gert Dohle</i> |
| 09:10 - 09:30 | Metastatik Prostat Kanserinin Tedavisi / Hormonal Tedavinin Etki Mekanizması <i>Bertrand Tombal</i> |
| 09:30 - 09:50 | Azalmış Aktiviteli Mesane <i>George Badlani</i> |
| 09:50 - 10:30 | PANEL – III Kadınlarda Pelvik Rekonstrüktif Cerrahilerde Kullanılan Meşe Bağlı Komplikasyonların Tedavisi <i>Moderatör: George Badlani</i> <i>John Heesakkers, Ervin Koçjancic</i> |
| 10:30 - 11:00 | KAHVE ARASI  |
| 11:00 - 12:00 | OTURUM - VI Olgular Eşliğinde Renal Transplantasyon <i>Oturum Başkanları: Fazıl Tuncay Aki, Hakan Vuruşkan</i> |
| 11:00 - 11:20 | Mesane Problemlili Hastalarda Renal Transplantasyon <i>Yarkın Kamil Yakupoğlu</i> |
| 11:20 - 11:40 | Donör Nefrektomide Dikkat Edilecek Noktalar <i>Yakup Kordan</i> |
| 11:40 - 12:00 | Alıcı Cerrahisinde Dikkat Edilecek Noktalar <i>Burak Koçak</i> |
| 12:00 - 12:30 | KARŞITLIK – III Prematür Ejakülasyon <i>Oturum Başkanı: Emre Akkuş</i> |
| 12:00 - 12:15 | Medikal Tedavi <i>Adil Esen</i> |
| 12:15 - 12:30 | Psikoterapi <i>Cem İncesu</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 08 KASIM 2014, CUMARTESİ

| | | |
|----------------|--|---|
| 12:30 - 13:15 | UYDU SEMPOZYUMU ERKEN BOŞALMANIN ÇİFTLER ÜZERİNE ETKİSİ VE DAPOKSETİN <i>Moderatör: Bülent Alıcı</i> <i>Konuşmacılar: Adil Esen, Emre Akkuş</i> |  www.iemulagay.com.tr |
| 13:15 - 14:15 | ÖĞLE YEMEĞİ  | |
| 14:15 - 15:00 | KUBILAY İNCİ GENÇ AKADEMİSYEN ÖDÜL SUNUMLARI | |
| 15:00 - 15:45 | ÜROLOJİ UZMANLARININ HUKUKİ SORUMLULUKLARI Üroloji Hekiminin Hukuksal Sorumlulukları <i>Av. Abdullah HIZAL - Ürolojik Cerrahi Derneği Hukuk Müşaviri</i> | |
| 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XIII <i>Oturum Başkanları: Ferruh Şimşek, Safettin Kaya</i> SP 125 – SP 139 | |
| 16:45 - 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XIV <i>Oturum Başkanları: Ahmet Özgür Güçtaş, Hasan Cem Irkılata</i> SP 170 – SP 184 | |
| SALON B | | |
| 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XV <i>Oturum Başkanları: Tufan Tarcan, Hasan Erdal Doruk</i> SP 140 – SP 157 | |
| 16:45 - 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVI <i>Oturum Başkanları: Cüneyd Özkürküçügil, Tahsin Turunç</i> SP 185 – SP 198 | |
| 17:45 - 18:30 | VİDEO OTURUM – IX <i>Oturum Başkanları: Rasin Özyavuz, Mustafa Aldemir</i> VS 048 – VS 053 | |
| SALON C | | |
| 07:00 - 07:40 | PRATİK KURS – IV KONTİNANS: Nasıl yapıyorum? - Video sunumları <i>Oturum Başkanları: Şinasi Yavuz Öno, Demokan Erol</i> | |
| 07:00 - 07:10 | Midüretal Slingler <i>Volkan İzol</i> | |
| 07:10 - 07:20 | Ön Onarım <i>İlker Şen</i> | |
| 07:20 - 07:30 | Artifisyonel Üretral Sfinkter <i>Adnan Şimşir</i> | |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 08 KASIM 2014, CUMARTESİ

| | |
|----------------|---|
| 07:30 – 07:40 | Vezikovajinal Fistül Onarımı <i>Ali Ersin Zümrütbaş</i> |
| 15:45 - 16:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVII <i>Oturum Başkanları: Mustafa Özgür Tan, Temuçin Şenkul</i> SP 155 – SP 169 |
| 16:45 – 17:45 | SERBEST BİLDİRİLER - XVIII <i>Oturum Başkanları: Süleyman Ataus, Tulga Eğilmez</i> SP 199 – SP 213 |
| 17:45 – 18:30 | VİDEO OTURUM – X <i>Oturum Başkanları: Mesut Gürdal, Barbaros Başeskioglu</i> VS 054 – VS 059 |
| SALON D | |
| 07:00 - 07:45 | PRATİK KURS – V ANDROLOJİ <i>Oturum Başkanları: Adil Esen</i> TUR-ED: Teknik Detaylar <i>Hamdi Özkara</i> TESE Nasıl Yapılmalı ve Başarısız Olgularda Ne Yapmalı? <i>Emre Bakırcıoğlu</i> |
| 15:45 - 17:45 | KURS - V ÜROONKOLOJİ - PROSTAT KANSERİ: OLGULAR EŞLİĞİNDE İNTERKATİF KURS |
| 15:45 – 16:30 | Lokalize Prostat Kanseri <i>Oturum Başkanı: Ferruh Zorlu</i> <i>Bülent Akdoğan, Haydar Kamil Çam</i> |
| 16:30 – 17:15 | Lokal - İleri Prostat Kanseri <i>Oturum Başkanı: Çağ Çal</i> <i>Cavit Can, Barış Kuzgunbay</i> |
| 17:15 – 17:45 | Kastrasyon Dirençli Metastatik Prostat Kanseri <i>Oturum Başkanı: Sevil Bavbek</i> <i>Yakup Kordan, Tefik Murat Koşan</i> |
| 17:45 – 18:30 | VİDEO OTURUM – XI <i>Oturum Başkanları: İzzet Koçak, Ali Beytur</i> VS 060 – VS 065 |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 08 KASIM 2014, CUMARTESİ

| SALON E | |
|---------------|---|
| 07:00 - 07:45 | PRATİK KURS - VI LAPAROSKOPİNİN TEMELLERİ <i>Oturum Başkanı: Sinan Sözen</i> Oda Yerleşimi-Cerrahiye Hazırlık-Enstrümanlar <i>Çetin Demirdağ</i> Laparoskopik Giriş ve Çıkış <i>Haluk Akpınar</i> Komplikasyonlardan Kaçınmak İçin İpuçları <i>Haluk Akpınar</i> |
| 15:45 - 17:45 | KURS - VI ANDROLOJİ: OLGULAR EŞLİĞİNDE İNTERKATİF KURS Erektile Disfonksiyon ED'li Hastalarda Kombinasyon Tedavileri <i>Oturum Başkanı: Adil Esen</i> <i>Sezgin Güvel, Tahir Turan</i> Üretral Rekonstrüksiyon <i>Oturum Başkanı: Bülent Alıcı</i> <i>Oktay Demirkesen, Aziz Peker, Şinasi Yavuz Önel, Levent Emir</i> |
| 17:45 – 18:30 | VIDEO OTURUM – XII <i>Oturum Başkanları: Aydın Yenilmez, Adnan Güçük</i> VS 066 – VS 070 |
| SALON F | |
| 17:45 – 18:30 | VIDEO OTURUM – VIII <i>Oturum Başkanları: Gürhan Günaydın, Alp Özgür Akdemir</i> VS 042 – VS 047 |
| SALON A | |
| 20:00 – 24:00 | KAPANIŞ PARTİSİ |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 09 KASIM 2014, PAZAR

| SALON A | |
|---------------|--|
| 08:00- 12:10 | OTURUM- VI NEREDEYİZ - NEREYE GİDİYORUZ? <i>Oturum Başkanı: Bülent Alıcı</i> |
| 08:00 - 09:00 | ÜROONKOLOJİ <i>Oturum Başkanı: Çağ Çal</i> |
| 08:00 - 08:15 | Prostat Kanseri Can Öbek |
| 08:15 - 08:30 | Mesane Kanseri Aydın Mungan |
| 08:30 - 08:40 | Testis Kanseri Uğur Mungan |
| 08:40 - 08:50 | Böbrek Kanseri Mustafa Uğur Altuğ |
| 08:50 - 09:00 | Üroonkolojide Bireyselleştirilmiş Tedavi Levent Türkeri |
| 09:00 – 09:50 | KONTİNANS <i>Oturum Başkanı: Ali Ergen</i> |
| 09:00 - 09:10 | Stress İnkontinans Haluk Kulaksızoğlu |
| 09:10 - 09:20 | Pelvic Organ Prolapsusu Gökhan Temeltaş |
| 09:20 - 09:30 | Ağrılı Mesane Sendromu Ömer Gülpınar |
| 09:30 - 09:40 | Aşırı Aktif Mesane Oğuz Mertoğlu |
| 09:40- 09:50 | Nörojen Mesane Şahin Kabay |
| 09:50 - 10:20 | MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ <i>Oturum Başkanı: Cenk Yücel Bilen</i> |
| 09:50 - 10:00 | Taş Hastalığı Sinan Zeren |
| 10:00 - 10:10 | Laporoskopi Hakan Vuruşkan |
| 10:10 - 10:20 | Robotik Cerrahi Cemil Uygur |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

Bilimsel Program

■ 09 KASIM 2014, PAZAR

| | |
|---------------|---|
| 10:20 – 10:50 | BPH <i>Oturum Başkanı: Uğur Kuyumcuoğlu</i> |
| 10:20- 10:30 | Erkekte AUSS Turgut Alkibay |
| 10:30 - 10:40 | Endoskopik Cerrahi Ali Ulvi Önder |
| 10:40 – 10:50 | Medikal Tedavi Hakan Özkardeş |
| 10:50 - 11:30 | PEDIATRİK ÜROLOJİ <i>Oturum Başkanı: Erim Erdem</i> |
| 10:50 – 11:00 | VUR Serdar Tekgül |
| 11:00 - 11:10 | İnmemiş Testis Serhat Gürocak |
| 11:10 - 11:20 | Neonatal Hidronefroz Nihat Satar |
| 11:20 - 11:30 | Hipospadias Reşit Tokuç |
| 11:30 - 12:00 | ANDROLOJİ <i>Oturum Başkanı: Bülent Alıcı</i> |
| 11:30 – 11:40 | İnfertilite Hamdi Özkara |
| 11:40 – 11:50 | Peyronie Hastalığı Emre Akkuş |
| 11:50 – 12:00 | Erkek Cinsel Disfonksiyonu Şaban Doran |
| 12:00 - 12:10 | Transplantasyon Fazıl Tuncay Aki |
| 12:10 – 12:30 | KAPANIŞ |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ
HEMŞİRE OTURUMLARI
Bilimsel Program

■ 06 KASIM 2014, PERŞEMBE

| | |
|---------------|--|
| 12:45 – 13:30 | KADIN ÜROLOJİSİ OTURUMU <i>Oturum Başkanları: Ufuk Memioğlu, Sezen Selvi Altinel</i> |
| 12:45 – 13:00 | Kadın İnkontinansının Değerlendirilmesi ve Yeni İnvaziv Yaklaşımlar <i>Ali Ergen</i> |
| 13:00 – 13:15 | İdrar Kaçırma Cerrahi ve Davranışsal Tedavide Hemşirelik Bakımı <i>Gülseren Tüler</i> |
| 13:15 – 13:30 | Ürodinami Ünitesinde Hasta ve Çalışan Güvenliği <i>Songül Çeçen</i> |
| 13:30 – 14:30 | ÖĞLE YEMEĞİ  |
| 14:30 – 15:20 | ENDOÜROLOJİ OTURUMU <i>Oturum Başkanları: Aysel Kandemir, Mehtap Albayrak Alp</i> |
| 14:30 – 14:45 | Üriner Sistem Taş Hastalığı ve Tedavi Seçenekleri <i>Ender Özden</i> |
| 14:45 – 15:00 | Taş Hastalığında Perkütan Cerrahi Sonrası Hemşirelik Bakımı <i>Arzu Samsun</i> |
| 15:00 – 15:15 | ESWL’de Hemşirenin Rolü <i>Türkiz Korkmaz</i> |
| 15:15 - 16:15 | ONKOLOJİ OTURUMU <i>Oturum Başkanları: Yeter Kırdal, İtibar Altan</i> |
| 15:15 – 15:35 | Prostatın Anatomisi ve Cerrahisi <i>Sinan Sözen</i> |
| 15:35 – 15:50 | Prostat Cerrahisi Öncesi ve Sonrası Hemşirelik Bakımı <i>Selma Sönmez</i> |
| 15:50 – 16:05 | Prostat Cerrahisi Sırasında Hemşirenin Rolü <i>Mukaddes Özbay</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ
HEMŞİRE OTURUMLARI
Bilimsel Program

■ 07 KASIM 2014, CUMA

| SALON F | |
|---------------|---|
| 12:15– 13:30 | ÇOCUK ÜROLOJİSİ OTURUMU <i>Oturum Başkanları: Aysel Kandemir, Ayşe Kavak</i> |
| 12:15 – 12:30 | KONFERANS - Ürolojide Çocuk Hastaya Yaklaşım <i>Sezen Selvi Altınel</i> |
| 12:30 – 12:45 | Enürezis <i>İmran Akkaynak</i> |
| 12:45 - 13:00 | Veziköretoral Reflü <i>Berk Burgu</i> |
| 13:00 – 13:15 | Hipospadias Cerrahisi Sonrası Hemşirelik Bakımı <i>Selda Akkemik</i> |
| 13:15 – 13:30 | Temiz Aralıklı Kateterizasyon <i>Sevim İnal</i> |
| 13:30 – 14:30 | ÖĞLE YEMEĞİ  |
| 14:30 – 15:30 | EĞİTİM OTURUMU <i>Oturum Başkanları: Gülseren Tüler, Gümüş Çakal, Ufuk Memoioğlu</i> |
| 14:30 – 14:45 | Ürostomili Hastanın Bakım ve Eğitimi <i>Elmas Sürmeli</i> |
| 14:45 – 15:00 | Üriner Enfeksiyonlardan Korunma ve Eğitim <i>Çağlar Şahin</i> |
| 15:00 – 15:15 | Dosetaksel Kemoterapi Alan Prostat Kanseri Olan Hastalarda Hemşirelik Girişimleri <i>Yeter Kırdal</i> |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

SERBEST BİLDİRİLER

Sözlü Sunumlar

- SS - 001 3
MESANE TÜMÖRÜNDE NEOADJUVAN KEMOTERAPİ GENEL SAĞKALIMI UZATIR
Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan, Ferruh Zorlu, Rauf Taner Divrik
- SS - 002 5
PSA-YAŞ VOLÜM SKORUNUN TÜRKİYE'DE POZİTİF PROSTAT BİYOPSİ SONUÇLARINI ÖNGÖRMEDEKİ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
Oktay Üçer, Uğur Yüçetaş, İlker Çelen, Gökhan Toktaş, Talha Müezzinoğlu
- SS - 003 8
BÖBREK TÜMÖRLERİNDE KLİNİK VE RADYOLOJİK VERİLERİN KULLANILDIĞI MAKİNE ÖĞRENME TEMELLİ YÖNTEMLER İLE HİSTOPATOLOJİK BULGULARIN ÖNGÖRÜLMESİ
Ömer Acar, Esin Öztürk Işık, Metin Vural, Aslihan Onay, Tarık Esen
- SS - 004 9
İDAME BCG TEDAVİSİ ALAN YÜKSEK RİSKLİ KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİ HASTALARINDA İKİNCİ TUR MUTLAKA 2-6 HAFTA İÇİNDE YAPILMALI MI? ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMASI
Sümer Baltacı, Murat Bozlu, Asif Yıldırım, Mehmet İlker Gökce, İlker Tinay, Güven Aslan, Cavit Can, Niyazi Levent Türkeri, Uğur Kuyumcuoğlu, Necmettin Aydın Mungan
- SS - 005 11
BÖBREK HÜCRELİ KARSİNOM TÜMÖROGENEZ BAŞLANGICINDA ARTMIŞ TRANSGLUTAMİNAZ 2 EKSPRESYONU METASTAZ RİSKİNİ, HASTALIKSIZ VE KANSERE ÖZGÜ SAĞKALIMI ÖNGÖRMEKTEDİR
Selçuk Erdem, Gülçin Yeğen, Dilek Telci, İbrahim Yıldız, Halim İşsever, Işın Kılıçbaşan, Öner Şanlı
- SS - 006 13
T1 MESANE KANSERLERİNDE LENFOVASKÜLER İNVAZYON PROGNOSTİK BİR FAKTÖR MÜDÜR?
Münir Bilgehan, Ali Ülgen, Deniz Arık, İyimsir Üre, Cavit Can
- SS - 007 14
ANLAMLI PSA DÜŞÜŞLERİNİN PROSTAT KANSERİ SAPTAMA OLASILIĞINA ETKİSİ VAR MI?
İlker Tinay, Ylıören Tanıdır, Ferhad Talıbzade, Mehmet Kazım Asutay, Niyazi Levent Türkeri
- SS - 008 16
TRANSPERİTONEAL VE EKSTRAPERİTONEAL ROBOT-YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ: 140 VAKA İLE DEĞERLENDİRME
Murat Akand, Egemen Avcı, Mutlu Ateş, Tibet Erdoğan
- SS - 009 17
LOKAL İLERİ EVRE YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERLERİNDE KÜRATİF TEDAVİ ÖNCESİ NEOADJUVAN HORMON VE KEMOTERAPİNİN ETKİNLİĞİ
Burak Çıtamak, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Emin Mammadov, Burhan Özdemir, A. Haluk Özen
- SS - 011 18
İDRAR HİSSİNİN, ÜROFLOWMETRİ PARAMETRELERİ VE İŞEME SONRASI REZİDÜ İDRAR HACMI ÜZERİNE ETKİSİ
Mehmet Kaynar, Mustafa Kucur, Özcan Kılıç, Murat Akand, Murat Gül, Serdar Göktaş
- SS - 012 19
HASTANEYE BAŞVURAN KADIN HASTALARDA SAKLI KALMIŞ AŞIRI AKTİF MESANE SIKLIĞININ VE NEDEN SAKLI KALDIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ
Oktay Üçer, Ömer Demir, Mehmet Fatih Zeren(0), Yasin Ceylan, İlker Çelen, Ali Ersin Zümürütbaş, Gökhan Temeltaş, Ozan Bozkurt, Bülent Günlüsoy, Orçun Çelik, Rahmi Gökhan Ekin, Oğuz Mertoğlu
- SS - 013 23
KRONİK ÜRİNER RETANSİYONDA SAKRAL NÖROMODULASYON
Alp Tuna Bektaş, Mehmet Ezer, Oğuzhan Kahraman, Ali Ergen
- SS - 014 24
STRES VE MİKST TİP İDRAR KAÇIRMASI OLAN HASTALARDA SİGARA KULLANIMININ TRANSOBTURATOR TAPE SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ
Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Kaan Çömez, Ahmet Adil Esen

SS - 015 25
**STRES İNKONTİNANS NEDENİYLE BİR YILLIK
TRANSOBTURATOR TEYP UYGULANAN HASTALARDA
VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN CERRAHİ BAŞARI ORANLARINA
ETKİSİ**

Şükrü Kumsar, Osman Köse, Hüseyin Aydemir, Fikret Halis, İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Ahmet Gökçe, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam

SS - 016 26
**PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE TEK MERKEZDE 17 YILLIK
DENEYİM**

İbrahim Atilla Arıdoğan, Volkan İzol, Yıldırım Bayazıt, Nihat Satar, Zühtü Tansuğ, Şaban Doran, Erkan Demir, Uğur Erken, Sinan Zeren

SS - 017 27
**İKİ SANTİMETREDEN KÜÇÜK BÖBREK TAŞLARINDA
EKSTRAKORPORAL ŞOK DALGA LİTOTRİPSİ (ESWL),
RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ (RIRC) VE MİKRO
PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ (MPCNL) TEDAVİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Hüseyin Saygın, Gökhan Gökçe, Esat Korgalı, Fatih Mehmet Efe, Gökçe Dünder, Emin Yener Gültekin, Semih Ayan

SS - 018 28
**NEFRON KORUYUCU CERRAHİDE AÇIK VE ROBOT-
YARDIMLI LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM: ORTA VADEDE
ELDE EDİLEN SONUÇLAR VE KARAR VERME SÜRECİNİ
ETKİLEYEN UNSURLAR**

Ömer Acar, Metin Vural, Ahmet Musaoğlu, Tarık Esen

SS - 019 29
**MONTELUKAST SODYUM VE N-ASETİLSİSTEİNİN
TEKTARAFI ÜRETERAL OBSTRÜKSİYONU ÜZERİNE
BÖBREK KORUYUCU ETKİNLİĞE SAHİP Mİ?: RAT
MODELİNDE PLASEBO KONTROLLÜ ÇALIŞMA**

Melih Sunay, Arif Aydın, Tolga Karakan, Gökhan Koca, Pelin Börcek, Elmas Ögüş

SS - 020 30
**LAPAROSKOPİK MEYDAN OKUMA: STENTSİZ
LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİ VE UZUN DÖNEM
SONUÇLARI**

Alp Tuna Beksaç, M. İrfan Dönmez, Ahmet Güdeloğlu, Cenk Yücel Bilen

SS - 021 31
**PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: 2969 HASTA İLE TEK
MERKEZ TECRÜBESİ**

Ali Güneş, Serhan Çimen, Ali Beytur, Fatih Oğuz, İbrahim Topçu

SS - 022 32
**PERKÜTAN NEFROLİTOTRİPSİDE KOLON YARALANMASI:
ÇOK MERKEZLİ SONUÇLAR**

Namık Kemal Hatipoğlu, Necmettin Penbegül, Mansur Dağgüllü, Bilal Eryıldırım, Mehmet Fatih Akbulut, Şenol Adanur, Zafer Gökhan Gürbüz, Hüseyin Çelik, Mehmet Mazhar Utanğaç, Onur Dede, Mehmet Nuri Bodakç

SS - 023 33
**BURSA ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİ**

Sedat Öner, Mehmet Hakan Üstün, Murat Aydos, Murat Şambel, Abdullah Erdoğan, Metin Kılıç, Kadir Acıbcu, Murat Demirbaş

SS - 024 34
**BÖBREK TAŞI TEDAVİSİNDE RETROGRAD İNTRARENAL
CERRAHİ (RIRC): ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ**

Hakan Kılıçarslan, Kadir Ömür Günseren, Aykut Sönmez, Yakup Kordan, Feyzi Mutlu Kanat

SS - 025 35
**SPİNAL DEFORMİTELİ HASTALARDA PERKUTAN
NEFROLİTOTOMİ**

Volkan İzol, İbrahim Atilla Arıdoğan, Mutlu Değer, Çağrı Tekdöş, Yıldırım Bayazıt, Sinan Zeren

SS - 026 36
**ARTAN ENDİKASYONLARLA RETROGRAD İNTRARENAL
CERRAHİ DENEYİMİMİZ**

Fatih Bıçaklıoğlu, Bora Küpeli, Metin Onaran, Ender Cem Bulut, Serhat Gürocak

SS - 027 37
PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: OMÜ DENEYİMİMİZ

Fatih Ataç, Ender Özden, Yakup Bostancı, Yarkin Kamil Yakupoğlu, Ali Faik Yılmaz, Hasan Çetin, Şaban Sarıkaya

SS - 028 38
**ERİŞKİNLERDE GEÇİRİLMİŞ RENAL CERRAHİLER ESWL
SONUÇLARINI VE KOMPLİKASYON ORANLARINI ETKİLER
Mİ?**

Mehmet Hamza Gültekin, Beril Tülü, Gamze Gül Güleç, Fethi Ahmet Türeğün, Nejat Tansu, Bülent Önal

SS - 029 40
**BÖBREK TAŞLARINDA HOUNSFİELD ÜNİTESİ ÖLÇÜMÜ
İLE BELİRLenen TAŞ SERTLİĞİNİN PERKÜTAN
NEFROLİTOTOMİ OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE
ETKİSİ**

Sedat Karakoç, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, İlhan Çelebi

| | | | |
|--|----|---|----|
| SS - 030 | 41 | SS - 037 | 49 |
| ROBOT YARDIMLI LAPARASKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE GENİŞLETİLMİŞ LENF NODU DİSSEKSİYONU YAPILAN VAKALARDA PSA REKÜRRENSİ Selçuk Keskin, İlter Tüfek, Burak Argun, Ali Rıza Kural | | SPİNAL KORD HASARINA BAĞLI OLARAK GELİŞEN EREKTİL DİSFONKSİYONDA MELATONİN VE TADALAFİL'İN ETKİLERİ Hasan Hüseyin Tavukçu, Tarık Emre Şener, İlker Tinay, Cem Akbal, Mehmet Erşahin, Özge Çevik, Göksel Şener | |
| SS - 031 | 42 | SS - 038 | 50 |
| KRONİK TESTİS VE KASIK AĞRISI OLAN, SPERMATİK KORDUN MİKROCERRAHİ DENERVASYONUNDAN YANIT ALMAYAN HASTALAR İÇİN YENİ ALTERNATİF; ULTRASON REHBERLİĞİNDE HEDEF YÖNELİK SPERMATİK KORDUN MİKROKRİYOABLASYONU İbrahim Güven Kartal, Ahmet Güdeleolu, Bayo Tojula, Jamin Brahmbhatt, Sijo Parekattil | | HORMON PROFİLİ MİKRO TESE SONUÇLARINI ÖNGÖRÜR MÜ? Fethi Ahmet Türegün, Çetin Demirdağ, Fahri Yavuz İlki, Abulfaz Abbaslı, Kadir Emre Akkuş, Hamdi Özkara | |
| SS - 032 | 43 | SS - 039 | 51 |
| VASKÜLER KAYNAKLI EREKTİL DİSFONKSİYON PATOİZYOLOJİSİNDE TROMBOSİT AKTİVİTE BELİRTEÇLERİ ROL OYNAR MI? Ufuk Yavuz, Murat Üstüner, Hasan Yılmaz, Seyfettin Çiftçi, Turgay Güleçen, Kerem Teke, Melih Çulha | | TRANSPERİTONEAL LAPAROSKOPİK VE AÇIK CANLI DONÖR NEFREKTOMİNİN SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: ÖN ÇALIŞMA Ahmet Keleş, Asgar Garayev, Burak Değirmençtepe, Yılören Tanırdı, İlker Tinay, Cevdet Kaya, Ferruh Şimşek | |
| SS - 033 | 44 | SS - 040 | 53 |
| TÜRK ÜROLOGLARIN KENDİ KULLANIMLARI VE HASTALARINA ÖNERMELERİ İÇİN PHOSPHODIESTERASE 5 (PDE5) İNHİBİTÖR TERCİHLERİ Çağrı Asan, Bahadır Dede | | KLOTHO GEN POLİMORFİZMLERİNİN ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞINA ETKİSİ Abdullah Gürel, İyimser Üre, Halide Edip Temel, Oğuz Çilingir, Sema Uslu, Mehmet Fatih Celayir, Serap Aslan, Ali Barbaros Başeskioglu | |
| SS - 034 | 45 | SS - 041 | 54 |
| NONBSTRÜKTİF AZOSPERMİ NEDENİYLE TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU YAPILAN KLİNEFELTER SENDROMLU HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ Mehmet Vehbi Kayra, Tahsin Turunc, Feride Şahin, Cevahir Özer, Mehmet Reşit Gören, Ümit Gül, Sezgin Güvel | | IS TOP-DOWN APPROACH REALLY LESS STRESSFUL FOR THE CHILD AND FAMILY: CHALLENGING THE DOGMA Onur Telli, Murat Mermerkaya, Perviz Hacıyev, Özgü Aydoğdu, Ferenc Afandiyev, Evren Süer, Berk Burgu, Tarkan Soygür | |
| SS - 035 | 46 | SS - 042 | 55 |
| CİNSEL AKTİF ERKEKLERDE SİLODOSİN TEDAVİSİNİN KISA DÖNEMDE CİNSEL FONKSİYONLAR VE SEMİNAL VEZİKÜL ÇAPI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Volkan Şen, Ahmet Adil Esen | | ÇOCUKLARDA GEÇİRİLMİŞ TAŞ TEDAVİSİ ESWL SONUÇLARINI VE KOMPLİKASYONLARINI ETKİLER Mİ? Fethi Ahmet Türegün, Gamze Gül Güleç, Beril Tülü, M.hamza Gültekin, Çağatay Doğan, Ahmet Erözenci, Bülent Önal | |
| SS - 036 | 48 | SS - 043 | 56 |
| SEMİNAL MOLEKÜLER BELİRTEÇLERLE NON-İNVAZİV OLARAK SPERMATOGENEZİ SAPTAMAK MÜMKÜN MÜ? Murat Mermerkaya, Sena Aydos, Tülin Özkan, Mehmet İlker Gökçe, Kaan Aydos | | MİYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA ÜST ÜRİNER SİSTEMİN (ÜÜS) KORUNMASINDA DETRUSOR KAÇIRMA ANI BASINCI (DKAB) İÇİN GÜVENİLİR SINIR KAÇIR ? 40 MI, 20 Mİ? Çağrı Akın Şekerci, Cem Akbal, Ahmet Şahan, İlker Tinay, Ferruh Şimşek, Tufan Tarcan | |
| | | SS - 044 | 57 |
| | | İŞEME DİSFONKSİYONLU VEZİKÜRETERAL REFLÜ HASTALARINDA ENDOSKOPİK TEDAVİ SONUÇLARI Çağatay Doğan, Mehmet Hamza Gültekin, Gülce Ecem Can, Nur Ahmet Erözenci, Bülent Önal | |

| | | | |
|---|----|---|----|
| SS - 045 | 58 | SS - 049 | 65 |
| ÇOCUKLARDA SWL SONUÇLARINI ÖNGÖRMEK İÇİN YENİ BİR NOMOGRAM | | VEZİKÖRETERAL REFLÜ VE AŞIRI AKTİF MESANE BİRLİKTELİĞİNDE ENDOSKOPİK TEDAVİDEKİ FARKLI CERRAHİ TEKNİKLER TEDAVİ BAŞARISINI ETKİLER Mİ? | |
| Hasan Serkan Doğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Artan Koni, Serdar Tekgöl | | Ahmet Şahan, Cem Akbal, Muhammed Sulukaya, Asgar Garayev, Yılören Tanıdır, İlker Tinay, Tufan Tarcan, Ferruh Şimşek | |
| SS - 046 | 60 | SS - 050 | 67 |
| MİNİ-PERKÜTAN NEFROLİTOMİ İÇİN ÇOCUKLARDA FARKLI BİR AKSES: LAPAROSKOPİK TROKAR KULLANIMI | | PYROLİDİNE DİTHİOCARBAMATE'İN STREPTOZOTOCİN İLE İNDÜKLENEN DİYABETİK RAT MESANESİ ÜZERİNE KORUYUCU ETKİLERİ | |
| Yılören Tanıdır, Cem Akbal, Çağrı Akın Şekerci | | Mehmet Yücel, Ayşegül Küçük, M Kasım Çaycı, Murat Tosun, Soner Yalçınkaya, Aysun Tokar, Osman Genç | |
| SS - 047 | 61 | SS - 051 | 68 |
| ÇOCUK HASTALARDA ÜRETERAL JET AKIM DİNAMİKLERİNİN ÜRİNER SİSTEM TAŞ OLUŞUMUNDAKİ ETKİSİ | | ORTOTOPIK ANATOLİAN NEOBLADDER SONRASI CERRAHİ TEKNİK VE SONUÇLAR: RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASI İLEAL NEOBLADDERDE YENİ BİR TEKNİK | |
| Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Canan Altay, Figen Çelebi Çelik, Görkem Uz, Alper Soylu, Aykut Kefi, Salih Kavukçu, Mustafa Seçil, Ömer Demir | | Zubeyr Talat, Bülent Önal, Sinharib Çitgez*, Bülent Çetinel, Çetin Demirdağ, Ahmet Necati Şanlı, Çağatay Doğan | |
| SS - 048 | 63 | | |
| VEZİKÖRETERAL REFLÜNÜN CERRAHİ TEDAVİSİ SONRASI İŞEME SİSTOÜRETROGRAFİSİ: ÖDÜL MÜ CEZA MI? | | | |
| Serhat Gürocak, Mustafa Özgür Tan, Cenk Acar, İyimsir Üre, İrfan Atay, Esat Ak, Zafer Sınık | | | |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

SERBEST BİLDİRİLER

Sunulu Posterler

- SP - 001..... 71
THE PREDICTIVE VALUES OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR AND MICRO VESSEL DENSITY LEVELS IN INITIAL BIOPSY FOR PROSTATE CANCER
Enis Kervancıoğlu, Murat Koşan, Hiral Erinaç, Umur Gönülalan, Ahmet İbrahim Oğuzülgen, Esra Zeynep Çoşkunoglu, Hakan Özkardeş
- SP - 002..... 72
PROSTAT BİYOPSİSİ SIRASINDA ALINAN KOR UZUNLUĞUNUN PATOLOJİ SONUCU ÜZERİNE ETKİSİ
Yılören Tanıdır, Ferhad Talıbzade, Asgar Garayev, İlker Tinay, Cem Akbal, Ferruh Şimşek
- SP - 003..... 74
NÖTROFİL VE LENFOSİT ORANININ PROSTAT KANSERİNİ VEYA KLİNİK OLARAK ANLAMLI PROSTAT KANSERİNİ SAPTAMADA ÖNEMİ VAR MI?
İlker Tinay, Yılören Tanıdır, Ferhad Talıbzade, Hasan Hüseyin Tavukçu, Niyazi Levent Türkeri
- SP - 004..... 76
PROSTAT BİYOPSİSİ ÖNCESİ YAPILAN HEMOGRAM VE İDRAR TAHLİLİNİN, PATOLOJİK TANIYI ÖNGÖRMEDEKİ YERİ
İlker Tinay, Ferhad Talıbzade, Yılören Tanıdır, Niyazi Levent Türkeri, Ahmet Şahan
- SP - 005..... 77
PROSTAT BİYOPSİLERİNDE KOR UZUNLUĞU ÖNEMLİ MİDİR?
Burak Çıtamak, Mesut Altan, Emin Mammadov, Ali Ergen, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen
- SP - 006..... 78
TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ KILAVUZLUĞUNDA PROSTAT BİYOPSİSİNDE İĞNE BOYUTUNUN PROSTAT KANSERİ SAPTAMA, KOMPLİKASYONLAR VE SPESİMEN KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: 16G VE 18 G İĞNELERİN KARŞILAŞTIRILMASI
Ahmet Murat Bayraktar, Erkan Ölçücüoğlu, Eray Hasırcı
- SP - 007..... 79
PROSTAT İĞNE BİYOPSİLERİNDE PERİNÖRAL İNVAZYON POZİTİFLİĞİNİN TÜMÖR EVRESİ, CERRAHİ SINIR, LENF NODU POZİTİFLİĞİ VE BİYOKİMYASAL NÜKSE ETKİLERİ
Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Özgür Gürboğa, Burçin Tuna, Kutsal Yörükoğlu, Güven Aslan
- SP - 008..... 81
UYGUN PROSTAT ÖRNEKLEMESİ İÇİN BİYOPSİ BOYU UZUNLUĞU 6 MM'DEN FAZLA OLMALIDIR
Hasan Yılmaz, Seyfettin Çiftçi, Murat Üstüner, Ufuk Yavuz, Ali Saırbacak, Bahar Müezzinoğlu, Özdam Dilloğlugil
- SP - 009..... 83
BÜYÜK PROSTATLARDA 10 İLE 12 KOR BİYOPSİ ARASINDA KANSER YAKALAMA ORANLARI FARKLI MIDIR?
Emin Mammadov, Burak Çıtamak, Mesut Altan, Bülent Akdoğan, Ali Ergen, A. Haluk Özen
- SP - 010..... 84
PSA DANSİTESİNİN LOKALİZE PROSTAT KANSERİNDE RADİKAL TEDAVİ GEREKLİLİĞİNİ ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ
Kaan Çömez, Özgür Gürboğa, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Güven Aslan, Ahmet Adil Esen
- SP - 011..... 85
PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN VE KLİNİK ÖNEMLİ PROSTAT KANSERİ İLİŞKİSİ
Sebahattin Albayrak, Serhat Tanık, Kürşad Zengin, Muhittin Atar, Hasan Bakırtaş, Mesut Gürdal, Muhammed Abdurrahim İmamoglu
- SP - 012..... 86
PROSTATE CANCER PREVENTION TRIAL RISK CALCULATOR (PCPTRC) UYGULAMASININ YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERİNİ ÖNGÖRMEDE ROLÜ
Kaan Çömez, Özgür Gürboğa, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen
- SP - 013..... 87
PROSTAT KANSERİ TANISINDA TC99M- MIBI-SPECT'İN YERİ
Murat Kuru, Çetin Demirdağ, Muhammet Sait Sağer, Zübeyr Talat, Nur Ahmet Erözenci

| | | | |
|---|----|--|-----|
| SP - 014..... | 88 | SP - 021..... | 96 |
| PROSTAT İÇNE BİYOPSİSİNDEKİ PERİNÖRAL İNVAZYON POZİTİFLİĞİNİN PROSTAT KANSERİ D'AMİCO RİSK SINIFLAMASI VE ÖZELLİKLE ORTA RİSK GRUBUNDAKİ ÖNEMİ | | RADİKAL SİSTEKTOMİDE PERİVEZİKAL LENF NODLARI, SAĞKALIMI ETKİLER Mİ? | |
| Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Özgür Gürboğa, Burçin Tuna, Kutsal Yörükoğlu, Güven Aslan | | Bülent Akdoğan, Burhan Özdemir, Emin Mammadov, Mesut Altan, Burak Çırtamak, Hasan Serkan Doğan, A. Haluk Özen | |
| SP - 015..... | 90 | SP - 022..... | 98 |
| PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN DÜZEYİ 2.5-4.0 NG/DL ARASINDA PROSTAT BİOPSİSİ GEREKLİ MİDİR? | | MÜLTİPLE TÜMÖRÜ OLAN HASTALARDA RE-TUR YAPILMALI MI? | |
| Gökhan Koç, Hakan Türk, Batuhan Ergani, Mustafa Karabıçak, Hüseyin Tarhan, Ferruh Zorlu, Sıtkı Ün | | Hakan Türk, Sıtkı Ün, Mustafa Karabıçak, Hüseyin Tarhan, Gökhan Koç, Tufan Süelözgen, Ferruh Zorlu, | |
| SP - 016..... | 91 | SP - 023..... | 100 |
| YÜKSEK RİSKLİ YÜZEYEL MESANE TÜMÖRÜNDE İNTRAVEZİKAL TERMOKEMOTERAPİ VE BACILLUS CALMETTE-GUERIN TEDAVİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI | | T1 MESANE TÜMÖRLERİNDE KAS İNVAZİV HASTALIĞA PROGRESYON SÜRESİNİN RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASINDA KANSER SPESİFİK SURVİ ÜZERİNE ETKİSİ | |
| Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan, Ferruh Zorlu | | Özgür Çakmak, Hüseyin Tarhan, Rahmi Gökhan Ekin, Ülkü Küçük, Okan Nabi Yalbuздаğ, Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu | |
| SP - 017..... | 92 | SP - 024..... | 101 |
| MESANE KANSERLİ HASTALARDA TUMOR BOYUTU İLE PREOPERATİF NÖTROFİL LENFOSİT ORANIN İLİŞKİSİ | | NÖTROFİL-LENFOSİT ORANI KULLANARAK T1 KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE TÜMÖRLERİNDE PROGRESYON ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ? | |
| Hacı İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Fikret Halis, Şükrü Kumsar, Numan Baydilli, Osman Köse, Hüseyin Aydemir, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam, Ahmet Gökçe | | İlker Tinay, Ahmet Şahan, Asgar Garayev, Yılören Tanıdır, Ferruh Şimşek, Niyazi Levent Türkeri | |
| SP - 018..... | 93 | SP - 025..... | 103 |
| MESANE KANSERLİ HASTALARDA TÜMÖR GRADE İLE PREOPERATİF NÖTROFİL LENFOSİT ORANININ İLİŞKİSİ | | T1 MESANE ÜROTELYAL KARSİNOMUNDA MUSKULARIS MUKOZA-VASKÜLER PLEKSUSUNA TÜMÖR İNVAZYONUNUN HASTALIK SONUÇLARINA OLAN ETKİSİ | |
| Hacı İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Fikret Halis, Şükrü Kumsar, Numan Baydilli, Osman Köse, Hüseyin Aydemir, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam, Ahmet Gökçe | | Ahmet Şahan, Fatma Gerin, Asgar Garayev, Emine Baş Bozkurt, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri | |
| SP - 019..... | 94 | SP - 026..... | 105 |
| MESANE KANSERİ NEDENİYLE RADİKAL SİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA SKİP METASTAZ YA DA DİĞER LENF NODU PARAMETRELERİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ VAR MIDIR? | | KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERLERİNDE ADJUVANT MITOMYCİN-C İLE SYNERGO TERMOKEMOTERAPİSİ DENEYİMİMİZ | |
| Özgür Uğurlu, Sümer Baltacı, Güven Aslan, Cavit Can, Çağ Çal, Atilla Elhan, Levent Türkeri, Aydın Mungan | | Ahmet Şahan, Mehmet Kazım Asutay, Yılören Tanıdır, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri | |
| SP - 020..... | 95 | SP - 027..... | 106 |
| T1 MESANE TÜMÖRLERİNDE İKİNCİ GÖRÜŞ PATOLOJİK DEĞERLENDİRME GEREKLİ MİDİR? | | RADİKAL SİSTEKTOMİ UYGULANAN MESANE TÜMÖRÜ HASTALARINDA PREOPERATİF LÖKOSİTOZ İLE NÖTROFİL VE LENFOSİT SAYISININ PROGNOZA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI | |
| Ahmet Şahan, Fatma Gerin, Asgar Garayev, Emine Baş Bozkurt, İlker Tinay | | Cihat Özcan, Çağatay Göğüş, Derya Öztuna, Evren Süer, Ömer Gülpınar, Onur Telli, Erdem Öztürk, Sümer Baltacı | |

SP - 028..... 107

İNVAZİV MESANE KANSERLERİNDE KAN GRUPLARININ SAĞKALIMA ETKİSİ VAR MIDIR?

Burhan Özdemir, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Bahadır Haberal, A. Haluk Özen

SP - 029..... 108

TÜRKİYE'DE LOKAL İLERİ EVRE MESANE KANSERİNDE NEOADJUVAN KEMOTERAPİ, GERÇEKTE FAYDALI MIDIR?

Burhan Özdemir, Oğuzhan Kahraman, Burak Çıtamak, Mesut Altan, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

SP - 030..... 109

PROSTAT KANSERİNDE AKTİF İZLEM SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

İlker Arkarın, Rahmi Gökhan Ekin, Hüseyin Tarhan, Gökhan Koç, Yusuf Özlem İbsey, Ferruh Zorlu

SP - 031..... 110

İPSS'İN KANSER POZİTİF PROSTAT BİYOPSİ SONUCUNU ÖNGÖRMEDEKİ PSA DUYARLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Oktaç Üçer, Talha Müezzinoğlu, İlker Çelen, Gökhan Temeltaş

SP - 032..... 112

NOKTURİSİ OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA PSA-AV'NİN PROSTAT KANSERİ SAPTAMADAKİ DUYARLILIĞININ PSA 4NG/ML İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Oktaç Üçer, Talha Müezzinoğlu, İlker Çelen, Gökhan Temeltaş

SP - 033..... 114

PROSTAT HİSTOPATOLOJİSİNDE İNSÜLİN BENZERİ BÜYÜME FAKTÖRÜ-1 RESEPTÖR EKSPRESYONU

Soner Ulusoy, Uğur Yüçetaş, Erkan Erkan, Kemal Behzatoğlu, Nejedet Karşıyakalı, Ali Ferruh Akay, Gökhan Toktaş

SP - 034..... 115

RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI BİYOKİMYASAL REKÜRRENSİZ SAĞ KALIMIN CAPRA-S SKORU İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Binhan Kağan Aktaş, Cüneyt Özden, Süleyman Bulut, Süleyman Tağcı, Güven Erbay, Cevdet Serkan Gökaya, Mehmet Murat Baykam, Ali Memiş

SP - 035..... 116

METASTATİK KASTRASYONA DİRENÇLİ PROSTAT KANSERİ HASTALARINDA ABİRATERON ASETAT TEDAVİSİ SONUÇLARI: MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROONKOLOJİ KLİNİĞİ DENEYİMİ

Mehmet Kazım Asutay, Tarık Emre Şener, Tuncay Top, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri

SP - 036..... 118

YÜKSEK RISK PROSTAT KANSERİNDE RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Alp Tuna Bektaş, Emin Mammadov, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

SP - 037..... 119

NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI PSA NÜKSÜ'NÜ ÖNGÖRMEDEKİ ÖNEMİ

Eymen Gazel, Sedat Taştetur, Onur Açıkgöz, Metin Yiğman, Erkan Ölçücüoğlu, Ahmet Çamtosun, Cavit Ceylan

SP - 038..... 120

KRONİK TESTİS VE KASIK AĞRISI OLAN HASTALARDA, HEDEFE YÖNELİK ROBOT YARDIMLI MİKROCERRAHİ YÖNTEMLE SPERMATİK KORDUN DENERVASYONU

İbrahim Güven Kartal, Ahmet Güdeloğlu, Bayo Tojula, Jamin Brahmbhatt, Sijo Parekattil

SP - 039..... 121

NON-OBSTRÜKTİF AZOSPERMİSİ OLAN ERKEKLERDE MİKROSKOBİK TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU ÖNGÖRÜ MODELİ

Sedat Eğriboyun, Ozan Bozkurt, Aykut Kefi

SP - 040..... 123

METABOLİK SENDROMLU KADINLARDA ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE CİNSEL FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serkan Borazan, Gökhan Temeltaş, Oktaç Üçer, Zeliha Hekimsoy, Emel Şenol

SP - 041..... 124

AÇIKLANMAYAN İNFERTİLİTEDEKİ SPERM ÖRNEKLERİNDE METİLEN TETRAHİDROFOLAT REDÜKTAZ (MTHFR) GEN PROMOTORU HİPERMETİLASYONU

Müjdegül Z. Karaca, Ece Konaç, Buket Yurteri, Gürkan Bozdağ, Cenk Y. Bilen

SP - 042..... 125

OLGULAR EŞLİĞİNDE PENİL MONDOR HASTALIĞI

Erkan Efe, Erhan Demirelli, Sefa Resim, Bülent Altunoluk, Eyüp Koluş

SP - 043..... 126

VARİKOSEL ETYOLOJİSİNDE TROMBOSİTİK AKTİVİTE BELİRTEÇLERİ ROL OYNUYOR OLABİLİR Mİ?

Ufuk Yavuz, Hasan Yılmaz, Seyfettin Çiftçi, Murat Üstüner, Bahri Serkan Aynur, Emrah Şimşek, Melih Çulha

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| SP - 044..... | 127 | SP - 052..... | 136 |
| HUZURSUZ BACAK SENDROMU İLE EREKTİL DİSFONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ | | OBSTRÜKTİF SLEEP APNE SENDROMUNUN SPERM PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ | |
| Olçay Yıldırım, Coşkun Kaçağan, Muhammet Ali Kayıkcı, Yusuf Aslantaş, Kamil Çam, Ali Tekin | | M. Ahmet Tunçkıran, Tümay İpekçi | |
| SP - 045..... | 128 | SP - 053..... | 137 |
| PENİL KURVATÜR VE PEYRONİE HASTALIĞI TANISI İLE CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN HASTALARDA ANATOMİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ | | İCİQ-MLTUS FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI | |
| Aykut Başer, Ali Ersin Zümrütbaş, Hüseyin Gültekin, Tahir Turan, Yusuf Özlülerden, Okan Alkıs, Güngör Bingölo | | Oğuz Mertoğlu, Oktay Üçer, Yasin Ceylan, Ömer Demir, Bülent Günlüsoy, Ozan Bozkurt, Ali Can Albaz | |
| SP - 046..... | 130 | SP - 054..... | 139 |
| PENİL MONDOR HASTALIĞI VE EREKTİL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ | | ÜROFLOWMETRİ SONRASINDA ÖLÇÜLEN REZİDÜEL İDRAR MİKTARI ANLIK ÖLÇÜLEN REZİDÜEL İDRAR İLE UYUMLU MUDUR? | |
| Burak Özkan, Enis Rauf Coşkuner, Ali Türk, Kadir Emre Akkuş, Veli Yalçın | | Sezgin Okçelik, Hasan Soydan, Ferhat Ateş, Ercan Malkoç, Ömer Yılmaz, Ahmet Kenan Karademir | |
| SP - 047..... | 131 | SP - 055..... | 141 |
| SPERMATİK KORDA BOTOX ENJEKSİYONUN KRONİK TESTİS AĞRISI OLAN HASTALARDAKİ ETKİLERİ | | SERBEST, TOTAL PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN VE YAŞIN PROSTAT VOLÜMÜNÜ TAHMİN ETMEDEKİ ROLÜ | |
| İbrahim Güven Kartal, Ahmet Güdeloğlu, Bayo Tojula, Sijo Parekattil | | Soner Çoban, Ömer Gökhan Doluoğlu, İbrahim Keleş, Ali Rıza Türkoğlu, Muhammet Güzelsoy, Mustafa Karalar, Murat Demirbaş | |
| SP - 048..... | 132 | SP - 056..... | 143 |
| PREMATÜR EJAKÜLASYONDA HORMONAL FAKTÖRLERİN ETKİSİ | | THE EFFECT OF ALPHA BLOCKERS ON THE PREVENTION OF BLADDER NECK SCLEROSIS AFTER TUR-PROSTATECTOMY | |
| Çağatay Doğan, Çetin Demirdağ, Fethi Ahmet Türegün, Sarper Mehmet Erdoğan, Ahmet Erözenci, Kadir Emre Akkuş | | Gökhan Hadi Komesli, Murat Topcuoğlu | |
| SP - 049..... | 133 | SP - 057..... | 144 |
| İDİOPATİK OLİGOSPERMİK HASTALARDA NF-KB VE NF-KB1 İNHİBİTÖRÜNÜN POLİMORFİZMLERİNİN SPERM APOPTOZU ÜZERİNE ETKİSİ | | BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ HASTALARDA PROSTAT REZİSTİF İNDEKS DÜZEYİNİN KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ | |
| Burak Tek, Hamdi Özkar | | Mehmet Murat Baykam, Binhan Kağan Aktaş, Süleyman Bulut, Cüneyt Özden, Tağmaç Deren, Süleyman Taççı, Cevdet Serkan Gökçaya, Ali Memiş | |
| SP - 050..... | 134 | SP - 058..... | 146 |
| ÇOCUKLUK ÇAĞI ENÜREZİSİ İLE KISA İNTRAVAJİNAL EJAKÜLASYON LATANS SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ | | DUTASTERİD TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN PROSTAT DOKUSUNDAKİ HİPOKSİ İNDÜKLENEBİLİR FAKTÖR-1 ALFA VE VASKÜLER ENDOTELYAL BÜYÜME FAKTÖRÜ EKSPRESYONUNUN İNCELENMESİ | |
| Ahmet Gökçe, Yavuz Tarık Atik, Hüseyin Aydemir, Şükrü Kumsar, Fikret Halis, Osman Köse, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan | | Olçay Yıldırım, Haydar Kamil Çam, Ali Tekin, Yusuf Şenoğlu, Muhammet Ali Kayıkcı, Dursun Baba, Ekrem Başaran | |
| SP - 051..... | 135 | SP - 059..... | 147 |
| PENİL FRAKTÜRDE CERRAHİ TEDAVİ VE POSTOPERATİF ERKEN DÖNEM SONUÇLARI: MARMARA ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ DENEYİMİ | | TRANSÜRETRAL PROSTATEKTOMİ ÖNCESİ ÜRODİNAMİK İNCELEME YERİNE PROSTAT REZİSTİF İNDEKS BAKILMASI DAHA EFEKTİF Mİ? | |
| Mehmet Kazım Asutay, Ahmet Şahan, Elnur Allahverdiyev, Haydar Kamil Çam, Yılören Tanıdır, İlker Tinay, Cem Akbal, Ferruh Şimşek | | Coşkun Kaçağan, Muhammet Ali Kayıkcı, Dursun Baba, Ali Tekin, Kamil Çam | |

SP - 060..... 148
TUR-P YAPILAN HASTALARIN TAŞIDIKLARI KARDİYAK RİSK DERECESİNE GÖRE ÜROFLOWMETRİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI
Fikret Halis, Numan Baydilli, Şükrü Kumsar, Hüseyin Aydemir, Osman Köse, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Hasan Salih Sağlam, Ahmet Gökçe, Öztuğ Adsan

SP - 061..... 150
MESANE TAŞI VE BPH BULUNAN OLGULARDA TUR-P VE EŞ ZAMANLI PERKÜTAN SİSTOLİTOTRİPSİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
Fikret Halis, Numan Baydilli, Hüseyin Aydemir, Osman Köse, Şükrü Kumsar, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Hacı Can Direk, Ahmet Gökçe, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam

SP - 062..... 152
PROSTATİK ÜRETRADA PROSTATIN MALİGN FİBRÖZ HİSTİYOSİTOMU, OLGU SUNUMU
Numan Baydilli, Fikret Halis, Ahmet Gökçe, Mehmet İnci, Oğuz Ekmekçioglu

SP - 063..... 153
ALT ÜRİNER SİSTEM YAKINMASI OLAN ERKEKLERİN DEĞERLENDİRMESİNDE YENİ GÖRSEL PROSTAT SEMPTOM SKORLAMASI ULUSLARARASI PROSTAT SEMPTOM SKORU GİBİ KULLANILABİLİR Mİ ? : İKİ SEMPTOM SKORUNUN TÜRK HALKINDA KARŞILAŞTIRMASI
Yasin Ceylan, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Deniz Bolat, Süleyman Minareci

SP - 064..... 155
BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ HASTALARDA TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI ERKEN VE GEÇ ÜRETRAL KATETER ÇEKİLMESİNİN SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI
Yusuf Şenoğlu, Ali Tekin, Olcay Yıldırım, Haydar Kamil Çam, Muhammet Ali Kayıkçı
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce
S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

SP - 065..... 156
MONOPOLAR VE BİPOLAR TRANSURETRAL PROSTAT REZEKSİYONUN KLİNİK ETKİNLİĞİ
Çetin Demirdağ, Çağatay Doğan, Muhammed Fatih Şimşekoğlu, Fethi Ahmet Türegün, Sarper Mehmet Erdoğan, Ahmet Erözenci

SP - 066..... 157
TRANSREKTAL PROSTAT İĞNE BİYOPSİSİ SONRASINDA ENFEKTİF KOMPLİKASYONLARI GELİŞİMİNDE HİSTOLOJİK PROSTAT ENFLAMASYONUNUN ETKİSİ
Fatih Tarhan, Bilal Hamarat, Sevinç Hallaç Keser, Aylin Ege Gül, Utku Can

SP - 067..... 158
TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE ALINAN PROSTAT BİYOPSİSİNİN EREKTİL FONKSİYONLAR VE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ÜZERİNE ETKİSİ
Volkan Tüysüz, Sedat Öner, Metin Kılıç, Sinan Avcı, Mehmet Hakan Üstün, Murat Aydos, Murat Şambel, Abdullah Erdoğan

SP - 068..... 159
ST (SHORT AND THİN SET) PEDİSET İLE YAPILAN ULTRAMİNİ PNL DENEYİMLERİMİZ: İLK 29 VAKA
Namık Kemal Hatipoğlu, Mehmet Mazhar Utangaç, Ahmet Ali Sancaktutar, Mansur Dağgüllü, Onur Dede, Mehmet Nuri Bodakçı

SP - 069..... 160
BÜYÜK PROKSİMAL VE MİD URETER TAŞLARINDA ÜRETERORENOSKOPIK LAZER LİTOTRİPSİ İLE LAPAROSKOPIK ÜRETEROLİTOTOMİ KARŞILAŞTIRMASI
Onur Kaygısız, Burhan Coşkun, Hakan Kılıçarslan, Yakup Kordan, Hakan Vuruşkan, Rustam Kadırov, İsmet Yavaşcaoğlu

SP - 070..... 161
AT NALI BÖBREKTE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ
Sedat Öner, Metin Kılıç, Murat Aydos, Mehmet Hakan Üstün, Murat Şambel, Abdullah Erdoğan, İdris Nas, Murat Demirbaş

SP - 071..... 162
ÇOCUKLUK ÇAĞI BÖBREK TAŞI HASTALIĞI TEDAVİSİNDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ
Ali Güneş, Ali Beytur, Serhan Çimen, Fatih Oğuz, Caner Ediz

SP - 072..... 163
SİİRT DEVLET HASTANESİ: İLK LAPAROSKOPI DENEYİMLERİMİZ
Onur Serin, Mustafa Kaplan Çalışkan, Zafer Demir

SP - 073..... 164
ÜRETER TAŞLARINDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARININ ÜRETERORENOSKOPIK LAZER LİTOTRİPSİ UYGULAMALARINDAKİ SÜRE VE ENERJİ ORANLARINA ETKİLERİ
Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Işıl Başara, Ömer Demir, Özgür Gürboğa, Mustafa Seçil, Ahmet Adil Esen

SP - 074..... 166

ÜRETER TAŞLARINDA BİLGISAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARI İLE ÜRETERORENOSKOPIK LAZER LİTOTRİPSİ SONRASI DOUBLE J STENT GEREKLİLİĞİ ÖNGÜRÜLEBİLİR Mİ?

Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Işıl Başara, Ömer Demir, Özgür Gürboğa, Mustafa Seçil, Ahmet Adil Esen

SP - 075..... 168

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE TAŞ LOKALİZASYONU İLE POSTOPERATİF AĞRI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fikret Halis, Hüseyin Aydemir, Şükri Kumsar, Osman Köse, Numan Baydilli, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Hacı Can Direk, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam, Ahmet Gökçe

SP - 076..... 170

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİNİN İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ OLARAK BÖBREK TAŞI TEDAVİSİNDE ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Hikmet Topaloğlu, Ahmet Nihat Karakoyunlu, Sercan Sarı, Harun Özdemir, Hakkı Uğur Özok, Levent Sağnak, Hamit Ersoy

SP - 077..... 171

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ ESNASINDA ÜRETERAL GİRİŞ BAŞARISIZLIĞI OLAN HASTALARDA DOUBLE J STENT KOYMA İŞLEMİNİN ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Ahmet Nihat Karakoyunlu, Hikmet Topaloğlu, Şadi Ulaş Erdem, Emre Hepşen, Hakkı Uğur Özok, Levent Sağnak, Hamit Ersoy

SP - 078..... 172

BÖBREK ALT KALİKS TAŞINA YAKLAŞIM ANKETİ SONUÇLARI

Ferhat Ateş, Metin İshak Öztürk, Cenk Gürbüz, Bilal Eryıldırım, Temuçin Şenkul, Kemal Sarıca, Aytağ Grubu

SP - 079..... 174

PREOPERATİF TAŞ SKORLAMA SİSTEMLERİNİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARINI ÖNGÖRMEDEKİ DEĞERİ

Şükri Kumsar, Hüseyin Aydemir, Osman Köse, Fikret Halis, İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Ahmet Gökçe, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan

SP - 080..... 175

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONRASI ENFEKSİYON GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN PARAMETRELER

Ali Barbaros Başeskiyoğlu, Aydın Yenilmez, İyimser Üre, Ali Ülgen, Burak Elmağaç

SP - 081..... 176

ESWL İLE TEDAVİ EDİLEN RENAL PELVİS TAŞLARINDA ÜRETERAL STENT KULLANIMININ ETKİNLİĞİ

Çağatay Doğan, Burak Özkan, Gülce Ecem Can, Nejat Tansu, Ahmet Erözenci, Bülent Önal

SP - 082..... 177

LAPAROSKOPIK CERRAHİDEKİ İLK 3 YILLIK DENEYİMLERİMİZ

Eray Gürsor, Özgür Elvan Gökten, Hakan Çamlıkçıy, Korhan Akgül, Kubilay Beyazıt, Asım Albayrak, Mustafa Odyakmaz

SP - 083..... 178

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE YETİŞKİN HASTALARDA DİLATASYON TİPİNİN OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Sedat Karakoç, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, İlhan Çelebi

SP - 084..... 179

DEĞİŞİK LOKALİZASYONLU ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE HOLMİYUM-YAG LAZER İLE PNÖMOTİK LİTOTRİPSİ TEKNİKLERİNİN BAŞARI KARŞILAŞTIRMASI

Bumin Örs, Yasin Ceylan, Bülent Günlüsoy, Tansu Degirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Serkan Yarımoğlu, Süleyman Minareci

SP - 085..... 180

STAGHORN BÖBREK TAŞLARININ TEDAVİSİNDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Sedat Öner, Murat Aydos, Mehmet Hakan Üstün, Metin Kılıç, Abdullah Erdoğan, Murat Şambel, Ahmet Tugay Yıldırım, Murat Demirbaş

SP - 086..... 181

KONTRASTSIZ TOMOGRAFİ İLE TAŞ YÜKÜ ÖLÇÜMÜNÜN RETROGRAD İNTRA RENAL CERRAHİNİN BAŞARISININ TAHMİNİ ÜZERİNE ETKİSİ

Hakan Kılıçarslan, Yurdaer Kaynak, Onur Kaygısız, Yakup Kordan, Emre Ökeer, Burhan Coşkun, Deniz Siğirli

SP - 087..... 182

KLİNİĞİMİZDE SWL TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARDA II. VE III. JENERASYON LİTOTRİPTÖRLERİN BAŞARI ORANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Murat Gezer, Çetin Demirdağ, Nejat Tansu, Berin Selçuk, Çağatay Doğan, Ahmet Erözenci, Bülent Önal

SP - 088..... 183

SELEKTİF ALFA-BLOKER TEDAVİSİNİN ÜRETEROSKOPIK LİTOTRİPSİ CERRAHİSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yılören Tanıdır, Mehmet Kazım Asutay, Ferhad Talıbzade, Ahmet Şahan, İlker Tinay, Cem Akbal, Ferruh Şimşek

SP - 089..... 185

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE KLAVUZ TEL SEÇİMİ
İzzet Çiçekbilek, Adem Tok, Tamer Alışkan, Okan Yuzalpa, Buğra Karakaş, Necmettin Aydın Mungan

SP - 090..... 186

PROKSİMAL ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ: TEK CERRAH DENEYİMLERİ

Deniz Abat, Adem Altunkol, Durmuş Alparslan Demirci, Yıldırım Bayazıt

SP - 091..... 187

ÜRETRA DARLIĞINDA ENDOSKOPİK TEDAVİ YÖNTEMLERİ: 6 YILLIK DENEYİMİMİZ

Hüseyin Buğra Karakaş, Adem Tok, İzzet Çiçekbilek, Tamer Alışkan, Okan Yavuzalp, Engin Denizhan Demirkıran, Necmettin Aydın Mungan

SP - 092..... 188

ROBOTİK YARDIMLI LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Burak Özkan, Enis Rauf Coşkun, Veli Yalçın

SP - 093..... 189

ÖNCESİNDE PROSTAT CERRAHİ ÖYKÜSÜ OLAN SONRASINDA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK PROSTATEKTOMİ OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN KLİNİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARI.

Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker, Fuat Aksun, İsmail Yiğitbaşı, Volkan Tuğcu

SP - 094..... 190

EKTRAPERTİTONEAL LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİDE ASENDAN YÖNTEMİN DESENDEN YÖNTEME GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker, Buğra Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan, Volkan Tuğcu

SP - 095..... 191

BÖBREK TAŞINI TAKLİT EDEN RENAL ARTER ANEVRİZMASI: OLGU SUNUMU

Muhammed Bahattin Ulu, Süleyman Tümer Çalışkan, Esra Kayahan Ulu, Aslı Tanrıvermiş Sayit

SP - 096..... 192

PROKSİMAL ÜRETER TAŞLARINA FLEKSİBL ÜRETERENOSKOPI

Ali Barbaros Başeskioglu, İlymser Üre, Aydın Yenilmez, Ali Ülgen, Burak Elmağaç, Turgut Dönmez

SP - 097..... 193

BÖBREK TÜMÖRLERİNDE 2 YILLIK LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Eray Gürsor, Özgür Elvan Gökten, Hakan Çamlıkıy, Korhan Akgül, Kubilay Beyazıt, Asım Albayrak, Mustafa Odyakmaz

SP - 098..... 194

ADRENAL KİTLELERE YAKLAŞIMDA 1 YILLIK LAPAROSKOPİK SÜRRENALEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Eray Gürsor, Özgür Elvan Gökten, Özen Öz Gül, Mutlu Güneş

SP - 099..... 195

TEK MERKEZİN TRANSPERİTONEAL ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ ONKOLOJİK SONUÇLARI, FONKSİYONEL SONUÇLARI VE KOMPLİKASYON ORANLARI

Volkan Tuğcu, Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Kamil Gökhan Şeker, Taner Kargı, Buğra Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan

SP - 100..... 196

AKUT BÖBREK KOLİĞİ NEDENİYLE BAŞVURAN ÜRETER TAŞLI HASTALARDA ACİL ÜRETERENOSKOPI'NİN ETKİNLİĞİNİN VE MALİYET ANALİZİNİN, ELEKTİF ÜRETERENOSKOPI SONUÇLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Cumhur Yeşildal, Temuçin Şenkul, Ferhat Ateş, Güven Oysul, Hasan Soydan, Ercan Malkoç, Ömer Yılmaz, Sezgin Okcelik, Ahmet Kenan Karademir

SP - 101..... 197

ÜST ÜRİNER SİSTEM LAPAROENDOSKOPİK TEK PORT CERRAHİSİNİN (LESS) ORTA DÖNEM SONUÇLARI: 107 HASTANIN TEK MERKEZ DENEYİMİ

Volkan Tuğcu, Feyzi Arda Atar, Selçuk Şahin, Kamil Gökhan Şeker, Taner Kargı, İsmail Yiğitbaşı, Mithat Ekşi

SP - 102..... 198

40 OLGUDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ DENEYİMİMİZ

Ferhat Ateş, Temuçin Şenkul, Ercan Malkoç, Cumhur Yeşildal, Hasan Soydan, Ömer Yılmaz

SP - 103..... 199

BÖBREK TAŞI NEDENİ İLE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ UYGULANAN HASTALARDA KANAMAYA YAKLAŞIM

Yusuf Özlülerden, Aykut Başer, Ali Ersin Zümürtaş, Fahri Tercan, Ahmet Baki Yağcı, Ömer Levent Tuncay

SP - 104..... 200

HOUNSFIELD ÜNİTESİ ÖLÇÜMÜNÜN MİNİ-PCNL YAPILAN ÇOCUK HASTALARDA OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Hilmi Sarı, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Aykut Kefi, İlhan Çelebi

SP - 105..... 201

BÖBREK TAŞLARINDA ESWL DENEYİMLERİMİZ

Serhan Çimen, Ali Güneş, Ali Beytur, Fatih Oğuz, Mehmet Levent Akbulut

SP - 106..... 202

4 CM'DEN BÜYÜK RENAL KİTLELERDE PARSİYEL NEFREKTOMİ

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Tarik Asi, Bahadır Haberal, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

SP - 107..... 203

NEFRON KORUYUCU CERRAHİDE UZUN DÖNEM RENAL FONKSİYONU BELİRLEYEN FAKTÖRLER NELERDİR?

Mesut Altan, Tahsin Batuhan Aydoğan, Burak Çıtamak, Emrullah Söğütdelen, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

SP - 108..... 204

SPIES (STORZ PROFESSIONAL IMAGE ENHANCEMENT SYSTEM): ENDOSKOPIK GÖRÜNTÜLEMİYİ GELİŞTİRMEK İÇİN YENİ BİR TEKNİK

G. M. Kamphuis, D. M. de Bruin, Mehmet Hamza Gültekin, J. Fallert, J. J. M. C. H. de La Rosette

SP - 109..... 206

LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ DENEYİMİMİZ

Serdar Çelik, Kaan Çömez, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

SP - 110..... 208

FEOKROMOSİTOMA NEDENİYLE LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ YAPILAN OLGULARDA KOMBİNE EPİDURAL VE GENEL ANESTEZİNİN ETKİLERİ

Ömer Demir, Mert Akan, Tevfik Demir, Serkan Yener, Ahmet Adil Esen

SP - 111..... 209

BÖBREK KİTLESİ PATOLOJİSİNDE CİNSİYETİN ÖNEMİ VAR MIDIR?

Ahmet Şahan, Asgar Garayev, Muhammed Sulukaya, Tuncay Top, İlker Tinay, Ferruh Şimşek, Niyazi Levent Türkeri

SP - 112..... 210

AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİ: İSKEMİLİ Mİ ? İSKEMİSİZ Mİ ?

Kaan Çömez, Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Güven Aslan, Ahmet Adil Esen

SP - 113..... 211

LAPAROSKOPIK RADİKAL NEFREKTOMİ EVRE 3 VEYA 4 RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA NE KADAR GÜVENLİDİR?

Sinan Çelen, Berna Aytaç Vuruşkan, Yakup Kordan, Onur Kaygısız, Burhan Coşkun, Aykut Sönmez, Hakan Vuruşkan

SP - 114..... 212

7 CM'DEN KÜÇÜK RENAL KİTLELERDE BENİGN PATOLOJİYİ BELİRLEYEN EN ÖNEMLİ FAKTÖR KADIN CİNSİYETTİR

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Oğuzhan Kahraman, Mehmet Ezer, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

SP - 115..... 214

BİLATERAL TESTİS TÜMÖRLERİ, TEK MERKEZ DENEYİMİ

Burak Çıtamak, Emin Mammadov, Mesut Altan, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

SP - 116..... 215

GEBELİKTE RENAL KİTLELER, ZOR KARAR

Mesut Altan, Bülent Akdoğan, Burak Çıtamak, Ruslan Jafarov, Erman Ceyhan, A. Haluk Özen

SP - 117..... 216

PROSTAT KANSERİ TANISINDA TİMİDİN KINAZI BİR BELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?

Fethi Ahmet Türegün, Zeynep Merve Gökbuğet, Çetin Demirdağ, Murat Bolayırılı, Hafize Uzun

SP - 118..... 217

AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİ: İSKEMİLİ Mİ ? İSKEMİSİZ Mİ ?

Kaan Çömez, Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Güven Aslan, Ahmet Adil Esen

SP - 119..... 218

EAU KILAVUZLARININ AGREE II KULLANILARAK YAPILAN KRİTİK DEĞERLENDİRMESİ

Ahmet Güdeoğlu, Patrick Tomeny, Halil Kızıllöz, Ali Cansu Bozacı, Molly M. Neuberger, Philipp Dahm

SP - 120..... 219

POSTOPERATİF BÖBREK FONKSİYONLARINA LAPAROSKOPIK VE AÇIK RADİKAL NEFREKTOMİNİN ETKİLERİ

Ahmet Keleş, Asgar Garayev, Elnur Allahverdiyev, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri, Ferruh Şimşek

SP - 121..... 221

VASKÜLER KLEMP UYGULANMAYAN NEFRON KORUYUCU CERRAHİDE KANAMA KONTROLÜNDE YARDIMCI OLARAK KULLANILAN FARKLI HEMOSTATİK AJANLARA AİT DENEYİMİMİZ

İlker Tinay, Ahmet Şahan, Asgar Garayev, Ferhad Talıbzade, Ylören Tanıdır, Ferruh Şimşek

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| SP - 122..... | 222 | SP - 131..... | 233 |
| PROSTAT KANSERİ TEŞHİSİ İÇİN HASTA BAŞI TEST CİHAZI VE KİTLERİ GELİŞTİRİLMESİ | | ÜROLOGLARIN KONTRASEPSİYON YÖNTEMİ TERCİHLERİ | |
| Yıldız Uludağ, Fehmi Narter, Güzin Köktürk, Erkin Sağlam | | Çağrı Asan, Bahadır Dede | |
| SP - 123..... | 225 | SP - 132..... | 234 |
| LNCAp VE PC3 HÜCRE HATLARINDA PROTEAZOM VE HİSTON DEASETİLAZ İNHİBİSYONUNUN NFKB YOLAĞI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI | | DENEYSSEL OLARAK VARİKOSEL MODELİ OLUŞTURULMUŞ RATLARDA TESTİKÜLER DOKUDA ASİMETRİK DİMETİL ARJİNİN DÜZEYİ | |
| İlker Kılıçoğlu, Ece Konaç, Nuray Varol, Serhat Gürocak, Cenk Y. Bilen | | Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Emrah Demirci, Ali Erhan Eren | |
| SP - 124..... | 226 | SP - 133..... | 235 |
| ÜROLOJİK KANSER HÜCRE HATLARINDA, DNMT1 İFADELENME KARARLILIĞI WNT/B-KATENİN SİNYAL YOLAĞINDA ROL ALIR MI? | | RETROPERİTONEAL FİBROZİSTE ÜRETEROLİZİS, 26 HASTA İLE HACETTEPE DENEYİMİ | |
| Nuray Varol, Ece Konaç, Cenk Y. Bilen | | Mesut Altan, Burak Çıtamak, Emrullah Söğütöden, Bülent Akdoğan, Fazıl Tuncay Aki, İlhan Erkan | |
| SP - 125..... | 227 | SP - 134..... | 236 |
| İNTRATESTİKÜLER VARİKOSEL | | HİSTOLOJİK PROSTATİT İLE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE SEKSÜEL FONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ | |
| İbrahim Karademir, Zafer Demire | | Şükri Kumsar, Hüseyin Aydemir, Osman Köse, Fikret Halis, İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Ahmet Gökçe, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan | |
| SP - 126..... | 228 | SP - 135..... | 237 |
| NONOBRÜKTİF AZOSPERMİLİ HASTALARDA TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU ÖNCESİ VARİKOSELEKTOMİ YAPILMASI SPERM BULMA ORANINI ETKİLER Mİ? | | ÜRETERAL DOUBLE J KATETER UYGULAMALARININ ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE CİNSEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİ | |
| Mehmet Vehbi Kayra, Tahsin Turunç, Cevahir Özer, Mehmet Reşit Gören, Ümit Gül, Sezgin Güvel | | Murat Aydos, Osman Gençoğlu, Sedat Öner, Mehmet Hakan Üstün, Metin Kılıç, Abdullah Erdoğan, Murat Şambel, Serdar Geylan | |
| SP - 127..... | 229 | SP - 136..... | 238 |
| SEPTOPLASTİ OPERASYONUNUN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | | GEBELİKTE CİNSEL FONKSİYONLAR VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER | |
| Gül Soylu Özler, Serkan Özler | | Murat Aydos, Serdar Geylan, Sedat Öner, Metin Kılıç, Muhammed Maşuk Okumuş, Murat Şambel, Abdullah Erdoğan | |
| SP - 128..... | 230 | SP - 137..... | 239 |
| ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES | | AKUT PROSTATİTTE TEDAVİ KARARINI VERMEDE NÖTROFİL / LENFOSİT ORANININ YARARI | |
| Onur Turan, İyimser Üre, Ayşe Turan | | Hüseyin Aydemir, Hüseyin Agah Terzi, Gönül Gürol, Hacı Can Direk, Hasan Salih Sağlam, İhsan Hakkı Çiftci, Öztuğ Adsan | |
| SP - 129..... | 231 | SP - 138..... | 241 |
| PREMATÜR EJEKÜLASYONUN PSİKOSOSYAL BOYUTU | | FOURNIER GANGRENİNE YAKLAŞIMDA FARKLI SKORLAMA SİSTEMLERİNİN (FGSI, LRINEC VE NLR) ÖNGÖRÜ DEĞERİ | |
| Ahmet Gökçe, Salih Manav, Fikret Halis, Osman Köse, Şükri Kumsar, Adil Emrah Sonbahar, Hüseyin Aydemir, Hacı İbrahim Çimen, Yavuz Tarık Atik, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan | | Ozan Bozkurt, Volkan Şen, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen | |
| SP - 130..... | 232 | | |
| SHEAR WAVE ELASTOGRAFİNİN (SWE) TESE YAPILAN HASTALARDA SPERM BULMADAKİ PREDİKTİF ROLÜ | | | |
| Murat Gezer, Fahrettin Kılıç, Fethi Emre Ustabaşoğlu, Cesur Samancı, Fatih Şimşekoğlu, Fatih Kantarcı, Bülent Önal, Hamdi Özkara | | | |

| | |
|---|-----|
| SP - 139..... | 243 |
| FOURNİER GANGRENİNDE FARKLI SKORLAMA SİSTEMLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER: 39 HASTALIK TECRÜBE | |
| Ömer Gökhan Doluoğlu, Berat Cem Ozgur, Mehmet Ali Karagöz, Haşmet Sarıcı, Tolga Karakan, Cem Nedim Yucetürk, Muzaffer Eroğlu | |
| SP - 140..... | 245 |
| TRANSOBTURATOR BAND (TOB) AMELİYATININ UZUN DÖNEM SONUÇLARI | |
| Alp Tuna Beksaç, Mehmet Ezer, Oğuzhan Kahraman, Ali Ergen | |
| SP - 141..... | 246 |
| AŞIRI AKTİF MESANE TEDAVİSİNDE AKUPUNKTUR SOLİFENASİN KARŞILAŞTIRILMASI VE İDRAR SINIR BÜYÜME DÜZEYLERİNİN KORELASYONU: PLASEBO KONTROLLU RANDOMİZE KLİNİK ÇALIŞMA | |
| Yasin Aydoğmuş, Melih Sunay, Metin Haşçicek, Cem Berat, Hüseyin Aslan, Kudret Adiloğlu | |
| SP - 142..... | 247 |
| STRES ÜRİNER İNKONTİNANIN CERRAHİ TEDAVİSİ İÇİN YENİ BİR TEKNİK: SINIRLI ANTERİOR VAJİNAL DUVAR ÖRME | |
| Osman Köse, Şükrü Kumsar, Fikret Halis, Hüseyin Aydemir, A. Emrah Sonbahar, H. İbrahim Çimen, Yavuz T. Atik, Hasan S. Sağlam, Ahmet Gökçe, Öztuğ Adsan | |
| SP - 143..... | 249 |
| POST-PROSTATEKTOMİ İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE ARTİFİSYEL SFİNKTER SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ | |
| Rahmi Gökhan Ekin, Hüseyin Tarhan, Oğuz Mertoğlu, İlker Akarken, Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu | |
| SP - 144..... | 250 |
| SPONTAN VEZİKÜTERİN FİSTÜL: BİR OLGU SUNUMU | |
| Aykut Başer, Ali Ersin Zümrütbaş, Yusuf Özlülerden, Mahmut Taha Ölcü, Zafer Aybrek | |
| SP - 145..... | 252 |
| İNTERSTİSYEL SİSTİTTE İNTRAVEZİKAL KARIŞIM TEDAVİSİ PROBLEM VE SEMPTOM SKORUNDA NE KADAR İYİLEŞME SAĞLAMAKTADIR? | |
| Emrullah Söğütülen, Burak Çıtamak, Ali Ergen | |
| SP - 146..... | 253 |
| ÜRİNER İNKONTİNANS NEDENİYLE TOT YAPILAN 50 HASTAMIZIN SONUÇLARI | |
| Şahin Bağbancı, M. Levent Emir, Mümtaz Dadalı, Ayhan Karabulut | |

| | |
|--|-----|
| SP - 147..... | 255 |
| KİMYASAL SİSTİT MODELİNDE HUMAN KORYONİK GONADOTROPİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | |
| Serhat Tanık, Kürşad Zengin, Sebahattin Albayrak, Muhiittin Atar, Nevin Tuzcu, Mehmet Tuzcu, Muhammed Abdurrahim İmamoğlu, Hasan Bakırtaş, Mesut Gürdal | |
| SP - 148..... | 257 |
| MESH RELATED COMPLICATIONS IN PELVIC FLOOR AND THE DEFINITION OF AN IDEAL TISSUE ENGINEERED PELVIC FLOOR SUPPORT MATERIAL | |
| Naşide Mangır, Anthony J Bullock, Sheila Macneil, Christopher Chapple | |
| SP - 149..... | 258 |
| TEKRARLAYAN BULBER ÜRETRAL DARLIK TEDAVİSİNDE KALICI OLMAYAN POLİMER KAPLI ÜRETRAL STENT KULLANIMI SONUÇLARI | |
| Gökhan Temeltaş, Oktay Üçer, Volkan Tatlı, Talha Müezzinoğlu | |
| SP - 150..... | 259 |
| AĞRILI MESANE (İNTERSTİSYEL SİSTİT) TANILI HASTALARDA TEDAVİ ALGORİTMASI NASIL DÜZENLENMELİDİR ? | |
| Oğuz Mertoğlu, Salih Budak, İlker Akarken, Mehmet Yıldız, Yusuf İlbey, Ferruh Zorlu | |
| SP - 151..... | 260 |
| POST-PROSTATEKTOMİ İDRAR KAÇIRMADA TRANSOBTURATOR(ADVANCE) BANT UYGULMASININ ERKEN DÖNEM SONUÇLARI | |
| Ömer Gülpınar, Ferec Afandiyev, Perviz Hacıyev, Anar İbrahimov, Aykut Akıncı | |
| SP - 152..... | 261 |
| SOLİFENASİN 5 MG TEDAVİSİNE DİRENÇLİ AŞIRI AKTİF MESANELİ HASTALARDA, İLAÇ DOZUNUN ARTTIRILMASI İLE İDRAR SINIR BÜYÜME FAKTÖRÜ DÜZEYLERİNDEKİ DEĞİŞİM | |
| Seyfettin Çiftçi, Murat Üstüner, Hasan Yılmaz, Ufuk Yavuz, Mustafa Yüksekaya, Mustafa Baki Çekmen, Cüneyd Özkürkçügil | |
| SP - 153..... | 263 |
| İNSAN MESANE KANSERİ HÜCRE HATTINDA (T24) WNT ANTAGONİSTLERİNİN EPİGENETİK DÜZENLEMELERLE APOPTOZ YOLAĞINDAKİ GENLERİN İFADE EDİLMESİNE OLAN ETKİLERİ | |
| Nuray Varol, Ece Konaç, H. İlke Önen, Serhat Gürocak, Ebru Alp, Akın Yılmaz, Sevda Menevşe, Sinan Sözen | |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| SP - 154..... | 264 | SP - 161..... | 273 |
| AŞIRI AKTİF MESANELİ HASTALARDA İDRAR SİNİR BÜYÜME FAKTÖRÜ DÜZEYLERİ YAŞ, CİNSİYET VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİNDEN ETKİLENMEMEKTEDİR. | | ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE OBSTRÜKSİYONU PATOGENEZİNDE CAJAL HÜCRELERİNİN ROLÜ | |
| Seyfettin Çiftçi, Ufuk Yavuz, Hasan Yılmaz, Murat Üstüner, Bahri Serkan Aynur, Ersin Ilgüz, Mustafa Baki Çekmen, Cüneyd Özkürkçügil | | Cem Şenol, Metin Onaran, Serhat Gürocak, İpek Işık Gönül, Mustafa Özgür Tan | |
| SP - 155..... | 265 | SP - 162..... | 274 |
| TEKRARLAYAN ATEŞLİ İDRAR YOLU ENFEKSİYONU GEÇİREN ÇOCUKLARDA ÇEKİLEN PIC SİSTOGRAMIN GİZLİ VUR TANISINDA VE STING SONRASI TAKİPTE DEĞERİ | | SIÇANLARDA TESTİKÜLER İSKEMİ-REPERFÜZYON HASARINDA APOSİNİN'İN ROLÜ | |
| Fatih Akdemir, Koray Ağras | | Tarik Emre Şener, Meral Yüksel, Nagehan Özyılmaz, Feriha Ercan, Cem Akbal, Ferruh Şimşek, Göksele Şener | |
| SP - 156..... | 266 | SP - 163..... | 276 |
| VEZİKÜRETERAL REFLÜLÜ ÇOCUKLARDA RİSK GRUPLARINA GÖRE CERRAHİ TEDAVİ BAŞARISI | | ENDOSKOPIK VEZİKÜRETERAL REFLÜ TEDAVİSİNDE KULLANILAN ENJEKSİYON MATERYALLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI | |
| Emre Ürer, Koray Ağras | | Ufuk Yavuz, Hasan Yılmaz, Murat Üstüner, Seyfettin Çiftçi, M. Esat Kösem, Ali Kemal Uslubaş, Cüneyd Özkürkçügil | |
| SP - 157..... | 267 | SP - 164..... | 278 |
| MİYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA TERMİNAL VE FAZİK DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTESİNİN ÜST ÜRİNER SİSTEM HASARINA ETKİSİ | | VEZİKÜRETERAL REFLÜNÜN ENDOSKOPIK TEDAVİSİNDE BAŞARIYI VE POSTOPERATİF İDRAR YOLU ENFEKSİYONU GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER | |
| Çağrı Akın Şekerci, Cem Akbal, Ahmet Şahan, Bahadır Şahin, Ferruh Şimşek, Tufan Tarcan | | Hasan Serkan Doğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Artan Koni, Serdar Tekgül | |
| SP - 158..... | 269 | SP - 165..... | 279 |
| MİYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA BOTULİNÜM NÖROTOKSİN A İLE NÖROJENİK DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTE TEDAVİSİNDE İDRARDA NGF, TGF BETA-1, TİMP-2 DÜZEYLERİNİN MESANE DİNAMİKLERİ ÜZERİNE ETKİNLİĞİ | | ÇOCUK HASTALARDA ÜRETEROSKOPİ SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | |
| Tuncay Top, Çağrı Akın Şekerci, Banu İşbilen, Ferruh İşman, Cem Akbal, Ferruh Şimşek, Tufan Tarcan | | Rahmi Gökhan Ekin, Hüseyin Tarhan, İlker Akarken, Özgür Çakmak, Gökhan Koç, Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu | |
| SP - 159..... | 270 | SP - 166..... | 280 |
| VEZİKÜRETERAL REFLÜNÜN ENDOSKOPIK TEDAVİSİYLE DÜZELEN REFLÜLERİN TAKİPTE TEKRARLAMA ORANLARI NEDİR ? | | ÇOCUKLARDA KOMPLEKS OLGULARDA ROBOTİK ÜROLOJİK REKONSTRÜKSİYON DENEYİMLERİMİZ | |
| Ahmet Şahan, Cem Akbal, Çağrı Akın Şekerci, Muhammed Sulukaya, Asgar Garayev, Tufan Tarcan, Ferruh Şimşek | | Burak Özkan , Enis Rauf Coşkun, Veli Yalçın | |
| SP - 160..... | 271 | SP - 167..... | 281 |
| MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS TEDAVİSİNDE DESMOPRESSİN LİYOFİLİZAT VE ENÜRETİK ALARM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE BAŞARIYI ÖNGÖRÜCÜ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: RANDOMİZE PROSPEKTİF ÇALIŞMA | | "BLADDER AND BOWEL DYSFUNCTION QUESTIONNAIRE" FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN SAPTANMASI | |
| Fikret Fatih Önel, Rasim Güzel, Cevdet Kaya, Ahmet Tahra, Uğur Boylu | | Fatma Narter, Fatih Tarhan, Kamil Fehmi Narter , Pınar Ay, Yasemin Akın | |
| | | SP - 168..... | 282 |
| | | PEDİATRİK HASTALARDA ÜST ÜRİNER SİSTEM PATOLOJİLERİNDE LAPAROSKOPIK TEDAVİ: OMÜ DENEYİMİ | |
| | | Fatih Ataç, Ender Özden, Yakup Bostancı, Yaşar İssi, Cemalettin Cengiz Beyaz, Mustafa Özbek, Şaban Sarıkaya | |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| SP - 169..... | 284 | SP - 177..... | 293 |
| VEZİKÜRETERAL REFLÜDE RİSK GRUPLANDIRMASI KONUSUNDA EAU ÇOCUK ÜROLOJİSİ KILAVUZLARININ YENİDEN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ: KENDİMİZİ SORGULAMALI MIYIZ? | | POSTERİOR URETRAL VALV HASTALARINDA PROGNOZU BELİRLEYEN FAKTÖRLER | |
| Serhat Gürocak , Mustafa Özgür Tan, Cenk Acar, İyimsir Üre, İrfan Atay, Esat Ak, Zafer Sınık | | Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Hasan Serkan Doğan, Bülent Akdoğan, Serdar Tekgöl | |
| SP - 170..... | 286 | SP - 178..... | 295 |
| PREEMPTİF REKTAL PARASETAMOL VE PENİL BLOK UYGULAMALARININ SÜNNET SONRASI AĞRI KONTROLÜNDEKİ ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI | | ÇOCUKLUK ÇAĞI PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİN BAŞARISINI BELİRLEYEN FAKTÖRLER | |
| Ozan Efesoşy , Ömer Faruk Şavluk, Mehmet Ali Sungur, Erim Erdem | | Mesut Altan, Burak Çıtamak, Artan Koni, Ali Cansu Bozacı, Cenk Yücel Bilen, Ahmet Şahin, Hasan Serkan Doğan, Serdar Tekgöl | |
| SP - 171..... | 287 | SP - 179..... | 297 |
| AŞIRI AKTİF MESANEDE BİYOFİEDBACK BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖLER | | ÇOCUKLARDA İŞEME DİSFONKSİYONUNDA KULLANILAN SEMPTOM SKORLARININ BİRBİRLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI | |
| Turgay Ebioloğlu, Burak Köprü, Giray Ergin, Engin Kaya, Hasan Cem İrkilata, Yusuf Kibar | | Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Emin Mammadov, Artan Koni, Hasan Serkan Doğan, Serdar Tekgöl | |
| SP - 172..... | 288 | SP - 180..... | 298 |
| NOCTURNAL ENURESIS AND VİTAMİN B12 DEFİCİENCY | | PREDİCTING SUCCESS RATES OF BOTULİNUM TOXİN AND/OR DEXTRANOMER İNJECTION ON RESOLUTION OF ASSOCIATED VUR İN NEUROGENİC BLADDERS: A VİDEOURDİNAMİC STUDY | |
| Bülent Altunoluk, Mehmet Davutoğlu, Mesut Garıpardıç, Vedat Bakan, Erkan Efe | | Onur Telli, Cihat Özcan, Erdem Öztürk, Ferec Afandiyev, Murat Mermerkaya, Evren Süer, Ömer Gülpınar, Berk Burgu, Tarkan Soygür | |
| SP - 173..... | 289 | SP - 181..... | 299 |
| ÇOCUKLARDA PALPE EDİLEMİYEN TESTİSİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KONTRALATERAL TESTİS BOYUTUNUN ÖNEMİ | | SÜT ÇOCUKLARINDA LAPAROSKOPİK OPERASYON DENEYİMLERİMİZ | |
| Çağrı Akın Şekerci, Cem Akbal, Tarık Emre Şener, Ahmet Şahan, Tufan Tarcan, Ferruh Şimşek | | Volkan İzol, Fatih Gökalp , Nebil Akdoğan, İbrahim Atilla Ardoğan, Yıldırım Bayazıt, Nihat Satar | |
| SP - 174..... | 290 | SP - 182..... | 300 |
| SÜNNET OPERASYONUNDA UYGULANAN KAUDAL VE PENİL BLOĞUN POSTOPERATİF DÖNEMDE ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI | | STAGHORN TAŞLI PEDIATRİK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ | |
| Hüseyin Aydemir, Fikret Halis, Osman Köse, Şükri Kumsar, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Fikret Bayar, Yavuz Tarık Atik, Hasan Salih Sağlam, Ahmet Gökçe, Öztuğ Adsan | | Volkan İzol, Mutlu Değer , Nebil Akdoğan, İbrahim Atilla Ardoğan, Nihat Satar | |
| SP - 175..... | 291 | SP - 183..... | 301 |
| ÇOCUK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ | | SOLİTER BÖBREKLİ ÇOCUK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ | |
| Sedat Öner, Murat Aydos, Metin Kılıç, Mehmet Hakan Üstün, Murat Şambel, Abdullah Erdoğan, İdris Nas, Murat Demirbaş | | Volkan İzol, Mutlu Değer, Nebil Akdoğan, Çağrı Tekdöş, İbrahim Atilla Ardoğan, Nihat Satar | |
| SP - 176..... | 292 | SP - 184..... | 302 |
| PEDIATRİK ÜROLOJİ YAN DAL UZMANI EŞLİĞİNDE YAPILAN HİPOSPADİAS ONARIM SONUÇLAR | | DOES PREVIOUS STONE TREATMENT İN CHILDREN GENERATE A DİSADVANTAGE OR JUST THE OPPOSITE? | |
| Murat Kuru, Murat Gezer, Fethullah Gevher, Ahmet Erözenci, Bülent Önal | | Onur Telli, Perviz Hacıyev, Seymur Karimov, Haşmet Sarıcı, Tolga Karakan, Berat Cem Özgür, Arif Demirbaş, Berkan Reşorlu, Tarkan Soygür, Berk Burgu | |

SP - 185..... 303

KADINLARDA STRES TİPTE İDRAR KAÇIRMADA RİSK FAKTÖRLERİ: MULTİVARYAN ÇALIŞMA

Sinharib Çitgez, Bülent Önal, Çetin Demirdağ, Oktay Demirkesen, Bülent Çetinel

SP - 186..... 304

GERGİN OMURLİK SENDROMUNDA CERRAHİ MESANE FONKSİYONLARINDA İYİLEŞME SAĞLAR MI?

Murat Üstüner, Ufuk Yavuz, Seyfettin Çiftçi, Hasan Yılmaz, Bahri Serkan Aynur, Cüneyd Özkürkçügil

SP - 187..... 305

DIABETES MELLİTUS DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTESİNİN ÜRODİNAMİK BULGULARINI ETKİLER Mİ?

Hasan Yılmaz, Seyfettin Çiftçi, Ufuk Yavuz, Murat Üstüner, Mustafa Yüksekaya, Cüneyd Özkürkçügil

SP - 188..... 307

LONG-TERM RESULTS OF ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER REIMPLANTATION FOLLOWING PRIOR EXPLANTATION

Mehmet Remzi Erdem, Çağatay Tosun, Ahmet Rüknettin Aslan, Ömer Ergin Yücebaş, Feridun Şengör, Ömer Yüksel

SP - 189..... 308

DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE OTONOMİK DİSREFLEKSİNİN BİLİNLİRLİĞİ

Fatih Tarhan, Alper Çoşkun , Utku Can, Erkin Sağlam, Kamil Fehmi Narter

SP - 190..... 309

SOLİFENASİN 5 MG TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖREN AŞIRI AKTİF MESANELİ HASTALARDA, İDRAR SİNİR BÜYÜME FAKTÖRÜ DÜZEYLERİ AZALMAKTADIR

Seyfettin Çiftçi , Hasan Yılmaz, Murat Üstüner, Ufuk Yavuz, Mustafa Yüksekaya, Mustafa Baki Çekmen, Cüneyd Özkürkçügil

SP - 191..... 310

ORTA ÜRETRA GERİLİMSİZ BANT CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN KALICI KASIK AĞRISI: BANT ÇIKARTILMASI VE SONUÇLARI

Ömer Gülpınar, Ferec Afandiyev, Aytaç Kayış, Perviz Hacıyev, Anar İbrahimov, Barış Esen

SP - 192..... 311

KOLPOKLEZİS; PELVİK ORGAN PROLAPSUSLU İLERİ YAŞ KADIN HASTALARDA BAŞARI ORANI YÜKSEK BİR CERRAHİ TEKNİK. OLGU SUNUMU

Mümtaz Dadalı , Mustafa Levent Emir, Muhammed Şahin Bağbancı, Ayhan Karabulut

SP - 193..... 313

POSTPROSTATEKTOMİK (BASİT VE RADİKAL PROSTATEKTOMİSONRASI) MESANE BOYNU VE ÜRETRA DARLIKLARI

Ş. Yavuz Önoel, İsmail Başbüyük , Fatih Elbir, Muhammed Tosun, Sina Kardaş

SP - 194..... 315

LAPARASKOPİK DONÖR NEFREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker, Mustafa Gürkan Yenice, Abdullah Hızır Yavuzsan, Volkan Tuğcu

SP - 195..... 316

KADAVERİK ERİŞKİN VERİCİDEN BÖLÜNMÜŞ AT NALI BÖBREK NAKLİ DENEYİMİ

Burhan Coşkun, Onur Kaygısız, Hakan Vuruşkan, Yakup Kordan, Sinan Çelen, Rustam Kadirov, Berna Aytaç Vuruşkan

SP - 196..... 317

OLGU SUNUMU: EKSTROFİ VEZİKALİS NEDENİYLE PENN POŞ UYGULANAN HASTADA BÖBREK NAKLİ DENEYİMİ

Onur Kaygısız, Burhan Coşkun, Hakan Vuruşkan, Yakup Kordan, Kadir Ömür Günseren, Rustam Kadirov

SP - 197..... 318

KOMPLEKS ÜRETER VE RENAL VASKÜLER YARALANMALARDA TEDAVİ SEÇENEĞİ: RENAL OTOTRANSPANTASYON

Fatih Ataç, Hasan Çetin, Ender Özden, Şaban Sarıkaya, Yakup Bostancı, Ali Faik Yılmaz, Yarkın Kamil Yakupoğlu

SP - 198..... 320

RENAL TRANSPLANTASYON VE EŞ ZAMANLI YAPILAN OGMENTASYON ÜRETEROSİSTOPLASTİLER : ÖMÜ DENEYİMİ

Fatih Ataç, Hasan Çetin , Ender Özden, Şaban Sarıkaya, Yakup Bostancı, Ali Faik Yılmaz, Yarkın Kamil Yakupoğlu

SP - 199..... 322

SİSPLATİN VE PROTEZOM İNHİBİTÖRÜ BORTEZOMİBİN İNSAN MESANE KANSER HÜCRELERİNDEKİ SİNERJİSTİK ETKİSİ

Ece Konaç , Nuray Varol, İlker Kılıçcıoğlu, Cenk Y. Bilen

SP - 200..... 323

BÖBREK KİTLELERİNDE NEFRON KORUYUCU CERRAHİNİN ETKİNLİĞİ: KLİNİK DENEYİMİMİZ

Ali Güneş , Serhan Çimen, Ali Beytur, Fatih Oğuz, Caner Ediz, Mehmet Levent Akbulut

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| SP - 201..... | 324 | SP - 208..... | 332 |
| ŞEFFAF HÜCRE DIŞI HİSTOLOJİLİ RENAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGULARINDA PARŞİYEL NEFREKTOMİ SONUÇLARIMIZ | | ROBOT YARDIMLI PARŞİYEL NEFREKTOMİ SERİMİZ | |
| Nurullah Hamidi , Evren Süer, Mehmet İlker Gökce, Sümer Baltacı, Yaşar Bedük | | İlter Tüfek, Selçuk Keskin, Burak Argun, Ahmet Şahin, Ali Rıza Kural | |
| SP - 202..... | 326 | SP - 209..... | 333 |
| PROSTAT KANSERİ TANILI HASTALARDA FİZİKSEL FONKSİYON VE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE ARASINDAKİ İLİŞKİ: PİLOT ÇALIŞMA | | TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİSİ ÖNCESİ YAPILAN MULTİPARAMETRİK MANYETİK REZONANS İNCELEMESİNİN BİYOPSİ SONUÇLARINI ÖNGÖRMEDEKİ YERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | |
| Kadirhan Özdemir, İlke Keser, İlker Şen, Mustafa Özgür Tan | | Nurullah Hamidi , Mehmet İlker Gökce, Perviz Hacıyev, Aykut Akıncı, Sümer Baltacı | |
| SP - 203..... | 327 | SP - 210..... | 335 |
| SERUM PSA DEĞERİ 3-10 NG/ML OLAN HASTALARDA İLK BİYOPSİ KARARI VERMEDE MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME VE PCA3' ÜN KATKILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ | | VASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİYLE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ARASINDA İLİŞKİ VAR MIDIR? | |
| Sezgin Okçelik, Hasan Soydan , Ufuk Berber, Ferhat Ateş, Hasan Saygın, Güner Sönmez, Ahmet Kenan Karademir | | Soner Çoban , Soner Cander, Mehmet Şakir Altuner, Ali Rıza Türkoğlu, Muhammet Güzelsöy, Özen Öz Gül, Ali Tekin | |
| SP - 204..... | 329 | SP - 211..... | 336 |
| SERUM PSA DEĞERİ 3-10 NG/ML OLAN HASTALARDA İLK BİYOPSİ KARARI VERMEDE PCA3' ÜN KATKILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ | | RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ MATERYALLERİNDE SAPTANAN RASTLANTISAL PROSTAT KANSERLERİ | |
| Sezgin Okçelik, Hasan Soydan , Ufuk Berber, Ferhat Ateş, Ahmet Kenan Karademir | | Hakan Türk , Mustafa Karabıçak, Hüseyin Tarhan, Özgür Çakmak, Gökhan Koç, Tufan Süelözgen, Mehmet Yoldaş, Ferruh Zorlu, Sıtkı Ün | |
| SP - 206..... | 330 | SP - 212..... | 337 |
| BÖBREK TÜMÖRLERİNDE NEFRON KORUYUCU CERRAHİ SONRASINDA LOKAL NÜKS: KRİTİK ANALİZ | | T2 RENAL HÜCRELİ KARINOMDA LENF NODU TUTULUMU | |
| Tarık Esen, Ömer Acar , Ahmet Musaoğlu | | Alp Tuna Beksaç, Emin Mammadov, Bahadır Haberal, Bulent Akdoğan, A. Haluk Özen | |
| SP - 207..... | 331 | SP - 213..... | 338 |
| PROSTAT KANSERİNDE TMPRSS2/ERG GEN FÜZYON VARLIĞININ ARAŞTIRILMASI VE PROGNOSTİK PARAMETRELERLE KARŞILAŞTIRILMASI | | TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE PROSTAT BİYOPSİSİ ÖNCESİNDE POVİDON İODİN İLE PERİNEAL BÖLGE TEMİZLİĞİNİN İŞLEME BAĞLI İNFEKTİF KOMPLİKASYONLARA ETKİ. | |
| Ömer Yılmaz , Sezgin Okçelik, Ufuk Berber, Ferhat Ateş, Ercan Malkoç, Hasan Soydan | | Younis Haseeb Taher, Haluk Özen, Bulent Akdoğan, Serhat Ünal, Hasan Serkan Doğan | |

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

SERBEST BİLDİRİLER

Video Sunumlar

- VS - 001** 341
ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK EKSTRAVEZİKAL ÜRETERAL REİMLANTASYON: VEZİKOÜRETERAL REFLÜLÜ ÇOCUKLARDA İLK DENEYİMLER
Koray Ağras, Murat Keske, Erem Asil, Bilge Karabulut
- VS - 002** 342
MANAGING URETHRAL STRICTURE AFTER POSTERIOR URETHRAL VALVE ABLATION IN A FIVE-MONTH-BOY PATIENT
Serdar Yalçın, Bahadır Topuz, Burak Köprü, Hüseyin Tomruk, Hasan Cem Irkılata, Yusuf Kibar
- VS - 003** 343
EXTRAVESICAL ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC URETERAL REIMPLANTATION FOR VESICOURTERAL REFLUX: THE TECHNIQUE OF THE PROCEDURE AND USAGE OF BARBED SUTURE FOR DETRUSORRAPHY
Yusuf Kibar, Serdar Yalçın
- VS - 004** 344
ROBOT YARDIMLI PYELOPLASTİ: VİDEO SUNUM
Serhat Gürocak , Esat Ak, Bora Küpeli
- VS - 005** 345
ÇOCUK HASTALARDA RENAL KİTLE: LAPAROSKOPİK NEFRON KORUYUCU YAKLAŞIM
Hasan Çetin, Ender Özden, Fatih Ataç, Yarkın Kamil Yakupoğlu, Yakup Bostancı, Ali Faik Yılmaz, Şaban Sarıkaya
- VS - 006** 346
KAVİSLİ ENDO-GIA STAPLER KULLANILAN LAPAROSKOPİK SAĞ DONÖR NEFREKTOMİ
Volkan Tuğcu, Abdullah Hızır Yavuzsan, Selçuk Şahin, İsmail Evren, Taner Kargı, Buğra Doğan Törer
- VS - 007** 347
LAPAROSKOPİK CANLI DONÖR NEFREKTOMİ
Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker , İsmail Yiğitbaşı, İsmail Evren, Volkan Tuğcu
- VS - 008** 348
KADIN ÜRETRA DİVERTİKÜLÜ EKSİZYONU
M. Levent Emir, Şahin Bağbancı, Mümtaz Dadalı
- VS - 009** 349
BAŞARISIZ STRES İNKONTİNANS CERRAHİSİ SONRASI ŞİDDETLİ İNTRESEK SFİNKTER YETMEZLİĞİNE BAĞLI İDRAR KAÇIRAN KADINLARDA SİRAL SLİNG YÖNTEMİNİN SONUÇLARI
Fikret Fatih Önel, Şinasi Yavuz Önel, Mehmet Cenk Gürbüz, Ahmet Tahra
- VS - 010** 350
POLİPROPİLEN MEŞ EREZYONU SONUCU GELİŞEN ÜRETRA PERFORASYONU TEDAVİSİ
Aydın Yenilmez, İyimsir Üre, Harun Kılıççalan, Ali Barbaros Başeskioglu, Cavit Can
- VS - 011** 351
LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ
Çağdaş Gökhan Özmerdiven, Yakup Kordan, Burhan Coşkun, Onur Kaygısız, Hakan Vuruşkan, Aykut Sönmez , İsmet Yavaşcaoglu
- VS - 012** 352
ÇOCUK HASTADA DEV ADRENAL TÜMÖRÜN LAPAROSKOPİK YÖNTEMLE EKSİZYONU
Volkan İzol, İbrahim Atilla Ardoğan, Fatih Gökalp , Nihat Satar
- VS - 013** 353
ANJİO-EMBOUZASYON SONRASI RENAL PELVİSE MİGRATE OLAN KOİLİN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ İLE ÇIKARTILMASI
İbrahim Atilla Ardoğan, Volkan İzol, Mutlu Değer, Fatih Gökalp
- VS - 014** 354
16 CM BÖBREK TÜMÖRÜNE LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ: DEĞİŞEN KAMERA PORTU TEKNİĞİ
Haluk Akpınar , Fatih Altunrende
- VS - 015** 355
LAPAROSKOPİK ADENOMEKTOMİ: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ
Onur Kaygısız, Kadir Ömür Günseren, Aykut Sönmez , Hakan Vuruşkan, Yakup Kordan, Burhan Coşkun, İsmet Yavaşcaoglu

VS - 016..... 356
**RENAL VEN İNVAZYONU OLAN RENAL HÜCRELİ
KARSİNOMDA HASTALARDA LAPAROSKOPİK RADİKAL
NEFREKTOMİ: İLK DENEYİMİMİZ**
Onur Kaygısız, Yakup Kordan, Sinan Çelen, Burhan Coşkun, Rüstem
Kadirov , Hakan Vuruşkan

VS - 017..... 357
**ÜROLOJİDE İNTRAOPERATİF LAPAROSKOPİK
ULTRASONOGRAFİ KULLANIMI**
Sedat Karakoç , Hüseyin Alperen Yıldız, Ozan Bozkurt, Canan Altay,
Ömer Demir, Mustafa Seçil

VS - 018..... 358
**ÇOCUKLUK ÇAĞI TAŞ OLGULARINDA MİNİPERC: OMÜ
DENEYİMİ**
Fatih Ataç, Ender Özden, Yakup Bostancı, Hasan Çetin, Gürkan Genç,
Yarkın Kamil Yakupoğlu, Ali Faik Yılmaz, Şaban Sarıkaya

VS - 019..... 359
RENAL PELVİS KİTLESİNDE PERKÜTAN REZEKSİYON
Mustafa Atak

VS - 020..... 360
**COMBINED ROBOTIC AND LAPAROSCOPIC REPAIR OF
COLO-VESICAL FISTULA DUE TO SIGMOID DIVERTICULITIS**
Haluk Akpınar , Fatih Altunrende, Mehmet Hakan Tekelioğlu, Erdal
Ergin

VS - 021..... 361
**İNVAZİV MESANE TM'Lİ KADIN HASTADA ROBOT
YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ**
Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargi, Kamil Gökhan Şeker, Buğra
Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan, Nadir Kalfazade, Volkan
Tuğcu

VS - 022..... 362
**ROBOT DESTEKLİ İŞKEMİLİ HİLER KLEMPŞİZ PARSİYEL
NEFREKTOMİ**
İsmail Evren, Selçuk Şahin, Taner Kargi, Kamil Gökhan Şeker , İsmail
Yiğitbaşı, Buğra Doğukan Törer, Volkan Tuğcu

VS - 023..... 363
**TESTİS TÜMÖRÜ TANILI DAHA ÖNCE AÇIK
RETROPERİTONEAL KİTLE EKŞİYONU YAPILAN HASTADA
LAPAROSKOPİK RETROPERİTONEAL KİTLE EKŞİYONU**
Volkan Tuğcu, Selçuk Şahin, İsmail Yiğitbaşı, Taner Kargi, Kamil
Gökhan Şeker, Buğra Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan

VS - 024..... 364
**ATNALI BÖBREKTE MULTİPLE BÖBREK TAŞLARINA
RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ YAPILAN
HASTA:VAKA SUNUMU**
Sercan Sarı, Harun Özdemir, Hikmet Topaloğlu, Ahmet Nihat
Karakoyunlu, Azmi Levent Sağnak, Hamit Ersoy

VS - 025..... 365
**RENAL PELVİS ÜROTELYAL KARSİNOMUNUN
MONOPOLAR ELEKTROKOTER KULLANILARAK PERKÜTAN
REZEKSİYONU**
Sedat Karakoç , Ozan Bozkurt, Ömer Demir

VS - 026..... 366
**RETROPERİTONEAL FİBRÖZİS OLGUSUNDA
LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİZİS**
Kaan Çömez, Ozan Bozkurt, Ömer Demir

VS - 027..... 367
**BENİĞN URAKAL KİTLELERİN TEDAVİSİNDE
LAPAROSKOPİK PARSİYEL SİSTEKTOMİ**
Onur Kaygısız, Yakup Kordan, Çağdaş Gökhan Özmerdiven, Hakan
Vuruşkan, Burhan Coşkun, Rustam Kadirov, İsmet Yavaşçoğlu

VS - 028..... 368
**SOLİTER RENAL ÜNİTEDE PELVİS TÜMÖRÜNDE
ALTERNATİF YÖNTEM: PERKÜTAN TÜMÖR REZEKSİYONU**
Fatih Ataç, Ender Özden, Yakup Bostancı, Süleyman Öner , Yarkın
Kamil Yakupoğlu, Şaban Sarıkaya

VS - 029..... 369
**RETROKAVAL PARAAORTİK PARAGANGLİOMA:
LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL PARAGANGLİOM
EKŞİYONU**
Hasan Çetin, Ender Özden, Fatih Ataç, Yakup Bostancı, Süleyman Öner,
Mehmet Özen, Şaban Sarıkaya

VS - 030..... 370
**RENAL ARTER-VEN ARASINDAKİ PARAGANGLİOMUNUN
LAPAROSKOPİK EKŞİYONU**
Volkan İzol, İbrahim Atilla Ardoğan, Mutlu Değer, Çağrı Tekdös, Zühtü
Tansuğ, Fatih Gökbalp

VS - 031..... 371
UTERUS KORUYUCU LAPAROSKOPİK SAKROKOLPOPEKSİ
Hasan Bakırtaş, Serhat Tanık, Kürşad Zengin, Sebahattin Albayrak,
Muhittin Atar, Muhammed Abdurrahim İmamoğlu, Mesut Gürdal

VS - 032..... 372
SİİRT DEVLET HASTANESİ: İLK RIRC DENEYİMLERİMİZ
Onur Serin, Mustafa Kaplan Çalıışkan, Zafer Demir

VS - 033..... 373

LAPAROKOPİK TRANSPERİTONEAL SOL ADRENALEKTOMİ
Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Bülent Günlüsoy, Zafer Kozacıoğlu,
Deniz Bolat, Serkan Yarımoğlu, Salih Polat, Süleyman Minareci

VS - 034..... 374

RETROPERİTONEAL FİBROSİZ: LİTOTOMİ POZİSYONUNDA BİLATERAL LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL ÜRETEROLİZİS

Ender Özden, Fatih Ataç, Yakup Bostancı, Hasan Çetin, Yarkin Kamil Yakupoğlu, Şaban Sarıkaya

VS - 035..... 375

OPTİK TROKAR GİRİŞİ İLE LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİ
Uğur Yücetaş, Erkan Erkan, Mehmet Gökhan Çulha, Emre Karabay,
Mustafa Kadhasanoğlu, Bülent Mansuroğlu, Gökhan Toktaş

VS - 036..... 376

ENDOPELVİK FASYA KORUYUCU ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Mustafa Aydın, Lokman İrkalata, Selçuk Şahin, Buğra Doğukan Törer,
Hasan Rıza Aydın, Ebubekir Akgüneş, Kamil Mert Angın, Mustafa Kemal Atilla, Volkan Tuğcu

VS - 037..... 377

İNVAZİV MESANE KANSERİNDE PROSTATİK ÜRETRA İNVAZYONU: ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK SİSTOPROSTATEKTOMİ VE ÜRETREKTOMİ

Volkan Tuğcu, Mustafa Gürkan Yenice, Doğukan Sökmen, Selçuk Şahin, Abdullah Hızır Yavuzsan, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker

VS - 038..... 378

7 CM ÜZERİ BÜYÜK BÖBREK TÜMÖRLERİNDE PARSİYEL NEFREKTOMİ

İsmail Başibüyük, Fatih Elbir, Sina Kardeş, Muhammed Tosun, Yunus Kayalı, Ramazan Topaktaş, Ş.Yavuz Önel

VS - 039..... 379

LOKAL İLERİ (T3-T4) PROSTAT KANSERLERİNDE GENİŞLETİLMİŞ RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Ş.Yavuz Önel, Abdullah Armağan, F.Fatih Önel, İsmail Başibüyük, Fatih Elbir, Cevper Ersöz, M.Remzi Erdem

VS - 040..... 380

RADİKAL NEFREKTOMİ, VENA KAVA VE/VEYA ATRIAL TÜMÖR TROMBEKTOMİ: YÜKSEK TORAKOABDOMİNAL TRANSDİAFRAGMATİK EKSTRAPERİTONEAL YAKLAŞIM

Ş.Yavuz Önel, İsmail Başibüyük, Fatih Elbir, Sina Kardeş, Muhammed Tosun, Ramazan Topaktaş, F.Fatih Önel

VS - 041..... 381

MALİĞN RETROPERİTONEAL TÜMÖR CERRAHİSİNDE PARSİYEL VE KOMPLET VENA KAVA VE AORTA REZEKSİYONU: TEKNİK İNCELİKLER VE SONUÇLAR

Ş.Yavuz Önel, İsmail Başibüyük, Fatih Elbir, Sina Kardeş, Muhammed Tosun, Yunus Kayalı, M.Remzi Erdem, Ramazan Topaktaş, Bekir İnan

VS - 042..... 382

LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Sinan Çelen, Burhan Coşkun, Onur Kaygısız, Yakup Kordan, Hakan Vuruşkan, Aykut Sönmez, İsmet Yavaşcaoğlu

VS - 043..... 383

RENAL VEN TROMBÜSLÜ RENAL HÜCRELİ KARSİNOM: LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ

Ender Özden, Fatih Ataç, Hasan Çetin, Yarkin Kamil Yakupoğlu, Yakup Bostancı, Mustafa Özbek, Ali Faik Yılmaz, Şaban Sarıkaya

VS - 044..... 384

LAPOROSKOPİK RADİKAL NEFROÜRETEREKTOMİ VE REJYONEL LENFADENEKTOMİ

Mustafa Uğur Altuğ, Erdem Kısa, Volkan Selmi, Aykut Demirci, Fuat Demirel

VS - 045..... 385

BÜYÜK BOYUTLARDA BİR ANJIOMYOLİPOM OLGUSUNDA LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Kaan Çömez, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

VS - 046..... 386

DEV BÖBREK KİTLELERİ: MAKSİMAL TÜMÖR KONTROLÜ İÇİN MAKSİMAL İNSİZYON

Ş.Yavuz Önel, İsmail Başibüyük, Muhammed Tosun, Ramazan Topaktaş, Tolga Akman, Sina Kardeş

VS - 047..... 387

LAPAROSKOPİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU; ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Yakup Kordan, Rustam Kadirov, Sinan Çelen, Burhan Coşkun, Onur Kaygısız, Hakan Vuruşkan, İsmet Yavaşcaoğlu

VS - 048..... 388

SOLİTER BÖBREKTE LAPAROSKOPİK NONİSKEMİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ender Özden, Fatih Ataç, Hasan Çetin, Yakup Bostancı, Yarkin Kamil Yakupoğlu, Ali Faik Yılmaz, Şaban Sarıkaya

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| VS - 049..... | 389 | VS - 057..... | 397 |
| FLORID PROLIFERATIVE CYSTITIS: NOTEWORTHY RARE CASE | | RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI SAĞ NATİV ÜRETER VE BÖBREK TÜMÖRÜNE LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM | |
| Bahadır Topuz, Burak Köprü, Serdar Yalçın, Engin Kaya, Turgay Ebioloğlu, Sercan Yılmaz, İbrahim Yavan, Yusuf Kibar | | Ender Özden, Hasan Çetin, Yarkın Kamil Yakupoğlu, Mehmet Özen, Süleyman Öner, Fatih Kocamanoğlu, Şaban Sarıkaya | |
| VS - 050..... | 390 | VS - 058..... | 398 |
| TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI ROBOTİK YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ OLGUSU | | SAĞ RENAL KİST HİDATİK: LAPAROSKOPİK PERİKİSTEKTOMİ | |
| Lokman İrıkilata, Mustafa Aydın, Selçuk Şahin, Buğra Doğukan Törer, Hasan Rıza Aydın, Caner Moral, Mevlüt Keleş, Mustafa Kemal Atilla, Volkan Tuğcu | | Fatih Ataç, Süleyman Öner, Ender Özden, Yakup Bostancı, Hasan Çetin, Mehmet Özen, Şaban Sarıkaya | |
| VS - 051..... | 391 | VS - 059..... | 399 |
| 2 KEZ AÇIK BÖBREK CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ OLGUDA RETROPERİTONOSKOPİK BASİT NEFREKTOMİ | | AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİNE YOL AÇAN UNUTULMUŞ ENKRUSTE DOUBLE J STENT VE KARŞI TARAF BÖBREK TAŞININ KOMBİNE MİNİMAL İNVAZİF YÖNTEMLERLE TEDAVİSİ | |
| Mustafa Uğur Altuğ, Erdem Kısa, Volkan Selmi, Murat Çakan | | Selçuk Keskin, Burak Argun, İler Tüfek, Ahmet Şahin, Ali Rıza Kural | |
| VS - 052..... | 392 | VS - 060..... | 400 |
| TOPLAYICI SİSTEME BASI YAPAN PARAPELVİK KİSTE UYGULANAN RETROPERİTONOSKOPİK LAPAROSKOPİK KİST EKSIYONU: VAKA SUNUMU | | KOLON DİVERTİKÜLLERİ NEDENİYLE KOLOVEZİKAL FİSTÜL GELİŞEN BİR OLGUNUN TANI VE TEDAVİSİ | |
| Sercan Sarı, Harun Özdemir, Hikmet Topaloğlu, Ahmet Nihat Karakoyunlu, Hakkı Uğur Özok, Hamit Ersoy | | Hakan Türk, Oğuz Mertoğlu, Özgür Çakmak, Rahmi Gökhan Ekin, Batuhan Ergani, Mustafa Karabıçak, Cezmi Karaca, Ferruh Zorlu | |
| VS - 053..... | 393 | VS - 061..... | 401 |
| PROSTAT KORUYUCU LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ: İLK DENEYİMİMİZ | | AÇIK HİSTEREKTOMİ SONRASI DİSTAL ÜRETERAL LİGASYONU İÇİN UYGULANAN LAPAROSKOPİK ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ OPERASYONU | |
| Çağdaş Gökhan Özmerdiven, Yakup Kordan, Onur Kaygısız, Aykut Sönmez, Burhan Coşkun, Hakan Vuruşkan | | Abdullah Hızır Yavuzsan, Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı, Buğra Doğukan Törer, Volkan Tuğcu | |
| VS - 054..... | 394 | VS - 062..... | 402 |
| ATNALI BÖBREKTE RADİKAL NEFREKTOMİ VE İSTMEKTOMİ | | İLERİ EVRE UTEROVAGİNAL VE POST-HİSTEREKTOMİ PROLAPSUS TEDAVİSİNDE TURC ("TOTAL UTILİZATION OF RETROPERİTONEUM FOR COLPOPEXY") YÖNTEMİ VE GÜNCEL SONUÇLARI | |
| Hilmi Sarı, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen | | Fikret Fatih Önel, Şinasi Yavuz Önel, Ahmet Tahra, Uğur Boylu | |
| VS - 055..... | 395 | VS - 063..... | 403 |
| PT1B RCC OLGUSUNDA RETROPERİTONEOSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ | | KADIN ÜRETRA DARLIKLARININ TEDAVİSİNDE VENTRAL İNLEY LABİUM MİNUS GREFT ÜRETROPLASTİ (VİLGU) YÖNTEMİ | |
| Özgür Gürboğa, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen | | Fikret Fatih Önel, Ahmet Tahra, Abdurrahman İnkaya, Eyüp Veli Küçük, Uğur Boylu, Şinasi Yavuz Önel | |
| VS - 056..... | 396 | VS - 064..... | 404 |
| DEV ADRENAL KİTLELERDE LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ | | SAHRAALTI AFRIKA'DAKİ OBSTETRİK FİSTÜLLERİN TEDAVİSİYLE İLGİLİ DENEYİMLERİMİZ | |
| Ender Özden, Fatih Ataç, Yakup Bostancı, Turgut Serdaş, Hasan Çetin, Yarkın Kamil Yakupoğlu, Ali Faik Yılmaz, Şaban Sarıkaya | | Şinasi Yavuz Önel, Fikret Fatih Önel, Serhat Onur, Fatih Elbir, İsmail Başbüyük, Ahmet Tahra | |

VS - 065 405
**LAPAROSKOPİK DONÖR NEFREKTOMİ : MARMARA
ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK DENEYİMİ**
Yilören Tanıdır, İlker Tinay, Mehmet Kazım Asutay

VS - 066 406
**UZUN ÖN ÜRETRA DARLIKLARININ
REKONSTRÜKSİYONUNDA DORSAL İNLEY GREFT
ÜRETROPLASTİ YÖNTEMİNİN SONUÇLARI**
Fikret Fatih Önel, Ahmet Tahra, Ahmet Bındayı, Abdurrahman Inkaya,
Uğur Boylu, Eyüp Veli Küçük

VS - 067 407
**NAVİKÜLER FOSSA VE ÜRETRAL MEATUS DARLIKLARININ
TRANSVERS PENİL FASYOKÜTANÖZ ADA FLEP (TPFA) İLE
REKONSTRÜKSİYONU**
Fikret Fatih Önel, Ahmet Tahra, Ümit Yıldırım, Resul Sobay, Eyüp Veli
Küçük, Şinasi Yavuz Önel

VS - 068 408
**REKTOÜRETRAL, REKTOVAGİNAL VE REKTOVESİKAL
FİSTÜLLERDE GRACİLİS FLEP KULLANIMI: TEKNİK
İNCELİKLER**
Ş.Yavuz Önel, İsmail Başbüyük, F.Fatih Önel, Serhat Onur, Fatih Elbir

VS - 069 409
**UZUN ÖN ÜRETRA DARLIKLARINDA HER İKİ YANAK VE
ALT DUDAK TEK PARÇA AĞIZ MUKOZASI İLE ONARIM**
Ş.Yavuz Önel, İsmail Başbüyük, Fikret Fatih Önel, Fatih Elbir, Cevper
Ersöz, Mehmet Remzi Erdem

VS - 070 410
ÜRETER YARALANMALARINA LAPAROSKOPİK YAKLAŞIM
Hasan Çetin, Ender Özden, Fatih Ataç, Mehmet Özen, Fatih
Kocamanoglu, Yarkın Kamil Yakupoğlu, Şaban Sarıkaya

2. ULUSAL ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

SERBEST BİLDİRİLER

Poster Sunumlar

- PS-001** 415
DİSTAL ÜRETER TAŞLARININ FLEBOLİTLERDEN AYRIMI: BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİDE ÜROLOGLAR İÇİN PÜF NOKTALARI
Yılören Tanıdır, Ahmet Şahan, Mehmet Kazım Asutay, Ferhat Talibzade, Asgar Garayev, Ilker Tinay, Ferruh Şimşek
- PS-002** 418
RENAL HİDATİK KİSTİN MİKRO-PERKÜTAN GİRİŞ EŞLİĞİNDE ENDOSKOPİK TEDAVİSİ
Mustafa Kadıhasanoğlu, Mete Kilciler, Erkan Erkan, Özcan Atahan
- PS-003** 420
PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDA ESWL DENEYİMLERİMİZ
Ali Güneş, Fatih Oğuz, Serhan Çimen, Ali Beytur, Caner Ediz
- PS-004** 421
SEMPATOMATİK BAŞIT BÖBREK KİSTLERİNİN TEDAVİSİNDE TEK SEANS PERKÜTAN ASPIRASYON VE ETANOL SKLEROTERAPİSİ İLE LAPAROSKOPİK DE-ROOFİNG YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI
Ozan Efesoğlu, Mesut Tek, Hasan Erdal Doruk
- PS-005** 423
ŞOK DALGALARI İLE TAŞ KIRMANIN BAŞARISIZ OLDUĞU ALT KALİKS TAŞLARINDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ
Hikmet Topaloğlu, Ahmet Nihat Karakoyunlu, Sercan Sarı, Harun Özdemir, Hakkı Uğur Özek, Levent Sağnak, Hamit Ersoy
- PS-006** 424
EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LİTHOTRİPSY KADIN HASTALARDA HAYAT KALİTESİ VE DEPRESYON DURUMUNU ETKİLERMİ?
Ayşe Buz, Murat Tuncer, Cahit Şahin, Özlem Türkoğlu, Özgür Yazıcı, Alper Kafkaslı, Kamil Fehmi Narter, Kemal Sarıca
- PS-007** 425
PERKÜTAN SİSTOLİTOTRİPSİ VETRANSÜRETRAL PROSTATEKTOMİNİN BİRLİKTE YAPILDIĞI HASTALARDA YENİ BİR TEKNİK
Hasan Deliktaş, Neşat Çullu, Ömer Erdoğan, Mehmet Çetinkaya, Hayrettin Şahin
- PS-008** 426
PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE CİLT-TAŞ ARASI MESAFESİNİN BİLİNMESİ, FLOROSKOPİ SÜRESİNİ KISALTMA YARDIMCI OLABİLİR Mİ?
Fikret Halis, Hüseyin Aydemir, Şükri Kumsar, Osman Köse, Numan Baydilli, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Hacı Can Direk, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam, Ahmet Gökçe
- PS-009** 427
PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE İNTERKOSTAL YA DA SUBKOSTAL GİRİŞİN KOMPLİKASYON ORANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ
Serdar Çelik, Sedat Karakoç, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, İlhan Çelebi
- PS-010** 429
ÜRETER TAŞLARINDA MEDİKAL EKSPULSİF TEDAVİ BAŞARISINI ÖNGÖRMEDE ETKİLİ FAKTÖRLER
Ozan Bozkurt, Özgür Gürboğa, Kaan Çömez, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen
- PS-011** 430
İLK 32 HASTADA LAPAROSKOPİK BÖBREK CERRAHİSİ DENEYİMİMİZ
Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Bülent Günlüsoy, Zafer Kozacıoğlu, Deniz Bolat, Süleyman Minareci
- PS-012** 431
LAPAROSKOPİK ADRENELEKTOMİ: İLK 5 VAKA DA BAŞLANGIÇ DENEYİMİMİZ
Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Bülent Günlüsoy, Zafer Kozacıoğlu, Deniz Bolat, Süleyman Minareci
- PS-013** 432
ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE HOLMİYUM-YAG LAZER İLE PNÖMATİK LİTOTRİPSİ TEKNİKLERİNİN KOMPLİKASYONLARININ KARŞILAŞTIRMASI
Bumin Örs, Bülent Günlüsoy, Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Serkan Yarımöğlü, Süleyman Minareci
- PS-014** 433
BÖBREK TAŞLARININ CERRAHİ TEDAVİSİNDE CERRAHİ YAKLAŞIMIMIZDA DEĞİŞENLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ
Yakup Kordan, Burhan Coşkun, Sinan Çelen, Onur Kaygısız, Aykut Sönmez, Hakan Kılıçarslan

PS- 015 434

DEV HİDRONEFROZ: LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİ İLE TEDAVİ

Çetin Demirdağ, Sinharib Çitgez, Çağatay Doğan, Ahmet Erözenci

PS- 016 435

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONU SONRASINDA POSTOPERATİF HASTA TAKİBİNDE TAŞ KÜLTÜRÜNÜN ÖNEMİ NEDİR?

Yıldiren Tanıdır, Asgar Garayev, Ahmet Şahan, Burak Değirmentepe, Elnur Allahverdiyev, İlker Tinay, Ferruh Şimşek

PS- 017 437

TUR-P SONRASI ÜRETRAL KATETERE BAĞLI SEMTOMLARI ÖNLEMEDE TOLTERODİN'İN YARARLIĞI: RANDOMİZE PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Ferec Afandiyev, Perviz Hacıyev, Mete Özkıdık, Barış Esen, Mehmet İlker Gökce, Evren Süer, Ömer Gülpınar, Sümer Baltacı, Yaşar Bedük

PS- 018 438

BİLATERAL DEV RENAL ONKOSİTOM- OLGU SUNUMU

Ali Tekin, Coşkun Kaçağan, Dursun Baba

PS- 019 439

LAPAROSKOPİDE ÖĞRENME EĞRİSİNİN BAŞINDAKİ CERRAHLAR İÇİN İDEAL İLK TROKAR GİRİŞİ NEDİR? AÇIK MI YOKSA VERES Mİ?

Mehmet Remzi Erdem, Çağatay Tosun, Ahmet Rüknettin Aslan, Ömer Ergin Yücebaş, Feridun Şengör, Ömer Yüksel

PS- 020 440

HOLMIUM LAZER İLE ÜRETEROSEL İÇİ TAŞA YAKLAŞIM

Mustafa Karalar, İbrahim Keleş, Ahmed Ömer Halat, Haşmet Sarıcı

PS- 021 441

ÜRETERAL ERİŞİM KILIFININ ÇAPI YERLEŞTİRİLME BAŞARISI VE PEROPERATİF BULGULARI ETKİLİYORMU

Ömer Burak Argun, İlter Tüfek, Hakan Özveri, Selcuk Keskin, Bülent Önal, Ali Rıza Kural

PS- 022 442

RETROPERİTONEOSKOPİK BÖBREK KİSTİ DEKORTİKASYONU TÜM BOSNİAK TIP I BÖBREK KİSTLERİ İÇİN UYGULANABİLİR YÖNTEM Mİ?

Fatih Ataç, Kenan Öztoran, Can Aydın

PS- 023 444

VÜCUT İÇİNDE SPONTAN FRAGMANTE OLAN DOUBLE J STENT: OLGU SUNUMU

Uğur Yücebaş, Mehmet Gökhan Çulha, Erkan Erkan, Emre Karabay, Tunç Erdil, Ali Ferruh Akay, Gökhan Toktaş

PS- 024 445

ULTRASONOGRAFİ KILAVUZLUĞUNDA GERÇEKLEŞTİRİLEN PERKÜTAN NEFROSTOMİDE İKİ FARKLI GİRİŞ TEKNİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ozan Efesoğlu, Mesut Tek, Murat Bozlu, Erdem Akbay

PS- 025 446

VİSERAL YAĞ DOKUSU BÖBREK TAŞI İÇİN YENİ BİR RİSK FAKTÖRÜ MÜ?

Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan, Ferruh Zorlu

PS- 026 447

BÖBREK VE ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

Özcan Kılıç, Mehmet Kaynar, Mustafa Kucur, Murat Akand, Kadir Ceylan, Serdar Göktaş

PS- 027 448

DEV ÜRETER TAŞLARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Ebubekir Akgüneş, Mustafa Aydın, Lokman İrkilata, Hüseyin Cihan Demirel, Hasan Rıza Aydın, Mustafa Kemal Atilla, Caner Moral, Mevlüt Keleş, Kamil Mert Angın

PS- 028 449

EKSTRAKORPOREAL ŞOK DALGA LİTOTRİPSİSİ ÖNCESİNDE ÇEKİLEN KONTRASTSIZ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİDEKİ PARAMETRELERİN BÖBREK TAŞLARININ TEDAVİ BAŞARISINA OLAN ETKİSİ

Adil Güçal Güçlü, Mehmet İlker Gökce, Ömer Gülpınar, Nurullah Hamidi, Mete Özkıdık, Sümer Baltacı

PS- 029 450

OBEZ HASTALARDA RETROGRAD İNTRARENAL TAŞ CERRAHİSİNİN ETKİNLİĞİ

Ömer Gökhan Doluoğlu, Tolga Karakan, Mücahit Kabar, Berat Cem Özgür, Ahmet Metin Haşçecik, Emre Huri

PS- 030 452

FÜZYON ANOMALİSİ OLAN BÖBREKLERDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

İbrahim Atilla Ardoğan, Volkan İzol, Nebil Akdoğan, Yıldırım Bayazıt, Mutlu Değer, Zühtü Tansuğ, Sinan Zeren

PS- 031 453

SUCCESS OF DIFFERENT TREATMENT MODALITIES FOR GIGGLE INCONTINENCE

Onur Telli, Perviz Hacıyev, Mete Özkıdık, Nurullah Hamidi, Berk Burgu, Faraj Afandiyev, Aykut Akıncı

PS- 032 454

PEDİATRİK GRADE 4 RENAL TRAVMA: GÖZDEN KAÇAN ÜRİNOMUN DRENAJ SONRASI RENAL FONKSİYONLARIN GERİ DÖNÜŞÜ

Şahin Bağbancı, Mümtaz Dadalı, M Levent Emir, Ayhan Karabulut

PS- 033 456

PERINEAL ECTOPIC TESTIS: CASE REPORT

Ahmet Nihat Karakoyunlu, Emre Hepşen, Müslim Bikirov, Hikmet Topaloğlu, Levent Sağnak, Hamit Ersoy

PS- 034 457

“DYSFUNCTIONAL VOIDİNG SCORİNG SYSTEM” FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN SAPTANMASI

Kubilay Sabuncu, Fatih Tarhan, Fatma Narter, Kamil Fehmi Narter, Pınar Ay

PS-035 458

ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE DARLIĞI NEDENİ İLE AÇIK VEYA LAPAROSKOPİK PİVELOPLASTİ YAPILMIŞ ÇOCUK HASTALARIN KLİNİK SONUÇLARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Turgut Serdaş, Ender Özden, Yakup Bostancı, Hasan Çetin, Yarkin Kamil Yakupoğlu, Ali Faik Yılmaz, Şaban Sarıkaya

PS-036 459

VİTAMİN B12, FOLAT, SERUM DEMİR VE FERRİTİN DÜZEYLERİNİN MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTÜRNA ÜZERİNE ETKİSİ

Sebahattin Albayrak, Kürşad Zengin, Serhat Tanık, Muhittin Atar, Ghaniya Daar, Hasan Bakırtaş, Muhammed Abdurrahim İmamoğlu, Mesut Gürdal

PS-037 460

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA LAPAROSKOPİK BASİT NEFREKTOMİ VE NEFROÜRETEREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Volkan İzol, Fatih Gökbalp, Çağrı Tekdöş, İbrahim Atilla Ardoğan, Yıldırım Bayazıt, Nihat Satar

PS-038 461

R.E.N.A.L NEFROMETRİ SKORUNUN PARSİYEL NEFREKTOMİ OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Ozan Bozkurt, Serdar Çelik, Kaan Çömez, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

PS-039 462

RENAL KİTLE NEDENİYLE AMELİYAT EDİLEN HASTALARIMIZIN PATOLOJİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Yasin Ceylan, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Deniz Bolat, Serkan Yarımoğlu, Süleyman Minareci

PS-040 463

PROSTAT KANSERİNDE PERİNÖRAL İNVAZYON İLE PROSTAT HACMİ, PSA, REKTAL MUAYENE VE YÜKSEK DERECELİ PROSTAT KANSERİ ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?

Seyfettin Çiftçi, Kerem Teke, Emrah Simsek, Murat Üstüner, Ufuk Yavuz, Hasan Yılmaz, Bahar Müezzinoğlu, Özdal Dillioğlul

PS-041 464

ÜST ÜRİNER SİSTEM TÜMÖRLERİNDE SAĞKALIM ANALİZİ, MESANE TÜMÖRÜ ÖYKÜSÜ EN ÖNEMLİ PROGNOSTİK FAKTÖR MÜDÜR?

Bülent Akdoğan, Burak Çıtamak, Mesut Altan, A. Haluk Özen

PS-042 465

ÜST ÜRİNER SİSTEM DEĞİŞİCİ HÜCRELİ KANSER TEDAVİSİNDE NEFROÜRETEREKTOMİ+PARSİYEL SİSTEKTOMİ OLGULARIMIZ

İyimsen Üre, Ali Ülgen, Funda Canaz, Aydın Yenilmez, Cavit Can

PS-043 466

VASKÜLER KLEMPİSİZ NEFRON KORUYUCU CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

İlker Tinay, Asgar Garayev, Ahmet Şahan, Hacı Murat Akgül, Yilören Tanıdır, Ferruh Şimşek, Niyazi Levent Türkeri

PS-044 469

WUNDERLICH SENDROMLU İKİ OLGU

Mehmet Çetinkaya, Tuna Mut, Hasan Deliktaş, Ömer Erdoğan, Neşat Çullu, Hayrettin Şahin

PS-045 470

ABO KAN GRUBUNUN ÜST ÜRİNER SİSTEM DEĞİŞİCİ EPİTEL HÜCRELİ KANSERLERİNDE SAĞKALIMA ETKİSİ

Burak Çıtamak, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Fatih İleri, Emin Mammadov, A. Haluk Özen

PS-046 471

EKSTRAGONADAL GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERDE RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU

Burak Çıtamak, Emrullah Söğütöden, Mesut Altan, Emin Mammadov, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

PS-047 472

PSA DÜZEYİ 4-10 NG/ML ARASINDA OLAN HASTALARDA YAŞ VE S/T PSA ORANININ PROSTAT KANSERİ YAKALAMADAKİ ÖNEMİ

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Emin Mammadov, Tarik Asi, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

PS-048 474

**İKİNCİ TRİMESTERDAKİ BİR GEBEDE TESPİT EDİLEN
MESANE TÜMÖRÜ OLGUSU**

Hakan Türk, Batuhan Ergani, Cemal Selçuk Işoğlu, Hüseyin Tarhan,
Tufan Süelözgen, Ferruh Zorlu

PS-049 475

**RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİDE LEVATOR ANİ
KASI İLE KONTİNANS KORUYUCU ÜRETRAL SÜSPANSİYON
ANASTOMOZ YÖNTEMİNİN SONUÇLARI**

Mehmet Kaynar, Murat Akand, Emre Altıntaş, Özcan Kılıç, Murat Gül,
Serdar Göktaş

PS-050 476

**PRİMER RENAL SİNOVYAL SARKOM: NADİR BİR OLGU
SUNUMU**

Okan Baş, Mehmet Sinan Başay, Emine Benzer, Taha Numan Yıkılmaz,
İsmail Selvi, Ali İhsan Arık

PS-051 478

**HASTA YAŞININ RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİ
SONRASI BİYOKİMYASAL REKÜRRENSİZ SAĞ KALIMA
ETKİSİ**

Cüneyt Özden, Binhan Kağan Aktaş, Süleyman Bulut, Güven Erbay,
Süleyman Tağcı, Cevdet Serkan Gökkaya, Mehmet Murat Baykam,
Ali Memiş

PS-052 480

**ABDOMİNAL İNMEMİŞ TESTİS VAKASINDA
SPLENOGONADAL FÜZYON İLE RASTLANTISAL OLARAK
SAPTANAN TESTİKÜLER KANSER**

Ali Tekin, Coşkun Kaçağan, Dursun Baba

PS-053 482

**PARATESTİKÜLER FİBRÖZ PSEUDOTÜMÖR OLUŞUMUNDA
HİDROSEL NEDEN Mİ, SONUÇ MU?**

Hasan Deliktaş, Ahmet Doğan, Yelda Dere, Hayrettin Şahin

PS-054 483

**TESTİKÜLER SEMİNOM TANILI HASTALARIN
EVRELENDİRMEDE FLUORODEOXYGLUCOSE-POZİTRON
EMİSYON TOMOGRAFİSİ (FDG-PET)**

Bahadır Şahin, Tanık Emre Şener, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri

PS-055 484

**TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFI EŞLİĞİNDE YAPILAN
PROSTAT BİYOPSİLERİNDE ULTRASONOGRAFİK
BULGULAR İLE HİSTOPATOLOJİ İLİŞKİSİ**

Çağatay Tosun, Mehmet Remzi Erdem, Feridun Şengör, Ömer Ergin
Yücebaş, Ahmet Rüknettin Aslan, Mehmet Akif Ramazanoğlu,
Gülistan Gümrükçü

PS-056 485

18 YAŞINDA, KADIN İNVERTED PAPİLLOM OLGU SUNUMU

Volkan Bulut, Hanifi Tanyeri, Fatma Hüsnüye Dilek

PS-057 486

**TRANSREKTAL ULTRASON EŞLİĞİNDE YAPILAN PROSTAT
BİYOPSİSİNDE PROSTAT BOYUTLARININ AĞRI ÜZERİNE
ETKİSİ**

Eray Hasırcı, Ahmet Murat Bayraktar, İsmail Nalbant

PS-058 487

**MESANE DİVERTİKÜLÜ İÇERİSİNDE GELİŞEN DEV
TAŞ VE SARKOMATOID DİFERANSİYASYON GÖSTEREN
ÜROTELİYAL KARSİNOMA BAĞLI İPİLATERAL
HİDROÜRETERONEFROZ: OLGU SUNUMU**

Kenan Öztoran, Fatih Ataç, Süleyman Tümer Çalışkan

PS-059 489

**RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİ SPESMENİNDE
VANISHING PROSTAT KANSERİ TESPİT EDİLEN
HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Binhan Kağan Aktaş, Cüneyt Özden, Süleyman Bulut, Güven Erbay,
Süleyman Tağcı, Cevdet Serkan Gökkaya, Mehmet Murat Baykam,
Ali Memiş

PS-060 490

**NADİR BİR OLGU; PANKREAS ADENOKARSİNOMUNDAN
BÖBREĞE METASTAZ**

Zeki Aktaş, Ercan Malkoç, Kemal Kara, Aptullah Haholu, Ferhat Ateş

PS-061 491

**OLGU SUNUMU: BÜYÜK RETROPERİTONEAL
SCHWANNOMA**

Eray Gürsör, Korhan Akgül

PS-062 492

**VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN RADİKAL SİSTEKTOMİ
CERRAHİSİNE ETKİSİ**

Volkan İzol, Çağrı Tekdöş, İbrahim Atilla Arıdoğan, Yıldırım Bayazıt,
Zühtü Tansuğ

PS-063 493

**PROSTAT KANSERİ PROGRESYONUNU ÖNGÖRMEDE
KIRMIZI KÜRE DAĞILIM GENİŞLİĞİNİN ÖNEMİ VAR
MIDİR?**

Sebahattin Albayrak, Kürşad Zengin, Serhat Tanık, Muhittin Atar,
Muhammed Abdurrahim İmamoğlu, Mesut Gürdal, Hasan Bakırtaş

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| PS-064 | 494 | PS-072 | 505 |
| SERUM PSA DEĞERİ 3-10 NG/ML OLAN HASTALARDA İLK BİYOPSİ KARARI VERMEDE MULTİPARAMETRİK MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEMENİN KATKILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ | | DENEYSEL OLARAK PARSİYEL UNİLATERAL ÜRETERAL OBSTRÜKSİYON OLUŞTURULAN RATLARDA BÖBREKTE ASİMETRİK DİMETİL ARJİNİN DÜZEYİNİN NİTRİK OKSİT DÜZEYİNE ETKİLERİ | |
| Sezgin Okçelik, Hasan Soydan, Ferhat Ateş, Hasan Saygın, Güner Sönmez, Ahmet Kenan Karademir | | Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Gökhan Baştürk, Emrah Demirci | |
| PS-065 | 496 | PS-073 | 506 |
| ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ YAPILAN HASTALARINDA VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ PERİOPERATİF BULGULARI ETKİLEMENİKTİR | | RATLARDA TESTİS TORSİYONUNDAKİ İSKEMİ REPERFÜZYON HASARINI ÖNLEMEDE ROLİPRAM TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI | |
| İlter Tüfek, Burak Argun, Selçuk Keskin, Enis Rauf Coşkun, Ahmet Şahin, Ali Rıza Kural | | Hamid Özmen, Muhammet Ali Kayıkçı, Yusuf Şenoğlu, Ali Tekin, Haydar Kamil Çam | |
| PS-066 | 497 | PS-074 | 507 |
| PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASINDA ENFEKTİF KOMPLİKASYON ORANLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ | | TEK TARAFLI TESTİKÜLER İSKEMİ-REPERFÜZYON HASARI OLUŞTURULAN RATLARDA İLOPROST VE DÜŞÜK DOZ METHOREXAT'IN ANTİOKSİDAN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ | |
| Rahmi Gökhan Ekin, Gökhan Koç, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan, Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu | | Devrim Tuğlu, Ercan Yuvaç, Erdal Yılmaz, Üçler Kısa, Önder Bozdoğan, Ertan Batislam | |
| PS-067 | 498 | PS-075 | 508 |
| DOKTOR VE HASTA KONFORU İÇİN HANGİSİ TERCİH EDİLMELİ? FLEKSİBL SİSTOSKOPİ Mİ, RİGİD Mİ? | | DENEYSEL TEK TARAFLI ÜRETER OBSTRÜKSİYONU OLUŞTURULAN RATLARDA DİMETİYL SÜLFOKSİT (DMSO) VE PİRASETAMİN BÖBREK HASARINI AZALTICI ETKİLERİNİN İNCELENMESİ | |
| Mehmet Remzi Erdem, Kemal Topaloğlu, Ömer Ergin Yücebaş, Feridun Şengör, Ahmet Rüknettin Aslan, Çağatay Tosun | | Devrim Tuğlu, Ercan Yuvaç, Erdal Yılmaz, Üçler Kısa, Önder Bozdoğan, Ertan Batislam | |
| PS-068 | 499 | PS-076 | 509 |
| YÜZEYEL MESANE TÜMÖRÜNDE İNTRAVEZİKAL TERMOKEMOTERAPİ SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ | | PARMAKLA REKTAL MUAYENE BULGULARININ PROSTAT KANSERİNDE ÖNGÖRÜ DEĞERİ: 1495 BİYOPSİ SONUÇLARI | |
| Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Özgür Çakmak, Hüseyin Tarhan, Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu, Rauf Taner Divrik | | Ömer Yılmaz, Hasan Soydan, Ercan Malkoç, Ferhat Ateş, Niyazi Özgür Kural | |
| PS-069 | 500 | PS-077 | 510 |
| MESANEDE NADİR GÖRÜLEN BİR TÜMÖR: MESANENİN PRİMER LENFOMASI | | METABOLİK SENDROM VE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ İLİŞKİSİ | |
| İbrahim Keleş, Mükrem Uysal, Çiğdem Tokyol, Mustafa Karalar, Haşmet Sarıcı, Cemil Ay, Ebru Ünlü, Ahmet Çağrı Evran | | Mecit Gürhan Ceylan, Turgut Alkibay, Metin Onaran, Bora Küpeli | |
| PS-070 | 502 | PS-078 | 511 |
| VENA KAVA TROMBÜSÜ OLAN RENAL KİTLE OLGULARINDA CERRAHİ SONUÇLAR | | ÜROLOJİK SEMPTOM OLMADAN GELİŞEN DEV ATONİK MESANE -LİTERATÜREDEKİ EN GENİŞ HACİMLİ MESANE | |
| Mehmet Kazım Asutay , Elnur Allahverdiyev, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri | | Ekrem Akdeniz, Sevda Akdeniz, Ebubekir Akgünes, Mustafa Suat Bolat, Mustafa Kemal Atilla | |
| PS-071 | 503 | | |
| LOKAL İLERİ EVRE MESANE TÜMÖRLERİNDE ADJUVAN KEMOTERAPİNİN SAĞKALIMI ETKİLER Mİ? | | | |
| Burhan Özdemir, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Ergen, A. Haluk Özen | | | |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| PS-079 | 513 | PS-087 | 525 |
| TUR-P SONRASI ÜRETRAL KATETER ÇEKİM SÜRESİNİN OPERASYON SONRASI İŞEME PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ | | ÜROLOJİK CERRAHİ GİRİŞİM YAPILACAK HASTALARIN PREOPERATİF ENĐİŞE DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ | |
| Fikret Halis, Numan Baydilli, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Şükrü Kumsar, Osman Köse, Hüseyin Aydemir, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam, Ahmet Gökçe | | Mehmet Kutlu Demirkol, Fatih Tarhan, Erkin Sağlam, Alper Coşkun, Özgür Yazıcı | |
| PS-080 | 515 | PS-088 | 526 |
| PSA VE PATOLOJİK SONUÇLAR BAKIMINDAN MONOPOLAR VE BİPOLAR ENERJİ | | C-REAKTİF PROTEİN'İNİN KRONİK PROSTATİT VE ALT ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ İLE İLİŞKİSİ; TRANSREKTAL ULTRASON EŞLİĞİNDE YAPILAN PROSTAT BİYOPSİ SONUÇLARI | |
| Mehmet Uslu, Aslan Demir, Mert Ali Karadağ, Murat Bağcıoğlu, Kürşat Çeçen, Ömer Erkam Arslan | | Cahit Şahin, Utku Can, Fehmi Narter, Gökhan Faydacı, Bilal Eryıldırım, Fatih Tarhan | |
| PS-081 | 517 | PS-089 | 527 |
| EJAKÜLASYONUN SERUM KOMPLEKS PSA KONSANTRASYONU ÜZERİNE ETKİSİ | | KİST HİDATİK HASTALIĞI; KARACİGER, RETROVEZİKAL VE SEMİNAL VEZİKÜLÜ İÇEREN KİSTİK HASTALIK | |
| Fatih Tarhan, Kadir Demir, Asuman Orçun, Özlem Çakır Madenci, Erkin Sağlam | | Cahit Şahin, Utku Can, Fehmi Narter, Gökhan Faydacı, Bilal Eryıldırım, Kemal Sarıca | |
| PS-082 | 518 | PS-090 | 528 |
| YÜKSEK REZİDÜLÜ VEYA ÜRİNER RETANSİYONDA BULUNAN ERKEK HASTALARDA DETRUSOR FONKSİYONLARI | | KONSTİPASYONUN TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASI GELİŞEN İNFEKTİF KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ | |
| Oğuz Mertoğlu, İlker Akarken, Mehmet Yoldaş, Yusuf İlbey, Ferruh Zorlu | | Cahit Şahin, Alper Kafkaslı, Özgür Yazıcı, Murat Tuncer, Fehmi Narter, Fatih Tarhan, Kemal Sarıca | |
| PS-083 | 519 | PS-091 | 529 |
| RENAL KİTLELİ TAKLİT EDEN GOSSİPİBOMA İÇİN RADİKAL NEFREKTOMİ | | ÜRETER ÜST BÖLÜM TAŞLARINDA ESWL'İNİN BAŞARILI OLMASINDA ALINAN SIVI MİKTARI ETKİLİ DEĞİLDİR | |
| Çetin Demirdağ, Çağatay Doğan, Deniz Çebi Olgun, Haydar Durak, Ahmet Erözenci | | Hasan Soydan, Sezgin Okçelik, Fırat Saraçoğlu, Ferhat Ateş, Ömer Yılmaz, Ercan Malkoç, Temuçin Şenkul, Kenan Karademir | |
| PS-084 | 520 | PS-092 | 531 |
| DİYABETİK NEFROPATİLİ BİR OLGUDA KLOPİDOGREL İLE İLİŞKİLİ SPONTAN RENAL PARANKİMAL LASERASYON | | NADİR BİR HEMATÜRİ NEDENİ: KÜRETAJ SONRASI DETRÜSÖR KASI İÇERİSİNE PLASENTAL VİLLUS YAPILARININ İMPLANTASYONU | |
| Mehmet Emin Özyalvaçlı, Uğur Üyetürk, Siddıka Halıcıoğlu, Ertuğrul Karğı | | Ömer Yılmaz, Zeki Aktaş, Ali Yılmaz, Ercan Malkoç, Ferhat Ateş | |
| PS-085 | 522 | PS-093 | 532 |
| ŞOK DALGALARI İLE TAŞ KIRMA ÖNCESİ UYGULANAN ANALJEZİK TEDAVİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI | | SÜNNET İSTEĞİ İLE POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVURANLARDA ÜROGENİTAL SİSTEM ANOMALİLERİ | |
| Lokman İrklata, Hüseyin Cihan Demirel, Mustafa Aydın, Hasan Rıza Aydın, Yelda Ersözlu Bakırtaş, Caner Moral, Mevlüt Keleş, Mustafa Kemal Atilla | | Adem Yaşar, Fatih Fırat | |
| PS-086 | 524 | PS-094 | 533 |
| SWL SONRASI REZİDÜ FRAGMANLAR SAĞLIKLA İLİŞKİLİ HAYAT KALİTESİNİ NASIL ETKİLİYOR? BOYUT TABANLI KRİTİK BİR ANALİZ | | ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞI VE OBEZİTE: AYNI BİYOKİMYASAL MEKANİZMALARIN NEDEN OLDUĞU İKİ FARKLI HASTALIK | |
| Cahit Şahin, Erkin Sağlam, Alper Kafkaslı, Ali Cihanğir Çetinel, Kemal Sarica | | Özgü Aydoğdu | |

PS-095 534

**TRANSSEKSÜEL BİR HASTADA CİNSEL İLİŞKİ SONRASI
NEOVAJİNAL PERFORASYON**

Hasan Deliktaş, Önder Özcan, Neşat Çullu, Ömer Erdoğan

PS-096 535

**PROMPT MANAGEMENT OF ANASTOMOTIC LEAK OR
ACUTE OBSTRUCTION AFTER MINIMALLY INVASIVE
PYELOPLASTY WITH PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY
PRESERVES OUTCOMES**

Asım Özayar, Monica S.c. Morgan, Justin I. Friedlander, Meghan Saumur, Govind Krishan1, Jeffrey C. Gahan

PS-097 536

**ÜRETEROPELVİK BİLEŞKENİN HİSTOPATOLOJİK YAPISI
PYELOPLASTİ BAŞARISINI ETKİLER Mİ?**

Oktay İssi, Hasan Deliktaş, Hayrettin Şahin, Abdullah Gedik, Selver Özekinci

PS-098 537

**İZOLE KALİSİYEL TAŞLARIN ETYOLOJİSİNDE
PELVİKALİSİYEL
HACİM FAKTÖRÜ**

Serhat Gürocak, Bora Küpeli, Cenk Acar, İyimsir Üre, Üstünel Karaoğlan, İbrahim Bozkırlı

PS-099 538

**PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SIRASINDA OLUŞAN
KOLON PERFORASYONU; KONSERVATİF İZLEM SONRASI
SPONGOSTAN İLE FİSTÜL KAPATILMASI**

Sıtkı Ün, Hakan Türk, Osman Koca, Volkan Çakır, Cengiz Kara, Gökhan Koç, Yüksel Yılmaz

PS-100 540

**HİDROSELİN NADİR BİR NEDENİ: LENFANJİYOMA
SİRKUMSKRİPTUM**

Alp Tuna Beksaç, M. İrfan Dönmez, Neslihan Yıldırım, İlhan Erkan, Ali Ergen

PS-101 542

Fournier Gangrene After Appendectomy

Erkan Efe, Bülent Altunoluk, Eyüp Koluş, Yakup Duman, Hasan Uçmak, Nurettin Kuzhan

PS-102 544

**MESANENİN SKROTAL HERNİASYONU, INSİDENTAL TANI
KONULAN NADİR BİR OLGU SUNUMU**

Mustafa Karabıçak, Hakan Türk, Batuhan Ergani, Mehmet Yoldaş, Hüseyin Tarhan, Tufan Süelözgen, Ferruh Zorlu

Sözlü Sunumlar

MESANE TÜMÖRÜNDE NEOADJUVAN KEMOTERAPİ GENEL SAĞKALIMI UZATIR

Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan, Ferruh Zorlu,
Rauf Taner Divrik

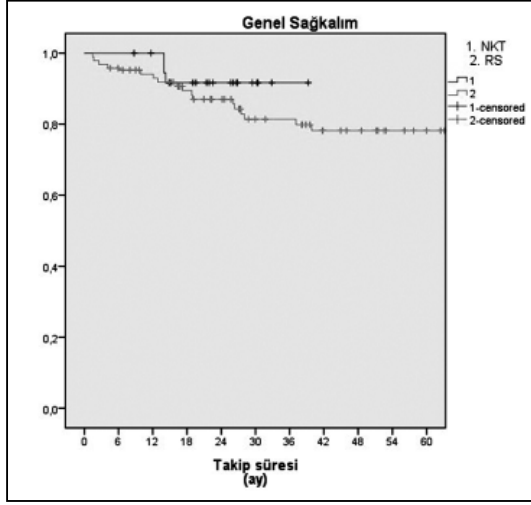
S.B. Tepecik Eğitim Hastanesi Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Kas invaziv mesane tümörü tedavisinde radikal sistektomi (RS) altın standart tedavidir. RS yapılacak hastalara neoadjuvan kemoterapi (NKT) verilmesi ise genel sağkalımı uzatması nedeni ile önerilmektedir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde RS yapılan hastalar ile RS öncesinde NKT alan hastaları sağkalım ve nüks açısından incelemektir.

Yöntem: Haziran 2000-Haziran 2014 arasında RS yapılan hastalar çalışmaya alındı. NKT alan hastalar ile sadece RS yapılan hastalar demografik veriler, RS patoloji sonucu, metastaz varlığı, mortalite ve genel sağkalım açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya toplam 247 hasta alındı. NKT ve RS gruplarında sırası ile 51 (%20,6) ve 196 (%79,4) hasta vardı. NKT grubunda 9 hasta RS'den vazgeçtiği, 1 hastada NKT sırasında progresyon olduğu ve 1 hastada genel durumu bozukluğu sonrasında tedavi reddi nedeni ile RS yapılamadı ve bu 11 hasta (%21,5) sağkalım analizine dahil edilmedi. RS grubunda 7 hasta takip sırasında kayboldu ve istatistik analizine dahil edilmedi. 51 hastaya median $4\pm 0,78$ kür NKT (3-6 kür) verildi. NKT sonrasında 14/51 hastada (%27,5) radyolojik tam yanıt, 32 hastada (%62,7) kısmi yanıt alınırken 5 hastada (%9,8) radyolojik olarak kitle stabil kaldı veya büyüme görüldü. Tam yanıt alınan 5/14 hasta (%35,7) RS'den vazgeçti ve diğer tedavilere yönlendirildi. Kaplan-Meier sağkalım analizinde NKT ve RS gruplarında 36 aylık tahmini sağkalım oranı sırası ile %91 ve %81 idi ($p<0,05$) (Şekil 1). Çok değişkenli Cox-regresyon analizinde sadece RS yapılanlarda 2,79 kat (OR, %95 CI 1,12-9,55 $p=0,017$) genel sağkalım daha az saptanmıştır (Tablo 1).

Çıkarımlar: NKT sonrası RS hastaların genel sağkalım süresini uzatmaktadır. Bizim hasta grubumuzda, tedavi kompliyansının düşük olmasının en sık nedeni hastaların NKT'ye tam yanıt verip tedaviden vazgeçmeleridir.



Şekil 1.

Tablo 1. Çok değişkenli Cox-regresyon analizi sonuçları

| | OR | P değeri |
|---------------------------------------|-------------------|-----------------|
| RS vs. NKT | 2,79 (1,12-9,55) | 0,017 |
| CIS (var vs. yok) | 7,96 (3,66-17,30) | <0,05 |
| Cerrahi Sınır (pozitif vs. negatif) | 6,18 (1,90-20,05) | <0,05 |
| T evresi (T2 ve altı vs. T3a ve üstü) | 1,91 (1,08-4,11) | <0,05 |
| Lenf nodu (pozitif vs. negatif) | 1,04 (0,40-2,12) | 0,897 |

PSA-YAŞ VOLÜM SKORUNUN TÜRKİYE'DE POZİTİF PROSTAT BİYOPSİ SONUÇLARINI ÖNGÖRMEDEKİ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Oktay Üçer¹, Uğur Yücetaş², İlker Çelen³, Gökhan Toktaş², Talha Müezzinoğlu¹

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

²Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³Acıpayam Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Denizli

Amaç: PSA-AV (yaş-volüm) hastanın yaş ve prostat volümünün çarpılıp serum PSA değerine bölünmesiyle hesaplanan bir skordur. PSA-AV için önerilen eşik değeri 700'dür ve bu değer altında olmasının pozitif prostat biyopsi sonucunu öngörmedeki duyarlılığının yüksek olduğu belirtilmektedir. Çalışmamızın amacı PSA-AV skorunun Türkiye'de pozitif prostat biyopsi sonucunu öngörmedeki etkinliğinin incelemektir.

Yöntem: İki merkezdeki toplam 4717 prostat biyopsi verisi geriye dönük olarak tarandı. Bu veriler hastaların yaş ve prostat volümüne göre gruplara ayrıldı. Her grupta PSA-AV, PSA 4 ng/mL ve yaşa göre düzeltilmiş PSA'nın prostat kanserini yakalamadaki duyarlılık ve özgüllük değerleri hesaplandı.

Bulgular: Tüm hastalardaki PSA-AV skorunun, kanser saptamadaki duyarlılık ve özgüllük değerleri sırası ile %95 ve %15'di. PSA 4 ng/mL için ise sırası ile %95 ve %13'di. Tüm hastalar değerlendirildiğinde PSA-AV ve PSA 4 ng/mL'nin duyarlılık ve özgüllük değerlerinin benzer olduğu görüldü. Hastalar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde; 60 yaş üzerinde PSA-AV 700'ün kanser saptama duyarlılığı, PSA 4 ng/mL ve yaşa göre PSA ile benzer olmasına rağmen 60 yaş altında PSA-AV 700'ün duyarlılığı diğer iki metoda göre daha yüksekti (Tablo 1). Yine 20cm³ üzerindeki prostat volümünde, PSA-AV 700 ile diğer iki metodun duyarlılıkları benzerken, 20cm³'ün altındaki prostat volümlerinde PSA-AV 700'ün duyarlılıkları daha yüksek bulundu (Tablo 2).

Çıkarımlar: Tüm biyopsiler değerlendirildiğinde, PSA-AV 700 ve PSA 4ng/mL'nin prostat kanserini saptamadaki duyarlılıkları benzerdir. Ancak, 60 yaş altında ve düşük prostat volümlü (<20 cm³) hastalarda PSA-AV 700'ün duyarlılığı daha yüksektir. Bu gibi genç ve küçük prostatlı hastalarda biyopsi kararı verirken PSA-AV'nin de kullanılmasını önermekteyiz.

Tablo 1. Farklı yaş gruplarındaki PSA metotlarının prostat kanseri saptamadaki değerleri.

| | Toplam biyopsiler (n) | Kanser saptananlar (n) | Duyarlılık (%) | Özgüllük (%) | PPD (%) | NPD (%) |
|------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------|----------------|
| Psa 2,5 ng/mL | 120 | 12 | 85,7 | 6,1 | 10 | 77,8 |
| Psa 4,0 ng/mL | 91 | 9 | 64,3 | 28,7 | 9,9 | 86,8 |
| Psaav 700 | 123 | 14 | 100 | 5,2 | 11,4 | 100 |
| Psaav 500 | 108 | 13 | 92,9 | 17,4 | 12 | 95,2 |
| 50-59 yaş | | | | | | |
| Psa 3,5 ng/mL | 1191 | 199 | 91,7 | 12 | 16,7 | 88,2 |
| Psa 4,0 ng/mL | 1081 | 192 | 88,5 | 21,1 | 17,8 | 90,5 |
| Psaav 700 | 1224 | 213 | 98,2 | 10,3 | 17,4 | 96,7 |
| Psaav 500 | 1005 | 194 | 89,4 | 28 | 19,3 | 93,2 |
| 60-69 yaş | | | | | | |
| Psa 4,5 ng/mL | 1767 | 445 | 89,6 | 15,9 | 25,2 | 82,8 |
| Psa 4,0 ng/mL | 1908 | 472 | 95 | 8,7 | 24,7 | 84,5 |
| Psaav 700 | 1764 | 474 | 95,5 | 17,9 | 26,9 | 92,5 |
| Psaav 500 | 1408 | 424 | 85,3 | 37,4 | 30,1 | 89 |
| 70-79 yaş | | | | | | |
| Psa 6,5 ng/mL | 912 | 375 | 84,7 | 26,6 | 44,1 | 74,1 |
| Psa 4,0 ng/mL | 1128 | 430 | 97,1 | 4,6 | 38,1 | 72,3 |
| Psaav 700 | 983 | 412 | 93 | 22 | 41,9 | 83,9 |
| Psaav 500 | 812 | 377 | 85,1 | 40,6 | 46,4 | 81,8 |

PPD, Pozitif prediktif değer; NPD, Negatif prediktif değer; PSA-AV, PSA-yaş-volum.

Tablo 2. Farklı prostat volümlerindeki gruplarda PSA metotlarının prostat kanseri saptamadaki değerleri.

| | Toplam biyopsiler (n) | Kanser saptananlar (n) | Duyarlılık (%) | Özgüllük (%) | PPD (%) | NPD (%) |
|---|------------------------------|-------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------|----------------|
| Prostat volümü <20 cm³ | | | | | | |
| Psa 4,0 ng/mL | 298 | 139 | 90,8 | 25,4 | 46,6 | 79,4 |
| Psaav 700 | 345 | 151 | 98,7 | 8,9 | 43,8 | 90,5 |
| Psaav 500 | 341 | 151 | 98,7 | 6,3 | 44,3 | 92 |
| Prostat volümü 20-60 cm³ | | | | | | |
| Psa 4,0 ng/mL | 2914 | 821 | 94 | 14,2 | 28,2 | 86,9 |
| Psaav 700 | 3072 | 849 | 97,3 | 8,8 | 27,6 | 90 |
| Psaav 500 | 2555 | 778 | 89,1 | 27,1 | 30,5 | 87,4 |
| Prostat volümü 60-100 cm³ | | | | | | |
| Psa 4,0 ng/mL | 786 | 116 | 100 | 5,4 | 14,8 | 100 |
| Psaav 700 | 553 | 91 | 78,4 | 34,7 | 16,5 | 90,8 |
| Psaav 500 | 358 | 63 | 54,3 | 58,3 | 17,6 | 88,6 |
| <i>PPD, Pozitif prediktif değer; NPD, Negatif prediktif değer; PSA-AV, PSA-yaş-volüm.</i> | | | | | | |

BÖBREK TÜMÖRLERİNDE KLİNİK VE RADYOLOJİK VERİLERİN KULLANILDIĞI MAKİNE ÖĞRENME TEMELLİ YÖNTEMLER İLE HİSTOPATOLOJİK BULGULARIN ÖNGÖRÜLMESİ

Ömer Acar¹, Esin Öztürk Işık², Metin Vural³, Aslıhan Onay³, Tarık Esen⁴

¹VKV Amerikan Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²Boğaziçi Üniversitesi, Biyomedikal Mühendisliği Enstitüsü, İstanbul

³VKV Amerikan Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul

⁴Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, nefron-koruyucu cerrahi öncesindeki klinik ve radyolojik verileri kullanarak, patolojik inceleme sonucunda elde edilen bulguların öngörülmesinde üç sınıflandırma yönteminin başarısı değerlendirilmiştir.

Yöntem: Hastanemizde robotik teknolojinin kullanılmaya başlandığı Mayıs 2010'dan itibaren robot-yardımlı ve açık nefron-koruyucu cerrahi yapılmış olan 116 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri ve klinik özellikleri (sistemik komorbiditeler, ASA skoru) kaydedildi. Preoperatif görüntülemelerde (bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme) elde edilen bulgular aynı radyoloji uzmanı tarafından değerlendirildi ve her tümör için R.E.N.A.L., P.A.D.U.A. skoru ve C-indeks değeri hesaplandı. Glomerüler filtrasyon hızı (eGFR), Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) formülüne göre hesaplandı. Aynı patoloji uzmanı tarafından gerçekleştirilen histopatolojik inceleme bulguları (Fuhrman derecesi, histolojik tip ve patolojik evre) kaydedildi.

Hasta yaşı, ASA skoru, klinik evre, R.E.N.A.L. skoru, P.A.D.U.A. skoru, C-indeks değeri ve eGFR parametreleri, doğrusal (LDA) ve ikilenik (QDA) ayırma analizi ile Gauss yarıçap temelli fonksiyon çekirdekli destek vektör makineleri (SVM) ile oluşturulan sınıflandırma modellerinde kullanıldı. Sınıflandırma yöntemlerinin özgüllük ve duyarlılıkları üç katmanlı çarpaz doğrulama yöntemi kırk kere tekrarlanıp ortalaması alınarak hesaplandı.

Bulgular: Renal hücreli karsinom (RCC) veya diğer hücre tiplerinden oluşan (RCC dışı ve benign) kitle ayırımında; LDA, QDA ve SVM'nin duyarlılıkları sırasıyla, %78.4, %76.6 ve %77.2, özgüllükleri ise sırasıyla, %27.2, %24.8 ve %25.9 olarak hesaplandı. Berrak hücreli ve berrak hücreli olmayan RCC histolojik alt tipi ayırımında; LDA, QDA, ve SVM'nin duyarlılıkları sırasıyla, %75.7, %74.2 ve %75.5, özgüllükleri ise sırasıyla, %37.5, %34.3 ve %42.9 olarak hesaplandı. Fuhrman derecelendirmesine göre yüksek (3 ve 4) ve düşük (1 ve 2) dereceli tümörlerin ayırımında; LDA, QDA ve SVM'nin duyarlılıkları sırasıyla %71.9, %71.1 ve %74.3, özgüllükleri ise sırasıyla, %32.1, %30.9 ve %39.1 olarak hesaplandı.

Çıkarımlar: Her üç yöntem de, böbrek tümörlerinde preoperatif parametreleri kullanarak histopatolojik sonuçların öngörülmesinde, başarılı sonuç verdi. Duyarlılık oranlarının artırılması gerektiği gözlemlendi. Bir sonraki çalışmada, daha büyük bir hasta popülasyonunda patolojik evrelemede bu sınıflandırma yöntemlerinin başarısı ölçümlenecektir.

İDAME BCG TEDAVİSİ ALAN YÜKSEK RİSKLİ KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİ HASTALARINDA İKİNCİ TUR MUTLAKA 2-6 HAFTA İÇİNDE YAPILMALI MI? ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMASI

Sümer Baltacı¹, Murat Bozlu², Asif Yıldırım³, Mehmet İlker Gökce¹, İlker Tinay⁴, Güven Aslan⁵, Cavit Can⁶, Niyazi Levent Türkeri⁴, Uğur Kuyumcuoğlu⁷, Necmettin Aydın Mungan⁸

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İçel

³S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁵Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

⁶Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

⁷Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Edirne

⁸Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Zonguldak

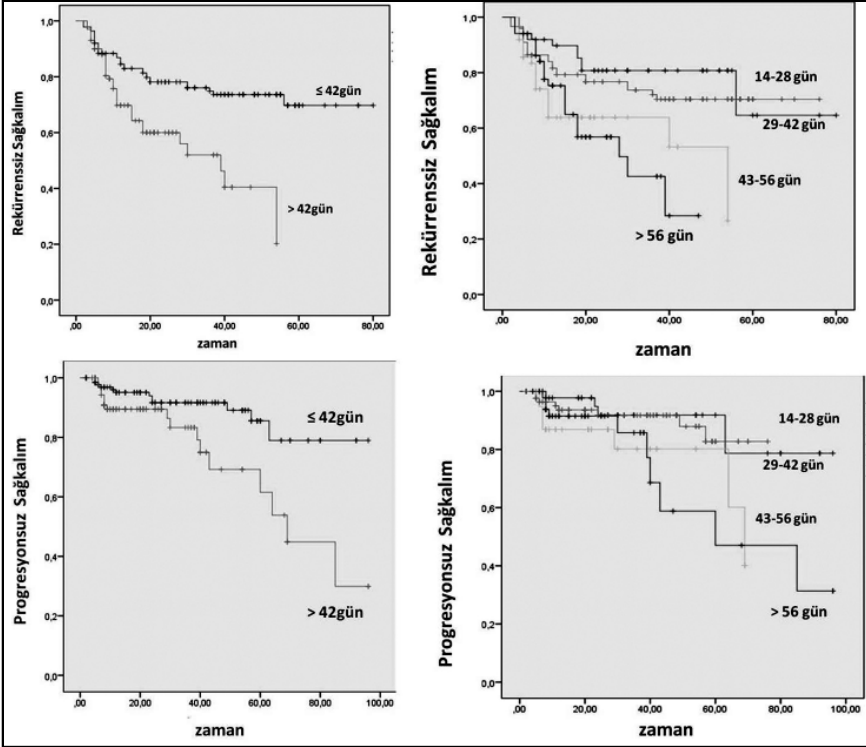
Amaç: Yüksek risk grubundaki Kasa invaze olmayan mesane kanseri (KİOMK) hastalarında ikinci TUR (Re-TUR) yapılması ve idame intrakaviter BCG verilmesi ile nüks ve progresyonda azalma sağlanmaktadır. Re-TUR' un ilk TUR dan 2-6 hafta sonra yapılması önerilmekte ise de bilebildiğimiz kadarıyla bu zamanlamanın doğruluğunu destekleyen literatürde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada Re-TUR' a kadar geçen sürenin idame BCG alan hasta grubunda nüks ve progresyon oranlarına olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu retrospektif çalışma üroonkoloji derneği mesane kanseri çalışma grubu bünyesinde planlanmış olup, çalışmaya 10 farklı merkezden, yüksek riskli KİOMK nedeniyle Re-TUR uygulanan ve en az 12 ay süre ile idame BCG tedavisi almış 242 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özellikleri yanı sıra, tümöral özellikler de kaydedilmiştir. Hastalar süre açısından 14-28 gün, 29-42 gün, 43-56 gün ve >56 gün olmak üzere 4 grupta incelenmiştir. Re-TUR' a kadar geçen sürenin nüks ve progresyon oranlarına olan etkisi Kaplan-Meier analizi ile bu sürenin nüks ve progresyon için bağımsız bir risk faktörü olup olmadığı ise Cox-regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 64.7 ± 10.7 , ortalama takip süresi $29,4 \pm 22,2$ aydır. Re-TUR' a kadar geçen ortalama süre $42.5 \pm 18,1$ gün (15-90) olarak bulunmuştur. Demografik özellikler ve tümöre bağlı özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ve bulgular tablo 1 de özetlenmiştir.

Rekürrensiz ve progresyonsuz sağkalım oranları karşılaştırıldığında, Re-TUR'a kadar geçen süre >42 gün olan hastalarda, <42 gün olanlara kıyasla rekürrens ve progresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($P=0,0001$ ve $p=0,006$)(Şekil 1). Ancak 14-28 gün, 29-42 gün grupları arasında ve 43-56 gün ve >56 gün grupları arasındaki farkların anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çok değişkenli analizde tümör derecesi, CİS varlığı ve Re-TUR'a kadar geçen sürenin rekürrens açısından, tümör derecesi ve Re-TUR'a kadar geçen sürenin ise progresyon açısından bağımsız risk faktörleri olduğu tespit edilmiştir.

Çıkarımlar: Re-TUR' un ilk 6 hafta içinde yapıldığı olgularda nüks ve progresyon oranlarının daha düşük olduğu ve Re-TUR'a kadar geçen sürenin rekürrens ve progresyon üzerine bağımsız bir risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Bu konu üzerine prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.



Şekil 1.

| Tablo 1. | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|----------|
| Parametre | Gruplar | | | | P değeri |
| | 14-28 gün N=50 | 29-42 gün N=90 | 43-56 gün N=49 | >56 gün N=53 | |
| Yaş, mean±SD | 64,8±9,5 | 61,1±12,3 | 66±9,8 | 64,6±9,9 | 0,798 |
| Cinsiyet | | | | | |
| erkek, n (%) | 44 (88) | 79 (87,8) | 46 (93,9) | 43 (81,1) | 0,28 |
| kadın, n (%) | 6 (12) | 11 (12,2) | 3 (6,1) | 3 (6,1) | |
| Evre | | | | | |
| Ta, n (%) | 5 (10) | 15 (16,7) | 8(16,3) | 12 (22,6) | 0,394 |
| T1, n (%) | 45 (90) | 75 (83,3) | 41 (83,7) | 41 (77,4) | |
| CiS, n (%) | 4 (8) | 6 (6,6) | 4 (8,1) | 5 (9,4) | 0,544 |
| Yüksek dereceli tümör, n (%) | 46 (92,6) | 76 (84,4) | 46 (93,9) | 46 (86,8) | 0,311 |
| Tumor boyutu, mean±SD | 2,89 ±1,5 | 2,49±1,2 | 2,83±1,2 | 2,79±1,3 | 0,264 |
| Tek doz kemoterapi, n (%) | 30 (60) | 56 (62,2) | 33 (67,3) | 33 (62,2) | 0,498 |
| Re-TUR da tümör saplanması, n (%) | 15 (30) | 34 (37,8) | 25 (51,0) | 30 (56,6) | 0,021 |

BÖBREK HÜCRELİ KARSİNOM TÜMÖROGENEZ BAŞLANGICINDA ARTMIŞ TRANSGLUTAMİNAZ 2 EKSPRESYONU METASTAZ RİSKİNİ, HASTALIKSIZ VE KANSERE ÖZGÜ SAĞKALIMI ÖNGÖRMEKTEDİR

Selçuk Erdem¹, Gülçin Yeğen², Dilek Telci³, İbrahim Yıldız⁴, Halim İşsever⁵, Işın Kılıçaslan², Öner Şanlı¹

¹*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

³*Yeditepe Üniversitesi, Genetik ve Doku Mühendisliği Bölümü, İstanbul*

⁴*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Medikal Onkoloji, İstanbul*

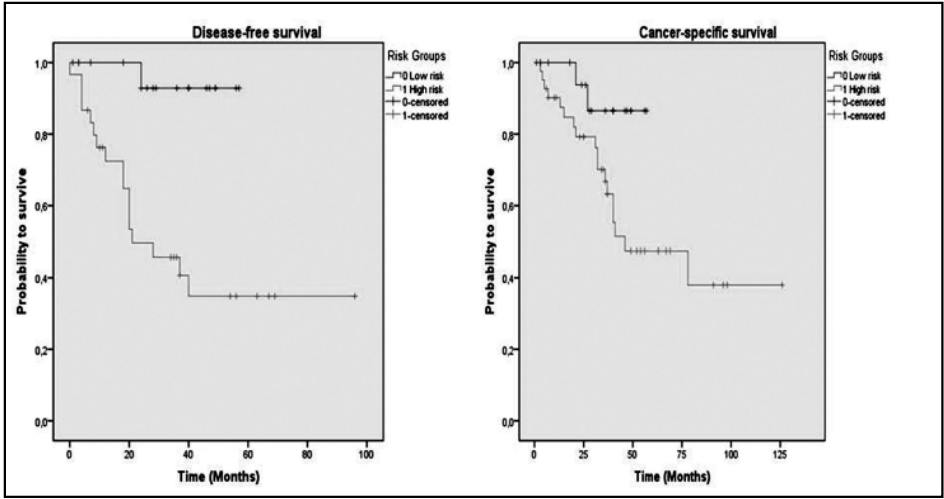
⁵*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Biyoistatistik, İstanbul*

Amaç: Artmış transglutaminaz 2 (TG2) ekspresyonunun böbrek hücreli karsinom (BHK) gelişiminde ve metastazında önemli olduğu daha önce bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı primer ve metastatik dokuların immunhistokimyasal analiz ile karşılaştırılarak TG2'nin metastatik BHK (mBHK)'daki rolünü araştırmaktır.

Yöntem: Otuz üç mBHK hastası ve bu hastalarla cinsiyet, yaş, Fuhrmann nükleer grade ve patolojik T evresi bakımından mümkün olduğunca eşleştirilen 33 non-metastatik BHK (nmBHK) hastası retrospektif olarak tanımlandı. Her iki hasta grubunun parafine gömülmüş primer böbrek tümör dokuları ile mBHK hastalarının metastatik dokuları TG2 ile immunhistokimyasal olarak boyandı. Dokular boyanma sonuçlarına göre 0'dan 7'ye kadar skorlandı ve bu skorlar gruplar arasında karşılaştırıldı. Daha sonra, primer tümörlerin ortalama boyanma skoru (5) kestirim değeri alınarak hastalar yüksek ve düşük riskli olarak iki gruba ayrıldı; Grup 1 (yüksek risk, n=41) ve Grup 2 (düşük risk, n=22). İki grup arasında klinik, histopatolojik ve sağkalım parametreleri karşılaştırıldı. Ki-kare, studen t ve Mann-Whitney U test ile Kaplan-Meier sağkalım analizleri uygunca kullanıldı.

Bulgular: Tüm popülasyonun (n=63) ortalama TG2 skoru 5 bulunurken mBHK hastalarının ortalama TG2 skoru nmBHK hastalarından anlamlı olarak yüksekti. (6'ya karşı 4, p<0.001) Metastatik hastaların primer böbrek ve sekonder metastatik dokularının ortalama TG2 skoru istatistiksel olarak farklı değildi. (6'ya karşı 7, p=0.086). Metastatik hasta oranı Grup 1'de (yüksek riskli grup) anlamlı olarak artmış bulundu. (% 68.3'e karşı % 18.2, p<0.001). Kaplan-Meier sağkalım analizlerine göre 5 yıllık hastaliksiz (% 34.9'e karşı % 92.9, p=0.001) ve kansere özgü sağkalım (% 47.4'e karşı % 86.5, p=0.04) oranları Grup 1'de anlamlı olarak düşük saptanırken genel sağkalım oranı Grup 1 ve 2 arasında farklı bulunmadı. (% 40.4'e karşı % 55.6, p=0.343).

Çıkarımlar: Primer tümör dokusunda artmış TG ekspresyonu BHK hastalarında metastazı öngörmektedir ve azalmış hastaliksiz ve kansere özgü sağkalım oranları ile ilişkilidir. Bu bulgularla, TG2, BHK'da prognostik faktör olarak ve anti-karsinojen ajan çalışmaları için potansiyel hedef olarak gösterilebilir.



Şekil 1.

Tablo 1. Klinik ve histopatolojik parametrelerin yüksek ($5 \leq$ primer böbrek tümörü TG2 skoru) ve düşük (primer böbrek tümörü TG2 skoru < 5) riskli gruplar arasında karşılaştırılması

| | Grup 1 – Yüksek risk | Grup 2 – Düşük risk | p |
|-----------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------|
| n | 41 | 22 | |
| Tanı sırasında yaş (yıl) | 59.17 ± 10.0 | 60.41 ± 10.99 | 0.882 |
| Erkek (n, %) | 31, % 75.6 | 14, % 63.6 | 0.316 |
| Sol (n, %) | 22, % 53.7 | 12, % 54.5 | 0.946 |
| Berrak hücreli/Pailler Tip (n, %) | 38/3, % 92.7/7.3 | 21/1, % 95.5/4.5 | 0.667 |
| Patolojik tümör çapı (cm) | 7.2 (2.5-23.5) | 9.75 (3.5-19.0) | 0.023 |
| Fuhrmann Grade 2, 3, 4 | 5/18/18, % 12.2/43.9/43.9 | 2/13/7, % 9.1/59.1/31.8 | 0.524 |
| Mikrovasküler invazyon (n, %) | 21, % 51.2 | 14, % 63.5 | 0.344 |
| Nekroz (n, %) | 23, % 56.1 | 13, % 59.1 | 0.819 |
| Sarkomatöz değişim (n, %) | 16, % 39.1 | 6, % 27.3 | 0.351 |
| Pozitif cerrahi sınır (n, %) | 3, % 7.3 | 2, % 9.1 | 0.804 |
| Perinefrik invazyon (n, %) | 16, % 39.0 | 11, % 50.0 | 0.102 |
| Renal ven invazyon (n, %) | 18, % 43.9 | 11, % 50.0 | 0.643 |
| pT1, pT2, pT3, pT4 (n, %) | 9/9/21/2, % 22/22/51.2/4.9 | 3/4/15/-, % 13.6/18.2/68.2/- | 0.478 |
| Metastatik/Non-metastatik (n, %) | 28/17, % 68.3/31.7 | 4/18, % 18.2/81.8 | <0.001 |

T1 MESANE KANSERLERİNDE LENFOVASKÜLER İNVAZYON PROGNOSTİK BİR FAKTÖR MÜDÜR?

Münir Bilgehan¹, Ali Ülgen¹, Deniz Arık², İyimser Üre¹, Cavit Can¹

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Bölümü, Eskişehir

Amaç: T1 mesane tümörü tanımlı hastalarda saptanan lenfovasküler invazyonun (LVİ) prognostik değerinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Haziran 1995 ve haziran 2014 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı'nda mesane tümörü sebebiyle takip edilen 771 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Patoloji sonucu T1 mesane kanseri olarak rapor edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Bütün hastalara re-TUR-m yapıldı.

Bulgular: Hastaların 180'i (%93,3) erkek, 13'ü (%6,7) kadın, yaş ortalamaları 61 yıl(31-82), ortanca takip süreleri ise 66 ay idi (13-211). Bu hastaların 28'i (%14,5) düşük dereceli olup 165'i (%85,5) yüksek dereceli tümörlerdi. Hastaların 28'inde (%14,5) CİS, 20'sinde (%10,3) lenfovasküler invazyon görüldü. 108 hastada (%56) takipte nüks saptanırken 31'inde (%16) progresyon izlendi. Genel sağkalım analizinde LVİ'nin anlamlı bir değişken olduğu ($p<0,001$), LVİ pozitif grubun 3 yıllık sağkalımı %51 iken negatif grubun %95 olduğu, LVİ'nin nüksüz ve progresyonsuz sağkalımda da etkili bir faktör olduğu ($p=0,006$ ve $p=0,001$) görülmüştür. LVİ pozitif ve negatif hastaların 1 yıllık nüksüz sağkalımları, sırası ile %45 ve %67 iken, progresyonsuz sağkalımı %70 ve %96 olarak bulunmuştur.

Çıkarımlar: T1 tümörlerde kasa invaziv mesane kanseri gelişme riski sebebiyle prognostik faktörlerin bilinmesi ve tedavi şeklinin belirlenmesi son derece önemlidir. LVİ' unun hastalığın prognozunu etkileyen en önemli parametrelerden biri olduğu ve T1 hastalıkta agresif bir seyri olması sebebiyle erken sistektominin değerlendirilebilir bir tedavi yöntemi olduğunu düşünmekteyiz.

ANLAMLI PSA DÜŞÜŞLERİNİN PROSTAT KANSERİ SAPTAMA OLASILIĞINA ETKİSİ VAR MI?

İlker Tinay¹, Yılören Tanıdır², Ferhad Talıbzade¹, Mehmet Kazım Asutay¹, Niyazi Levent Türkeri¹

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

²Izmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

Amaç: Belirli aralıklarla bakılan total PSA değerindeki ciddi düşüşün biyopside prostat kanseri ve klinik önemli prostat kanseri saptama olasılığına etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2010 – 2014 yılları arasında anormal parmakla rektal muayene (PRM) bulgusu olmayıp PSA yüksekliği (>2,5 ng/dL) nedeniyle başvuran toplam 356 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalardan PSA 2,5-10 ng/dl arasında olanların bir kısmına alfa bloker, bir kısmına antibiyotik, bir kısmına her iki tedavi verildi, bir kısmına hiçbir tedavi verilmedi. PSA > 10 ng/dl olanlar ise 2 hafta sadece antibiyotik tedavisi aldı. Antibiyotik olarak hastalara siprofloksasin 750 mg 1x1, alfa-blokör olarak tamsulosin hidroklorür 0,4 mg 1x1 verildi. Sırasıyla bir ay ve iki hafta sonra kontrol PSA sonucu dikkate alınmaksızın bütün hastalara genel anestezi altında saturasyon prostat biyopsisi (SPB) uygulandı. İşlem sırasında standart (sağ ve sol lateral zondan beşer adet, sağ ve sol transizyonel zondan üçer adet) odaklara ek olarak, sağ ve sol uzak lateral zondan longitudinal prostat ölçümlerine göre her 10 mm'lik uzunluk için ek biyopsiler alındı. PSA değeri <10 olan, PRM bulgusu olmayan, tümör odak sayısı ≤2 olan, Gleason skoru ≤6 olan kanserli hastalar klinik olarak önemsiz prostat kanseri kabul edildi. Daha sonra hastalar kontrol PSA değeri yarıya inenler(Grup 1) ve inmeyenler(Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar PSA değeri, patoloji sonucu ve klinik önemli prostat kanseri saptanıp saptanmaması açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Grup 1 'in ortalama PSA değeri 5,2 iken, Grup 2'ninki 8,5 idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05) (Tablo 1). 356 hastanın 14'de PSA önceki değere göre yarıya inmiş (Grup 1), 342'sinde inmemişti (Grup 2). Bir ay sonraki PSA değeri yarıya inen 14 hastadan üçü hiçbir tedavi almamış, ikisi sadece antibiyotik, dördü sadece alfa-bloker tedavisi, geri kalanlar her iki tedaviyi almıştı. Grup 1'deki 14 hastanın 13 (%92,9)'ünde prostat kanseri saptanmazken sadece bir (%7,1) hastada prostat kanseri saptandı ve bu klinik olarak önemsiz prostat kanseri idi. Grup 2'deki toplam 342 hastadan 228 (%67,1)'de prostat kanseri saptanmazken 112 (%32,9)'de prostat kanseri saptandı. Prostat kanseri saptananların 95 (%84,82)'i klinik önemli, 17 (%15,18)'si klinik önemsiz prostat kanseriydi. İki grup arasında hem prostat kanseri saptama, hem de klinik önemli prostat kanseri saptama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05)(Tablo 2).

Çıkarımlar: Belirli aralıklarla bakılan total PSA değerinin yarıya indiği hastalarda prostat kanseri ve klinik önemli prostat kanseri saptama olasılığı oldukça düşüktür.

Tablo 1. Ortalama PSA'ya göre grupların karşılaştırılması

| PSA'daki düşüş | Hasta sayısı | Ortalama PSA | Std.sapma | p değeri |
|-----------------------------|--------------|--------------|-----------|----------|
| Diğer (Grup 2) | 342 | 8,5615 | 8,18814 | 0,126 |
| PSA yarıya inenler (Grup 1) | 14 | 5,2014 | 1,78881 | |

Tablo 2. PSA'daki düşüğe göre prostat kanseri saptama olasılığı

| | Hasta sayısı | Prostat kanseri var | Prostat kanseri yok | Toplam | p değeri** |
|----------------------------|--------------|---------------------|---------------------|------------|------------|
| Grup 1(PSA yarıya inenler) | 14 | 1 (%7,1) | 13 (%92,9) | 14 (%100) | <0,043* |
| Grup 2 (Diğer) | 342 | 112 (%32,9) | 228 (%67,1) | 342 (%100) | |
| Toplam | 356 | 113(31,74) | 251 (%68,26) | 356 (%100) | |

*İstatistiksel olarak anlamlı (p>0,05)

**Ki-kare testi kullanıldı

TRANSPERİTONEAL VE EKSTRAPERİTONEAL ROBOT-YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ: 140 VAKA İLE DEĞERLENDİRME

Murat Akand¹, Egemen Avcı², Mutlu Ateş³, Tibet Erdoğan⁴

¹Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Konya

²Özel Memorial Ataşehir Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

³Özel Memorial Antalya Hastanesi, Üroloji Bölümü, Antalya

⁴Özel Memorial Ataşehir Hastanesi, Üroloji Bölümü, Minimal İnvaziv ve Robotik Cerrahi Merkezi, İstanbul

Amaç: Robotik cerrahi ile gerçekleştirilen radikal prostatektomide transperitoenal ve ekstraperitoenal yaklaşımın teknik, cerrahi patolojik sonuçlar ile değerlendirilmesi

Yöntem: Robot yardımcı ekstraperitoenal yaklaşımla gerçekleştirdiğimiz laparoskopik radikal prostatektomi son 70 hastada (ortalama yaş: 60.7) ile transperitoenal yaklaşım uyguladığımız son 70 hastanın (ortalama yaş: 60.6) preoperatif, operatif, postoperatif ve patolojik verileri karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların vücut kitle indeksi, preoperatif PSA değeri (ng/ml), prostat volümü (cc, biopsi Gleason Skor ve klinik evre dağılımı açısından farklılık yoktu. Trokar yerleştirme zamanı transperitoenal grupta ortalama 15 dakika daha uzun bulundu (12.4 vs.27.1, P: <0.001) Robotun hastaya adaptasyonu, prostatektomi, seminal vezikül disseksiyonu, anastomoz (24.6 vs. 21.2), konsol süresi (149.7 vs 143.6) ve tüm ameliyat süresi ((202.0 vs 210.0) açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Hastalarda oral diete başlama ekstraperitoenal grupta anlamlı olarak kısa olarak saptandı (9.2 vs 18.7 saat). Ortalama hastanede kalış (2.2 vs. 2.3 gün) anlamlı değilken, sonda kalış süresi transperitoenal grupta daha uzun olarak tespit edildi (7.6 vs. 5.7, p<0.01) Patolojik değerlendirmede, spesimen volümü (47.0±17.3 vs 47.2±14.9 cc; p:0.957) ve tümör volümü 3.6±3.4 vs. 2.9±2.5 cc;p:0.370) açısından fark yoktu.

Çıkarımlar: Ekstraperitoenal alanın hazırlanması ve trokar yerleştirme önemli deneyim gerektirirken, postoperatif hasta konforu açısından erken oral gıdaya başlama ve peroperatif hastanın pozisyon açısı avantajı dışında transperitoenal yaklaşım ile anlamlı farklılığı bulunmamaktadır.

LOKAL İLERİ EVRE YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERLERİNDE KÜRATİF TEDAVİ ÖNCESİ NEOADJUVAN HORMON VE KEMOTERAPİNİN ETKİNLİĞİ

Burak Çıtamak, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Emin Mammadov, Burhan Özdemir, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Lokal ileri evre prostat kanserli hastalarda küratif tedavi öncesi neoadjuvan hormon \pm dozetaksel kemoterapisinin etkinliğini araştırmak.

Yöntem: 2005 ila 2014 yılları arasında lokal ileri evre prostat kanseri nedeniyle neoadjuvan kemo-hormonoterapi alan 16 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların tedavi öncesi görüntüleme yöntemlerinde pozitif lenf nodu mevcuttu. Tüm hastalara 3'er aylık depo LHRH ve 3 haftalık kürler halinde ortalama 4.5 kür 75 mg/m²'den dozetaksel kemoterapisi uygulandı. Ardından 7 hastaya radikal retropubik prostatektomi (RRP) ve genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu (LND), 9 hastaya ise kemoterapiden 3.5 ay sonra küratif radyoterapi (RT) uygulandı.

Bulgular: RRP ve RT kollarında hastaların ortalama yaşı, tanı PSA, kemoterapi sayısı, kemoterapi sonrası PSA değerleri arasında istatistiksel olarak fark yoktu (sırasıyla; p=0.232, 0.179, 0.861, 0.445). RRP sonrası hiçbir hastada patolojik tam yanıt elde edilemedi. LND patoloji değerlendirilmesinde bir hastada bir adet; bir hastada ise iki adet metastatik lenf nodu olduğu görüldü. RT kolunda üç hasta, RRP kolunda bir hasta progresyon nedeniyle kaybedildi. Ortalama sağkalım RRP ve RT kolları için 37 ve 46 ay olarak bulundu (p=0,646). Hiçbir hastada kemoterapiye bağlı grade 3-4 toksisite görülmedi (Tablo 1).

Çıkarımlar: Çalışmamız göstermiştir ki, yüksek riskli lokal ileri prostat kanserinde küratif tedavi öncesi neoadjuvan kemo-hormonoterapi etkili ve makul bir seçenektir. RRP ve RT öncesi neoadjuvan kemoterapinin etkinliğinin gösterilebilmesi için daha çok hasta ve daha uzun takip sürelerine ihtiyaç vardır.

Tablo 1.

| | RRP, n=7 | RT, n=9 | p |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|-------|
| Ortalama yaş, yıl | 55.6 \pm 5.2 | 58.9 \pm 5.3 | 0.232 |
| Gleason >8 | 86% | 100% | 0.645 |
| İlk PSA, ng/ml | 18.6 \pm 5.1 (9-48) | 64.7 \pm 28.3 (1-186) | 0.179 |
| Taxotere sonrası PSA | 3.3 \pm 2.6 | 13.4 \pm 12.6 | 0.445 |
| Taxotere kür sayısı | 4.6 \pm 1.5 | 4.4 \pm 1.3 | 0.861 |
| Takip süresi, ay | 23.4 \pm 4.6 | 28.8 \pm 5 | 0.457 |
| Ortalama sağkalım, ay | 37 \pm 3.5 | 43.4 \pm 8.3 | 0.646 |

İDRAR HİSSİNİN, ÜROFLOWMETRİ PARAMETRELERİ VE İŞEME SONRASI REZİDÜ İDRAR HACMİ ÜZERİNE ETKİSİ

Mehmet Kaynar, Mustafa Kucur, Özcan Kılıç, Murat Akand, Murat Gül, Serdar Gökteş

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Konya

Amaç: Üroflowmetri alt üriner sistem semptomlarını değerlendirmek için sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak yaş, işeme pozisyonu, işenen hacim gibi faktörlerden etkilenebilmektedir. Çalışmamızda amaç; sağlıklı genç erkeklerde, farklı idrar hissi kategorilerinde üroflowmetri parametreleri ve rezidü idrar hacmi verilerini karşılaştırarak, üroflowmetrik inceleme yapmak için en ideal idrar hissini belirlemektir.

Yöntem: 20-40 yaş Aralığında 50 sağlıklı erkek gönüllü çalışmaya alındı. Uluslararası kontinans derneği normal mesane hissi olan kişilerde, dolun sistometrisi esnasında idrar hissini 3 kategoriye (mesanede idrarın ilk hissedildiği, işeme isteğinin oluşması ancak uygun bir yer bulana kadar işemenin ertelenebilmesi, ertelenemeyecek güçlü bir işeme hissini oluşması) ayırmaktadır. Çalışmamızda bu kategoriler kullanılarak bütün gönüllülere az, orta ve çok sıkışık olmak üzere 3 farklı zamanda toplam 150 üroflowmetri yapıldı. Maksimum akım hızı (MAH 1.2.3), ortalama akım hızı (OAH 1.2.3), mesanedeki toplam idrar hacmi (V1,2,3) ve işeme sonrası rezidü idrar hacmi (PVR1,2,3) hesaplandı. Veriler kendi aralarında Paired Sample T- Test ile değerlendirildi ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan gönüllülerin yaş ortalaması 29 ± 3.8 idi. Az, orta ve çok idrara sıkışıklık hislerinin olduğu kategorilerde ortalama MAH değerleri sırasıyla 17.4 ± 4.8 , 24.1 ± 6.0 ve 29.6 ± 6.5 idi. Aynı şekilde ortalama OAH değerleri sırasıyla 9.9 ± 2.1 , 12.9 ± 2.9 ve 15.9 ± 4.0 idi. İdrar hissine göre oluşturulan kategorilerde MAH ve OAH değerleri arasında istatistiksel anlamlı fark tespit edildi ($p < 0.001$). İşeme öncesinde mesanede bulunan idrar hacmi ortalaması kategorilerde sırasıyla 140 ± 42 , 245 ± 64 ve 449 ± 105 olarak hesaplandı. Hiçbir hastada 20 cc üzerinde işeme sonrası rezidü idrar tespit edilmedi. İşeme sonrası rezidü idrar ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). MAH, OAH, mesane hacmi ve PVR değerleri tablo 1'de gösterilmektedir.

Çıkarımlar: Çalışmamızda sağlıklı genç erkeklerde idrara sıkışıklık hissini MAH ve OAH değerlerini etkileyebileceğini ve idrara çok sıkışık iken en uygun akım hızı değerlerinin elde edildiğini tespit ettik. İşeme sonrası rezidü idrar hacmi açısından kategoriler arasında anlamlı fark tespit edilmiştir. Üroflowmetrik incelemenin ertelenemeyecek güçlü bir işeme isteği olduğu zaman yapılmasını önermekteyiz.

Tablo 1.

| | İlk idrar hissi | Ertelenebilecek işeme isteği | Ertelenemeyecek güçlü işeme isteği | P değeri |
|--------------|-----------------|------------------------------|------------------------------------|--------------|
| MAH(ml/dk) | 17.4 ± 4.8 | 24.1 ± 6.0 | 29.6 ± 6.5 | $P < 0.0001$ |
| OAH(ml/dk) | 9.9 ± 2.1 | 12.9 ± 2.9 | 15.9 ± 4.0 | $P < 0.0001$ |
| Mesane hacmi | 140 ± 42 | 245 ± 64 | 449 ± 105 | $P < 0.0001$ |
| PVR (cc) | 0.5 | 1,9 | 2,50 | $p > 0.05$ |

HASTANEYE BAŞVURAN KADIN HASTALARDA SAKLI KALMIŞ AŞIRI AKTİF MESANE SIKLIĞININ VE NEDEN SAKLI KALDIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Oktay Üçer¹, Ömer Demir², Mehmet Fatih Zeren³, Yasin Ceylan⁴, İlker Çelen⁵, Ali Ersin Zümrübaşı⁶, Gökhan Temeltaş¹, Ozan Bozkurt², Bülent Günlüsoy⁴, Orçun Çelik⁷, Rahmi Gökhan Ekin⁷, Oğuz Mertoğlu⁷

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

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

³Uşak Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Uşak

⁴İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

⁵Acıpayam Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Denizli

⁶Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

⁷İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Aşırı aktif mesane versiyon-8 (AAM-V8) sorgulama formunu kullanarak hastaneye başvuran kadın hastalarda saklı kalmış AAM sıklığını ve neden saklı kaldığını araştırmak.

Yöntem: Ege bölgesindeki 2 üniversite, 2 eğitim ve araştırma ve 2 devlet hastanesi olmak üzere toplam 6 merkeze başvuran 18 yaş ve üzeri toplam 2411 kadın hastadan kendilerinin doldurabileceği bir anketi cevaplamaları istendi. Bu anket formu demografik bilgiler, AAM-V8 ve tıbbi özgeçmiş sorularından oluşmaktaydı.

Bulgular: Hastaların demografik özellikleri Tablo 1'de verildi. Bu çalışmadaki AAM sıklığı %41,1 olarak bulundu. Yaş gruplarına göre AAM sıklığı Tablo 2'de verildi. AAM'si olan hastaların %57'sinin bu şikayetler nedeniyle daha önceden hastaneye başvurmadığı saptandı. Neden başvurmadıkları sorusuna verilen cevaplar Tablo 3'de özetlendi. Cevaplara göre hastalar sınıflandırıldığında her cevap için AAM sıklığı Tablo 4'de verildi. Neden bu şikayetlerden dolayı bir hastaneye başvurmadınız sorusuna verilen en sık iki cevap; beni rahatsız etmiyor ve bir hastalık olduğunu düşünmüyorum idi. Bu iki cevabı veren hastaların AAM-V8 skorları diğer cevapları verenlere göre daha düşük bulundu.

Çıkarımlar: AAM'si olmasına rağmen bu şikayet nedeniyle hastaneye başvurmayan kadınlarda bu durumun temel nedeni bu kadınlardaki AAM semptomlarının şiddetinin daha düşük olmasıdır.

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri

| N | 2411 |
|---------------------------------------|---------------|
| Yaş (yıl) | |
| Ortalama (SD) | 41,94 (15,49) |
| Ortanca | 41 |
| Aralık | 18-95 |
| Kayıp/cevapsız | 0 |
| Yaş aralığı, n(%) | |
| 29 ve altı | 645 (26,8) |
| 30-39 | 456 (18,9) |
| 40-49 | 544 (22,6) |
| 50-59 | 415 (17,2) |
| 60 ve üstü | 351 (14,6) |
| Medeni hali, n (%) | |
| Evli | 1481 (61,4) |
| Bekar | 667 (27,7) |
| Dul | 262 (10,9) |
| Kayıp/cevapsız | 1 (0) |
| Eğitim düzeyi, n (%) | |
| Okuryazar | 156 (6,5) |
| İlkokul | 610 (25,3) |
| Ortaokul | 268 (11,1) |
| Lise | 594 (24,6) |
| Üniversite | 769 (31,9) |
| Kayıp/cevapsız | 14 (0,6) |
| Çalışma durumu, n (%) | |
| Öğrenci | 328 (13,6) |
| Çalışan | 908 (37,7) |
| Emekli | 185 (7,7) |
| Ev hanımı | 990 (41,1) |
| Kayıp/cevapsız | 0 |
| Aylık gelir düzeyi (TL), n (%) | |
| <1000 | 1138 (47,2) |
| 1000-3000 | 1135 (47,1) |
| 3000-5000 | 103 (4,3) |
| >5000 | 33 (1,4) |
| Kayıp/cevapsız | 2 (0,1) |
| Yaşadığı yer, n(%) | |
| Köy, belediye | 256 (10,6) |
| İlçe | 496(20,6) |
| İl | 1656 (68,7) |
| Kayıp/cevapsız | 3 (0,1) |

Tablo 2. Hastalardaki yaş dağılımına göre aşırı aktif mesane sıklığı

| Yaş aralığı (yıl) | n(%) |
|-------------------------|------------|
| 29 ve altı | 645 |
| AAM (+) | 108 (16,7) |
| AAM (-) | 536 (83,1) |
| Kayıp/cevapsız | 1 (0,2) |
| 30-39 arası | 456 |
| AAM (+) | 130 (28,5) |
| AAM (-) | 326 (71,5) |
| Kayıp/cevapsız | 0 |
| 40-49 arası | 544 |
| AAM (+) | 268 (50,7) |
| AAM (-) | 276 (49,3) |
| Kayıp/cevapsız | 0 |
| 50-59 arası | 415 |
| AAM (+) | 246 (59,3) |
| AAM (-) | 168 (40,6) |
| Kayıp/cevapsız | 1 (0,2) |
| 60 ve üstü | 351 |
| AAM(+) | 239 (68,1) |
| AAM(-) | 111 (31,6) |
| Kayıp/cevapsız | 1 (0,3) |
| AAM: Aşırı aktif mesane | |

Tablo 3. "Neden AAM için bir polikliniğe başvurmadınız?" sorusuna verilen cevaplar

| Cevaplar | n (%) |
|--|------------|
| Hastalık değil, yaşlanmaya veya diğer hastalıklarına bağlı | 221 (39,1) |
| Rahatsız etmiyor | 193 (34,2) |
| Utandığım için | 78 (13,8) |
| Hangi doktora gideceğimi bilmiyorum | 38 (6,7) |
| Zamanım yok, hastanede çok bekliyorum | 25 (4,4) |
| Diğer | 10 (1,8) |
| Total | 565 |
| AAM: Aşırı aktif mesane | |

Tablo 4. Hastalar verdikleri cevaplara göre sınıflandırıldığına AAM-V8 skor ortalamaları

| Neden AAM için bir polikliniğe başvurmadınız? | Yaş ortalaması ± SD | AAM-V8 ± SD |
|--|----------------------------|--------------------|
| Hastalık değil, yaşlanmaya veya diğer hastalıklarına bağlı | 46,47 ± 14,45 | 12,80 ± 6,32 |
| Rahatsız etmiyor | 45,01 ± 15,06 | 9,66 ± 5,08 |
| Utandığım için | 48,50 ± 13,83 | 16,35 ± 7,03 |
| Hangi doktora gideceğimi bilmiyorum | 50,65 ± 15,35 | 14,86 ± 5,76 |
| Zamanım yok, hastanede çok bekliyorum | 56,24 ± 12,60 | 17,32 ± 7,79 |
| Diğer | 50,20 ± 13,57 | 18,60 ± 5,58 |
| <i>AAM: Aşırı aktif mesane</i> | | |

KRONİK ÜRİNER RETANSİYONDA SAKRAL NÖROMODULASYON

Alp Tuna Beksaç, Mehmet Ezer, Oğuzhan Kahraman, Ali Ergen

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Kronik üriner retansiyon definitif tedavisi olmayan patolojik bir durumdur. Hastalara sunulan temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) tedavisi, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle birlikte, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları, alt üriner sistem semptomları (AÜSS), iyatrojenik üretral darlık gibi yan etkilere sahiptir. Çalışmamızda sakral nöromodulasyonun TAK'a alternatif bir tedavi yöntemi olabileceğini göstermeyi planladık.

Yöntem: 1998 – 2014 yılları arasında kronik üriner retansiyon nedenli sakral nöromodulasyon yapılan 33 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. İşeme sonrası rezidü idrarda (İSR) azalma, (100 ml'den fazla olan azalma), temiz aralıklı kateterizasyon sayısında azalma ya da kateterizasyon gereksiniminin olmaması başarı kriterleri olarak alındı. Buna ek olarak hasta memnuniyeti sorgulandı.

Bulgular: Hastaların %76'sında işeme sonrası rezidü (İSR) miktarında azalma görüldü. Bu azalma ortalama 348 cc olarak görüldü. İSR hesaplaması işeme sonrası ultrason ile yapıldı. TAK yapan hastalarda TAK sonrası gelen idrar hacmi hesaplanarak yapıldı. Hastaların %64'ünde TAK sayısında azalma mevcuttu. Hastaların %83'ünde konstipasyonda azalma görüldü. Konstipasyonda azalma kriteri haftalık defekasyon sayısındaki artış olarak belirlendi. Hastaların 12'sinde (%31,6) son takip itibarıyla pil takılmamış durumda ya da çıkartılmış durumdaydı. 12 hastaya (%31,6) revizyon yapıldı. Revizyon nedenleri, 5 hastada pil ömrünün tükenmesi, 5 hastada mekanik arıza ve 2 hastada enfeksiyondü. Hastaların %63'ü işlem sonrası işemesindeki değişiklik konusunda memnuniyet bildirirken, hastaların %37'si beklediği faydayı bulmadığını belirtti.

Çıkarımlar: Sakral nöromodulasyonun temel etki mekanizması bilinmemektedir. Bu tedavi, hastaların işeme sonrası rezidü miktarını, TAK gereksinimini azaltmakta ve genel olarak hastaların yaşam kalitesini arttırmaktadır. Ayrıca yaşam boyu kateterizasyon, enfeksiyon riskleri, maliyet açısından da daha tercih edilebilir bir tedavi yöntemi olduğu düşünülmektedir.

STRES VE MİKST TİP İDRAR KAÇIRMASI OLAN HASTALARDA SİGARA KULLANIMININ TRANSÖBTÜRATOR TAPE SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Kaan Çömez, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Sigaranın periferik dolaşımı bozarak bir çok vasküler patolojiye neden olduğu bilinen bir gerçek olmakla birlikte cerrahi sonrası yara yeri iyileşmesinde de gecikmeye neden olmaktadır. Bu çalışmada stress ve mixt tip idrar kaçırması olan ve transöbtürator tape (TOT) uygulanan hastaların sigara kullanımı ile cerrahi başarı ve komplikasyon oranları arasındaki ilişki değerlendirildi.

Yöntem: TOT ameliyatı yapılan 149 hasta çalışmaya dahil edildi. 23 hastada sigara kullanımı mevcut iken 126 hastada sigara kullanımı yoktu. Hastalar sigara kullanımına göre kullanımı olan (grup 1) ve olmayan (grup 2) olarak iki grupta incelendi. Demografik veriler, yaş, günlük ped kullanımı, vajinal doğum sayısı ve ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire – Short Form) skorları retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastaların kontinans durumları preoperatif ICIQ-SF ile değerlendirildi. Sonra bu iki grup postoperatif ICIQ-SF ve Δ ICIQ-SF (Preoperatif ICIQ-SF – Postoperatif ICIQ-SF) değerleri açısından karşılaştırıldı. Postoperatif komplikasyon gelişen hastalar ayrıca incelenerek sigara kullanımı ile olan ilişkileri değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grubun ortalama yaş, ortalama günlük ped kullanımı, ortalama vajinal doğum sayısı ve preoperatif ICIQ-SF skorları benzerdi. Postoperatif ICIQ-SF skorları ise hem grup 1 hem de grup 2'de düşük olmakla birlikte, bu düşüklüğün grup 1'de daha belirgin olduğu görüldü. Δ ICIQ-SF skoru ise grup 1'de grup 2'den daha yüksek bulundu. Postoperatif komplikasyon (vajinal erezyon, vajinit, kanama, disparoni ve işeme disfonksiyonu) gelişen 18 hasta kendi içerisinde sigara kullanımına göre değerlendirildi ve anlamlı farklılık saptandı (Tablo 1). Ayrıca sigara içmeyen grupta (n=10) sigara içen gruba (n=8) göre postoperatif ortalama ICIQ-SF (7.40 \pm 3.05 vs. 18.13 \pm 0.91, p=0.026) ve ortalama Δ ICIQ-SF (9.10 \pm 2.52 vs. 0 \pm 0, p=0.01) skorlarında da anlamlı düzelme mevcuttu.

Çıkarımlar: Sigara kullanımı TOT operasyonu sonrası hem ICIQ-SF skorunda hem de komplikasyon oranlarında artışa neden olarak operasyon başarısında azalmaya neden olmaktadır.

Tablo. Hastalara ait genel özellikler

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|---------------------------------|------------------|------------------|--------|
| | Sigara içmeyen | Sigara içen | |
| | (n=126) | (n=23) | |
| Ortalama yaş (yıl) | 57,17 \pm 1 | 55,49 \pm 2,68 | 0,389 |
| Ortalama ped kullanımı (/gün) | 3,11 \pm 0,15 | 3,83 \pm 0,47 | 0,172 |
| Ortalama vajinal doğum | 2,86 \pm 0,17 | 3,17 \pm 0,43 | 0,603 |
| Preoperatif ICIQ-SF | 16,12 \pm 0,24 | 16,91 \pm 0,38 | 0,205 |
| Postoperatif ICIQ-SF | 4,68 \pm 0,61 | 9,09 \pm 1,74 | 0,009 |
| Δ ICIQ-SF | 11,53 \pm 0,61 | 7,82 \pm 1,58 | 0,045 |
| Postoperatif komplikasyon oranı | %7,9 (10) | %34,8 (8) | <0,001 |

STRES İNKONTİNANS NEDENİYLE BİR YILLIK TRANSOBTURATOR TEYP UYGULANAN HASTALARDA VÜCUT KİTLE İNDEKSİNİN CERRAHİ BAŞARI ORANLARINA ETKİSİ

Şükrü Kumsar, Osman Köse, Hüseyin Aydemir, Fikret Halis, İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Ahmet Gökçe, Öztuğ Adsan, Hasan Salih Sağlam

S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

Amaç: Çalışmamızın amacı, stres inkontinans tedavisi için transobturator teyp yöntemini kullandığımız hastaların bir yıllık sonuçlarını vücut kitle indeksi (VKİ) değerlerine göre karşılaştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2011-Haziran 2012 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğinde stres inkontinans tanısıyla transobturator teyp yöntemi kullanılarak tedavi edilen 88 hasta Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği VKİ değerlerine göre (18,5-24,9 kg/m² normal, 25-29,9 kg/m² aşırı kilolu ve ≥ 30 kg/m² obez) 3 gruba ayrıldı. Hastaların preoperatif ürodinami sonuçları, operasyon süreleri, kateterizasyon ve hastanede kalış süreleri ve komplikasyonlar kaydedildi. Ameliyattan 1 yıl sonra ameliyatın objektif/subjektif başarı oranları, hasta memnuniyet oranları ve olası geç komplikasyonlar açısından hastalar değerlendirildi.

Bulgular: Normal kilolu (n;26), aşırı kilolu (n;36) ve obez (n;19) gruptaki hastaların objektif başarı oranları sırasıyla %96,1, %94,4 ve %94,7 iken subjektif başarı oranları %92,3, %94,4 ve %94,7 olarak bulundu. Grupların objektif ve subjektif başarı oranları arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,567$), ($p=0,245$) Gruplar operasyon süresi bakımından değerlendirildiğinde obez grubun operasyon süresi normal ve aşırı kilolu gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,001$) (Tablo 1).

Ameliyattan sonraki 12. ayda değerlendirilen hasta memnuniyet oranı, normal kilolu grupta %92,3, aşırı kilolu grupta %94,4 ve obez grupta %94,7 bulundu. Her üç grup, perioeratif ve postoperatif komplikasyonlar açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,096$) (Tablo 2).

Çıkarımlar: Stres inkontinans nedeniyle gerçekleştirilen transobturator teyp yöntemi, VKİ değerlerinden bağımsız olarak benzer objektif ve subjektif başarı oranlarına sahiptir. Obez hastalarda operasyon daha uzun sürmektedir ancak komplikasyon oranları açısından fark yoktur.

Tablo 1.

| Komplikasyon | Normal (n=26) | Aşırı kilolu (n=36) | Obez (n=19) | P değeri |
|-----------------|---------------|---------------------|-------------|----------|
| Kanamaz | 0 | 1 | 0 | 0.096 |
| Perforasyon | 0 | 0 | 0 | |
| Retansiyon | 0 | 0 | 0 | |
| Enfeksiyon | 0 | 1 | 0 | |
| Denev urgency | 1 | 0 | 1 | |
| Vajinal erazyon | 0 | 0 | 0 | |
| Total (%) | 1(%3,8) | 2(%5,6) | 1(%5,3) | |

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE TEK MERKEZDE 17 YILLIK DENEYİM

İbrahim Atilla Arıdoğan, Volkan İzol, Yıldırım Bayazıt, Nihat Satar, Zühtü Tansuğ, Şaban Doran, Erkan Demir, Uğur Erken, Sinan Zeren

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomi (PNL) altın standart olarak kabul edilmiş olup, ülkemizde de yaygın biçimde uygulanmaktadır. Bu çalışmada, 3915 hastadaki PNL deneyimimiz ve sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem: Haziran 1997 – Eylül 2014 tarihleri arasında 3915 hastaya uygulanan PNL operasyonlarının verileri kaydedildi. Taş yükü, operasyon ve skopi süresi, interkostal girişim sayısı, ikinci insizyonla girişim sayısı, taştan temizlenme oranı, kan transfüzyonu gerektiren olgu sayısı, nefrostogram ve nefrostomi çekilme zamanları, hastanede yatış süresi ve komplikasyonlar gibi parametreler değerlendirildi.

Bulgular: Olguların 2327'si (%59.4) erkekti ve ortalama yaş 39.4 idi (9 ay-100). Pediyatrik yaş grubunda 575 (%14.6) hasta vardı. Ortalama taş yükü 483,6 mm², operasyon ve skopi süreleri sırasıyla 75.4 ve 11.6 dakika, interkostal girişim sayısı 195 (%4,9), ikinci insizyonla girişim sayısı 394 (%10), ilk seansta taştan tam temizlenme oranı %79.8, kan transfüzyonu oranı %10,4 olarak bulundu. Ortalama nefrostomi çekilme süresi 1.9 gün ve ortalama hastanede yatış süresi 3,4 gündü. Kanama nedeniyle 13 olguda renal vasküler embolizasyon uygulandı. Üç olguda plevra yaralanması, dokuz olguda ise kolon yaralanması oldu. Nefrostogram ve nefrostomi çekilme zamanlarının ve ortalama yatış süresinin son yıllarda belirgin olarak düştüğü görüldü.

Çıkarımlar: PNL 2 cm ve üzeri böbrek taşları olan hastaların tedavisinde güvenilir ve etkin bir yöntem olmakla birlikte komplikasyon oranlarında azalma ve taştan temizlenme oranında artma klinik deneyimin artmasıyla paralellik göstermektedir.

İKİ SANTİMETREDEN KÜÇÜK BÖBREK TAŞLARINDA EKSTRAKORPORAL ŞOK DALGA LİTOTRİPSİ (ESWL), RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ (RİRC) VE MİKRO PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ (MPCNL) TEDAVİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hüseyin Saygın, Gökhan Gökçe, Esat Korgalı, Fatih Mehmet Efe¹, Gökçe Dünder, Emin Yener Gültekin, Semih Ayan

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sivas

Amaç: 2013 yılında yayınlanan Avrupa Üroloji Derneği kılavuzuna göre 2 cm'den büyük böbrek taşlarının tedavisinde ilk tercih standart PCNL, 2 cm'den küçük böbrek taşlarının tedavisinde ise ilk seçenek ESWL ve diğer endoürolojik yaklaşımlar olarak bildirilmiştir. 10-20 mm arası alt kaliks taşlarında ESWL'ye elverişli faktörler yoksa ilk tercih olarak endoürolojik girişimler önerilmektedir.

Çalışmamızda 2 cm'den küçük renal taşlı hastalara uyguladığımız RİRC, mPCNL ve ESWL girişimleri sonrası, hastanede yatış süreleri, taşsızlık oranları, işlem esnasında maruz kaldıkları X-ray ve genel anestezi alma süreleri, Visual Analog Skala değeri üzerine etkileri ve operasyon sonrası gelişen komplikasyonları Modifiye Clavien Komplikasyon Skalası ile değerlendirdik.

Yöntem: Kliniğimize ürolitiazis semptomları ile başvuran hastaların taş büyüklüğü ve lokalizasyonu abdominal bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. İki santimetreden küçük renal taşlı 90 hasta, taşın büyüklüğü ve lokalizasyonuna göre hasta onamı alınarak 1:1:1 olacak şekilde RİRC, ESWL, Mikro PCNL grubu olarak randomize edildi. RİRC ve mPCNL işlemi aynı cerrah tarafından yapıldı.

Bulgular: Lokalizasyona göre taşsızlık oranlarımız birinci ayın sonunda, alt kaliks taşlarında ESWL'de %33,3, RİRC'da %83,3, mPCNL'de ise %90,9 idi. Renal pelvis, orta ve üst kaliks lokalizasyonlu taşlardaki başarı oranımız; ESWL'de %85,7, RİRC'da %94,4 ve mPCNL'de ise %94,7'dir. RİRC ve mPCNL yapılan hastalar arasında hastanede yatış süresi yönünden fark bulunamamıştır. Çalışmamıza işlem süresi yönünden ESWL'nin daha uzun olduğu görülmektedir. Hastaların ESWL tedavisinde anestezi madde almamalarından dolayı anesteziye bağlı komplikasyonlar görülmemektedir. VAS skorları ESWL grubunda daha yüksek olup, ağrılı bir işlem olduğu görülmektedir. Skopi süresine bakıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık belirlenmedi. İşlem öncesi ve işlem sonrası hemoglobin değerlerinde düşüş mPCNL grubunda önemli bulundu ($p<0,05$). Modifiye Clavien komplikasyon skalası yönünden değerlendirme yapıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemesine rağmen ($p>0,05$), mPCNL yapılan 2 hastada grup 3B komplikasyon gelişti.

Çıkarımlar: Sonuç olarak, 2 cm'den küçük renal taşlı hastalarda taşsızlık oranları açısından karşılaştırıldığında RİRC ve mPCNL, ESWL'ye oranla daha etkin yöntemlerdir. Yeni bir yöntem olan mPCNL'nin güvenilirlik ve başarının daha sağlıklı değerlendirilebilmesi için daha geniş serilerle yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

NEFRON KORUYUCU CERRAHİDE AÇIK VE ROBOT-YARDIMLI LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM: ORTA VADEDE ELDE EDİLEN SONUÇLAR VE KARAR VERME SÜRECİNİ ETKİLEYEN UNSURLAR

Ömer Acar¹, Metin Vural², Ahmet Musaoğlu¹, Tarık Esen³

¹VKV Amerikan Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²VKV Amerikan Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul

³Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada, hastanemizdeki robotik cerrahi için gerekli olan altyapı oluşturulduktan sonra gerçekleştirilmiş olan, açık ve robot-yardımlı nefron koruyucu cerrahilerde (NKC) elde edilen sonuçlar karşılaştırıldı ve cerrahi yaklaşım tercihinin etkileyen faktörler sorgulandı.

Yöntem: Hastanemizdeki, Mayıs 2010 – Temmuz 2014 arasında, aynı cerrah tarafından toplam 64 açık ve 53 robotik NKC gerçekleştirildi. Bu hastaların dosyaları taranarak; klinik özellikler, perioperatif bulgular, postoperatif sonuçlar irdelendi ve gruplar arasındaki farklılıklar araştırıldı.

Bulgular: Açık ve robotik cerrahi gruplarındaki ortalama hasta yaşı sırasıyla, 55.9 ± 11.1 ve 50.7 ± 13.5 yıl olarak hesaplandı ($p=0.026$). Açık cerrahi grubundaki ortalama A.S.A. skoru, robotik cerrahi grubundakine göre daha yüksekti (1.6 ± 0.7 vs. 1.4 ± 0.5 , $p=0.21$). Ortalama tümör çapı gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Ancak her iki grup, tümörlerin morfolojik profilleri açısından karşılaştırıldığında; açık cerrahi tercih edilmiş olan hastalardaki ortalama R.E.N.A.L. skor ve P.A.D.U.A. skor'unun anlamlı olarak daha yüksek, C-İndeks değerinin ise anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edildi. Ortalama ameliyat süresi açık ve robotik grupta sırasıyla, 103.7 ± 33 ve 143.02 ± 48.2 dakika olarak kaydedildi ($p=0.0001$). Tahmini kan kaybı miktarı açık cerrahi grubunda, robotik cerrahi grubuna göre daha yüksekti (184.4 ± 126.2 vs. 180.9 ± 149.3 ml, $p=0.890$). Açık cerrahi grubunda 28 (%43.7), robotik cerrahi grubunda ise 19 (%35.8) hastada sıcak-iskemi uygulandı ve ortalama sıcak-iskemi süresi robotik cerrahi grubunda daha yüksekti (17.5 ± 7.08 vs. 22.4 ± 5.6 dakika, $p=0.014$). Hastanede kalış süresi açık cerrahi grubunda daha uzundu (4.5 ± 1.7 vs. 3.9 ± 1.2 gün, $p=0.027$). Açık cerrahi grubundaki ortalama postoperatif eGFR değeri, ortalama preoperatif eGFR değerinden daha düşük iken (74.5 ± 18.6 vs. 83.8 ± 20.4 ml/min/1.73m², $p=0.008$), benzer bir farklılık robotik cerrahi grubunda kaydedilmedi (83.3 ± 17.2 vs. 89.5 ± 16.8 ml/min/1.73m², $p=0.065$). Açık ve robotik cerrahi grubundaki 8'er hastada, perioperatif süreçte, sırasıyla 18 ve 13 adet Clavien evre ≥ 2 komplikasyon gelişti. Her iki gruptaki 2'şer hastada, NKC'den ortalama 22.2 ay sonra, lokal nüks tespit edildi. Bu hastaların 3'ünde cerrahi sınır negatif raporlanırken, bir diğerinde cerrahi sınırdaki malignite varlığı net olarak ekarte edilemedi. Lokal nükse ilave olarak sistemik metastazları da bulunan hastada hedefe yönelik tedavi tercih edilirken, diğer 3 hastada radikal nefrektomi uygulandı. Hiçbir hasta böbrek kanserine bağlı bir sorun nedeniyle kaybedilmedi.

Çıkarımlar: Serimizde; daha komplike tümörler, daha yaşlı ve sistemik komorbiditeleri daha belirgin olan hastalar için açık NKC'nin tercih edildiği sonucu ortaya çıktı. Ameliyat süresi ve sıcak-iskemi süresi robotik NKC grubunda daha uzun iken, eGFR'deki perioperatif düşüş açık NKC grubunda daha belirgindi. Perioperatif komplikasyonlar ve orta vadede elde edilen onkolojik sonuçlar, gruplar arasında kayda değer farklılık sorgulandı.

MONTELUKAST SODYUM VE N-ASETİLSİSTEİNİN TEKTARAFIL ÜRETERAL OBSTRÜKSİYONU ÜZERİNE BÖBREK KORUYUCU ETKİNLİĞE SAHİP Mİ?: RAT MODELİNDE PLASEBO KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Melih Sunay¹, Arif Aydın¹, Tolga Karakan¹, Gökhan Koca², Pelin Börcek³, Elmas Öğüş⁴

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp, Ankara

³S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Ankara

⁴S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya, Ankara

Amaç: Bir rat modelinde tek taraflı üreter obstrüksiyonu bağlı gelişen sekonder böbrek hasarı üzerinde N-Asetilsisteinin ve Montelukast Sodyumun koruyucu etkisinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Çalışmada 30 winstar albino erkek rat placebo, N- Asetilsistein ve Montelukast Sodyum grubu olarak 3 ayrıldı. Ratların sol üreterleri 4/0 poliglaktin sütürlerle bağlandı. Medikasyon obstrüksiyondan 3 gün önce başlandı ve 15 gün boyunca devam edildi. DMSA obstrüksiyondan önce ve 15.gün yapıldı. Ratlar 15. gün sakrifiye edildi, histopatolojik muayeneler yapıldı ve oksidatif stress markerları (Myeloperoksidaz (MPO), Malondialdehit (MDA) ve SH düzeyleri, lipid peroksidasyon için total nitrit düzeyleri, oksidatif protein hasarı, anti oksidan düzeyleri) biyokimyasal olarak değerlendirildi.

Bulgular: Patolojik değerlendirmede, inflamasyon ve tubuler epitelyal hasar NAC ve montelukast gruplarında, placebo gruplarına göre daha azdı ($p<0,05$). MPO, MDA ve total Nitrit düzeyleri NAC grubunda, MPO ve MDA düzeyleri ise montelukast grubunda placebo grubuna göre daha düşüktü ($p<0,05$). SH düzeylerinde istatistiksel olarak hiçbir fark gözlenmedi. Sintigrafik değerlendirme açısından NAC, Montelukast sodium ve placebo grupları arasında hiçbir fark gözlenmedi. NAC ve montelukast sodium grupları ile sham grubu arasında patolojik, kimyasal ve sintigrafik olarak hiçbir farklılık izlenmedi.

Çıkarımlar: N-Asetilsistein ve Montelukast sodium böbreğin obstrüktif hasarına karşı koruyucu etkiye sahiptirler, bununla birlikte bu konuyla ilgili ileri araştırmalara ihtiyaç duyulduğu mutlaklıdır.

LAPAROSKOPIK MEYDAN OKUMA: STENTSİZ LAPAROSKOPIK PİYELOPLASTİ VE UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Alp Tuna Beksaç¹, M. İrfan Dönmez², Ahmet Güdeloğlu³, Cenk Yücel Bilen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı Ankara

²Istanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³South Lake Hospital, Personalized Urology & Robotics Clinic, Clermont, ABD

Amaç: Laparoskopik piyeloplasti (LP) ürolojide laparoskopik rekonstrüktif ameliyatlarda arasında teknik olarak en zor olanlarından biridir. Her ne kadar bu ameliyatta double j stent (DJS) konulması konusunda bir konsensüs olmasa da cerrahlar genelde ameliyat esnasında DJS koymayı tercih ederler. Bu çalışmada DJS konulmadan LP yapılan hastaların uzun dönem sonuçları incelenmiştir.

Yöntem: Ocak 2008 ile Ağustos 2010 arasında DJS konulmadan LP yapılan 18 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Ameliyat endikasyonu sintigrafik çalışmada yetersiz diüretik yanıtı ve hayat kalitesini olumsuz etkileyen ağrıydı. Onarım 14 hastada primer iken 4 hastada sekonderdi. Piyeloplasti tekniği olarak Anderson-Hynes tekniği uygulandı. Ameliyat öncesi diüretikli sintigrafik çalışma ameliyat sonrası 6 ve 18. aydaki çalışmalarla karşılaştırıldı. Ameliyatın başarısı, klinik olarak ağrı şikayetinin geçmesi ve sintigrafide diüretiğe cevapta artış şeklinde tanımlandı.

Bulgular: Bütün hastalarda ameliyat öncesi sintigrafik çalışmada yetersiz diüretik yanıtı mevcuttu. Hastaların %100'ünde (%50 sağda %50 solda) ameliyattan önce ağrı şikayeti mevcuttu. Preoperatif değerlendirilmede çaprazlayan damar sadece 1 hastada (%5,6) bildirmesine rağmen intraoperatif olarak 10 hastada (%55,6) çaprazlayan damar tespit edildi. Ortalama 67 aylık takip sürecinde hastaların %94,4'ünde ameliyat başarılı olarak tanımlanabilmekteydi. Yalnızca 1 hastada (%5,6) ameliyat sonrası uzun dönem takipte diüretik cevabında fark yoktu. Ameliyat öncesinde ağrısı olan hastaların %94,4'ünde ameliyatla uzun dönemde semptomatik iyileşme mevcuttu. 3 hastaya ameliyat sonrası erken dönemde anastomozdan idrar kaçağı nedeniyle DJS konuldu. Hiçbir hastada uzun dönem takipte ateşli idrar yolu enfeksiyonu görülmedi. Sekonder LP yapılan hastaların %75'i (3 hasta) başarı kriterlerine sahipti. Sekonder LP yapılan sadece 1 hastada (%5,6) ameliyat sonrası 18. ayda diüretiğe yanıtta fark izlenmemekteydi. Bununla birlikte bu hastanın klinik olarak şikayeti de bulunmamaktaydı. Sekonder vakalarda başarı oranı istatistiksel olarak daha düşük bulundu ($p=0,021$).

Çıkarımlar: Stentsiz LP ameliyatı yapılan hastaların uzun dönem sonuçları bu ameliyatın uygulanabilirliğini pekiştirmiştir. Sekonder olgularda başarı primer olanlara göre daha düşük olarak izlenmiştir. Stentsiz LP ameliyatının klinik avantajlarının daha iyi değerlendirilebilmesi için sınırlı sayıda hasta grubunu içeren bu çalışmanın karşılaştırmalı ve daha fazla sayıda hasta içeren ek çalışmalarla desteklenmesi gereklidir.

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: 2969 HASTA İLE TEK MERKEZ TECRÜBESİ

Ali Güneş, Serhan Çimen, Ali Beytur, Fatih Oğuz, İbrahim Topçu

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Çalışmamızda, kliniğimizde yapılan erişkin ve pediatrik PNL operasyonlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi yapıldı ve sonuçlar karşılaştırıldı.

Yöntem: Kliniğimizde 1 Mart 1998-31 Ağustos 2014 tarihleri arasında yapılmış olan PNL sonuçlarının değerlendirilmesi ve bu sonuçların erişkin ve pediatrik yaş grubuna (18 yaş altı) göre karşılaştırılması yapıldı. PNL işlemleri genel anestezi altında, prone pozisyonunda ve C kollu floroskopi eşliğinde yapıldı.

Bulgular: Verileri tam olan toplam 2969 perkütan nefrolitotomi işlemi değerlendirmeye alındı. Bunların 2680'i (%90.20) erişkin iken, 289'si (%9.80) pediatrik yaş grubunda idi. Erişkin hastaların 2413'ünde (%90.03) ve pediatrik hastaların ise 256'ünde (%88.58) tam taşsızlık sağlandı. Erişkin gruptaki hastaların 172'sinde (%6.41) transfüzyon gerektiren kanama görülürken pediatrik hasta grubunda bu sayı 9 (%3.51) olarak bulundu. Erişkin hastaların 135'inde (%5.03) DJ takılmasını gerektiren trakt sızdırması saptanırken, pediatrik hastaların ise 7'sinde (%2.44) bu işlem uygulandı. Erişkin hastaların 36'sında (%1.34) perirenal ürinom, 24'ünde (%0.89) plevra yaralanması, 13'ünde (%0.48) uzamış kanama nedeniyle selektif anjio-embolizasyon, 1'inde (%0.03) kolon perforasyonu, 1 hastada (%0.03) postoperatif dissemine intravasküler koagülasyon nedeniyle exitus oluşurken bu komplikasyonlar pediatrik hastalarda görülmedi. Nefrostomi süresi erişkin hasta grubunda ortalama 2.8 gün iken bu oran pediatrik grupta 2.9 gün olarak tespit edildi. Hastanede kalış süresi her iki grupta ortalama 3.5 gün olarak hesaplandı.

Çıkarımlar: Minimal invaziv bir yöntem olan PNL; düşük komplikasyon oranları, daha kısa hastanede kalış süresi, yüksek hasta memnuniyeti sağlaması, daha yüksek taşsızlık oranları ile hem erişkin hem de pediatrik yaş grubunda açık böbrek taşı cerrahisine göre avantajlı hale gelmiştir. Gerek üriner sistem taş hastalığının tekrarlayıcı olması ve gerekse rastlanan olası komplikasyonların daha az olması nedeniyle pediatrik yaş grubunda PNL'nin yapılması daha da önem kazanmaktadır.

Tablo 1.

| | ERİŞKİN | PEDİATRİK |
|--------------------------------------|---------------|--------------|
| HASTA SAYISI | 2680 (%90.20) | 289 (%9.80) |
| TAM TAŞSIZLIK | 2413 (%90.03) | 256 (%88.50) |
| KANAMA | 172 (%6.41) | 9 (%3.51) |
| JJ STENT TAKILMASI | 135 (%5.03) | 7 (%2.44) |
| PERİRENAL ÜRİNOM | 36 (%1.34) | - |
| PLEVRA YARALANMASI | 24 (%0.89) | - |
| ANJİOEMBOLİZASYON | 13 (%0.48) | - |
| KOLON PERFORASYONU | 1 (%0.03) | - |
| EXITUS | 1 (%0.03) | - |
| NEFROSTOMİ SÜRESİ (GÜN) | 2.8 | 2.9 |
| HASTANEDEN KALIŞ SÜRESİ (GÜN) | 3.5 | 3.5 |

PERKÜTAN NEFROLİTOTRİPSİDE KOLON YARALANMASI: ÇOK MERKEZLİ SONUÇLAR

Namık Kemal Hatipoğlu¹, Necmettin Penbegül¹, Mansur Dağgüllü¹,
Bilal Eryıldırım², Mehmet Fatih Akbulut³, Şenol Adanur⁴, Zafer Gökhan Gürbüz³,
Hüseyin Çelik⁵, Mehmet Mazhar Utanğaç¹, Onur Dede¹, Mehmet Nuri Bodakçı¹

¹Dicle Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

²S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

³S.B. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

⁴Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Erzurum

⁵İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Türkiye’de perkütan nefrolitotripsi (PNL) uygulanan hastalarda karşılaşılan kolon perforasyonlarının sonuçlarını sunmayı amaçladık

Yöntem: Altı merkezde uygulanan perkütan nefrolitotripsi operasyonlarında karşılaşılan kolon yaralanmaları retrospektif olarak incelendi. 21 hastada kolon yaralanması bildirildi. Hastaların kaydedilen demografik verileri, operasyon detayları, postop yaklaşımlar, kolon yaralanmasının tanı zamanı, tedavi yaklaşımları ve sonuçları sunuldu.

Bulgular: PNL operasyonu uygulanan yaklaşık 5800 hastanın 21’inde kolon perforasyonu gelişti. Kolon yaralanmalarının 17’si retroperitoneal iken, 4’ü intraperitoneal idi. Hastaların yaş ortalaması 40,23 (2-70) yıl idi. 21 hastanın 16’si erkek, 5’i bayan idi. Hastaların %71,4’ünde (15 hasta) sol PNL operasyonu sonrası kolon yaralanması oluştu. Kolon yaralanmalarının tamamında böbreğe alt pol girişi yapılmış idi. 7 hastada kolon yaralanması ameliyat esnasında tespit edilmesine rağmen 14 hastada ameliyat sonrası dönemde tanı kondu. Hastaların 12’si konservatif yaklaşım ile başarılı bir şekilde iyileşirken; 9 hastada kolon onarımı uygulandı. Bu 9 hastanın 5’inde sadece kolon onarımı yapılmasına rağmen, 4 hastada kolon onarımı sonrası kolostomi uygulandı. Hastaların 14’ünde böbrek toplayıcı sistemine double J stent uygulandı. Hastalar ile ilgili daha detaylı bilgilere Tablo 1’den ulaşılabilir.

Çıkarımlar: PNL operasyonu uygulayan her ürolog operasyon esnasında bir kolon yaralanması riski ile karşı karşıya olacağını bilmelidir. Bu nadir ancak ciddi komplikasyon hakkında hastalar ameliyat öncesinde bilgilendirilmelidir. Retroperitoneal yaralanma gerçekleşen hastaların çoğunda konservatif yaklaşım yeterli olmaktadır. Ancak bu konudaki deneyimler halen sınırlıdır.

Tablo 1.

| | |
|------------------------|--------------------------------------|
| HASTA SAYISI | 5800 |
| YAŞ | 40,23 (2-70) |
| CİNSİYET (K/E) | 5 / 16 |
| GEÇİRİLMİŞ CERRAHİ | 2 / 19 |
| SAĞ / SOL | 6 / 15 |
| HİDRONEFROZ | |
| | Grade 0 1 |
| | Grade 1 10 |
| | Grade 2 8 |
| | Grade 3 2 |
| TAŞ YERLEŞİMİ | |
| | Pelvis 7 |
| | Alt pol 3 |
| | Orta pol - |
| | Üst pol - |
| | Multipl 11 |
| POZİSYON | |
| | Prone 21 |
| | supine - |
| GİRİŞ ŞEKLİ | |
| | Skopi 12 |
| | USG - |
| | USG+Skopi 9 |
| KOLON PERF TANI ZAMANI | |
| | Perop Giriş Yapılırken 3 |
| | Op bitiminde nefrostografi 4 |
| | Postop rutin nefrostografi 1 |
| | Postop düşg kolonda kontrast 1 |
| | Postop Şikayet Sonrası Görüntüleme 4 |
| | Postop Nefrostomiden Kolon İçenği 6 |

BURSA ŞEVKET YILMAZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMİ

Sedat Öner, Mehmet Hakan Üstün, Murat Aydos, Murat Şambel,
Abdullah Erdoğan, Metin Kılıç, Kadir Acıbcu, Murat Demirbaş

Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

Amaç: Perkütan nefrolitotomi (PNL) böbrek taşlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan 2527 PNL vakasından elde edilen sonuçlar sunulmuştur.

Yöntem: Kasım 2003–Ağustos 2014 tarihleri arasında yaş ortalaması 46,1 yıl (3-85) olan 2527 hastaya (1023 kadın, 1504 erkek) (1236 sağ, 1291 sol) PNL yapılmıştır. PNL 246 vakada (%9,7) staghorn taş, 49 vakada (%1,9) soliter böbrek ve 55 vakada (%2,1) atnalı böbreğe uygulanmıştır. Vakaların 75'i (%2,9'u) çocuktur (3-16 yaş). Böbreklerin 2054'ü primer (%81,2), 404'ü sekonder (%15,9), 61'i tersiyer (%2,41), 8'i quarternerdir (%0,31). Hastaların hepsinde Amplatz dilatasyon yapılmıştır.

Bulgular: İki boyuttan hesaplanan ortalama taş alanı 688,6 mm² dir (16–9500). Anestezi süresi ortalama 89,9 dk (30–355), ameliyat süresi ortalama 55,6 dk (10–520) olarak gerçekleşmiştir. Vaka başına 1.38 renal akses (1-7) yapılmıştır. Ortalama 10700 cc sıvı (1000–50000) kullanılmıştır. Ortalama floroskopi süresi 5,12 dakika (0,1–45,3 dk) olmuştur. PNL sonrası taşsızlık 2128 böbrekte (%84,2) sağlanmıştır. 4 mm'den küçük rezidü fragmanlar klinik önemsiz kabul edildiğinde başarı oranı %96,5 (2441/2527) olmuştur. 317 hastaya (%12,5) kan transfüzyonu yapılmıştır. Major komplikasyon olarak 31 hastada (%1,3) uzamış idrar drenajı, 39 hastada (%1,5) plevral yaralanma, 16 hastada (%0,63) perirenal hematoma, 7 hastada (%0,3) arteriyel embolizasyon gerektiren kanama, 4 hastada (%0,15) kolon perforasyonu ve 4 hastada (%0,15) ciddi ürosepsis görülmüştür. Prosedür sonucunda 3 vaka (%0,11) (biri kontrol edilemeyen kanama, ikisi ciddi ürosepsis nedeniyle) kaybedilmiştir. Hastaların nefrostomili geçirdikleri süre 2,5 gün (1-13) ve yatış süreleri 3,26 gün (1-25) olmuştur.

Çıkarımlar: PNL böbrek taşlarının tedavisinde açık cerrahi gereksinimini azaltan, hastalar için daha konforlu, minimal invazif ve başarılı bir yöntemdir.

BÖBREK TAŞI TEDAVİSİNDE RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ (RİRC): ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Hakan Kılıçarslan, Kadir Ömür Günseren, Aykut Sönmez, Yakup Kordan, Fezzi Mutlu Kanat

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Böbrek taşı tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi (RİRC) deneyimimizin sunulması

Yöntem: Ekim 2009-Eylül 2014 tarihleri arasında böbrek taşına yönelik RİRC uygulanan 360 olgu retrospektif incelendi. Değerlendirmede yaş, cinsiyet, taş lokalizasyonu ve büyüklüğü, üreteral kateterizasyon, operasyon süresi ve rezidü taş mevcudiyeti değerlendirildi.

Bulgular: Olguların 218'i erkek 142'u kadın olup ortalama yaşı 48 (2- 82) idi. 14 hastada tanınal amaçlı fleksible üreterorenoskop ile renal pelvise çıkmış olup 1 hastada renal pelvise protürde tümöral lezyona lazer ablasyon uygulanmıştır. Olgulardan 17 tanesi yaş ortalaması 4 (1-10) olan çocuk hastalardır. Ortalama operasyon süresi 76 dakika (20-210) dakikadır. Ortanca taş büyüklüğü 15 (5-40 mm) olup taşların 112'u alt, 59'u orta, 25'i üst pol ve 71'i renal pelvis, 4'ü proksimal üreter, 70'i multipl lokalizasyon yerleşimliydi. 315 hastaya D/J kateter yerleştirilmiştir. 15 olguda üreterdeki darlık nedeniyle renal pelvise ulaşılamadı. 10 hastada taşın mukozaya impakte olması veya kapalı kaliks içinde olması nedeniyle litotripsi uygulanamadı. Hastaların 252'sinde tek seansta taşsızlık sağlanmış olup 51 hastada defleksiyon açısı ve/veya kaliks boynu darlığı ve/veya kaliks boynu uzunluğu nedeniyle tam fragmentasyon sağlanamadı. Alt pol taşı, multipl lokalizasyonda taş olması rezidü taş kalması üzerine anlamlı etkindi ($p=0.005$). Taş boyutu anlamlı büyüktü ($p=0.005$).

Çıkarımlar: RİRC böbrek taşının minimal invaziv tedavisinde kabul edilebilir taşsızlık oranı sağlayan güvenli bir yöntemdir.

SPİNAL DEFORMİTELİ HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Volkan İzol, İbrahim Atilla Arıdoğan, Mutlu Değer, Çağrı Tekdöş, Yıldırım Bayazıt, Sinan Zeren

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Perkütan Nefrolitotomi (PNL) böbrek taşlarının tedavisinde altın standarttır. Bu operasyon anormal vücut yapısı olan hastalarda da başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Bu çalışmada, kas iskelet deformiteli hastalarda perkütan nefrolitotominin (PNL) uygulanabilirliği, güvenilirliği ve yararlılığı araştırılarak tek merkez deneyiminin sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Temmuz 1999 ve Eylül 2014 yılları arasında kas iskelet deformiteli 19 hastanın (13 erkek, 6 bayan) 20 renal ünitesine PNL uygulandı. Bu hastaların 5'inde geç polio sekeli, 7'sinde kifoskolyoz, 2'sinde osteogenezis imperfekta, 4'ünde myotonik distrofi ve 1'inde ankilozan spondilit vardı. Bütün hastalar anatomi ve giriş yaklaşımı açısından preoperatif tomografi ve intravenöz pyelografi (IVP) ile değerlendirildi. Taşsızlık oranı, komplikasyonlar ve ek girişim gerekliliği kayıt edildi.

Bulgular: Ondokuz hastanın 20 renal ünitesine PNL uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 36.8 (2-64), ortalama taş yükü 620 ± 526.9 mm² (75-1800). 9 hastanın staghorn taşı vardı. Ortalama operasyon ve skopi süresi sırasıyla 93 ± 35.1 dk (35-180) ve 14.5 ± 8.5 dk (3-34) idi. Operasyon sonunda 14 hasta (%73) taşlarından tamamen arındırıldı. Klinik önemsiz rezidüel taşı (< 3mm) olan 2 hasta da eklendiğinde başarı oranı %84'dü. Kanama nedeniyle 1 hastada açık operasyona geçilip nefrektomi uygulandı. 2 hastada transfüzyon gerektiren kanama, 1 hastada uzamış ıslatma nedeniyle çift j stent konulması ve 1 hastada da enfeksiyon gelişmesi dışında komplikasyon olmadı. Ortalama hastanede yatış süresi 4.7 ± 2.5 gündü (2-9).

Çıkarımlar: Kas iskelet deformiteli böbrek taşı olan hastalarda, anestezi, vücut şekli, iç organların yerleşimi ve giriş açısından ayrıntılı preoperatif değerlendirme ile PNL; güvenli, yararlı ve uygulanabilir bir cerrahidir.

ARTAN ENDİKASYONLARLA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ DENEYİMİMİZ

Fatih Bıçaklıoğlu, Bora Küpeli, Metin Onaran, Ender Cem Bulut, Serhat Gürocak

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Böbrek taşlarının tedavisinde son yıllarda fleksibl üreterorenoskopi ile yapılan RIRS (retrograd intrarenal cerrahi) uygulamaları ciddi bir artış göstermektedir. Bizde bu çalışmamızda RIRS sonuçlarımızı değerlendirdik.

Yöntem: Ağustos 2012- Temmuz 2014 arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda RIRS yapılan 47 (29 erkek, 18 kadın) hastanın verileri retrospektif olarak tarandı. Bütün ameliyatlarda öncelikle STORZ 9,5 f rijit üreteroskop ile mümkünse renal pelvise kadar çıkıldı ve bu noktadan 0,035 hidrofilik kılavuz tel takıldı. Takiben kılavuz tel üzerinden üreteral erişim kılıfı takılarak içerisinden STORZ flex2 üreteroskop ile pelvikalisiyel sisteme girildi. Taşlar pelvikaliksiyel sistem içinde 270 µ holmium lazer kullanılarak kırıldı. D-j üreteral katater veya 4F üreter katateri yerleştirilerek işleme son verildi.

Bulgular: 47 hastada toplam 49 renal üniteye RIRS yapıldı. Ortalama yaş $46,51 \pm 12,85$ (min. 21, max. 73), ortalama taş boyutu $13,55 \pm 4,042$ mm (min.7, max. 25) idi. 28 (%57,1) renal üniteye primer olarak RIRS uygulanırken, 21 (%42,9) renal üniteyedeki taşlar ise ESWL ile temizlenemeyen taşlardı. 4 (%8,2) renal üniteyede çeşitli anomaliler mevcuttu (UP darlık, pelvik böbrek, inkomplet üreter duplikasyonu, kaliks divertikülü). Taşların 15 (%30,6)'i renal pelvis taşı, 15 (%30,6)'i alt kaliks taşı iken 19 (38,8)'u diğer lokalizasyonlardaydı. 35 (%71,4) renal üniteyede tek taş mevcut iken 14 (%28,6)'ünde birden fazla taş mevcuttu. 3 (%6,1) renal üniteyeye üreteral erişim kılıfı takılamaması nedeniyle kılıfsız olarak fleksible üreteroskop ile işlem gerçekleştirildi. 47 (%95,9) renal üniteye işlem sonunda d/j katateri konulurken, diğer 2 (%4,1) renal üniteye 4 F üreter katateri konuldu. Kaliks divertikülü olan hastada taşa ulaşamadı. 1 hastada toplayıcı sistemde ciddi piyüri gözlenmesi nedeniyle d-j katater takılarak işleme son verildi. Postop 3 (%6,1) hastada idrar yolu enfeksiyonu gelişti, 1 hasta ise d-j kataterin intraüreterik olması ve üreter alt uçta taş yolu gelişmesi nedeniyle tekrar opere edildi. Soliter böbrekli 1 hastada postop ABY ve SVO gelişti. Postop 1. gün DÜŞG'lerinde bakıldığında 17 (%34,7) hastanın taşsız olduğu, 9 (%18,3) hastanın >5 mm rezidüleri olduğu, kalan hastaların ise milimetrik klinik önemi olmayan rezidüleri olduğu gözlemlendi. Rezidü taşı olan 6 (%12,2) hastaya ikinci kez üreteroskopik girişim uygulandı. 3. ay kontrolünde renal ünitelerin 40 (%81,6)'ında taşsızlığın sağlandığı görüldü.

Çıkarımlar: Cerrahi deneyim ve uygun donanım varlığında RIRS böbrek taşlarının tedavisinde güvenle uygulanabilen minimal invaziv bir yöntemdir. Yüksek başarı oranları ile son yıllarda daha büyük boyuttaki böbrek taşlarında da kullanımı yaygınlaşmaktadır. Her ne kadar taş boyutunun artması ile ikinci girişim gereksinimi gibi sorunlar olabilsede perkütan taş cerrahisine alternatif olarak her lokalizasyondaki taşa uygulanabilme avantajıyla gelişmekte olan bu cerrahiye genç ürologlarında ilgi göstermesi gerektiğini düşünmekteyiz.

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: OMÜ DENEYİMİMİZ

Fatih Ataç¹, Ender Özden², Yakup Bostancı², Yarkın Kamil Yakupoğlu²,
Ali Faik Yılmaz², Hasan Çetin², Şaban Sarıkaya²

¹Özel ADA Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde üst üriner sistem taşı nedeniyle perkütan nefrolitotomi (PNL) yapılan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ekim 2001 ile Ağustos 2014 tarihleri arasında toplam 1619 renal üniteye (1011 erkek / 608 kadın) PNL yapıldı. Perkütan girişim C kollu floroskopi altında hastalara yüzüstü pozisyon verilerek yapıldı. Dilatörler kullanılarak giriş yolu oluşturulduktan sonra 24F, 26 F, 17 F rijid nefroskop ve 9,5/12 F pediatik sistoureteroskop ile girilerek taşlar alındı. 51 hastaya bilateral eş zamanlı PNL yapıldı. Taşlar pnömotik litotriptör, ultrasonik litotriptör veya Holmium: YAG lazer kullanılarak fragmanete edildi.

Bulgular: Haziran 2002 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında PNL yapılan 1619 hastanın kayıtları retrospektif olarak analiz edildi. Yaş ortalaması ve ortalama operasyon süreleri sırasıyla 43,2±18,4 yıl, 78,1±40,1 dakika idi. Toplam 830 hastada sağ böbreğe, 840 hastada sol böbreğe (51 olgu bilateral) girişim yapıldı. Ortalama taş alanı 570,5±325,5 mm² idi. Toplam skopi süresi 5,2±3,8 dakika olarak ölçüldü. Tüm hastalar için taşsızlık oranı %87,9 idi. Olguların 140 tanesine suprakostal akses (%8,6) yapıldı. Ortalama hastanede yatış süresi 3,9±2,8 gün idi. Toplam 97 hastada (%5,9) transfüzyon gerekecek kanama gözlemlendi. Major komplikasyonlar 7 hastada hidrotoraks/pnömotoraks (göğüs tüpü takıldı), 1 hastada vasküler yaralanma (anjioembolizasyon yapıldı), 2 hastada barsak yaralanması (kolostomi açıldı), 2 hasta da exitus (ürosepsis) idi. Tablo 1'de hastaların demografik, preoperatif ve peroperatif verileri verilmiştir.

Çıkarımlar: PNL böbrek taşlarının tedavisinde güvenli ve etkin bir yöntemdir. Uygun hasta seçimi ile birlikte kazanılan deneyim ile başarı oranı artmaktadır.

| Sayı | 1619 |
|------------------------------------|-------------|
| Ortalama yaş (yıl) | 43,2±18,4 |
| Kız/Erkek | 608/1011 |
| Taş yüzey alanı (mm ²) | 570,5±325,5 |
| Yön (R/L) | 830 / 840 |
| Akses sayısı | 1,2±0,5 |
| Ameliyat süresi (dk) | 78,1±40,1 |
| Suprakostal Akses (%) | 140 (8,6) |
| Rezidü taş varlığı (%) | 201 (12,1) |
| Floroskopi süresi (dk) | 5,2±3,8 |
| Taşsızlık oranı (%) | 87,9 |
| Hb düşüşü (gr/dL) | 1,4±1,1 |
| Komplikasyon sayısı (%) | 98(6,3) |
| Kan Transfüzyonu (%) | 97(5,9) |
| Ortanca katater çekme süresi (gün) | 2,9±1,4 |
| Ortalama yatış süresi (gün) | 3,9±2,8 |

ERİŞKİNLERDE GEÇİRİLMİŞ RENAL CERRAHİLER ESWL SONUÇLARINI VE KOMPLİKASYON ORANLARINI ETKİLER Mİ?

Mehmet Hamza Gültekin¹, Beril Tülü², Gamze Gül Güleç², Fethi Ahmet Türegün¹, Nejat Tansu¹, Bülent Önal¹

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

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İngilizce Tıp Bölümü, İstanbul*

Amaç: Erişkin yaş grubunda aynı böbrekte önceden taş tedavisi hikayesi olan hastalarda ekstrakorporal şok dalgası ile litotripsi (ESWL) tedavisi sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Kliniğimizde Mart 1992 ve Şubat 2008 tarihleri arasında erişkinlerde 2261 renal ünite (RU) ESWL ile tedavi edildi. Bütün ESWL seansları aynı ürolog (N.T.) tarafından aynı ESWL cihazı (Siemens Lithostar lithotripter) ile gerçekleştirildi. Hastaların demografik özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Son bir yıl içinde cerrahi müdahale geçirmiş 138 hasta doğru sonuçlara ulaşabilmek için çalışma dışı bırakıldı ve kalan 2123 RUs çalışmaya dahil edildi. Hastalar daha önce aynı böbrekten cerrahi müdahale geçirmemiş (1. grup) ve geçirmiş (2. grup) olarak ayrılarak karşılaştırıldı. 2. grupta 258 RUs açık cerrahi, 26 RUs PCNL geçirmiş hasta bulunmaktaydı. 1. grup ile 2. grubun ESWL sonrası başarı oranları %73.2'ye karşı %62.2 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p=0.000$). Komplikasyonlar açısından anlamlı bir farklılık görülmedi (12.0% vs. 8.8%, $p=0.281$).

Taş lokalizasyonu ve taş yükü bağımsız faktör kabul edilerek yapılan alt grup analizlerinde <1 cm alt kaliks taşlarının ESWL sonrası başarı oranları %52.4 ile %69.0 olup istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p=0.012$).

Çıkarımlar: Çalışmamızda önceden aynı böbrekte taş tedavisi hikayesi olan hastaların ESWL sonrası başarı oranı, diğer grupla karşılaştırıldığında düşük bulunmuştur. Alt grup analizlerinde ise 1 cm altı alt kaliks taşlarının tedavisinde 2. grubun başarı oranı istatistiksel olarak düşük bulunmuştur. Bu durumun geçirilmiş böbrek cerrahisi ile oluşan toplayıcı sistem hasarının peristaltizm üzerindeki olumsuz etkisine bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

| Tablo 1. | | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------|--------|-------|
| | 1. GRUP | 2. GRUP | TOPLAM | p= |
| Hasta özellikleri | | | | |
| Hasta sayısı | 1839 | 284 | 2123 | |
| Medyan yaş | 43.00 (SD13.658) | 45.00 (SD13.078) | | |
| Kadın, n (%) | 757 (41.2%) | 102 (35.9%) | 859 | 0.094 |
| Erkek, n (%) | 1082 (58.8%) | 182 (64.1%) | 1264 | |
| Tek böbrek sayısı | 47 (2.6%) | 14 (4.9%) | 61 | 0.026 |
| Renal Anomalî | 34 (1.8%) | 8 (2.8%) | 42 | 0.346 |
| Sol böbrek, n (%) | 945 (51.4%) | 143 (50.4%) | | 0.745 |
| Sağ böbrek, n (%) | 894 (48.6%) | 141 (49.6%) | | |
| Taş lokalizasyonu, n | | | | |
| • Pelvis | 1014(55.1%) | 101 (35.6%) | | 0.000 |
| • Üst Kaliks | 172 (9.4%) | 29 (10.2%) | | |
| • Orta Kaliks | 123 (6.7%) | 16 (5.6%) | | |
| • Alt Kaliks | 530 (28.8%) | 138 (48.6%) | | |
| Taş yükü medyan, cm 2 | 1.45 | 1.61 | | |
| • ≤ 1.0 cm 2 | 835 (45.4%) | 119 (41.9%) | | 0.026 |
| • 1.1 - 2.0 cm 2 | 647 (35.2%) | 102 (35.9%) | | |
| • > 2.0 cm 2 | 357 (19.4%) | 63 (22.2%) | | |
| Medyan şok dalga sayısı | 2000 | 2000 | | |
| Medyan enerji düzeyi, kV | 17,200 | 17,200 | | |
| Yardımcı işlemler, n (%) | 225 (12.2%) | 46 (16.2%) | | 0.012 |
| • JJ stent | 217 (11.8%) | 41 (14.4%) | | |
| • Perkütanefrostomi | 8 (0.4%) | 5 (1.8%) | | |
| SONUÇLAR | | | | |
| • Taşsızlık | 1346(73.2%) | 177 (62.3%) | | 0.000 |
| • Başarısızlık | 493 (26.8%) | 107 (37.7%) | | |
| KOMPLİKASYONLAR | | | | |
| • Taş yolu | 218 (11.9%) | 25 (8.8%) | | 0.281 |
| • Ateş | 1 (0.1%) | 0 | | |

| Tablo 2. | | | | | | | | |
|----------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|----------------|---------------|
| | Pelvis | | Üst Kaliks | | Orta Kaliks | | Alt Kaliks | |
| | 1. GRUP | 2. GRUP | 1. GRUP | 2. GRUP | 1. GRUP | 2. GRUP | 1. GRUP | 2. GRUP |
| <1 | 315 (87.5%) | 29 (87.9%) | 64 (70.3%) | 10 (74.0%) | 69 (73.4%) | 6 (66.7%) | 200 (69.0%) | 33 (52.4%) |
| | p=0.950 | | p=0.793 | | p=0.664 | | p=0.012 | |
| 1.1-2 | 316 (79.4%) | 32 (80.0%) | 36 (70.6%) | 3 (42.9%) | 15 (71.4%) | 4 (80.0%) | 106 (59.9%) | 25 (50.0%) |
| | p=0.928 | | p=0.143 | | p=0.698 | | p=0.211 | |
| >2 | 176 (68.8%) | 18 (64.3%) | 12 (40.0%) | 2 (25.0%) | 4 (50%) | 1 (50%) | 33 (52.4%) | 14 (56.0%) |

BÖBREK TAŞLARINDA HOUNSFIELD ÜNİTESİ ÖLÇÜMÜ İLE BELİRLENEN TAŞ SERTLİĞİNİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Sedat Karakoç, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, İlhan Çelebi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Üriner sistem taş hastalığında bilgisayarlı tomografi (BT) ile hounsfield ünitesi (HU) ölçümü son dönemde özellikle ESWL öncesinde tedavi başarısını öngörmeye kullanılmaktadır. Bu çalışma ile HU ölçümü ile belirlenen taş sertliğinin perkütan nefrolitotomi (PNL) operasyon sonuçları üzerine olan etkisi değerlendirildi.

Yöntem: 2005-2014 yılları arasında kliniğimizde PNL yapılan ve preoperatif BT değerlendirmesi yapılmış olan 298 yetişkin hasta (≥ 18 yaş) çalışmaya dahil edildi. Hastalar hounsfield ünitesi(HU) eşik değeri 1000 alınarak $HU < 1000$ olanlar (grup 1 n:108) ve $HU \geq 1000$ olanlar (grup 2 n:190) olarak iki gruba ayrıldı. Bu hastalar demografik olarak, taş boyutu, operasyon süresi, yatış süresi, transfüzyon miktarı, taş yükü, access yeri, taştan arınma oranı, komplikasyon, postoperatif hemoglobin ve hematokrit kaybı açısından retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Postoperatif komplikasyonlar Clavien komplikasyon sınıflamasına göre sınıflandırıldı.

Bulgular: Her iki grubun ortalama yaş, taş boyutu, yatış süresi, operasyon süresi ,transfüzyon miktarı, postoperatif hemoglobin ve hematokrit kaybı arasında anlamlı fark yoktu. Grup 1'de hastaların 43'ünde multipl taş(%39,8) ,19'unda staghorn taş (%17,6),46'sında tek taş (%42,6), Grup 2'de hastaların 103 tanesinde multipl taş (%54,2), 22'sinde staghorn taş (%11,6), 65'inde tek taş (%34,2) mevcuttu. Grup 1'de alt polden 70(%64,8),orta kesimden 37(%34,3),üst polden 1(%0,9); Grup 2'de ise alt polden 118(%62,1),orta kesimden 70(%36,8),üst polden 2(%1,1) böbreğe giriş uygulandı. İlk grupta taştan arınma oranı %65,7, ikinci grupta ise %61,1 idi. $HU < 1000$ olan hastalardan 3 kişide(%2,8) clavien grade 1 komplikasyon,7 kişide(%6,5) clavien grade 2 komplikasyon ve 7 kişide de(%6,5) clavien grade 3 komplikasyon görüldü. $HU > 1000$ olan hastalardan ise clavien grade 1 11 kişide(%5,8),clavien grade 2 7 kişide(%3,7),clavien grade 3 komplikasyon ise 13 kişide (%6,8) görüldü.

Çıkarımlar: HU ölçümü ile belirlenen taş sertliğinin perkütan nefrolitotomi sonuçları üzerinde hem taştan arınma hemde komplikasyonlar açısından bakıldığında anlamlı bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Tablo 1. Değerlendirilen parametrelerin her iki grupta karşılaştırması.

| | GRUP 1 N:108 | GRUP 2 N:190 |
|-------------------------|--------------|--------------|
| YAŞ | 50,7±13,9 | 48,8±12,3 |
| TAŞ BOYUTU(mm) | 22,3±8,9 | 21,4±7,1 |
| OPERASYON SÜRESİ(dk) | 91,5±40,3 | 91,1±36 |
| TAŞTAN ARINMA ORANI (%) | 65,7 | 61,1 |
| YATIŞ SÜRESİ | 4,4±2,6 | 4,2±2 |
| ES REPLASMANI(ünite) | 0,14±0,5 | 0,09±0,4 |
| HGB KAYBI | 1,3±1,6 | 1,1±1 |
| HTC KAYBI | 4±4,8 | 3,2±3,1 |

ROBOT YARDIMLI LAPARASKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ VE GENİŞLETİLMİŞ LENF NODU DİSSEKSİYONU YAPILAN VAKALARDA PSA REKÜRRENSİ

Selçuk Keskin¹, İlter Tüfek¹, Burak Argun², Ali Rıza Kural¹

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Özel Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Robot yardımcı laparoskopik radikal prostatektomi (RYLRP) ve genişletilmiş pelvik lenf nodu disseksiyonu (PLND) yapılan hastalarda PSA rekürrensini etkileyen faktörleri incelemek

Yöntem: Bölümümüzde Mart 2005 ve mayıs 2014 tarihleri arasında 878 RYLRP operasyonu yapıldı. D'Amico kriterlerine göre orta ve yüksek risk gruplarında olan hastalara PLND yapıldı. Genişletilmiş kalıp, haziran 2007 tarihinden sonra kullanılmaya başlandı. Sınırlı PLND yapılan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Genişletilmiş PLND, 381 hastada uygulandı. Minimum 12 aylık takip süresi olan 323 hasta mevcuttu. Yaş, PSA değeri, postoperatif Gleason skoru, tümör hacmi ve cerrahi sınır pozitifliğinin PSA progresyonuna etkisi incelendi. Ardışık iki PSA değerinin 0.2 ng/ml üzerinde olması PSA rekürrensi olarak kabul edildi.

Bulgular: PSA rekürrensi %15 (49/323), lenf nodu invazyonu (%13.3) (43/323) oranında görüldü. Her iki grubun yaş ortalaması benzerdi. PSA rekürrensi olan ve olmayan grupta sırasıyla postoperatif Gleason skoru (7,47 vs 6,92 P<0.0001), pozitif cerrahi sınır oranı (40.8% vs 17.8% P<0.0001), lenf nodu invazyonu (53% vs 5.8% P<0.0001) ve ortalama tümör hacmi (12,79 vs 3,43cc P<0.0001) idi ve PSA rekürrensi olan grupta daha yüksekti.

Çıkarımlar: PSA rekürrensi olan RYLRP ve genişletilmiş PLND yapılmış hastalarda, ortalama PSA, postoperatif Gleason skoru, pozitif cerrahi sınır oranı, lenf nodu invazyonu görülme sıklığı ve ortalama tümör hacmi daha yüksek oranda görülmektedir.

KRONİK TESTİS VE KASIK AĞRISI OLAN, SPERMATİK KORDUN MİKROCERRAHİ DENERVASYONUNDAN YANIT ALMAYAN HASTALAR İÇİN YENİ ALTERNATİF; ULTRASON REHBERLİĞİNDE HEDEFE YÖNELİK SPERMATİK KORDUN MİKROKRİYOABLASYONU

İbrahim Güven Kartal, Ahmet Güdeloğlu, Bayo Tojula, Jamin Brahmbhatt, Sijo Parekattil

South Lake Hospital, Personalized Urology & Robotics Clinic, Clermont, ABD

Amaç: Kronik testis ve kasık ağrısı sıklığı giderek artan ve kısıtlı tedavi seçenekleriyle de giderek büyüyen bir problemdir. Spermatic kordun mikrocerrahi denervasyonu (SKMD) konservatif tedavilerden sonra birinci seçenek olarak uygulanmaktadır. Günümüzde SKMD'ye yanıt almayan hastalar için invaziv tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Amacımız SKDM'den yanıt alamayan hastalara non-invaziv olarak alternatif olabilecek ultrason rehberliğinde spermatic kordun hedefe yönelik mikrokriyoablasyonunu (URSKHM) tartışmak ve sonuçlarını belirtmektir.

Yöntem: Kasım 2012 ile Ağustos 2014 tarihleri arasında URSKHM uygulanan hastalar retrospektif olarak taranmıştır. Bu işlem; SKDM uygulanıp tedaviye yanıt alamayan hastalara uygulanmıştır. Spermatic kordun hedefe yönelik mikrokriyoablasyonu ultrason rehberliğinde uygulanmıştır. Spermatic kordun medialinde ve lateralindeki trifekta sinir kompleksi dondurularak ablate edilmiştir. Ağrı subjektif olarak görsel analog ağrı skalası ve objektif olarak preoperatif ve postoperatif olarak standartize edilmiş ağrı skoru ile değerlendirilmiştir (PIQ-6, QualityMetric Inc., Lincoln, RA).

Bulgular: URSHM 9'u iki taraflı, 22'si sol tarafa, 29'u sağ tarafa olmak üzere 60 hastada toplam olarak 69 defa uygulanmıştır. Hastaların ortalama yaşı 41.91 ± 0.50 yaştır. Ortalama işlem süresi 10 dakikadır. Ortalama takip süreleri 10.08 ± 3.46 aydır. Hastaların subjektif değerlendirmeleri sonucunda %9'unda ağrıları tamamen geçmiş, %65.2'sinde ağrıları azalmış, %25.8'inde ağrılarında değişiklik olmamıştır. PIQ-6 takipleri postoperatif 1., 3., 6., 12. aylarda değerlendirilmiş ve PIQ analizlerinde ağrı skorlarında genel olarak azalma görülmüştür. Hastaların PIQ-6 analizlerinde; %59'unda 6. ayda anlamlı azalma, 12 ay sonunda %56'sında anlamlı azalma tespit edilmiştir. Komplikasyon olarak sadece 1 hastada işlem alanında enfeksiyon görülmüştür.

Çıkarımlar: SKDM tedavisine cevap vermeyen kronik testis ve kasık ağrısı olan hastalarda ultrason rehberliğinde spermatic kordun hedefe yönelik mikrokriyoablasyonu güvenilir, non-invaziv ve efektif bir tedavi yöntemidir. İşlemin etkinliği ve güvenilirliğini kanıtlamak için uzun dönemli takiplere ihtiyaç vardır.

VASKÜLER KAYNAKLI EREKTİL DİSFONKSİYON PATOFİZYOLOJİSİNDE TROMBOSİT AKTİVİTE BELİRTEÇLERİ ROL OYNAR MI?

Ufuk Yavuz¹, Murat Üstüner¹, Hasan Yılmaz¹, Seyfettin Çiftçi¹, Turgay Gülece², Kerem Teke¹, Melih Çulha¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

²Hakkari Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Hakkari

Amaç: Ortalama trombosit hacmi (OTH) kolay ölçülebilir ve ucuz bir trombositik aktivite belirtecidir. Vasküler patolojilerde yükseldiği bildirilmiştir. Bunun yanında OTH' nin vasküler kaynaklı ED hastalarında da yükseldiği rapor edilmiştir. OTH' ya ek olarak trombosit dağılım genişliği (TDG) ve trombosit sayısı (TS) da trombosit aktivite belirteci olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda trombosit aktivite belirteçlerinin vasküler kaynaklı erektil disfonksiyonu (ED) olan hastalardaki değişimini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2006-2012 yılları arasında penil doppler ultrasonografi ile vasküler kaynaklı ED tanısı alan 70 olgu (Grup 1) ile herhangi bir sistemik hastalığı olmayan erektil fonksiyonu normal olan 30 olgu (Grup 2) çalışmaya dahil edildi. Olguların yaşları ve tam kan sayımı parametreleri retrospektif olarak değerlendirildi. Her iki grup, trombosit aktivite belirteçleri (OTH, TS, TDG) açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel analiz için independent samples t test kullanıldı.

Bulgular: Grup 1 ve Grup 2' nin yaş ve trombosit aktivite belirteçleri açısından karşılaştırılması Tablo' da özetlendi. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı fark izlenmedi ($p>0,05$). Ortalama OTH ve PDG değerleri Grup 1' de anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). TS açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çıkarımlar: Çalışmamızda vasküler kaynaklı ED' si olan hastaların olmayanlara göre TS' de anlamlı fark olmadan OTH ve PDG değerlerinde anlamlı yüksek olduğu saptandı. Bulgularımız, literatürdeki vasküler patolojiler ile trombosit aktivite belirteçleri arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Konu ile ilgili daha somut bulgular için iyi planlanmış, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Yaş ve trombosit aktivite belirteçlerinin hasta gruplarına göre karşılaştırılması

| | Grup 1 | Grup 2 | p değeri |
|-----------|----------------|----------------|----------|
| Yaş | 53 (IQR 43-59) | 45 (IQR 40-57) | 0,323 |
| OTH (fL) | 8,31±1,33 | 7,51±0,75 | <0,001 |
| TDG (%) | 17,98±1,55 | 15,31±1,21 | <0,001 |
| TS (k/µL) | 261,32±80,33 | 256,73±59,2 | 0,779 |

IQR: Çeyrekler arası aralık

TÜRK ÜROLOGLARIN KENDİ KULLANIMLARI VE HASTALARINA ÖNERMELERİ İÇİN PHOSPHODIESTERASE 5 (PDE5) İNHİBİTÖR TERCİHLERİ

Çağrı Asan¹, Bahadır Dede²

¹Özel Batman Farabim Hastanesi, Üroloji Bölümü, Batman

²Muğla Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şubesi, Muğla

Amaç: Ürologlar performans artırıcı ajan olarak veya erektil disfonksiyon tedavisi için phosphodiesterase 5 (pde-5) inhibitörleri kullanabilmektedir. Ürologların kendi kullandıkları ve hastalarına önermeleri için tercih ettikleri pde-5 inhibitörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Ürologların kendi kullandıkları ve hastalarına önerdikleri pde-5 inhibitörlerini değerlendirmek için anket formu hazırlandı. Bu form toplantı esnasında dağıtıldı ayrıca formun bulunduğu web sayfasına ait link elektronik posta ile üroloji doktorlarına ulaştırıldı ve cevaplar web sayfası üzerinden toplandı. Üroloji doktorlarının yaşı, medeni durumları, kurumları, bulunduğu coğrafik bölge, günde ortalama kaç hasta baktıkları, kendi kullandıkları ve en etkili olduğunu düşündükleri pde-5 inhibitörü ve hastalarına önerdikleri pde-5 inhibitörü soruldu. İstatistiksel testler ve McNemar-Bowker tutarlılık analizleri SPSS 15 programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: 308 ürolog tarafından doldurulan form değerlendirmeye alındı. Hekimlerin ortalama yaşı 41,3 (24-64yaş) idi. 279 hekim anket sırasında evli olduklarını belirtti. Hekimlerin günde baktığı ortalama hasta sayısı 31,3 (2-150hasta) olarak hesaplandı. Form dolduranların %48,1'i Batı Anadolu bölgesinde çalışmakta idi. Üroloji doktorlarının çalıştıkları kurumlar:

- Üniversite hastanesi %42,5
- Özel hastane %22,7
- Devlet hastanesi %19,2
- Eğitim ve araştırma hastanesi %14
- Diğer sağlık kurumları %1,6.

Üroloji hekimlerinin şahsi kullandıkları için tercih ettikleri ve hastalarına önerdikleri pde-5 inhibitörleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Çıkarımlar: Ürologların hem kendileri için hem de hastaları için en çok tercih ettikleri molekül tadalafildir. McNemar-Bowker tutarlılık analizleri (kappa değeri) ve istatistiklere göre kendi kullandıkları için sildenafil veya tadalafili seçen üroloji doktorları istatistiksel olarak anlamlı olarak hastalarına da bu molekülleri önermektedir. Diğer parametreler ile ilgili istatistiksel anlamlı bulgu saptanmamıştır.

Tablo 1. Pde5 inhibitör tercihlerine göre ürologlar

| | Hastalarına öneren | | Kendi kullanan | |
|------------|--------------------|-----------|----------------|-----------|
| | Sayı (n) | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Sildenafil | 82 | 26,9 | 84 | 29,5 |
| Vardenafil | 47 | 15,4 | 39 | 13,7 |
| Tadalafil | 155 | 50,8 | 149 | 52,3 |
| Udenafil | 21 | 6,9 | 13 | 4,5 |
| TOPLAM | 305 | 100 | 285 | 100 |

NONBSTRÜKTİF AZOSPERMİ NEDENİYLE TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU YAPILAN KLİNEFELTER SENDROMLU HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Vehbi Kayra¹, Tahsin Turunç¹, Feride Şahin², Cevahir Özer¹,
Mehmet Reşit Gören¹, Ümit Gül¹, Sezgin Güvel¹

¹Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Yüreğir Hastanesi, Üroloji Bölümü, Adana

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Genetik, Ankara

Amaç: İnfertilite tanısıyla başvuran ve genetik analiz sonucuna göre Klinefelter sendromu (nonmozaik 47,XXY) saptanan nonobstrüktif azospermili (NOA) hastaların mikroskobik testiküler sperm ekstraksiyonu (mikroTESE) sonuçlarının değerlendirilmesi ve genetik analiz sonucu normal olan bireylerle karşılaştırılması.

Yöntem: Eylül 2003 ile Haziran 2014 tarihleri arasında NOA tanısıyla mikroTESE operasyonu yapılan hastalar genetik analiz sonuçlarına göre retrospektif olarak değerlendirildi. Analiz sonucuna göre nonmozaik Klinefelter sendromu (KS) saptanan ve saptanmayan hastaların mikroTESE sonuçları ile birlikte yaş, infertilite süreleri, testis boyutları, serum FSH ve testosteron düzeyleri de karşılaştırıldı. Genetik analiz sonucu olmayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Nonobstrüktif azospermili tanısıyla mikroTESE operasyonu yapılan 967 hastanın %47.2'sinde (457/967) sperm bulundu. Hastaların 554'ünün (%57.3) genetik analiz sonuçları vardı. Genetik analiz yapılan hastaların ise 91'inde nonmozaik KS (%16.4) saptandı. KS olan hastalara yapılan mikroTESE'lerin sadece %17,6'sında sperm bulunurken, genetik analizi normal olan hastaların ise %47.1'inde sperm bulundu, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). Genetik analiz sonucuna göre KS saptanan ve saptanmayan hastaların infertilite süreleri arasında herhangi bir farklılık saptanmadı. Fakat, her iki grubun yaş, testis volümleri, serum FSH ve testosteron düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık vardı (tablo). Ayrıca KS hastalarında sperm bulunan ve bulunmayan gruplarda yaş, infertilite süresi, testis volümleri ve FSH düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Çıkarımlar: Yapılan bazı güncel çalışmalarda KS hastalarında TESE'de sperm bulma ihtimalinin KS saptanmayan hastalardaki oranlara çok yakın olduğu görülmektedir. KS hastalarında elde edilen sperm bulma oranları, dünyanın farklı bölgelerinde farklı demografik özelliklere ve çevresel faktörlere bağlı olabilir. Yapılan bu çalışma, KS hastalarında normal genetik analizi olan hastalara göre TESE'de sperm bulma oranının bariz şekilde daha düşük olduğunu ortaya koymasından önemlidir.

Tablo 1.

| Parametreler | 47, XXY (nonmozaik) | 46 XY | Bütün hastalar | p değeri |
|-------------------------------------|---------------------|---------------|----------------|----------|
| Hasta sayısı (n) | 91 | 463 | 554 | |
| Yaş (yıl) (±) | 32,7±5.5 | 34,5±6.3 | 34.2±6 | 0.009 |
| İnfertilite süresi (yıl) (min-max) | 6,7 (1-20) | 6,9 (1-24) | 6.9 (1-24) | 0.919 |
| Testis boyutu (cc) (min-max) | 5,1 (1-15) | 13,5 (1-25) | 12.1 (1-25) | 0.000 |
| Serum FSH (mIU/ml) (min-max) | 32,3 (2-59) | 15,6 (0.5-86) | 18.4 (0.5-86) | 0.000 |
| Serum Testosteron (ng/ml) (min-max) | 2,9 (0.5-12) | 4,4 (0,1-16) | 4.1 (0.1-16) | 0.000 |
| TESE başarıları (%) | 17,6 | 47,1 | 42.2 | 0.000 |

ÇİNSEL AKTİF ERKEKLERDE SİLODOSİN TEDAVİSİNİN KISA DÖNEMDE ÇİNSEL FONKSİYONLAR VE SEMİNAL VEZİKÜL ÇAPI ÜZERİNE OLAN ETKİLERİ

Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Volkan Şen, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Silodosin alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) tedavisinde etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış selektif α 1a-blokör ajandır. En sık karşılaşılan yan etkisi ejakülasyon problemleridir. Bu prospektif çalışma ile silodosin tedavisinin kısa dönemde cinsel fonksiyonlar ve seminal vezikül çapındaki olası değişiklikler üzerine olan etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Kliniğimize orta-şiddetli AÜSS nedeniyle (IPSS \geq 8) başvuran, düzenli cinsel yaşamı olan, ejakülasyon problemi olmayan ve katılmak için gönüllü olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar öykü, rektal tuşe, serum PSA, üroflowmetri, uluslararası prostat semptom skoru ve yaşam kalitesi (IPSS-QoL) ve uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF) ile değerlendirildi. Ejakülasyon durumu 'Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında boşalma ile ilgili herhangi bir problem yaşıyor musunuz?' sorusu ile değerlendirildi. Transrektal ultrasonografi (TRUSG) ile hastaların prostat hacmi, seminal vezikül maksimum uzunluk ölçümleri yapıldı. Seminal vezikül hacmi 'elipsoid/prolate spheroid ($d_1 > d_2 = d_3$)' matematik formülü ($d_1 \times d_2 \times d_3 \times 4/3 \times \pi$) ile hesaplandı (Şekil 1). Çalışmaya alınan hastalara silodosin 8 mg/gün tedavisi başlandı ve hastalar 4 hafta sonra aynı şekilde değerlendirildi. Tedavi sırasında en az iki başarılı cinsel ilişki deneyimi olan hastalar değerlendirmeye alındı ve başvuru sırasındaki ve 4 haftalık tedavi sonrasındaki IPSS-QoL, IIEF (tüm alanlar), ilişki sıklığı, ejakülasyon durumu ve seminal vezikül hacimleri paired t-test (Statistical Package for the Social Sciences, Version 15.0; SPSS, Chicago, III) ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların başvuru esnasındaki bulguları tablo 1'de sunulmaktadır. Silodosinin IPSS-total, IPSS-depolama ve IPSS-boşaltım ve QoL skorlarında belirgin iyileşme sağladığı görüldü. IIEF-EF (Erektil fonksiyon) alan skorunda bir miktar azalma olsa da diğer alanlarda ve ilişki sıklığında anlamlı bir değişiklik saptanmadı. Hastaların %90'ında (27/30) 4 haftalık tedavi sonrası ejakülasyon problemi (anejakülasyon) ile karşılaşıldı. Dikkat çekici bir diğer bulgu ise ortalama seminal vezikül hacmindeki belirgin artış idi (Tablo 2). Ejakülasyon problemi olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında seminal vezikül hacmindeki artış miktarı arasında anlamlı fark saptanmadı (9,6 \pm 5,2 cc vs 14,7 \pm 1,2 cc, p=0,105).

Çıkarımlar: Silodosin tedavisiyle ilişkili ejakülasyon problemi düzenli cinsel yaşamı olan erkeklerde daha önce bildirilen yan etki oranlarının çok üzerindedir. Ereksiyon fonksiyonlarında kısa dönemde belirgin bir değişiklik olmamaktadır. Seminal vezikül hacimlerindeki artışın seminal veziküllerin kontraksiyon kapasitesinde azalma, buna bağlı olarak seminal emisyonunda kayıp ve sonuç olarak semen birikiminin bir sonucu olduğu öne sürülebilir. Gelecekte bu konu ile ilgili deneysel ve klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

| Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların başlangıç verileri. | |
|---|-------------------|
| Yaş (yıl) | 56.7±6.9 (44-70) |
| Vücut kitle indeksi (kg/m ²) | 26.5±2.8 (23-34) |
| IPSS-total | 14.4±6.4 (8-29) |
| Qmax (ml/s) | 11.9±3.9 (5-19) |
| İlişki sıklığı (aylık) | 5±2.2 (2-10) |
| IIEF-EF | 26.7±1.9 (25-30) |
| PSA (ng/ml) | 1.5±1.1 (0.2-3.8) |
| Prostat hacmi (cc) | 24.9±10.6 (10-60) |
| Kısaltmalar : IPSS – International prostate symptom score; IIEF-International Index of Erectile Function; EF-Eretil fonksiyon; Qmax-Maksimum akım hızı; PSA-Prostat spesifik antijen | |

| Tablo 2. Değerlendirilen parametrelerin başvuru sırasında ve dört haftalık silodosin tedavisi sonunda karşılaştırması. | | | |
|--|-------------|----------------|--------|
| | Başvuru anı | Tedavi sonrası | p* |
| IPSS-total | 14.4±6.4 | 11.1±7.3 | 0.001 |
| IPSS-boşaltım | 9.1±4.8 | 6.9±4.8 | 0.003 |
| IPSS-depolama | 5.3±2.6 | 4.2±3.5 | 0.024 |
| QoL | 3.2±1.4 | 2.3±1.4 | 0.003 |
| IIEF-EF | 26.7±1.9 | 22.9±7.5 | 0.007 |
| IIEF-OF | 7.8±2.6 | 6.9±2.9 | 0.255 |
| IIEF-SD | 7.2±1.8 | 7±2.4 | 0.686 |
| IIEF-IS | 9.8±2.6 | 9.4±3.3 | 0.616 |
| IIEF-OS | 7.7±2 | 7±2.7 | 0.255 |
| İlişki sıklığı (aylık) | 5±2.2 | 4.8±1.9 | 0.699 |
| Seminal vezikül hacmi (cc) | 8.1±6.4 | 16.4±8.2 | <0.001 |
| Kısaltmalar : IPSS – International prostate symptom score; QoL-Quality of Life; IIEF-International Index of Erectile Function; EF-Eretil fonksiyon; OF-Orgazmik fonksiyon; SD-Cinsel arzu; IS-İlişki tatmin düzeyi; OS-Genel tatmin düzeyi *p<0.05 istatistiksel anlamlı olarak değerlendirildi. | | | |



Şekil 1.

SEMİNAL MOLEKÜLER BELİRTEÇLERLE NON-İNVAZİV OLARAK SPERMATOGENEZİ SAPTAMAK MÜMKÜN MÜ?

Murat Mermerkaya¹, Sena Aydos², Tülin Özkan², Mehmet İlker Gökçe¹, Kaan Aydos¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Tıbbi Biyoloji, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde NOA nedeniyle TESE işlemi uygulanan hastalarda semende spermatogeneze spesifik genlere ait ürünler araştırılarak TESE başarısını öngörme olasılığı incelendi.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda Temmuz 2013- Haziran 2014 tarihleri arasında NOA nedeniyle TESE işlemi uygulanacak veya son 1 yıl içinde uygulanmış hastalardan alınan rutin semen örnekleri kullanıldı. Hastalardan revers transkriptaz ile cDNA'lar sentezlendi ve bu materyallerde CDY1, BOULE, DAZ ve PRM2 genlerinin varlığı araştırıldı. Bu gen ürünlerinin varlığı ile TESE'de sperm saptanması arasındaki korelasyon incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın yaş aralığı 28-43, ortalama yaşı 35 (\pm 4,3) ve ortalama yaş 34 olarak saptandı. Hastaların 11 'inde TESE'de sperm saptanırken (%50), kalan 11'inde (%50) sperm olmadığı izlendi. Hastaların FSH düzeylerinin 4,3-52 IU/L arasında değiştiği, ortalama FSH düzeyinin 19,3(\pm 11,3) IU/L olduğu tespit edildi. Serum FSH düzeylerinin, TESE ile sperm çıkma oranları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı anlaşıldı. TESE'de sperm elde edilen hastalarda, DAZ geni pozitiflik oranı %81,8, elde edilemeyen hastalarda ise %27,3 olarak izlendi ($p=0,03$). PRM2 geni için yapılan değerlendirilmede ise, TESE'de sperm elde edilen hastalarda, pozitiflik oranı %90,9, elde edilemeyen hastalarda ise %36,4 olarak izlendi ($p=0,024$). Her iki gen için de aradaki farkın anlamlı olduğu saptandı.

Çıkarımlar: Literatürde, TESE başarısını öngörmeye yönelik çeşitli çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda, TESE yapılacak hastaların semen örneklerinde DAZ ve PRM2 genlerine ait gen ürünlerinin yer almasının TESE'de sperm saptanması ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu hastalara işlem öncesi bu genlerin bakılması, daha kaliteli danışmanlık verilmesini sağlayacaktır.

SPİNAL KORD HASARINA BAĞLI OLARAK GELİŞEN EREKTİL DİSFONKSİYONDA MELATONİN VE TADALAFİL'İN ETKİLERİ

Hasan Hüseyin Tavukçu¹, Tarık Emre Şener², İlker Tinay², Cem Akbal², Mehmet Erşahin³, Özge Çevik⁴, Göksel Şener⁵

¹*İstanbul Bilim Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

²*S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul*

³*İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul*

⁴*Cumhuriyet Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Sivas*

⁵*Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Spinal kord hasarı (SKH)'na bağlı erektil disfonksiyon (ED) patogeneğinde oksidatif hasar rol oynamaktadır. Bu çalışmada SKH'nın neden olduğu ED'de melatonin ve tadalafilin tek başlarına ve birlikte kullanımlarının olası etkilerinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Erkek Wistar albino sıçanlar (n=40) taklit operasyonu yapılan kontrol (K) ve çözücü-, melatonin (10 mg/kg, ip.)-, tadalafil (10 mg/kg, oral)- ve tadalafil+ melatonin tedavili SKH grupları olmak üzere 5 gruba ayrıldı. SKH oluşturmak için laminektomi yapılan hayvanlarda T10 vertebra seviyesine orta/ciddi seviyede hasar oluşturan (100 g/cm güç) standart ağırlık düşürme metodu uygulandı. Çalışmanın 7. Gününde intrakavernosal basınçları (ikb) ölçülen hayvanlar dekapite edildi. Kavernoz doku örneklerinde süperoksit dismutaz (SOD), miyeloperoksidaz (MPO), nitric oksid sentaz (NOS) ve Kaspaz-3 aktiviteleri, cGMP, malondialdehit (MDA) ve glutatyon (GSH) düzeyleri tayin edildi.

Bulgular: Spinal kord hasarı c-GMP ve GSH düzeylerinde SOD, NOS aktivitelerinde azalmaya, MDA düzeylerinde ve MPO ve kaspaz-3 aktivitesinde artmaya neden oldu. Melatonin oksidatif hasarı geri çevirdi, ancak melatonin ve tadalafilin birlikte uygulandığı grupta parametrelerdeki geri dönüş tek başlarına uygulamaya göre daha anlamlı bulundu. Çözücü uygulanan SKH grubunda kontrole göre yüksek bulunan ikb değerleri tadalafil ve tadalafil +melatonin uygulanan gruplarda kontrole yakın bulundu. Sonuçlarımız güçlü antioksidan bir ajan olan melatoninin SKH da oluşan serbest radikallerin kavernoz dokuda neden olduğu oksidan hasarı azalttığını ve özellikle ED tedavisinde önemli bir yer alan tadalafil ile kombine kullanılması durumunda ikb yi de düzenlediğini göstermiştir.

Çıkarımlar: Sonuç olarak SKH'na bağlı ED tedavisinde melatonin ve tadalafil kombinasyonunun klinik açıdan olumlu etkileri olabileceği düşünülmektedir.

HORMON PROFİLİ MİKRO TESE SONUÇLARINI ÖNGÖRÜR MÜ?

Fethi Ahmet Türegün, Çetin Demirdağ, Fahri Yavuz İlki, Abulfaz Abbasi, Kadir Emre Akkuş, Hamdi Özkara

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada non-obstrüktif azospermik infertil erkek hastalarda yapılan mikrodiseksiyon testiküler sperm ekstraksiyonu (mikroTESE) operasyonu sonucunda sperm bulunma olasılığı ile kanda FSH, LH, prolaktin, total testosteron düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntem: 2002- 2014 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı polikliniğine infertilite şikayeti ile başvuran, yapılan değerlendirmeler sonrasında non-obstrüktif azospermi saptanıp mikroTESE operasyonu yapılan 560 erkek hastanın bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların mikroTESE operasyonu öncesi medikal anamnez, fizik muayene bulguları ile FSH, LH, PRL, total testosteron değerleri mikroTESE operasyonu sonrasında sperm bulunabilirliği açısından incelendi.

Bulgular: Verileri eksik olan 95 hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen 465 hastanın ortalama yaşı 33,8 yıl, ortalama infertilite süresi 6,9 yıl, sperm bulunma oranı %52,6 olarak saptandı. FSH, LH, PRL ve total testosteron değerleri ile mikroTESE sonrası sperm bulunma oranları karşılaştırıldı. FSH değeri normal olan hastaların % 65,5'inde sperm bulunurken, yüksek olan hastaların %42,5'inde sperm bulundu. LH değeri normal olan hastaların %66'sında sperm bulunurken, yüksek olan hastaların %40,7'sinde sperm bulundu. PRL değeri normal olan hastaların %55,7'sinde sperm bulunurken, yüksek olan hastaların %37,8'inde sperm bulundu. Total testosteron değeri normal hastaların %53,9'unda sperm bulunurken, düşük olanların %42,6'sında sperm bulundu. Yapılan istatistiksel analizde (ki-kare testi) FSH, LH, PRL değeri normal ve yüksek olan hastalar arasında sperm bulunma oranları anlamlı bulundu ($p<0,001$; $p<0,001$; $p=0,044$). Total testosteron değeri normal ve düşük olan hastalar arasında sperm bulunma oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,155$).

Çıkarımlar: Non-obstrüktif azospermik hastalarda mikroTESE operasyonunda sperm bulunma oranlarını FSH, LH ve PRL değerinin normal olması olumlu yönde etkilerken, total testosteron değerinin sperm bulunma oranını etkilemediği görülmüştür.

Tablo 1.

| | Sperm Bulunma Oranı(%) |
|--------------------------|------------------------|
| FSH | |
| Normal (1,6-12,4 mIU/ml) | 65,5 |
| Yüksek (>12,4 mIU/ml) | 42,5 ($p<0,001$) |
| LH | |
| Normal (0,8-6 mIU/ml) | 66 |
| Yüksek (>6 mIU/ml) | 40,7 ($p<0,001$) |
| PRL | |
| Normal (4,1-15,2 ng/ml) | 55,7 |
| Yüksek (>15,2 ng/ml) | 37,8 ($p=0,044$) |
| Total testosteron | |
| Normal (280-800 ng/ml) | 53,9 |
| Düşük (<280 ng/ml) | 42,6 ($p=0,155$) |

TRANSPERİTONEAL LAPAROSKOPIK VE AÇIK CANLI DONÖR NEFREKTOMİNİN SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI: ÖN ÇALIŞMA

Ahmet Keleş¹, Asgar Garayev¹, Burak Değirmen-tepe¹, Yılören Tanıdır², İlker Tinay¹, Cevdet Kaya¹, Ferruh Şimşek¹

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

²Izmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

Amaç: Böbrek transplantasyonu uygulanan merkezlerde laparoskopik cerrahi deneyiminin artması ile beraber canlı donör nefrektomi laparoskopik yolla uygulanmaya başlanılmıştır. Kliniğimizde böbrek transplantasyonu uygulanan hastaların canlı vericilerinde laparoskopik ve açık donör nefrektominin pre- post-operatif sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Mart 2012 ve Eylül 2014 tarihleri arasında canlı donör nefrektomi uygulanan 30 (11 erkek, 19 kadın) verici çalışmaya dahil edildi. Tüm vericilerde rutin transplantasyon protokolü haricinde BT-Anjiyografi ile damarsal anatomi değerlendirildi. Çalışmaya alınan vericilerin yaşı, operasyon süreleri, sıcak iskemi zamanı, kanama miktarı, hastanede kalış süresi, operasyon tekniği ve klinik izlem bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. Kadavradan nefrektomi uygulanan hastalar, takip süresi 1 aydan az olanlar, genel cerrahi kliniği tarafından yapılan donör nefrektomiler, farklı nedenlerden ötürü post op erken dönemde kontrastlı görüntüleme yapılan hastalar ve düzenli takibi olmayan vericiler çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Ortalama takip süresi 12,2 (min:1-max:30) ay idi. Canlı açık donör nefrektomi uygulanan (n=21) ve laparoskopik donör nefrektomi (n=9) uygulanan vericilerin ortalama yaşı sırasıyla 45.1+/-9,6, laparoskopik donör nefrektomi yapılanların ise 43.6+/-7,6 yıl idi ve benzerdi. BT-Anjiyografik bulgulara bakıldığında açık donör nefrektomi grubunda sadece 2 vericide çift renal arter mevcut idi. Açık donör nefrektomi uygulanan vericilerin 2'sinde sağ nefrektomi uygulanırken, laparoskopik grubundaki vericilerin tümünde sol donör nefrektomi yapıldı. Açık donör nefrektomi uygulanan 1 olgu dışında, hiçbir vericide post-operatif kan transfüzyonu gereksinimi olmadı. İstatistiksel anlamlı olarak, ortalama kanama miktarı açık nefrektomi uygulanan grupta daha fazla, operasyon süresi ise laparoskopik nefrektomi uygulanan grupta daha uzun idi (p<0.05). Sıcak iskemi zamanı ve hastanede kalış süreleri arasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Pre-operatif ve post-operatif 1.ay serum kreatinin değerlerindeki değişiklik açısından da fark saptanmadı.

Çıkarımlar: Canlı donör nefrektomi uyguladığımız vericilerin ön çalışma sonuçlarına baktığımızda, kanama miktarının açık nefrektomi grubunda daha fazla, operasyon süresinin ise laparoskopik nefrektomi grubunda daha uzun olduğunu saptadık. Laparoskopik canlı donör nefrektomi uyguladığımız vericilerin sayısının daha da artması ile yapılacak çalışmaya ihtiyaç vardır.

| Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri | | |
|--|--------------------------------|----------------------|
| | Yaş ortalaması | Cinsiyet dağılımı(n) |
| Grup 1 | 45,1 (min: 29, max:61 +/- 9,6) | 8 E 13 K 21 |
| Grup 2 | 43,6 (min: 31, max:56 +/- 7,6) | 3 E 6 K 9 |

Tablo 2. Tarafa Göre Operasyon Şekli

| | Sol | Sağ | Toplam |
|--------|------------|------------|---------------|
| Grup 1 | 19 | 2 | 21 |
| Grup 2 | 9 | | 9 |

Tablo 3. Intraoperatif ve erken postoperatif sonuçlar

| | Açık Cerrahi | Laparoskopik | P değeri |
|---------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| Ortalama kanama miktarı (cc) | 150 cc (+/- 170 cc) | 66 cc (+/- 99 cc) | <0.05 |
| | 206 dk (+/- 5.9 dk) | 235 dk (+/- 8.6 dk) | |
| Ortalama operasyon süresi (dk) | 269,1 sn | 250,6 sn | <0.05 |
| Sıcak iskemi süresi (sn) | 3.85 gün | 3,44 gün | 0,67 |
| Ortalama hastanede kalış zamanı | | | 0,23 |

Tablo 4. Preoperatif ve postoperatif kreatinin değerleri / ng/dl

| | Pre-op | Post-op |
|--------------|-----------------------------|------------------------------|
| | | 1. Ay |
| Açık Cerrahi | 0,72 | 1,03 |
| | (min:0,51 max:0,99 +/-0,14) | (min:0,67 max:1,54 +/-0,24) |
| Laparoskopik | 0,74 | 1,06 |
| | (min:0,62 max:1 +/-0,16) | (min: 0,75 max:1,47 +/-0,22) |
| P değeri | 0,68 | 0,77 |

KLOTHO GEN POLİMORFİZMLERİNİN ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞINA ETKİSİ

Abdullah Gürel¹, İyimsen Üre¹, Halide Edip Temel², Oğuz Çilingir³, Sema Uslu⁴, Mehmet Fatih Celayir⁵, Serap Aslan³, Ali Barbaros Başeskioglu¹

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir

²Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji, Eskişehir

³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Genetik, Eskişehir

⁴Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Biyokimya, Eskişehir

⁵S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Genetik, Bursa

Amaç: Klotho geni, β -glukuronidaz aktivitesi üzerinden plazma membranında yer alan kalsiyum kanal reseptörlerini çoğaltarak böbreklerden kalsiyum absorpsiyonunu arttırmaktadır. Çalışmada amacımız, üriner sistem taş hastalığı (ÜSTH) olan kişilerde klotho geninin ve β -glukuronidaz aktivitesinin taş oluşumuna etkisini araştırmaktır.

Yöntem: ÜSTH olan 103 kişi ve ürolitiazis öyküsü olmayan 102 kontrol çalışmaya dahil edildi. PCR yöntemiyle klotho geninin G395A ve C1818T polimorfizmleri incelendi. Kalsiyum ve fosforun serum ve 24 saatlik idrar düzeyleri ile 24 saatlik idrarda β -glukuronidaz aktivitesi biyokimyasal olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastalardan 103'ü erkek (%50.2) ve 102'si (%49.8) kadındı (p:0.945). ÜSTH grubunda ortalama yaş 48'di (41-58) kontrol grubunda ise 52 (46-59) idi (p:0.129). ÜSTH grubunda 24 saatlik idrarda kalsiyum düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek iken, fosfor düzeyinde fark saptanmadı (p<0.001, p:0.074, sırasıyla). G395A polimorfizmi açısından GG tipi, hasta grubunda kontrole göre daha fazla saptandı (p=0.02), GA genotipi ise kontrol grubunda daha fazla idi (p=0.001). F352V ve C1818T polimorfizmleri açısından iki grupta fark yoktu. β -glukuronidaz aktivitesi, hasta grubunda bir miktar az olmasına rağmen anlamlı değildi (p:0.932). GG genotipi olan hastalar, diğer hastalarla kıyaslandığında hiçbir parametrede fark saptanmadı.

Çıkarımlar: Klotho geninin fonksiyonun bozulmasına neden olacak her türlü polimorfizm, taş oluşumuna neden olabilir. Biz çalışmamızda taş hastalığı olanlarda G395A geninde GG sekansının daha fazla olduğunu tespit ettik. Bu farklılık, taş oluşumuna yol açan bir polimorfizm olabilir. Daha fazla hasta sayısı ile yapılacak ileri çalışmalar ile genetik ve epigenetik faktörler bir arada değerlendirilerek taş hastalığının etyolojisinde klotho geninin önemi daha net ortaya konabilir.

IS TOP-DOWN APPROACH REALLY LESS STRESSFUL FOR THE CHILD AND FAMILY: CHALLENGING THE DOGMA

Onur Telli¹, Murat Mermerkaya², Perviz Hacıyev², Özgü Aydoğdu³, Ferc Afandiyev², Evren Süer², Berk Burgu¹, Tarkan Soygür¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

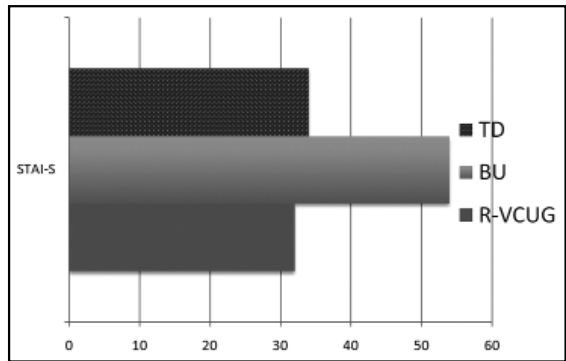
³İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İzmir

Object: Evaluation of vesicoureteric reflux can be difficult both for children and accompanying caregivers. The classical bottom-up (BU) approach where voidingcystourethrogram (VCUG) is initially performed, dogmatically believed to cause more distress than top-down (TD) approach where DMSA takes main-role. Also repeated examinations are thought to be less stressful than first time. We aimed to evaluate whether stress-levels in children and parents are really less in TD fashion and repeated examinations are easier for all.

Method: We prospectively evaluated 120 children (3-8 years). Pain-ratings were obtained using Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) & conversation during procedure was evaluated using Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Revised (CAMPIS-R) by 2 independent observers. Also to evaluate parental anxiety STAI form was filled. Children following documented febrile UTI were randomized into 2 groups as TD&BU. A 3rd group of 44 children undergoing repeated-VCUG (R-VCUG) & their parents were also evaluated.

Materials: Strikingly Children's ratings of pain using FPS-R were not significantly different between TD group (2.99/10) following DMSA and BU group following VCUG (3.21/10),(all intravenous access were performed under topical-anesthesia).Also FPS-R wasn't significantly different in R-VCUG group. (3.35/10).In CAMPIS-R, there was negative relationship between rate of child coping& child distress, as well as rate of child distress& adult coping promoting behavior. Child coping was negatively related to adult-distress- promoting and positively related to adult coping promoting for all groups& showed no difference. Adult stress levels and STAI form scores were significantly less in TD and R-VCUG groups (Figure 1).

Results: Even though TD approach and R-VCUG causes less anxiety forcaregivers, this doesn't correlate to pain-scale in children. Although this might be due to lack of appropriate evaluation tools of pediatric pain and anxiety, the theory that TD approach is less-invasive, thus less-stressful; should require further research. Results of CAMPIS-R data indicate that influences in adult-child-interaction are bidirectional.



Şekil 1. Parental State Anxiety (STAI-S) Scores Between Groups (p=0.09).

ÇOCUKLARDA GEÇİRİLMİŞ TAŞ TEDAVİSİ ESWL SONUÇLARINI VE KOMPLİKASYONLARINI ETKİLER Mİ?

Fethi Ahmet Türegün, Gamze Gül Güleç, Beril Tülü, M. Hamza Gültekin, Çağatay Doğan, Ahmet Erözenci, Bülent Önal

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Daha önce geçirilmiş taş tedavisinin pediatrik hastalarda ESWL sonuçlarını ve komplikasyonlarını etkileyip etkilemediği araştırıldı.

Yöntem: Mart 1992 ve Şubat 2008 tarihleri arasında kliniğimizde ESWL tedavisi alan 17 yaş ve altı 394 pediatrik hastanın bilgileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar daha önce taş tedavisi almayanlar (primer) ve alanlar (sekonder) olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Sekonder gruptaki 38 hastanın 24'üne açık cerrahi, 11'ine ESWL tedavisi ve 3'üne PCNL uygulandı. Primer ve sekonder grupların karşılaştırılmasında kullanılan parametreler cinsiyet, yaş ortalaması, renal anomali, soliter böbrek, taş lokalizasyonu, taş bölümü, taş yükü, ESWL tedavisinin ortalama şok sayısı, ortalama enerji düzeyi, tedavide kullanılan yardımcı prosedürler, anestezi kullanımı, komplikasyonlar, komplikasyonların tedavisi, taş yolu ve ESWL tedavisinin taşsızlık oranlarıydı. ESWL tedavisi tek bir ürolog tarafından aynı ESWL cihazıyla (Siemens Medizinische Technik, Erlangen, Germany) uygulandı. 2 grup yaş ve taş lokasyonuna göre matching istatistiksel analiz ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Matching analiz sonrası 161 hasta değerlendirildi. 123 hasta primer grupta; 38 hasta sekonder grupta bulunmaktaydı. Medyan taş yükü 0,8 cm² (0.2-16) idi ve hastalar için kullanılan şok dalgaları ve enerji ortalama sayısı sırasıyla 1.600 ve 17.2 kV, oldu. Taşsızlık oranları primer grupta %75,6; sekonder grupta %55,3 saptandı. Her iki grup arasında taşsızlık oranları istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Çıkarımlar: Bizim çalışmamızda, önceden aynı tarafa uygulanan taş tedavisinin, çocukluklarda ESWL tedavisinin başarısını etkilediği izlenmiştir. Başarı oranındaki bu farklılık önceki tedavi girişimleri sonrası böbrek ve retrorenal skar dokusu gelişimi ve toplayıcı sistemin etkilenmesi nedeniyle olabilir.

MİYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA ÜST ÜRİNER SİSTEMİN (ÜÜS) KORUNMASINDA DETRUSOR KAÇIRMA ANI BASINCI (DKAB) İÇİN GÜVENİLİR SINIR KAÇTIR ? 40 MI, 20 Mİ?

Çağrı Akın Şekerci, Cem Akbal, Ahmet Şahan, İlker Tinay, Ferruh Şimşek, Tufan Tarcan

Marmara Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Yüksek detrusor kaçırma anı basıncı (DKAB) miyelodisplazili çocuklarda üst üriner sistem hasarı açısından önemli bir risk faktörüdür. 40 cmH₂O DKAB değeri hasta sayısı az olan ve kısa izlemlerle çalışmaları sonrası güvenilir sınır olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmanın amacı miyelodisplazili çocuklarda üst üriner sistemin (ÜÜS) korunmasında en güvenilir DKAB sınırını sorgulamaktır.

Yöntem: 1996 ve 2014 yılları arasında multidisipliner kliniğimizde izlenen 918 miyelodisplazili çocuğun dosyası retrospektif olarak incelendi. Bu çocuklar arasından 3 yaşında ve verileri tam olan 193' ü çalışmaya dahil edildi. VUR, hidronefroz ve/veya renal skarı olanlar (grup 1) ve olmayanlar (grup 2) şeklinde iki gruba ayrıldı. İki grup arasındaki idrar yolu enfeksiyonu (İYE), ikincil gergin kord varlığı (İGK) ve mesane kapasiteleri karşılaştırıldı. Farklı DKAB değerlerindeki ÜÜS hasarı incelendi.

Bulgular: Grup 1'de İYE ve İGK oranı yüksek, mesane kapasitesi daha düşüktü (Tablo 1) . 20 cmH₂O, DKAB sınırı ÜÜS hasarı için en yüksek duyarlılığa sahipti (Tablo 2).

Çıkarımlar: Miyelodisplazili çocuklarda 20 cmH₂O DKAB, 40 cmH₂O DKAB' a göre ÜÜS hasarını öngörmeye daha duyarlı bir sınır değeridir. DKAB değeri 20 ile 40 cmH₂O arası saptanan miyelodisplazili çocuklar, DKAB değeri 20 cmH₂O altındakilere göre daha yakından izlenmelidir.

Tablo 1

| | Grup 1 (n:40) | Grup 2 (n:123) | P değeri |
|---------------------|----------------------|----------------------|----------|
| Ateşli İYE | 58 (%82.9) | 69 (%56.1) | 0.001 |
| İkincil Gergin Kord | 16 (%22.9) | 20 (%16.3) | 0.258 |
| Mesane Kapasitesi | 102 (min:14,max:354) | 135 (min:23,max:313) | 0.014 |

Tablo 2.

| DKAB (cmH ₂ O) | ÜÜS Hasarı | Duyarlılık (ROC) |
|---------------------------|----------------|------------------|
| 40 | 37/98 (%37.8) | %52.9 |
| 30 | 54/137 (%39.4) | %77.1 |
| 20 | 64/160 (%40) | %91.4 |

İŞEME DİSFONKSİYONLU VEZİKÖRETERAL REFLÜ HASTALARINDA ENDOSKOPİK TEDAVİ SONUÇLARI

Çağatay Doğan¹, Mehmet Hamza Gültekin¹, Gülce Ecem Can²,
Nur Ahmet Erözenci¹, Bülent Önal¹

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

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İngilizce Tıp Bölümü, İstanbul*

Amaç: İşeme disfonksiyonunda sekonder veziköretoral reflünün (VUR) sıklığının arttığı bilinmektedir. VUR tedavisinde subüreterik enjeksiyon gününbirlik olarak uygulanabilen minimal invaziv bir prosedürdür. Bu çalışmada işeme disfonksiyonlu hastalarda endoskopik tedavi sonuçlarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: 2004-2012 yılları arasında kliniğimizde işeme disfonksiyonu olan ve VUR nedeniyle subüreterik enjeksiyon uygulanmış 18 kız ve 9 erkek toplam 27 hasta ve 41 renal ünite (RÜ) analiz edildi. Ortalama hasta yaşı 7,18 (3-14) olarak hesaplandı. Hastaların işeme disfonksiyonu işeme günlüğü, IBSS formu ve gerektiğinde ürodinami ile belirlendi. Detrusor aşırı aktivitesi veya aşırı aktif mesane semptomları olan hastalara antimuskarinik tedavi başlandı. Subüreterik enjeksiyon tedavisi pediatrik sistoskop ile reflülü ureter orifisine submukozal olarak dextranomer/hyaluranik asit uygulanarak yapıldı. Hastaların takibinde, 1. ayda üriner sistem ultrasonografisi (USG) ve 3. ayda voiding sistoüretrogram (VCUG) ve üriner USG kullanıldı. Tedavi sonrası takibi olmayan 6 hasta çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Bilgileri tam olan 21 hastanın 34 RÜ'sü incelendi. Bu hastalardan 13'ünde detrusor aşırı aktivite (DAA), 2 tanesinde detrusor kasılma bozukluğu, 6 sında aşırı aktif mesane (AAM) semptomu vardı. 2 RÜ'de grade 1, 8 RÜ'de grade 2, 11 RÜ'de grade 3, 10 RÜ'de grade 4, 3 RÜ'de ise Grade 5 VUR saptandı. Grade 1-2, 3 ve 4-5 VUR'da tedavi sonrası başarı oranı sırasıyla %50, %45 ve %23 bulundu. AAM semptomu olan %26 hastanın antimuskarinik tedaviyi düzenli kullanmadığı belirlendi.

Çıkarımlar: VUR'da endoskopik subüreterik enjeksiyon tedavisi seçilmiş hasta gruplarında minimal invaziv ve etkili bir prosedür olmasına rağmen işeme disfonksiyonuna sahip hastalarda başarı oranları daha düşük bulunmuştur.

Tablo 1

| | RENAL ÜNİTE SAYISI | BAŞARI ORANI |
|-----------|--------------------|--------------|
| GRADE 1-2 | 10 | %50 |
| GRADE 3 | 11 | %45 |
| GRADE 4-5 | 13 | %23 |

ÇOCUKLARDA SWL SONUÇLARINI ÖNGÖRMEK İÇİN YENİ BİR NOMOGRAM

Hasan Serkan Doğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Artan Koni, Serdar Tekgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Çocukluk çağı SWL sonuçlarını tahmin etmek için yeni bir nomogram oluşturulması amaçlandı.

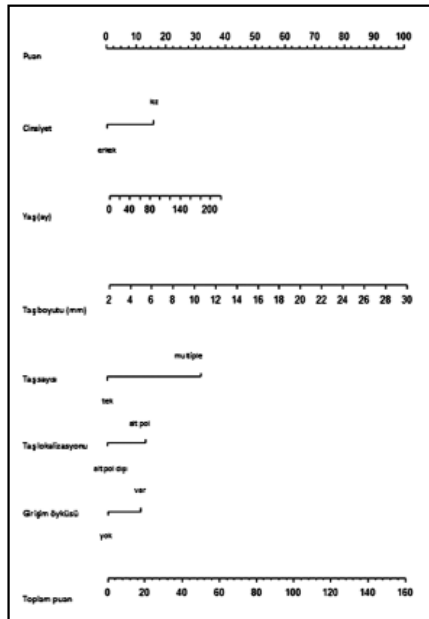
Yöntem: Ocak 2009 ile Ağustos 2013 tarihleri arasında 402 SWL yapılan renal ünite retrospektif olarak incelendi. Sistin taşı olduğu bilinen, sistinüri olan, eksternal veya internal diversiyonlu hastalar çalışmaya dahil edilmeyerek diğer 383 renal ünitenin verileri analiz edildi.

İşlem sonrası görüntüleme yöntemi olarak yatarak batın grafisi ve ultrasonografi kullanıldı. İstatiksel analizde tam taşsızlık (SF) başarı olarak değerlendirildi. Veriler lojistik regresyon analizi ile çoklu analiz yapılarak değerlendirildi ve nomogram oluşturuldu.

Bulgular: Hasta özellikleri Tablo 1 de verilmiştir. Genel SF oranı %70,5 ve etkinliği % 57,3 olarak bulundu. Ortalama takip süresi 11 ± 10 aydı. Şok sayısının ve uygulanan enerji boyutunun başarısız grupta daha yüksek olduğu görüldü. Çok değişkenli analizde cinsiyet, taş boyutu, taş sayısı, hasta yaşı, taş lokalizasyonu ve önceki girişim öyküsü taşsızlık için bağımsız prognostik faktörler olarak bulundu. Bu parametreler kullanılarak nomogram oluşturuldu (Şekil 1). Bu nomogram sayesinde her parametreden elde edilen puanlar toplanmakta ve toplam puan sayesinde başarısızlık öngörülebilmektedir.

Çıkarımlar: Pediyatrik taş olgularının çoğunda SWL ilk tedavi seçeneğidir. SWL tedavisine aday hastalarda nomogram kullanımı hasta seçimini kolaylaştırmada ve aile bilgilendirmesinde faydalı bir araç olarak görünmektedir.

| Tablo 1. SWL öncesi hasta özellikleri | |
|---|-------------------------------|
| Cinsiyet: erkek/kadın (n) | 216 / 167 |
| Hidronefroz derecesi: yok / minimal / orta / ileri (n) | 188 / 104 / 77 / 14 |
| Taraf: sağ / sol (n) | 196 / 187 |
| Ortalama yaş ± standart deviasyon (ay) | 48±40 (5-200) |
| Ortalama taş boyutu ± standart deviasyon (mm) | 9±3,5 (3-30) |
| Taş sayısı: tek / multiple (n) | 346 / 37 |
| Taş lokalizasyonu: | |
| Üst kaliks / orta kaliks / alt kaliks / renal pelvis / proksimal ureter / distal ureter (n) | 41 / 105 / 83 / 109 / 23 / 22 |
| Taş girişim öyküsü: evet / hayır (n) | 92 / 291 |
| Anatomic anormallik: evet / hayır (n) | 21 / 362 |
| Metabolik anormallik: yok / hiperkalsüri / hiperoksalüri / hipositratri / hipositratri+hiperoksalüri / bilinmeyen (n) | 59 / 7 / 39 / 36 / 67 / 175 |
| Klinik prezentasyon: ağrı / bulantı / infeksiyon / insidental / hematüri / bilinmeyen (n) | 184 / 23 / 72 / 57 / 32 / 15 |
| Ortalama şok sayısı ± standart deviasyon (n) | 1790±320 (1000-2800) |
| Ortalama enerji ± standart deviasyon (joule) | 1.4±0.3 (0.5-2.3) |
| Takip ± standart deviasyon (ay) | 11 (3-54) |



Şekil 1.

MİNİ-PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ İÇİN ÇOCUKLARDA FARKLI BİR AKSES: LAPAROSKOPİK TROKAR KULLANIMI

Yılören Tanıdır¹, Cem Akbal², Çağrı Akın Şekerçi²

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

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Üroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Günümüzde cerrahi endikasyonu olan çoğu böbrek taşları minimal invaziv yaklaşımlarla tedavi edilmektedir. Çocuk yaş grubunda ise minimal invaziv yöntemlerden en çok tercih ettiğimiz yöntem mini-perkütan nefrolitotomidir. Ancak cihaz kalibresinin düşmesine paralel olarak trakt kalibresini düşürebilmek her zaman mümkün olmamaktadır. Yaşları küçük olduğu için mini-perkütan nefrolitotomi sırasında akses traktını olabilecek en ufak kalibrede tutmayı amaçladığımız hastaları ve cerrahi tecrügemizi paylaşmayı planladık; bu amaçla laparoskopik trokar kullandığımız 2 hastanın peroperatif, postoperatif değerlendirilmesini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Genel anestezi altında, dorsal litotomi pozisyonunda floroskopi görüntü altında hastanın tanısal sistoskopisi yapıldıktan sonra ilgili tarafın ureterine 5F ureter kateteri yerleştiriliyor. Daha sonra ureter kateteri steril kalacak şekilde hasta prone pozisyona çevriliyor. Floroskopi kontrolünde rifosin içeren kontrastlı serum fizyolojik ureter kateterinden verilerek retrograd piyelografi görüntüleri altında akses yapılacak kaliks belirleniyor. 30 derecede hedeflenen uretere elmas uçlu iğne ile öküz gözü görüntüsü sağlandıktan sonra iğne 0 derecedeki floroskopik görüntüde ilerletiliyor. Kaliks içerisine girildiği rifosinli sıvının gelmesinden anlaşıldıktan sonra iğne içerisinden guidewire ilerletiliyor. İğne lateralinden 5 mm'lik cilt insizyonu yapıldıktan sonra iğne çıkarılıyor. Üst üste kayan metalik dilatör seti olarak Olympus marka bougie dilatör seti kullanılıyor. 4 numaralı dilatöre kadar trakt genişletildikten sonra 5 mm'lik reusable Aesculap trokar dilatör seti üzerinden toplayıcı sistem içerisine ilerletiliyor. Ardından dilatör seti çekilerek vücut dışına alınıyor. 7 derecelik 11 Fr'lik Olympus mini nefroskopi dış kılıfı kullanılmadan trokardan ilerletiliyor. Stonelight lazer litotriptör ile taşlar parçalanıyor. Taşlardan taş kültürü ve taş analizi için örnekler alınıyor. Operasyon bitiminde 14 F reentry malekot nefrostomi kılavuz teli üzerinden sisteme yerleştiriliyor. Postoperatif erken dönem hemogram, 1. gün hemogram ile yatarak karın grafisi ile akciğer grafisi, postoperatif 2. gün antegrad görüntülemesi yapılıyor ve aynı gün aşkımı nefrostomi kateteri çekiliyor.

Bulgular: İki hasta üzerinde gerçekleştirdiğimiz bu cerrahi yöntemde ortalama hasta yaşı 2 yıldır. Her iki hastada da posteriora bakan üst-orta kaliks akses yeri olarak tercih edildi. Taş yükü ilk hastamızda 1922 mm³ iken ikinci hastada ise staghorn idi. Birinci hastamızın daha önce taşa yönelik cerrahisi yoktu. Ancak ikinci hastamızın bir yıl önce açık piyelolitotomi hikayesi mevcuttu. Birinci hastamızın taş analizi kalisyum okzalat iken ikinci hastamızın taş analizi sistin taşı olarak rapor edildi. Postoperatif yapılan görüntülemelerinde akses yerinden hafif ekstrasvazasyonu olduğu gözlenen her iki hastanın izleminde ek problem gözlenmedi.

Çıkarımlar: Akses traktını küçük tutmak için 5 mm'lik laparoskop trokarı kullanmak mini-perküta-nda uygun bir seçenektir.

ÇOCUK HASTALARDA ÜRETERAL JET AKIM DİNAMİKLERİNİN ÜRİNER SİSTEM TAŞ OLUŞUMUNDAKİ ETKİSİ

Serdar Çelik¹, Ozan Bozkurt¹, Canan Altay², Figen Çelebi Çelik³, Görkem Uz², Alper Soylu⁴, Aykut Kefi¹, Salih Kavukçu⁴, Mustafa Seçil², Ömer Demir¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Pediatrik Nefroloji, İzmir

Amaç: Azalmış peristaltizm ve buna bağlı idrar stazı ile birlikte taş oluşum riskinde artış gözlenmektedir. Peristaltizm hakkında bilgi veren ve Doppler Ultrasonografik ölçümü yapılabilen üreteral jet akım dinamikleri ile nonobstrüktif böbrek taşı oluşumu arasındaki ilişki erişkin hasta grubunda ortaya konulmuştur. Bu çalışmadaki amacımız çocuk hasta grubunda üreteral jet akım dinamikleri ile taş oluşumu arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Yöntem: Mart 2013 ile Aralık 2013 tarihleri arasında üroloji ve pediatrik nefroloji kliniğine başvuran 4-18 yaş arası çocuk hastalar arasından yan ağrısı olan hastalar ile aynı gün herhangi bir şikayeti olmadan kontrol amaçlı başvuran hastalar değerlendirildi. Bu hastaların hiçbirinin herhangi bir komorbiditesi ve metabolik bozukluğu mevcut değildi. Hastaların önce Doppler ultrasonografi ile bilateral üreteral jet akım ölçümleri yapıldı. Sonrasında yan ağrısı ile başvuran hastalara rutin ultrasonografi yapıldı. Bu hastalar arasından tek taraflı nonobstrüktif alt pol böbrek taşı saptanan hastalar Grup 1, kontrol grubu ise Grup 2 diye adlandırıldı. Grup 1 taşlı ve taşsız (sağlıklı) taraf üreteral üniteler, Grup 2 sağ ve sol sağlıklı üreteral üniteler diye ikiye ayrılmıştı. Bu üniteler jet akım ölçümleri ile değerlendirildi. Jet akım ölçümleri ortalama jet akım hızı (JETort), maksimum jet akım hızı (JETmaks), jet akım süresi (JETsüre) ve jet akım paterni (JETpatern) şeklindeydi. Yapılan ölçümler gruplar arası karşılaştırılarak değerlendirildi.

Bulgular: Grup 1'de 32 ve grup 2'de 32 olmak üzere toplam 64 hasta prospektif-kontrollü olarak değerlendirildi. Grup 1 ve 2 hastaların demografik verileri tabloda verilmiştir. JETort değeri Grup 1 taşlı ünitelerde; Grup 1 sağlıklı ve Grup 2 sağlıklı sağ ve sol ünitelere göre istatistiksel olarak anlamlı düşük saptandı ($p<0,05$). JETmaks ve JETsüre değerlerinde ise gruplar arası anlamlı farklılık saptanmadı. JETpatern tipleri değerlendirildiğinde ise sürekli jet patern oranı Grup 1 taşlı ünitelerde diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($p<0,05$). Yapılan ROC analizinde ortalama JETort değerinin $<9,5$ cm/s olduğu böbrekte taş görülme riskinin 5,6 kat daha fazla olduğu saptandı (OR:5,6; $p=0,018$). Ayrıca ortalama JETort değerinin $<9,5$ cm/s ve sürekli JETpatern tipinin birlikte gözlemlendiği durumlarda ise taş sensitivitenin %100; spesifitenin ise %61,8 olduğu saptandı.

Çıkarımlar: Düşük üreteral jet akım hızının azalmış üreter peristaltizmin bir göstergesi olduğu düşünüldüğünde JETort değerinin $<9,5$ cm/s ve/veya sürekli JETpatern tipinin olduğu durumlarda azalmış peristaltizm ve idrar stazına bağlı taş oluşumu açısından dikkatli olunmalıdır. Bu ölçümlerin gözlemlendiği durumlarda hastalar mutlaka üriner sistem taş hastalığı açısından araştırılmalı, eğer taş yok ise hastalar taş oluşum riski nedeniyle izleme alınmalıdır.

Tablo 1. Grup 1 ve grup 2 hastaların demografik özellikleri. Grup 1 taşlı ünitelerin grup 1 sağlıklı, grup 2 sağlıklı sağ ve sol üniteler ile karşılaştırılması.

| | Grup 1 (n=32) | | Grup 2 (kontrol grubu) (n=32) | | p |
|--|---------------------------------|------------------------------------|--|--|----------|
| Renal ünite (taşlı/sağlıklı) | 64 (32 / 32) | | 64 (0 / 64) | | - |
| Taş tarafı (sağ/sol) | 16 / 16 | | - | | - |
| Cinsiyet (erkek/kız) | 19 / 13 | | 16 / 16 | | 0,451 |
| Ortalama yaş (yıl) (min/max) | 9,9 ± 4,4 (4,3 / 17,9) | | 8,8 ± 3,1 (4,1 / 16,5) | | 0,285 |
| Ortalama boy (cm) (min/max) | 132,1 ± 22,4 (96 / 175) | | 130,4 ± 19 (100 / 160) | | 0,747 |
| Ortalama vücut ağırlığı (kg) (min/max) | 31,7 ± 14,1 (14 / 58) | | 30,2 ± 11,1 (15 / 54) | | 0,631 |
| Ortalama BMI (kg/m ²) (min/max) | 17,1 ± 2,6 (13,6 / 22,5) | | 17,1 ± 2,3 (13,7 / 22,5) | | 0,998 |
| Ortalama vücut ağırlığı persentil değeri ve SDS aralıkları (min/max) | 37,6 ± 28,4 (-1,47 / +1,32) | | 47,9 ± 27,9 (-1,37 / +1,73) | | 0,15 |
| Ortalama boy persentil değeri ve SDS aralıkları (min/max) | 33,2 ± 23,1 (-1,52 / +1,40) | | 43,5 ± 25,1 (-1,42 / +1,83) | | 0,092 |
| Ortalama boya göre vücut ağırlığı (min/max) | 102 ± 12,1 (86,6 / 134) | | 103,3 ± 12,8 (82,1 / 141,7) | | 0,688 |
| JETort (cm/s) (min-max) | Grup 1 taşlı renal ünite (n=32) | Grup 1 sağlıklı renal ünite (n=32) | Grup 2 sağlıklı sol renal ünite (n=32) | Grup 2 sağlıklı sağ renal ünite (n=32) | p*=0,038 |
| | | | | | p†=0,008 |
| | 8,6 ± 5,7 (1,5 - 22,6) | 11,6 ± 5,5 (3 - 25,3) | 12,8 ± 6,5 (3,6 - 28,6) | 13,4 ± 10,2 (3 - 49,3) | p°=0,023 |
| <i>p* değeri grup 1 taşlı ve sağlıklı renal üniteler arasındaki ilişkiyi vermektedir.</i> | | | | | |
| <i>p† değeri grup 1 taşlı ve grup 2 sağlıklı sol renal üniteler arasındaki ilişkiyi vermektedir.</i> | | | | | |
| <i>p° değeri grup 1 taşlı ve grup 2 sağlıklı sağ renal üniteler arasındaki ilişkiyi vermektedir.</i> | | | | | |

VEZİKÖRETERAL REFLÜNÜN CERRAHİ TEDAVİSİ SONRASI İŞEME SİSTOÜRETROGRAFİSİ: ÖDÜL MÜ CEZA MI?

Serhat Gürocak¹, Mustafa Özgür Tan¹, Cenk Acar², İyimser Üre³, İrfan Atay¹, Esat Ak¹, Zafer Sınık⁴

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Veziköretoral reflü tedavisi için uygulanan endoskopik subüreteral enjeksiyon veya üreteral re-implantasyon sonrası yapılan postoperatif işeme sisto-üretrografisinin (VCUG) günlük pratiğimizde gerekliliğinin araştırılması.

Yöntem: 2009-2012 yılları arasında iki akademik merkezde veziköretoral reflü tedavisi amacıyla yapılan endoskopik subüreteral enjeksiyon ve üreteral re-implantasyon olgularının kayıtları incelendi. EAU pediatrik üroloji kılavuzları dikkate alınarak hastalar, reflü derecesi, böbrek anomalisi varlığı, alt üriner sistem semptomu ve tuvalet eğitimine göre düşük, orta ve yüksek risk gruplarına ayrıldı. Operasyon sonrası klinik izlem verileri, başarısızlık nedenleri, yapılan işlem biçimi ve postoperatif VCUG varlığı analiz edildi.

Bulgular: İşlemler, 159 hastada 232 renal üniteye (RÜ) uygulandı. Ort. yaş 6.78 ± 5.5 idi. 46(%19.8) RÜ, düşük; 144 (%62.1) RÜ, orta ve 42(%18.1) RÜ yüksek riskli olarak gruplandırıldı. Postoperatif VCUG dağılımı ve üriner sistem enfeksiyonu (ÜSE) varlığı, tablo 1'de listelenmiştir. Subüreteral enjeksiyon yapılan orta risk grubunda 57 RÜ'den, 5(%8.8)'inde ÜSE mevcuttu. Bunların içerisinde sadece 1(%1.7) reflülü RÜ'de ÜSE mevcuttu ($p=0,880$). Yüksek riskli grupta, VCUG yapılan 10 RÜ'den 1(%10)'inde hem reflü hem de ÜSE mevcuttu ($p=0,197$). Re-implantasyon grubunda 37 RÜ'den sadece 1(%2,7)'inde reflü olmadan ÜSE mevcuttu.

Çıkarımlar: Her iki grupta da postoperatif değerlendirme için yapılan VCUG'nin, ileride cerrahi girişim gerektirecek hastaların belirlenmesi açısından ek faydası olmamıştır. Bu bulgular bize hastaların postoperatif takibinde VCUG'den ziyade klinik bulguların göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Tablo 1.

| EAU Pediatrik Üroloji kılavuzları | Endoskopik Subüreteral Enjeksiyon | | | Üreteral Re-implantasyon | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------|--------------------------|---------------------------|---------|----------|
| Risk gruplaması | | Üriner Sistem Enfeksiyonu | | P değeri | Üriner Sistem Enfeksiyonu | | P değeri |
| | | Pozitif | Negatif | | Pozitif | Negatif | |
| | | n(%) | n(%) | | n(%) | n(%) | |
| Düşük Risk Grubu | Postop.VCUG pozitif | 1(8.3) | 11(91.7) | 0,768 | - | - | |
| | Postop.VCUG negatif | 2(5.9) | 32(94.1) | | - | - | |
| Orta Risk Grubu | Postop.VCUG pozitif | 5(8.8) | 52(91.2) | 0,519 | 1(20) | 4(80) | 0,097 |
| | Postop.VCUG negatif | 4(5.8) | 65(94.2) | | 0 | 13(100) | |
| Yüksek Risk Grubu | Postop.VCUG pozitif | 1(10) | 9(90) | 0,244 | 0 | 7(100) | |
| | Postop.VCUG negatif | 0 | 13(100) | | 0 | 12(100) | |

VEZİKÜRETERAL REFLÜ VE AŞIRI AKTİF MESANE BİRLİKTELİĞİNDE ENDOSKOPIK TEDAVİDEKİ FARKLI CERRAHİ TEKNİKLER TEDAVİ BAŞARISINI ETKİLER Mİ?

Ahmet Şahan, Cem Akbal, Muhammed Sulukaya, Asgar Garayev, Yılören Tanıdır, İlker Tinay, Tufan Tarcan, Ferruh Şimşek

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

Amaç: Veziküreteral reflü (VUR) tedavisi için kullanılan “Geleneksel subüreteral transüretral enjeksiyon” (STING) ve “çift hidrodistansiyon-implantasyon” (Double-HIT) enjeksiyon teknikleri daha az invazif ve etkili tedavi seçenekleridir. Aşırı aktif mesaneli (AAM) çocuklarda VUR tedavilerinde enjeksiyon tekniklerinin etkisi henüz yeterince araştırılmamıştır. Bu çalışmanın amacı AAM-VUR kompleksli çocukların tedavisinde STING ve “Double” HIT tekniklerinin kısa süreli başarı oranlarını karşılaştırmasıdır.

Yöntem: Kliniğimizde 2010 -2013 yılları arası VUR tedavisi için endoskopik enjeksiyon yapılan hastaları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar kullanılan cerrahi tekniğe göre (STING veya “Double-HIT”) iki gruba ayrıldı. Tedavinin başarısı postoperatif 6. haftadaki işeme sistoüretrogramında (İSUG) reflünün tamamen kaybolması olarak tanımlandı. Hastalar cinsiyet, yaş, preoperatif ve post operatif reflü derecesi, tek-çift taraf, enjeksiyon materyali tipi ile hacmine ve AAM varlığına göre değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grup cinsiyet, yaş, alt üriner sistem disfonksiyonu ve reflü derecesi varlığı açısından benzerdi. Her iki ayrı enjeksiyon tekniği kullanarak elde edilen başarı oranları arasında farklılık yoktu (Tablo 1). Kullanılan cerrahi tekniğin, pediatrik alt üriner sistem semptomları anket skorunun, yaşın, cinsiyetin, reflü tarafının ve enjeksiyon materyalinin türünün; genel başarı oranları ($p > 0.05$) üzerinde hiçbir etkiye sahip olmadığı bulundu (Tablo 2). AAM eşlik etmeyen çocuklarda endoskopik tedaviler 3.37 kat daha başarılıydı. Grade 3-4 reflüsü olan çocuklarda , grade 1-2 dereceli reflüsü olanlara göre 2.99 kat daha yüksek başarısızlık oranları saptandı. Erken postoperatif komplikasyonlar her iki grupta da gözlenmedi.

Çıkarımlar: Double-HIT veya STING tekniği kullanarak tedavi edilen AAM’ li çocuklarda kısa süreli cerrahi başarı oranları önemli bir fark göstermemektedir. Yüksek dereceli VUR ve / veya AAM varlığı endoskopik VUR cerrahisi başarısını veya başarısızlığını belirleyen temel faktörler olarak görülmektedir.

Tablo 1. Çalışma gruplarının tanımlayıcı istatistiksel verileri

| | | Double HIT | STING | P değeri |
|---------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------------|
| Cinsiyet | Erkek | 1 (%6.7) | 14 (%93.3) | 0.06* |
| | Kadın | 30 (%30.6) | 68 (%69.4) | |
| Yaş (Ortalama±SD) | | 7.8±2.6 yıl | 7.3±3.3 yıl | 0.42 [∞] |
| PLUTSS (Mean±SD) IBSS | | 9.6±8.2 | 11.8±5.5 | 0.14 ^μ |
| Dx/HA hacmi ml(Ortalama±SD) | | 1.37±0.35 ml | 1.25±0.54 ml | 0.286 ^β |
| Taraf | Tek taraflı | 23(%74.2) | 52(%63.4) | 0.375* |
| | İki taraflı | 8(%25.8) | 30(%36.6) | |
| Alt Üriner Sistem Disfonksiyonu | OAB | 13(%41.9) | 41(%50) | 0.444* |
| | Normal | 18(%58.1) | 41(%50) | |
| VUR derecesi | 1 | 6(%9.7) | 9(%5.5) | 0.154* |
| | 2 | 21(%33.9) | 46(%28.0) | |
| | 3 | 10(%16.1) | 35(%21.3) | |
| | 4 | 2(%3.2) | 21(%12.8) | |

*(*Chi-square testi*), [∞] (*student t testi*), ^μ (*Mann Whitney-U testi*), ^β (*student t testi*), *SD*: Standart Deviasyon, *Dx/HA*: Dekstranomer/hiyaluronik asid kopolimeri, *OAB*: Aşırı Aktif Mesane, *PLUTSS*: Pediatrik Alt Üriner Sistem Semptom Skorlaması, *LUTD*: Alt Üriner Sistem Disfonksiyonu

Tablo 2. Subüreterik enjeksiyon tedavi tekniklerinin sonuçlarının karşılaştırılması

| | | Double HIT | STING | TOPLAM | P değeri |
|---|----------|---------------|---------------|---------------|--------------------|
| Tedavi Sonuçları (Reflü derecesine göre) | Derece 1 | 4/6 (%66.7) | 9/9 (%100) | 13/15(%86.7) | 0.143 [∞] |
| | Derece2 | 18/21 (%85.7) | 39/46 (%84.8) | 58/67 (%85.1) | 0.921 ^β |
| | Derece 3 | 7/10 (%70) | 27/35 (%77.1) | 34/45 (%75.6) | 0.687 [∞] |
| | Derece 4 | 0/2 (%0) | 11/21 (%52.4) | 11/23 (%47.8) | 0.478 [∞] |

[∞] (*fisher's exact testi*), ^β (*Chi-square*)

PYROLİDİNE DITHIOCARBAMATE'İN STREPTOZOTOCİN İLE İNDÜKLENEN DİYABETİK RAT MESANESİ ÜZERİNE KORUYUCU ETKİLERİ

Mehmet Yücel¹, Ayşegül Küçük², M Kasım Çaycı³, Murat Tosun⁴, Soner Yalçinkaya⁵, Aysun Toker⁶, Osman Genç²

¹Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kütahya

²Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Kütahya

³Dumlupınar Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Biyoloji Anabilim Dalı, Kütahya

⁴Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı, Afyon

⁵S.B. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Antalya

⁶Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Konya

Amaç: NF kappa B (NF-κB) inhibitörü olan pyrrolidine dithiocarbamate (PDTC)'ın diyabetik rat mesanesi üzerine koruyucu etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmada 24 adet Sprague-Dawley (250-300 gr) erkek rat 3 gruba [grup 1;(n=8) kontrol, grup 2;(n=8) diyabetik, grup 3;(n=8) diyabet+PDTC] ayrıldı. Biyokimyasal olarak total antioksidant status(TAS), total oksidant status(TOS) ve lipid peroksidasyonu olarak thiobarbituric asit reaksiyon (TBARS) seviyeleri bakıldı. Histopatolojide immunohistokimyasal olarak p53, Bax ve NF-κB değerlendirildi. Kesitler ışık mikroskop altında değerlendirildi. İmmunreaktivite değerlendirilmesinde HSCORE uygulandı. İmmunpozitif hücreler Image J programı ile sayıldı ve SPSS 18 ile istatistiksel analiz yapıldı. Test için One-way ANOVA kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızda diyabet+PDTC grubunda; mesane TAS değerlerinde anlamlı bir düşüş ($p=0.035$) ve mesane TOS değerlerinde ise anlamlı bir artış saptandı ($p=0.018$). Çalışmamızda diyabet+PDTC grubunda; mesane TBARS değerlerinde diyabet+PDTC grubunda anlamlı bir düşüş saptandı ($p=0.003$), (Şekil 1). Yapılan değerlendirmede p53, Bax ve NFκB ekspresyonlarının diyabet grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak arttığı ($p=0.000$) gözlemlendi. Diğer yandan diyabet grubu ile diyabet+PDTC uygulanan gruplar arasında yapılan değerlendirmede p53, Bax ve NFκB ekspresyonlarının diyabet+PDTC uygulanan grupta anlamlı bir azalma olduğu (sırasıyla $p=0.004$, 0.002 ve 0.036) tespit edildi (Şekil 1). Son olarak Diyabet+PDTC grubu ile kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmalarda ise Bax ve NF-κB ekspresyonlarının diyabet+PDTC grubunda anlamlı şekilde artmış olduğu (sırasıyla $p=0.000$ ve 0.017) p53 ekspresyonları arasında ise anlamlı bir değişiklik olmadığı ($p=0.254$) tespit edildi.

Çıkarımlar: Sonuçlarımız diyabet grubunda TAS, TBARS, p53, Bax ve NFκB ekspresyonlarında görülen artışın PDTC kullanımı ile azaldığını ortaya koymaktadır. PDTC'in diyabet hastalarında hücrel stresini azaltıcı ve hücre koruyucu yönde etki yaptığı görülmektedir.

ORTOTOPIK ANATOLİAN NEOBLADDER SONRASI CERRAHİ TEKNİK VE SONUÇLAR: RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASI İLEAL NEOBLADDERDE YENİ BİR TEKNİK

Zubeyr Talat¹, Bülent Önal¹, Sinharib Çitgez¹, Bülent Çetinel¹, Çetin Demirdağ¹, Ahmet Necati Şanlı², Çağatay Doğan¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu, Adli Tıp, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada yeni bir teknik olarak ortotopik Anatolian ileal neobladder'in cerrahi tekniği, perioperatif komplikasyon ile kontinans oranlarını içeren uzun dönem sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Ağustos 2006 ile Ocak 2014 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle radikal sistektomi ve ileal neobladder yapılan hastalar değerlendirildi. Yeni bir teknik olan Anatolian neobladder tek bir cerrah (ZT) tarafından uygulandı. Pre-, per- ve postoperatif veriler değerlendirildi.

Bulgular: Median takip süresi 26,5 (6-53) ay idi. Erken postoperatif komplikasyon oranı %35,2'ydi. İdrar yolu enfeksiyonu %23,5 oranında görüldü. Kontinans oranı %88,2 olarak tespit edildi. Takiplerde ikisi mesane tümörü nüksü, biri kanser dışı nedenden olmak üzere 3 hasta öldü. Median sağ kalım 20,2 ay olarak tespit edildi.

Çıkarımlar: Anatolian ileal neobladder diğer tekniklerin tüm avantajlarına sahip olduğu gibi diğer neobladder tekniklerinden daha kolay uygulanabilmektedir. Perioperatif düşük komplikasyon oranı ve kontinans oranları kabul edilebilir seviyededir.

Sunulu Posterler

THE PREDICTIVE VALUES OF VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR AND MICRO VESSEL DENSITY LEVELS IN INITIAL BIOPSY FOR PROSTATE CANCER

Enis Kervancıoğlu¹, Murat Koşan², Hilal Erinanç³, Umut Gönülalan², Ahmet İbrahim Oğuzülgen⁴, Esra Zeynep Çoşkunoglu³, Hakan Özkardeş⁴

¹S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Konya

³Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Konya

⁴Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Object: To investigate the predictive value of vascular endothelial growth factor (VEGF) and micro vessel density (MVD) levels for detection of prostate cancer (PCA) in repeated prostate biopsy (re-PBx).

Methods: We retrospectively evaluated the 167 patients with re-PBx according to elevated PSA levels, suspicious digital rectal examination and the presence of premalignant lesions. Patients with PCA on re-PBx included to Cancer group (n=17). Patients with BPH or normal tissues on re-PBx included to Control group (n=21). The groups were compared according to the expression of VEGF and MVD levels in initial PBx.

Materials: The mean VEGF scores of Cancer and Control groups were 232.64 ± 11.14 and 183.09 ± 14.56 respectively ($p < 0.05$). The mean MVD levels of biopsy samples in Cancer and Control groups were 246.47 ± 17.59 and 197.33 ± 16.26 respectively ($p < 0.05$).

Result: Our results showed that the expression of VEGF and MVD levels significantly increased in initial PBx samples of patients with PCA diagnosed with re-PBx. This results supports that these histopathological changes were related to detection of PCA on re-PBx.

PROSTAT BİYOPSİSİ SIRASINDA ALINAN KOR UZUNLUĞUNUN PATOLOJİ SONUCU ÜZERİNE ETKİSİ

Yılıören Tanıdır¹, Ferhad Talıbzade², Asgar Garayev², İlker Tinay², Cem Akbal², Ferruh Şimşek²

¹İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Prostat biyopsisi sırasında alınan kor uzunluğunun prostat kanserini saptama ve prostat kanseri saptanan olgularda Gleason skoru üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2011 – 2014 yılları arasında anormal parmakla rektal muayene (PRM) bulgusu olmayıp PSA değeri 2,5- 10 ng/dl arasında olması nedeniyle genel anestezi altında saturasyon prostat biyopsisi (SPB) uygulanan ve patoloji sonucu prostat kanseri olarak raporlanan 61 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. İşlem sırasında standart (sağ ve sol lateral zondan beşer adet, sağ ve sol transizyonel zondan üçer adet) odaklara ek olarak, sağ ve sol uzak lateral zondan longitudinal prostat ölçümlerine göre her 10 mm'lik uzunluk için ek biyopsiler alındı. Toplam Gleason skoru < 7 (Grup 1) ve ≥ 7 (Grup 2) olan hastalar prostat kanseri çıkan odakların ortalama kor uzunluğu açısından değerlendirildi. Ayrıca Gleason skorundan bağımsız olarak hastalar kanser çıkan ve çıkmayan odakların ortalama kor uzunluğu açısından da değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 65,09 ± 8,175 (min:45 max:85), ortalama PSA değeri 15 ± 20 ng/dl, ortalama prostat hacmi 46 ± 26 ml olarak hesaplandı ve gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı. Grup 1'de 29 hasta varken, grup 2'de 32 hasta vardı. Hastalar işlem sırasında alınan ortalama kor uzunluğu açısından değerlendirildiğinde grup 1'de prostat kanseri çıkan odakların ortalama kor uzunluğu 1,57 iken, grup 2'de 1,80 idi ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05) (Tablo 1). Ortalama kor uzunluğunun artışıyla toplam Gleason skorunun da doğru orantılı olarak arttığı izlendi (Tablo 2 ve Grafik 1). Hastalar ayrıca prostat kanseri çıkan ve çıkmayan odakların ortalama kor uzunluğu açısından karşılaştırıldığında prostat kanseri çıkan odakların ortalama kor uzunluğu 1,70 iken, kanser çıkmayan odakların ortalama kor uzunluğu 1,46 idi (Tablo 3). Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,001) (Tablo 3).

Çıkarımlar: Prostat biyopsisi sırasında alınan korlar ne kadar uzun ise, prostat kanseri ve daha yüksek Gleason skoru saptama olasılığı veya örneklerin patolojik tarafından daha iyi değerlendirilme ihtimali o kadar fazladır.

Tablo 1. Kor uzunluğu ve toplam Gleason skoru arasındaki ilişki

| Toplam Gleason skoru | Hasta sayısı | Ortalama kor uzunluğu | p değeri* |
|----------------------|--------------|-----------------------|-----------|
| < 7 (Grup 1) | 29 | 1,57 ± 0,44 | 0,047** |
| ≥ 7 (Grup 2) | 32 | 1,80 ± 0,47 | |

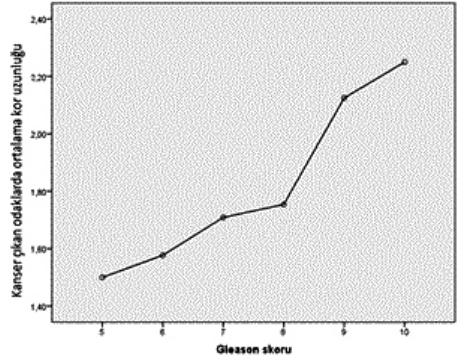
*Ki-kare testi kullanıldı

**İstatistiksel olarak anlamlı

Tablo 2. Toplam Gleason skoru alt gruplarına göre ortalama kor uzunluklarının detaylı analizi

| Toplam Gleason skoru | Hasta sayısı | Ortalama kor uzunluğu |
|----------------------|--------------|-----------------------|
| 5 | 1 | 1,50 ± 0,37 |
| 6 | 28 | 1,57 ± 0,44 |
| 7 | 21 | 1,70 ± 0,32 |
| 8 | 5 | 1,75 ± 0,18 |
| 9 | 4 | 2,12 ± 0,95 |
| 10 | 2 | 2,25 ± 0,91 |
| Toplam | 61 | 1,70 ± 0,49 |

Grafik 1. Toplam Gleason skoru ile ortalama kor uzunluğu arasındaki korelasyon



Tablo 3. Patoloji sonucu prostat kanseri gelen hastaların kanser bulunan odaklarla bulunmayan odaklardan alınan ortalama kor uzunluğunun ilişkisi

| | Hasta sayısı | Ortalama kor uzunluğu | p değeri* |
|-------------------------|--------------|-----------------------|-----------|
| Kanser çıkan odaklar | 61 | 1,69 ± 0,46 | 0,001** |
| Kanser çıkmayan odaklar | | 1,40 ± 0,48 | |

*Ki-kare testi kullanıldı

**İstatistiksel olarak anlamlı

NÖTROFİL VE LENFOSİT ORANININ PROSTAT KANSERİNİ VEYA KLİNİK OLARAK ANLAMLI PROSTAT KANSERİNİ SAPTAMADA ÖNEMİ VAR MI?

İlker Tinay¹, Yılören Tanıdır², Ferhad Talıbzade¹, Hasan Hüseyin Tavukçu¹, Niyazi Levent Türkeri¹

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

²İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

Amaç: PSA yüksekliği nedeniyle saturasyon prostat biyopsisi yapılan hastalarda, biyopsi öncesi bakılan nötrofil ve lenfosit oranının prostat kanseri veya klinik olarak önemli prostat kanserini saptamada önemli olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

Yöntem: 2012 – 2014 yılları arasında anormal parmakla rektal muayene (PRM) bulgusu olmayıp PSA değeri 2,5- 10 ng/dL arasında olması nedeniyle genel anestezi altında SPB uygulanan 122 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. İşlem sırasında standart (sağ ve sol lateral zondan beşer adet, sağ ve sol transizyonel zondan üçer adet) odaklara ek olarak sağ ve sol uzak lateral zondan longitudinal prostat ölçümlerine göre her 10 mm'lik uzunluk için ek biyopsiler alındı. PSA değeri <10 olan, PRM bulgusu olmayan, tümör odak sayısı ≤2 olan, Gleason skoru ≤6 olan kanserli hastalar klinik olarak önemsiz prostat kanseri kabul edildi. Prostat kanseri saptanan (grup 1) ve saptanmayan (grup 2), klinik olarak önemli (grup 3) ve önemsiz prostat kanseri (grup 4) olan hastalar demografik özellikleri, PSA değerleri, nötrofil, lenfosit, nötrofil ve lenfosit oranı ve sonuçları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 62,27 ± 7,3 (min:42 max:85), ortalama PSA değeri 12 ± 40 ng/dl, ortalama prostat hacmi 51 ± 23 ml olarak hesaplandı ve anlamlı fark saptanmadı. Hastalar işlem öncesi bakılan nötrofil ve lenfosit değeri, nötrofil ve lenfosit oranı, bu değerlerin ortalamasına göre değerlendirildi. Biyopsi sonucuna göre prostat kanseri çıkan hastalarda (grup 1, n=33 hasta) ortalama nötrofil değeri 4640 ± 1776, ortalama lenfosit değeri 1972 ± 663, ortalama nötrofil ve lenfosit oranı 2,72 ± 1,65 iken, prostat kanseri saptanmayan hastalarda (grup 2, n=89 hasta) ortalama nötrofil değeri 4755 ± 1892, ortalama lenfosit değeri 2157 ± 976 ortalama nötrofil/lenfosit oranı 2,33 ± 1,11 saptandı ve bu parametreler üre gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05). Prostat kanseri saptanan hastalar da kendi arasında klinik olarak önemli prostat kanseri olan (grup 3, n= 26 hasta) ve klinik olarak önemsiz prostat kanseri olan (grup 4, n=7 hasta) hastalar olarak ayrıca değerlendirildi. Klinik önemli kanseri olan hastalarda ortalama nötrofil değeri 4843 ± 1916, ortalama lenfosit değeri 1996 ± 609, ortalama nötrofil ve lenfosit oranı 2,72 ± 1,62 iken klinik olarak önemli prostat kanseri saptanmayan hastalarda ortalama nötrofil değeri 4142±/1081, ortalama lenfosit değeri 1985 ± 922, ortalama nötrofil ve lenfosit oranı 2,76 ± 1,92 saptandı gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0,05).

Çıkarımlar: Son dönemlerde ürolojik kanser saptanan hastalarda nötrofil/lenfosit oranının maligniteyi saptamada önemli olabileceğini gösteren yayınlar mevcut olsa da bizim çalışmamızda bu parametrenin prostat kanserini ve klinik olarak önemli prostat kanserini saptamada önemli olmadığı ortaya çıkmıştır.

Tablo 1. Prostat kanseri olan ve olmayan, klinik önemli prostat kanseri olan ve olmayan hastaların nötrofil ve lenfosit oranına göre analizi

| | Prostat Kanseri var | Prostat kanseri yok | Klinik önemli prostat kanseri var | Klinik önemli prostat kanseri yok | p değeri* |
|----------------------------|---------------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------|
| Nötrofil | 4640 ± 1776 | 4755 ± 1892 | 4843 ± 1916 | 4142 ± 1081 | 0,002** |
| Lenfosit | 1972 ± 663 | 2157 ± 976 | 1996 ± 609 | 1985 ± 922 | 0,03** |
| Nötrofil ve lenfosit oranı | 2,72 ± 1,65 | 2,33 ± 1,11 | 2,72 ± 1,62 | 2,76 ± 1,92 | 0,017** |

* Ki-kare testi kullanıldı

** İstatistiksel olarak anlamlı

PROSTAT BİYOPSİSİ ÖNCESİ YAPILAN HEMOGRAM VE İDRAR TAHLİLİNİN, PATOLOJİK TANIYI ÖNGÖRMEDEKİ YERİ

İlker Tinay¹, Ferhad Talıbzade¹, Yılören Tanıdır², Niyazi Levent Türkeri¹, Ahmet Şahan¹

¹S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul
²İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

Amaç: PSA yüksekliği olan ve parmakla rektal muayenede (PRM) patoloji saptanmayan hastaların, saturasyon prostat biyopsisi (SPB) öncesi yapılan tahlillerinden, idrar analizinin ve hemogramının son patolojik değerlendirmeyi ön görmedeki önemini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2012 – 2014 yılları arasında PRM bulgusu olmayan ve PSA değeri 2,5- 10 ng/dL arasında olduğu için genel anestezi altında SPB uygulanan 200 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. İşlem sırasında standart (sağ ve sol lateral zondan beşer adet, sağ ve sol transizyonel zondan üçer adet) odaklara ek olarak, sağ ve sol uzak lateral zondan longitudinal prostat ölçümlerine göre her 10 mm'lik uzunluk için ek biyopsiler alındı. Hastalar patoloji sonuçlarına göre kronik prostatit olanlar ve prostat kanseri olanlar olmak üzere iki gruba alındı. Hastaların preoperatif bakılan hemogram sonuçlarında lökosit, nötrofil, lenfosit, nötrofil/lenfosit oranı değerleri ile tam idrar analizinde tespit edilen lökosit sayısının son patolojik değerlendirme ile ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $62,27 \pm 7,3$ (min:42 max:85) yıl, ortalama PSA değeri 12 ± 40 ng/dl, ortalama prostat hacmi 51 ± 23 ml olarak saptandı ve anlamlı fark saptanmadı. Biyopsi sonucuna göre prostat kanseri çıkan hastalarda (grup 1, n= 90 hasta) ortalama nötrofil değeri 4719 ± 1865 , ortalama lenfosit değeri 1999 ± 610 , ortalama nötrofil ve lenfosit oranı $2,6 \pm 1$, kanda ortalama lökosit miktarı 7228 ± 2330 , idrarda ortalama lökosit miktarı $12,95 \pm 7,3$ iken, kronik prostatit çıkan hastalarda (grup 2, 28 hasta) ortalama nötrofil değeri 4834 ± 2033 , ortalama lenfosit değeri 2618 ± 636 , ortalama nötrofil ve lenfosit oranı $2,2 \pm 0,9$, kanda ortalama lökosit miktarı 9376 ± 1560 , idrarda ortalama lökosit miktarı $22,43 \pm 14,03$ saptandı. Prostat kanseri saptanan grupta ortalama lenfosit, idrarda lökosit düzeyi diğer gruba göre düşük, nötrofil ve nötrofil ve lenfosit oranı ise yüksek saptandı ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p > 0,01$). Biyopsi öncesi bakılan kanda lökosit düzeyi ise prostat kanseri saptanan grupta diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulundu ($P < 0,05$).

Çıkarımlar: AÜSS ile başvuru sonrası yüksek PSA saptanarak prostat biyopsisi planlanan hastalarda işlem öncesi bakılan kanda ve idrarda lökosit düzeyi yüksek ise ve özellikle antibiyotik sonrası şikayetlerde ve PSA düzeyinde düşüş varsa kronik prostatit ön planda düşünülebilir.

Tablo 1. Prostat kanseri ve kronik prostatit arasında

| | Prostat kanseri (n=90) | Kronik prostatit (n=28) | p değeri |
|-------------------|------------------------|-------------------------|----------|
| Nötrofil | 4719 ± 1865 | 4834 ± 2033 | 0,85 |
| Lenfosit | 1999 ± 610 | 2618 ± 636 | 0,07 |
| Nötrofil/Lenfosit | 2,6 ± 1 | 2,2 ± 0,9 | 0,3 |
| Kanda lökosit | 7228 ± 2330 | 9376 ± 1560 | 0,04* |
| İdrarda lökosit | 12,95 ± 7,3 | 22,43 ± 14,03 | 0,5 |

*İstatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,05$)

PROSTAT BİYOPSİLERİNDE KOR UZUNLUĞU ÖNEMLİ MİDİR?

Burak Çıtamak, Mesut Altan, Emin Mammadov, Ali Ergen, Bülent Akdoğan,
A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Prostat kanser şüphesi ile transrektal ultrason eşliğinde iğne biyopsisindeki (TRİB) kor uzunluğu ile biyopside kanser yakalama arasındaki ilişkinin araştırılması.

Yöntem: Mart 2001 ile Ocak 2014 tarihleri arasında prostat kanseri şüphesi ile ilk kez TRİB yapılan 2789 hastadan alınan 29993 adet kor biyopsi verileri retrospektif olarak incelendi. Kanseri olan ve olmayan hastaların TRİB'deki kor uzunlukları karşılaştırıldı, kanser tespit oranını artıracak anlamlı asgari değer bulunmaya çalışıldı. Veriler SPSS programında analiz edildi.

Bulgular: Toplam 816 (%28.3) hastada kanser tespit edildi. Tüm hastalar değerlendirildiğinde, ortalama yaş, prostat hacmi, kor sayısı ve ortanca PSA değeri sırasıyla 62.99 ± 8.47 yıl, 53.1 ± 26.7 cc, 10.77 ± 1.36 adet, 7.2 ng/ml olarak bulundu. Kanserli grupta bu oranlar sırası ile 66.06 ± 8.5 yıl, 46.79 ± 22.5 cc, 10.79 ± 1.29 adet, 9.03 ng/ml, kanser tespit edilmeyen grupta ise sırasıyla 61.72 ± 8.13 yıl, 57.94 ± 28.6 cc, 10.77 ± 1.39 adet, 6.63 ng/ml olarak bulundu. Ortalama kor uzunluğu 12.97 ± 0.36 mm iken, bu değer kanser yakalanan ve yakalanmayan grupta 13.45 ± 0.37 mm ve 12.9 ± 0.36 mm olarak bulundu ($p < 0.001$). ROC eğrisi çizildiğinde eşik değer 13.05 mm olarak bulundu. 13 mm ve altı kor uzunluğu olan 16732 kor biyopside 2085 (%12.5) korda kanser, 13 mm üzeri kor uzunluğu olan 13201 kor biyopside 1956 (%14.8) korda kanser tespit edildiği görüldü ($p < 0.001$).

Çıkarımlar: Transrektal ultrason eşliğinde yapılan prostat biyopsilerinde kor uzunluğunun 13 mm'nin üzerinde olması kanser yakalama ihtimalini artırır.

TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ KILAVUZLUĞUNDA PROSTAT BİYOPSİSİNDE İĞNE BOYUTUNUN PROSTAT KANSERİ SAPTAMA, KOMPLİKASYONLAR VE SPESİMEN KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ: 16G VE 18 G İĞNELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ahmet Murat Bayraktar¹, Erkan Ölçücüoğlu², Eray Hasırcı³

¹Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kırıkkale

²Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

³Yenimahalle Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Onaltı gauge (G) veya 18 G biyopsi iğnesi kullanılarak yapılan transrektal ultrasonografi (TRUS) kılavuzluğunda prostat biyopsisinde spesimen kalitesini, patolojik sonuçları, komplikasyonları ve ağrıyı değerlendirmek.

Yöntem: Mart 2011 ile Nisan 2013 arasında TRUS kılavuzluğunda prostat biyopsisi yapılan hastaların verilerini retrospektif olarak analiz ettik. 143 hastada örnek kalitesi, prostat kanseri saptama oranı, ağrı, kanama ve enfeksiyonla ilgili olarak iki iğneyi (16G vs. 18G) karşılaştırdık. Birinci gruba (71 hasta, Grup-1) 16 G biyopsi iğnesi kullanılarak TRUS kılavuzluğunda prostat biyopsisi uygulandı, ikinci gruba (72 hasta, Grup-2) ise 18 G biyopsi iğnesi ile TRUS kılavuzluğunda prostat biyopsisi yapıldı. Kor fragmentasyonu ve küçük uzunlukta spesimen (<10mm) olması spesimenin kalite kriterleriydi. Ağrı, görsel analog skala (VAS) kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Grup 1 ve grup 2 arasında ortalama hasta yaşları, PSA değerleri ve prostat hacimleri açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktaydı. Onaltı gauge iğneler, 18 G iğne ile karşılaştırıldığında biyopsi korlarında daha az fragmentasyona sebep olmuştu ($p=0,00$). Fakat iki grup arasında patolojik sonuçlar ($p=0,72$) ve kısa spesimen ($p=0,567$) açısından istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmemişti. Hematüri, rektal kanama ve enfeksiyon iki grupta benzerdi. Grup 1'in ortalama VAS skoru grup 2'ninkinden anlamlı derecede fazlaydı ($3,19$ vs $2,66$) ($p=0,027$).

Çıkarımlar: Her ne kadar 16 G iğnelerin kullanımı kanser saptama oranını artırmasa da bu iğnelerin kullanımı komplikasyonlarda artışa sebep olmadan örnek kalitesini iyileştirmektedirler. Fakat 18 G iğneler 16 G iğnelere göre hastalar açısından daha konforlu olabilmektedir.

PROSTAT İĞNE BİYOPSİLERİNDE PERİNÖRAL İNVAZYON POZİTİFLİĞİNİN TÜMÖR EVRESİ, CERRAHİ SINIR, LENF NODU POZİTİFLİĞİ VE BİYOKİMYASAL NÜKSE ETKİLERİ

Serdar Çelik¹, Ozan Bozkurt¹, Ömer Demir¹, Özgür Gürboğa¹, Burçin Tuna², Kutsal Yörükoğlu², Güven Aslan¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Prostat kanser hücrelerinin sinir demeti boyunca yayılımı prostat patolojilerinde perinöral invazyon (PNİ) olarak raporlanmaktadır. PNİ, prostat adenokarsinomu tanısı alan prostat biyopsi materyallerinin %20'sinde raporlanmaktadır. PNİ pozitifliği yüksek Gleason skoru ve yüksek PSA oranları ile birliklilik göstermektedir.

Bu yazıda kliniğimizde prostat adenokarsinomu nedenli radikal prostatektomi yapılan 380 hasta prostat iğne biyopsisinde PNİ varlığının prognoza etkisi açısından değerlendirildi.

Yöntem: Bu 380 hasta prostat iğne biyopsisinde PNİ pozitif ve negatif diye iki grupta incelendi. Hastaların PNİ pozitifliği, prostat spesifik antijen (PSA), PSA dansitesi, prostat biyopsi materyalinde Gleason skoru, biyopsi odak sayısı ve tümör yüzdesi ile Radikal Prostatektomi (RRP) materyalindeki patolojik evre, Gleason skoru, tümör hacmi, Tersiyer Gleason Paterni, Cerrahi Sınır pozitifliği ve Lenf Nodu pozitifliği değerlendirildi. Ayrıca hastalarda gözlenen biyokimyasal nüks oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Prostat biyopsi patolojilerinde PNİ pozitifliği görülme oranımız %22,9 olarak saptandı. Prostat biyopsisinde PNİ pozitif saptanan ve saptanmayan hastaların sonuçları tabloda verilmiştir. PNİ pozitifliğinin yüksek PSA, PSA dansitesi, Gleason skoru, biyopsi odak sayısı ve tümör yüzdesi ile ilişkili olduğu gözlemlendi ($p<0,01$). Aynı zamanda bu veriler değerlendirildiğinde prostat biyopsisinde PNİ pozitifliği olan hastalarda patolojik T evresinde, RRP materyalindeki Gleason skoru, tümör hacmi, cerrahi sınır pozitifliği ve lenf nodu pozitifliğinde anlamlı artış olduğu saptandı ($p<0,01$). Ayrıca bu hastalarda biyokimyasal nüks oranları da yüksekti ($p<0,01$).

Çıkarımlar: Sonuç olarak prostat biyopsisindeki PNİ pozitifliğinin radikal prostatektomide yüksek evreli tümör, cerrahi sınır ve lenf nodu pozitifliği ve biyokimyasal nüks ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. PNL pozitif ve negatif gruplara göre PSA, PSA dansitesi, prostat biyopsi patoloji özellikleri, RRP patoloji özellikleri ile biyokimyasal nüks oranları ve bu özelliklerin gruplar arası analiz sonuçları.

| Ortalama değerler | PNL pozitif (n=87) | PNL negatif (n=293) | p |
|-------------------------------|---------------------|----------------------|--------|
| PSA (ng/ml) | 12,3±1,05 (2,7-47) | 7,8±0,3 (1,1-40) | <0,001 |
| PSA dansitesi (cc/ng/ml) | 0,3±0,03 (0,06-1,8) | 0,2±0,01 (0,03- 1,2) | <0,001 |
| Gleason skoru | 6,9±0,1 (6-9) | 6,4±0,03 (6-9) | <0,001 |
| Odak sayısı | 4,4±0,3 (1-10) | 2,1±0,1 (1-9) | <0,001 |
| Tümör yüzdesi | 61,3±3,3 (5-100) | 26,9±1,5 (5-100) | <0,001 |
| Patolojik evresi (%) | 37 (%42,5) | 217 (%73) | <0,001 |
| | 27 (%31) | 65 (%22,2) | 0,08 |
| | 23 (%26,4) | 14 (%4,8) | <0,001 |
| RRP Gleason skoru | 7,1±0,1 (6-9) | 6,7±0,03 (6-9) | <0,001 |
| Tersiyer Gleason Paterni | 4,7±0,1 (4-5) | 4,7±0,1 (4-5) | 0,42 |
| Tümör hacmi (cc) | 4,5±0,6 (0,02-36) | 2,02±0,2 (0,01-22) | <0,001 |
| Cerrahi sınır pozitifliği (%) | 33 (%37,9) | 58 (%19,8) | <0,001 |
| Lenf nodu pozitifliği (%) | 3 (%3,4) | 0 (%0) | 0,011 |
| Biyokimyasal nüks (%) | 47 (%54) | 29 (%9,9) | <0,001 |

UYGUN PROSTAT ÖRNEKLEMESİ İÇİN BİYOPSİ BOYU UZUNLUĞU 6 MM'DEN FAZLA OLMALIDIR

Hasan Yılmaz¹, Seyfettin Çiftçi¹, Murat Üstüner¹, Ufuk Yavuz¹, Ali Sairbacak², Bahar Müezzinoğlu³, Özdal Dilloğlugil¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Kocaeli

²Özel Konak Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kocaeli

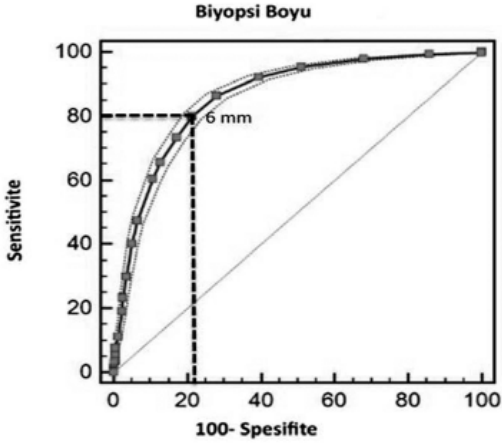
³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Boccon-Gibod ve ark optimal örnekleme için biyopsi boyu eşik değerini 10 mm olarak önerse de bu öneri herhangi bir klinik araştırmaya dayanmamaktadır (Eur Urol, 2004,46:177). Prostat adenokanseri (PCa) tanısı prostatik glandüler dokularının histolojik değerlendirilmesi ile konulur. EAU Prostat Kanseri rehberi, glandüler prostat dokusu olmayan biyopsi örneklerinin uygunsuz olarak raporlanması gerektiğini önermektedir. Bunun yanında glandüler doku içermeyen örnekler (GİÖ) daha kısa olma eğilimindedir. Çalışmamızda, doğru örnekleme için gerekli biyopsi boyu eşik değeri belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: 2009-2014 yılları arasında ilk kez transrektal standart 12 örnek prostat biyopsisi yapılan 1717 ardışık hasta geriye dönük değerlendirildi. Yaş, total PSA (tPSA), prostat hacmi, rektal tuşe (RT) (benign (negatif) veya şüpheli (pozitif)), her bir biyopsi boyu ve tanısı not edildi. Biyopsi tanısı, GİÖ (rektal mukoza, periprostatik adipöz doku, prostatik veya periprostatik fibromusküler doku), benign veya malign (PCa) olarak sınıflandırıldı. Standardizasyon için, 10'dan az örnek içeren, uygunsuz numaralandırılmış veya taşınmış biyopsiler; prostat adenokanseri dışındaki malignite veya 2'den fazla fragmante olmuş örnek içerenler; antiandrojen, 5-alfa redüktaz veya prostata radyoterapi alanlar çalışma dışı bırakıldı. Kalan 1584 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Demografik özellikler Tablo 1' de özetlendi. Ortalama biyopsi boyları açısından benign ve malign örnekler arasında anlamlı fark izlenmedi ($p=0,376$). GİÖ ise her ikisinden anlamlı olarak kısa idi ($p<0,0001$). Biyopsinin alınma lokalizasyonuna göre GİÖ görülme sıklıkları Tablo 2' de özetlendi. GİÖ, prostat orta biyopsilerde taban ve apekten anlamlı olarak az sıklıkta izlendi ($p<0,0001$). Apeks ve taban biyopsilerde ise anlamlı fark izlenmedi ($p=0,757$). Lateral biyopsilerde medial biyopsilerden anlamlı oranda sık izlendi ($p<0,0001$). ROC analizinde doğru (glandüler) örnekleme için gerekli biyopsi uzunluğu eşik değeri 6 mm olarak saptandı (duyarlılık %80,2 ve özgüllük %78,7) (AUC:0.86, $p<0,0001$) (Şekil). Bu değer in altında GİÖ riskinde 15 kat artış saptandı (OR: 14,91, 95% CI: 13,20-16,83, $p<0,0001$). Üzerinde ise GİÖ sadece %2,6 oranında izlendi.

Çıkarımlar: GİÖ, kısa örnek uzunluğu ile ilişkilidir. GİÖ, olasılıkla biyopsi iğnesinin prostata göre açıldığı taban ile apeksde ve laterallerde anlamlı oranda sık saptandı. GİÖ için optimal duyarlılık ve özgüllük ile 6 mm eşik değerini saptadık. Bu değer in altında GİÖ riski 15 kat artmaktadır. GİÖ tanısı, ancak histopatolojik değerlendirme ile konulabilir. Ancak örnek alımı sırasında biyopsi uzunlukları makroskopik olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle doğru ve uygun prostat örnekleme için 6 mm eşik değerini önermekteyiz.



Şekil 1. PV ile ortalama kor uzunluğu arasındaki ilişki

BÜYÜK PROSTATLARDA 10 İLE 12 KOR BİYOPSİ ARASINDA KANSER YAKALAMA ORANLARI FARKLI MIDIR?

Emin Mammadov, Burak Çıtamak, Mesut Altan, Bülent Akdoğan, Ali Ergen,
A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: İlk prostat biyopsisinde 10 veya 12 kor örnek alınmış olan hastaların sonuçlarını karşılaştırmak.

Yöntem: Serum PSA seviyeleri 4-10 ng/mL arasında transrektal ultrason eşliğinde prostat iğne biyopsisi yapılmış olan 1323 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. 389 (%29.4) hastaya 12 kor biyopsi yapılırken 934 (%70.6) hastaya 10 kor biyopsi yapıldı. Hastaların yaş, total PSA değerleri, total/serbest PSA oranları, prostat volümleri analiz edildi.

Bulgular: Toplam 1323 hastanın 320'sinde (%24.1) kanser tespit edildi. Bu oran 10 ve 12 kor biyopsi gruplarında sırasıyla % 23 ve %26.2 olarak tespit edildi ($p=0.23$). Ortalama yaş 62.13 ± 0.21 , ortalama total PSA $6,54 \pm 0.44$, ortalama total/serbest PSA oranı 0.20 ± 0.002 , ortalama prostat volümü 51.72 ± 0.98 olarak bulundu. İki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p=0.644$, $p=0.108$, $p=0.608$, $p=0.836$). Prostat volümü 40 ml ve üzeri olan hastalarda 12 kor biyopsi alınması 10 kor biyopsiye göre daha yüksek oranda kanser yakalanmasını sağladı ($p=0.036$) (tablo 1).

Çıkarımlar: Küçük prostat varlığında yapılan prostat biyopsilerinde 10 ile 12 kor arasında kanser saptamada farklılık yoktur. Ancak prostat hacmi arttıkça alınan kor sayısını arttırmak kanser yakalama oranlarını arttırmaktadır.

Tablo 1.

| | Toplam | 10 kor biyopsi | 12 kor biyopsi | p |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|----------|
| Prostat volümü < 40 mL | 133/396 (%33.5) | 96/283 (%33.9) | 36/114 (%31.5) | 0.403 |
| Prostat volümü \geq 40 mL | 187/926 (%20.1) | 119/651 (%18.2) | 68/275 (%24.7) | 0.036 |

PSA DANSİTESİNİN LOKALİZE PROSTAT KANSERİNDE RADİKAL TEDAVİ GEREKLİLİĞİNİ ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ

Kaan Çömez, Özgür Gürboğa, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Güven Aslan, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: PSA dansitesi (dPSA), PSA'nın etkinliğini artırmaya yönelik olarak kullanılan PSA türevidir. dPSA total psa düzeyinin transrektal ultrasonografi ile ölçülen prostat hacmine bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Bu çalışmada dPSA'nın lokalize prostat kanserinde radikal tedavi gerekliliğini öngörmedeki rolünü değerlendirdik.

Yöntem: Kliğinimizde radikal prostatektomi yapılan 398 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların preoperatif verileri (demografik verileri, total psa, prostat hacmi, psa dansitesi ve biyopsideki tümör yüzdesi) retrospektif olarak değerlendirildi. Radikal prostatektomi patolojik evresine göre D'amico risk sınıflaması yapıldı. Değerlendirilen parametreler düşük risk grubu (Grup 1) ve orta-yüksek risk grubu (Grup 2) arasında karşılaştırıldı. Sonrasında ROC curve analizi yardımı ile dPSA'nın aktif tedavi gerekecek hastaları belirlemesi için gerekli sınır değer araştırıldı.

Bulgular: Hastaların preoperatif özellikleri (ortalama yaşları , total psa, psa dansitesi, tümör yüzdesi, prostat hacmi) Tablo 1'de verildi. Her iki grup arasında PSA, PSA dansitesi ve tümör yüzdesinde anlamlı fark vardı. ROC curve analiz sonucuna göre dPSA 0,10 değerinin üzerinde geldiğinde hastaların %71 sensitivite ve %86 spesifite (AUC=0,782) ile postoperatif D'amico sınıflamasına göre orta-yüksek riskli olma olasılığı bulundu.

Çıkarımlar: Bu çalışmanın sonucunda dPSA \geq 0,1 olan hastaların önemli bir kesiminin postoperatif dönem patoloji sonuçlarına göre orta-yüksek risk grubunda ve radikal tedavinin gerekli olacağı grupta yer aldığı görülmüştür. dPSA'nın da içinde yer alacağı prediktif modellerin aktif izleme karar vermede daha faydalı olacağını düşünmekteyiz.

Tablo 1.

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|---------------|-----------------|------------------|--------|
| | Düşük risk | Orta-yüksek risk | |
| | (n=29) | (n=369) | |
| Yaş | 62,6 \pm 6,6 | 62,6 \pm 5,8 | 0,999 |
| PSA | 5,5 \pm 1,5 | 8,9 \pm 6,9 | 0,011 |
| Prostat Hacmi | 67,3 \pm 20,6 | 51,6 \pm 21,4 | <0.001 |
| PSA dansitesi | 0,08 \pm 0,03 | 0,19 \pm 0,1 | 0,001 |
| Tümör yüzdesi | 10,7 \pm 11,7 | 40,8 \pm 32,6 | <0.001 |

PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN VE KLİNİK ÖNEMLİ PROSTAT KANSERİ İLİŞKİSİ

Sebahattin Albayrak, Serhat Tanık, Kürşad Zengin, Muhittin Atar, Hasan Bakırtaş, Mesut Gürdal, Muhammed Abdurrahim İmamoğlu

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Amaç: Prostat spesifik antijen (PSA) çağında transrektal ultrason (TRUS) eşliğinde prostat biyopsisinin yaygın olarak kullanımına bağlı klinik önemsiz prostat kanseri (PKA) tanısı artmıştır. Bu nedenle hastalara uygulanan fazla tedaviler sorgulanır olmuştur. Sunduğumuz çalışmada total PSA ve serbest PSA/ total PSA (% serbest PSA) oranları ile patoloji sonuçları karşılaştırılarak bu parametrelerin klinik önemli ve önemsiz prostat kanseri ayırımına etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Ocak 2012- Kasım 2013 arasında ortanca yaşları 66 (45-75) olan TRUS eşliğinde biyopsi yapılan 224 hastanın işlem öncesi ölçülen total PSA ve % serbest PSA değerleri ile patolojik verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar total PSA değerleri 2.5-4 ng/mL, 4.1-10 ng/mL ve >10 ng/mL olacak şekilde (grup 1, 2 ve 3) ve total PSA değerleri 2.5-10 ng/mL arasında olan 124 hastanın serbest/total PSA değerleri hesaplanarak serbest/total PSA değerleri <0.1, 0.1-0.25 ve >0.25 olacak şekilde (grup A, B ve C) 3 gruba ayrıldı. Diğer yandan patolojik verilere dayanarak klinik önemli PKA'lar belirlendi. Total PSA ve % serbest PSA düzeylerinin klinik önemli PKA'larla ilişkisi istatistiksel olarak değerlendirildi

Bulgular: Total PSA düzeylerinin klinik önemli PKA üzerine etkisine bakıldığında 1. grupta %25, 2. grupta %43, 3. grupta ise %85 oranında klinik önemli PKA saptandığı belirlendi. % serbest PSA değerlerinin klinik önemli PKA üzerine etkisine bakıldığında ise A grubunda %82, B grubunda %46, C grubunda ise %18 oranında klinik önemli PKA tespit edildiği görüldü. Klinik önemli PKA'ların ortalama % serbest PSA değeri olan 0.12'nin altında saptanan klinik önemli PKA'ların anlamlı olarak arttığı belirlendi.

Çıkarımlar: Çalışmamızda klinik önemli PKA oranlarının total PSA >10 ng/mL ve % serbest PSA <0.1 olan gruplarda belirgin olarak arttığı saptandı. Yine klinik önemli PKA'ların saptanmasında kullanılabileceğini düşündüğümüz % serbest PSA 0.12 değerinin altında daha fazla oranda klinik önemli PKA tespit edilmesi dikkat çekicidir.

PROSTATE CANCER PREVENTION TRIAL RISK CALCULATOR (PCPTRC) UYGULAMASININ YÜKSEK RİSKLİ PROSTAT KANSERİNİ ÖNGÖRMEDE ROLÜ

Kaan Çömez, Özgür Gürboğa, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Prostate Cancer Prevention Trial Prostate Cancer Risk Calculator (PCPTRC) biyopsi kararını öngörmek için kullanılan bir hesaplama aracıdır. Biz bu çalışmamızda PCPTRC'un yüksek riskli prostat kanserini öngörmedeki rolünü değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde radikal prostatektomi yapılan 397 hasta çalışmaya dahil edildi. Radikal prostatektomi patoloji sonuçları ve PSA değerleri göz önüne alınarak hastalar yeniden D'amico risk sınıflamasına göre iki gruba ayrıldı. Düşük risk grubu ile orta risk grubu bir grup (Grup 1, n=257) olarak değerlendirildi. Yüksek risk grubu diğer grup (Grup 2, n=140) olarak alındı. İki grubun demografik verileri, total psa, prostat hacmi, psa dansitesi, biyopsideki tümör saptanan odak sayısı ve tümör yüzdesi retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Radikal prostatektomi patolojik evresine göre Prostate Cancer Prevention Trial Prostate Cancer Risk Calculator (PCPTRC) kullanılarak hastaların preoperatif dönemdeki yüksek risk olasılıkları hesaplandı. ROC curve analizi ile PCPTRC yüksek risk olası sınır değeri arandı.

Bulgular: Grup 1'deki hastalar grup 2'ye oranla daha gençti. İkinci grupta total psa, psa dansitesi, tümör yüzdesi ve biyopsideki odak sayısı daha fazla idi (Tablo 1). İlk grupta 44 hasta (% 17,1) evre t2a, 19 hasta (%7,4) evre t2b, 194 hasta (%75,5) evre t2c olarak raporlandı. İkinci grupta 1 hasta (%0,7) evre t2a, 5 hasta (%3,6) evre t2c, 97 hasta (%69,3) evre t3a, 37 hasta (%26,4) evre t3b olarak raporlandı. Her iki grup hastaların PCPTRC'a göre riskleri hesaplandı. PCPTRC'a göre ilk grubun yüksek risk ortalaması $9,4 \pm 4,9$, ikinci grubun yüksek risk ortalaması $15,8 \pm 10,6$ olarak hesaplandı ($p < 0,001$). ROC curve analizi sonucunda PCPTRC'da yüksek risk olasılığı %9 değerinin üstünde (AUC=0.685) geldiğinde hastaların %57 sensitivite ve %62 oranında spesifite oranında postoperatif yüksek riskli kanser olma olasılığı bulundu.

Çıkarımlar: PCPTRC'a göre yüksek risk oranının %9 değerinin üzerinde geldiğinde postoperatif dönemde yüksek riskli prostat kanseri olma olasılığı artmaktadır. Hastaların prostat biyopsisi öncesi bilgilendirmesinde bu oranın faydalı olacağı kanısındayız.

| Tablo 1. Grup 1 ve 2'nin preoperatif özellikleri | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|--------|
| Sütun1 | Sütun2 | Sütun3 | Sütun4 |
| | Grup 1, Düşük-orta risk (N:257) | Grup 2, Yüksek risk (N:140) | p |
| Yaş | 62,1±6,1 | 63,9±5,5 | 0,004 |
| PSA | 7±3,8 | 11,9±9,4 | 0 |
| Prostat hacmi | 55,2±23 | 48,2±18,5 | 0,003 |
| PSA dansitesi | 0,14± 0,10 | 0,26 ± 0,22 | 0 |
| Tümör yüzdesi | 28,9 ±27,5 | 56,6 ±33,6 | 0 |
| Odak sayı | 2,4 ±1,8 | 3,5 ±2,5 | 0 |

PROSTAT KANSERİ TANISINDA TC99M- MIBI-SPECT'İN YERİ

Murat Kuru¹, Çetin Demirdağ¹, Muhammet Sait Sağer², Zübeyr Talat¹,
Nur Ahmet Erözenci¹

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

²Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp, İstanbul

Amaç: Prostat kanseri tanısı koymak için kullanılan altın standart yöntem transrektal ultrasonografi eşliğinde yapılan prostat biyopsisidir. Prostat biyopsisinin prostat kanserini saptama oranı yaklaşık %25-30 civarındadır. Prostat biyopsi endikasyonu konulan hastalara biyopsi öncesinde yaptığımız non invaziv bir yöntem olan Teknesyum-99m metoksi izobutil izonitрил single photon emission computed tomography (Tc99m-MIBI-SPECT)'in prostat kanserini saptamakta kullanılabilecek bir yöntem olup olmadığını araştırdık.

Yöntem: Çalışmamıza ocak 2013 ile mayıs 2014 tarihleri arasında parmakla rektal muayene (PRM) veya prostat spesifik antijen (PSA) değeri ile prostat biyopsisi endikasyonu konan 59 hasta alındı. Hastalarımıza biyopsi öncesi Tc99m-MIBI-SPECT yapıldı, radyofarmasötik ajanın prostat tarafından tutulum şiddeti ve lokalizasyonu saptandı. Tc99m-MIBI-SPECT'te prostat tarafından tutulum lokalizasyonu ve şiddeti, biyopsi sonucunu bilmeyen bir nükleer tıp uzmanı tarafından değerlendirildi. Hastalara transrektal ultrasonografi eşliğinde 6-28 kor prostat biyopsisi uygulandı. Hastaların PRM ve prostat biyopsi sonuçları Tc99m-MIBI-SPECT sonuçları ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Biyopsi öncesi Tc99m-MIBI-SPECT yapılan 59 hastanın 56'sına prostat biyopsisi yapıldı. Ortalama hasta yaşı ve PSA değerleri sırasıyla 62,8 ve 10,2 ng/ml olarak hesaplandı. Prostat biyopsisi yapılan 56 hastanın 27'sinde prostat kanseri saptanmışken, 37 hastada Tc99m-MIBI-SPECT pozitif saptandı. Prostat kanseri saptanan 27 hastanın 20'sinde Tc99m-MIBI-SPECT sonuçları pozitif olarak saptandı. Bu sonuçlarla Tc99m-MIBI-SPECT yönteminin duyarlılığı %35, özgüllüğü %21 olarak saptandı. Pozitif prediktif değeri %54, negatif prediktif değeri %63 olarak değerlendirildi. Tc99m-MIBI-SPECT'in prostat kanserini saptamada bir üstünlüğü gözlenmedi. (p=4.1666667)

Çıkarımlar: Bu çalışmamızda Tc99m-MIBI-SPECT'in duyarlılık ve özgüllüğü düşük olduğu için prostat kanseri tanısında prostat biyopsisine herhangi bir üstünlüğü olduğu öngörülemez. Daha fazla sayıda hastadan oluşan çalışmalarda daha farklı sonuçlar elde edilebilir.

PROSTAT İĞNE BİYOPSİSİNDEKİ PERİNÖRAL İNVAZYON POZİTİFLİĞİNİN PROSTAT KANSERİ D'AMICO RİSK SINIFLAMASI VE ÖZELLİKLE ORTA RİSK GRUBUNDAKİ ÖNEMİ

Serdar Çelik¹, Ozan Bozkurt¹, Ömer Demir¹, Özgür Gürboğa¹, Burçin Tuna², Kutsal Yörükoğlu², Güven Aslan¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Lokalize prostat kanseri D'Amico risk sınıflamasına göre düşük, orta ve yüksek risk gruplarının değerlendirilmesidir. Orta risk grubu da bazı çalışmalarda ikiye ayrılmaktadır. Bunlar düşük volümlü ve yüksek volümlü orta risk grubu prostat kanseridir. Aktif izlem için yapılan çalışmalarda genelde düşük risk grubu hastalar ile düşük volümlü orta risk grubu hastalar çalışmalara dahil edilmiştir. Bu çalışmaların hiç birinde prostat biyopsisindeki perinöral invazyon (PNİ) bulgusu kriterlere dahil edilmemiştir. Biz bu çalışmada D'Amico risk sınıflamasına göre prostat biyopsi patolojisindeki PNİ pozitifliğini değerlendirdik.

Yöntem: Çalışmaya son 10 yılda radikal prostatektomi yapılan 380 hasta dahil edildi. D'Amico risk sınıflamasına göre hastaları sınıflandırdık. Düşük risk grubunu PSA <10 ng/ml, prostat biyopsi Gleason skoru ≤6 ve klinik evresi T1c-T2a olan hastalar; Orta risk grubunu PSA 10-20 ng/ml, prostat biyopsi Gleason skoru =7 ve klinik evresi T2b olan hastalar; Yüksek risk grubunu ise PSA >20 ng/ml, biyopsi Gleason skoru ≥8 ve klinik evresi T2c olan hastalar oluşturdu. Risk gruplarına göre hastaların biyopsi patolojisindeki PNİ pozitifliği oranları karşılaştırıldı. Aktif izlem kriterlerine uyan düşük volümlü orta risk grubunu oluşturan hastalar ise PSA ≤10 ng/ml, biyopsi Gleason skoru ≤3+4=7, biyopsi tümör yüzdesi ≤%50, biyopsi odak sayısı ≤ 2 odak ve klinik evresi ≤ T2a kriterlerine göre gruplandırıldı. Bu kriterlere uymayan orta risk grubu hastalar ise yüksek volümlü orta risk grubu olarak değerlendirildi.

Bulgular: D'Amico risk sınıflamasına göre sınıflandırılan PNİ pozitif ve negatif hastaların sonuçları tablo 1 de verilmiştir. Orta risk grubuna giren 187 hastanın 42'si aktif izlem kriterlerini karşılamışken yani düşük volümlü orta risk grubunda iken, 145 hasta bu kriterlere uygun verilere sahip değildi yani yüksek volümlü orta risk grubundaydı. Bu iki grubun verileri tablo 2 de verilmiştir. Orta risk grubu içerisinde yüksek volümlü prostat kanseri saptanan hasta grubunda PNİ pozitifliğinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu ve bu grupta T evresinde artış olduğu saptanmıştır.

Çıkarımlar: Gereksiz tedavilerin önlenmesi amacıyla uygulanan aktif izlem prosedürüne uyan hastalar ya da orta risk grubundaki hastaları değerlendirirken prostat biyopsisindeki PNİ pozitifliği ya da negatifliğinin değerlendirilmesi hasta seçiminin daha doğru yapılmasını sağlayabilir.

Tablo 1. D'Amico risk sınıflamasına göre hastaların prostat biyopsi patolojisindeki PNİ pozitiflik oranları.

| Risk grupları | PNİ pozitif (n=87) | PNİ negatif (n=293) | | |
|-------------------|--------------------|---------------------|--|--|
| Düşük risk grubu | 13 (%8,61) | 138 (%91,39) | | |
| Orta risk grubu | 54 (%28,88) | 133 (%71,12) | | |
| Yüksek risk grubu | 20 (%47,62) | 22 (%52,38) | | |

Tablo 2. D'Amico risk sınıflamasına göre orta risk grubuna giren düşük volümlü ve yüksek volümlü hastaların RRP patolojisindeki evreleri ve prostat biyopsi patolojisindeki PNI pozitiflik oranları

| Orta risk grubu | | PNI pozitif (n=54) | PNI negatif (n=133) | P |
|--------------------------|------------------|--------------------|---------------------|--------|
| Aktif izlem kriterlerini | Karşılıyan | | 39 (%92,86) | <0,001 |
| | (düşük volümlü) | | | |
| | Karşılamaayan | 51 (%35,17) | 94 (%64,83) | |
| | (yüksek volümlü) | | | |
| T evresi | T2 | 23 (%20,72) | 88 (%79,28) | |
| | T3a | 20 (%34,49) | 38 (%65,51) | |
| | T3b | 11 (%61,11) | 7 (%38,89) | |

PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN DÜZEYİ 2.5-4.0 NG/DL ARASINDA PROSTAT BİOPSİSİ GEREKLİ MİDİR?

Gökhan Koç¹, Hakan Türk¹, Batuhan Ergani¹, Mustafa Karabıçak¹, Hüseyin Tarhan¹, Ferruh Zorlu¹, Sıtkı Ün²

¹S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi 2.5-4.0 ng/dl aralığında olan ve transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biopsisi (TRUSPB) yapılan hastalardaki kanser saptanma oranını ve bu oranın PSA düzeyi 4.0-10.0 ng/dl aralığında olan ve TRUSPB yapılan hastalardaki kanser saptanma oranıyla arasında istatistiksel fark oluşturup oluşturmadığını karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2012 ile Mayıs 2014 arasında TRUSPB yapılan, PSA aralığı 2.5-4.0 ng/dl olan 101 hasta (Grup 1) ve 4.0-10.0 ng/dl olan 522 hasta (Grup 2) çalışmaya dahil edildi. İki grubun ortalama PSA, yaş, prostat hacimleri ve kanser saptanma oranları arasında istatistiksel fark olup olmadığı karşılaştırıldı.

Bulgular: Grup 1'de 101, Grup 2'de 522 hasta vardı. Grup 1'de yaş ortalaması 60,5(48-72) yıl, grup 2'de yaş ortalaması 64(48-82) yıl olarak saptandı (p=0.06). Grup 1'de psa ortalaması 3,1 ng/dl, grup 2'de 6,8 ng/dl. Kanser saptanma oranlarına baktığımızda grup 1'de bu oran %12,7 (n=13) olarak bulunurken, grup 2'de ise %30,8 (n=161) olarak bulundu ve iki grup arasında istatistiksel olarak fark saptandı (p=0.001). OR 2,5 (1,407-4,482 %95 CI) PSA değeri 4 ng/dl üzerinde olduğunda prostat kanseri saptanma şansı 2,5 kat artmaktadır. Grup 1'de prostat kanseri gelen hastaların 9'u gleason 6(3+3), 3'ü gleason 7(3+4), 1'i gleason 8(4+4) olarak görüldü. Yani prostat kanseri gelenlerin de ancak %30'u anlamlı prostat kanseri kabul edilebilecek gleason değerlerine sahipti.

Çıkarımlar: Grup 1'de %12,7 oranında kanser saptanması düşük bir orandır. Bu gruptaki hastaların gleason skoruna bakıldığında kendi içinde %30, toplamda %3 gibi küçük bir oranda anlamlı prostat kanseri tesbit edilmektedir. Bu nedenle Psa:2,5-4 ng/dl aralığında prostat biopsi yapılmayabilir. Daha güçlü sonuçlar için geniş serilere ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Grup 1 ve Grup 2'nin verilerinin karşılaştırılması

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|--------------------|-------------|-------------|--------|
| Yaş | 60,5(48-72) | 64(48-82) | 0.06 |
| Psa (ng/dl) | 3.1 ± 0.5 | 6.8 ± 1.5 | 0,03* |
| Prostat Hacmi (ml) | 42.9 ± 13.1 | 44.5 ± 21.1 | 0.18 |
| Kanser Oranı (%) | 12,7 | 30/08/14 | 0.001* |

YÜKSEK RİSKLİ YÜZEYEL MESANE TÜMÖRÜNDE INTRAVEZİKAL TERMOKEMOTERAPİ VE BACILLUS CALMETTE-GUERIN TEDAVİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim Hastanesi, İzmir

Amaç: Çalışmanın amacı, intravezikal termokemoterapi (ITK) ve bacillus Calmette-Guérin (BCG) instilasyonunun yüksek riskli kas invaziv olmayan mesane tümöründeki (KIOMT) etkinliğini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Mayıs 1990-Ocak 2013 tarihlerinde yüksek riskli KIOMT nedeniyle ITK veya BCG instilasyonu yapılan hastalar alındı. Çıkarılma kriterleri 1 cm üstü divertikül varlığı, üretra veya üst üriner sistemde karsinom varlığı ve indüksiyon tedavisini tamamlayamaması olarak belirlendi. 6 hafta, haftada 1 seans indüksiyon ITK veya BCG tedavisi verildi. İndüksiyon sonrası hastalar sistoskopi ve sitoloji ile değerlendirilip şüpheli alanlar örnekledi. Takipte ilk 2 yıl 3 ay ara ile sistoskopi ve sitoloji yapıldı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, tümör boyutu ve sayısı, tedavi başlanmadan önceki patolojik T evresi ve hücrelerin diferensiyasyon derecesi, eşlik eden karsinoma in situ (CIS) varlığı, nüks varlığı, hastalısız ve progresyonsuz sağkalım verileri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 60 hasta alındı. Median 26 ay ve ortalama 34,24 ay(6-234) takip yapıldı. ITK ve BCG gruplarında sırası ile 6 ve 4 hastada rekürrens saptandı(%20 ve %13,3, $p<0,05$). İki grupta 3 hastada progresyon saptandı. Tek değişkenli Cox-regresyon analizinde tümörün histolojik diferensiyasyon derecesinin yüksek olması (4,60, %95 CI 1,01-20,88, $p=0,048$) ve ITK tedavisinin verilmesi (5,42, %95 CI 1,11-26,43, $p=0,036$) rekürrens için risk faktörü olarak saptandı.

Çıkarımlar: Yüksek riskli mesane tümöründe intravezikal BCG tedavisi, intrakaviter termokemoterapi tedavisinden daha etkindir.

MESANE KANSERLİ HASTALARDA TUMOR BOYUTU İLE PREOPERATİF NÖTROFİL LENFOSİT ORANIN İLİŞKİSİ

Hacı İbrahim Çimen¹, Emrah Sonbahar¹, Fikret Halis¹, Şükrü Kumsar¹,
Numan Baydilli², Osman Köse¹, Hüseyin Aydemir¹, Öztuğ Adsan¹,
Hasan Salih Sağlam¹, Ahmet Gökçe¹

¹S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

²Dr. Süreyya Adanalı Gökşun Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kahramanmaraş

Amaç: Mesane kanseri olan hastalarda tümör boyutu arttıkça progresyon ve rekürrens olasılığı artmaktadır. Çalışmanın amacı tümör boyutu ile operasyon öncesi bakılan nötrofil lenfosit oranı (NLR) arasında bir ilişkinin olup olmadığını göstermektir.

Yöntem: Ocak 2008 ile Haziran 2014 arasında kliniğimizde yeni tanı almış, primer mesane tümörü nedeniyle transuretral rezeksiyon – mesane tümörü (TUR-MT) operasyonu uygulanan 483 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif enfeksiyon nedeniyle 18 hasta, ve dataları eksik veya patoloji sonucu benign olan 148 hasta çalışma dışında bırakıldı. Hastalar tumor boyutlarına göre <3cm (Grup 1) ve ≥3cm (Grup 2) olmak üzere 2 farklı gruba ayrıldı. Gruplar beyaz küre, nötrofil, lenfosit sayısı ve NLR açısından değerlendirildi. İstatistiksel metod olarak Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Grup 2 deki hastalar grup 1'e göre daha yaşlıydı(67±10.7 vs 63.1±10.8, p=0.001, sırasıyla). Grup 2'deki hastaların nötrofil sayısı Grup 1'dekilere göre anlamlı bir biçimde yüksek (5.2±2.2 vs 4.64±1.6, p=0.017, respectively), lenfosit sayıları ise anlamlı bir biçimde düşüktü (2.1±0.8 vs 2.3±0.8, p=0.037, sırasıyla) (Tablo 1). Grup 2'deki hastaların NLR Grup 1'dekilere göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksekti (3.0±3.2 vs 2.2±1.3, p=0.001, sırasıyla)

Çıkarımlar: NLR tumor boyutu arttıkça artış göstermektedir. NLR mesane tümürlü hastalarda operasyon sonrası izlenecek yol hakkında değerli bilgiler verebilir. Elde edilen sonuçların geçerliliğinin gösterilebilmesi için hasta sayılarının daha fazla olduğu ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1.

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|-------------------|-------------|----------------|-------|
| | n=149 | n=186 | |
| | (3 cm altı) | (3cm ve üzeri) | |
| Yaş (yıl) | 63.1±10.8 | 67±10.7 | 0.001 |
| Beyaz küre (K/UL) | 7.9±2.1 | 8.3±2.6 | 0.229 |
| Nötrofil (K/UL) | 4.64±1.6 | 5.2±2.2 | 0.017 |
| Lenfosit (K/UL) | 2.3±0.8 | 2.1±0.8 | 0.037 |
| NLR | 2.2±1.3 | 3.0±3.2 | 0.001 |

MESANE KANSERLİ HASTALARDA TÜMÖR GRADE İLE PREOPERATİF NÖTROFİL LENFOSİT ORANININ İLİŞKİSİ

Hacı İbrahim Çimen¹, Emrah Sonbahar¹, Fikret Halis¹, Şükrü Kumsar¹, Numan Baydilli², Osman Köse¹, Hüseyin Aydemir¹, Öztuğ Adsan¹, Hasan Salih Sağlam¹, Ahmet Gökçe¹

¹S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

²Dr. Süreyya Adanalı Göksun Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kahramanmaraş

Amaç: Mesane kanseri olan hastalarda tümörün grade arttıkça progresyon ve rekürrens olasılığı artmaktadır. Bu çalışmanın amacı tümör grade'i ile operasyon öncesi bakılan nötrofil lenfosit oranı (NLR) arasında bir ilişkinin olup olmadığını göstermektir.

Yöntem: Ocak 2008 ile Haziran 2014 arasında kliniğimizde yeni tanı almış, primer mesane tümörü nedeniyle transuretral rezeksiyon – mesane tümörü (TUR-MT) operasyonu uygulanan 483 hastanın retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif enfeksiyon nedeniyle 18 hasta, ve dataları eksik veya patoloji sonucu benign olan 148 hasta çalışma dışında bırakıldı. Hastalar tümör grade'ine göre düşük malign potansiyelli papiller ürotelyal neoplazm (PUNLMP) + low grade (Grup 1) ve high grade olmak üzere 2 farklı gruba ayrıldı. Gruplar beyaz küre, nötrofil, lenfosit sayısı ve NLR açısından karşılaştırıldı. İstatistiksel metod olarak Mann Whitney U testi kullanıldı.

Bulgular: Grup 2'deki hasta popülasyonu Grup 1'e göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yaşlıydı (67.6 ± 10.6 vs 63.3 ± 10.7 , $p < 0.001$, sırasıyla). Grup 2'deki hastaların nötrofil sayıları Grup 1'e göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde yüksek, lenfosit oranları ise düşüktü (5.4 ± 2.4 vs 4.6 ± 1.5 , $p = 0.004$, 2.1 ± 0.8 vs 2.3 ± 0.8 , $p = 0.007$, sırasıyla). Grup 2'deki hastaların NLR Grup 1 dekilere göre anlamlı yüksek bulundu (2.6 ± 3.3 vs 2.2 ± 1.6 , $p < 0.001$, sırasıyla) (Tablo 1).

Çıkarımlar: Tümör grade'i ile NLR arasında pozitif bir korelasyon vardır. Sonuçlarımızın geçerliliğinin gösterilebilmesi için hasta sayılarının daha fazla olduğu ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte NLR mesane tümörlü hastalarda değerli bilgiler verebilecek bir parametre olarak düşünülebilir.

Tablo 1.

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|-------------------|-----------------------|--------------|--------|
| | n=184 | n=151 | |
| | (low grade ve PUNLMP) | (high grade) | |
| Yaş (yıl) | 63.3±10.7 | 67.6±10.6 | <0.001 |
| Beyaz küre (K/UL) | 7.8±2.1 | 8.5±2.8 | 0.124 |
| Nötrofil (K/UL) | 4.6±1.5 | 5.4±2.4 | 0.004 |
| Lenfosit (K/UL) | 2.3±0.8 | 2.1±0.8 | 0.007 |
| NLR | 2.2±1.6 | 2.6±3.3 | <0.001 |

MESANE KANSERİ NEDENİYLE RADİKAL SİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA SKİP METASTAZ YA DA DİĞER LENF NODU PARAMETRELERİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ VAR MIDIR?

Özgür Uğurlu¹, Sümer Baltacı², Güven Aslan³, Cavit Can⁴, Çağ Çal⁵, Atilla Elhan⁶, Levent Türkeri⁷, Aydın Mungan⁸

¹Özel Akay Hastanesi, Ankara, Üroloji Bölümü, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

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

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

⁶Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁷Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁸Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapılan hastalarda lenf nodu metastazı, skip metastaz ve diğer lenf nodu parametrelerinin sağkalım üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Ağustos 2005-Ağustos 2009 tarihleri arasında 85 hastaya mesane tümörü tanısıyla radikal sistektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Hastalar daha önceden belirlenmiş bir protokole göre takip edildi. Hastalısız ve total sağkalım; çıkarılan lenf nodu sayısı, patolojik lenf nodu metastazı varlığı, tutulan lenf nodu seviyesi, pozitif lenf nodu sayısı, lenf nodu dansitesi, skip metastaz varlığı açısından Cox oransal hazard modeli ile analiz edildi.

Bulgular: Hasta başına çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 29.4 ± 9.3 idi. Seksen beş hastanın 29'unda (%34.1) lenf nodu pozitifliği vardı. Ortalama takip süresi; 44.9 ± 27.4 (2-93) ay idi. Seksen beş hastanın 5 yıllık total ve hastalısız sağkalımı sırasıyla % 62.6 ve %57 idi. Lenf nodu pozitif olan 29 hastanın 3'ünde (%10.3) skip metastaz vardı. Sadece lenf nodu pozitifliğinin 5 yıllık total ve hastalısız sağkalım üzerine anlamlı etkisi saptandı ($p < 0.001$). Skip metastaz olan 3 hasta ile diğer lenf nodu pozitif hastalar arasında total sağkalım (%33.3 ve %25.6, $p=0.964$) ve hastalısız sağkalım (%0 ve %21.6, $p=0.892$) açısından fark yoktu. Lenf nodu pozitiflik seviyesi, çıkarılan lenf nodu sayısı (< 20 ve ≥ 20), lenf nodu dansitesi (< 10 ve ≥ 10) ve tek ya da multipl lenf nodu pozitifliği gibi diğer parametrelerin 5 yıllık total ve hastalısız sağkalım üzerine anlamlı etkisinin olmadığı görüldü.

Çıkarımlar: Lenf nodu pozitifliği dışında lenf nodu ile ilgili parametrelerin hiçbiri hastalısız ve total sağkalımı öngörememektedir. Skip metastaz olan hastaların sağkalımının da diğer lenf nodu pozitif hastalarla benzer olması nedeniyle mesane tümörü için radikal sistektomi yapılacak hastaların tümüne genişletilmiş lenfadenektomi yapılması gerektiğini düşünüyoruz.

T1 MESANE TÜMÖRLERİNDE İKİNCİ GÖRÜŞ PATOLOJİK DEĞERLENDİRME GEREKLİ MİDİR?

Ahmet Şahan¹, Fatma Gerin², Asgar Garayev¹, Emine Baş Bozkurt², İlker Tinay¹

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

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Patolojik değerlendirme, T1 mesane tümörü olarak rapor edilen hastalarda ikinci bir cerrahi girişim gerektirmesi ve buna bağlı meydana gelecek ek morbidite ve maliyet nedeniyle önemli bir incelemedir. Bu çalışmada T1 mesane tümörü preparatlarında ikincil değerlendirme bulgularını karşılaştırdık.

Yöntem: Mesane kitlesi nedeniyle transüretral rezeksiyon uygulanan ve patolojisi T1 mesane tümörü rapor edilen hastalara ait patoloji preparatları ayrı bir patolog tarafından tekrar değerlendirildi. Tümör evresi, derecesi ve kas invazyonu varlığı açısından patologlar arası uyum Kappa ve McNemar testi ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 93 hastanın 77'si tümör derecesi, 92'si kas invazyonu açısından karşılaştırıldı ve daha önce TNM2004'e göre derecelendirilmiş olan için derece tekrar değerlendirildi. İkincil patolojisi skuamöz hücreli kanser olarak yorumlanan hasta değerlendirme dışı bırakıldı.

Birincil değerlendirmede yüksek dereceli olarak rapor edilen 14 preparat ikincil değerlendirmede düşük dereceli olarak ve ilk değerlendirmesi düşük dereceli olan 7 preparat da ikincil değerlendirmede yüksek dereceli olarak yorumlandı (McNemar p:0,189 - Kappa uyumu: 0,386 p:0,001 düşük orta düzeyde uyum). İstatistiki olarak aralarında fark saptanamayan iki görüş arasında düşük-orta düzeyde uyum vardı.

Birincil değerlendirmede kas dokusu izlenen 14 preparatın ikincil değerlendirilmesinde kas izlenmedi. Birincil incelemede kas dokusu saptanmayan 10 preparatta ise ikincil değerlendirmede kas dokusu izlendi (McNemar p:541 - Kappa uyumu:0,441 p:0,001 orta düzeyde uyum). İstatistiki olarak aralarında fark saptanamayan iki görüş arasında orta düzeyde uyum vardı.

Çıkarımlar: Mesane tümörü patolojisi T1 olarak rapor edilen hastalarda ikincil patolojik değerlendirme tümör derecesi ve invazyonu açısından farklı sonuçlar gösterebilmektedir.

| Tablo 1. | | | | |
|-----------------|-------------------------------|---------------|--------|--------|
| Patoloji sonucu | İkincil görüş patoloji sonucu | | | Sign . |
| | Kas izlendi | Kas izlenmedi | Toplam | |
| Kas izlendi | 46 | 10 | 56 | 0,541* |
| Kas izlenmedi | 14 | 22 | 36 | |
| Toplam | 22 | 76 | 92 | |

| Tablo 2. | | | | |
|-----------------|------------------------|---------------|--------|--------|
| Patoloji sonucu | İkincil görüş patoloji | | | Sign . |
| | T1 Low grade | T1 High grade | Toplam | |
| T1 Low grade | 15 | 14 | 31 | 0,189* |
| T1 High grade | 7 | 40 | 47 | |
| Toplam | 22 | 54 | 76 | |

RADİKAL SİSTEKTOMİDE PERİVEZİKAL LENF NODLARI, SAĞKALIMI ETKİLER Mİ?

Bülent Akdoğan, Burhan Özdemir, Emin Mammadov, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Hasan Serkan Doğan, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Perivezikal lenf nodu tutulumunun mesane kanserli hastalarda sağ kalıma etkisini belirlemek.

Yöntem: Eylül 1999-haziran 2014 tarihleri arasında Hacettepe üniversitesi Üroloji kliniğinde radikal sistektomi yapılan 300 hastaların verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların patoloji spesimenleri 2010 TNM evreleme sistemine göre değerlendirildi. Pelvik lenf nodu diseksiyonu dışında ana spesimende mesane çevresi yağ doku içinde lenf nodu bulunan ve bunlar içinde lenf nodu pozitif olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, preoperatif anemi varlığı, cerrahi sınır pozitifliği, pelvik lenf nodu pozitifliği, neoadjuvan kemoterapi alma durumları açısından değerlendirildi.

Bulgular: Perivezikal lenf nodu bulunan ve bulunmayan gruplar arasında yaş, cinsiyet, peroperatif anemi varlığı, neoadjuvan kemoterapi durumu açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Toplam 300 hastanın 54'ünde (%18) perivezikal yağ doku içinde lenf nodu saptandı. Bunlar içinde 12 (%22.2) hastada lenf nodları pozitif. Perivezikal lenf nodu olan ve olmayan grupta 5 yıllık genel sağkalım sırasıyla %37.1 ve %46.5'ti ($p=0.257$). PVLN pozitif ve negatif olan grupta sağkalım oranları sırasıyla %16.7 ve %45.9 idi ($p=0.001$). Bu 12 hasta ve tüm hastalar birlikte değerlendirildiğinde ise sağkalım sırasıyla %16.7 ve %46.8 idi ($p<0.01$). Perivezikal alanda lenf nodu bulunan hastalarda cerrahi sınır pozitifliği ise anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0.003$). Pelvik lenf nodu tutulumu olan hastalarda anlamlı olarak perivezikal lenf nodu tutulumu da yüksek bulundu ($p<0.01$), (Tablo 2).

Çıkarımlar: Perivezikal yağ doku içinde lenf nodu bulunması genel olarak sağkalımı etkilemezken, tümör metastazı bulunan lenf nodu varlığı, sağkalımı olumsuz etkilemektedir.

Tablo 1.

| | N(%) | PVLN var | PVLN yok | Toplam | p |
|--------------------------|---------|----------|-----------|----------|-------|
| | | N(%) | N(%) | | |
| Yaş | <62 | 27(18.4) | 120(81.6) | 147(100) | 0.871 |
| | >62 | 27(17.6) | 126(82.4) | 153(100) | |
| Cinsiyet | Erkek | 46(16.8) | 227(83.2) | 273(100) | 0.099 |
| | Kadın | 8(29.6) | 19(70.4) | 27(100) | |
| Anemi | var | 25(18.2) | 112(81.8) | 137(100) | 0.918 |
| | yok | 29(17.8) | 134(82.2) | 163(100) | |
| Cerrahi sınır | pozitif | 13(36.1) | 23(63.9) | 36(100) | 0.003 |
| | negatif | 41(15.5) | 223(84.5) | 264(100) | |
| Neo adjuvan KT | aldı | 8(13.3) | 52(86.7) | 60(100) | 0.293 |
| | almadı | 46(19.2) | 194(80.8) | 240(100) | |
| Pelvik lenf nodu durumu | Pozitif | 16(18.6) | 70(81.4) | 86(100) | 0.863 |
| | Negatif | 38(17.8) | 176(82.2) | 214(100) | |
| 5 yıllık genel sağ kalım | | %37.1 | %46.5 | | 0.257 |

Tablo 2.

| | | Perivezikal tümörlü lenf nodu N(%) | Perivezikal tümörsüz lenf nodu N(%) N(%) | Toplam | p |
|--------------------------|---------|---|---|---------------|----------|
| Pelvik lenf nodu | pozitif | 10(62.5) | 6(37.5) | 16(100) | 0.000 |
| | negatif | 2(5.3) | 36(94.7) | 38(100) | |
| 5 yıllık genel sağ kalım | | %16.7 | %45.9 | | 0.001 |

MULTİPLE TÜMÖRÜ OLAN HASTALARDA RE-TUR YAPILMALI MI?

Hakan Türk¹, Sıtkı Ün², Mustafa Karabıçak¹, Hüseyin Tarhan¹, Gökhan Koç¹,
Tufan Süelözgen¹, Ferruh Zorlu¹,

¹S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Yeni kasa invaze olmayan mesane tümörlerinin yerleşmiş standart tedavisi transüretral rezeksiyon-mesane(TURM) ve intravesikal kemoterapidir. Yetersiz tümör rezeksiyonu ve tümör multipitesi erken nüks ve düşük evreleme gibi hastalığın seyrini değiştirecek durumları ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle kasa invaze olmayan mesane tümörlerinin tedavisinde nükslerin önlenmesi ve erken tanı konması önemlidir.

Yöntem: Primer mesane tümörü nedeniyle TURM olmuş 680 hasta çalışmaya alındı. Toplam 538 hasta, ilk TURM'i kliniğimizde yapılmayan, ameliyat notunda çelişkiler olan veya postop kontrollerine gelmeyen hastalar çalışmadan çıkarıldı. Çalışmaya alınan hastaların patoloji sonucu evre pTa olan ve multiple tümörü olanlar orta risk olduğu için ilk kontrol sistoskopiye kadar intrakaviter olarak mitomisin-c(40 mg) veya epirubicin(80 mg) tedavisi aldı. Grup 1'de 3 cm'den küçük ve soliter tümörü olan hastalar bulunurken; Grup 2, 3 cm'in üzerinde ve/veya birden fazla tümörü olan hastalardan oluşmakta idi. Hastalar; cinsiyet, yaş, tümör sayısı, tümör büyüklüğü, muskularis propria durumu ve nüks durumuna göre değerlendirildi.

Bulgular: Grup 1(n:46)'de hastaların 35'i erkek, 11'i kadın, grup 2(n:96)'de 86 erkek ve 10 kadın hastadan oluşmakta idi. Grup 1 de yaş ortalaması 67,4(39-87) yıl, grup 2 de yaş ortalaması 64,1(29-85) yıl idi(p=0,66). Grup 1 de hastaların 33'ü evre pTa, 13'ü evre pT1, grup 2'de hastaların 45'i evre pTa, 51'i evre pT1 olarak görüldü(p=0,056/ 0,05)(Tablo 1). Grup 1'deki hastaların 2(%4,3)'si nüks ederken, grup 2'deki hastaların 41(%42,7) tanesi ilk kontrol sistoskopiye nüks etmiştir(p<0,001). Grup 1'de nüks eden hastaların 1'i evre pTa, 1'i de evre pT1 iken, grup 2'de nüks eden hastaların 22'si evre pTa, 19'u evre pT1 olarak görülmüştür. Grup 1'de 3. ayda nüks oranı %2,1(n:1), grup2'de 3. ayda nüks oranı %22,9(n:22) olmuştur(p<0,001)(Tablo 2). Her iki grup arasında ilk sistoskopi kontrolünde nüks görülme oranı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer parametreler olan yaş, cinsiyet, muskularis propria varlığı, düşük grade ve yüksek grade'in ilk sistoskopiye nüksü predikte etmediği görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Patolojik evre T1 olan ve yüksek gradli hastalara 2-6 hafta içerisinde yapılan re-TUR ile gözden kaçan tümörlerde alınabilmekte ancak düşük gradli evre pTa olan hastalara ilk kontrol sistoskopi 3. ayda yapılmaktadır. Bu nedenle 3. ayda yapılan kontrol sistoskopiye görülen tümör nedeniyle hasta erken nüks kabul edilip yüksek risk sınıfına girmektedir. Bu nedenle multiple tümörü olan hastalarda ilk kontrol sistoskopiye görülen tümörler nüks değil gözden kaçan rezidü tümör olabilir.

Çıkarımlar: Mesane tümürlü hastalarda tümör multipitesi gözden kaçan rezidü tümörler nedeniyle erken nüks için bir risk faktörüdür. Bu nedenle multiple tümörü olan hastalarda birinci ayda yapılacak re-TUR erken nüks gibi görünen rezidü tümörlerin tam rezeksiyonunu sağlayıp daha doğru evreleme ve risk sınıflamasını sağlayacağını düşünmekteyiz.

Tablo 2. Nüks durumuna göre değerlendirme

| | Nüks (+) | Nüks (-) | p değeri |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Yaş | 67 | 65 | 0,22 |
| Kadın | 4 | 17 | 0,087 |
| Erkek | 39 | 82 | 0,042* |
| MP(+) | 38 | 84 | 0,042* |
| MP(-) | 5 | 15 | 0,099 |
| Low Grade | 27 | 74 | 0,044* |
| High Grade | 16 | 25 | 0,077 |
| Ta | 22 | 51 | 0,054 |
| T1 | 21 | 43 | 0,059 |
| Grup 2(Multiple ve Büyük Tümör) | 41 | 55 | <0,001* |
| Grup 1(Soliter ve Küçük Tümör) | 2 | 44 | <0,001* |

T1 MESANE TÜMÖRLERİNDE KAS İNVAZİV HASTALIĞA PROGRESYON SÜRESİNİN RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASINDA KANSER SPESİFİK SURVİ ÜZERİNE ETKİSİ

Özgür Çakmak¹, Hüseyin Tarhan¹, Rahmi Gökhan Ekin¹, Ülkü Küçük², Okan Nabi Yalbuздаğ¹, Yusuf Özlem İlbey¹, Ferruh Zorlu¹

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir

Amaç: T1 mesane tümörü olan hastalarda kas invaziv hastalığa progresyon süresinin radikal sistektomi sonrasında kanser spesifik survi üzerine etkisini araştırmak.

Yöntem: İlk transüretral rezeksiyon (TUR) sonrası T1 mesane tümörü tanısı alan 68 hasta retrospektif olarak incelendi. Karsinoma in situ (CIS) tanılı hastalar çalışma dışı bırakılırken tüm hastalara ilk TUR'dan 2-6 hafta sonra re-TUR uygulandı. Tüm hastalar 6 haftalık indüksiyonu takiben en az bir yıl idame BCG tedavisi aldı. Hastalar ilk 2 yıl 3 ayda bir, daha sonra 5 yıla kadar 6 ayda bir, sonrasında da yılda bir kez olacak şekilde sistoskopi ve sitolojik inceleme ile takip edildi. Patolojik olarak kas invaziv hastalığa progresse olan hastalara radikal sistektomi uygulandı ve tüm hastalarda patolojik evre pT2a-bN0M0 olarak tespit edildi. Radikal sistektomi sonrası takip Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzlarına göre yapıldı. Tüm hastalarda mortalite kanser ilişkili nedenler ile gerçekleşti. Progresyon süresi (PS) T1 tanısının konulduğu TUR'dan kas invaziv hastalık tanısının konulduğu TUR'a kadar geçen zaman olarak belirlenirken kanser spesifik survi (KSS) ise radikal sistektomiden ölüme kadar geçen süre olarak belirlendi. Surviv analizi Kaplan-Meier testi ile yapılırken progresyon süresi karşılaştırmasında Cox regresyon testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 66 (39-85), ortalama takip süresi 34,5 (11-163) ay olarak bulundu. Tüm hastaların %92,6 sı (63) erkek idi. Ortalama PS ve KSS sırasıyla 26,9 (3-129) ve 23,6 (5-130) ay olarak saptandı. Hastalar ortalama PS'ne göre iki gruba ayrıldı. 26,9 ay ve daha kısa progresyon zamanına sahip 38 (%55,9) hasta grup 1'i oluştururken; grup 2'de ise 26,9 aydan daha uzun progresyon süresi gösteren 30 (%44,1) hasta bulunuyordu. İki grup arasında yaş ($p=0.443$) ve cinsiyet açısından fark saptanmadı ($p=0.613$). Ortalama KSS grup 1 ve grup 2 de sırasıyla 11,4 ve 38,9 ay olarak tespit edildi ($p<0,05$). T1 mesane tümörü hastalarında T2 evresine geçiş için 26,9 ay ve daha kısa progresyon süresi radikal sistektomi sonrası kanser spesifik survi için bağımsız prediktör olarak tespit edildi (HR 3,51, %95 CI 2,04-6,04, $p<0,05$).

Çıkarımlar: T1 mesane tümörlerinde kas invaziv hastalığa daha hızlı progresyon radikal sistektomi sonrasında kanser spesifik survinin daha kısa olmasına neden olur.

NÖTROFİL-LENFOSİT ORANI KULLANARAK T1 KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE TÜMÖRLERİNDE PROGRESYON ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?

İlker Tinay¹, Ahmet Şahan¹, Asgar Garayev¹, Yılören Tanıdır², Ferruh Şimşek¹, Niyazi Levent Türkeri¹

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

²İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

Amaç: Nötrofil-lenfosit oranı (NLO), mesanenin ürotelyal karsinomu nedeniyle radikal sistektomi uygulanan hastalarda ileri evre hastalığı ve düşük sağkalımı ön görmektedir. Kasa invaze olmayan mesane tümörlerinde (KIOMT), NLO'nun öngörü değeri hakkında çalışma mevcut değildir. Bu çalışmada NLO'nun, T1 evreli KIOMT tanısı alan hastalarda hastalık progresyonunu öngörüp görmediğini araştırdık.

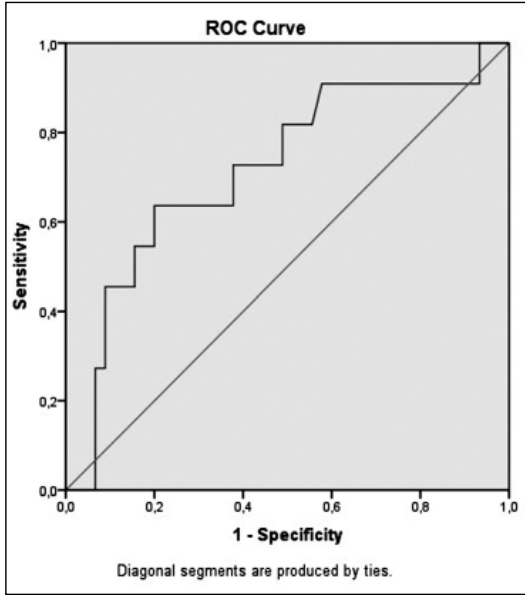
Yöntem: 2012-2014 yılları arasında transüretral rezeksiyon sonucu T1 KIOMT olan hastaların bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. ROC eğrisi kullanılarak progresyon belirlemede anlamlı olan NLO belirlendi. NLO ve progresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek için Kaplan-Meier analizi uygulandı. NLO ve tümör derecesi karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 52 erkek ve 4 kadın toplam 56 hasta dahil edildi ve ortalama yaş 67 olarak hesaplandı. ROC analizine göre % 81 duyarlılık ve % 49 özgüllük ile NLR eşik-değeri değeri 2,17 olarak saptandı (Şekil 1). Toplam 31 (% 55,4) hastada NLO > 2,17 saptanırken, 21 hastada (% 44,6) NLO < 2,17 olarak saptandı. Ortanca progresyonsuz takip süresi 28 ay (çeyrek değerler genişliği 23-41ay) olarak hesaplandı. 3 yıllık progresyonsuz sağkalım süresi NLO > 2,17 olan hasta grubunda % 42 ve NLR ≤ 2,17 hasta grubunda % 81 olarak hesaplandı (p = 0,04) (log rank 0,04 şekil 1). NLO > 2,17 saptanan grupta 9 hastada ve NLR ≤ 2,17 saptanan grupta 2 hastada kasa invaze hastalığa progresyon izlendi (p: 0,049 - tablo 1). NLO > 2,17 saptanan grupta yüksek dereceli tümör oranı daha fazla görüldü de (% 82 - % 68), gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı (p: 0,083 - tablo 1).

Çıkarımlar: T1 evreli KIOMT tanılı hastalarda NLO, hastalık progresyonu açısından bağımsız bir öngörü belirteçdir. KIOMT hastalarında NLO'nun prognostik belirteç olarak önemini araştırmak için prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1.

| | Progresyon | | p |
|------------|--------------|---------------|-------|
| | (+) | (-) | |
| NLR < 2,17 | 2 (%4) | 23 (%96) | 0,049 |
| NLR > 2,17 | 9 (%29) | 22 (%70) | |
| Toplam | 11 (%19) | 45 (%81) | |
| | Derece | | p |
| | T1 | T1 | |
| | düşük derece | yüksek derece | |
| NLR < 2,17 | 8 (% 32) | 17 (% 68) | 0,083 |
| NLR > 2,17 | 4 (% 13) | 27 (% 87) | |
| Toplam | 12 (% 21) | 44 (% 79) | |



Şekil 1.

T1 MESANE ÜROTELYAL KARSİNOMUNDA MUSKULARIS MUKOZA-VASKÜLER PLEKSUSUNA TÜMÖR İNVAZYONUNUN HASTALIK SONUÇLARINA OLAN ETKİSİ

Ahmet Şahan¹, Fatma Gerin², Asgar Garayev¹, Emine Baş Bozkurt², İlker Tinay¹, Niyazi Levent Türkeri¹

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

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: T1 evreli mesane ürotelyal karsinomu (MÜK) tanısı alan hastalarda, muskularis mukoza-vasküler pleksus (MM-VP) invazyonunun hastalık sonuçlarına etkisi değerlendirildi.

Yöntem: T1 MÜK tanısı bulunan toplam 74 hasta değerlendirildi. MM-VP invazyon derinliğine göre patolojik alt gruplama sistemi kullanıldı: invazyon MM-VP'ye ulaşmamışsa T1a, MM-VP invazyonu mevcutsa T1b ve tümör MM-VP'ü geçmişse T1c olarak sınıflandırıldı. Tümör alanında MM-VP görülmediği durumlarda, tümörsüz alanda MM-VP'un lamina propriaya olan uzaklık mesanefesine göre T1a veya T1c olarak gruplandı. Çalışmamızda; progresyonsuz sağkalım, hastalığa özgü sağkalım ve yeni sınıflamanın klinik uygulanabilirliğini değerlendirildi.

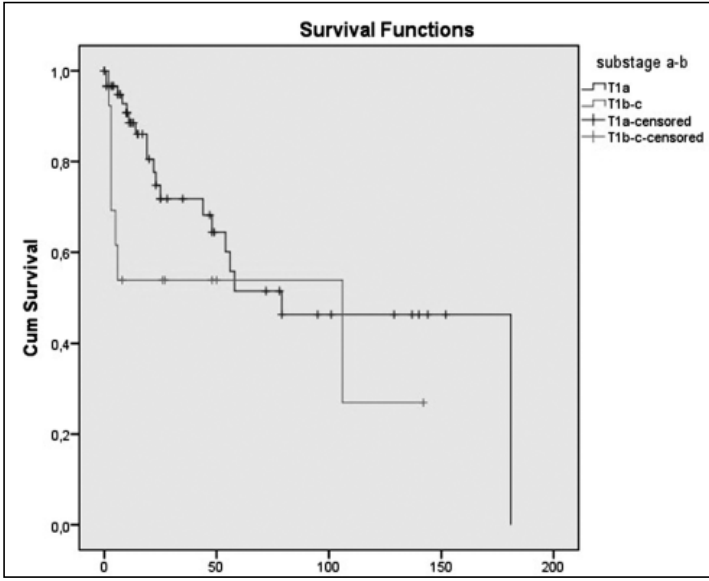
Bulgular: Ortanca takip süresi 28,7 ay (çeyrek değerler arası 7.7-58.9 ay) olarak hesaplandı. Takip sürecinde; 43 hastada (% 58,1) rekürrens, 26 hastada (% 35,1) invaziv hastalık, 4 hastada (% 5,4) üst üriner sistem invazyonu ve 11 hastada (% 14,9) pelvik lenf nodu metastazı gelişti. Takiplerde 9 hasta mesane kanserinden öldü.

Yeni sınıflamaya göre 40 hasta (% 54,1) T1a, 21 hasta (% 28,4) T1b ve 13 hasta (% 17,6) T1c olarak değerlendirildi (tablo 1). 5 yıllık hastalığa özgü sağkalım T1a, T1b ve T1c için sırasıyla % 83, % 90 ve % 82 hesaplandı. T1a/T1c evreleri için hesaplanan progresyonsuz sağkalım ve hastalığa özgü sağkalım oranları benzer olarak hesaplandı ve istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (log rank > 0.05 – şekil 1).

Çıkarımlar: T1 MÜK'nun MM-VP göre alt gruplandırılmasının, hasta grubumuzdaki hastalığa bağlı sonuçlar üzerinde sınırlı etkisi olduğu izlendi.

Tablo 1. Alt gruplara göre hasta özellikleri

| | Düşük Derece | Yüksek Derece | Toplam |
|--------|--------------|---------------|------------|
| T1a | 21 (52.5%) | 19 (47.5%) | 40 (54.1%) |
| T1b | 13 (61.9%) | 8 (38.1%) | 21 (28.4%) |
| T1c | 10 (76.9%) | 3 (23.1%) | 13 (17.6%) |
| Toplam | 44 (59.5%) | 30 (40.5%) | 74 |



Şekil 1.

KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERLERİNDE ADJUVANT MITOMYCIN-C İLE SYNERGO TERMOKEMOTERAPİSİ DENEYİMİMİZ

Ahmet Şahan, Mehmet Kazım Asutay, Yılören Tanıdır, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri

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

Amaç: Kasa invaze olmayan mesane kanseri (KİOMK) tanısı alan hastalarda, adjuvant olarak uygulanan intravezikal mitomycin-C (MMC) ile synergo termokemoterapisinin kısa dönem onkolojik sonuçlarını ve yan etkilerini değerlendirmektir.

Yöntem: Komplet transüretal rezeksiyon sonrası orta ve yüksek riskli KİOMK olan 12 hasta dahil edildi. Termokemoterapi sırasında kemoteröpotik ajan olarak 20 mg MMC 50 ml distile suda seyreltilmiş şekilde 20 dakika süre ile 2 doz olarak uygulandı. Uygulama sırasında mesane içerisindeki sıcaklığın 42 derecenin üzerinde olması sağlandı. Tümör rekürrens ve progresyonu ile tedavinin istenmeyen etkileri değerlendirildi.

Bulgular: Toplam 12 hastanın verisi değerlendirildi (tablo 1). Ortanca takip süresi 16 ay olarak hesaplandı. Ortanca Synergo termokemoterapisini uygulanma sayısı 6'dır. Tedavisi öncesi, Ta yüksek derece ve T1 düşük derece olan iki hastada (% 16,6) kasa invaze hastalığa ilerleme saptandı. Tedavi öncesi Ta yüksek derece olan 1 hastada, T1 yüksek derece olan 3 hastada ve T1 düşük derece olan 3 hastada, toplam 7 (% 58) hastada hastalık rekürrens saptandı. Tedaviye bağlı istenmeyen etki olarak; 4 hastada yanma hissi, 3 hastada sonda çevresinden verilen ilacın sızması gelişti. Tedavi sırasında 2 hastada zorlu üretral kateterizasyon ve makroskopik hematuri, yanma hissi gibi bulgu ve şikayetler nedeniyle tedavi tamamlanamadı.

Çıkarımlar: Synergo ile uygulanan intravezikal MMC termokemoterapisini hasta uyum sorunları olsa da, hastaların sadece % 16'sı yan etkilerinden dolayı tedaviyi tamamlayamamıştır. Uzun tedavi süresi ve işleme ait yan etkileri hasta memnuniyetini ve tedaviye devamı etkilemektedir.

| Tablo 1. Tedavi Uygulanan hastalara ait tanı ve takip bilgileri | | |
|---|---------------------------|-----------|
| Tümör çapı | <2 cm | 2(16,6%) |
| | >2 cm | 10(83,3%) |
| Tümör stage | Ta | 4(33,3%) |
| | T1 | 8(66,6%) |
| Tümör grade | Düşük Dereceli | 6(50%) |
| | Yüksek Dereceli | 6(50%) |
| Multifokalite | 1-4 tümör | 11(91,6%) |
| | >5 tümör | 1(8,3%) |
| Median takip süresi(ay) | | 16 |
| Median kür sayısı | | 6 |
| Rekürrens(hasta) | | 7(58,3%) |
| Progresyon(hasta) | | 2(16,6%) |
| Ortalama rekürrens süresi(ay) | | 17 |
| Ortalama progresyon süresi(ay) | | 12 |
| Ölüm | | 1(8,3%) |
| Yan etki | Yanma hissi | 4(33,3%) |
| | İdrar sızması | 3(25%) |
| | Baş ağrısı+ hipertansiyon | 1(8,3%) |

RADİKAL SİSTEKTOMİ UYGULANAN MESANE TÜMÖRÜ HASTALARINDA PREOPERATİF LÖKOSİTOZ İLE NÖTROFİL VE LENFOSİT SAYISININ PROGNOZA ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Cihat Özcan¹, Çağatay Göğüş², Derya Öztuna³, Evren Süer², Ömer Gülpınar⁴, Onur Telli², Erdem Öztürk², Sümer Baltacı⁴

¹Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

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

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, İstatistik Anabilim Dalı, Ankara

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışmada mesane tümörü tanısı ile radikal sistektomi yapılan hastalarda preoperatif lökositoz, nötrofil, lenfopeni ve nötrofil/lenfosit oranı (NLO) gibi hematolojik parametrelerin prognoza etkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 1990 ve Haziran 2013 yılları arasında mesane kanseri nedeniyle radikal sistektomi operasyonu yapılan 369 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Dahil edilme kriterlerine uyan 286 hasta çalışma kapsamına alınmıştır.

Hastalarda yaş, cinsiyet, patolojik evre, lenf nodu tutulumu, preoperatif hidronefroz varlığı, histolojik subtip (ürotelyal karsinom-ürotelyal karsinom dışı), cerrahi sınır pozitifliği, lenfovasküler invazyon bulunması kayıt edilmiştir. Lökositoz, nötrofil, lenfopeni ve nötrofil/lenfosit oranının hastalığa bağlı sağkalım üzerindeki etkisi tek değişkenli ve çok değişkenli analizler yapılarak değerlendirilmiştir. Bunun yanında, lökositoz ile diğer faktörler arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Bulgular: Yapılan tek değişkenli analizde preoperatif lökositoz, nötrofil ve NLO hastalığa bağlı sağkalımda olumsuz prediktörler olarak saptanmıştır. Lenfopeni ile prognoz açısından ilişki saptanmamıştır. Çok değişkenli analizde lökositoz, evre, lenf nodu tutulumu varlığı, histolojik tür, grade ve yaş hastalığa özgü sağkalımda bağımsız prediktörler olarak saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde lökositozu olan hastalarda, olmayanlara göre ileri evre hastalık, yüksek gradeli hastalık ve lenfovasküler invazyon oranı daha yüksek tespit edilmiştir.

Çıkarımlar: Preoperatif lökositoz değeri mesane kanseri tanısıyla radikal sistektomi yapılan hastalarda prognoza etki eden bağımsız prognostik faktör olarak saptanmıştır.

İNVAZİV MESANE KANSERLERİNDE KAN GRUPLARININ SAĞKALIMA ETKİSİ VAR MIDIR?

Burhan Özdemir, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Bahadır Haberal, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Kan gruplarının radikal sistektomi yapılan hastalarda sağkalıma etkisini araştırmak.

Yöntem: Eylül 1999-haziran 2014 tarihleri arasında Hacettepe üniversitesi Üroloji kliniğinde radikal sistektomi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak analiz edildi. Verilerine ulaşılabilen toplam 300 hasta çalışmaya dahil edildi. Kan grupları “0” ve “0 dışı” arasında; Rh ise negatif ve pozitif olmak üzere ayrı ayrı incelendi. Veriler SPSS programında analiz edildi.

Bulgular: Hastaların 273’ü (%91) erkek, 27’si (%9) kadındı. Yaş ortalaması 62 (24-83) idi. Ortalama takip süresi 37,3 (0-170) aydı. A kan grubu olan 135 (%45), B kan grubu olan 44 (%14,7), AB kan grubu olan 22 (%7.3) ve 0 kan grubu olan 99 (%33) hasta vardı. 269 (% 89,7) hasta Rh(+), 31 (%10,3) hasta Rh (-) gruptaydı. 0 kan grubunda 5 yıllık sağkalım %50,8, 0 dışı kan grubunda 5 yıllık sağkalım %42,7 olarak bulundu (p:0,247). Tüm kan grupları ayrı ayrı değerlendirildiğinde A,B,0 ve AB gruplarının 5 yıllık sağkalım oranları sırasıyla % 42.9, %49.4, %50.8, %29.4 olarak bulundu (0.414). Rh (+) hastaların 5 yıllık sağkalımı %45.5, Rh (-) hastaların 5 yıllık sağkalımı %45.1 olarak bulundu (p:0.558).

Çıkarımlar: Pankreas ve mide kanseri gibi bazı kanser türlerinde 0 kan grubunun, diğer gruplara göre daha iyi sağkalımı vaat ettiğine dair veriler bulunmasına rağmen, bu çalışmada kan gruplarının mesane kanserinde sağkalıma etkisi gösterilememiştir. Ancak bu konuda daha geniş hasta serileri ile yapılacak prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1.

| Kan grubu | N (%) | 5 yıllık genel sağkalım | p |
|-----------|-----------|-------------------------|-------|
| A | 135 (45) | % 42.9 | |
| B | 44 (14.7) | %49.4 | |
| 0 | 99 (33) | %50.8 | 0.414 |
| AB | 22(7.3) | %29.4 | |
| Rh + | 269(89.7) | %45.5 | |
| Rh - | 31(10.3) | %45.1 | 0.558 |
| 0 | 99(33) | %50.8 | |
| 0 dışı | 201(67) | %42.7 | 0.247 |

TÜRKİYE'DE LOKAL İLERİ EVRE MESANE KANSERİNDE NEOADJUVAN KEMOTERAPİ, GERÇEKTE FAYDALI MIDIR?

Burhan Özdemir, Oğuzhan Kahraman, Burak Çıtamak, Mesut Altan, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İnvaziv mesane kanserinde cisplatin bazlı neoadjuvan kemoterapinin etkinliğini değerlendirmek.

Yöntem: Eylül 1999-Haziran 2014 tarihleri arasında radikal sistektomi yapılan 300 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tanı sonrası evreleme amaçlı yapılan görüntüleme klinik lokal ileri evre hastalığı olan 115 hasta çalışmaya dahil edildi. Perivezikal kitle görünümü, hidronefroz, lenfadenopati bulgularından en az birisine sahip olan hastalar klinik lokal ileri evre olarak kabul edildi. Non-randomize olarak 60 hastaya neoadjuvan gemsitabin-cisplatin kemoterapisi verilirken, 55 hastaya doğrudan radikal sistektomi yapıldı.

Bulgular: Ortalama yaş, erkek-kadın oranı ve preoperatif anemi varlığı açısından gruplar arasında fark saptanmadı. Ortalama takip süresi 33.8 aydı. 2010 TNM evreleme sistemine göre kemoterapi grubunda %33, sistektomi grubunda %23.6 oranında hastalık evresinin gerilediği gözlemlendi ($p=0.251$). Cerrahi sınır pozitifliği sırasıyla %18.3 ve %16.3 olarak bulundu. Her iki grupta erken komplikasyon oranları da benzer bulundu. Kemoterapi grubunda 5 yıllık genel sağkalım %26.7, sistektomi grubunda %35 olarak bulundu ($p=0.456$). 5 yıllık kansere özgü sağkalım ise sırasıyla %38.1 ve %49.3 olarak bulundu ($p=0.224$).

Çıkarımlar: Bu çalışmada klinik lokal ileri evre hastalarda neoadjuvan kemoterapinin sağkalıma katkısı gösterilememiştir. Hasta sayısının az olması, takip süresinin kısa olması, ülkemizde hastaların daha ileri evrede başvurması ve çalışmanın retrospektif olması çalışmanın zayıf yönleridir. Radikal sistektomi daha erken evrede daha iyi sağkalım vaat edebilir.

Tablo 1.

| | | Neoadjuvan KT, n(%) | Radikal sistektomi, n(%) | Toplam, n(%) | P |
|-------------------------|---------|---------------------|--------------------------|--------------|-------|
| Yaş | <62 | 31(55.4) | 25(44.6) | 56(100) | 0.506 |
| | ≥62 | 29(49.2) | 30(50.8) | 59(100) | |
| cinsiyet | Erkek | 56(52.8) | 50(47.2) | 106(100) | 0.629 |
| | Kadın | 4(44.4) | 5(55.6) | 9(100) | |
| TNM evre gruplaması | ≤2 | 20(60.6) | 13(29.4) | 33(100) | 0.251 |
| | ≥3 | 40(48.8) | 42(51.2) | 82(100) | |
| pT evresi | ≤2 | 23(57.5) | 17(42.5) | 40(100) | 0.404 |
| | ≥3 | 37(49.3) | 38(50.7) | 75(100) | |
| | var | 42(56.8) | 32(43.2) | 74(100) | 0.186 |
| Anemi | yok | 18(43.9) | 23(56.1) | 41(100) | |
| | pozitif | 11(55) | 9(45) | 20(100) | 0.781 |
| Cerrahi sınır | negatif | 49(51.6) | 46(48.9) | 95(100) | |
| Erken komplikasyon | var | 12(44.4) | 15(55.6) | 27(100) | 0.358 |
| | yok | 49(51.6) | 46(48.4) | 98(100) | |
| 5-yıllık genel sağkalım | | 26.7% | 35% | | 0.456 |

PROSTAT KANSERİNDE AKTİF İZLEM SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

İlker Akarken, Rahmi Gökhan Ekin, Hüseyin Tarhan, Gökhan Koç,
Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim Hastanesi, 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-Mayıs 2014 arasında toplam 127 hastaya aktif izlem yapıldı. Hastaların ortalama yaşı ve PSA değeri sırasıyla, $64,57 \pm 6,4$ (49-76) yıl ve $6,27 \pm 3,0$ (0,5-19,2) ng/ml idi. Aktif izlem yapılan 10 hasta(%7,8) orta riskli PK idi. Hastaların klinik evresi 7 hasta(%5,5) T1a, 4 hasta(%3,1) T1b, 110 hasta(%86,6) T1c, 2 hasta(%1,6) T2a, 1 hasta(%0,8) T2b, 1 hasta(%0,8) T2c idi. Biyopside pozitif kadrans sayısı ortalama ve bir kadrandaki en fazla tutulum yüzdesi sırası ile $1,66 \pm 1,0$ (1-6) ve $15,25 \pm 15,5$ (1-60) idi. Hastaların 9'u PSA biri Gleason skoru 3+4 olması nedeni ile orta risk grubundaydı. Hastalar ortalama $30,08 \pm 22,7$ (1-105) ay takip edildi ve aktif izlem süresinde yapılan ortalama prostat biyopsisi sayısı $2,30 \pm 0,9$ (1-4) idi. Küratif tedavi yapılan 19 hastada(%15,0) en sık neden 9 hastada (%7,1) tedavi isteği olmasıydı. En sık yapılan küratif tedavi radikal prostatektomi idi ve 11 hasta(%8,7) opere edildi. Hastalar(n=5) en çok ilk 6 ayda kendi isteği ile küratif tedaviye yöneldi. Radikal prostatektomi yapılan 11 hastanın Gleason skorları, 7'sinde(%63,6) 3+3, 2'sinde(%18,2) 3+3, 1'inde(%9,1) 4+3 ve 1'inde(%9,1) 3+5 idi. Gleason skoru 3+5 dışındaki hastalarda PK organa sınırlı idi ve takiplerinde biyokimyasal rekürrens saptanmadı.

Çıkarımlar: 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.

IPSS'İN KANSER POZİTİF PROSTAT BİYOPSİ SONUCUNU ÖNGÖRMEDEKİ PSA DUYARLILIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Oktay Üçer¹, Talha Müezzinoğlu¹, İlker Çelen², Gökhan Temeltaş¹

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

²Acıpayam Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Denizli

Amaç: Yaş ve prostat volümü yanı sıra IPSS skorunu etkileyecek birçok faktör de (prostatit ve BPH gibi) PSA'yı etkileyebilir. Yaş ve prostat volümünün PSA üzerine etkisini azaltmak için PSA-AV (age-volume) formülü geliştirilmiştir. PSA-AV skoru prostat volümü(PV) ile yaşın çarpılıp, total PSA değerine bölünerek hesaplanmaktadır. PSA-AV'nin 700'ün altında olmasının pozitif prostat kanseri biyopsi öngörmede duyarlı olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda, PSA-AV 700 ile PSA 4ng/mL eşik değerlerinin kanser pozitif prostat biyopsi öngörmedeki duyarlılıkları üzerine IPSS'in etkisini araştırdık.

Yöntem: Kliniğimizdeki transrektal ultrason eşliğinde yapılan toplam 1408 prostat biyopsisi retrospektif olarak tarandı. Re-biyopsiler, nokturi, PV ve IPSS gibi istatistiksel analizde kullanacağımız verilerin eksik olduğu biyopsiler çalışma dışı bırakıldı. Bilgileri tam olan toplam 452 biyopsi hastası IPSS değerine göre üç gruba ayrıldı. IPSS değerleri; 1-7 arası olan Grup 1, 8-19 olan Grup 2 ve 20-35 olan ise Grup 3 olarak belirlendi. Bu üç grubun yaş, prostat volümü, PSA ve PSA-AV ortalama değerleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. PSA 4 ng/mL ve PSA-AV 700 skorlarının pozitif prostat biyopsisini öngörmedeki duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri de üç grup için ayrıca analiz edildi.

Bulgular: Üç grubun yaş, PV, PSA ve PSA-AV değerleri Tablo 1'dedir. Grup 1'de hem PSA 4 ng/mL'nin hem de PSA-AV 700'ün pozitif biyopsi öngörme duyarlılıkları %100 olarak bulundu. IPSS şiddetinin orta derece olduğu Grup 2'de her iki metodun duyarlılıklarının azaldığı görüldü. IPSS değerlerinin en yüksek olduğu Grup 3'de PSA 4 ng/mL ve PSA-AV 700 için duyarlılık değerleri sırası ile %95 ve %88,2 idi. Her üç grup için PSA 4 ng/mL ve PSA-AV 700'ün pozitif prostat biyopsi öngörmedeki duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif prediktif değerleri ile genel test geçerlilik değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Çıkarımlar: Çalışmamızda IPSS şiddetinin artması ile PSA 4 ng/mL'nin duyarlılık değerlerinin değişken olduğu görüldü. Ancak PSA-AV'nin duyarlılık değerleri IPSS değerleri artıkça azalıyor. IPSS'in en düşük olduğu Grup 1'de PSA-AV'nin duyarlılığı %100 iken, Grup 2'de %94,4'e ve IPSS'in en yüksek olduğu Grup 3'de ise %88,2'ye azalmaktadır. PSA 4 ng/mL için duyarlılık değerlerinin Grup 2'de azalıp Grup 3'de yeniden artması, yani değişken olması, IPSS dışında PSA üzerinde etkili olan yaş ve PV'nin etkisinden kaynaklanabilir. PSA-AV ile yaş ve PV'nin PSA'nın öngörücü etkisinin azaltıldığı düşünülürse, IPSS'in düşük olduğu hastalarda PSA üzerine diğer faktörlerin de etkisi olmadığı, dolayısıyla duyarlılığın yüksek olduğu düşünülebilir. IPSS'in yükselmesiyle PSA-AV'nin duyarlılığındaki düzenli azalma bu düşüncüyü desteklemektedir. Özellikle yaşlı genç, PV'si düşük ve şikayeti olmayan üroloji polikliniğine sadece prostat kanseri tarama amacıyla gelen hastalarda PSA-AV'nin de PSA'ya alternatif olarak biyopsi kararı vermede etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 1. IPSS'e göre ayrılan grupların yaş, prostat volümü, PSA ve PSA-AV ortalama değerleri

| | Grup 1(n=88) | Grup 2(n=244) | Grup 3(n=120) | P değeri |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|----------|
| | Ortalama ± SD | Ortalama ± SD | Ortalama ± SD | |
| Yaş | 61,46 ± 8,55 | 63,79 ± 7,46 | 65,66 ± 8,08 | 0,009 |
| Prostat volümü | 40,95 ± 20,63 | 48,22 ± 25,00 | 47,84 ± 19,49 | 0,225 |
| PSA(ng/mL) | 9,40 ± 7,51 | 13,96 ± 20,36 | 14,04 ± 23,29 | 0,262 |
| PSA-AV(age-volume) | 396,57 ± 253,48 | 461,90 ± 340,20 | 477,61 ± 403,86 | 0,141 |
| Grup 1: IPSS=1-7, Grup 2: IPSS=8-19, Grup 3: IPSS=20-35, PSA-AV: PSA-Age-Volume | | | | |

Tablo 2. IPSS'e göre ayrılan gruplarda PSA 4 ng/mL ve PSA-AV 700'ün pozitif biyopsi öngörmedeki duyarlılık, özgüllük, pozitif, negatif prediktif değerleri ve genel test geçerlilik değerleri

| | Grup 1(n=88) | | Grup 2(n=244) | | Grup 3(n=120) | |
|--|--------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | PSA 4 ng/mL | PSA-AV 700 | PSA 4 ng/mL | PSA-AV 700 | PSA 4 ng/mL | PSA-AV 700 |
| Duyarlılık(%) | 100 | 100 | 92,9 | 94,4 | 95 | 88,2 |
| Özgüllük(%) | 16,4 | 8,9 | 17,4 | 17,6 | 10,3 | 21,3 |
| PPD(%) | 21,5 | 19 | 20,4 | 19 | 17,9 | 16,9 |
| NPD(%) | 100 | 100 | 91,4 | 93,9 | 90,9 | 90,9 |
| GTG(%) | 32 | 25 | 31 | 31 | 25 | 32 |
| Grup 1: IPSS=1-7, Grup 2: IPSS=8-19, Grup 3: IPSS=20-35, PSA-AV: PSA-Age-Volume, PPD: Pozitif prediktif değer, NPD: Negatif prediktif değer, GTG: Genel test geçerliliği | | | | | | |

NOKTURİSİ OLAN VE OLMAYAN HASTALARDA PSA-AV'NİN PROSTAT KANSERİ SAPTAMADAKİ DUYARLILIĞININ PSA 4NG/ML İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Oktay Üçer¹, Talha Müezzinoğlu¹, İlker Çelen², Gökhan Temeltaş¹

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

²Acıpayam Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Denizli

Amaç: PSA-AV(age-volume) prostat volumü ile yaşın çarpılıp, total PSA değerine bölünerek hesaplanan yeni bir formüldür. Bu skorun 700'ün altında olmasının kanser pozitif prostat biyopsisini öngörmeye kullanılabileceği öne sürülmektedir. Çalışmamızda, nokturisi olan ve olmayan hastalarda PSA-AV'nin 700 eşik değeri ile PSA 4ng/mL'nin kanser yakalamadaki duyarlılıkları karşılaştırıldı.

Yöntem: Transrektal ultrason eşliğinde yapılan toplam 1408 prostat biyopsisi tarandı. Re-biyopsiler, nokturi ve prostat volumü gibi istatistiksel analizde kullanacağımız verilerin eksik olduğu olgular çalışma dışı bırakıldı. Sonuçta toplam 1302 biyopsi hastası nokturisi olan ve olmayan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Bu iki grubun yaş, prostat volumü, PSA ve PSA-AV ortalama değerleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. PSA 4 ng/mL ve PSA-AV 700 skorlarının pozitif prostat biyopsisini öngörmedeki duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif öngörücü değerleri de her iki grup için ayrıca analiz edildi.

Bulgular: Her iki grubun yaş, prostat volumü, PSA ve PSA-AV değerleri Tablo 1'dedir. Nokturisi olan grupta PSA 4 ng/mL ile PSA-AV 700'ün kanser pozitif biyopsiyi öngörme duyarlılıkları birbirine yakındı (sırası ile %94,1 ve %95,8) (Tablo 2). Bu grupta bulunan 236 kanser hastasının PSA 4 ng/mL kullanıldığında 222'si, PSA-AV 700 kullanıldığında ise 226'sı öngörülebilmiştir. Nokturisi olmayan grupta ise PSA-AV 700'ün PSA 4 ng/mL'ye göre duyarlılığının daha yüksek olduğu görüldü (sırası ile %99,2 ve %91,8)(Tablo 2). Bu grupta ise kanser saptanan 122 biyopsiden PSA 4ng/mL ile 112'si, PSA-AV 700 ile ise 121'i öngörülebildi.

Çıkarımlar: İrritatif semptomlara neden olabilecek prostata bağlı patolojik durumların PSA'yı yükseltici etkisi olabilir. Bu etkinin minimal olduğu nokturisi olmayan hasta grubunda, yaşın ve prostat volumünün etkisini azaltmak için üretilmiş PSA-AV formülünün PSA 4 ng/mL'ye göre pozitif biyopsi öngörmedeki duyarlılığı daha yüksek bulundu.

Tablo 1. Nokturisi olan ve olmayan hastaların yaş, prostat volumü, PSA ve PSA-AV ortalama değerleri

| | Nokturi | | P değeri |
|--------------------|-----------------|-----------------|----------|
| | Var (n=819) | Yok (n=483) | |
| | Ortalama ± SD | Ortalama ± SD | |
| Yaş | 65,66 ± 8,46 | 64,18 ± 8,53 | 0,003 |
| Prostat volumü | 48,67 ± 26,90 | 48,87 ± 26,21 | 0,877 |
| PSA(ng/mL) | 10,16 ± 29,68 | 9,8 ± 20,12 | 0,683 |
| PSA-AV(age-volume) | 388,91 ± 327,75 | 402,49 ± 372,41 | 0,537 |

Tablo 2. Nokturisi olan ve olmayan hastalarda PSA 4 ng/mL ve PSA-AV 700'ün pozitif biyopsi öngörmedeki duyarlılık, özgüllük, pozitif, negatif prediktif değerleri ve genel test geçerlilik değerleri

| | Nokturi (+) | | Nokturi (-) | |
|---------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | PSA 4 ng/mL | PSA-AV 700 | PSA 4 ng/mL | PSA-AV 700 |
| Duyarlılık(%) | 94,1 | 95,8 | 91,8 | 99,2 |
| Özgüllük(%) | 16,5 | 13,7 | 15,8 | 11,6 |
| PPD(%) | 31,3 | 31 | 26,9 | 27,5 |
| NPD(%) | 87,3 | 88,9 | 85,1 | 97,7 |
| GTG(%) | 38,8 | 37,3 | 34,9 | 33,7 |

PPD: Pozitif prediktif değer, NPD: Negatif prediktif değer, GTG: Genel test geçerliliği

PROSTAT HİSTOPATOLOJİSİNDE İNSÜLİN BENZERİ BÜYÜME FAKTÖRÜ-1 RESEPTÖR EKSPRESYONU

Soner Ulusoy¹, Uğur Yüçetaş¹, Erkan Erkan¹, Kemal Behzatoğlu²,
Nejdet Karşıyakalı¹, Ali Ferruh Akay¹, Gökhan Toktaş¹

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul*

²*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul*

Amaç: İleri yaş erkeklerde en sık rastlanan kanser türü olan prostat kanserinin gelişiminde bilinen risk faktörleri (Yaş, kalıtım, vb.) dışında moleküler farklılıklar da suçlanmaktadır. Bunların içinden IGF sinyal yolağındaki bozuklukların, prostat kanseri ile birlikte birçok malignitenin gelişim sürecinde rol aldığını gösteren çalışmalar vardır. Bundan yola çıkarak bu çalışmada normal, premalign ve malign prostat dokularında karşılaştırmalı olarak IGF-1R ekspresyonunu değerlendirerek IGF-1 yolağının prostat adenokarsinomu gelişimindeki önemini ortaya koymaya çalıştık.

Yöntem: Klinikimizde, 1 Ocak ile 31 Aralık 2013 tarihleri arasında serum PSA yüksekliği ve/veya PRM'de anormal bulgu saptanarak prostat kanseri şüphesi ile TRUS eşliğinde prostat biyopsisi yapılan hastalara ait spesmenler tarandı. İmmünohistokimyasal çalışma için uygun parafin bloğu olan benign, HGPIN ve HGPIN in eşlik ettiği prostatik adenokarsinomu olan toplamda 54 spesmen IGF-1 reseptör ekspresyonu açısından incelendi. Hasta grupları; immunohistokimyasal olarak boyanma yoğunluğuna (zayıf, orta ve yoğun) göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplamda patoloji sonucu benign olan 10, HGPIN olan 23 ve HGPIN'in eşlik ettiği 21 hastanın patoloji spesmenleri incelendi. Bu hasta grupları arasında yaş haricinde klinik ve biyopsi öncesi laboratuvar bulguları açısından istatistikî fark yoktu. Patoloji sonucu benign olan grubun tamamında IGF1-R ekspresyonu açısından zayıf boyanma saptandı. HGPIN veya prostatik adenokarsinomlu dokularda benign dokuya göre anlamlı olarak daha yoğun immünohistokimyasal boyanma saptandı ($p<0,0001$). HGPIN ile prostatik adenokarsinom arasında boyanma yoğunluğu açısından fark görülmedi ($p=0.098$).

Çıkarımlar: Çalışmamızda prostatik adenokarsinomda ve prekürsörü olan HGPIN'de IGF1-R ekspresyonu normal prostat dokusuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu, IGF1-R'nin prostat kanseri gelişim sürecinde rolü olabileceğini düşündürmektedir.

RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI BİYOKİMYASAL REKÜRRENSİZ SAĞ KALIMIN CAPRA-S SKORU İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Binhan Kağan Aktaş, Cüneyt Özden, Süleyman Bulut, Süleyman Tağcı, Güven Erbay, Cevdet Serkan Gökkaya, Mehmet Murat Baykam, Ali Memiş

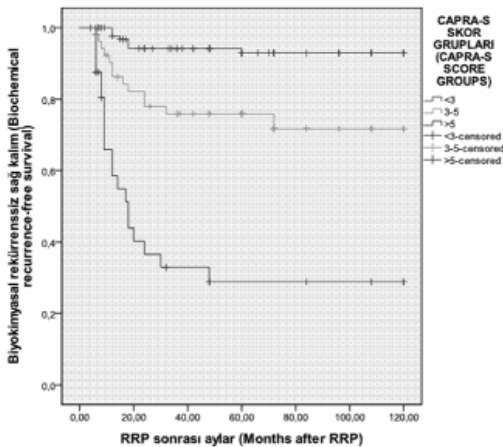
S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Tedavi öncesi klinik verilere dayanarak prostat kanseri rekürrensini öngörmek için tanımlanan CAPRA (cancer of the prostate risk assessment) skoruna, daha sonra patolojik veriler de eklenmiştir. Böylelikle geliştirilen CAPRA-S (CAPRA post-Surgical) skoru cerrahi sonrası rekürrensi değerlendirmek için kullanılmakta ve 6 kritere (prostat spesifik antijen (PSA), patolojik Gleason skor, cerrahi sınır pozitifliği, seminal vezikül tutulumu, ekstrakapsüler yayılım ve bölgesel lenf nodu tutulumu) dayanmaktadır. Bu çalışmada açık radikal retropubik prostatektomi (RRP) sonrası biyokimyasal rekürrenssiz sağ kalım (BRSK) CAPRA-S skora sistemi ile değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2000-Mayıs 2011 tarihleri arasında RRP uygulanmış 240 hastanın CAPRA-S skorları (0-12) hesaplandı. Hastalar CAPRA-S skorlarına göre düşük (<3; n=147), orta (3-5; n=59) ve yüksek (>5; n=34) risk gruplarına ayrıldı. Üç grubun BRSK oranları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $62,7 \pm 6,2$ yıl, PSA'sı $10,9 \pm 6,9$ ng/ml ve prostat volumü $46,7 \pm 23,5$ ml idi. Takipte hastaların 41'inde (%17,1) biyokimyasal rekürrens görüldü. Yüksek riskli grupta biyokimyasal rekürrens oranı %58,8 (n=20), orta riskli grupta %22,0 (n=13) ve düşük riskli grupta %5,4 (n=8) idi ve gruplar arasındaki fark anlamlıydı (P = 0,0001). Tüm hastaların 3, 5 ve 10 yıllık BRSK oranları sırasıyla %80,9, %79,5 ve %78,3 olarak tespit edildi. Ortalama BRSK süresi 98,3 ay idi (%95 CI: 92,3-104,2). Düşük riskli grubun BRSK oranı, diğer gruplarınkinden anlamlı olarak daha yüksekti (P < 0,001, log rank test, Kaplan Meier eğrisi) (Şekil).

Çıkarımlar: Bulgularımız CAPRA-S skorunun RRP sonrası BRSK değerlendirmesinde faydalı bilgiler sağladığını gösterdi.



Şekil 1.

METASTATİK KASTRASYONA DİRENÇLİ PROSTAT KANSERİ HASTALARINDA ABİRATERON ASETAT TEDAVİSİ SONUÇLARI: MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÜROONKOLOJİ KLİNİĞİ DENEYİMİ

Mehmet Kazım Asutay, Tarık Emre Şener, Tuncay Top, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Metastatik kastrasyona dirençli prostat kanseri (KDPK) hastalarında abirateron asetat tedavisinin erken dönem etkinliğinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Marmara Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı Üroonkoloji polikliniğinden takipli, 2012 ve 2014 yılları arasında metastatik KDPK tanısı ve abirateron asetat tedavisi başlanan 14 hastanın biyokimyasal ve klinik etki profilleri retrospektif olarak incelendi. Hastalara tedavi sırasında abirateron asetat ile birlikte günde iki kez prednizolon (5 mg) tedavisi de uygulandı ve medikal kastrasyona devam edildi.

Bulgular: Abirateron asetat tedavisi uygulanan 14 hastanın demografik özellikleri tablo 1’de verilmiştir. Biyopsi Gleason skorları ortalama 7.71 olarak hesaplanmıştır. Hastalardan 5’inde (%35,7) yapılan batın görüntülemesinde lenf nodu pozitifliği ve hastaların tamamında kemik metastazları saptanmıştır. Abirateron öncesi hastalara uygulanan tedaviler tablo 2’de verilmiştir. Hastalardan 12’si (%85.71) dozetaksel kemoterapisi sonrası biyokimyasal veya klinik progresyon nedeniyle Abirateron tedavisine geçmişler, diğer 2 hasta ise erken erişim programı ile dozetaksel kemoterapisi almadan Abirateron tedavisi almışlardır. Hastalara ait takip PSA değerleri tablo 3’te verilmiştir. Abirateron asetat tedavisi öncesi başlangıç PSA değerleri ortalama 128,4 ng/dl (min 1,48, max 426,9) iken tedavinin 9. ayında ortalama PSA değeri 49,2’ye (min 0.003 , max 134) gerilemiştir. Bu çalışmada abirateron asetat tedavisi alan hastalarda progresyonsuz sağ kalım süresi ortalama 7.5 ay olarak hesaplanmıştır. Abirateron tedavisinin 6. ayında hiçbir hastada abirateron asetat tedavisine bağlı istenmeyen etki izlenmemiş, hiç bir hastada tedavi uyumsuzluğu veya tedaviye bağlı hoşnutsuzluk saptanmamıştır.

Çıkarımlar: KDPK tanısı alan hastalarda abirateron asetat tedavisi erken dönemde sınırlı sayıda veyiye rağmen klinik ve biyokimyasal progresyonu anlamlı düzeyde azaltmaktadır. Bu konudaki tecrübemiz tedavinin oldukça iyi tolere edildiğini ve hastalarda en azından erken dönemde biyokimyasal yanıt elde etmenin mümkün olduğunu göstermiştir.

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

| | Minimum | Maksimum | Ortalama | Std. Sapma |
|---------------------------|---------|----------|----------|------------|
| YAŞ | 58 | 87 | 68,50 | 7,388 |
| BAŞLANGIÇ PSA DEĞERİ | 11 | 374 | 98,21 | 97,758 |
| PRİMER GLEASON SKORU | 3 | 5 | 3,86 | ,770 |
| SEKONDER GLEASON SKORU | 2 | 5 | 3,93 | ,997 |
| TOTAL GLEASON SKORU | 5 | 10 | 7,71 | 1,326 |
| KASTRASYON DİRENCİ SÜRESİ | 0 | 60 | 11,07 | 17,622 |

KLİNİK EVRE

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| T2b | 3 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| T2c | 3 | 21,4 | 21,4 | 42,9 |
| T3a | 3 | 21,4 | 21,4 | 64,3 |
| T3b | 1 | 7,1 | 7,1 | 71,4 |
| T4 | 4 | 28,6 | 28,6 | 100,0 |
| Total | 14 | 100,0 | 100,0 | |

Tablo 2. Hastaların Abirateron Tedavisi Öncesinde Almış Oldukları Tedaviler

| | Hasta Sayısı | Hasta Yüzdesi (%) |
|-------------------------------|--------------|-------------------|
| Kemoterapi | 12 | 85,7 |
| Androjen Deprivasyon Tedavisi | 13* | 92,8 |
| Ketakonazol | 4 | 28,6 |
| Palyatif Radyoterapi | 8 | 57,1 |
| Radikal Prostatektomi | 3 | 21,4 |

* 10 Hasta devamlı tedavi, 3 hasta ise aralıklı androjen deprivasyon tedavisi almıştır.

Tablo 3. Abirateron Asetat Tedavisi Alan Hastaların PSA takipleri

| | Minimum Değer | Maksimum Değer | Ortalama Değer |
|-------------------------|---------------|----------------|----------------|
| BAŞLANGIÇ PSA DEĞERİ | 11 | 374 | 98,21 |
| PSA ABİRATERONE ÖNCESİ | 1,480 | 426,900 | 128,43692 |
| PSA 1. AY | 2,510 | 100,000 | 49,79500 |
| PSA 3. AY | 2,140 | 234,000 | 45,93600 |
| PSA 6. AY | ,120 | 74,900 | 27,85667 |
| PSA 9. AY | ,003 | 134,000 | 49,20060 |
| PSA 1.YIL | 27,300 | 27,300 | 27,30000 |
| PROGRESYONSUZ SAĞ KALIM | 0 | 48 | 7,50 |

YÜKSEK RİSK PROSTAT KANSERİNDE RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Alp Tuna Beksaç, Emin Mammadov, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Yüksek risk lokalize prostat kanserinin tedavi seçenekleri tartışmalıdır. Amacımız, bu hasta grubundaki hastaların radikal prostatektomi sonuçlarının incelenmesidir.

Yöntem: 1994 ile 2013 yılları arasında 118 yüksek riskli (Gleason skoru ≥ 8 , PSA > 20 ng/ml ve/veya cT3) prostat kanseri hastasına merkezimizde radikal prostatektomi ve genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Veriler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 49 (41.5%) hastada biyokimyasal rekürrens (BR) görüldü. Ortalama ve ortanca takip süreleri sırasıyla 39,71 ve 16,9 aydı. Patolojik T2 (pT2), patolojik T3 (pT3) ve patolojik T4 (pT4) olan hastalar sırasıyla %42,4, %55,1 ve %2,5 olarak görüldü. Cerrahi sınır pozitifliği tüm hasta grubunda %44,1, pT2 hastalarda %14 olarak görüldü. Lenf nodu metastazı sırasıyla pT2 ve pT3 hastalarda %4,8 ve %95,2 olarak görüldü (p=0.006). 30 hastaya (25.4%) adjuvant tedavi verildi. 5 ve 10 yıllık aknser spesifik sağkalım oranları sırasıyla %97,4 ve %67,2 olarak görüldü.

Çıkarımlar: Birçok yüksek risk prostat kanser hastasının patolojisinde organa sınırlı hastalık görülür. Cerrahi sınır pozitifliği az görülmemesine karşın, rekürrens görülen hastalarda adjuvant tedavi sonuçları yüz güldürücüdür. Radikal prostatektomi bu hasta grubunda geçerli bir tedavi seçeneğidir.

NÖTROFİL/LENFOSİT ORANININ RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI PSA NÜKSÜ'NÜ ÖNGÖRMEDEKİ ÖNEMİ

Eymen Gazel¹, Sedat Taştumur¹, Onur Açıkgöz², Metin Yiğman¹,
Erkan Ölçücüoğlu¹, Ahmet Çamtosun¹, Cavit Ceylan¹

¹Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Zübeyde Hanım Etlik Kadın Doğum Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Literatürde prostat kanseri ve Nötrofil/Lenfosit oranı (NLR) ilişkisiyle ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. Çalışmamızda bugüne kadar rapor edilmeyen radikal prostatektomi sonrası PSA nüksünün öngörülebilmesinde NLR'nin öneminin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde lokalize prostat kanseri tanısı alıp açık retropubik radikal prostatektomi uygulanan 175 hastanın verilerine retrospektif olarak ulaşıldı. Hastaların ameliyat öncesi hemogram parametrelerinden nötrofil sayısı, lenfosit sayısı ve bu ikisinin birbirine oranı olan NLR hesaplandı. Takiplerinde radikal prostatektomi sonrası PSA'ları ölçülemeyecek düzeye inip sonrasında 0,2 ng/mL üzerinde ölçülen hastalar PSA nüksü olarak kabul edildi. Nüks saptanan hastalar grup A, nüks saptanmayan hastalar ise grup B olarak gruplandırıldı.

Bulgular: NLR değerinin nüksü ayırt etmedeki gücü incelendiğinde: İşlem Karakteristliği Eğrisi(İKE) altında kalan alan anlamlı bulunmuştur($p<0,001$). NLR için 2,494 değeri, Youden indekse göre nüksü ayırmada kullanılabilir bir kesim noktası olarak bulunmuştur. Buna göre %89,7 duyarlılık ve %92,6 özgüllük ile NLR oranı 2,494'ün üstünde olanlarda PSA nüksü daha fazla olarak bulundu

Çıkarımlar: Günümüz literatür verileriyle nüksün öngörülmesinde kullanılan bazı parametreler mevcuttur. Çalışmamızda NLR değerinin klinik kullanımının oldukça kolay ve ucuz olduğunu, ayrıca yüksek duyarlılık ve özgüllük yüzdesiyle NLR'nin gelecekte biyokimyasal nüksü öngörülebilir parametreler arasında yer alabileceğini düşünmekteyiz.

KRONİK TESTİS VE KASIK AĞRISI OLAN HASTALARDA, HEDEFE YÖNELİK ROBOT YARDIMLI MİKROCERRAHİ YÖNTEMLE SPERMATİK KORDUN DENERVASYONU

İbrahim Güven Kartal, Ahmet Güdeloğlu, Bayo Tojula, Jamin Brahmbhatt, Sijo Parekattil

South Lake Hospital, Personalized Urology & Robotics Clinic, Clermont, ABD

Amaç: Spermatic kordun mikrocerrahi yöntemle denervasyonu (SKMYD) kronik testis ağrısı olan hastalarda, konservatif tedavi yöntemlerine cevap vermeyen hastaların farklı bir tedavi opsiyonudur. Son çalışmalar; mikrocerrahi yöntemlerde, robot yardımının avantajlarını göstermektedir. Amacımız robot yardımcı mikrocerrahi yöntemle yapılan spermatic kord denervasyonunu tartışmak ve sonuçlarını belirtmektir.

Yöntem: Robot yardımcı spermatic kordun mikrocerrahi yöntemiyle denervasyonu (RSKMYD) yapılan 620 hastanın demografik bilgileri ve sonuçları retrospektif olarak taranmış ve analiz edilmiştir. Hastaların operasyon öncesi seçilme kriterleri, standart ağrı tedavi protokollerine cevap vermeyen ve işlem öncesi spermatic kordun lokal anestezikle yapılan blokajına tam cevap vermeleridir. Ağrının lokalizasyonuna göre subinguinal, inguinal ve abdominal yaklaşımlar uygulanmıştır. Robotik mikrocerrahi platform kullanılmıştır (DaVinci S[®]HD büyütme, Intuitive Surgical, Sunnyvale KA). Ağrının değerlendirilmesi, subjektif olarak görsel analog skalası ve objektif olarak preoperatif ve postoperatif olarak standartize edilmiş ağrı skoru ile değerlendirilmiştir (PIQ-6, QualityMetric Inc., Lincoln, RA).

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 20 dakikadır (15-80). Postoperatif olarak hastaların %63'ü (385 hasta) ağrısının tamamen geçtiğini, %22'si (135 hasta) ağrısının azaldığını, %16'sında (100 hasta) ağrısında değişiklik olmadığını belirtmişlerdir. PIQ-6 analizlerinde hastaların %71'inde ilk 6 ayda, %72'sinde 1 yılda anlamlı azalma olmuştur. 4 Robot kolu cerraha mikrocerrahi yöntemde kullanılmak üzere güvenli olarak ek enstürüman kullanımına olanak sağlamıştır.

Çıkarımlar: Robotik yardımcı mikrocerrahi yöntemle spermatic kordun denervasyonu efektif, minimal invaziv olarak uygulanabilir. Medikal tedaviye dirençli kronik testis ağrılarında robotik yardımcı mikrocerrahi yöntemle spermatic kordun denervasyonun etkinliği uzun dönemli takiplerle daha da gelişecektir.

NON-OBSTRÜKTİF AZOSPERMİSİ OLAN ERKEKLERDE MİKROSKOBİK TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU ÖNGÖRÜ MODELİ

Sedat Eğriboyun¹, Ozan Bozkurt², Aykut Kefi²

¹Başkale İlçe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Van

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Çalışmamızda çocuk sahibi olma arzusuyla polikliniklere başvuran ve non-obstrüktif azospermi tanısı alan hastaların tedavisinde altın standart yöntem olan mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu operasyonu öncesinde sperm eldesi için öngörü modeli hazırlamayı amaçladık.

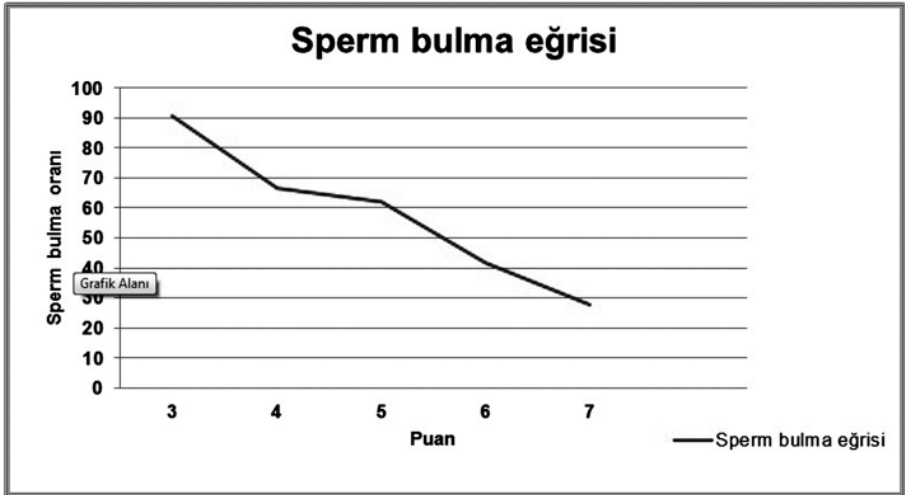
Yöntem: Ocak 2003 – Temmuz 2011 tarihleri arasında polikliniğimize çocuk sahibi olmak arzusuyla başvuran hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Bu hastalar arasından non-obstrüktif azospermi nedeniyle kliniğimizde mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu (mikro-TESE) yapılmış olan hastalar çalışmamıza dahil edildi. İnfertilite formlarımızdan hastaların anamnez bilgilerine, fizik muayene ile elde ettiğimiz testis boyutuna, laboratuvar verilerinden follikül stimulan hormon (FSH), spermiyogram verilerine ve operasyon bilgilerine ulaşıldı. Mikro-TESE operasyonunda sperm bulunabilmesini etkileyen faktörler olan hasta yaşı, infertilite süresi, inmemiş testis varlığı, toksik maddelere maruziyet, beden kitle indeksi, testis boyutu, kromozom analizi, varikozel varlığı, FSH değeri için ki-kare analizi yapıldı; anlamlı sonuçlar gelen değişkenler kullanılarak lojistik regresyon modeli ve ki-kare analizi ile puan tablosu oluşturuldu ve verilen puanlara göre sperm bulma öngörülleri belirlendi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil etmiş olduğumuz 237 hastanın yaş ortalamaları 33 ± 5 (21-49), FSH düzeyleri ortalama $21,0 \pm 16,2$ (0,13-86,80) IU/L, büyük olan testisin boyutu ortalama $34,8 \pm 11,9$ (10-70) mm olarak saptanmıştır. Toplam yapılmış olan 237 mikro-TESE operasyonu ile 138 (%58,2) hasta sperm saptanmıştır. 138 çifte toplamda 176 in vitro fertilizasyon (IVF) siklusu uygulanmış olup 63 (%45,6) kadında gebelik gerçekleşmiş ve 44(%69,8) adet canlı doğum gerçekleşmiştir. Yaptığımız ki-kare test analizleri sonucunda FSH, testis büyüklüğü ve kromozom analiz sonuçlarının sperm bulma oranlarında anlamlı değişiklik yaptığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Yaptığımız lojistik regresyon modeli ile testis boyutları 24 mm den küçük olan hasta gruplarına 4 puan, 25 – 34 mm arasında olan hasta grubuna 3 puan, 35 – 44 mm arasında olan hasta grubuna 2 puan, 45 mm den büyük olan hasta grubuna ise 1 puan verildi. FSH düzeyi 12 ng/ml den büyük olan hasta grubuna 3 puan, 7,6 ile 12 ng/ml arasında olan hasta grubuna 2 puan ve FSH değeri 7,6 ng/ml den küçük olan hasta grubuna ise 1 puan verilerek ki-kare analizi uygulandı. Yapılan ki-kare analizi sonucunda puanlama sistemimizden 7 puan alan hastalarda sperm saptanma oranı %27,8 iken; 4-6 puan arasında bu oran %44,8 – 66,7 ye; 3 puan ve altında alanlarda ise %75 – 90 olarak saptandı.

Çıkarımlar: Nonobstrüktif azospermili hastaların FSH değerleri ve testis boyutları ölçülerek geliştirdiğimiz öngörü modeli uygulanması kolay ve güvenilir bir yöntemdir. Bu öngörü modelinin günlük pratikte uygulanabileceğini ve mikro-TESE öncesi hasta bilgilendirilmesi ve eşlerin olası sonuçlara hazırlanması açısından yararlı olduğunu düşünmekteyiz.

Tablo 1.

| | | | SPERM | SPERM | TOTAL |
|--------|---|-------|--------|--------|-------|
| | | | VAR | YOK | SONUÇ |
| PUAN | 2 | SAYI | 31 | 10 | 41 |
| | | YÜZDE | 75,60% | 24,40% | 100% |
| | 3 | SAYI | 19 | 2 | 21 |
| | | YÜZDE | 90,50% | 9,50% | 100% |
| | 4 | SAYI | 20 | 10 | 30 |
| | | YÜZDE | 66,70% | 33,30% | 100% |
| | 5 | SAYI | 26 | 16 | 42 |
| | | YÜZDE | 61,90% | 38,10% | 100% |
| | 6 | SAYI | 23 | 32 | 55 |
| | | YÜZDE | 41,80% | 58,20% | 100% |
| | 7 | SAYI | 10 | 26 | 36 |
| | | YÜZDE | 27,80% | 72,20% | 100% |
| TOPLAM | | SAYI | 129 | 96 | 225 |
| | | YÜZDE | 57,30% | 42,70% | 100% |



Grafik 1: Puanlara göre sperm bulunma oranları

METABOLİK SENDROMLU KADINLARDA ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE CİNSEL FONKSİYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serkan Borazan¹, Gökhan Temeltaş¹, Oktay Üçer¹, Zeliha Hekimsoy², Emel Şenol²

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Kliniği, Manisa

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Endokrinoloji Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Çalışmamızın amacı premenapozal Metabolik sendromlu (MS) kadınlardaki cinsel fonksiyonları ve alt üriner sistem semptomlarını Female Sexual Function Index(FSFI), Urogenital Distress Inventory (UDI-6) ve Incontinence Impact Questionnaire (IIQ7) formları kullanılarak aynı yaş grubundaki sağlıklı kadınlar ile karşılaştırmaktır.

Yöntem: Eylül 2013 - Nisan 2014 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji polikliniğine başvuran 18 yaş üstü, menopoza girmemiş, metabolik sendromlu kadın hastalar çalışmaya dahil edildi (n=34). Metabolik sendrom tanısı konulan hastaların boy, kilo, VKİ (vücut kitle indeksi), AKŞ(açlık kan şekeri), TKŞ(tokluk kan şekeri), TA(tansiyon arteriyel), HbA1c(hemoglobin A1c) , lipid profili, ALT ve AST değerleri incelendi. Kontrol grubu hastane çalışanı kadınlardan oluştu (n=30). Tüm hastalara FSFI, UDI-6, IIQ-7 formları dolduruldu. Hasta ve kontrol grubu bu üç formun skorları açısından istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızın hasta grubunun ortalama yaşı 40,50±5,12, kontrol grubunun ise 38,17±2,12 şeklinde bulundu(p=0,09). MS'li kadınlarda FSFI toplam ve tüm alt grup skorları (ağrı dışında) kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı olarak düşüktü (Tablo 1). UDI-6 skorları da MS hasta grubunda anlamlı olarak daha düşük bulundu(Tablo 1). IIQ-7 skorları ise MS grubunda daha düşüktü ancak bu istatistiksel olarak anlamsızdı(p=0,11).

Çıkarımlar: FSFI skorlarının MS'li kadınlarda normal sağlıklı kadınlara oranla daha düşük bulunması bu hastalığa bağlı olarak cinsel fonksiyonun etkilendiğini göstermektedir. Hatta FSFI skorlamasının eşik değeri olan 23'ün altında olması MS'li kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun olduğunu göstermektedir. MS'li kadınlarda alt üriner sistem semptomları şiddetinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha kötü olmasına rağmen, bu semptomların hastalarda yaşam kalitesini etkilemediği görüldü

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubunun FSFI , UDI-6 ve IIQ7 skorlarının karşılaştırılması

| | Hasta (n=34) | Kontrol (n=30) | P |
|-----------------------|--------------|----------------|---------|
| | Ortalama±SD | Ortalama±SD | değeri |
| Yaş | 40,50±5,12 | 38,17±2,12 | 0,09 |
| FSFI-arzu/istek | 3,00±1,39 | 4,23±0,83 | 0,003* |
| FSFI-uyarıma | 2,31±1,07 | 4,18±0,96 | 0,000** |
| FSFI-Vajinal ıslaklık | 3,26±1,51 | 4,51±0,97 | 0,007* |
| FSFI-Orgazm | 2,40±1,42 | 4,25±1,00 | 0,000** |
| FSFI-Tatmin olma | 2,64±1,30 | 4,51±0,99 | 0,000** |
| FSFI-Ağrı | 3,75±1,74 | 4,49±0,94 | 0,12 |
| FSFI-toplam | 17,38±7,50 | 26,20±4,44 | 0,000** |
| UDI-6-toplam | 6,27±3,90 | 2,47±1,37 | 0,001* |
| IIQ7-toplam | 6,38±5,65 | 3,88±3,29 | 0,11 |

FSFI:Female Sexual Function Index, UDI-6: Urogenital Distress Inventory IIQ7:Incontinence Impact Questionnaire. * p<0,05, ** p<0,001

AÇIKLANAMAYAN İNFERTİLİTEDEKİ SPERM ÖRNEKLERİNDE METİLEN TETRAHİDROFOLAT REDÜKTAZ (MTHFR) GEN PROMOTORU HİPERMETİLYASYONU

Müjdegül Z. Karaca¹, Ece Konaç¹, Buket Yurteri¹, Gürkan Bozdağ², Cenk Y. Bilen³

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

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Sperm DNA'sında MTHFR gen promotoru hipermetilasyonunun oligoastenoteratozoospermi (OAT) ve rekürren abortus vakalarında daha sık görüldüğü bilinmektedir. Sperm DNA metilasyon bozuklukları ayrıca başarısız ivf sonuçlarıyla da ilişkilidir. Bu çalışmada OAT olmaksızın sperm DNA'sında MTHFR gen promotoru hipermetilasyonunun infertilite ile ilişkisi olup olmadığının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Yöntem: Çalışma, prospektif vaka kontrol çalışması olarak dizayn edilmiştir. Çalışma grubu, açıklanamayan infertilite tanısı konan 40 adet 20-40 yaş arası olgu ve kontrol grubu, benzer demografik özelliklerde 40 adet fertil birey olarak belirlenmiştir. Sperm DNA izolasyonu yapıldıktan sonra bisülfid spesifik PCR yöntemiyle metilasyon oranı tayin edilmiştir. Her iki grubun metilasyon oranları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunda MTHFR gen promotoru hipermetilasyonu olan 11 birey (%27.5) saptanırken, kontrol grubunda hipermetilasyon tespit edilmemiştir. Açıklanamayan infertilite ile MTHFR gen promotoru hipermetilasyonu arasında anlamlı bir korelasyon ($p>0.05$) tespit edilmiştir.

Çıkarımlar: Sperm epigenetik değişikliklerinin sayısı ve morfoloji anomalisi olmasa bile fertilité üzerinde etkisi bulunmaktadır. Erken embriyogenezde kritik rolü olan metilasyon, açıklanamayan bir çok IVF başarısızlığının altında yatan neden olabilir. Sperm metilasyon analizleri erkek subfertilitesinin etyolojisinin aydınlatılması ve infertilite tedavisinin geleceğinde potansiyel bir yol gösterici olabilir.

OLGULAR EŞLİĞİNDE PENİL MONDOR HASTALIĞI

Erkan Efe¹, Erhan Demirelli², Sefa Resim¹, Bülent Altunoluk¹, Eyüp Koluş¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Giresun

Amaç: Penil mondor hastalığı olan 3 hastamızın tedavisini güncel literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Yöntem: Mondor hastalığı, yüzeysel venlerin tromboflebiti olup ilk defa 1939 yılında Mondor tarafından göğüs duvarının yüzeysel venlerinde tanımlanmıştır. Penil Mondor hastalığı, penisin dorsal yüzeysel veninde Braun-Falco tarafından 1958 yılında ortaya konmuştur. Sert cinsel ilişki, seksüel vakum cihazı kullanımı, illegal substansların lokal enjeksiyonu, pelvik kanserler, mesane distansiyonu, lokal veya uzak enfeksiyonlar, penil travma, trombofili ya da inguinal herni onarımı gibi nedenlerle orataya çıkan kendini sınırlayan bir patolojidir. Hastalar kliniğe genellikle penis üzerinde sertlik veya ağrı şikayeti ile müracaat ederler. Biz de penil mondor hastalığı olan 3 hastamızın tedavisini güncel literatür bilgileri eşliğinde sunmayı amaçladık.

Bulgular: Birinci hastamız 37 yaşında erkek hasta, penis dorsal yüzünde glansa yakın bölgede 10 gündür ele gelen ağrısız sertlik ile müracaat etti. Hastanın tetkikleri normaldi. Yapılan ultrasonda; glans penis ile penis shaftı arasında en geniş yerinde 1.4 mm çapa ulaşan yüzeysel trombüs ile uyumlu hipoeoik tortüyoz tübüler yapılar izlendi. Hastaya 2 haftalık asatil salisilik asit (ASA), antikoagulan krem ve profilaktik antibiyotik tedavisi başlandı. 2 hafta sonra hasta kontrole geldiğinde şikayeti gerilemişti. 6. Haftada tamamen normale döndüğü izlendi. İkinci hastamız 41 yaşında erkek hasta, penis dorsal yüzünde penis shaftının distalinde iplik şeklinde 3 gündür ele gelen ağrılı sertlik ile müracaat etti. (Şekil 1) Lezyon bölgesine yapılan ultrasonda yüzeysel ven trombüsü izlendi. ASA, antikoagulan krem, antiinflatuar ve antibiyotik tedavisi başlandı ve takiplerde hastanın şikayetleri geriledi. Üçüncü hastamız 31 yaşında erkek hasta, 2 hafta önce penis dorsumunda ele gelen ağrısız sert lezyon şikayeti ile başvurdu. Hastanın biyokimyasal tetkikleri normaldi. Yapılan ultrason incelemesinde penis süperfisial venöz yapılarda trombüs izlendi. Hastaya ASA, pentoksifilin ve profilaktik antibiyotik tedavisi başlandı. Hastanın kontrollerinde lezyonun gerilediği görüldü.

Çıkarımlar: Sonuç olarak; penil Mondor hastalığı, nadir rastlanan bir hastalıktır ve dikkatli bir anamnez ve fizik muayene ile kolayca tanısı konulabilir. Kendi kendini sınırlayan benign bir hastalık olmasına rağmen erken tanı ve tedavi iyileşme sürecini oldukça kısaltır.



Şekil 1.

VARIKOSEL ETYOLOJİSİNDE TROMBOSİTİK AKTİVİTE BELİRTEÇLERİ ROL OYNUYOR OLABİLİR Mİ?

Ufuk Yavuz, Hasan Yılmaz, Seyfettin Çiftçi, Murat Üstüner, Bahri Serkan Aynur, Emrah Şimşek, Melih Çulha

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Ortalama trombosit hacmi (OTH), trombosit dağılım genişliği (TDG) ve trombosit sayısı (TS) ile birlikte trombosit aktivasyonu değerlendirilmesinde kullanılan bir belirteçtir. Koroner arter patolojilerinde ve periferik venöz dilatasyonunda trombosit aktivasyonunda artış olduğu öne sürülmüştür. Çalışmamızda varikoz hastalarında OTH, TDG ve TS değerlerinin normal değerlendirilen gruba oranla değişimini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde son 1 yıl içinde fizik muayene ile varikoz tanısı konulup opere olan 125 hasta ile sistemik bir hastalığı olmayan ve fizik muayenede varikoz saptanmayan 30 olgu çalışmaya dahil edildi. Çalışma grubunda operasyon öncesi tam kan sayımı parametreleri geriye dönük incelendi ve OTH, TDG ve TS değerleri kaydedildi. Aynı şekilde kontrol grubundan prospektif tam kan sayımı incelemesi sonucunda aynı parametreler kaydedildi. Bağımsız değişkenler T-test kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ üzerinden değerlendirildi.

Bulgular: Yaş ve trombosit aktivite belirteçlerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo' da özetlendi. Kontrol grubu anlamlı olarak yaşlı saptandı ($p < 0,05$). Ortalama OTH, varikoz grubunda anlamlı olarak yüksek saptandı ($p < 0,05$). Buna karşın TDG ve TS açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı ($p < 0,05$).

Çıkarımlar: Çalışmamızda OTH, varikozeli olan hastalarda yüksek saptandı. Varikoz etyolojisinde trombosit aktivitesi de rol oynuyor olabilir. Konu ile ilgili iyi planlanmış randomize, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo. Yaş ve trombosit aktivite belirteçlerinin gruplara göre karşılaştırılması

| | Varikozel grubu | Kontrol grubu | p değeri |
|-----------|------------------|--------------------|----------|
| Yaş | 28,1 (IQR 25-33) | 47,9 (IQR 40-50,7) | <0,001 |
| OTH (fL) | 8.34±1,24 | 7,51±0,75 | <0,001 |
| TDG (%) | 17,77±1,59 | 17,92±1,08 | 0,921 |
| TS (k/μL) | 261,32±80,33 | 256,73±59,2 | 0,653 |

IQR: Çeyrekler arası aralık

HUZURSUZ BACAK SENDROMU İLE EREKTİL DİSFONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Olca Yıldıırım¹, Coşkun Kaçağan¹, Muhammet Ali Kayıkcı¹, Yusuf Aslantaş², Kamil Çam³, Ali Tekin¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kardiyoloji, Düzce

³S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Huzursuz bacak sendromu (HBS), rahatsız edici, durdurulamayan ekstremiteleri hareket ettirme isteğiyle karakterize, uyku bozukluğuna neden olan sensorimotor bir hastalıktır. HBS patofizyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte dopaminerjik hipofonksiyonun önemli olduğu belirlenmiştir. Dopamin ereksiyonun santral kontrolünde önemli bir nörotransmitterdir. Hem huzursuz bacak sendromunun hem de erektil disfonksiyonun gelişmesinde dopaminerjik fonksiyon bozukluğunun bulunması bu iki hastalık arasında korelasyon olabileceğini düşündürmektedir. Biz bu çalışmada bu HBS ile erektil disfonksiyon arasındaki bu ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 2009 ile 2011 arasında Düzce Üniversitesi Aile Hekimliği ve Üroloji polikliniğine başvuran hastalar arasından, ardışık olarak, kriterlere uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar dahil edildi. Hasta grubunda 40 ve kontrol grubunda 40 hasta alındı. Hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, obstruktif uyku apne sendromu, diabetes mellitus, hipotiroidizm, hipertiroidizm, renal ve hepatik yetmezlik gibi sistemik hastalığı olanlar, gece çalışanlar, artirit tanısı olanlar, BMI > 30 kg/m² olanlar, günlük NSAİİ kullananlar, antipsikotik, antidepresan, narkotik kullananlar çalışma dışı bırakıldı. Erektil disfonksiyon değerlendirilmesi International Index of Erectile Function (IIEF) formu kullanılarak yapıldı. Huzursuz bacak değerlendirilmesi de International Restless Legs Syndrome Study Group Questionnaire kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 80 hastadan, HBS'ü olan grubun ortalama yaşı 45 ± 5 , kontrol grubunun ortalama yaşı 43 ± 6 idi. HBS grubunda erektil disfonksiyon kontrol gruba göre anlamlı olacak şekilde yüksek bulundu. ($p < 0,001$). RLS grubundaki 29 erektil disfonksiyonu olan hastanın 5'i hafif, 16'sı orta, 8'i şiddetli IIEF level grubunda idi. IIEF skoru incelendiğinde HBS'lu grupta düşük olduğu görüldü. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. ($p < 0,001$).

Çıkarımlar: Erektil disfonksiyon ile HBS birlikteliği çok fazla araştırılmamış olup, Goa ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma dışında literatürde HBS ile erektil disfonksiyon korelasyonunu araştıran çalışma bulunmamaktadır.

Bizim çalışmamıza 40'ü HBS'lu toplam 80 hasta dahil edildi. Çalışma sonucunda HBS'lu grupta erektil disfonksiyonun, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu bulundu ($p < 0,006$). Sigara ve ilerleyen yaş erektil disfonksiyona neden olan önemli risk faktörlerdendir. Sigara ve yaş dışlandığında da her iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü ($p < 0,001$).

PENİL KURVATÜR VE PEYRONIE HASTALIĞI TANISI İLE CERRAHİ TEDAVİ UYGULANAN HASTALARDA ANATOMİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aykut Başer¹, Ali Ersin Zümrütbaş¹, Hüseyin Gültekin², Tahir Turan¹, Yusuf Özlülerden³, Okan Alkış¹, Güngör Bingölo¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Halk Sağlığı, Denizli

³S.B. Aydın Atatürk 82. Yıl Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Aydın

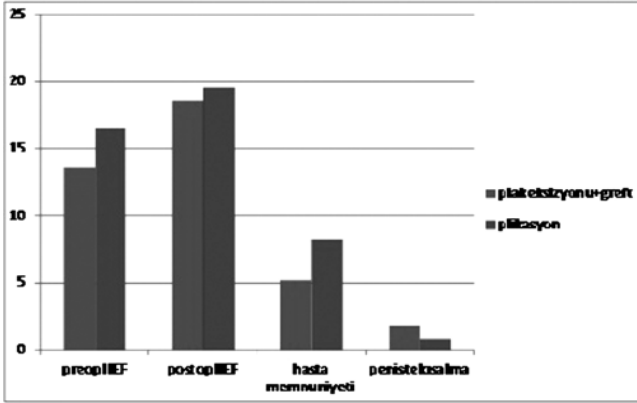
Amaç: Konjenital penil kurvatur ve Peyroni Hastalığı nedeni ile cerrahi tedavi uygulanan hastaların anatomik ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: 2009-2013 yılları arasında penil eğrilik şikayeti ile tarafımıza başvuran hastalar arasından, Peyroni hastalığı nedeni ile eksizyon/insizyon ve greftleme ve plikasyon uygulanan toplam 32 hastanın, hasta memnuniyeti, preoperatif-postoperatif penil uzunlukları, IIEF skorları ve ağrı durumları ile postoperatif şikayet tekrarı, penil his kaybı ve erektil disfonksiyon (ED) için ilaç kullanımını retrospektif olarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışma grubunda; plak insizyonu/eksizyonu +greftleme (Grup 1) uygulanan hasta sayısı 16, plikasyon uygulanan (Grup 2) hasta sayısı ise 16 olarak saptandı ve hastalar bu şekilde 2 gruba ayrılarak incelendi. Gruplar arasındaki penis boyunda kısalma, IIEF değişimi, hasta memnuniyetleri ortalamaları (şekil 1) ile preoperatif-postoperatif ağrı, postoperatif penil his kaybı, postoperatif ED'ye yönelik ilaç kullanımı ve postoperatif penil eğrilik tekrarı şikayetleri analiz edildi (Şekil 2). Grup 1 ve grup 2'deki hastaların yaş ortalaması sırasıyla 54.6 ve 34.5, preoperatif IIEF skorları 13.6 ve 16.6, postoperatif IIEF skoru ortalamaları 18.6 ve 19.6, penisteki kısalma ortalaması 1.8 ve 0.8, hasta memnuniyeti 10 üzerinden ortalama 5.2 ve 8.2 olarak saptandı. Elde edilen bulgulardan penis boyunda kısalma ($p=0,004$) ve hasta memnuniyeti ($p=0,007$) istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı. Grup 1'de postoperatif ağrı 1/16, postoperatif penil his kaybı 3/16, postoperatif şikayet tekrarı 6/16 olarak saptanırken Grup 2'de postoperatif ağrı 2/16, postoperatif penil his kaybı 1/16, postoperatif şikayet tekrarı 6/16 olarak saptandı. Her iki grupta da IIEF de artış saptanırken Grup 1'de bu artış daha fazla olmakla birlikte postop dönemde ED için ilaç kullanımının da daha fazla olduğu gözlemlendi.

Çıkarımlar: Peyroni hastalığı ve konjenital penil kurvatur ile ilgili tanımlanmış çeşitli cerrahi prosedürler ile yüksek oranda başarı sağlansa da hasta memnuniyeti ve operasyon başarısını etkileyen en önemli parametreler; penis boyu değişiklikleri, IIEF skorundaki değişim ve postoperatif tekrarlayan eğriliktir. Bizim çalışmamızda plikasyon uygulanan hastalarda penisteki ortalama kısalma miktarının daha az olmasının hasta memnuniyetinin daha fazla olmasını açıkladığı düşünülmüştür. Preoperatif dönemde hastalar bu konular ile ilgili daha iyi bilgilendirilmelidir.

ŞEKİL 1



ŞEKİL 2

| | Plak ekizyonu+greft (n=16) | Plikasyon (n=16) | P değeri |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------------|----------|
| Preoperatif ereksiyonda ağrı | 11/16 | 4/16 | 0,013 |
| Postoperatif ereksiyonda ağrı | 1/16 | 2/16 | 1,000 |
| Postoperatif peniste his kaybı | 3/16 | 1/16 | 0,600 |
| Postoperatif ED ilaç kullanımı | 7/16 | 4/16 | 0,264 |
| Eğrilik tekrarı | 6/16 | 6/16 | 1,000 |

PENİL MONDOR HASTALIĞI VE EREKTİL FONKSİYON ÜZERİNE ETKİSİ

Burak Özkan¹, Enis Rauf Coşkun¹, Ali Türk², Kadir Emre Akkuş³, Veli Yalçın⁴

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Üroloji, İstanbul

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Bakırköy Acıbadem Hastanesi Üroloji Bölümü, Üroloji, İstanbul

Amaç: Penil Mondor hastalığı tanısı koyduğumuz hastalarımızdaki tedavi sonuçlarımızı ve penil Mondor'un erektil fonksiyon üzerine olan etkilerini değerlendirmek.

Yöntem: Çalışmaya 2009-2013 yılları arasında polikliniğimize başvuran ve penil Mondor tanısı koyduğumuz 30 hasta alındı. Hastalar, fizik muayene, penil Doppler ultrasonografi ve IIEF-5 (International Index of Erectile Function) formu ile değerlendirildiler. Penil Mondor tanısı koyduğumuz hastalara farmakoterapi uygulandı. Hastaların 1. ve 2. ay kontrollerinde IIEF-5 formları tekrar doldurtuldu. 2. ay kontrollerinde penil Doppler ultrasonografi tekrar edildi. Kolmogorov Smirnov testi ile verilerin normal dağılıma uygun olduğu tespit edildikten sonra 3 ölçüm arasındaki fark Repeated Anova ve post hoc Bonferroni testi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 34.3 (25-48) olarak hesaplandı. 10 hastada uzun süren cinsel ilişki, 4 hastada yakın zamanda geçirilmiş barsak enfeksiyonu varlığı, 2 hastada uzun uçak yolculuğu, 1 hasta da orak hücreli anemi, 2 hastada cinsel ilişkiye bağlı travma saptandı. 9 hasta idiyopatik olarak kabul edildi. Ortalama IIEF-5 skorları hastalık öncesi, 1. ay ve 2. ay kontrolleri için sırasıyla 20.87, 20.07 ve 20.93 olarak hesaplandı. 1. ve 3. IIEF-5 skorları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmazken, 1. ve 2. ay IIEF-5 skorları ile ($p=0.004$), 2. ve 3. ay IIEF-5 skorları arasında ($p=0.0001$) anlamlı farklılık saptandı.

Çıkarımlar: Penil Mondor, nadir görülen, medikal tedavi ve konservatif yaklaşımla üstesinden başarı ile gelinebilen bir durumdur. Serimizde, penil Mondor'un penisde herhangi bir kalıcı deformiteye ya da erektil fonksiyonda kalıcı bozulmaya yol açmadığı saptanmıştır.

SPERMATİK KORDA BOTOX ENJEKSİYONUN KRONİK TESTİS AĞRISI OLAN HASTALARDAKİ ETKİLERİ

İbrahim Güven Kartal, Ahmet Güdeloğlu, Bayo Tojula, Sijo Parekattil

South Lake Hospital, Personalized Urology & Robotics Clinic, Clermont, ABD

Amaç: Günümüzde, botilinyum nörotoksin tip A (BoNT) enjeksiyonu, bir çok hastalığın tedavisi için kullanılmaktadır. Üroloji kliniğinde de; 2011 yılında Amerika Gıda ve İlaç Dairesi tarafından da kullanımı onaylanan intradetrüsör BoNT enjeksiyonu, aşırı aktif mesane hastalarında uzun süredir kullanılmaktadır. Amacımız P maddesi gibi (substance p) nöropeptitlerin salınımı etkileyerek nörolojik inflamasyonu inhibe eden BoNT enjeksiyonunun; kronik testis ağrısı için konservatif ve cerrahi tedaviden cevap alamayan hastaların, spermatik korddaki trifekta sinir kompleksine uygulanmasının sonuçlarını tartışmaktır.

Yöntem: Temmuz 2013 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında spermatik korda BoNT enjeksiyonu yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tüm hastalar öncesinde, konservatif ve cerrahi tedaviden cevap almamışlardır. Enjeksiyon eksternal inguinal ringde spermatik korda uygulanmıştır. Herbir taraf için 100 ünite botilinyum nörotoksin A kullanılmıştır. Hastaların postoperatif ağrıları görsel analog ağrı skalası ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: 4 hastada bilateral, 10 hastada sağ, 11 hastaya sol tarafa olmak üzere 25 hastada toplam 29 prosedür genel anestezi altında uygulanmıştır. Hastaların ortalama yaşı 43.6'dır. Hastaların ağrı şikayetleri ortalama 10 yıldır süregelmektedir. Ortalama operasyon süresi 15 dakikadır. Ortalama takip süresi 8 aydır. Postoperatif olarak hastaların %14'ünde tam cevap, %56'sında parsiyel cevap, %30'unda da cevap alınamamıştır. İşlem uygulanan hastaların hiçbirinde komplikasyon gözlemlenmemiştir.

Çıkarımlar: Spermatik korda BoNT enjeksiyonu konservatif ve cerrahi tedaviye cevap alamayan hastalar için alternatif tedavi yöntemi olabilir. Bildiğimiz gibi etkisi geçici olan BoNT enjeksiyonunun etkilerini görebilmek için uzun dönemli ve prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır

PREMATÜR EJAKÜLASYONDA HORMONAL FAKTÖRLERİN ETKİSİ

Çağatay Doğan¹, Çetin Demirdağ¹, Fethi Ahmet Türegün¹,
Sarper Mehmet Erdoğan², Ahmet Erözenci¹, Kadir Emre Akkuş¹

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

²Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, İstanbul

Amaç: Tiroid hormonları ve Prematüre Ejakülasyon (PE) arasında ilişki olduğuna dair araştırmalar bulunmaktadır. PE şikayeti ile başvuran hastalarda başta tiroid hormonları olmak üzere erkek cinselliğini etkileyebilecek diğer hormonların araştırılması planlandı.

Yöntem: 2011-2013 tarihleri arasında PE şikayeti ile kliniğimize başvuran 53 hasta ve diğer nedenlerle başvuran 69 kontrol hastası çalışmaya dahil edildi. PE grubundaki hastalar şikayetlerinin ortaya çıkma zamanına göre 39 primer ve 14 sekonder PE olmak üzere iki gruba ayrıldı. Erektile disfonksiyonu (ED) bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalarda anlamlı ya da hayatı tehdit edecek ek hastalık yoktu. Hasta ve kontrol grubunda sonuçları etkileyecek eşlik eden başka hastalıklar yoktu. Hasta ve kontrol grubundaki tüm erkek ve eşleri PE profili sorgulama formunun Türkçe'ye valide edilmiş şeklini doldurdu. Prolaktin (PRL), total testosteron, serbest testosteron, FSH, LH, serbest T3 (sT3), serbest T4 (sT4) ve tiroid stimulan hormon (TSH) değerleri herhangi bir tedavi verilmeden analiz edildi. İstatistiksel incelemede T, Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışma grubumuzdaki olguların ortalama yaşları, kontrol grubunda $35 \pm 4,9$, PE'de $34 \pm 7,2$, primer PE'de $33,5 \pm 6,6$, sekonder PE'de ise $36,8 \pm 7,8$ olarak hesaplandı ve gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$). Hormonların ortalama serum değerleri karşılaştırıldığında PE'de total testosteron seviyesi kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı yüksek ($p < 0,05$), FSH ve LH değerleri ise düşük bulundu ($p < 0,05$). Ortalama total ve serbest testosteron seviyeleri primer PE'de sekonder PE grubuna göre istatistiki olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$). TSH, sT3, sT4, PRL'nin ortalama değerlerini karşılaştırdığımızda gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Ejakülasyonun kontrolü, cinsel ilişkiden alınan tatmin, ejakülasyona kadar geçen süre ile ilgili hastanın ve eşiyile arasındaki rahatsızlık hissi ile ilgili PE profili formundaki sorulardan alınan cevaplarda PE gruplarında her soruda ve tüm soruların ortalama skorunda (indeks skor) kontrol grubuna göre istatistiki olarak anlamlı düşük bulundu ($p < 0,05$).

Çıkarımlar: Tiroid hormonları ile PE arasında daha önceki bazı yayınların aksine anlamlı herhangi bir ilinti saptanmamıştır. Hasta grubunda ortalama serum total testosteron değeri kontrol grubuna göre yüksek FSH ve LH değerleri düşük bulunmuştur. Tiroid hormonlarının PE'de etkili olduğundan söz edebilmek için, randomize, çift-kör, plasebo kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

İDİOPATİK OLİGOSPERMİK HASTALARDA NF-KB VE NF-KB1 İNHİBİTÖRÜNÜN POLİMORFİZMLERİNİN SPERM APOPTOZU ÜZERİNE ETKİSİ

Burak Tek, Hamdi Özkara

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Apoptoz yolağında önemli rol üstlendiği bilinen Nükleer Faktör Kappa (NF-kB) ve Nükleer Faktör Kappa B1 inhibitörünün (NF-kB1) germ hücresi apoptozu ile ilişkisi gösterilmiştir. Bizim çalışmamızdaki amaç; Nükleer Faktör Kappa (NF-kB) ve Nükleer Faktör Kappa B1 inhibitörünün (NF-kB1), yaygın olarak görülen ve ekspresyon değişikliğine yol açtığı bildirilen NF-kB1 -94ins/delATTG (rs 28362491) ve NF-kB1A 3' UTR A→G (rs696) gen polimorfizmlerinin, bozulmuş spermiogenez üzerine etkisi araştırmaktır.

Yöntem: Kliniğimize başvuran 114 oligospermik ve 130 normospermik hastadan kan ve sperm örnekleri alınmıştır. Polimorfizm analizi için, kan örneklerinden alınan DNA ya PCR-RFLP yöntemi ve sperm apoptozisi için, sperm örneklerine TUNEL yöntemi uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya kliniğimizin androloji bölümüne başvuran 244 hasta dahil edildi. Bunlardan 114 oligospermik ve 130 normospermik hastanın kan ve semen örneklerinden yapılan polimorfizm araştırmasında, heterozigot NF-kB1 -94ins/delATTG polimorfizminin oligospermi olasılığını 2.36 kat azalttığı görüldü (%95 güven aralığı, 1.34- 4.13, p=0.002). Bununla birlikte; NF-kB1A 3' UTR A→G polimorfizminin ve diğer olası rs28362491/rs692 genotip kombinasyonlarının, normospermik ve oligospermik hastalarda dağılımının farklılık göstermediği ve bu iki polimorfizmin de sperm apoptoz indeksinin, kontrol hasta popülasyonuna kıyasla yüksek olmasına rağmen; apoptoz ile ilişkisi olmadığı görüldü (p>0.05).

Çıkarımlar: Bu sonuçlar ışığında, NF-kB ve NF-kB1 -94ins/delATTG polimorfizminde moleküler heterozigot genotipin, oligospermiye karşı koruyucu bir faktör olabileceği düşünülebilir. Sonuçlarımız gözlemlenen ilişkinin sperm apoptozisi ile bir bağlantısı olmadığını ortaya koymaktadır. Daha fazla sayıda hasta içeren ileri araştırmalar, sözü edilen polimorfizmin, idiyopatik oligospermi üzerindeki etkisi açısından daha açıklayıcı bilgiler verecektir.

ÇOCUKLUK ÇAĞI ENÜREZİSİ İLE KISA İNTRAVAJİNAL EJAKÜLASYON LATANS SÜRESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Ahmet Gökçe, Yavuz Tarık Atik, Hüseyin Aydemir, Şükrü Kumsar, Fikret Halis, Osman Köse, Adil Emrah Sonbahar, Hacı İbrahim Çimen, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan

S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

Amaç: Yaşam boyu prematür ejakülasyonu (PE) olanlar arasında monosemptomatik enürezis (ME) prevalansında kaydedeğer bir artış mevcuttur. Biz bu çalışmada ME öyküsü olan ve olmayan sağlıklı erkeklerde intravajinal ejakülasyon latans süresini (IVELT) karşılaştırdık ve ME şiddeti/süresi ile IVELT arasındaki ilişkiyi belirlemeye çalıştık

Yöntem: ME öyküsü olan 49 ve aynı yaş grubunda ME öyküsü olmayan 49 sağlıklı erkek değerlendirildi. Tüm katılımcılara ME sorgulaması ve prematür ejakülasyon tanı aracı (PEDT) kullanılarak PE sorgulaması yapıldı. Ayrıca kadın partnere kronometre verilerek IVELT ölçümü yapıldı.

Bulgular: ME öyküsü olanlar ve kontrol grubunun yaş ortalamaları sırasıyla $33,6 \pm 4,7$ (aralık 25-43) ve $33,8 \pm 5,4$ (aralık 25-48) idi ($p=0,97$). ME öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalama/ortanca IVELT sırasıyla 196,9/126,2 ve 426,6/343,2 saniye olarak tespit edildi ($p<0,001$). ME öyküsü olanlarda ve olmayanlarda ortalama/ortanca PEDT skoru sırasıyla 7,1/6 ve 2,3/2 olarak tespit edildi ($p<0,001$). Korelasyon matris analizinde, IVELT ve PEDT skorları ile ME öyküsü, süresi ve şiddeti arasında ilişki olduğu görüldü ($p<0,001$)

Çıkarımlar: Bu çalışma IVELT'in ME öyküsü olan erkeklerde kontrol grubuna göre anlamlı şekilde daha kısa olduğunu ve ME öyküsü ile IVELT arasında güçlü ve negatif bir korelasyon olduğunu göstermiştir.

PENİL FRAKTÜRDE CERRAHİ TEDAVİ VE POSTOPERATİF ERKEN DÖNEM SONUÇLARI: MARMARA ÜNİVERSİTESİ ÜROLOJİ KLİNİĞİ DENEYİMİ

Mehmet Kazım Asutay, Ahmet Şahan, Elnur Allahverdiyev, Haydar Kamil Çam, Yılören Tanıdır, İlker Tinay, Cem Akbal, Ferruh Şimşek

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

Amaç: Penil fraktür korpus kavernozumun ereksiyon esnasında ruptürüdür ve en önemli ürolojik cerrahilerden biridir. Bu çalışmada kliniğimizde penil fraktür nedeniyle cerrahi geçiren hastaların tedavisi sonrası değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kliniğimizde 2008 ve 2013 yılları arasında penil fraktür nedeniyle cerrahi geçiren toplam 19 ardışık hastanın verileri değerlendirilmiştir. Hastaların tamamı erken cerrahi yaklaşımla korpus kavernozumun primer onarımını geçirmiştir. Postoperatif 1. ayda rutin olarak değerlendirilen hastaların fizik muayenesi yapılmıştır. Hastalara son erektil durumları açısından telefon arayıcılığıyla ulaşılmış ve Uluslararası Eretil Disfonksiyon İndeksi (IIEF-5) doldurulmuştur. Elde edilen veriler istatistiksel açıdan değerlendirilmiştir.

Bulgular: Ortalama hasta yaşı 36 (minimum 15, maksimum 63) yıl olarak bulundu. Penil fraktür nedeniyle değerlendirilen hastaların başvuru yakınmaları peniste şişlik, hematoma ve işitilebilir bir kırılma sesi olarak bulunmuştur. Cerrahi onarım sırasında izlenen yırtık boyutu ortalama 2 cm olarak saptandı. Seride değerlendirilen hastaların % 10,5'inde (n=2) üretra travmasının eşlik ettiği gözlemlendi için bu hastaların üretrası primer olarak onarıldı. Üretra travması bulunan bu iki hastanın 2 yıllık takip sürecinde ürolojik bir yakınması olmadı. Dört hasta (%21,0) dışında erektil disfonksiyon tespit edilmedi. Bu hastaların preoperatif IIEF-5 skoru 23,8 iken postoperatif dönemde bu skorun ortalama IIEF-5 skoru 19,3 olarak saptandı. Serideki hastaların hiçbirinde penil kurvatur izlenmedi. Cerrahi müdahale sonrasında 4 hasta dışında hastaların IIEF- skorlarında kötüleşme saptanmadı. Postoperatif dönemde dört hastada gözlenen erektil kapasitedeki düşüş dışında bir komplikasyon izlenmedi.

Çıkarımlar: Bu çalışma güncel yaklaşımda olduğu gibi penil fraktür sonrası erken cerrahi müdahaleyi desteklemektedir; ancak hasta sayısının kısıtlı olması nedeniyle mevcut seriden daha ileri bir sonuç çıkarmak doğru değildir, daha geniş sayılı serilere ihtiyaç duyulmaktadır.

OBSTRUKTİF SLEEP APNE SENDROMUNUN SPERM PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

M. Ahmet Tunçkiran, Tümay İpekçi

Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Üroloji, Antalya

Amaç: Obstruktif Sleep Apne Sendromu (OSAS) üst solunum yollarında obstruksiyon ve buna bağlı solunumda kesilmeleri olmasıyla karakterize bir sendromdur. Son yıllarda OSAS'nun infertilite için bir risk faktörü oluşturabileceği gündeme gelmiştir. Bu çalışmada, OSAS'nun sperm parametreleri üzerine olan etkisi olup olmayacağı araştırılmıştır.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Alanya Uygulama ve Araştırma Hastanesi Uyku Bozuklukları Merkezi'ne başvuran ve yaşları 20-42 arasında değişen hastalar dahil edildi. Çalışmaya dahil olmak isteyen hastalardan 3 günlük cinsel perhiz süresi sonunda spermiogram ve Kruger morfolojisi tetkikleri istenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 33 hastanın ortalama yaşı $34,2 \pm 3,4$ idi. Apne-hipopne indekslerine (AHİ) göre 14 tanesi (%43,8) hafif derecede, 6 tanesi (%18,8) orta derecede, 12 tanesi (%37,5) şiddetli OSAS olarak değerlendirildi. Spermiogramları incelenen hastaların sayısı, motilite (ileri hızlı ve yavaş toplamı) ve Kruger morfolojileri değerlendirildi. Hafif OSAS grubunda sayı ortalaması $42,2 \pm 14,4$ milyon/ml, motilite $58,6 \pm 12,2$, normal morfoloji oranı $8,4 \pm 3,4$ olarak tespit edildi. Orta dereceli OSAS grubunda sayı ortalaması $28 \pm 12,8$ milyon/ml, motilite $57,5 \pm 10,8$, normal morfoloji oranı $8,2 \pm 2,4$ olarak tespit edildi. Şiddetli OSAS grubunda sayı ortalaması $25,4 \pm 10,8$ milyon/ml, motilite $42,2 \pm 10,6$, normal morfoloji oranı $8,0 \pm 3,2$ olarak tespit edildi. Bulgular incelendiğinde AHİ arttıkça sperm parametrelerinde kötüleşme görülmektedir. Ancak bu parametreler arasında sadece şiddetli OSAS grubundaki motilite ile hafif OSAS grubundaki hastaların motilitesi arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.

Çıkarımlar: OSAS'nun sperm parametreleri üzerine etkisi olabilir. Tedaviyle oluşabilecek değişiklikler de bunu desteklerse infertilite değerlendirmesinde sorgulanması gereken bir durum olabilir.

ICIQ-MLUTS FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI

Oğuz Mertoğlu¹, Oktay Üçer², Yasin Ceylan⁵, Ömer Demir⁴, Bülent Günlüsoy⁵, Ozan Bozkurt⁴, Ali Can Albaz⁶

¹S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

²Celal Bayar Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

³S.B. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

⁵S.B. Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

⁶Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Manisa

Amaç: Erkek alt üriner sistem semptomlarının(AÜSS) değerlendirilmesinde 1993 yılından bu yana ülkemizde Uluslararası Prostat Semptom Skoru(IPSS) kullanılmaktadır. IPSS formunun, yeni AÜSS tanımlamasında, erkek hastaların semptomlarının değerlendirilmesinde, boşaltım semptomlarına yer verdiği kadar, depolama semptomlarına da yer vermediği tartışma konusu olmuştur Erkek AÜSS değerlendirilmesinde ICIQ-MLUTS (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Male Lower Urinary Tract Symptoms) gibi alternatif formlar da bulunmaktadır. ICIQ-MLUTS "ICS-BPH" çalışmalarında ICS-Male questionnaire olarak ortaya çıkmış ve sonrasında yeni düzenlemeyle ICIQ-MLUTS olarak son halini almıştır. A düzeyinde tavsiye edilmektedir

Ürolojik Cerrahi Derneği Ege Şubesi çalışma grubu olarak, konsültasyonların ve kılavuzların tavsiye ettiği ICIQ-MLUTS formunun Türkçe geçerliliğini göstermek için çok merkezli bir çalışma başlattık.

Yöntem: 2013 Eylül-2014 Mart ayı arasında yapılan çalışmada ICIQ-MLUTS formunun geçerliliği için öncelikle ICIQ biriminden izin alındı. Bu form çok merkezli olarak alt üriner semptom şikayetleriyle gelen başvuran erkek hastalara verildi. 18 yaş üstü, alt üriner sistem yakınmalarıyla polikliniğe başvuran erkek hastalar çalışmaya alınmıştır.

ICIQ-MLUTS, 13 soruluk bir form olarak hazırlanmıştır. 5 sorudan oluşan boşaltım, 6 sorudan oluşan depolama şikayetleri yanı sıra, Sıklık ve noktüri aralığını sorgulayan iki soru da bulunmaktadır. Her soruda a şikkında sorulan AÜS semptomu cevabı olarak 0-4'e kadar artan puan verilmesi istenirken, b şikkında sorulan şikayetin yaşam kalitesini ne kadar etkilediği konusunda 0-10'a vizual analog skalada bir sayı belirtilmesi istenmiştir. Hastalardan 4 hafta sonra tekrar ICIQ-MLUTS formu verilerek doldurması istendi. Hastalara aynı zamanda formdaki soruların anlaşılabilirliği sorularak, daha etkin bir form için tekrar Türkçe dilindeki tutarlılığı düzenlendi.

Son düzenlenen formula beraber, ICIQ-MLUTS geçerliliği Cronbach alfa, test ve tekrar test korelasyonu pearson korelasyon testi ile hesaplandı.

Bulgular: 117 Erkek hasta çalışmaya alındı Ortalama yaş 59(21-84) idi. Hastaların % 30, ilk, %44 orta, %26 yüksek öğretim mezunuydu

Formun Türkçe geçerlilik güvenilirliği için uygulana cronbach alfa testi bütün form için 0,80 olarak bulundu. Sorular tek tek incelendiğinde cronbach alpha oranı, 0,773'den 0,804 kadar değişen değerler mevcuttu (Tablo 1). Formun test –retest özelliğine bakıldığında, 116 hasta için, hastalara ortalama 4 hafta sonrasında verilen formların, önceden verilmiş formlarla korelasyonu anlamlı ve güçlü olduğu görüldü (Tablo 2).

Çıkarımlar: ICIQ-MLUTS formunun Türkçe geçerliliği, Türkiye'deki erkek AÜSS değerlendirmesinde yeni bir çığır açacağı düşüncesindeyiz. Farklı çalışmalarla formun populeritesini artırmaya çalışmak istiyoruz.

Tablo 1. Soruların iç Tutarlılığı

| Sorular | Cronbach's Alpha |
|---------|------------------|
| ICIQ2 | .775 |
| ICIQ3 | .780 |
| ICIQ4 | .776 |
| ICIQ5 | .773 |
| ICIQ6 | .791 |
| ICIQ7 | .781 |
| ICIQ8 | .785 |
| ICIQ9 | .792 |
| ICIQ10 | .794 |
| ICIQ11 | .804 |
| ICIQ12 | .780 |
| ICIQ13 | .782 |
| ICIQ14 | .786 |

Tablo 2. Soruların tekrar test korelasyonları

| Test & Tekrar test | Hasta Sayısı | Korelasyon | P değeri |
|--------------------|--------------|------------|----------|
| ICIQ2 &T ICIQ2 | 116 | 0.756 | .000 |
| ICIQ3 &T ICIQ3 | 116 | 0.627 | .000 |
| ICIQ4 &TICIQ4 | 116 | 0.688 | .000 |
| ICIQ5 &TICIQ5 | 116 | 0.749 | .000 |
| ICIQ6 &TICIQ6 | 116 | 0.778 | .000 |
| ICIQ7 &TICIQ7 | 116 | 0.673 | .000 |
| ICIQ8 &TICIQ8 | 116 | 0.695 | .000 |
| ICIQ9 &TICIQ9 | 115 | 0.813 | .000 |
| ICIQ10 &TICIQ10 | 116 | 0.751 | .000 |
| ICIQ11 &TICIQ11 | 116 | 0.727 | .000 |
| ICIQ12 &TICIQ12 | 116 | 0.840 | .000 |
| ICIQ13 &TICIQ13 | 116 | 0.688 | .000 |
| ICIQ14 &TICIQ14 | 116 | 0.847 | .000 |

ÜROFLOWMETRİ SONRASINDA ÖLÇÜLEN REZİDÜEL İDRAR MİKTARI ANLIK ÖLÇÜLEN REZİDÜEL İDRAR İLE UYUMLU MUDUR?

Sezgin Okçelik, Hasan Soydan, Ferhat Ateş, Ercan Malkoç, Ömer Yılmaz, Ahmet Kenan Karademir

Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Anlık ölçülen rezidüel idrarın üroflowmetri sonrası ölçülen rezidüel idrar ile uyumlu olup olmadığını göstermek ve bunu etkileyen faktörleri saptamak

Yöntem: Üroloji polikliniğimize AÜSS semptomları ile başvuran erkek hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşları, PSA değeri, prostat hacmi, anlık ölçülen rezidüel idrar miktarları, üroflowmetri sonrasında ölçülen işeme hacmi, Qmax, Qave ve rezidüel idrar miktarları kaydedildi. Kaydedilen rezidüel idrar miktarlarına göre iki ölçüm arasındaki fark 50 cc'den az olanlar uyumlu, 50 cc'den fazla olanlar uyumsuz olarak kabul edilerek hastalar 3 gruba ayrıldı. 1. Grup: anlık rezidüel idrar ile üroflowmetri sonrasında ölçülen rezidüel idrar miktarı uyumlu olanlar 2. Grup: anlık rezidüel idrar ile üroflowmetri sonrasında ölçülen rezidüel idrar miktarı uyumsuz olanlar (üroflowmetri sonrasında ölçülen miktar anlamlı fazla olanlar) 3. Grup: anlık rezidüel idrar ile üroflowmetri sonrasında ölçülen rezidüel idrar miktarı uyumsuz olanlar (anlık rezidüel idrar miktarı anlamlı fazla olanlar). 3 grup kendi aralarında yaş, prostat hacmi, işenen idrar miktarı tepe akım hızı ve ortalama akım hızına göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya 2013-2014 yılları arasında 77 olgu alındı. Hastaların ortalama yaşları; 66.63 prostat hacmi; 48.69, işeme hacmi; 242.39 ml, tepe akım hızı; 13.15 ml/sn, ortalama akım hızı; 6.41 ml/sn olarak ölçüldü. Anlık rezidü 31.26ml, Üroflow sonrası rezidü idrar: 77.93 ml ölçüldü. Anlık rezidü ile Üroflowmetri sonrası rezidü arasında anlamlı fark saptandı ($p=0.002$). İki grubun yaş, prostat boyutu, rezidüel idrar, işenen miktar, Qmax ve Qave açısından p değerleri sırayla 0.281, 0.445, 0.026, 0.060, 0.072, 0.034 olarak bulundu (Mann-Whitney U test). Spot rezidü miktarına etki etmesi muhtemel faktörler incelendiğinde hiçbir parametrenin etkin olmadığı bulundu. Korelasyonlar incelendiğinde ise spot rezidü ile Qave arasında negatif bir korelasyon saptandı ($r = -0.220$; $p=0.029$). Hastalar anlık rezidü idrarları ve üroflowmetri sonrası rezidü idrarları <50 cc olanlar ve anlık rezidüleri >50 cc ve üroflowmetri sonrası rezidüleri >50 cc olanlar (uyumlu grup) ile anlık rezidü idrarları <50 cc ama üroflowmetri sonrası rezidü idrarları >50 cc olanlar ve anlık rezidü idrarları >50 cc ama üroflowmetri sonrası rezidü idrarları <50 cc olanlar (uyumsuz grup) karşılaştırıldığında iki grup arasında prostat boyutlarının ve işenen idrar miktarlarının anlamlı olarak farklı olduğu bulundu (Tablo 1).

Çıkarımlar: Rezidüel idrar ölçümünün anlık olarak yapılması daha gerçekçi sonuç vermektedir. Prostatı büyük olan ve işenen idrar miktarı daha fazla olanlar hastalar arasında anlık ve rezidüel idrar ölçümleri arasında uyumsuzluk olasılığı daha fazla gibi gözükmektedir.

Tablo 1.

| | Gruplar | Sayı | Ortalama | Standart sapma | Standart hata ortalaması | P |
|---------------------------|---------|------|----------|----------------|--------------------------|-------|
| Yaş | uyumsuz | 35 | 65,6 | 12,55 | 2,12 | 0.460 |
| | uyumlu | 42 | 67,4 | 8,56 | 1,32 | |
| Prostat boyutu | uyumsuz | 35 | 57,51 | 29,88 | 5,05 | 0.003 |
| | uyumlu | 41 | 41,17 | 15,85 | 2,47 | |
| İşenen miktar | uyumsuz | 35 | 273,73 | 132,19 | 22,34 | 0.050 |
| | uyumlu | 42 | 216,71 | 116,47 | 17,97 | |
| Tepe akım hızı(ml/sn) | uyumsuz | 35 | 14,37 | 7,12 | 1,2 | 0.126 |
| | uyumlu | 42 | 12,14 | 5,49 | 0,84 | |
| Ortalama akım hızı(ml/sn) | uyumsuz | 35 | 6,8 | 3,74 | 0,63 | 0.397 |
| | uyumlu | 42 | 6,09 | 3,5 | 0,54 | |

SERBEST, TOTAL PROSTAT SPESİFİK ANTİJEN VE YAŞIN PROSTAT VOLÜMÜNÜ TAHMİN ETMEDEKİ ROLÜ

Soner Çoban¹, Ömer Gökhan Doluoğlu², İbrahim Keleş², Ali Rıza Türkoğlu¹,
Muhammet Güzelsoy¹, Mustafa Karalar², Murat Demirbaş¹

¹S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji, Bursa

²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Afyon

Amaç: Patolojik olarak benign prostat hiperplazisi olduğu doğrulanmış hastalarda fPSA, tPSA ve yaşın prostat volümünü tahmin edici gücünü araştırmak.

Yöntem: Nisan 2011 – Mayıs 2014 tarihleri arasında alt üriner sistem semptomları ile Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı ve Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji polikliniğine başvuran 2148 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Digital rektal muayene (DRM) bulgusu ve/veya PSA yüksekliği nedeni (PSA 2.5-10 ng/dl) ile TRUS eşliğinde 10 kor biyopsi yapılan ve histolojik olarak BPH tanısı doğrulanmış hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yaş, total PSA, serbest PSA ve prostat volümleri kaydedildi. Hastaların prostat volümleri TRUS ile prostatın 3 boyutu ölçülerek elipsoid formülle hesaplandı. (Prostat volüm= yükseklik x genişlik x 0.52). Receiver Operating Characteristic Curve (ROC) analizi yapılarak yaş, tPSA ve fPSA'nın prostat volümünü tahmin etmedeki gücü hesaplandı.

Bulgular: Çalışma kriterlerine uyan 1000 hasta çalışmaya alındı. Hastaların ortalama yaşı 63.12±8.12 (41-86), prostat volümü 55.82±29.83 ml, total PSA'sı 4.87±2.93 ng/dl ve serbest PSA'sı 1.08 ± 0.78 ng/dl olarak saptandı. Hastaların prostat volümleri ile yaşları, tPSA'ları, fPSA'ları arasında anlamlı korelasyon saptandı. Sırasıyla (p<0.001 r= 0.307), (p<0.001 r= 0.382), (p<0.001 r= 0.296).

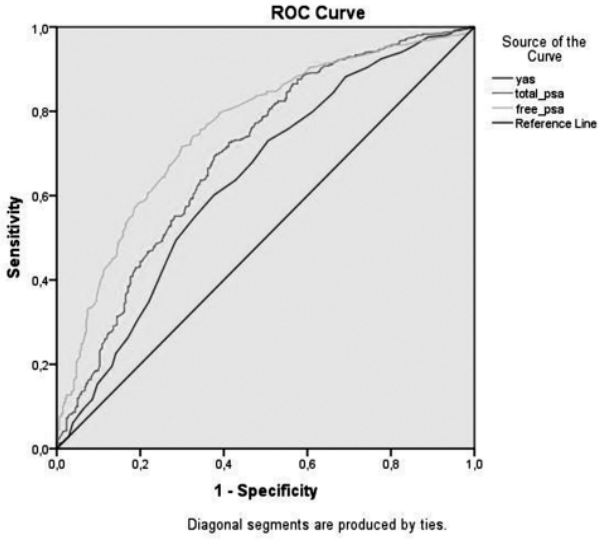
Lineer Regresyon modelinde serbest PSA'nın prostat volümünü belirlemede yaş (AUC: 0.64 p<0.001) ve tPSA (AUC: 0.69 p=0.013) dan daha güçlü bir tahmin edici olduğu bulundu (AUC: 0.75, p<0.001). Serbest PSA için cut-off değeri 0.775 ng/ml olarak hesaplandı. (Bu değer için spesifite %65.6 ve sensitivite %75.6).

Lineer regresyon modeli kullanılarak, prostat volümünü hesaplamada formül oluşturuldu. Prostat volüm= 8.009+ (age x 0.473) + (total PSA x 0.984) + (free PSA x12.18).

Çıkarımlar: Prostat volümünü tahmin etmede tPSA önemli olmasına rağmen fPSA'nın tahmin edici gücü daha yüksektir. Prostat volümü yaş, serum tPSA ve fPSA değerleri kullanılarak kolayca tahmin edilebilir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve klinik özellikleri

| Yaş grubu | Tüm hastalar | 40-49 | 50-59 | 60-69 | 70-79 | 80-89 |
|---------------|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Hasta sayısı | 1000 | 36 | 309 | 422 | 208 | 25 |
| PSA | 4.87±2.93 | 3.55±2.65 | 3.82±2.89 | 5.18±2.81 | 5.95±2.73 | 5.38±2.81 |
| Serbest PSA | 1.08±0.78 | 0.55±0.36 | 0.76±0.56 | 1.16±0.76 | 1.41±0.86 | 1.57±1.24 |
| Prostat volüm | 55.82±29.83 | 36.97±14.32 | 46.99±23.12 | 58.98±30.12 | 65.53±32.50 | 59.96±44.01 |

**Şekil 1.**

THE EFFECT OF ALPHA BLOCKERS ON THE PREVENTION OF BLADDER NECK SCLEROSIS AFTER TUR-PROSTATECTOMY

Gökhan Hadi Komesli¹, Murat Topcuoğlu²

¹Mareşal Fevzi Çakmak Asker Hastanesi, Üroloji, Erzurum

²Alanya Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Antalya

Object: To evaluate the protective effect of different alpha blockers on the occurrence of bladder neck sclerosis and comparing of these alpha blockers in terms of QQL index (quality of life), uroflowmetry parameter (Qmax) and PVR (post void residue).

Methods: Between 2010 and 2014, conventional TUR-prostatectomy was performed to 136 patients aged between 55 and 81. Different alpha blockers were administered to patients during six months after postoperative period. Patients were grouped as tamsulosin (n=30), alfuzosin (n=31), terazosin (n=31) and control (n=30) groups. QQL index, PVR and uroflowmetry parameter (Qmax) were compared after postoperative period and six months after postoperative period. 12 patients were discontinued follow up period.

Materials: Mean age was 68.7 ± 6.7 ranged between 55 and 81. Statistically significant decrease was found for Qmax in control and alfuzocin groups (14.87 ± 3.2 to 11.67 ± 2.5 for control and 14.5 ± 4 to 13.1 ± 2.4 for alfuzocin group). There was no statistically decrease for Qmax in terazocine group. (15.7 ± 4.4 , to 15.5 ± 4.1) ($P > 0.05$). Statistically increase in tamsulosine group was determined for Qmax. (13.9 ± 3.9 , to 15.5 ± 3.6) ($P < 0.05$). Decrease in control group for Qmax was statistically different according to all groups. ($P < 0.05$) 18 cases in control group, 16 cases in alfuzocin group, 20 cases in tamsulosine group, and 16 cases in terazocine group reported better QQL index. (increase in QQL index scores were statistically significant for each groups ($P < 0.05$). But there was only significant difference between tamsulosin and control group ($P < 0.05$) Statistically significant increase for PVR was found in control group (in 26 cases). No significant increase for PVR was found for alfuzocin and terazocine groups. ($P > 0.05$). (Increase for 10 cases in each groups). Significant decrease in tamsulosine group was found for PVR ($P < 0.05$). (Decrease in 21 of 30 cases). Decrease in PVR for control group was statistically different according to all groups.

Result: Alpha blockers have favorable effects on the prevention of bladder neck sclerosis and obstruction. Long term supportive treatment by alpha blockers in post operative period should be considered to prevent bladder outlet obstruction, bleeding, and requirement of reoperation.

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ HASTALARDA PROSTAT REZİSTİF İNDEKS DÜZEYİNİN KARDİYOVASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLİŞKİSİ

Mehmet Murat Baykam¹, Binhan Kağan Aktaş¹, Süleyman Bulut¹, Cüneyt Özden¹, Tağmaç Deren², Süleyman Tağcı¹, Cevdet Serkan Gökkaya¹, Ali Memiş¹

¹S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Ankara

Amaç: Kronik prostatik iskemisinin benign prostat hiperplazisi (BPH) için etyolojik bir faktör olduğu ve prostat rezistif indeks (Rİ) düzeyinin BPH'li hastalarda normal popülasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Kardiyovasküler (KV) sistem hastalıkları da tıpkı BPH gibi yaşlanma ve bozulmuş doku perfüzyonu ile yakın ilişkilidir. Bu çalışmada BPH'li hastalarda prostat Rİ düzeyi ile KV risk faktörleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya polikliniğimize BPH ile ilişkili alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile başvuran 120 hasta dâhil edildi. Hastaların klinik, laboratuvar, antropometrik verileri ve KV risk faktörlerinin hipertansiyon (HT), diabetes mellitus (DM), KV olay öyküsü, metabolik sendrom (MetS), sigara) prostat Rİ düzeyi ile ilişkisi korelasyon ve regresyon analizleri yapılarak değerlendirildi. Hastaların prostat Rİ düzeyleri power Doppler görüntüleme ile ölçüldü.

Bulgular: Tek değişkenli regresyon analizinde hastaların prostat Rİ düzeyleri ile yaş, kalça çevresi (KÇ), açlık kan şekeri (AKŞ), trigliserid (TG), düşük dansiteli lipoprotein-kolesterol (LDL-K), yüksek dansiteli lipoprotein-kolesterol (HDL-K), uluslar arası prostat semptom skoru (IPSS), prostat spesifik antijen (PSA), total prostat volümü (Vp), transizyonel zon volümü (Vtz), üroflowmetride maksimal akım hızı (Qmax) ve tüm KV risk faktörleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardı (P <0,05). Çok değişkenli regresyon analizinde ise hastaların prostat Rİ düzeyleri ile AKŞ, Vp (tablo 1) ve KV risk faktörlerinden MetS ve sigara arasında anlamlı ilişki tespit edildi (tablo 2).

Çıkarımlar: Bulgularımız BPH'li hastalarda prostat Rİ düzeyi ile KV risk faktörlerinden MetS ve sigara arasında anlamlı ilişki olduğunu gösterdi. Bu sonuç KV risk faktörleri ile ilişkili kronik prostat iskemisinin AÜSS/BPH etyopatogenezinde yeri olduğuna dair görüşü desteklemektedir.

Tablo 1. Verilerin prostat RI düzeylerine göre çok değişkenli regresyon analizi

| Değişkenler | Beta | SH | t | P |
|---|--------|-----------|--------|-------|
| Sabit | 1.461 | 1.412 | 1.035 | 0.303 |
| Yıl (y) | 0.001 | 0.001 | 1.238 | 0.219 |
| Boy (cm) | -0.004 | 0.008 | -0.527 | 0.599 |
| Kilo (kg) | 0.004 | 0.009 | 0.440 | 0.661 |
| BMI (kg/m ²) | -0.012 | 0.025 | -0.475 | 0.636 |
| BÇ (cm) | 0.001 | 0.001 | 1.133 | 0.260 |
| KÇ (cm) | -0.002 | 0.001 | -1.813 | 0.073 |
| AKŞ (mg/dL) | 0.001 | 0.000 | 3.491 | 0.001 |
| TG (mg/dL) | 0.000 | 0.000 | -0.768 | 0.444 |
| LDL-C (mg/dL) | 0.000 | 0.000 | 1.837 | 0.069 |
| HDL-C (mg/dL) | 0.000 | 0.001 | -0.298 | 0.766 |
| IPSS | 0.001 | 0.001 | 1.563 | 0.121 |
| PSA (ng/mL) | 0.002 | 0.003 | 0.731 | 0.466 |
| Vp (mL) | 0.001 | 0.000 | 2.231 | 0.028 |
| Vtz (mL) | -0.001 | 0.001 | -0.616 | 0.539 |
| Qmax (mL/sn) | -0.001 | 0.001 | -0.665 | 0.507 |
| PVR idrar volümü (mL) | 0.000 | 0.000 | -0.503 | 0.616 |
| R = 0.727 | | F = 6.936 | | |
| R ² = 0.529 | | P = 0.000 | | |
| Düzeltilmiş R ² = 0.452 | | | | |
| <i>BÇ: Bel Çevresi, PVR: Post-void rezidü</i> | | | | |

Tablo 2. KV risk faktörlerinin çok değişkenli regresyon analizi

| Değişkenler | Beta | SH | t | P |
|------------------------------------|-------|------------|--------|-------|
| Sabit | 0.685 | 0.011 | 60.794 | 0.000 |
| HT | 0.017 | 0.018 | 0.945 | 0.347 |
| DM | 0.018 | 0.017 | 1.056 | 0.293 |
| KV olay öyküsü | 0.028 | 0.016 | 1.757 | 0.082 |
| MetS | 0.035 | 0.018 | 1.935 | 0.045 |
| Sigara | 0.024 | 0.012 | 2.026 | 0.045 |
| R = 0.717 | | F = 16.962 | | |
| R ² = 0.515 | | P = 0.000 | | |
| Düzeltilmiş R ² = 0.484 | | | | |

DUTASTERİD TEDAVİSİ ALAN HASTALARIN PROSTAT DOKUSUNDAKİ HİPOKSİ İNDÜKLENEBİLİR FAKTÖR-1 ALFA VE VASKÜLER ENDOTELYAL BÜYÜME FAKTÖRÜ EKSPRESYONUNUN İNCELENMESİ

Olca Yıldıırım¹, Haydar Kamil Çam², Ali Tekin³, Yusuf Şenoğlu⁴,
Muhammet Ali Kayıkcı³, Dursun Baba³, Ekrem Başaran³

¹S.B. Bayburt Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bayburt

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

⁴S. B. Aliğa Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Benign prostat hiperplazisi (BPH) 50 yaş üzerindeki erkekler için oldukça önemli bir sağlık sorunudur. BPH progresif bir hastalık özelliği taşımakta olup; hematüri, renal yetmezlik, üriner sistem enfeksiyonları gibi ciddi komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Tedavisinde medikal ajanlar son yıllarda önemli yer tutmaktadır. Medikal tedavide alfa reseptör blokerleri, 5 alfa redüktaz inhibitörleri, fitoterapi ve bunların kombinasyonu kullanılmaktadır. 5 alfa redüktaz inhibitörleri testosteronu dihidrotestosterona (DHT) çeviren enzimi inhibe eder. Bu sayede prostat hücresinde nükleer reseptörlere bağlanarak DNA sentezini arttıran ve hücre büyümesine neden olan DHT'ü azaltıp, BPH progresyonunu engellediği düşünülmektedir. 5 alfa redüktaz inhibitörleri finasterid ve dutasteriddir. Yapılmış çalışmalar, 5 alfa redüktaz inhibitörlerinin prostat dokusunda anjiogenezi inhibe ettiği ve bu sayede transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) sırasındaki kanama miktarını azalttığı yönünde veriler içermektedir. Biz bu çalışmada bir 5 alfa redüktaz inhibitörü olan dutasterid tedavisi alan hastaların prostat dokusunda anjiogenezi gösteren hipoksi indüklebilir faktör-1 alfa (hypoxia-inducible factor-1 alfa, HIF-1 alfa), vasküler endotelial büyüme faktörü (vascular endothelial growth factor, VEGF) ve mikrodamar yoğunluğu (microvessel density, MVD) ekspresyonunu inceleyerek dutasteridin anjiogeneze olan etkilerinin araştırılmasını planladık

Yöntem: Kliniğimizde BPH tanısı ile TUR-P indikasyonu alan hastalara son bir yıl içerisinde ameliyattan bir ay önce dutasterid 0,5 mg tablet günde 1x1 rutin olarak başlanmaktadır. Retrospektif olarak incelenerek, son bir yıl içerisinde kliniğimizde TUR-P yapılan ve çalışma kriterlerini karşılayan ardışık hastalar çalışma grubu olarak alındı. Kliniğimizde dutasterid tedavisinin rutin olarak kullanılmaya başlandığı tarihten önce TUR-P yapılan hastalar geriye dönük incelenerek, çalışma kriterlerini karşılayan ve herhangi bir şekilde dutasterid tedavisi almamış hastalar ardışık olarak kontrol grubu olarak alındı. Üriner sistem enfeksiyonu, mesane taşı, mesane tümörü, prostat kanseri, üretral kateteri olan, pelvik radyoterapi alan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Her iki grupta TUR-P sonrası elde edilen patoloji spesimenleri patoloji bölümünce incelenerek, her grubun prostat dokusundaki, HIF-1 alfa ve VEGF ekspresyon düzeyleri ile MVD açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Dutasterid alan grupta kontrol grubuna göre VEGF ve HIF-1 alfa ekspresyon düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulundu ($p<0,05$). Dutasterid alan grupta MVD düzeyi kontrol grubuna göre düşük olmasına karşın bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p=0,205$).

Çıkarımlar: BPH tedavisinde dutasterid kullanılması VEGF ve HIF-1 alfa düzeylerinde önemli derecede süpresyona neden olmaktadır. Cerrahi öncesi dutasterid tedavisi verilmesi kanamaya bağlı komplikasyon riskini azaltabilir.

TRANSÜRETRAL PROSTATEKTOMİ ÖNCESİ ÜRODİNAMİK İNCELEME YERİNE PROSTAT REZİSTİF İNDEKS BAKILMASI DAHA EFEKTİF Mİ?

Coşkun Kaçağan¹, Muhammet Ali Kayıkcı¹, Dursun Baba¹, Ali Tekin¹, Kamil Çam²

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Beningn prostat hiperpalzisi (BPH) yaşanan erkeklerde meydana gelen alt üriner sistem semptomlarının en yaygın sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır. Ürodinamik çalışma miksiyon disfonksiyonu (disüri, üriner inkontinans, nöropatik hastalıklar, alt üriner sistem obstrüksiyonuna sebep olan durumlar vb.) olan hastaların değerlendirilmesinde altın standart yöntemlerden birisidir. 1960'larda hidrodinamik prensiblerin alt üriner sistem fizyolojisine uygulanması ile alt üriner sistem hastalıklarının sebep olduğu miksiyon problemlerinin tayininde ileri bir yol katedilmiştir. Hastada ürodinami testi esnasında mesane katarizasyonundan dolayı üretra irritasyonu, uretrit, sistit gelişmesi ihtimali bulunmaktadır. Mesane içine izotonik solüsyon verilmesinden dolayı hastada pyelonefrit gelişebilmektedir. Biz çalışmamızda transrektal doopler ultrasonografi (USG) de prostatın rezistif indeksine ve mesane duvar kalınlığına bakarak; ürodinami yapmaksızın hastanın alt üriner sisteminde bir daralma olup olmadığını tayin edilebileceğini araştırmayı planlamaktayız. Ayrıca amacımız, doopler USG yapıp prostat rezistif indekse ve mesane duvar kalınlığına bakarak prostat rezistif indeksin ürodinaminin yerini alabilecek kadar etkili bir yöntem olup olmadığını kanıtlamaktır

Yöntem: Bu araştırma Haziran 2012 ve Ağustos 2013 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda, poliklinik koşullarında ve alt üriner sistem yakınmaları nedeniyle başvuran hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alınarak katılımı sağlanan gönüllü bireylerle gerçekleştirildi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı polikliniğine başvuran ve transüretal prostatektomi yapılması kararı alınan hastalara klinik indikasyonlarına göre rutin standart yaklaşım olan ürodinami tetkiki ve prostat volümünü ölçmek için transrektal USG yapılırken hasta onamları doğrultusunda transrektal renkli doopler yapıldı

Bulgular: Transrectal doople USG de elde edilen resistive index parametreleri ile ürodinamik parametreler arasında 40 hasta üzerinde yapılan çalışmada istatistiksel olarak bir korelasyon bulunamamıştır.

Çıkarımlar: Çalışmamız neticesinde üretral arterlerin ve mesanenin arterlerindeki rezistif indeksler ile ürodinamik parametreler arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gösterdik. Rezistif indeksdeki parametrelere bakarak ürodinamik parametreleri tahmin etme ihtimalinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirledik.

TUR-P YAPILAN HASTALARIN TAŞIDIKLARI KARDİYAK RİSK DERECESİNE GÖRE ÜROFLOWMETRİK PARAMETRELERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Fikret Halis¹, Numan Baydilli², Şükrü Kumsar¹, Hüseyin Aydemir¹, Osman Köse¹, Adil Emrah Sonbahar¹, Hacı İbrahim Çimen¹, Hasan Salih Sağlam¹, Ahmet Gökçe¹, Öztuğ Adsan¹

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya

²Dr. Süreyya Adanalı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş

Amaç: BPH genellikle yaşlı popülasyonda daha sık görüldüğü için bu grup hastalarda kardiyak açıdan riskli hastalarla daha sık karşılaşılmaktadır. Bu çalışmada BPH nedeni ile TUR-P yapılan hastalarda ameliyat öncesi ve sonrası işeme parametrelerinin kardiyak risk derecelerine göre karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: BPH nedeni ile TUR-P planlanan olgular ameliyat öncesi klinik olarak değerlendirildi. Kardiyak yönden riskli hastalar kardiyoloji ile konsulte edildi. Değerlendirme sonucuna göre hastalar kardiyak açıdan operasyon için; düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak sınıflandırıldı. Kardiyak risk bulunmayan 26 hasta kontrol grubu olarak alındı. Hastaların operasyon öncesi ve sonrası Hb, Htc, Q maks, PVR değerleri kaydedildi. Operasyon sonrası Q maks değişimleri (post Q maks- pre Q maks) hesaplandı. Parametrik veriler ortalama \pm standart sapma, parametrik olmayan veriler ortanca (min-maks) olarak verildi. Risk gruplarındaki veriler hem kendi aralarında, hem de birbirleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Kardiak açıdan risk yok, düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak sınıflandırılan hastaların verileri Tablo 1'de özetlendi. Grupların kendi aralarındaki yaş ortalamaları ve takip süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (sırasıyla $p=0.125$, $p=0.154$). Her grup kendi içerisinde değerlendirildiğinde preoperatif /postoperatif Hb, Htc, ve PVR değerlerindeki düşme ile Q maks değerindeki yükselme istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Risk grupları arasında yapılan karşılaştırmada Q maks değişimleri, preoperatif/postoperatif PVR değerleri arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0.129$, $p=0.085$, $p=0.087$ Kruskal Wallis).

Çıkarımlar: Kardiyak risk, TUR-P başarısını üroflowmetrik parametreler açısından etkilemiyor görünmesine rağmen, kanama açısından tolerabilitesi daha az olan bu hastalar postoperatif dönemde daha dikkatli takip edilmelidir.

Tablo 1.

| Kardiyak risk | Yok | Düşük | Orta | Yüksek |
|-------------------------------------|--------------|---------------|--------------|---------------|
| | n=26 | n=27 | n=20 | n=9 |
| Yaş (yıl) | 67.5±6.5 | 68.3±6.0 | 70.9±5.4 | 68.8±6.0 |
| Süre (ay) | 37.5±13.9 | 38.5±7.7 | 37±7.8 | 37.8±13.2 |
| Total PSA (ng/dl) | 2.3±1.2 | 2.4±1.3 | 3.2±1.3 | 2.5±0.7 |
| Preoperatif /postoperatif /p | | | | |
| Hb (gr/dl) | 14.9±1.0 | 14.2±1.5 | 14.3±1.6 | 13.4±0.4 |
| *Pair T test | 13.6±0.8 | 12.4±1.9 | 12.4±1.9 | 11.1±2.0 |
| | *p<0.001 | *p<0.001 | *p<0.001 | *p<0.001 |
| Htc (%) | 44±2.7 | 42.5±4.7 | 43.5±5.7 | 40.3±1.8 |
| *Pair T test | 40.1±3.0 | 36.8±5.4 | 37.3±5.5 | 33.6±6.8 |
| | *p<0.001 | *p<0.001 | *p<0.001 | *p<0.001 |
| Q maks (ml/sn) | 8.9±2.0 | 8.5±2.1 | 6.9±1.7 | 7.6±1.4 |
| *Pair T test | 22.9±3.6 | 23.7±4.0 | 22.8±2.6 | 21±8.3 |
| | *p<0.001 | *p<0.001 | *p<0.001 | *p<0.001 |
| PVR (ml) | 140 (80-900) | 130 (80-1000) | 195 (90-550) | 230 (100-800) |
| ∞Wilcoxon test | 25 (10-100) | 20 (10-150) | 30 (10-60) | 40 (10-120) |
| | ∞p<0.001 | ∞p<0.001 | ∞p<0.001 | ∞p=0.013 |
| Q maks değişimi (ml/sn) | 14.2±4.0 | 13.6±6.4 | 15.9±2.6 | 17.3±2.9 |

MESANE TAŞI VE BPH BULUNAN OLGULARDA TUR-P VE EŞ ZAMANLI PERKÜTAN SİSTOLİTOTRİPSİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Fikret Halis¹, Numan Baydilli², Hüseyin Aydemir¹, Osman Köse¹, Şükrü Kumsar¹, Adil Emrah Sonbahar¹, Hacı İbrahim Çimen¹, Hacı Can Direk¹, Ahmet Gökçe¹, Öztuğ Adsan¹, Hasan Salih Sağlam¹

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

²Dr. Süreyya Adanalı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş

Amaç: BPH şikâyeti ile başvuran olgularda mesane taşlarına sık rastlanmaktadır. Mesane taşı büyük olan olgularda, üretradan yapılan uzun süreli sistoskopik müdahaleler postoperatif dönemlerde üretra darlığı riskini arttırmaktadır. Bu çalışmada büyük mesane taşı olgularda mesane taşına yapılan perkütan sistolitotripsi (PSL) ve eş zamanlı TUR-P operasyonunun sonuçları değerlendirildi.

Yöntem: Mesane taşı ve BPH nedeni ile opere edilen 32 olgunun verileri değerlendirildi. Önce TUR-P operasyonu yapıldı. TUR-P sonrası direkt sistoskopik görüş altında serum fizyolojik ile doldurulan mesaneye simfizis pubisin 2 cm üzerinden 1 cm lik kesi yapılarak 18 G iğne ile girildi. Klavuz tel kullanılarak dilatasyon işlemi uygulandı. 30 F amplatz kılıf yerleştirildikten sonra 26 F nefroskop yerleştirildi. Taşlar pnömotik litotriptör yardımı ile parçalanarak, çekme forceps ile çıkarıldı. Sistostomi konulmadı. İşlem sonrası hastaya 3 yollu foley kateter üretral olarak konuldu. Cilt primer kapatılarak işleme son verildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 70.8±7.1 yıl olan hastaların verileri Tablo 1'de özetlendi. Ortalama taş boyutu 800 (225-1600) mm² idi. Ortalama TUR-P ve PSL süreleri sırasıyla 54.5±12.4 dk, 24.5±5.1 dk idi. Opere edilen olguların 14'ünde KAH, 1'inde DM, 3'ünde KOAH, 3'ünde HT ve DM, 1'inde HT ve KOAH şikâyeti vardı. Postoperatif ortalama 3.3 ± 1.0 gün sonralı takip edilen olgularda postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Ortalama 22.9 ay takip süresince üretra darlığı ve mesane taşı gözlenmedi.

Çıkarımlar: Mesane taşı BPH olgularında TUR-P ile eş zamanlı yapılan PSL operasyon süresini ve üretradaki mekanik travma riskini azaltarak postoperatif komplikasyonları azaltan bir yön tem olarak kullanılabilir.

Tablo 1.

| | |
|--|--------------------|
| Yaş (yıl) | 70.8±7.1 (55-89) |
| Süre (ay) | 22.9±15.3 (2-52) |
| Taş boyutu (mm ²) | 800 (225-1600) |
| Ameliyat süresi (dk) | 87.5±15.1 (50-120) |
| · TUR-P süresi | 54.5±12.4 (30-90) |
| · PSL süresi | 24.5±5.1 (20-30) |
| Sonda süresi (gün) | 3.3 ± 1.0 (2-7) |
| Komorbidite (n) | |
| · Yok | 10 |
| · KAH | 14 |
| · DM | 1 |
| · KOAH | 3 |
| · HT-DM | 3 |
| · HT-KOAH | 1 |
| Toplam | 32 |
| <i>Veriler ortalama ± standart sapma ortanda (min-maks) olarak verildi</i> | |

PROSTATİK ÜRETRADA PROSTATIN MALİGN FİBRÖZ HİSTİYOSİTOMU, OLGU SUNUMU

Numan Baydilli¹, Fikret Halis², Ahmet Gökçe², Mehmet İnci³, Oğuz Ekmekçioğlu⁴

¹Dr. Süreyya Adanalı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş

²Sakarya Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Sakarya

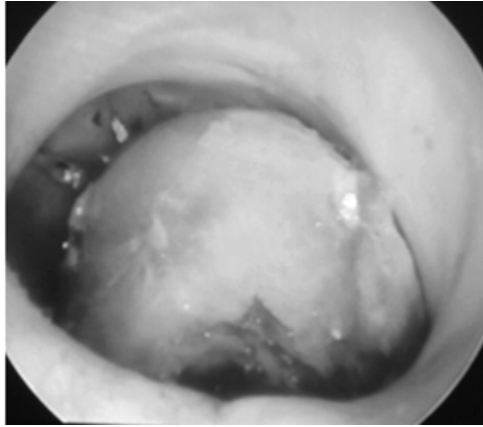
³Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Hatay

⁴Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kayseri

Amaç: Malign fibröz histiyositom (MFH) prostatın nadir görülen pirimitif mezenşimal tümörüdür. Genellikle prostat adenokarsinomu ile birlikte görülür ve histopatolojik olarak tanı alır.

Yöntem: OLGU: 72 Yaşında erkek hasta hematüri ve 5 aydır süren işeme zorluğu şikâyeti ile başvurdu. 1.5 yıl önce yapılan TUR-P sonrası prostat adenokarsinomu (Gleason 5+3) tanısı alan hastaya orşiektomi yapılmış ve antiandrojen tedavi veriliyordu. İlk ameliyattan önceki total PSA değeri 18.25 ng/dl idi. Alt üriner sistem semptomları olan hastaya ikinci bir cerrahi girişim planladı. TUR-P sırasında prostatik üretrada solid kitle görüldü ve rezeke edildi (Şekil 1). Histopatolojik değerlendirme sonucu MFH olarak geldi. Rezeke edilen diğer adenomatoid dokular hitopatolojik değerlendirmede benign prostat hiperplazisi tanısı aldı. Görüntüleme yöntemleri ile yapılan tarama sonucunda hastada herhangi bir metastatik odak tespit edilmedi. MFH yetişkinlerde sık karşılaşılan yumuşak doku sarkomlarından. Primer olarak genitouriner traktan kaynaklanması olağan dışı olup nadirdir. Klinik ve radyolojik olarak prostat tümörlerinden ayırt edilemeyebilmektedir. Hastaların yaklaşık %50 sinde adenokarsinom hikâyesi bulunmaktadır. Hastaların neredeyse %25'inde tanı anında metastaz yapmıştır. MFH genellikle akciğer ve lenf nodlarına metastaz yapmaktadır. Sağkalım negatif cerrahi sınır ve metastatik hastalığın olmaması ile ilişkilidir. Önerilen tedavi geniş kapsamlı cerrahi rezeksiyondur. Hastalığın seyri kötüdür ve tümör rezeksiyonundan sonra %50 rekürrens oranı vardır. 4 yıllık sağkalım oranları %14'den azdır.

Çıkarımlar: Prostat adenokarsinomu olan hastalarda MFH gelişme ihtimali akıldta tutulmalıdır.



Şekil 1.

ALT ÜRİNER SİSTEM YAKINMASI OLAN ERKEKLERİN DEĞERLENDİRMESİNDE YENİ GÖRSEL PROSTAT SEMPTOM SKORLAMASI ULUSLARARASI PROSTAT SEMPTOM SKORU GİBİ KULLANILABİLİR Mİ?: İKİ SEMPTOM SKORUNUN TÜRK HALKINDA KARŞILAŞTIRMASI

Yasin Ceylan, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Deniz Bolat, Süleyman Minareci

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

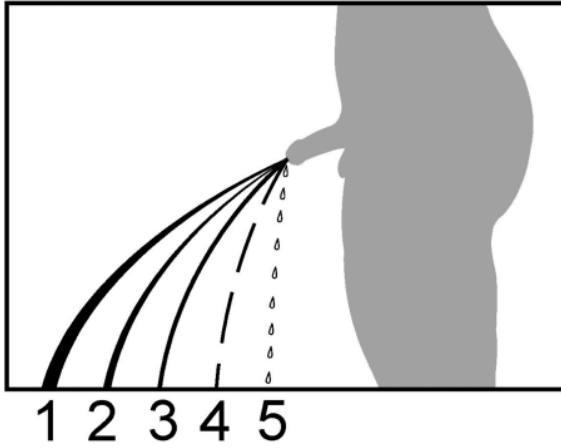
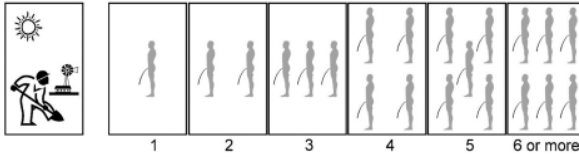
Amaç: Alt üriner sistem semptomları ile başvuran hastalarda görüntüsel prostat semptom skoru (VPSS) ile uluslararası prostat semptom skoru (IPSS) ve üroflowmetrinin arasındaki doğruluğu değerlendirmeyi amaçladık

Yöntem: Eylül 2013-Mart 2014 tarihleri arasında polikliniğimize alt üriner sistem yakınması ile başvuran 191 hasta çalışmaya alındı. Rutin testleri takiben hastalardan IPSS' nin 8 sorulu ve VPSS' nin 4 sorulu sorgulama formlarını doldurması istendi. Hastalara üroflowmetre yapılarak Qmax ve Qave ölçümleri kayda alındı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 62,8 (43-84) idi. Hastalarımız eğitim seviyelerine göre üç gruba ayırdı. İlkokul eğitimi alan 98 (%51,3), orta okul eğitimi (9-12 yıl) 61(%31,9) ve üniversite eğitimi 32 hasta (%16,8) mevcut idi (grup 1,2,3). IPSS ve VPSS skorlu arasında istatistiksel olarak pozitif ilişki vardı ($r=0,72$, $p<0.001$). Hem IPSS, hem VPSS ile Qmax arasında negatif bir ilişki mevcuttu

($r=-0,52$, $-0,53$, $p<0.001$). Eğitim seviyelerine göre sorgulama formlarını yardımsız doldurma oranları grup 1,2,3' de; 25/98(%25,5), 33/61 (%54,1) ve 27/32 (%84,4) iken VPSS' yi yardımsız doldurma oranları ise; 76/98(%77,6), 54/61(%88,5) ve 31/32(%96,9) idi.

Çıkarımlar: VPSS ve IPSS sorgulama formları skorlaması belirgin bir korelasyon göstermektedir ve görüntüsel prostat semptom skoru (VPSS) yaşlı hastalar ile düşük eğitimli hastaların alt üriner sistem semptomlarının değerlendirilmesinde güvenilir bir yöntemdir.



Şekil 1.

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİLİ HASTALARDA TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI ERKEN VE GEÇ ÜRETRAL KATETER ÇEKİLMESİNİN SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Yusuf Şenoğlu¹, Ali Tekin¹, Olcay Yıldırım¹, Haydar Kamil Çam²,
Muhammet Ali Kayıkcı¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Benign prostat hiperplazisi (BPH) ile ilişkili alt üriner sistem semptomlarının cerrahi tedavisinde altın standart yöntem olan transüretal prostat rezeksiyonu (TURP) sonrası irrigasyon amaçlı üretal kateter uygulanması rutin bir uygulamadır. Ancak, postoperatif kateterizasyon süresi konusunda henüz bir fikir birliği yoktur. Bu çalışmanın amacı, TURP yapılan hastalarda üretal kateterin erken ve geç çekilmesinin etkilerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: TURP yapılan 91 hasta, kanama kontrolü sonrası üretal kateter çekilme zamanına göre erken (postop 1-2. gün) ve geç (postop 7. gün) olmak üzere iki gruba 1:1 oranında prospektif olarak randomize edildi. Postoperatif 1, 3 ve 6. aylarda tedavi etkinliği (Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), üriner semptomlara bağlı yaşam kalitesi (YK) değerlendirmesi, üroflovetri (tepe ve ortalama akım hızı, işenen hacim) ve işeme sonrası rezidüel idrar volümü ölçümü) ve morbidite (hematüri, enfeksiyon, üretal darlık, iritatif semptomlar, re-operasyon gerekliliği) açısından değerlendirildi.

Bulgular: İki grup arasında postoperatif izlemde ürodinamik incelemeler, IPSS, YK ve morbidite açısından istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmadı. Sadece 3. ayda maksimum ve ortalama idrar akışı hızları erken grupta daha yüksek bulundu. İzlem sonunda benzer oranlar içermekle birlikte, üretal darlık gelişiminin erken grupta geç kateter çekilen gruba göre daha erken (sırasıyla 1 ve 3 ay) ortaya çıktığı gözlenmiştir.

Çıkarımlar: Bu sonuçlar, TURP sonrası erken ve geç üretal kateter çekilmesinin kısa dönemde etkinlik ve morbiditeyi önemli ölçüde etkilemediğini düşündürmektedir. Bir ürolog için günlük yaşamın parçası olan bir konuda eksik olan kanıtı dayalı bilgi oluşumuna katkı verdiğine inandığımız bu çalışma, daha geniş serilerle ve daha uzun izlem süreli çalışmalarla desteklenmelidir.

MONOPOLAR VE BİPOLAR TRANSURETRAL PROSTAT REZEKSİYONUN KLİNİK ETKİNLİĞİ

Çetin Demirdağ¹, Çağatay Doğan¹, Muhammed Fatih Şimşekoğlu¹,
Fethi Ahmet Türegün¹, Sarper Mehmet Erdoğan², Ahmet Erözenci¹

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

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, İstanbul*

Amaç: Benign Prostat Hiperplazisi (BPH) nedeniyle monopolar (M-TURP) ve bipolar (B-TURP) transüretral prostat rezeksiyonunu yapılan hastalarda klinik etkinlik ve komplikasyonları karşılaştırmak.

Yöntem: Kasım 2012-Ağustos 2014 tarihleri arasında BPH nedeniyle TURP uygulanan 118 hasta değerlendirildi. Preoperatif ve postoperatif 3. ayda ortalama uluslararası prostat semptom skoru (IPSS), maksimum idrar akım hızı (Qmax) farkı, operasyon ve üretral katater alınma süresi, prostat volümü ve komplikasyonlar karşılaştırılarak bir veri tabanında toplandı.

Bulgular: Verilerinde eksik olan 37 hasta çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen 81 hastanın 45'ine (%55,5) M-TURP, 36'sına (%44,5) B-TURP uygulandı. Ortalama yaş M-TURP' de 67, B-TURP'de ise 65'ti. Postoperatif transfüzyon (%18 vs %6) ve idrar retansiyonu (%27 vs %14) oranları M-TURP'de B-TURP'ye göre daha fazla tespit edildi. Pre- ve postoperatif IPSS ve Qmax farkı, üretral katater alınma süresi, prostat volümü ve komplikasyonlar her iki grupta karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1).

Çıkarımlar: TURP BPH'nin endoskopik tedavisinde altın standart olarak uygulanmaktadır. B-TURP'de M-TURP'ye göre daha az komplikasyon görülmesine rağmen her iki girişim arasında postoperatif sonuçlar ve komplikasyonlar karşılaştırıldığında istatistiki anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 1. B-TURP ve M-TURP'de pre- ve postoperatif bulguların karşılaştırılması

| | M-TURP (n: 45) | B-TURP (n: 36) | p |
|--------------------------------------|----------------|----------------|-----|
| Operasyon süresi (dk) | 64 | 71 | 348 |
| Ortalama prostat volümü (gr) | 61 | 55 | 292 |
| Ortalama IPSS farkı | 15 | 20 | 919 |
| Ortalama Qmax farkı (ml/sn) | 11 | 14 | 120 |
| Ortalama katater alınma süresi (gün) | 3,4 | 3,1 | 288 |
| Pihit retansiyonu (%) | %27 | %14 | 165 |
| İdrar retansiyonu (%) | %18 | %8 | 33 |
| Transfüzyon (%) | %18 | %6 | 83 |

TRANSREKTAL PROSTAT İĞNE BİYOPSİSİ SONRASINDA ENFEKTİF KOMPLİKASYONLARI GELİŞİMİNDE HİSTOLOJİK PROSTAT ENFLAMASYONUNUN ETKİSİ

Fatih Tarhan¹, Bilal Hamarat¹, Sevinç Hallaç Keser², Aylin Ege Gül², Utku Can¹

¹S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Transrektal ultrasonografi eşliğinde yapılan prostat iğne biyopsisi sonrasında enfektif komplikasyon gelişiminde histolojik prostat enflamasyonunun etkisini araştırılması.

Yöntem: Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında polikliniğimizde prostat iğne biyopsisi endikasyonu konulup transrektal prostat iğne biyopsisi yapılacak hastalar prospektif olarak çalışmaya alındı. Tüm hastalardan lokal anestezi altında 12 kor biyopsi alındı. Hastalara işlem öncesinde antibiyotik profilaksisi, lavman ve rektal povidon iyod uygulaması yapıldı. Hastalar komplikasyon gelişimi bakımından 10 gün süre ile izlendi. Biyopsi örnekleri enflamasyon açısından da değerlendirilerek semi-kantitatif olarak skorlandı. Hastalar komplikasyon gelişmeyenler, non- enfektif komplikasyon gelişenler ve enfektif komplikasyon gelişenler olarak gruplandırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 138 hastanın yaş ortalaması 66.16 ± 0.64 idi. Hastaların 28'inde (% 20.3) prostat adeno kanseri saptandı. Otuzdokuz hastada (% 28.3) enfektif komplikasyon gelişti. Gruplar arasında irdelenen hiçbir parametre bakımında istatistiksel fark saptanamadı ($p > 0.05$).

Çıkarımlar: Verilerimiz ışığında transrektal ultrasonografi eşliğinde yapılan prostat iğne biyopsisi sonrasında enfektif komplikasyon gelişiminde histolojik prostat enflamasyonunun etkisi olmadığını düşünmekteyiz.

TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE ALINAN PROSTAT BİYOPSİSİNİN EREKTİL FONKSİYONLAR VE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Volkan Tüysüz¹, Sedat Öner², Metin Kılıç², Sinan Avcı¹, Mehmet Hakan Üstün², Murat Aydos², Murat Şambel², Abdullah Erdoğan²

¹Bursa Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

²Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

Amaç: Bu çalışmada transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisinin, işlem sonrası alt üriner sistem semptomlarındaki ve erektil fonksiyonlarına etkilerini araştırdık

Yöntem: Nisan 2013-Ağustos 2013 tarihleri arasında prostat kanseri şüphesiyle biyopsi uygulanan 81 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar işlemden önce ve işlemden sonra 2-4-8. haftalarda alt üriner sistem semptomları açısından IPSS(Uluslararası prostat semptom skoru), erektil fonksiyonlar açısından IIEF-EFD(Ereksiyon İşlevi Uluslararası Değerlendirme Formu - Erektile Fonksiyon Değerlendirmesi) ile değerlendirildi

Bulgular: Tüm hastalar incelendiğinde işlemden iki hafta sonra IIEF-EFD skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşme izlendi($p=0.004$). Patoloji sonuçlarına göre yapılan incelemede 4. haftada benign grupta IIEF-EFD skorlarının işlem öncesi değerlere döndüğü görülürken, malign veya şüpheli patoloji sonucu olan grupta anlamlı bir düşüş görüldü($p<0.001$). Eğitim durumuna göre IIEF-EFD skorları incelendiğinde lise ve üstü okullardan mezun olan hastalar işlemden etkilenmezken, ilköğretim ve altı okullardan mezun olan grupta hem 2. haftada(skorlarda düşme, $p=0.019$) hem de 8. haftada(skorlarda yükselme, $p=0.03$) istatistiksel anlamlı değişikliklere rastlandı. Komplikasyon olup olmasının IIEF-EFD skoruna etkisi incelendiğinde komplikasyonların geliştiği grupta anlamlı değişiklikler olmazken, komplikasyon gelişmeyen grupta 2. haftada skorlar anlamlı olarak düşerken($p=0.019$), 8. haftada skorlar anlamlı olarak yükseldi($p=0.031$).

Çıkarımlar: TRUS-bx sonrası erken dönemde erektil fonksiyonlardaki gerileme geçicidir. Malign veya şüpheli patolojiye sahip hasta grubunda patoloji sonucu öğrenildikten sonra psikolojik nedenlere bağlı erektil disfonksiyon gelişmektedir. AÜSS, özellikle obstruktif semptomlar, işlemden sonra erken dönemde artmakta ve IPSS skorları yükselmektedir. Malign patoloji sonucunun AÜSS üzerine etkisi yoktur. Komplikasyonların AÜSS ve erektil fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmak için daha çok çalışma yapılmalıdır.

ST (SHORT AND THIN SET) PEDİSET İLE YAPILAN ULTRA MİNİ PNL DENEYİMLERİMİZ: İLK 29 VAKA

Namık Kemal Hatipoğlu, Mehmet Mazhar Utanğaç, Ahmet Ali Sancaktutar, Mansur Dağgüllü, Onur Dede, Mehmet Nuri Bodakçı

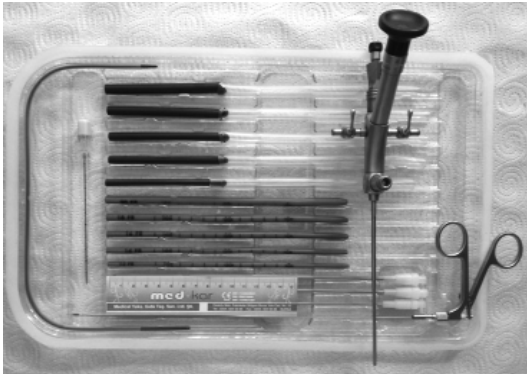
Dicle Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

Amaç: Perkütan nefrolitotomi (PNL) böbrek taşlarının tedavisinde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir. Ancak işlem sırasında kullanılan enstrümanların çapı ve uzunluğu nedeniyle pediatrik vakalarda çeşitli zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Moment kuralı gereği PNL sırasında enstrüman boyu kısaldııkça böbrekte yapılacak olan manüplasyonlar daha güvenli olabilir. Bu gerçekten yola çıkarak kliniğimiz tarafından çocuklara yönelik olarak PNL yapmak için dizayn edilmiş özel bir set olan ST PEDİSET tanımlanmıştır. Biz pediatrik PNL olgularında ST PEDİSET ile yaptığımız ultramini-PNL deneyimlerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: ST PEDİSET seti 13 cm uzunluğundaki bir pediatrik sistoskoptan ve 14 french 9cm'lik pediatrik renal dilatör setten oluşmaktadır (Şekil 1). Ocak 2014 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında kliniğimize böbrek taşı nedeniyle başvuran pediatrik 29 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyet dağılımı, taş lokalizasyonu, taş boyutu, operasyon süresi, skopi süresi, komplikasyon durumu, nefrostomi kateterinin kalış süresi, yatış süresi, ve taşsızlık oranları kaydedildi.

Bulgular: Olguların 20'si erkek, 9'u kadın idi. Yaş ortalaması 4,1 (6ay – 11yaş) idi. İşlemin uygulandığı 41 renal ünite taş lateralizasyonu 18 vakada sağda iken 11 vakada solda idi. Taşların kalisiyel dağılımı 22 pelvis, 11 alt pol, 5 orta pol, 3 üst pol şeklindeydi. Ortalama taş boyutu 17,4 mm (9-28) idi. Bütün hastalara tek akses ile giriş yapılırken bir hastada ikinci bir akses ihtiyacı duyuldu. Ortalama operasyon süresi 64,3 dakika (48-132) ve ortalama skopi süresi 156 saniye (83-362) idi. İşlemin uygulandığı vakalarda ortalama nefrostomi kalış süresi 2 gün (1-3) ve ortalama yatış süresi 2,9 gün (2-7) şeklinde idi. 5 olguya işlem tüpsüz olarak gerçekleştirildi. Bir olguda kan transfüzyonu gereksinimi oldu. Bir hastada üst kalikte perforasyon geliştiği gözlemlendi. Taşsızlık oranı %86,2 idi.

Çıkarımlar: SONUÇ: Çocuklarda cilt böbrek mesafesinin kısa olması, böbreğin çok mobil ve frajil olması, cerrahin fizyolojik tremoru ve moment kuralı da göz önüne alındığında PNL işlemi sırasında ST PEDİSET kullanılması; ameliyatın tüm basamaklarındaki manevraları daha güvenli hale getirilebilir.



Şekil 1.

BÜYÜK PROKSİMAL VE MİD ÜRETER TAŞLARINDA ÜRETERORENOSKOPİK LAZER LİTOTRİPSİ İLE LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ KARŞILAŞTIRMASI

Onur Kaygısız, Burhan Coşkun, Hakan Kılıçarslan, Yakup Kordan, Hakan Vuruşkan, Rustam Kadirov, İsmet Yavaşcaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Üst veya orta kesim büyük üreter taşlarında ureterorenoskopik lazer litotripsi ve laparoskopik üreterolitotominin etkinliğinin ve komplikasyonlarının karşılaştırılması

Yöntem: Nisan 2004 ile Haziran 2014 tarihleri arasında büyük (>15mm) üreter taşı nedeniyle ureterorenoskopik lazer litotripsi (URS) veya laparoskopik üreterolitotomi (LU) uygulanan hastalar çalışmaya alındı. İlk girişim sırasında gerekli olduğunda fleksible URS ile işlem tamamlandı. İlk girişimi başarılı olan ve 2mm büyük rezidüel fragmanı kalmayan hastalara ilk girişimde başarı olarak kabul edildi.

Bulgular: 60 hasta (URS grubu: 29, LU grubu: 31) çalışmaya alındı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), taş tarafı ve taş yeri açısından fark yoktu. LU grubunda 2, URS grubunda 1 hastada FURS ile taşsızlık sağlandı. LU bir hastada açık cerrahiye geçiş oldu, URS grubunda 3 hastada LU'ye geçiş, bir hastada PNL'ye geçiş oldu. LU ilk ameliyat sonrası daha yüksek başarı oranı olmakla birlikte 1. Ve 3. Ay taşsızlık oranları iki grup arasında benzerdi. Hastanede kalış ve ameliyat süresi LU grubunda belirgin uzundu.

Çıkarımlar: Laparoskopik yaklaşım geniş proksimal ve mid üreter taşlarında yüksek başarı ve düşük morbidite oranıyla başarılı bir yöntemdir. Bununla birlikte LU göre kısa hastanede kalış, ameliyat süreleri ve benzer üçüncü ay taşsızlık oranıyla ureterorenoskopik lazer litotripsi impakte taşlarda dahi ilk tedavi yöntemi olarak düşünülmelidir. FURS'un kullanılması her iki yöntemde de daha fazla hastada taşsızlık sağlamaktadır.

AT NALI BÖBREKTE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Sedat Öner, Metin Kılıç, Murat Aydos, Mehmet Hakan Üstün, Murat Şambel, Abdullah Erdoğan, İdris Nas, Murat Demirbaş

S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

Amaç: At nalı böbrek anomalisi en sık görülen konjenital böbrek anomalisidir. At nalı böbrekte perkütan nefrolitotomi (PNL), böbreğin aşağıda ve ortada yer alması, toplayıcı sistemin konumu ve anormal damar yapısı nedeniyle farklılık arz etmektedir. Alt pol kaliksleri koronal planda mediale doğru uzandığı için direk giriş yapmak için nadiren uygundur. Üst poller daha arkada ve lateralde olduğu için PNL girişi için uygun ve daha güvenli bir yol sağlar. Bu çalışmamızda kliniğimizde 55 at nalı böbrekli hastaya yapılan perkütan nefrolitotomi (PNL) vakasının sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Kasım 2003-Ağustos 2014 tarihleri arasında yaş ortalaması 44,36 yıl (21-76) olan 55 (6 kadın, 49 erkek) at nalı böbrekli hastaya (24 sağ, 31 sol) PNL yapılmıştır. Böbreklerin 43'ü primer (%78,1), 7'si sekonder (%12,7), 4'ü tersiyer (%7,2), 1'i quarternerdir (%1,8). Tüm hastalarda 30F amplatz dilatasyon yapılmış, pnömotik ve ultrasonik litotriptörler kullanılmıştır.

Bulgular: İki boyuttan hesaplanan ortalama taş alanı 634,6 mm² dir (88-2695). Anestezi süresi ortalama 97,2dk (45-230), ameliyat süresi ortalama 55,73 dk (15-180) olarak gerçekleşmiştir. Vaka başına 1.35 renal akses (1-4) yapılmıştır (23 üst pol, 27 orta pol, 18 alt pol). PNL sonrası taşsızlık 46 böbrekte (%83,6) sağlanmıştır. Hastalarda herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. 1 hastaya (%1,8) kan transfüzyonu yapılmıştır. Hastaların nefrostomili geçirdikleri süre 2,7 gün (2-13) ve yatış süreleri 3,8 gün (2-15) olmuştur.

Çıkarımlar: PNL at nalı böbrekli hastalarda da güvenle uygulanabilmektedir. Hatta PNL'ye spesifik komplikasyonlarla daha az karşılaşılmaktadır.

ÇOCUKLUK ÇAĞI BÖBREK TAŞI HASTALIĞI TEDAVİSİNDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Ali Güneş, Ali Beytur, Serhan Çimen, Fatih Oğuz, Caner Ediz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Pediatrik yaş grubundaki böbrek taşlarına uygulanan perkütan nefrolitotomi deneyimlerimizin değerlendirilmesi.

Yöntem: Kliniğimizde 1 Mart 1998– 31 Temmuz 2014 tarihleri arasında perkütan nefrolitotomi ameliyatı yapılan 287 pediatrik hasta değerlendirildi. Cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması, önceki taş öyküsü, taraf, taş lokalizasyonu, başarı oranları, kanama, ateş, enfeksiyon, nefrostomili kalma ve hastanede kalma süreleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 148 i erkek, 139 u kız olup yaş ortalamaları 9.42 (1–16) idi. Hastaların 22' sinde (%7,6) ameliyat öncesi herhangi bir zamanda taş düşürme öyküsü mevcuttu. Perkütan nefrolitotomi işlemi hastaların 153' ünde (% 53.3) sağ tarafa, 132 'sında (%45.9) sol tarafa ve 2' sinde ise (% 0.8) aynı seansta her iki tarafa olmak üzere 289 renal üniteye uygulandı. Böbrek taşları vakaların 192' sinde orta polde, 46' sında alt polde, 31' inde renal pelviste, 14' ünde multiple yerleşimli, 1' inde parsiyel staghorn ve 3' ünde staghorn taş mevcuttu. Hastaların 254' ünde (%88.5) tam taşsızlık sağlanırken, 42' sinde (%14.6) klinik olarak önemsiz rezidüel fragmanlar (CIRF) kaldı. Hastaların 9' unda (%3.1) kan transfüzyonu gerektirecek kanama oldu. 7 hastada JJ stent takılmasını gerektirecek uzamış idrar ekstravazasyonu saptandı. 6 hastada ateş oluşurken 4 hastada idrar yolu enfeksiyonu gelişti. Hastalar ortalama 2,9 gün nefrostomili tutulurken ortalama yatış süresi 3,5 gün idi.

Çıkarımlar: Başarısı, güvenli oluşu, konforu, iş gücü kaybının az oluşu nedeniyle erişkin hastalarda açık böbrek taşı ameliyatının yerini almış olan perkütan nefrolitotomi ameliyatı pediatrik yaş grubunda da deneyimli klinikler tarafından başarı ile uygulanabilir.

| PNL Yapılan Taraf | Hasta Sayısı |
|-------------------|--------------|
| Sağ | 153 (% 53,3) |
| Sol | 132 (% 45,9) |
| Bilateral | 2 (% 0,8) |

| Taş Yerleşimi | Hasta Sayısı |
|--------------------|--------------|
| Orta pol | 192 |
| Alt pol | 46 |
| Renal pelvis | 31 |
| Multipl Yerleşimli | 14 |
| Parsiyel Staghorn | 1 |
| Staghorn | 3 |

| | Hasta Sayısı |
|----------------------|--------------|
| Tam Taşsızlık | 254 |
| CIRF | 42 |
| Kan Tıx Gereksinimi | 19 |
| JJ Stent Gereksinimi | 7 |
| Ateş | 6 |
| İYE | 4 |

SIİRT DEVLET HASTANESİ: İLK LAPAROSKOPI DENEYİMLERİMİZ

Onur Serin, Mustafa Kaplan Çalışkan, Zafer Demir

Siirt Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Siirt

Amaç: Kliniğimizde rutin olarak uygulanmaya başlanan laparoskopik deneyimlerimizin paylaşılması amaçlandı.

Yöntem: Kasım 2013 - Ağustos 2014 tarihleri arasında uygulamış olduğumuz 15 laparoskopik vaka çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların 5'i kadın 10' u erkekti. Hastaların ortalama yaşı 40,6 (7-71) idi. Operasyon süreleri uygulanan cerrahiye göre farklılık göstermekle birlikte 35-180 dk arasında değişmektedir. En sık uyguladığımız cerrahi 7 vaka ile laparoskopik simple nefrektomidir. Bunu sırasıyla laparoskopik radikal nefrektomi, laparoskopik kist eksizyonu, laparoskopik üreterolitotomi, laparoskopik pyelolitotomi, laparoskopik pyeloplasti, tanısal laparoskopik takip etmektedir (Tablo-1). Tüm vakalar laparoskopik olarak tamamlandı ve hiçbir vakada açık cerrahiye geçiş olmadı. Laparoskopik simple nefrektomi sonrasında hemogram kaybı ve dren çalışması nedeniyle 3 ünite eritrosit replasmanı uygulanan bir hasta dışında hiçbir hastada komplikasyon gelişmedi. Laparoskopik simple nefrektomi ve laparoskopik radikal nefrektomi uyguladığımız vakaların patoloji raporları tablo-2'de belirtilmiştir.

Çıkarımlar: Laparoskopik cerrahi uygulayan ve bunu asistan eğitiminin bir parçası haline getirmeyi başaran üçüncü basamak eğitim kurumları her geçen gün artmaktadır. Bu artışın doğal sonucu olarak da laparoskopik, ikinci basamak sağlık kurumlarında rutin cerrahi uygulama haline gelmektedir.

ÜRETER TAŞLARINDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARININ ÜRETERORENOSKOPİK LAZER LİTOTRİPSİ UYGULAMALARINDAKİ SÜRE VE ENERJİ ORANLARINA ETKİLERİ

Serdar Çelik¹, Ozan Bozkurt¹, Işıl Başara², Ömer Demir¹, Özgür Gürboğa¹, Mustafa Seçil², Ahmet Adil Esen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Bu yazıda Ocak 2014'ten beri prospektif olarak yürüttüğümüz ve kontrastsız bilgisayarlı tomografideki (BT) üreter taşı ölçümleri ile üreterorenoskopik (URS) lazer uygulamalarındaki enerji ölçümlerini değerlendirdiğimiz çalışmanın ön verilerini sunmayı amaçladık.

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 çap ölçümü, taşın volümü, maksimum hounsfield ünitesi (HUmaks), minimum hounsfield ünitesi (HUmin), ortalama hounsfield ünitesi (HUort) ve hounsfield dansitesi (HD) radyoloji uzmanı tarafından ölçüldü. Sonrasında hastalara URS yapıldı, 365 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, URS süresi ve toplam operasyon süresi kayıt altına alındı. Sonrasında BT verileri ile URS lazer verileri nonparametrik korelasyon analizi ile analiz edildi.

Bulgular: Toplam 39 hastanın genel özellikleri, taşların BT özellikleri ve URS lazer verileri tablo'da verilmiştir. Hastaların 14'ünün taşı 1/3 proksimal, 7'sinin 1/3 orta ve 17'sinin 1/3 distal üreterdeydi. Tablo'daki veriler arasında yapılan nonparametrik korelasyon analizinde lazer süresi, URS süresi ve operasyon süresine taşın koronal ve aksiyal çaplarının ve taş volümünün etkili olduğu gözlemlendi (sırası ile $R=0,492/p=0,001$, $R=0,551/p<0,001$, $R=0,506/p=0,001$, $R=0,618/p<0,001$). Kullanılan enerji miktarına yine taşın koronal ve aksiyal çaplarının, taş volümünün, HUmaks, HUmin ve HUort değerlerinin etkili olduğu gözlemlendi (sırası ile $R=0,543/p<0,001$, $R=0,634/p<0,001$, $R=0,592/p<0,001$, $R=0,439/p=0,005$, $R=0,358/p=0,025$, $R=0,412/p=0,009$, $R=0,442/p=0,005$). Enerji/süre değerine ise taşın koronal ve aksiyal çaplarının, HUmin ve HUort değerlerinin etkili olduğu gözlemlendi (sırası ile $R=0,369/p=0,021$, $R=0,458/p<0,003$, $R=0,423/p=0,007$, $R=0,322/p=0,045$, $R=0,362/p=0,023$). Ayrıca uygulanan enerji miktarı ve lazer süresi arttıkça URS ve operasyon sürelerinin de arttığı gözlemlendi ($p<0,01$). Taşın üreter lokalizasyonunun sonuçlara etkisinin olmadığı saptandı.

Çıkarımlar: Sonuç olarak URS lazer litotripsi uygulamalarında taşın BT'deki ölçüm özelliklerinin operasyon süreleri ve harcanan enerji oranları üzerinde etkili bir faktör olduğu bilinmelidir.

Tablo 1. Hastaların genel özellikleri, BT'deki taş özellikleri ve URS lazer özellikleri

| Özellikler | (n=39) |
|------------------------------|---------------------------|
| Yaş (yıl) | 48,6±13,3 (18,6-71,7) |
| Boy (m) | 1,7±0,1 (1,6-1,8) |
| Kilo (kg) | 75,1±12,5 (48-98) |
| BMI (kg/m2) | 25,5±3,7 (15,7-31,2) |
| Taşın koronal çapı (mm) | 10,4±3,4 (5-20) |
| Taşın uzun aksiyal çapı (mm) | 9,1±3,7 (4,9-25) |
| Taşın kısa aksiyal çapı (mm) | 7±2,8 (3,8-17,7) |
| Taşın volümü (mm3) | 481,7±673,5 (67,4-3233,9) |
| HUmaks (HU) | 1087,5±288,3 (270-1596) |
| HUmin (HU) | 823,5±306,6 (204-1435) |
| HUort (HU) | 955,5±277,9 (252-1516) |
| HD (HU/mm) | 109,9±40,3 (24,8-194,6) |
| Lazer süre (dk) | 8,3±6,5 (1-25) |
| Lazer enerji (joule(J)) | 868,9±1316,2 (17-5423) |
| Enerji/süre (J/dk) | 94,8±100,6 (2,8-427) |
| URS süre (dk) | 24,2±12,3 (5-50) |
| Operasyon süresi (dk) | 38,1±18,6 (15-80) |

ÜRETER TAŞLARINDA BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ BULGULARI İLE ÜRETERORENOSKOPİK LAZER LİTOTRİPSİ SONRASI DOUBLE J STENT GEREKLİLİĞİ ÖNGÜRÜLEBİLİR Mİ?

Serdar Çelik¹, Ozan Bozkurt¹, Işıl Başara², Ömer Demir¹, Özgür Gürboğa¹, Mustafa Seçil², Ahmet Adil Esen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İzmir

Amaç: Bu yazıda üreter taşlarının kontrastsız bilgisayarlı tomografideki (BT) taş özellikleri ile üreterorenoskopik (URS) lazer litotripsi sonrası double J stent (DJS) gerekliliği arasındaki ilişki 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, taşın volümü, maksimum hounsfield ünitesi (HUmaks), minimum hounsfield ünitesi (HUmin), ortalama hounsfield ünitesi (HUort) ve hounsfield dansitesi (HD) radyolog tarafınca ölçüldü. Sonrasında hastalara URS yapıldı, 365 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, URS süresi ve toplam operasyon süresi ile taşın impakte olup olmaması ve URS sonrası DJS gerekliliği kayıt altına alındı. DJS takılan (grup 1) ve takılmayan (grup 2) hastalar iki grupta incelendi. Tüm veriler bu İki grup arasında Mann-whitney U testi ile analiz edildi.

Bulgular: Toplam 39 hastanın 29'una DJS takılmışken, 10 hastaya takılmadı. Grup 1 ve 2'de hastaların genel özellikleri, Taşın BT özellikleri, lokalizasyonu, kullanılan forceps ya da basket kataterin oranları, ESWL öyküsü, impakte taş oranları karşılaştırıldı (Tablo). Yapılan analizlerde taşın koronal çapı, lazer süresi, URS süresi ve operasyon süresinin arttıkça DJS gereksiniminin arttığı gözlemlendi ($p<0,05$). Diğer verilerle anlamlı ilişki saptanmadı.

Çıkarımlar: Sonuç olarak taş lokalizasyonunun, ESWL öyküsünün, kullanılan lazer probu ya da forceps/basket katater kullanımının ya da BT özelliklerinin DJS gerekliliği üzerine etkisinin olmadığı saptandı. Fakat taşın koronal çapının ve lazer süresi ile operasyon süresi gibi peroperatif etmenlerin DJS takılma oranını arttırdığı gözlemlendi.

Tablo 1. DJS takılan ve takılmayan hasta grubundaki hasta özellikleri, BT'deki taş özellikleri ve URS lazer özellikleri ile bu veriler arasındaki analiz sonuçları

| Özellikleri ortalama±sd | DJS takılan (n=29) | DJS takılmayan (n=10) | p | |
|------------------------------|--------------------|-----------------------|-------|-------|
| | ortalama±sd | | | |
| Yaş (yıl) | 51±12,6 | 41,6±13,1 | 0,067 | |
| BMI (kg/m2) | 25,2±4 | 26,3±3,1 | 0,656 | |
| Taşın koronal çapı (mm) | 11±3,5 | 8,8±2,8 | 0,03 | |
| Taşın uzun aksiyal çapı (mm) | 9,2±3,6 | 8,5±4,2 | 0,13 | |
| Taşın kısa aksiyal çapı (mm) | 7±2,4 | 6,8±4 | 0,157 | |
| Taşın volümü (mm3) | 502,4±655,7 | 421,5±756,6 | 0,072 | |
| HUmaks (HU) | 1092,5±304,9 | 1073,1±247,9 | 0,688 | |
| HUmin (HU) | 818,5±326,6 | 837,7±254,5 | 0,797 | |
| HUort (HU) | 955,5±295,7 | 955,4±232,3 | 0,949 | |
| HD (HU/mm) | 105,5±42,7 | 122,4±30,8 | 0,21 | |
| Lazer süre (dk) | 9,3±6,3 | 5,4±6,3 | 0,026 | |
| Lazer enerji (joule(J)) | 885,4±1258,6 | 821,2±1543,4 | 0,607 | |
| Enerji/süre (J/dk) | 82,1±84,5 | 131,5±135,9 | 0,459 | |
| URS süre (dk) | 27 ±11,3 | 16,3±12,3 | 0,004 | |
| Operasyon süresi (dk) | 42,5±18 | 25,2±14,6 | 0,002 | |
| Taşın lokalizasyonu | 1/3distal | 12 | 5 | 0,635 |
| | 1/3orta | 6 | 2 | 0,67 |
| | 1/3proksimal | 11 | 3 | 0,48 |
| Forceps kullanımı | Forceps | 17 | 9 | 0,072 |
| | Basket | 12 | 1 | |
| ESWL öyküsü | Yok | 23 | 8 | 0,67 |
| | 1 seans | 1 | 0 | 0,743 |
| | 2 seans | 2 | 0 | 0,547 |
| | 3 seans | 2 | 2 | 0,266 |
| | 4 seans | 1 | 0 | 0,743 |
| İmpakte taş oranı | yok | 17 | 9 | 0,072 |
| | kısmi | 4 | 1 | 0,618 |
| | tam | 8 | 0 | 0,069 |

PERKUTAN NEFROLİTOTOMİDE TAŞ LOKALİZASYONU İLE POSTOPERATİF AĞRI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fikret Halis¹, Hüseyin Aydemir¹, Şükrü Kumsar¹, Osman Köse¹, Numan Baydilli², Adil Emrah Sonbahar¹, Hacı İbrahim Çimen¹, Hacı Can Direk¹, Öztuğ Adsan¹, Hasan Salih Sağlam¹, Ahmet Gökçe¹

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

²Dr. Süreyya Adanalı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş

Amaç: PNL operasyonu, böbrek taşları tedavisinde artık rutin kullanıma girmiş etkin bir tedavi olmasına rağmen, postoperatif dönemdeki ağrının hasta konforunu olumsuz etkilediği gözlenmektedir. Bu çalışmada taşların böbrekteki konumlarına göre, postoperatif dönemde hastaların ağrı skorlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

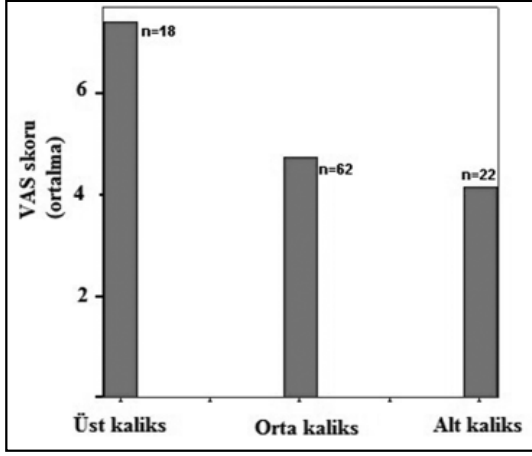
Yöntem: PNL yapılan 102 olgunun verileri geriye dönük olarak değerlendirildi. Olgular taş lokalizasyonuna göre üst, orta (pelvis-orta pol) ve alt kaliks grubu olmak üzere 3 grupta ayrıldı. Hastaların postoperatif birinci günde hissettikleri ağrıları vizüel analog skalala (VAS) ile değerlendirildi. Taşın lokalize olduğu kaliks grupları arasında yaş, taş yükü, operasyon süresi, nefrostomi süresi, tomografide ölçülerek hesaplanan cilt-taş arası uzunluk değerleri karşılaştırıldı. Parametrik veriler ortalama±standart sapma, parametrik olmayan veriler ortanca (min-maks) olarak verildi. Grup verilerinin karşılaştırılmasında one way ANOVA, ile Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında çok gözlü Ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Olguların 66'sı erkek, 36'sı kadın ve yaş ortalamaları 48.8±11.6 yıl idi. Üst kaliks grubunda 18, orta kaliks grubunda 62, alt kaliks grubunda ise 22 olgu vardı. Gruplara göre hasta verileri Tablo 1'de özetlendi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, taş yükü, operasyon süresi, nefrostomi süresi, cilt-taş uzunluğu verileri arasında istatistiksel olarak fark yoktu. Üst kaliks grubundaki VAS skoru, orta ve alt kaliks grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0.001$).

Çıkarımlar: Üst kaliks grubu taşlarının postoperatif dönemde daha ciddi ağrı oluşturduğu gözlemlendi. İnterkostal girişlerin bunun üzerindeki payı olması göz ardı edilmemelidir. Üst kaliks girişlerinde operasyon sonrası interkostal blok yapılması veya bu hastalar için postoperatif dönemde daha etkili analjeziklerin tercih edilmesi hasta konforunu arttırabilir.

Tablo 1.

| | Üst kaliks | Orta kaliks | Alt kaliks | p |
|-----------------------------|--------------|----------------|---------------|--------|
| | grubu | grubu | grubu | |
| | n=18 | n=62 | n=22 | |
| Yaş (yıl) | 47.1±10.9 | 47.7±11.5 | 53.5±11.7 | 0.104 |
| Cinsiyet (n, %) | | | | |
| · Erkek | 13, 72.2 | 37, 59.7 | 16, 72.7 | 0.417 |
| · Kadın | 5, 27.8 | 25, 40.3 | 6, 27.3 | |
| Taş yükü (mm ²) | 257 (98-733) | 359 (109-1326) | 376 (172-673) | 0.149 |
| Operasyon süresi (dk) | 60 (30-150) | 50 (30-150) | 60 (30-100) | 0.736 |
| Nefrostomi süresi (gün) | 3.1±0.5 | 2.9±0.5 | 2.9±0.4 | 0.512 |
| Cilt taş uzunluğu (mm) | 84.3±19.9 | 85.8±27.7 | 91±21.9 | 0.648 |
| VAS skoru | 7.3±1.4 | 4.7±1.5 | 4.1±0.8 | <0.001 |



Şekil 1.

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİNİN İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ OLARAK BÖBREK TAŞI TEDAVİSİNDE ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Hikmet Topaloğlu¹, Ahmet Nihat Karakoyunlu¹, Sercan Sarı¹, Harun Özdemir¹, Hakkı Uğur Özok¹, Levent Sağnak¹, Hamit Ersoy²

¹S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çorum

Amaç: Gelişen teknoloji ile birlikte, böbrek taşları tedavisinde retrograd intrarenal cerrahinin endikasyonları sürekli olarak genişlemektedir. Retrograd intrarenal cerrahi diğer tedavi yöntemlerinin (Şok dalgaları ile taş kırma = Shock Wave Lithotripsy = SWL veya perkütan nefrolitotomi = PNL) başarısız olduğu durumlarda da ikinci basamak tedavi veya ek tedavi yöntemi olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Bu çalışmada, ikinci basamak tedavi yöntemi olarak retrograd intrarenal cerrahinin böbrek taşları tedavisinde etkinlik ve güvenilirliği yanında yöntemler arasında başarısızlığın nedenlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Eylül 2011 ve Haziran 2014 tarihleri arasında, böbrek taşları için SWL veya PNL işleminin başarısız olduğu 81 hastanın 86 böbreğinde holmiyum: yttrium-aluminyum-garnet (YAG) lazer kullanılarak yapılan retrograd intrarenal cerrahi olgularının verileri geriye dönük olarak toplandı. SWL başarısızlığı en az 3 seans sonunda taş boyutunda hiç değişiklik olmaması ya da 5mm den büyük taş kalması olarak tanımlanırken, PNL başarısızlığı işlem sonunda 5mm den daha büyük taş kalması olarak tanımlandı. Kendi isteğiyle SWL işlemini bırakıp retrograd intrarenal cerrahi tedavisini seçen hastalar çalışmaya dâhil edilmedi. Hastaların operasyon öncesi demografik verileri ve taş karakteristikleri, operasyon esnası ve sonrası veriler ve komplikasyonlar değerlendirmeye alındı. Ayrıca taş büyüklüğü ve çokluğu, böbrek ve üreter anomalisi ve taşın böbrek içinde lokalizasyonu gibi tedavi etkinliğini değiştirebilecek olası nedenler kayıt altına alındı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hastaların 45'i erkek ve 36'sı kadın olup, ortalama yaş 45,5 (20-77 yaş) ve ortalama taş çapı 16.4 mm (5-40 mm) idi. Olguların 74'ü SWL başarısızlığı, 12'si ise PNL başarısızlığı olarak çalışmaya dahil olmuştu. Bir olguda atnalı böbrek anomalisi, bir hastada soliter böbrek, bir hastada üreter ve bir hastada kaliks boynu darlığı vardı. Ortalama operasyon süresi 55.3 dk (20-150 dk) idi. Birinci seans sonunda taşsızlık oranı 68/86 (%79.1) idi. Olguları alt kaliks taşları ve diğerleri olarak iki gruba ayırdığımızda alt kaliks taşlarında taşsızlık oranı 18/26 (% 69.2) ve diğer kaliks taşlarında 50/60 (% 83.3) idi. İki hastaya daha 2. işlem uygulandı ve 2. seans sonunda toplamda taşsızlık oranı ise 70/86 (%81.4) oldu. Birinci seans sonunda, başarısız olan toplam 15 olgunun onunda sebep uygun olmayan anatomi, dördünde çoklu taş ve birinde kanamaya bağlı görüntü kaybıydı. Hastaların tümü ertesi gün taburcu edildi. Modifiye Clavien evreleme sistemine göre hastaların hiçbirinde Evre II ve üzeri komplikasyon gözlenmedi.

Çıkarımlar: Retrograd intrarenal cerrahi SWL ve PNL'nin başarısız olduğu böbrek taş hastalarının tedavisinde kabul edilebilir bir etkinlik ve düşük morbiditesi ile uygun bir yöntemdir. Ayrıca, böbrek taşları tedavisinde, retrograd intrarenal cerrahinin başarısız olmasına sebep olan durumların SWL ve PNL'ninkilerden farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ ESNASINDA ÜRETERAL GİRİŞ BAŞARISIZLIĞI OLAN HASTALARDA DOUBLE J STENT KOYMA İŞLEMİNİN ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

Ahmet Nihat Karakoyunlu¹, Hikmet Topaloğlu¹, Şadi Ulaş Erdem¹, Emre Hepşen¹, Hakkı Uğur Özok¹, Levent Sağnak¹, Hamit Ersoy²

¹S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çorum

Amaç: Retrograd intrarenal cerrahi işleminde renoskop giriş başarısızlığı %8-10 arasında bildirilmektedir. Bu durumda üreter dilatasyonu veya double-J stent konup daha sonra tekrar retrograd giriş denemesi olası seçeneklerdir. Bu geriye dönük çalışmada, üreteral giriş başarısızlığı yaşanıp double-j stent konan hastalarda işlemin etkinlik ve güvenilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Şubat 2012 ve Haziran 2014 tarihleri arasında, üst üriner sistem taşları için retrograd intrarenal cerrahi uygulanan 882 hastadan, renoskopla başarısız giriş yaşandığı için double-j stent konan 11 hastanın verileri geriye dönük olarak toplandı. Renoskopi giriş başarısızlığı, üreter dilatasyon teknikleri kullanılmasına rağmen, üreter darlığı sebebiyle üst üriner sisteme fleksibl renoskopinin üreteral giriş kılıfıyla birlikte veya değil, ulaşamaması olarak tanımlandı. Yarı bükülebilir bir renoskopla giriş yapılsa dahi, fleksibl renoskopla giriş sağlanamamışsa da başarısızlık olarak kabul edildi. Üreteral giriş kılıfı geçmediği halde fleksibl renoskopinin geçtiği olgular başarılı kabul edilip çalışma dışı bırakıldı. İki hafta süreyle double-j stent kalan hastalar 2. operasyona alındı. Hastaların operasyon öncesi demografik verileri ve taş karakteristikleri, 2 operasyon arası dönemde double-j stent konmasına ait yan etkiler, 2. operasyon esnası ve sonrası veriler ve komplikasyonlar değerlendirmeye alındı.

Bulgular: Çalışmamızda başarısız renoskop oranı 11/882 (%1.24) idi. Çalışmamıza katılan hastaların 6'sı erkek ve 5'i kadın olup, ortalama yaş 44.8 (26-78 yaş) ve ortalama taş çapı 9.45mm (7-15mm) idi. Başarısız renoskopiden sonra double-j takılan hastaların hiçbirinde modifiye Clavien evreleme sistemine göre evre II veya üzeri komplikasyon izlenmedi. Double-j stent konup 2. ci kez opere edilen hastaların hiçbirinde renoskop giriş başarısızlığı yaşanmadı. Taşsızlık oranı 8/11 (%72) oldu. Bu operasyon sonrası da hastaların hiçbirinde evre II veya üzeri komplikasyon izlenmedi.

Çıkarımlar: Renoskop giriş başarısızlığı durumunda kullanılan double-j stentleme işlemi etkin ve güvenilir bir yöntemdir. Stentleme süresiyle ilgili prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

BÖBREK ALT KALIKS TAŞINA YAKLAŞIM ANKETİ SONUÇLARI

Ferhat Ateş¹, Metin İshak Öztürk², Cenk Gürbüz³, Bilal Eryıldırım⁴,
Temuçin Şenkul¹, Kemal Sarıca⁴, Aytag Grubu⁵

¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

²S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

³S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

⁴S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

⁵Anadolu Yakası Taş Araştırma Grubu, Üroloji Servisi, İstanbul

Amaç: Türkiye’de ürolog olarak çalışmakta olan ve daha çok endoüroloji-taş hastalığı ile ilgilenen doktorların gerek çocuk gerekse erişkinde böbrek alt kaliks taş hastalığına yaklaşımda hangi kriterleri dikkate aldığını ve hangi tedaviyi seçtiğini belirlemek

Yöntem: İnternet tabanlı bir web sitesi üzerinden ürologlara bir link gönderilerek soruları tıklamak suretiyle anketi doldurmaları istendi. Ankete daha çok üriner sistem taş hastalığı ile özel olarak ilgilenmekte olan ürologların katılımı için birebir iletişim kuruldu. Ürologlara bu anket ile yaş, mesleki durum, çalışılan bölge ve hastanenin statüsü, hangi cihaz ve aletlere sahip olduğu gibi soruların yanında, çocuk ve erişkinde böbrek alt kaliksde 1 cm.den küçük primer veya nüks taşı olan hastalarda hangi tedavileri seçtikleri ve bu seçimi yaparken hangi kriterleri dikkate aldıklarını inceleyen 29 soru soruldu. Yanıtlar incelendi ve böbrek alt kaliksinde <1 cm taş nedeniyle ürologların nasıl davrandıkları araştırıldı.

Bulgular: Ortalama 40(25-65) yaşında olan 57 ürolog çalışmaya katıldı. Katılımcılar 2 asistan, 12 yeni uzman(<5 yıl), 11 kıdemli uzman(>5 yıl), 10 yardımcı doçent, 13 doçent ve 9 profesör idi. Katılımcıların 31’i mesaisinin %40’dan fazlasını, 21’i %20-40’ını taş hastalarına ayırıyordu, 22’si üniversite, 19’u eğitim hastanesi, 9’u özel ve 7’si devlet hastanesinde çalışmaktaydı. 48’inin kliniğinde ESWL, 44’ünün PNL, 43’ünde fleksible URS, 21’inde mini PNL, 21’inde mikro PNL, 10’unda ultra-mini PNL bulunmaktaydı; 5’inde ise bunların hiçbirisi yoktu. Tedavi öncesi hangi görüntüleme yönteminin kullanıldığı sorulduğunda 11’i sadece USG, 9’u IVP, 13’ü standart kontrastsız BT, 14’ü taş protokollü BT, 10’u da hem BT hem de IVP istediğini bildirdi. En sık hangi tedaviyi tercih ettikleri sorulduğunda 27’sinin takip/medikal tedaviyi, 11’inin ESWL’yi, 5’inin minimal invaziv PNL’yi, 13’ünün RIRC’yi, 1’inin standart PNL’yi seçtiği görüldü. 51 ürolog hasta kararının kendi kararını değiştirdiğini ifade etti. Taşın nüks veya primer olması durumunda 38’i farklı davrandığını bildirdi. Kalisiyel dilatasyon olup olmasının tedavi kararında etkili olduğu görüldü(48/57). Tüm ürologlar tedavi öncesi enfeksiyonu araştırdıklarını bildirdiler.

Çıkarımlar: Böbrek alt kaliksinde <1 cm taşı olan hasta için yaş, taşın süresi, enfeksiyon varlığı, primer veya nüks olması, taşın yoğunluğu, kalisiyel dilatasyon varlığı, vücut kitle indeksi, komorbid durumlar, eldeki imkanlar ve cerrahın tecrübesinin tedavi kararını etkilediği ancak küçük ve tek taş için takip ve medikal tedavinin halen yüksek oranda uygulandığı anlaşıldı. Tedavi kararı vermeden önce uygulanan görüntüleme yöntemi konusunda fikir birliği olmadığı ve taş protokollü düşük radyasyonlu BT çekimi ve taşın HU cinsinden yoğunluğunun ESWL öncesi değerlendirilmesi konusunda farkındalığın yeterli seviyede olmadığı anlaşıldı. PNL uygulamasının halen genel anestezi ile ve pron pozisyonunda uygulanmaya devam ettiği ancak supin pozisyonun da kullanıldığı merkezlerin olduğu görüldü.

Tablo 1.

| AYTAG GRUBUNUN DİĞER ÜYELERİ | |
|---|--|
| Gökhan Atış | S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi İstanbul |
| Cemal Göktaş | S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul |
| Ömer Yılmaz | GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul |
| Fehmi Narter | S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul |
| Eyüp Veli Küçük | S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul |
| Orhan Koca | S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul |
| Murat Tuncer | S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul |
| Asıf Yıldırım | S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi İstanbul |

PREOPERATİF TAŞ SKORLAMA SİSTEMLERİNİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONUÇLARINI ÖNGÖRMEDEKİ DEĞERİ

Şükrü Kumsar, Hüseyin Aydemir, Osman Köse, Fikret Halis, İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Ahmet Gökçe, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan

S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

Amaç: Bu çalışmada, perkütan nefrolitotomi (PNL) öncesinde postoperatif taşsızlığı öngörmeye sıklıkla kullanılan Guy ve S.T.O.N.E skorlama sistemlerinin PNL' nin postoperatif sonuçlarını öngörmedeki değerini ortaya koymayı amaçladık.

Yöntem: Kasım 2010-Ağustos 2014 tarihleri arasında kliniğimizde PNL yapılan hasta bilgileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların preoperatif abdominopelvik bilgisayarlı tomografi görüntülemelerini değerlendirilerek Guy (Grade I,II,III,IV) ve S.T.O.N.E (Taş boyutu, trakt uzunluğu, obstrüksiyon, tutulan kaliks sayısı, taş dansitesi) skorlama sistemlerine göre skorlamalar yapıldı. Hastaların, demografik bilgileri, rezidüel taş varlığı, operasyon zamanı, floroskopi zamanı, yatış süresi, postoperatif erken dönem VAS ağrı skorları ve postoperatif komplikasyonları dosya bilgilerinden elde edilerek kaydedildi.

Hastaların Guy ve S.T.O.N.E skorları ile postoperatif taşsızlık oranları, modifiye Klavien sistemine göre komplikasyonları, postoperatif erken dönem VAS ağrı skorları, operasyon zamanı, floroskopi zamanı ve postoperatif yatış süresi arasındaki ilişki ki-kare testi ile karşılaştırıldı.

Bulgular: PNL yaptığımız 102 hastanın 66' sı erkek (%64,7), 36' sı kadın (%35,3) hastadan oluşmaktaydı. Hastaların yaş ortalaması 48.9±11.6 idi. Postoperatif komplikasyonlar modifiye Klavien sınıflamasına göre ayrıldığında 96 hasta klavien I (%94,1), 5 hasta klavien II (%4,9), 1 hasta (%1) klavien IIIa olarak değerlendirildi.

Postoperatif 1. Gün çekilen direkt üriner sistem grafisine göre hastaların 96' sında rezidüel taş bulunmazken (%94,1), 6 hastada(%5,9) rezidüel taş vardı.

Total S.T.O.N.E skoru ile Klavien skoru ($p<0.001$), operasyon zamanı ($p= 0.012$) ve taşsızlık ($p<0.001$) ve Guy taş skoru ile Klavien skoru ($p<0.001$), yatış süresi ($p<0.001$) ve operasyon zamanı ($p<0.001$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Her iki taş skorlama sistemi ile postoperatif erken dönem VAS ağrı skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Çıkarımlar: Guy ve S.T.O.N.E skorlama sistemleri özellikle postoperatif komplikasyonları öngörmeye önemli bir araç olarak kullanılabilir.

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONRASI ENFEKSİYON GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN PARAMETRELER

Ali Barbaros Başeskioglu, Aydın Yenilmez, İyimser Üre, Ali Ülgen, Burak Elmağaç

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Üriner sistem taş hastalığı tedavisinde temel prensip, minimum morbidite ile taşsızlık sağlanmasıdır. Günümüzde teknolojinin gelişmesiyle retrograd intrarenal cerrahi, düşük morbidite ve yüksek başarı oranlarıyla önemli bir seçenek haline gelmiştir. Dünya genelinde endoskopik ürolojik girişimler enfeksiyon gelişiminde önemli bir yer tutar. Enfeksiyon kaynağına neden olan risk faktörlerin tespiti ve önlenmesi, mortalite oranı yüksek olan ürosepsis gelişiminin önlenmesi açısından da önemli yer tutar. Bu çalışmada retrograd intrarenal cerrahi yapılan olgularda enfeksiyon gelişimini etkileyen parametreler retrospektif olarak araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya hastane kayıtları incelenen ve tüm datalarına ulaşılabilen 111 hasta dahil edildi. Tüm hastalara preoperatif idrar kültürü yapıldı. Kültür sonucu üremesi olmayan hastalara cerrahi girişim yapıldı. Üreteral akses kılıfı kullanılmadan kılavuz tel üzerinden ilerletilen fleksibl üreterenoskop (Olympus URF-P5) eşliğinde sisteme girildi ve cerrahın tercihinə göre farklı güç ayarlarında aynı holmium lazer eşliğinde taş kırma işlemi gerçekleştirildi. Postoperatif ilk hafta izlemde febril atağı olan ve idrar kültüründe üreme olan hastalar üriner enfeksiyon açısından anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 48 (14-84); 65'i (%58,6) erkek ve 46'sı (%41,4) kadındı. 93 (%83,8) hastada işlem öncesi enfeksiyon hikayesi yok; 18 (%16,2) hastada ise enfeksiyon hikayesi pozitifti. 136 renal unite (50 sağ, 36 sol ve 25 bilateral) girişim yapıldı. Bilateral taşları olan 5 hastaya aynı seansta girişim yapıldı. İşlem sonrası 97 hastada (87,4) taşsızlık sağlanırken 14 (%12,6) hastada rezidü gözlemlendi. Postoperatif 9 hastada febril atak varken kültür üremesi olmadı. 3 hastada idrar kültüründe üreme izlenirken 1 hastada idrar kültürü temiz iken kan kültüründe üreme oldu (13 hasta- %11,7). Mortalite olmadı. İstatistiksel analizde swl, taş boyutu, operasyon süresi, pre-postoperatif diversiyon varlığının postoperatif enfeksiyon gelişimi etkilemediği gözlemlendi ($p > 0.05$). Preoperatif enfeksiyon hikayesi ($p < 0.001$) ve rezidü taş kalması ($p < 0.05$) postoperatif enfeksiyon gelişimi üzerine anlamlı bulundu.

Çıkarımlar: Retrograd intrarenal cerrahi planlanan ve enfeksiyon hikayesi olan hastalarda, işlem öncesi idrar kültürü temiz olsa bile, mümkün olduğunca rezidü taş bırakmamak ve postoperatif yakın takip, morbidite ve mortaliteyi düşürecektir.

ESWL İLE TEDAVİ EDİLEN RENAL PELVİS TAŞLARINDA ÜRETERAL STENT KULLANIMININ ETKİNLİĞİ

Çağatay Doğan, Burak Özkan, Gülce Ecem Can, Nejat Tansu, Ahmet Erözenci, Bülent Önal

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada ESWL ile tedavi edilen pelvis renalis taşlarında üreteral stent kullanımının etkinliğini araştırmayı planladık.

Yöntem: 1992-2008 yılları arasında renal pelvis yerleşimli taşı olan 1361 hasta çalışmaya dahil edildi. Taş yükü düz grafide taş boyutunun santimetrekare (cm²) olarak hesaplanmasıyla tespit edildi ve hastalar taş yüküne göre <1 cm² (grup1), 1-2 cm² (grup 2) ve >2 cm² olmak üzere üç gruba ayrıldı. Ayrıca ESWL tedavisi öncesi hastalar stent kullanımına göre her grupta stentli ve stentsiz olmak üzere iki gruba ayrıldı. İstatistiksel analizde chi-square, Fisher's exact ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. Gruplar arasında tedavinin etkinliği (EQ) spesifik formül kullanılarak hesaplandı.

Bulgular: Taş boyutuna göre grup 1, 2 ve 3'te sırasıyla 514, 530 ve 317 hasta vardı. Üreteral stent grup 1'de 30 (%6), grup 2'de 44 (%8) ve grup 3'te ise 104 (%33) hastada kullanıldı. Steinstrasse oranlarına bakıldığında stentli ve stentsiz gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Taşsızlık oranı grup 2 ve 3'te stentsiz hastalarda istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. EQ değerleri stentsiz, stentli ve grubun genelinde sırasıyla grup 1'de %64, %46 ve %63.7, grup 2'de %52, %30 ve %49, grup 3'te ise %52, %30 ve %49 olarak hesaplandı.

Çıkarımlar: Sonuç olarak renal pelvis taşlarında ESWL öncesi üreteral stent kullanılmayan hastalarda taşsızlık oranını daha fazla bulundu. ESWL öncesi üreteral stent seçilmiş hasta grubunda kullanılabilir olmasına rağmen steinstrasse oranları stentli ve stentsiz hasta gruplarında farklı bulunmamıştır.

LAPAROSKOPİK CERRAHİDEKİ İLK 3 YILLIK DENEYİMLERİMİZ

Eray Gürsoy, Özgür Elvan Gökten, Hakan Çamlıkıy, Korhan Akgül, Kubilay Beyazıt, Asım Albayrak, Mustafa Odyakmaz

S.B. Çekirge Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa

Amaç: Kliniğimizde son 3 yıllık periyotta uyguladığımız laparoskopik ameliyatları retrospektif olarak değerlendirilerek ilk deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Aralık 2011 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında yaş ortalaması 48.2 (15-81) yıl, 87'si kadın ve 75'i erkek olan 162 laparoskopik girişim gerçekleştirildi. 60'ına basit nefrektomi, 34'üne böbrek kisti eksizyonu, 33'üne radikal nefrektomi ve parsiyel nefrektomi (1 hasta), 16'sına sürrenalektomi, 7'sine piyeloplasti, 4'üne üreterolitotomi, 3'üne piyelolitotomi, 1'ine radikal prostatektomi, 1'ine retrokaval üreter nedeniyle üreteroüreterostomi, 1'ine TCC nedeniyle nefroüreterektomi, 1'ine inmemiş testis nedeniyle tanısal laparoskopi ve 1'ine retroperitoneal kile nedeniyle kitle eksizyonu + nefrektomi uygulandı. Tüm operasyonlar transabdominal olarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Ortalama operasyon süreleri; basit nefrektomilerde 102 dk (70-160), radikal nefrektomilerde 122 dk (90-180), renal kist eksizyonlarında 34 dk (20-90), sürrenalektomilerde 80 dk (50-120), piyeloplastilerde 124 dk (110-150) idi. Radikal prostatektomide 250 dk olup postoperatif patolojisi T3c olarak sonuçlandı ve hasta postoperatif 2.gün eksterne edildi. Parsiyel nefrektomi 120 dk sürdü ve sıcak iskemi süresi 27dk idi. Cerrahi sınırlar negatif patolojisi papiller ca olarak sonuçlandı ve hasta postoperatif 3.gün eksterne edildi. Ortalama kan kaybı tüm vakalarda 50 ile 100 ml arasında idi. Bir hastada erken postop drenden hemorajik drenaj olması üzerine açıldı ve venacavadan ayrılan bir vane konulan metal klabin attığı gözlemlendi ve sütürüze edilip 1 ünite kan transfüzyonu uygulandı.

Çıkarımlar: Laparoskopik ürolojik prosedürler ülkemizde gittikçe artan sıklıkta uygulanmaktadır. Yeterli cerrahi eğitim ve deneyimle birlikte laparoskopik operasyonlar düşük komplikasyon oranıyla etkili ve güvenilir bir şekilde uygulanabilir.

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE YETİŞKİN HASTALARDA DİLATASYON TİPİNİN OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Sedat Karakoç, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, İlhan Çelebi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Perkütan nefrolitotomide dilatasyon sağlanması için yaygın olarak uygulanan Amplatz ve Balon dilatasyon yöntemlerinin operasyon sonuçlarına etkisi retrospektif olarak değerlendirildi.

Yöntem: Mart 2005 ile Temmuz 2014 yılları arasında kliniğimizde PNL yapılan 536 yetişkin hasta (≥ 18 yaş) çalışmaya dahil edildi. Hastalar dilatasyon türüne göre Amplatz yapılanlar (grup 1, n=164) ve Balon yapılanlar (grup 2, n=372) olarak iki gruba ayrıldı. Bu iki grup taş boyutu, operasyon süresi, yatış süresi,transfüzyon miktarı, taş yükü, access yeri, taştan arınma oranı, komplikasyon ve ek işlemler, postoperatif hemoglobin ve hematokrit kaybı açısından retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Postoperatif komplikasyonlar Clavien komplikasyon sınıflamasına göre sınıflandırıldı ve değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grubun ortalama yaş, taş boyutu, yatış süresi, operasyon süresi, postoperatif hemoglobin ve hematokrit kaybı arasında anlamlı fark yoktu. Ancak grup 2'de transfüzyon miktarı ve gereksinimi belirgin olarak daha düşüktü ($p<0,05$). Amplatz dilatasyon yapılan hastaların 73'ünde multipl taş(%44,5) ,26'sında staghorn taş (%15,9),65'inde tek taş (%39,6); Balon dilatasyon yapılan hastaların 181 tanesinde multipl taş (%48,7), 59'unda staghorn taş (%15,9),132'sinde tek taş (%35,5) mevcuttu. Grup 1'de alt polden 97(%61,1),orta kesimden 65(%39,6),üst polden 2(%1,2); Grup 2'de ise alt polden 259(%69,6),orta kesimden 108(%29),üst polden 5(%1,3) böbreğe girildi. Grup 1'de taştan arınma oranı %64,6, Grup 2'de ise taştan arınma oranı %68,8 idi. Amplatz dilatasyon yapılanlarda 6 kişide(%3,7) clavi-en grade 1 komplikasyon,5 kişide(%3) clavi-en grade 2 komplikasyon ve 14 kişide de(%8,5) clavi-en grade 3 komplikasyon görüldü. Balon dilatasyon yapılanlarda ise clavi-en grade 1 19 kişide(%5,1),clavi-en grade 2 13 kişide(%3,5),clavi-en grade 3 komplikasyon ise 24 kişide (%6,5) görüldü.

Çıkarımlar: Retrospektif analiz sonuçlarımıza göre balon dilatasyon yöntemi transfüzyon gereksinimi açısından amplatz dilatasyon yöntemine göre daha avantajlı görünmektedir.

Tablo 1. Değerlendirilen parametrelerin her iki grupta karşılaştırılması

| | GRUP 1, n=164 | GRUP 2, n=372 |
|-----------------------|---------------|---------------|
| YAŞ | 49,6±12,4 | 48,8±12,9 |
| TAŞ BOYUTU(mm) | 21,5±8,5 | 22,2±9 |
| OPERASYON SÜRESİ(dk) | 97,4±41,2 | 98,5±41,5 |
| TAŞTAN ARINMA (%) | 64,6 | 68,8 |
| YATIŞ SÜRESİ (gün) | 4,3±2,4 | 4,2±2,4 |
| ES REPLASMANI(ünite)* | 0,2±0,6 | 0,08±0,4 |
| HGB KAYBI | 1,2±1,8 | 1,2±1,3 |
| HTC KAYBI | 3,7±5,5 | 3,6±3,8 |

* $p<0,05$, istatistiksel anlamlı fark bulundu.

DEĞİŞİK LOKALİZASYONLU ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE HOLMİYUM-YAG LAZER İLE PNÖMOTİK LİTOTRİPSİ TEKNİKLERİNİN BAŞARI KARŞILAŞTIRMASI

Bumin Örs, Yasin Ceylan, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Serkan Yarimoğlu, Süleyman Minareci

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Üroloji pratiğinde en sık yaptığımız ameliyatlardan olan URS'nin değişik lokalizyanlardaki taşların tedavisindeki etkinliğini karşılaştırdık.

Yöntem: Çalışmaya toplam 123 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $46 \pm 12,5$ idi. 47 (%38) hastaya sol, 66 (%62) hasyaya sağ URS genel veya spinal anestezi altında 9.5 Fr üreterorenoskop kullanılarak yapıldı. 64 (%52) hasta üst üreter, 49 (%48) hasta da alt üreter taşı mevcut idi. Litotripsi amacıyla; Ho:YAG lazer litotriptör ve pnömotik litotriptör kullanıldı. Migrate olan taşlara için flexible uretereskop kullanıldı. URS esnasında taşlar 2 mm boyutuna kadar kırılarak bırakıldı. URS sırasında görüşü sağlamak için sıvı olarak serum fizyolojik kullanıldı. İşlem sonrası kalan taş kırıntılarında veya işlem sonrası üreteral ödemden kaynaklanan böbrek kolikini önlemek için hastalara 4,8 Fr üreteral kateter yerleştirildi.

Bulgular: Pnomotik litotripsi uygulanan 10 mm üstü üst üreter taşlı hastalarda %60 migrasyon olur iken, Laser litotriptör kullandığımız hastalarda bu oran %12,5 idi. ($p < 0,005$) Alt üreter taşlarında ise her iki hasta grubunda migrasyon saptanmadı. Pnomotik litotriptör kullanılan 10 mm altı üst üreter taşların da ise %43 migrasyon olur iken Laser litotriptör kullanılan hastalarda ise bu oran %5 idi ($p < 0,005$). 10 mm küçük alt üreter taşlarında migrasyon oranı pnomotik litotriptör kullanılan hastalarda %35 iken laser litotriptör kullanılan hastalarda ise %6 idi ($p < 00,5$).

Çıkarımlar: Laser litotripsi başarı oranı yüksek, kabul edilebilir komplikasyon oranı ile üreter taşlarının tedavisinde güvenle kullanılabilir.

STAGHORN BÖBREK TAŞLARININ TEDAVİSİNDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Sedat Öner, Murat Aydos, Mehmet Hakan Üstün, Metin Kılıç, Abdullah Erdoğan, Murat Şambel, Ahmet Tuğay Yıldırım, Murat Demirbaş

S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

Amaç: Staghorn böbrek taşlarının tedavisinde perkütan nefrolitotomi (PNL), kombine tedaviler (PNL-ESWL, PNL-PNL, PNL-ESWL-PNL) ve açık cerrahi uygulanabilecek yöntemlerdir. Bu çalışmada kliniğimizde PNL ile tedavi edilen staghorn taşlı hastaların sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Kasım 2003– Ağustos 2014 tarihleri arasında yaş ortalaması 48,4 yıl (5-77) olan 246 hastaya (98 kadın, 148 erkek) staghorn böbrek taşı nedeniyle PNL yapılmıştır (104 sağ, 142 sol). Böbreklerin 212'si primer (%86,1), 29'si sekonder (%11,7), 4'ü tersiyer, (%1,6), 1'i (%0,4) kwarternerdir. Tüm hastalarda 30F amplatz dilatasyon yapılmıştır.

Bulgular: İki boyuttan hesaplanan ortalama taş alanı 1905 mm² dir (80–9500). Anestezi süresi ortalama 106,1 dk (45–360), ameliyat süresi ortalama 75,1 dk (15–300) olarak gerçekleşmiştir. Vaka başına 2,1 renal akses (1-7) yapılmıştır. Ortalama 16127 cc serum fizyolojik (1800–45000) kullanılmıştır. PNL sonrası taşsızlık 163 böbrekte (%66,2) sağlanmıştır. 4 mm'den küçük rezidiv fragmanlar klinik önemsiz kabul edildiğinde başarı oranı %90,6 (223/246) olmuştur. 59 hastaya (%24) kan transfüzyonu yapılmıştır. İki hastada embolizasyon gerektiren kanama (%0,8), 4 hastada da konservatif tedavi ile düzelen hidrotoraks (%1,6) dışında majör komplikasyon görülmemiştir. Hastaların nefrostomi geçirdikleri süre 2,9 gün (1-13) ve yatış süreleri 3,7 gün (1-25) olmuştur.

Çıkarımlar: Staghorn taşların tedavisinde PNL kabul edilebilir başarı oranıyla (%90,6) tercih edilebilecek bir tedavi yöntemidir. Kan transfüzyonu oranı staghorn olmayan taşlara göre yüksek olmakla beraber minimal invaziv olması ve hastanede kalış süresinin az olması bu yöntemin avantajları olarak gözükmektedir.

KONTRASTSIZ TOMOGRAFİ İLE TAŞ YÜKÜ ÖLÇÜMÜNÜN RETROGRAD İNTRA RENAL CERRAHİNİN BAŞARISININ TAHMİNİ ÜZERİNE ETKİSİ

Hakan Kılıçarslan¹, Yurdaer Kaynak², Onur Kaygısız¹, Yakup Kordan¹, Emre Ökeer³, Burhan Coşkun¹, Deniz Sığırılı⁴

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

²S.B. Eskişehir Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir

³Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Bursa

⁴Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Preoperatif taş hacmi ve taş alanı ölçümünün retrograd intra renal cerrahi (RİRC) sonrası taşsızlık durumunu öngörmedeki prediktif değerini karşılaştırmak.

Yöntem: Böbrek taşı nedeniyle RİRC uygulanmış ve operasyon öncesi ve sonrası kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesi bulunan 68 hasta çalışmaya dahil edildi. Staghorn taşı olan ve işlem sırasında taşına ulaşılmayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Taşsızlık kriteri 3 ay sonunda BT de taş saptanmaması olarak kabul edildi. BT de taş hacmi bir bilgisayar programı yardımıyla ve taş alanı ise matematiksel hesaplamayla aynı radyolog tarafından hesaplandı. Taşsızlık durumu ile ilgili muhtemel prediktif faktörler lojistik regresyon modelinde incelendi.

Bulgular: Tek değişkenli analiz sonuçlarına göre cinsiyet, taş alanı ve taş hacmi taşsızlık durumu ile ilişkili bulunurken, yaş, taş sayısı, lokalizasyonu, giriş kılıfı kullanımı, daha önce başarısız SWL uygulamaları, cerrahiler ilişkili bulunmadı. Taş alanı ve taş hacmi arasında iyi bir korelasyon mevcuttu. ($r:0.866$, $p<0.001$) Taş alanı ve taş hacminin çift yönlü karşılaştırmalarında ROC eğrilerinin taşsızlık durumunu tahmin etmede anlamlı olmadığı görüldü ($p=0.274$). Çok değişkenli analizlerde taşsızlık durumunu öngörmede yalnızca taş alanı anlamlı bulundu. ($p=0.001$)

Çıkarımlar: RİRC sonrası taşsızlık durumunu öngörmede taş alanı ve taş hacmi etkili olmakla beraber yalnızca taş alanı hesaplaması bağımsız bir belirteç olarak bulunmuştur.

KLİNİĞİMİZDE SWL TEDAVİSİ UYGULANAN HASTALARDA II. VE III. JENERASYON LİTOTRİPTÖRLERİN BAŞARI ORANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Murat Gezer, Çetin Demirdağ, Nejat Tansu, Berin Selçuk, Çağatay Doğan, Ahmet Erözenci, Bülent Önal

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Üriner sistem taşlarının SWL ile tedavisi sırasında II. (Lithostar) ve III. jenerasyon (Lithoskop) litotriptörlerin başarı oranlarının karşılaştırılması.

Yöntem: Ocak 1992 ve Ağustos 2008 tarihleri arasında Lithostar ile SWL uygulanan 4987 hasta ile Mayıs 2012 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında Lithoskop ile SWL uygulanan 302 hasta retrospektif olarak incelendi. Tedavi sonrası başarı oranları hem yaş hem de taş yükleri açısından cihazlar için ayrı ayrı değerlendirildi. Sonuçlar, taşsızlık ve başarısızlık olarak iki gruba alındı. Klinik önemsiz rezidüel fragmanlar başarısız olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması II. ve III. jenerasyon cihazlar için sırasıyla 41 ve 39'du ($p>0.05$). Her iki cihazın toplam başarı oranları sırasıyla %75.6 ve %62.3 olarak saptandı ($p<0.05$). Pediatrik hasta sayıları ise 395 ve 45'ti. Pediatrik yaş grubunda başarı %76.7 ve %68.9 olarak bulundu ($p>0.05$). Erişkinlerde ise başarı %75.5 ve %61.1 olarak saptandı ($p<0.05$). Taş yükü II. jenerasyon litotriptörün kullanıldığı hasta grubunda daha yüksek bulundu (1.2 cm² vs. 0.83 cm² $p<0.05$). Bu nedenle taş yüküne göre alt grup analizi yapıldığında (0-1 cm², 1.1-2 cm², >2 cm²), başarı oranları 0-1 cm² ve 1.1-2 cm² arası taş yükü olanlarda III. jenerasyon cihaz ile başarı oranlarının daha düşük olduğu saptandı ($p<0.05$). 2cm² ve üstü taşı olan hastalar için litotriptörler arasında başarı açısından anlamlı fark bulunmadı.

Çıkarımlar: II. ve III. jenerasyon litotriptörlerin başarı oranları birbirine yakın olmakla birlikte III. Jenerasyon litotriptörün başarısının daha düşük olması hasta sayısının daha az olması ile ilişkili olabilir.

SELEKTİF ALFA-BLOKER TEDAVİSİNİN ÜRETEROSKOPIK LİTOTRİPSİ CERRAHİSİ ÜZERİNE ETKİSİ

Yılören Tanıdır¹, Mehmet Kazım Asutay², Ferhad Talıbzade², Ahmet Şahan², İlker Tinay², Cem Akbal², Ferruh Şimşek²

¹İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Güncel çalışmalar üreter taşlarında ekspulsif amaçlı verilen alfa-bloker tedavisini önermektedir. Selektif alfa-bloker tedavisinin üreter kas tabakasında relaksasyona yol açarak taşın spontan düşmesini sağladığı belirtilmektedir. Bu çalışmada tamsulosin veya silodosin tedavisinin üreteroskopik litotripsi (URS) cerrahisi üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 2010-2014 yılları arasında üreteroskopik litotripsi uygulanan toplam 270 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Cerrahi işlem holmium-YAG lazer yardımıyla yapıldı. Hastalar ekspulsif tedavi alma durumlarına göre iki gruba ayrıldı: çalışma grubu (n=51) tamsulosin veya silodosin yanında geleneksel tedavi olarak hidrasyon ve analjezik alan hastalardan, kontrol grubu (n=219) ise sadece geleneksel tedavi yöntemleri kullanılan hastalardan oluşturulmuştur. İki grup peroperatif ve postoperatif bulgularına göre çeşitli açılardan karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastalar içerisinde yaş, cinsiyet, taşın üreter içerisindeki yerleşimi, taş hastalığının yönü ve taş boyut açısından anlamlı fark tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 1). Her iki grup arasında URS başarısı ve hastanede yatış süresi açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$) (Tablo 1-2).

Çıkarımlar: Çalışmamızda, üreter taşı bulunan hastaların endoskopik girişim öncesi alfa-bloker tedavisine maruz kalması gerek cerrahi başarısına gerekse hastane yatış süresine katkı sağlamadığı bulunmuştur.

Tablo 1. Çalışmaya alınan hastaların bazı demografik özellikleri verilmiştir.

| | Çalışma grubu (n=51) | Kontrol grubu (n=219) | p değeri | |
|------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Yaş (yıl) | 42,1±12,8 | 29,3±16,4 | 0,258 ^a | |
| Erkek/Kadın (n)/(n) | 41/10 | 145/74 | 0,049 ^b | |
| Sağ/Sol üreter (n)/(n) | 26/25 | 118/101 | 0,756 ^b | |
| En geniş taş çapı (mm) | 1,4±0,75 | 1,3±0,5 | 0,268 ^a | |
| Taşın lokalizasyonu | Distal | 27(52,9%) | 115(52,5%) | 0,514 ^b |
| | Orta üreter | 18(35,3%) | 65(29,7%) | |
| | Proksimal | 6(11,8%) | 39(17,8%) | |
| Hastanede yatış süresi | 1,4±1,2 | 1,9±2,0 | 0,064 ^a | |

^a t testi, ^b ki-kare testi

Tablo 2: Taşsızlık sağlanan hastaların gruplara ve taş yerleşimine göre dağılımı verilmiştir.

| | Çalışma grubu (n=51) | Kontrol grubu (n=219) | p değeri | |
|-------------------|----------------------|-----------------------|-------------|--------------------|
| Taş lokalizasyonu | Distal | 25 (92,6%) | 104 (%90,0) | 0,726 ^b |
| | Orta üreter | 15 (83,3%) | 50 (%76,9) | 0,559 ^b |
| | Proksimal | 4 (66,7%) | 24 (%61,5) | 0,809 ^b |
| | Toplam | 44(86,3%) | 178(%81,3) | 0,401 ^b |

^a t testi, ^b ki-kare testi

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE KLAVUZ TEL SEÇİMİ

İzzet Çiçekbilek, Adem Tok, Tamer Alışkan, Okan Yvuzalp, Buğra Karakaş,
Necmettin Aydın Mungan

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Biz bu çalışmamızda perkütan nefrolitotomi (PNL) ameliyatında kullanılan klavuz tel seçiminin perioperatif ve postoperatif sonuçlara etkisini araştırmayı planladık.

Yöntem: Kliniğimizde Nisan 2013 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında PNL yapılan 123 olgudan pelvis ve/veya alt pol taşı olan 105 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların 55'inde 0,038", 150 cm, j uçlu ptfle kaplı klavuz tel kullanıldı (grup 1), kalan 50 olguda ise 0,035", 180 mm hidrofilik klavuz tel kullanıldı (grup 2). Tüm olgularda tek giriş ile standart pnl tekniği uygulandı. Hastaların demografik verileri, taş boyutu, ilk girişte klavuz telin üretere ilerletilme oranı, taşa ulaşma süresi, operasyon süresi, başarı oranları kaydedildi.

Bulgular: Grup 1 ve grup 2 de hasta yaş ortalaması sırası ile 42,4 yıl (22-63) ve 39,8 yıl (17-58) iken, ortalama taş boyutu sırası ile 35 mm (20 – 50 mm) ve 32 mm (18 – 45 mm) idi. İlk girişte klavuz telin üretere ilerletilme oranı grup 1'de 8 (%14), grup 2'de ise 20 (%40) idi ($p<0.05$). Taşa ulaşma süresi ilk grupta ortalama 11,5 dk (6-26 dk) iken ikinci grupta 9,4 dk (5-23 dk), operasyon süresi ise sırasıyla 65,4 dk (30-85 dk) ve 57,4 dk (35-80 dk) olarak hesaplandı. Başarı oranları ise Grup 1'de 48 (%87) iken grup 2'de 44 (%88) olarak hesaplandı.

Çıkarımlar: Her iki tip klavuz tel de PNL de güvenle kullanılabilir. Klinik başarı oranları her iki grupta da benzer bulundu, fakat ilk girişte klavuz telin üretere spontan ilerleme oranının daha yüksek olmasından ötürü hidrofilik tel kullanılan grupta taşa ulaşma süresi ve operasyon süresi nisbeten daha kısa bulunmuştur.

PROKSİMAL ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ: TEK CERRAH DENEYİMLERİ

Deniz Abat¹, Adem Altunkol¹, Durmuş Alparslan Demirci¹, Yıldırım Bayazıt²

¹S.B. Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Adana

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Proksimal üreter taşları için alternatif bir tedavi yöntemi olan, laparoskopik üreterolitotomi operasyonunun sonuçlarını sunmaktır.

Yöntem: Kasım 2011 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında yaş ortalaması $40,2 \pm 17,07$ (15 – 70) yıl olan, 22'si (%75,9) erkek, yedisi (%24,1) kadın toplam 29 hastaya laparoskopik üreterolitotomi uygulandı. Taş boyutu ortalaması $16,4 \pm 4,2$ (8-30) mm idi. Taşların dokuzu (%31) sağ, 20'si (%69) sol üreterdedi. Operasyon endikasyonu kararında; taşın impakte ve/veya boyutunun ≥ 15 mm olması, başarısız şok dalga tedavisi veya endoskopi girişimi öyküsü ve hastanın sosyo-ekonomik durumu etkili oldu.

Bulgular: Operasyonların tamamı transperitoneal yolla yapılırken 22 (%75,9) hastada üç port, yedi (%24,1) hastada dört port kullanıldı. Ortalama operasyon süresi $143,1 \pm 35,54$ (90 – 240) dakika olarak hesaplandı. Operasyon sırasında dört hastada üreterdeki taş böbreğe migrate olurken bir hastada diseksiyon sırasında vena kava yaralanması meydana geldi. Taşın böbreğe migrate olduğu dört hastanın üçünün renal toplayıcı sistemine, insize edilen üreter açıklığından semi-rigid üreteroskopa, portların uygun açıda olan birinden girilerek taşlar basket yardımıyla alındı. Bir hastanın taşı ise böbrek içine verilen serum fizyolojik irrigasyonu ile dışarı alındı. Vena kava yaralanması da laparoskopik sütür tekniğiyle açık cerrahiye geçilmeden onarıldı. Bu hastaya iki ünite kan transfüzyonu yapıldı. Hiç bir hastada açık cerrahiye dönülmedi. Operasyon sonrası ikinci gün bir hastaya drenden uzun süre ıslatması olması üzerine JJ stent konuldu. Diğer bir hastada operasyon sonrası gelişen hipokalsemi ve hipokalemi medikal tedaviyle düzeltilirken, pulmoner emboli gelişen bir hasta ise yoğun bakım ünitesinde tedavi edildi. İki hastada gelişen idrar yolu enfeksiyonu parenteral olarak tedavi edildi. Ortalama üretral kateter çıkarılma süresi $29,2 \pm 20,9$ (6-120) saat ve drenaj kateteri çıkarılma süresi $46,9 \pm 30,9$ (18-168) saat olarak belirlendi. Ortalama taburcu olma süresi $61,2 \pm 33,9$ (22-192) saattir. Hastaların tamamında üreterdeki taşlar temizlendi. Ayrıca eş zamanlı böbrek taşı olan yedi hastanın böbrek taşları insize edilen üreter açıklığından semi-rigid üreteroskopa, portların uygun açıda olan birinden girilerek basket yardımıyla alındı.

Çıkarımlar: Laparoskopik üreterolitotominin proksimal üreter taşlarının tedavisinde endikasyonları sınırlı olmakla birlikte, uygun hastalarda, tek seansta tam taşsızlık sağlaması, komplikasyon oranlarının kabul edilir düzeyde olması ve laparoskopik cerrahinin sağladığı kozmetik, hızlı iyileşme, kısa hastanede kalış süresi gibi avantajlar göz önüne alındığında güvenle tercih edilebilecek bir yöntem olduğu kanısındayız.

ÜRETRA DARLIĞINDA ENDOSKOPIK TEDAVİ YÖNTEMLERİ: 6 YILLIK DENEYİMİMİZ

Hüseyin Buğra Karakaş, Adem Tok, İzzet Çiçekbilek, Tamer Alışkan, Okan Yavuzalp, Engin Denizhan Demirkıran, Necmettin Aydın Mungan

Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Amaç: Bu çalışmada, son 6 yıl içinde üretral darlık nedeniyle opere edilen hastaların verileri analiz edildi

Yöntem: 2008 ve 2014 yılları arasında üretral darlık nedeniyle opere edilen 114 hasta incelendi. Hastaların yaşı, uygulanan tedavi yöntemi, üretral kateterizasyon süresi, perioperatif ve postoperatif komplikasyon oranları değerlendirildi

Bulgular: Toplam 114 hastaya üretral darlık nedeniyle endoskopik cerrahi uygulandı. Ortalama yaş 32 ± 7 yıl (24-85 yıl) idi. Yirmi dokuz (%25.4) vakaya Ho:YAG lazer üretrotomi, 39 (%34.2) vakaya soğuk bıçakla internal üretrotomi, 46 (%40.4) vakaya dilatasyon uygulandı. Dilatasyon uygulanan 11 hastanın etyolojisinde radikal prostatektomi sonrası mesane boynu kontraktürü olduğu görüldü. Bu 11 hastanın tedavisinde nefrostomi traktını dilate etmek için kullanılan renal dilatatörler kullanıldı. Rekürren üretra darlığı nedeniyle tekrar operasyon gereken 9 hasta (%8) nüks üretra darlığı olarak kabul edildi. Operasyon sonrası ortalama üretral kateterizasyon süresi 1.8 gündü (1-10 gün). Hemoraji, yalancı yol, bakteriyemi, üriner retansiyon, epididimit gibi intraoperatif veya postoperatif komplikasyon izlenmedi.

Çıkarımlar: Üretral darlıkların tedavisinde soğuk bıçak ve lazerle darlığın insizyonu oldukça başarılıdır. Radikal prostatektomi sonrası gelişen mesane boynunun basit darlıkları dilatasyonla tedavi edilebilir. Cerrahi tekniğin seçimi cerrahın tecrübesi ve hastanenin olanaklarına göre yapılır. Üretral striktürlerin yüksek rekürrens oranları nedeniyle cerrahi müdahalenin çeşidine karar vermek ürologlar için kritik ve önemli bir konudur.

ROBOTİK YARDIMLI LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Burak Özkan¹, Enis Rauf Coşkun¹, Veli Yalçın²

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Üroloji, İstanbul

²Bakırköy Acıbadem Hastanesi Üroloji Bölümü, Üroloji, İstanbul

Amaç: Böbrek kitlesi nedeniyle gerçekleştirdiğimiz Robotik yardımcı laparoskopik parsiyel nefrektomi (RYLPN) sonuçlarımızı paylaşmak.

Yöntem: Mayıs 2010- Nisan 2014 tarihleri arasında böbrek kitlesi nedeniyle toplam 31 hastada (6 kadın, 25 erkek) Da Vinci Si sistemi kullanılarak RYLPN işlemi gerçekleştirildi. Operasyonlar transperitoneal olarak ve 4 port kullanılarak yapıldı.

Bulgular: RYLPN uyguladığımız hastalarımızın ortalama yaşı 55 .7 olarak (30-78) hesaplandı. Parsiyel nefrektomi materyallerinin patolojik değerlendirmesine göre 1 hasta anjiomyolipom, 2 hasta da onkositom, 7 hasta da komplike yapıda böbrek kisti ve 21 hastada renal hücreli karsinom saptandı. Ortalama operasyon süresi 200 dakika (150-250), ortalama kan kaybı miktarı ise 280 ml (150-400) olarak hesaplandı. Ortalama böbrek kitlelerinin boyutu 4 cm (3-8) idi. Hiçbir hastada açık cerrahiye dönüşüm olmadı ve işlemler sorunsuz olarak tamamlandılar. Postoperatif erken dönemde 1 hastada yaygın ciltaltı ekimozu gelişti. Takipler esnasında patolojisi renal hücreli karsinom gelen bir hastamızda 12. ayda opere olan böbrekte yaklaşık 3 cm lik psödoanevrizma gelişimi yine parsiyel nefrektomi materyali komplike kist olarak gelen bir hastamızda da port yerinde herni gelişimi saptandı. Patolojisi renal hücreli karsinom gelen 21 hastanın cerrahi sınırları temiz olarak değerlendirildi. Hastaların takiplerine halen sorunsuz olarak devam edilmektedir.

Çıkarımlar: Robotik yardımcı parsiyel nefrektomi laparoskopinin sunduğu avantajlara ek olarak işlemin daha kontrollü ve ergonomik olarak yapılabilmesine olanak sağlamakta, minimum kan kaybı ve hızlı iyileşmenin yanında uygun vakalarda onkolojik olarakda laparoskopik ve açık parsiyel nefrektomi ile benzer sonuçlar sağlamaktadır.

ÖNCESİNDE PROSTAT CERRAHİ ÖYKÜSÜ OLAN SONRASINDA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPIK PROSTATEKTOMİ OPERASYONU GEÇİREN HASTALARIN KLİNİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARI.

Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargi, Kamil Gökhan Şeker, Fuat Aksun, İsmail Yiğitbaşı, Volkan Tuğcu

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışmanın amacı, öncesinde TURP veya açık prostatektomi operasyonu öyküsü olan hastaların robot yardımcı radikal prostatektomi sonrası cerrahi, onkolojik, fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmek.

Yöntem: Ağustos 2009 yılı ile mart 2013 yılları arasında RALP geçiren 380 hasta retrospektif olarak tarandı. Taranan 380 hastadan primer mesane çıkım obstruksiyonu nedeniyle (20 TUR-P ve 5 TVP) cerrahi öyküsü mevcut olan 25 hasta seçildi (Grup 1). Aynı nitelik ve patolojik karakterde öncesinde prostat cerrahi öyküsü olmayan 36 hasta ise kontrol grubu olarak seçildi (Grup 2). Hastaların operasyon sonrası nitelik, komplikasyon ve fonksiyonel sonuçları 12 aylık takip süresince değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grubun peroperatif yaş, beden kitle indeksi, PSA, prostat volümü, klinik evre gleason skor, D'aminico risk, ASA, IPSS, kontinans, potans oranları benzerdi. Kontrol grubu ile kıyaslandığında, prostat cerrahi öyküsü bulunan hastaların konsol süresinin ve kanama miktarının daha fazla olduğu izlendi. İki grup arasında patolojik evre, cerrahi sınır pozitifliği ve sinir koruyucu prosedür açısından anlamlı fark saptanmadı. İdrar kaçırma oranı sonda çıkarıldığı anda (>4 gün) grup 1'de kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bulundu (%12 vs %2,8). Sırasıyla hastaların %12'si ve %11,1'inde biyokimyasal rekürens olduğu izlendi. Takiplerde kontinans ve potans oranları arasında anlamlı fark izlenmedi.

Çıkarımlar: RALP operasyonu öncesinde TUR-P veya açık prostatektomi geçiren hastalarda uzun konsol süresi ve fazla kan kaybından dolayı zorlayıcı bir prosedürdür. Buna rağmen insidental olarak TURP veya açık prostatektomi sonrası prostat Ca. saptanan hastalara radikal tedavi olarak RALP düşünülebilir. Anostomoz problemleri sorun olmasına rağmen, perioperatif, kontinans ve kısa dönem onkolojik sonuçları umut vericidir. Sonuç olarak öncesinde TURP veya açık prostatektomi operasyonu öyküsü olan hastaların robot yardımcı radikal prostatektomi sonrası cerrahi, onkolojik, fonksiyonel sonuçlarını daha iyi değerlendirmek için daha fazla takip süresi ve hasta sayısına ihtiyaç vardır.

EKTRAPERTİTONEAL LAPAROSKOPIK RADİKAL PROSTATEKTOMİDE ASENDAN YÖNTEMİN DESENDEN YÖNTEME GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI

Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker,
Buğra Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan, Volkan Tuğcu

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Radikal prostatektomi lokalize prostat kanserinde uygulanan standart yöntemdir (1). İlk laparoskopik radikal prostatektomi (LRP) serisi Schuessler ve arkadaşları (2) tarafından bildirildi. Rassweiler ve arkadaşları bu klasik retropubik radikal prostatektomiyle paralel farklı bir teknik geliştirmiştir (Heilbronn technique) (5). 2001'de Bollens ve arkadaşları ekstraperitoneal standart bir LRP yöntemi standardize edilmiştir. Burada asendan yöntem desenden yönetime göre onkolojik ve fonksiyonel olarak karşılaştırılmıştır.

Yöntem: 135 laparoskopik radikal prostatektomi yapılan lokal prostat kanserli hasta değerlendirilmiştir. İlk 42 hasta (%31)'da asendan yöntemle, sonraki 93 hasta (%69) desenden yöntemle ekstraperitoneal laparoskopik radikal prostatektomi yapıldı. Bütün hastaların yaş, klinik evre, preoperatif PSA değeri, prostat hacmi, Gleason skoru, potens ve kontinans durumu kaydedildi, aynı zamanda operasyon zamanı, cerrahi ve medikal komplikasyonlar, kan kaybı, hospitalizasyon ve kateterizasyon süreleri kaydedildi.

Bulgular: İki grup arasında BMI ve IIEF skoru dışında anlamlı fark saptanmadı. Operasyon süresi asendan yöntemde desenden yönetime göre uzun olduğu saptandı ($p<0.05$). Tahmini kan kaybı ve kan transfüzyonu desenden yöntemde az olduğu saptandı ($p<0.05$). Asenden grupta 9, desenden grupta 3 hastaya kan transfüzyonu yapıldı. Hospitalizasyon ve kateterizasyon süresi olarak desenden yöntemde daha azdı. Asenden yöntemde toplam 42 hastada (%61) 26 komplikasyon, desenden yöntemde toplam 93 (%11) hastada 11 komplikasyon gerçekleşti. Klinik ve patolojik evre açısından iki yöntem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Her iki grupta 12 aylık takipte üriner inkontinans saptanmadı.

Çıkarımlar: Her iki grubun erken onkolojik sonuçları aynı olarak saptandı. Peroperatif parametreler ve komplikasyonlar açısından desenden yöntem daha üstün olarak saptanmıştır.

BÖBREK TAŞINI TAKLİT EDEN RENAL ARTER ANEVİZMASI: OLGU SUNUMU

Muhammed Bahattin Ulu¹, Süleyman Tümer Çalıřkan¹, Esra Kayahan Ulu²,
Aslı Tanrıvermiş Sayıt³

¹Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Samsun

²Özel Medicalpark Samsun Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Samsun

³Gazi Devlet Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Samsun

Amaç: Renal arter anevrizması en sık görülen ikinci viseral anevrizmadır (%15-22). Kadınlarda daha sık görülür. Lezyonlar genelde sakküler tipte olup ana renal arterin bifurkasyonu düzeyinde izlenir. Soliter böbreği olan bayan olguda renal taş taklit eden distal renal arter anevrizmasının radyolojik ve klinik bulguları sunuldu.

Yöntem: 67 yaşında bayan olgu sol yan ağrısı ve hematüri bulguları ile kliniğimize başvurdu. Hastaya tanı amaçlı abdominal ultrasonografi (USG) ve taş protokolü bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri yapıldı.

Bulgular: Abdominal USG tetkikinde solda minimal-orta derecede hidroüreteronefroz saptandı. Ayrıca üst-orta pol düzeyinde, posteriorunda akustik gölgelenme izlenen, 12 mm çapında hiperekojenite öncelikle taş ile uyumlu olarak rapor edildi. Taş protokolü BT tetkikinde ise sol böbrek üst-orta pol düzeyinde 12 mm çaplı hiperdens lezyon izlendi (Şekil 1). Ayrıca sol üst kadranda dalak hilusunda splenik arter düzeyinde periferik kalsifikasyonlar gösteren anevrizmatik genişlemeler görülmesi nedeni ile sol renal arter anevrizması ekarte edilemedi. 3 boyutlu rekonstrüksiyon görüntülerde hiperdens lezyonun sol renal arterin üst-orta pole giden distal dalları ile devamlılığı izlendi ve anevrizma ile uyumlu olarak değerlendirildi. Semptomları düzelen olguya üç gün sonra yapılan USG tetkikinde hidronefrozun kaybolduğu izlendi.

Çıkarımlar: Literatürde renal arter anevrizmasının insidansı % 0,7-1 olarak rapor edilmiştir. Çoğu olgu asemptomatik olup semptomlar anevrizma rüptürü, periferik vasküler yatakta embolizasyon veya arteriyel tromboz nedeni ile olmaktadır. Bizim olgumuzda olduğu gibi yan ağrısı ve hematürisi olan olgularda yapılan USG tetkikinde saptanan pelviste hiperekojenite öncelikle taş ile uyumlu olarak rapor edilmektedir. Ancak anevrizmalar semptom ve görüntüleme bulguları olarak taş taklit edebileceğinden BT tetkikinde halkasal kalsifikasyon ve ek viseral anevrizmalar saptandığında anevrizma ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.



Şekil 1.

PROKSİMAL ÜRETER TAŞLARINA FLEKSİBL ÜRETERENOSKOPİ

Ali Barbaros Başeskioglu, İyimser Üre, Aydın Yenilmez, Ali Ülgen, Burak Elmağaç, Turgut Dönmez

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Günümüzde distal üreter taşlarının ilk basamak tedavisi rijid üreterenoskopi'dir. Ancak proksimal üreter taşlarının standart tedavisi halen tartışmalıdır. Son yıllarda proksimal üreter taşlarında fleksibl üreterenoskopinin başarı ile uygulanabileceği literatürde yerini almaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde proksimal üreter taşlarına uygulanan fleksibl üreterenoskopi sonuçları sunulmaktadır.

Yöntem: Çalışmaya hastane kayıtları incelenen ve tüm datalarına ulaşılabilen 28 hasta dahil edildi. Tüm hastalara preoperatif idrar kültürleri yapıldı. Üreteral akses kılıfı kullanılmadı. Preoperatif diversiyonu olmayan hastaların üreter orifislerine balon dilatasyon yapıldı. Kılavuz tel üzerinden ilerletilen fleksibl üreterenoskop (Olympus URF-P5) eşliğinde sisteme girildi ve cerrahın tercihine göre farklı güç ayarlarında aynı holmiyum lazer eşliğinde taş kırma işlemi gerçekleştirildi. İşlem sonrası hastalar direk üriner sistem grafisi, ultrasonografi ve intravenöz pyelografi ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 41 (22-84); 15'i (%53,6) erkek ve 13'ü (%46,4) kadındı. 25 taş radyopak, 1 taş semi-opak, 2 taş non-opak olmak üzere 16'sı sağ toplayıcı sisteme 12'si sol toplayıcı sisteme girişim yapıldı. 13 (%53,6) hastaya işlem öncesi swl uygulanmıştı. Ortalama taş boyutu 105mm² (49-400 mm²)'di. 11 (%39,3) hastada işlem öncesi djs bulunmaktaydı. Ortalama ameliyat süresi 45 dakikaydı (35-80). İşlem sırasında 18 hastada (%64,3) anklave taş olduğu görüldü. Postoperatif 4 hastada (%14,3) diversiyon kullanılmazken yine 4 hastaya (%14,3) üreter kateteri konuldu ve birinci gün çekildi. 20 hastaya (%71,4) djs yerleştirildi. İşlem sonrası değerlendirmelerde tüm hastalarda rezidü taş saptanmadı. İki hastada (%7,1) erken dönemde üriner enfeksiyon gözlenirken başka komplikasyona rastlanılmadı.

Çıkarımlar: Fleksibl üreterenoskopi, anklave taşlar da dahil olmak üzere proksimal üreter taşlarında yüksek başarı ve minimum komplikasyon oranı ile uygulanabilir bir yöntemdir.

BÖBREK TÜMÖRLERİNDE 2 YILLIK LAPAROSKOPIK RADİKAL NEFREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Eray Gürsoy, Özgür Elvan Gökten, Hakan Çamlıkıy, Korhan Akgül, Kubilay Beyazıt, Asım Albayrak, Mustafa Odyakmaz

S.B. Çekirge Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa

Amaç: Böbrek tümörlerinin tedavisinde 2 yıllık laparoskopik cerrahi deneyimimizin sunulması.

Yöntem: Haziran 2012 ile Temmuz 2014 arasında kliniğimizde klinik evresi T1 ile T2 olan toplam 32 hastaya böbrek tümörü nedeniyle Laparoskopik Radikal Nefrektomi uygulandı. Tüm ameliyatlarda transperitoneal yöntem kullanıldı. İşlem sırasında 4 port kullanıldı. Kolon medialize edilip iliak çaprazda üreter bulunup askıya alınarak pediküle ulaşıldı. Pedikül 20 vakada hem-o -log weck kliplerle ve 12 vakada vasküler endo-gia stapler ile geçildi. Spesmen modifiye gibson insizyon yapılarak çıkarıldı.

Bulgular: Hastaların 17'si erkek 15'i kadın olmak üzere kitlelerin 20'si sol ve 12'si sağ böbrek yerleşimliydi. Ortalama hasta yaşı 53.5 (21-81), ortalama operasyon süresi 122dakika (90-180), ortalama kan kaybı 100ml (50-200) ve ortalama tümör boyutu 70mm (34-150) idi. Bir hastada erken postop drenden hemorajik drenaj olması üzerine açıldı ve venacavadan ayrılan bir vene konulan metal klibin attığı gözlemlendi ve sütürüze edilip 1 ünite kan transfüzyonu uygulandı. Ortalama hastanede kalış süresi 3.2 gün (2- 5) idi. 32 hastanın da patolojisi böbrek hücreli karsinom olarak sonuçlandı ve cerrahi sınırlar negatif idi.

Çıkarımlar: Laparoskopik Radikal Nefrektomi böbrek tümörlerinin tedavisinde güvenle uygulanabilen, iyi perioperatif ve onkolojik sonuçları olan minimal invaziv bir tekniktir.

ADRENAL KİTLELERE YAKLAŞIMDA 1 YILLIK LAPAROSKOPİK SÜRRENALEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Eray Gürsoy¹, Özgür Elvan Gökten¹, Özen Öz Gül², Mutlu Güneş²

¹S.B. Çekirge Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa

²S.B. Çekirge Devlet Hastanesi, Endokrinoloji Kliniği, Bursa

Amaç: Adrenal kitlelerin tedavisinde 1 yıllık laparoskopik cerrahi deneyimimizin sunulması.

Yöntem: Mayıs 2013 ile Haziran 2014 tarihleri arasında yapmış olduğumuz 16 vakanın verileri retrospektif olarak incelendi. Olgular operasyon öncesi endokrinoloji kliniği tarafından değerlendirildi, tüm biyokimyasal değerlendirmeler yapıldı ve preoperatif tüm hazırlıklar tamamlandıktan sonra cerrahi karar alındı.

Bulgular: Hastaların 15'i kadın, 1'i erkek ve 8'i sağ 8'i sol taraflı kitle idi. Hepsi transabdominal yapıldı. Ortalama yaş 48,5 (dağılım 24-64), ortalama kitle boyutu 43,2 (dağılım 20-90) mm, ortalama operasyon süresi 80 (dağılım 50-120) dk, ortalama kan kaybı 50 (dağılım 20-150) mL, ortalama yatış süresi 3,4 (dağılım 2-5) gün idi. Hiçbir hastada açık operasyona geçilmedi ve komplikasyon yaşanmadı. 14 olgunun patolojisi adenom (10'u sürrenal cushing, 2'si Conn sendromu, 2'si nonfonksiyone adenom), 1'i kist ve 1'i anjiomiyolipom olarak sonuçlandı.

Çıkarımlar: Adrenal kitlelerin tedavisinde Laparoskopik sürrenalektomi, düşük morbiditesi ve kabul edilebilir cerrahi ve onkolojik sonuçları olan minimal invaziv bir tedavi yöntemidir.

TEK MERKEZİN TRANSPERİTONEAL ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ ONKOLOJİK SONUÇLARI, FONKSİYONEL SONUÇLARI VE KOMPLİKASYON ORANLARI

Volkan Tuğcu, Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Kamil Gökhan Şeker, Taner Kargı, Buğra Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Ağustos 2009 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında organa sınırlı prostat kanseri için ilk 512 Robot yardımcı radikal prostatektomi (RARP) deneyimleri, kısa vadeli onkolojik ve fonksiyonel sonuçları inceledik.

Yöntem: 512 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar dört cerrahi yaklaşım ile yapıldı. Per-operatif karakteristikleri ve post-operatif onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar bildirildi. Fonksiyonel sonuçlar; kontinans ve erektil fonksiyon anketler kullanılarak değerlendirildi. Biyokimyasal nüks için postoperatif takipte PSA > 0.2 ng /ml değeri kabul edildi.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 190.8±90.1 dakika ve ortalama tahmini kan kaybı 120.2±58.9 cc idi. Prostatektomi, ekstrasfasyal interfasyal, intrafasyal ve fasya koruyucu olarak sırasıyla 36,44,350 ve 82 tane yapıldı. Sinir koruyucu prosedür 348 (% 67.9) olguda tek taraflı, 164 (% 32.1) olguda bilateral olarak yapıldı. Ortalama dren kalma süresi 2.8 ± 1.2 gün ve hastanede kalış süresi 3.9 ± 2.1 gün olarak tespit edildi. Dren post-operatif 9,1 ± 1.9 günde çekildi. Pozitif cerrahi sınır 55 (% 10.7) hastada pozitif olarak bulundu. Patolojik evrelemede pT2, pT3a ve pT3b pozitif cerrahi sınır (PSM) oranları sırasıyla 12 (% 2.4), 18 (% 3.6), 25 (% 4.8) idi ve PSM ve BCR oranları dört yaklaşım arasında istatistiksel olarak farklı değildi (p > 0.05). 12 ay takipte, kontinans oranları sırasıyla % 44.3, % 56.5, % 72.0 ve % 90.5 (p < 0.001), ve daha önce potent hastalarda potens oranları % 51.1, % 59.0, % 61.1 ve % 83.2 idi.

Çıkarımlar: Robot yardımcı radikal prostatektomi (RARP) lokalize prostat kanseri tedavisinde güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir. Bununla birlikte, fasya koruyucu cerrahi diğer yaklaşımlardan daha iyi, kontinans ve potens oranına sahiptir. Bu sonuçları destekleyecek yeni prospektif randomize çalışmalar gerekmektedir.

AKUT BÖBREK KOLİĞİ NEDENİYLE BAŞVURAN ÜRETER TAŞLI HASTALARDA ACİL ÜRETERORENOSKOPİ'NİN ETKİNLİĞİNİN VE MALİYET ANALİZİNİN, ELEKTİF ÜRETERORENOSKOPİ SONUÇLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Cumhur Yeşildal¹, Temuçin Şenkul¹, Ferhat Ateş¹, Güven Oysul², Hasan Soydan¹, Ercan Malkoç¹, Ömer Yılmaz¹, Sezgin Okcelik³, Ahmet Kenan Karademir¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi - Gata- Haydarpaşa, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Halk Sağlığı, Ankara

³Beytepe Asker Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Üreter taşı nedeniyle akut kolik ağrı gelişen hastalarda inflamasyon ve ödem gelişmeden yapılacak müdahalelerin daha başarılı ve düşük maliyetli olacağına dair literatürde yeni bir eğilim vardır. Biz araştırmamızda akut böbrek kolikliği nedeniyle başvuran ve üretertaşı saptanan hastalarda erken acil üreterorenoskopi'nin yerini sorguladık.

Yöntem: Prospektif olarak planlanan bu çalışmaya, Haziran 2012 - Mayıs 2014 tarihleri arasında acil servis-üroloji polikliniğine başvuran, 5mm-2cm arasında üreter alt ve orta bölüm taşı saptanan akut kolik ağrılı hastalar dahil edildi. Tüm hastalara öncelikli olarak DÜŞG ve USG ile ihtiyaç halinde İVP ve/veya BT ile yapıldı. Tüm olguların üre-kreatinin ve tam idrar tetkikleri değerlendirildi. Kolik ağrısı <12 saat ve operasyonu kabul eden hastalar akut URS grubuna, operasyonu kabul etmeyen, kolik ağrısı >12 saat olan hastalar elektif URS grubuna dahil edildi. Elektif URS grubuna MET başlandı ve 14. günde taşını spontan düşüremezler ise URS yapıldı. Operasyona kadar ki süreçte laboratuvar bulguları, hidronefroz derecesi, poliklinik ve acil servis başvuru sayısı, ek tedavi ihtiyacı, intraoperatif süreçte anestezi şekli, operasyon süresi, ödem varlığı, taşa ulaşımın zor yada kolay oluşu, üreter yaralanması varlığı (minör/majör), taşın geri kaçması, ek girişim ihtiyacı, üreteral kateter insersiyonun yapılıp yapılmadığı, postoperatif süreçte ise hastanede yatış süresi, postoperatif komplikasyon olup olmadığı, takipte tedavi ihtiyacı ve tedavi maliyeti kayıt edildi. URS 9,8f semirigidüreteroskop, taş kırma pnömotik SwisLithoclast ile uygulandı.

Bulgular: 16 akut, 19 elektif URS uygulandı. Gruplar arasında cinsiyet, yaş, komorbidite, laboratuvar bulguları, taşın yerleşim yeri, tarafı ve boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Hidronefroz, ödem varlığı, ek manipülasyon ihtiyacı, minör üreter yaralanması, üreteral stent uygulaması, operasyon sonrası klinikte tedavi gereksinimi, elektif grupta daha fazla gözlense de istatistiksel anlamlı fark yoktu. Elektif grupta taşa ulaşımında zorluk, hastanede yatış süresi, taburcu sonrası tedavi ihtiyacı; akut URS grubunda operasyon süresinin kısalığı istatistiksel olarak farklı saptandı. Ek olarak Akut URS elektif URS'ye göre daha düşük maliyetli olduğu hesaplandı.

Çıkarımlar: MET ile spontan taş düşürme ve SWL'nin etkin tedavi yöntemleri olduğu bilinmesine rağmen, ilk kolik atak sonrası erken dönemde uygulanacak URS özellikle distal üreter taşlarında etkin ve güvenilir bir yöntemdir. Ağrıyı erken dönemde kesmesi ve daha düşük maliyette olması en büyük avantajlarıdır. Ayrıca ek tedavi ihtiyacını, iş gücü kaybını azaltmakta ve yaşam konforunu yükseltmektedir.

ÜST ÜRİNER SİSTEM LAPAROENDOSKOPİK TEK PORT CERRAHİSİNİN (LESS) ORTA DÖNEM SONUÇLARI: 107 HASTANIN TEK MERKEZ DENEYİMİ

Volkan Tuğcu, Feyzi Arda Atar, Selçuk Şahin, Kamil Gökhan Şeker, Taner Kargı, İsmail Yiğitbaşı, Mithat Ekşi

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Laparoendoskopik tek port cerrahisi çok sayıda retrospektif seriye rağmen, genellikle küçük seride hasta sayısı ve büyük ölçüde kısa dönem takibini içeriyor. Bu nedenle biz tek merkezde üst üriner sistem laparoendoskopik tek port cerrahi prosedürü uygulanan hastalarda, orta dönem sonuçlarını rapor ettik.

Yöntem: 107 Laparoendoskopik tek port cerrahi yapılan olgunun gözden geçirilmesi üzerine, rekonstruktif prosedürlerde dahil olmak üzere pyeloplasti (n=30), üreterolitotomi (n=32), nefrektomi (n=35; basit=31, parsiyel=4) ve kist dekortikasyonu (n=10) tespit edildi. Perioperatif veriler incelendi, konvansiyonel laparoskopiyeye geçiş ve komplikasyon oranları belirlendi.

Bulgular: Ortalama takip Pyeloplasti için 21,5 ay, üreterolitotomi için 20,5 ay, basit nefrektomi için 28 ay, parsiyel nefrektomi için 14 ay ve kist dekortikasyonu için 19 ay oldu. Major komplikasyonlara 8 hastada rastlanıldı. 3 intraoperatif komplikasyon (seroza yırtılması içeren barsak yaralanması, intraoperatif kanama), LESS kullanılarak veya konvansiyonel laparoskopiyeye geçilerek tamir edildi. Postoperatif ara dönemde (30-90 gün) 4'ü üreteral darlık (Clavien sınıf 3b) ve 1'i ürinom formasyonu (Clavien sınıf 3a) olmak üzere 5 hastada komplikasyon meydana geldi. Postoperatif erken dönemde (<30 gün), en sık görülen minör komplikasyonlar 16 hastada yan ağrısı (Clavien grade 1) ve 11 hastada İdrar yolu enfeksiyonu (İYE) (Clavien derece 2) ve 8 hastada idrar kaçağı (Clavien grade 1) olarak izlendi.

Çıkarımlar: Sonuç olarak, Tek merkezden orta dönem fonksiyonel sonuçlarının analizi üst üriner sistem LESS prosedürlerinin tecrübeli ellerde, güvenli ve efektif yapılabilir zorlu cerrahi prosedürler olduğunu doğruluyor.

40 OLGUDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ DENEYİMİMİZ

Ferhat Ateş, Temuçin Şenku, Ercan Malkoç, Cumhuriyet Yeşildal, Hasan Soydan, Ömer Yılmaz

Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

Amaç: Üriner sistem taş hastalığı nedeniyle retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) uyguladığımız olguların verileri üzerinden RIRC'nin başarısını ve sorunlarını tartışmak.

Yöntem: Kliniğimizde Mayıs 2011-Haziran 2014 tarihleri arasında fleksible üreterorenoskopi (fURS) ile RIRC uygulanan 40 olgunun verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların taş boyutu, yerleşim yeri, endikasyonları, komplikasyonlar, preoperatif ve postoperatif bulgular kaydedildi. Tüm hastalara fURS öncesinde 8.5 F semirijit URS ile girildi ve anatomik sorunlar incelendi, gereken hastalara dilatasyonu uygulandı. Kılavuz tel üzerinden 11/13 Fr giriş kılıfı konularak içinden fURS gönderilerek işlem holmiyum laser 220 nm probu kullanılarak skopi eşliğinde yapıldı. Hastalara postop çift J üreter kateteri yerleştirildi ve 3 hafta sonra kateterler çekildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 42.6 (19-85) olan 40 hastaya fURS ile RIRC uygulandı. 34 olgu ESWL görmüş, taş düşürmüş veya URS, PNL gibi müdahaleler geçirmişti. 16 olguda diyabet, hipertansiyon, gut, KOAH hipotiroidi gibi morbid durumlar vardı. 19 olguda preoperatif pyüri bulgusu vardı ancak kültürler negatifti. 3'er olguda soliter ve atnalı böbrek anomalisi vardı. 9 olguda pelvis, 7 olguda üst-orta kaliks, 17 olguda alt kaliksi de içeren bir veya birden çok, 7 olguda da üreter üst bölümü taşı vardı. 30 olguda tek, 7 olguda 2, 1 olguda 3, birer olguda ise 4 ve 5'er adet kalküller mevcuttu. Taş çapı ortalama 13.79 (5-22) mm idi. Tüm olgularda erişim kılıfı kullanıldı. Üreter taşlarının hepsi işlem esnasında böbreğe göç ettiği için böbrekte fragmente edildi. 1 olguda üretere balon dilatasyon gerekti. 1 olguda postop pyelonefrit tedavisi gerekti. 6 olguda rezidüel taş ESWL uygulanması gerekti. 1 olguda RIRC sonrası 1. ayda taş caddesi nedeniyle URS gerekti. 26 olguda tek seans RIRC ile taşın arınma gerçekleşti, 14 olguda antibiyotik, analjezik, medikal itme tedavisi, URS, ESWL gibi ek girişimler gerekti. İlk seans başarısı %65, medikal tedavi ile taşsız kalan olgular da eklenince %80 olarak belirlendi. Hastanede yatış süresi ortalama 5.4 (1-16) gündü. Ek işlem gerekmeyen hastalar için ise 2.7 (1-3) gündü. 2 olguda işlem sırasında fURS cihazı hasarı nedeniyle işleme yedek cihazla devam edildi. 40 olgunun ilk 20'si 3 ayrı cihazla, son 20'si ise tek bir cihazla opere edildi. 1 fURS'nin taşıma çantasında sıkışması, 2 fURS'nin ise işlem sırasında defleksiyon mekanizmasında bozulması, 1 fURS'nin ise teflon kılıfında yırtılma meydana gelmesi nedeniyle aletler kullanılamaz hale geldi.

Çıkarımlar: Herhangi bir özelliği ön plana çıkarmaksızın fURS ile RIRC yapılan tüm olgular için ilk seans başarısı %80 civarındadır. Yeni başlayan kliniklerde kullanıcı hatalarına bağlı cihaz arızası nedeniyle yedek fURS cihazı olmadan işleme başlanmaması önerilebilir. Kültür negatif olgular komplikasyon çıkmaksızın rahatlıkla opere edilebilir ise de dikkatli olunmalıdır. fURS hassas bir cihazdır ancak kullanıcının ve yardımcı personelin eğitimi ve dikkati arttıkça dayanıklılık süresinin uzatılabildiği değerlendirilmektedir.

BÖBREK TAŞI NEDENİ İLE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ UYGULANAN HASTALARDA KANAMAYA YAKLAŞIM

Yusuf Özlülerden¹, Aykut Başer², Ali Ersin Zümrütbaş², Fahri Tercan³, Ahmet Baki Yağcı³, Ömer Levent Tuncay²

¹S.B. Aydın Atatürk 82. Yıl Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Aydın

²Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

³Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Denizli

Amaç: Perkütan nefrolitotomi (PCNL) operasyonu sonrası kanama ve kanama sonrası hastaların takip ve tedavi yöntemlerinin değerlendirmesi.

Yöntem: Ocak 2008 ve Ağustos 2014 yılları arasında kliniğimizde böbrek taşı nedeni ile PCNL uygulanan toplam 832 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Hastaların cinsiyetleri, preoperatif ve postoperatif hemogloblin (Hb) düzeyleri, taş boyutu, kanama sonrası konservatif veya invaziv tedavi yöntemleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hasta grubunun 398'i kadın 434'ü erkek idi (K/E = 0.91). Ortalama taş boyutu 3.4 cm (1.5-8 cm) olarak saptandı. Preoperatif değerlere göre postoperatif Hb değerinde ortalama 1,53 mg/dL (0,0 - 5,2) azalma olduğu bulundu. Toplam 71 (%8.5) hastaya eritrosit süspansiyonu (ES) transfüzyonu yapıldı. Ortalama kullanılan ES miktarı 2.47 ünite (1-9) idi. Hastaların 9'una (%1,08) replasman ve konservatif izlem sonrası kanamanın devam etmesi nedeniyle girişimsel radyoloji bölümü tarafından selektif anjiyoembolizasyon uygulandı. Daha invaziv tedavi (nefrektomi veya açık cerrahi) gereksinimi olmadı. Hastanede kalış süresi kanama olmayan hastalarda 2.4 (2-5)gün, kan transfüzyonu yapılanlarda 3,9 (2-11) gün olarak bulundu.

Çıkarımlar: Ülkemizde taş hastalığı sıklığı %11-15 arasında saptanmış olup bu görülme sıklığıyla beraber organ kaybına neden olmasıyla da önemli bir hastalıktır. Avrupa Üroloji Birliği 2 cm üzeri böbrek taşlarında PCNL'yi standart tedavi olarak önermektedir. Ayrıca 1.5 cm'den büyük semptomatik alt kaliks taşları ve ESWL uygulaması başarısız olan böbrek taşlarında da PCNL önerilmektedir. PCNL operasyonunun başarı oranı %95'lerin üzerindedir. PCNL sonrası en sık görülen komplikasyonlar ateş ve kanamadır. Kan transfüzyonu gereksinimi %7 (0-20) ve embolizasyon gereksinimi %0,4 (0-1,5) tür. Bizim kliniğimizde de onarlar literatür ile uyumlu bulunmuştur. Sonuç olarak PCNL operasyonu böbrek taşlarının tedavisinde güvenli ve etkin bir yöntemdir ve komplikasyon oranları kabul edilebilir düzeylerde.

HOUNSFIELD ÜNİTESİ ÖLÇÜMÜNÜN MİNİ-PCNL YAPILAN ÇOCUK HASTALARDA OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Hilmi Sarı, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Aykut Kefi, İlhan Çelebi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: 2014 Avrupa Üroloji Klavuzu incelendiğinde cerrahi girişim gerektiren böbrek taşlarında mini-PNL çocuklar için standart bir tedavi olarak önerilmekte hatta komplikasyonları azaltma açısından yetişkin hastalarda giderek yaygınlaştığı söylenmektedir.

Yöntem: 2008 ile 2013 yılları arasında kliniğimizde mini PNL yapılan ve preoperatif bilgisayarlı tomografi (BT) değerlendirmesi olan 32 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar hounsfield ünitesi 1000'in üzerinde olanlar (grup 1 n=10) ve altında olanlar (grup 2 n=22) olarak iki gruba ayrıldı. İki grubun demografik verileri, taş boyutu, operasyon süresi, yatış süresi, transfüzyon miktarı, taş yükü, access yeri, komplikasyonlar, postoperatif hemoglobin ve hematokrit kaybı açısından retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı. Postoperatif komplikasyonlar Clavien komplikasyon sınıflamasına göre sınıflandırıldı ve değerlendirildi.

Bulgular: Her iki grubun ortalama yaş, taş boyutu, yatış süresi, transfüzyon miktarı, postoperatif hemoglobin ve hematokrit kaybı arasında anlamlı fark yoktu. Hounsfield ünitesi 1000'in üzerinde olan hastaların operasyon süreleri hounsfield ünitesi 1000'in altında olan hastalardan daha kısa idi ($p<0,05$). Hounsfield ünitesi 1000'in üzerinde olan hastaların 4 ünde multiple taş(%40) ,6 sında tek taş (%60) Hounsfield ünitesi 1000'in altında olan hastaların 14 tanesinde multiple taş (%63,6) 8 inde tek taş(%36,4) mevcuttu. 1. grupta 5 (%50) hastada alt polden 5 (%50) hastaya da orta kesimden girildi. 2. grupta 18 (%81) hastaya alt polden 4 (%19)hastayada orta kesimden girildi. Hounsfield ünitesi 1000'in üzerinde olan hastaların 3 'ünde (%30) rezidü taş mevcuttu. Hounsfield ünitesi 1000'in altında olan hastaların 11 (%50) hastada rezidü mevcuttu. Hounsfield ünitesi 1000'in üzerinde olan hastalardan sadece 1 hastada (%10) komplikasyon oldu. Hasta clavien sınıflamasına göre 3 idi. Hounsfield ünitesi 1000'in altında olan hastalardan 8 hastada (%36) komplikasyon gelişti.Bu hastalardan 2 tanesi (%25) clavien sınıflamasına göre 1 kategorisindeyken 6 tanesi (%75) 3 kategorisindeydi.

Çıkarımlar: Kısıtlı sayıda hastanın retrospektif değerlendirildiği bu çalışma sonucunda HU ölçümünün operasyon sonuçları ve komplikasyonlar açısından çok fark yaratmadığı saptandı. Geniş hasta serilerinin değerlendirildiği prospektif kontrollü çalışmalar bu konuda daha aydınlatıcı olacaktır.

Tablo 1. Her iki grubun karşılaştırılması

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|------------------|-------------------|-------------------|-------|
| | HU>1000 (n=10) | HU<1000 (n=22) | |
| Yaş | 6,80 ± 3,70 | 8,46 ± 5,93 | 0,684 |
| Taş boyutu | 15,80 ± 5,80 | 18,55 ± 9,70 | 0,574 |
| Operasyon süresi | 84,00±34,00 | 132,90± 75,80 | 0,047 |
| Yatış süresi | 4,10 ± 2,60 | 4,40 ± 2,30 | 0,36 |
| Total ES tx | 0 | 0,05 ± 0,20 | 0,5 |
| HGB kaybı | 1,00 ± 0,90 | 1,00 ± 1,00 | 0,744 |
| HTK kaybı | 2,90 ± 2,80 | 2,30 ± 3,90 | 0,439 |

BÖBREK TAŞLARINDA ESWL DENEYİMLERİMİZ

Serhan Çimen, Ali Güneş, Ali Beytur, Fatih Oğuz, Mehmet Levent Akbulut

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Erişkin ve pediatrik yaş grubunda böbrek taşlarına uygulanan ESWL deneyimlerimizin değerlendirilmesi.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 1998–Temmuz 2014 yılları arasında böbrek taşlarına PCK LITHO 3 PTR (V5) cihazı ile ESWL işlemi uygulanan 3467 hasta değerlendirildi. Cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması, önceki ESWL öyküsü, ESWL uygulanan taraf, taş yükü, daha önce geçirilmiş taş cerrahisi, başarı, kanama, ateş, enfeksiyon ve diğer komplikasyon oranları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 2273'ü (%65.5) erkek, 1194'ü (%34.5) kadın olup yaş ortalaması 38.1 idi. ESWL öncesi herhangi bir zamanda ESWL hikayesi olan 82 hasta tespit edildi. Daha önce geçirilmiş taş cerrahisi olan 434 (%12.5) hasta mevcuttu. Taşlar 1586 (%45.7) hastada sağ böbrekte, 1881 (%54.3) hastada ise sol böbrekte yerleşmişti. Böbrek taşına ESWL uygulanan hastaların 3012' sinde (%86.8) tam taşsızlık sağlandı. Hastaların ortalama taş yükü 1.71 cm² idi. Hastaların hiçbirinde kan transfüzyonu gerektirecek kanama olmadı. Ateş yüksekliği 41 (%1.1) hastada oluşurken, 16 (%0.4) hastada ise hastaneye yatarak tedavi gerektiren idrar yolu enfeksiyonu gelişti. 18 (%0.51) hastada ESWL sonrası cerrahi gerektiren taş yolu meydana geldi. Başka komplikasyona rastlanmadı.

Çıkarımlar: Üriner sistem taş hastalığı tedavisinde minimal invaziv bir tedavi yöntemi olan ESWL böbrek taşlarında deneyimli klinikler tarafından başarı ile uygulanabilir.

4 CM'DEN BÜYÜK RENAL KİTLELERDE PARSİYEL NEFREKTOMİ

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Tarik Asi, Bahadır Haberal, Bülent Akdoğan,
A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: 4 cm'den büyük renal kitlelere yapılan cerrahinin uzun dönem sonuçlarının ortaya konması

Yöntem: 1990-2014 yılları arasında 4 cm'den büyük renal kitle nedeniyle cerrahi yapılan 837 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Nefron koruyucu cerrahi (NKC) veya radikal nefrektomi (RN) yapılan hastaların patoloji sonuçları, cinsiyet dağılımları, uzun dönem renal fonksiyonları ve 10 yıllık genel sağkalımları karşılaştırıldı. Veriler SPSS programında analiz edildi.

Bulgular: 531 (%63.4) erkek, 306 (%36.6) kadın olmak üzere 837 hastanın 122 (%14,6)'sine NKC diğer 715 (%85.4) hastaya ise RN yapıldı. NKC yapılan 36 (%30.3), RN yapılan 53 (%7.5) hastanın patolojisi benign olarak görüldü ($p<0.001$). NKC yapılan grupta 29 (%23.8), RN yapılan 370 (%52) hastanın tümör boyutu 7 cm'den büyük olarak bulundu ($p<0.001$). Cerrahi sınır pozitifliğine bakıldığında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0.088$). Son kontrollerdeki Glomerüler filtrasyon hızı (GFH) 60 mL/dk/m²'den yüksek olan hasta sayısı NKC grubunda 74 (%69.2), RN grubunda ise 261 (%49.5) olarak bulundu ($p<0.001$). 10 yıllık genel sağkalım NKC grubunda %85.9, RN grubunda ise %77.6 olarak bulundu ($p=0.219$). Malign patolojiye sahip 733 hastaya 10 yıllık genel sağkalım NKC grubunda %81.5, RN grubunda %75.8 olarak bulundu ($p=0.483$) (tablo 1).

Çıkarımlar: NKC, 4 cm'den büyük böbrek tümörlerde de çok iyi sağkalım oranları vermekte, uzun dönemde böbrek fonksiyonlarının korunmasını sağlamaktadır.

Tablo 1.

| parametreler | | NKC | RN | p |
|--|---------|-----------|------------|--------|
| Cinsiyet, n (%) | Erkek | 73 (59.8) | 457 (64.2) | 0.356 |
| | Kadın | 49 (40.2) | 255 (35.8) | |
| Patoloji, n (%) | Benign | 36 (30.3) | 53 (7.5) | <0.001 |
| | Malign | 83 (69.7) | 650 (92.5) | |
| Cerrahi sınır, n (%) | Pozitif | 14 (15.6) | 51 (9.6) | 0.088 |
| | Negatif | 76 (84.4) | 480 (90.4) | |
| Son GFR mL/dk/m ² , n (%) | >60 | 74 (69.2) | 261 (49.5) | <0.001 |
| | <60 | 33 (30.8) | 266 (50.5) | |
| Boyut (cm), n (%) | >7 | 29 (23.8) | 370 (48) | <0.001 |
| | ≤7 | 93 (76.2) | 342 (52) | |
| 10 yıllık genel sağkalım (%) | | 85.9 | 77.6 | 0.219 |
| RHK'li hastalarda 10 yıllık genel sağkalım (%) | | 81.5 | 75.8 | 0.483 |

NEFRON KORUYUCU CERRAHİDE UZUN DÖNEM RENAL FONKSİYONU BELİRLEYEN FAKTÖRLER NELERDİR?

Mesut Altan, Tahsin Batuhan Aydoğın, Burak Çıtamak, Emrullah Söğütdelen, Bülent Akdoğın, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Renal kitle nedeniyle yapılan cerrahinin renal fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmak.

Yöntem: 1990-2014 yılları arasında renal kitle nedeniyle cerrahi uygulanan 1274 hastadan NKC uygulanan 410 hastanın verileri incelendi. Son dönem glomerülasyon filtrasyon hızına (GFH) etkisi olan faktörler araştırıldı.

Bulgular: Ortalama takip süresi 43.98 ± 4.9 ay olarak bulundu. Yaşı 55'den küçük 256 (%60.7), DM ve/veya HT'den en az biri olan 142 (%31.6) hasta vardı. Ortalama tümör çapı 38.04 ± 2.4 mm, preoperatif ortalama kreatinin değeri 96.28 ± 4 mL/dk/m², GFH > 60 mL/dk/ m²'den olan hasta sayısı 394 (%87.6) olarak bulundu. Son kontrol ortalama kreatinin klirensi 78.55 ± 3 mL/dk/m² ve GFH 60 mL/dk/m²'den yüksek olan hasta sayısı 331 (%73.6) olarak bulundu. Çok değişkenli analiz yapılarak tümör boyutunun küçük olması (HR:0.770), preoperatif GFH'nin yüksek olması (HR:8.427), hasta yaşı 55'den genç olması (HR:0,316), hastada DM ve/veya HT bulunmaması (HR:0.432) iyi renal fonksiyonları öngören parametreler olarak bulundu (Tablo 1).

Çıkarımlar: NKC yapılan hastalarda uzun dönem renal fonksiyonu belirleyen en önemli faktörler ameliyat öncesi GFH'nin yüksek olması, tümör boyutunun küçük olması, genç hasta yaşı ve komorbidenin olmamasıdır.

SPIES (STORZ PROFESSIONAL IMAGE ENHANCEMENT SYSTEM): ENDOSKOPİK GÖRÜNTÜLEMİYİ GELİŞTİRMEK İÇİN YENİ BİR TEKNİK

G. M. Kamphuis¹, D. M. De Bruin², Mehmet Hamza Gültekin³, J. Fallert⁴,
J. J. M. C. H. de La Rosette⁵

¹Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Urology

²Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Medical Engineering

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Karl Storz Tuttlingen, Imaging Technologies Research

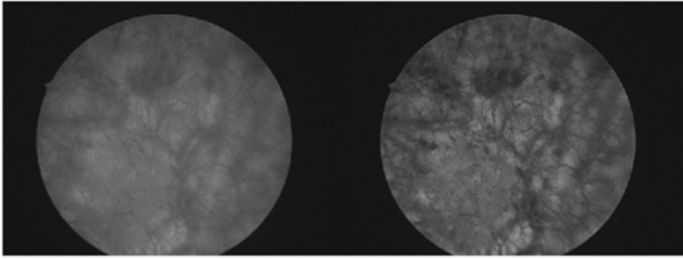
⁵Academisch Medisch Centrum Amsterdam, Urology

Amaç: Endoskopi mesane tümörlerinin görüntülenmesinde ve tedavisinde kullanılmaktadır. Mesane tümörü tanı ve tedavisinde altın standart olan beyaz ışık sistoskopisinde %10-20 oranında tümoral lezyonlar atlanılmaktadır. Bu çalışmada endoskopik görüntülemenin geliştirilmesini amaçlayan SPIES tekniğini sunuyoruz.

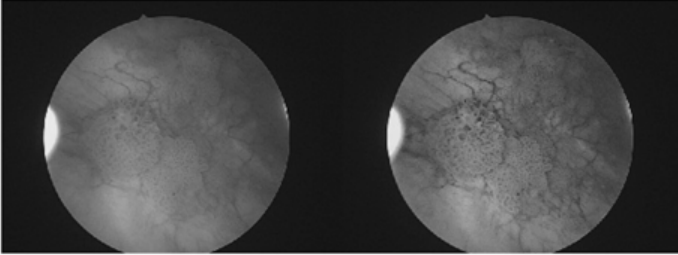
Yöntem: SPIES, "Storz Professional Image Enhancement System" kelimelerinin kısaltmasıdır. Bu sistem SPIES kamera ve video endoskopisi ile beraber birçok görüntü vaat etmektedir. Ayrıca bu sistem standart beyaz ışık görüntüsü ile SPIES modalitelerini aynı anda yan yana aynı ekranda göstermektedir. Bu çalışmada SPIES modaliteleri Spectra A, Spectra B, Chroma ve Clara olarak ilk defa tanımlanılmaktadır.

Bulgular: SPIES Spectra A/B modelleri görüntüleme sistemindeki ışığın dağılımını değiştirmekte ve böylece video ekranında renk farklılıklarını daha iyi algılamamızı sağlamaktadır. SPIES Chroma modu görüntünün netliğini geliştirmekte, SPIES Clara ise görüntüdeki karanlık alanları lokal olarak aydınlatarak daha açık bir görünürlük sağlamaktadır.

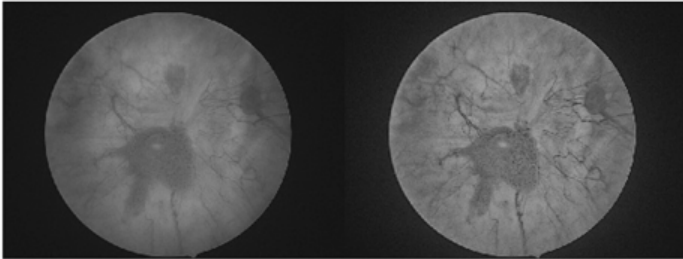
Çıkarımlar: Endoskopik görüntüleme tekniklerindeki yeni gelişmeler, mesane tümörü saptama ve tedavi etme yeteneğimizi geliştirmektedir. Görüntü klavuzlu cerrahi çağında bu yenilikler mesane tümörü tedavisine liderlik etmekte ve hastalığın minimal invazif tedavi potansiyelini geliştirmektedir. Kanser biyolojisindeki bilgilerimizin artmasıyla birlikte mesane tümörünü endoskopik olarak daha efektif rezektore edebilir, kanser tekrarını ve ilerlemesini azaltabilir ve de sağlık hizmeti kaynaklarını daha efektif kullanabiliriz.



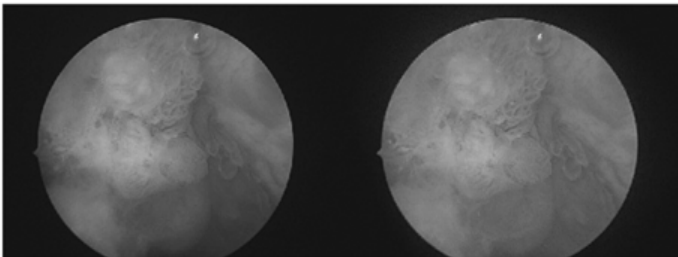
Resim 1: Sistoskopi esnasında alınmış bu görüntüde sağ tarafta SPIES Spectra A mode görüntüsünü solda ise klasik beyaz ışık görüntüsünü yan yana görmekteyiz.



Resim 2: Sistoskopi esnasında alınmış bu görüntüde sağ tarafta SPIES Spectra B mode görüntüsünü solda ise klasik beyaz ışık görüntüsünü yan yana görmekteyiz.



Resim 3: Sistoskopi esnasında alınmış bu görüntüde sağ tarafta SPIES Chroma mode görüntüsünü solda ise klasik beyaz ışık görüntüsünü yan yana görmekteyiz.



Resim 4: Sistoskopi esnasında alınmış bu görüntüde sağ tarafta SPIES Clara mode görüntüsünü solda ise klasik beyaz ışık görüntüsünü yan yana görmekteyiz.

LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ DENEYİMİMİZ

Serdar Çelik, Kaan Çömez, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Parsiyel nefrektomi küçük böbrek tümörlerinin cerrahi tedavisinde altın standart yöntem olarak uygulanmaktadır. Deneyimin önemli olduğu laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) ise açık parsiyel nefrektomiye alternatif noninvaziv cerrahi yöntemdir. Bu yazıda Mart 2013 - Haziran 2014 tarihleri arasında kliniğimizde yaptığımız retroperitoneoskopik ve transperitoneal LPN deneyimimizi retrospektif değerlendirdik.

Yöntem: LPN yapılan hastaların genel özellikleri, komorbiditeleri, sigara kullanımı, operasyon öncesi ve sonrası hemogloblin ve kreatinin değerleri, operasyon ve hospitalizasyon süreleri, iskemi özellikleri ve süreleri, patolojik özellikleri, komplikasyon oranları incelendi. Bu veriler nonparametrik korelasyon analizi ile değerlendirildi. Sonrasında iskemi durumlarına göre hastalar klemppli (iskemili) ya da klempsiz (iskemisiz) LPN diye iki ayrı grupta incelendi. Bu iki grup verileri Mann-Whitney U test ve nonparametrik korelasyon analizi ile analiz edildi.

Bulgular: LPN yapılan 26 hastanın genel özellikleri ve operasyon verileri tabloda verilmiştir. Yapılan nonparametrik korelasyon analizinde veriler arasında anlamlı sonuçlar saptanmadı. Klemppli ve klempsiz LPN grupları karşılaştırıldığında postop Hg ve Kre değerleri, operasyon ve hospitalizasyon süreleri arasında anlamlı farklılık yoktu. Klemppli LPN yapılan 20 hasta kendi içinde değerlendirildiğinde iskemi süresi ile diğer veriler arasında da herhangi bir ilişki saptanmadı. Yapılan nonparametrik korelasyon analizinde de ek farklılık gözlenmedi.

Çıkarımlar: Sonuç olarak uygun hasta seçimi ve artan deneyim ile birlikte klemppli ya da klempsiz LPN böbreği korumak adına noninvaziv, açık parsiyel nefrektomiye alternatif güvenilir bir yöntem olarak uygulanabilir.

Tablo 1. Hasta özellikleri ile operasyon öncesi ve sonrası veriler.

| Özellikler | | Hasta verileri (n=26) |
|---|-----|----------------------------------|
| Yaş (yıl) | | 52,9±13,1 (25,1-73,7) |
| Preop Hb (g/dl) | | 13,2±1,5 (9,3-15,8) |
| Postop Hb (g/dl) | | 12,2±1,5 (8,6-15) |
| Tx miktarı (Ü) | | 0,04±0,2 (0-1) |
| İskemi süresi (dk) (20 hasta) | | 19,6±7,6 (8-35) |
| Preop Kreatinin (mg/dl) | | 0,8±0,2 (0,5-1,5) |
| Postop Kreatinin (mg/dl) | | 0,8±0,2 (0,6-1,4) |
| Preop eGFR (ml/dk) | | 95±22,1 (70-148) |
| Postop eGFR (ml/dk) | | 84,4±14 (56-108) |
| Tümör çapı (cm) | | 3,5±1,9 (1,4-10) |
| Operasyon süresi (dk) | | 130,4±45,6 (60-240) |
| Hospitalizasyon süresi (gün) | | 6,3±7,1 (3-35) |
| Cinsiyet (erkek/kadın) (hasta) | | 15 (%57,7) / 11 (%42,3) |
| Sigara kullanımı (hasta) | | 7 (%26,9) |
| Komorbidite (DM/HT/KAH) (hasta) | | 3 (%11,5) / 8 (%30,8) / 1 (%3,8) |
| Operasyon şekli retroperitonoskopik / transperitonoskopik (hasta) | | 16 (%61,5) / 10 (%38,5) |
| Patoloji benign / malign (hasta) | | 7 (%26,9) / 19 (%73,1) |
| Patolojik evre | T1a | 16 |
| Malign tümörler | T1b | 1 |
| (hasta) | T2a | 1 |
| | T3a | 1 |
| Komplikasyon oranı (hasta) | | 2 (%7,7) |
| Cerrahi sınır pozitifliği (hasta) | | 6 (%23,1) |
| Klemp / noklemp (hasta) | | 20 (%76,9) / 6 (%23,1) |

FEOKROMOSİTOMA NEDENİYLE LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ YAPILAN OLGULARDA KOMBİNE EPİDURAL VE GENEL ANESTEZİNİN ETKİLERİ

Ömer Demir¹, Mert Akan², Tevfik Demir³, Serkan Yener³, Ahmet Adil Esen¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İzmir

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Kliniğimizde feokromositoma nedeniyle laparoskopik adrenalectomi ameliyatı sırasında uygulanan kombine epidural ve genel anestezinin etkileriyle ilgili tecrübelerimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde feokromositomalı olgularda laparoskopik adrenalectomi ameliyatı sırasında derin anestezi düzeyini sağlamak ve efektif sempatoлизis için kombine epidural ve genel anestezi rutin olarak uygulanmaktadır. Preoperatif olarak midazolam (1-3 mg IV) ile sedasyon sonrası lomber epidural kateter takıldıktan sonra lidokain (%2, 3 ml) test dozu ile uygun yerleşim doğrulandı. Standart monitorizasyon sonrası remifentanil (0.25µg.kg-1.min-1) infüzyonuna başlandıktan sonra 2 mg/kg propofol ve 0.6 mg/kg rocuronium ile anestezi derinliği sağlandı. Sonrasında arteriyel kan basıncı değişikliklerini anlık takip etmek amacıyla arter kateteri takıldı. Anestezi idamesi remifentanil infüzyonu (0.05-0.25 µg.kg-1.min-1) ve sevoflorane (% 1 – 3 %) % 50 oksijen hava karışımı ile sağlandı. Epidural kateterden insizyon öncesi % 0,25'lik bupivakain ve 2 mg morfin karışımı (10-16 ml) verildikten sonra tüm ameliyat boyunca PCA (hasta kontrollü analjezi) pompasıyla % 0,25'lik bupivakain (5-10 ml/saat) infüzyonu yapıldı. İntraoperatif hipertansiyon atakları magnezyum sulfat (İnsizyon öncesi 50 mg.kg-1 yüklemeyi takiben 1-2g/h infüzyon) ve esmolol (50-300 µg.kg-1.min-1 yükleme) infüzyonu ve gliseril trinitrat boluslarıyla kontrol edildi. Adrenal ven ligasyonu sonrası gelişen hipotansiyon sıvı yüklemesi ve aralıklı vazopressör (efedrin, noradrenalin) infüzyonuyla kontrol edildi. Ameliyatlarda 70 derece modifiye flank pozisyonunda transperitoneal olarak yapıldı. Sol adrenalectomide 3 sağ adrenalectomide 4 port konuldu. Patoloji sonucu feokromositoma olarak gelen 10 hastaya ait veriler değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş aralığı 28 - 67 yıl idi. Ameliyat süresi 45-80 dakika ve tümör boyutu 4 - 8 cm aralığındaydı. Ameliyat sırasında maksimum ve minimum sistolik ve diastolik tansiyon arteriyel değerleri sırasıyla 183 - 87 mmHg ve 116 - 59 mmHg olarak kaydedildi. Bu anesteziik yöntemle tüm ameliyat boyunca hemodinamik stabilite sağlandı ve tümör manipülasyonu sırasında başka vazoaaktif ilaç kullanıma gerek kalmadı. Hastalar ameliyat sonrasında uyandırıldı ve ilk 2 saat postoperatif derlenme odasında izlendikten sonra servise gönderildi. Perop ve postop hiçbir mortalite ve morbidite gelişmedi. Hastalar postop 24 - 72 saat içerisinde taburcu edildi.

Çıkarımlar: Sonuçlarımız feokromositoma nedeniyle laparoskopik adrenalectomi uygulanacak hastalarda genel anestezi yanında epidural anestezinin hemodinamik stabiliteyi sağlamak için etkin ve güvenli bir yöntem olabileceğini düşündürmektedir.

BÖBREK KİTLESİ PATOLOJİSİNDE CİNSİYETİN ÖNEMİ VAR MIDIR?

Ahmet Şahan, Asgar Garayev, Muhammed Sulukaya, Tuncay Top, İlker Tinay, Ferruh Şimşek, Niyazi Levent Türkeri

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

Amaç: Son yapılan çalışmalar androjen reseptör ekspresyonunun, böbrek hücreli karsinom karsinogenezisi ve progresyonu ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu çalışmada hasta grubumuzda, cinsiyet ile böbrek kitlesi patolojisi arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Yöntem: Kliniğimizde 1998 ve 2014 yılları arasında böbrek kitlesi nedeniyle cerrahi uygulanan toplam 278 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara ait demografik ve kitlelere ait patolojik özellikler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hasta grubumuzda, böbrek kitlesi nedeniyle radikal ya da parsiyel nefrektomi yapılmış kadın hastaların % 15,5' inin ve erkek hastaların % 4,4' ünün patoloji sonucu benign olarak rapor edildi (tablo 1). Malign kitle patolojisine sahip grupta erkeklerin kadınlara göre daha yüksek oranda (% 84,5 - %95,6, $p < 0.001$) olduğu görüldü. Binary lojistik regresyon analizi sadece erkek cinsiyetin malign patoloji için bir risk faktörü olduğunu gösterdi (OR 3.92, % 95 CI 1,59-9,67, $p = 0.003$).

Çıkarımlar: Hasta grubumuzda, erkek cinsiyet artmış malign patoloji riski ile ilişkili bulundu ve kadın hastalarda erkeklere göre 3,5 kat daha fazla benign böbrek kitlesitespit edildi.

Tablo 1.

| | Kadın | Erkek | Toplam | P değeri | | |
|--------|--------------------|-------------|-------------|------------|--------------------|--------|
| Malign | 82 (84.5%) | 173 (95.6%) | 255 (91.7%) | 0,001 | | |
| Benign | 15 (15.5%) | 8 (%4.4) | 23 (8.3%) | | | |
| Toplam | 97 (100%) | 181(100%) | 278 (100%) | | | |
| Malign | | Kadın | Erkek | Toplam | | |
| | Berrak hücreli tip | 69(71,1%) | 131(72,4%) | 200(78,4%) | | |
| | Papiller tip | 5(5,2%) | 21(11,4%) | 26(10,2%) | | |
| | Kromofob tip | 7(7,2%) | 14(7,7%) | 21(8,2%) | | |
| | TCC | 1(1,0%) | 7(3,9%) | 8(3,1%) | | |
| Bening | Anjiomiyolipom | 13(13,4%) | 4(2,2%) | 17(73,9%) | | |
| | Adenom | 2(2,0%) | 4(2,2%) | 6(26,1%) | | |
| Toplam | | 97(100%) | 181(100%) | 278 | | |
| | | B | Sig. | Exp(B) | 95% C.I.for EXP(B) | |
| | | | | | Lower | Upper |
| | Cinsiyet | 1.333 | ,011 | 3.794 | 1.366 | 10.542 |
| | Tm boyutu | ,004 | ,661 | 1.004 | ,987 | 1.020 |
| | Yaş | ,032 | ,112 | 1.032 | ,993 | 1.074 |

AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİ: İSKEMİLİ Mİ ? İSKEMİSİZ Mİ ?

Kaan Çomez, Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Güven Aslan, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Parsiyel nefrektomi küçük renal kortikal tümörler için altın standart tedavidir. Parsiyel nefrektomi iskemili ve iskemisiz olarak yapılabilmektedir. Biz bu çalışmada kliniğimizde yapılan iskemili ve iskemisiz açık parsiyel nefrektomi deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık

Yöntem: Kliniğimizde açık parsiyel nefrektomi yapılan ve bilgilerine ulaşılabilen 73 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar iskemisiz (Grup 1, n=40) ve iskemili (Grup2, n=33) olarak ikiye ayrıldı. İki grubun demografik verileri, operasyon süresi, hospitalizasyon süresi, preop glomerüler filtrasyon hızı değeri ile son ziyaret tarihindeki glomerüler filtrasyon hızı değeri (MDRD formülüne göre), postoperatif dönemde ek girişim gereksinimi, postoperatif patolojik evre ve cerrahi sınır açısından retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortanca takip süresi iskemisiz hastalarda 27 ay, iskemili hastalarda 33 aydı. Her iki grubun ortalama yaş, operasyon süresi, hospitalizasyon süresi benzerdi. İskemili grupta ortalama iskemi süresi 18,3±7,9 dakikaydı. İskemili grupta transfüzyon ihtiyacı daha düşüktü. İskemisiz ve iskemili grupta preoperatif GFR ile postoperatif GFR karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu (Tablo 1). İskemisiz grupta 32 hastada (% 80) cerrahi sınır negatif, 8 hastada (%20) cerrahi sınır pozitif olarak geldi. İskemili grupta 28 hastada (% 84.8) cerrahi sınır negatif, 5 hastada (%15.2) cerrahi pozitif olarak geldi. Postop patolojik değerlendirmede grup 1'deki 25 hasta (%57.5) evre t1a, 9 hasta (%17.5) evre t1b, 3 hasta (%7.5) evre t2a, 2 hasta (%5) evre t3a, 1 hasta (%2.5) evre 4 olarak raporlandı. Grup 2'de 25 hasta (%66.7) evre t1a, 8 hasta (%18.2) evre t1b olarak raporlandı. Her iki grupta 3'er hastada postop dönemde ek girişime ihtiyaç duyuldu. Grup 1'de üç hastaya postop dönemdeki drenaj süresinin uzaması nedeniyle double j stent uygulandı. Double j stent uygulana bir hastada drenaj devam etmesi üzerine embolizasyon(floseal) yapıldı. Grup 2'de iki hastada postop dönemde yara yeri açıklığı gelişti, bir hastaya da double j stent uygulandı.

Çıkarımlar: İskemisiz grupta iskemili grup karşılaştırıldığında iskemisiz grupta göre transfüzyon ihtiyacı daha fazlaydı. Bunun dışındaki veriler arasında anlamlı fark yoktu. Her iki yöntemde merkezlerin deneyimine göre etkin ve güvenli bir şekilde uygulanabilir

Tablo 1. Her iki grupta değerlendirilen parametrelerin karşılaştırılması

| Sütun1 | Sütun2 | Sütun3 | Sütun4 |
|------------------------|-------------------------|------------------------|--------|
| | Grup 1 iskemisiz (n:40) | Grup 2 iskemili (n:33) | p |
| Yaş | 57,9±12,8 | 56,2±11,9 | 0,56 |
| Tx miktarı | 0,7± 1,2 | 0,2 ± 0,5 | 0,066 |
| Preop GFR | 75,4±29,6 | 87,2± 22,2 | 0,375 |
| Postop GFR | 72,6± 31,0 | 78,3 ± 22,3 | 0,651 |
| Operasyon süresi | 157,5±45,7 | 150,917±40,7 | 0,522 |
| Hospitalizasyon süresi | 7± 5 | 6,8± 4 | 0,859 |

LAPAROSKOPIK RADİKAL NEFREKTOMİ EVRE 3 VEYA 4 RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA NE KADAR GÜVENLİDİR?

Sinan Çelen, Berna Aytaç Vuruşkan, Yakup Kordan, Onur Kaygısız, Burhan Coşkun, Aykut Sönmez, Hakan Vuruşkan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Laparoskopik radikal nefrektominin (LRN) düşük evreli renal hücreli karsinomda (RHK) güvenilirliği ve etkinliği birçok geniş serili çalışmada gösterilmiştir. Evre 3 ve 4 RHK'da LRN konusunda daha sınırlı deneyim mevcuttur. Bu çalışmada, LRN uygulanan ve patolojik evre 3 veya evre 4 RHK tanısı alan hastalarımızın verilerini gözden geçirdik.

Yöntem: Kliniğimizde LRN uygulanan ve patolojik sonucu evre 3 veya evre 4 RHK gelen hastalar çalışmaya dahil edildi. Peroperatif hasta ve tümör karakteristikleri kaydedildi.

Bulgular: 2004 ve 2014 yılları arasında LRN uygulanmış 453 hastadan 20 tanesi çalışma kriterlerini karşıladı. Ortanca yaş 56(42-80) idi, 14 hasta erkek, 6 hasta kadındı. 11 hastada tümör lokalize idi, 9 hastada sitoreduktif cerrahi uygulandı. 19 hasta patolojik evre 3, bir hasta patolojik evre 4 RHK idi. Ortanca ameliyat süresi 120 (60-200) dakika, ortalama tahmini kan kaybı 100 (30-1000)ml idi. Üç hastaya peroperatif kan tranfüzyonu yapılmıştı. Bir hastada diseksiyon sırasında inferior vena kava hasarlandı ve laparoskopik olarak onarıldı. Bir hastada renal vendeki hemoklipsin yerinden çıkması üzerine açık cerrahiye geçildi. Ortanca hastanede kalış 3(1-4) gün idi.

Çıkarımlar: LRN seçilmiş T3 ve T4 RHK vakalarında güvenliği bir yöntemdir.

7 CM'DEN KÜÇÜK RENAL KİTLELERDE BENİGN PATOLOJİYİ BELİRLEYEN EN ÖNEMLİ FAKTÖR KADIN CİNSİYETTİR

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Oğuzhan Kahraman, Mehmet Ezer, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: 7 cm'den küçük renal kitlelerde preoperatif parametreler kullanılarak kitlenin malignite olasılığını tahmin edebilmek.

Yöntem: Mayıs 1990- Ocak 2014 yılları arasında metastaz bulgusu olmayan 7 cm'den küçük renal kitleler için radikal nefrektomi veya parsiyel nefrektomi yapılan 840 hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, başvuru şikayeti (insidental veya semptomatik), cerrahi zamanı, radyolojik olarak görüntüsü (solid, kistik), radyolojik olarak tümör boyutu, cerrahi tipi gibi parametrelerin final patolojideki maligniteyi öngörme olasılıkları değerlendirildi. Veriler SPSS'de tek ve çok değişkenli olmak üzere analiz edildi.

Bulgular: Hastaların 698'inde (%83.4) patolojik inceleme sonunda malign tümör bulundu. Bunların 467 (%56)'i şeffaf hücreli renal hücreli karsinom (RHK), 114 (%13.4)'ü papiller RHK, 19 (%2.2)'si kromofob hücreli RHK olarak bulundu. Malign grupta ortalama yaş 55.4, benign grupta ise 53.4 olarak bulundu ($p=0.001$). 0-1, 1.1-2, 2,1-3, 3.1-4, 4.1-5, 5.1-6, 6.1-7 cm tümör boyutlarında malignite olasılığı sırası ile %0, %73.2, %77, %79.4, %87.1, %88.3, %90.8 olarak bulundu ($p=0.001$). 524 erkek hastada 460 (%87.8)'ü, 316 kadın hastada 235 (%74.4)'i malign olarak bulundu ($p=0.001$). Hastanın semptomatik veya insidental tanı alması ($p=0.157$), tümörün solid veya kistik olması ($p=0.357$) kitlenin malignite olasılığını öngörmemektedir. Radikal nefrektomi yapılan 380 (%89.8), parsiyel nefrektomi (NSS) yapılan 315 (%75.5) hastada tanı RHK'dir ($p=0.001$). Ameliyat tarihleri 1990-1996, 1997-2003, 2004-2009, 2010-2014 olarak dört gruba ayrıldığında malignite oranı sırası ile 81 (%75), 130 (%81.3), 272 (%83.4), 212 (%86.2)'dir ($p=0.011$) (Tablo 1).

-Çok değişkenli analiz yapılarak değerlendirildiğinde radyolojik tümör boyutu (mm), cerrahi tipi, cerrahinin yapıldığı yıllar tümörün malign olma olasılığını öngören en önemli parametrelerdir (HR sırası ile: 1.020, 2.400, 1-1.807-2.778-3.908).

Çıkarımlar: 7 cm'den küçük kitlelerde, tümör boyutun artması, erkek cinsiyet, ileri yaş ve RN tercihi kitlenin RHK olma olasılığını arttırmaktadır. Ameliyat planı yapılırken bu hususlar hasta ile tartışılarak karar verilebilir.

Tablo 1.

| | Bening | Malign | Toplam | p |
|------------------------------------|------------|------------|--------|-------|
| Kohort, n (%) | 142 (16.6) | 698 (83.4) | 840 | |
| Median (+SD) Yaş, yıl | 53.4 | 55.4 | | 0.001 |
| Cinsiyet, n(%) | | | | 0.001 |
| Erkek | 64 (12,2) | 460 (87.8) | 524 | |
| Kadın | 81 (25.6) | 235 (74.4) | 316 | |
| Klinik, n (%) | | | | 0.157 |
| İnsidental | 91 (19.4) | 379 (80.6) | 470 | |
| Semptomatik | 47 (14.3) | 282 (85.7) | 329 | |
| Tümör boyutu | | | | 0.001 |
| 0.1-1 cm, n (%) | 3 (100) | 0 (0) | 3 | |
| 1.1-2 cm, n(%) | 19 (26.8) | 52 (73.2) | 71 | |
| 2.1-3 cm, n(%) | 40 (23) | 134 (77) | 174 | |
| 3.1-4 cm, n(%) | 34 (20.6) | 131 (79.4) | 165 | |
| 4.1-5 cm, n(%) | 21 (12.9) | 142 (87.1) | 163 | |
| 5.1-6 cm, n(%) | 17 (11.7) | 128 (88.3) | 145 | |
| 6.1-7 cm, n(%) | 11 (9.2) | 108 (90.8) | 119 | |
| Cerrahi zamanı , n (%) | | | | 0.011 |
| 1990-1996 | 27 (25) | 81 (75) | 108 | |
| 1997-2003 | 30 (18.8) | 130 (81.3) | 161 | |
| 2004-2009 | 54 (16.6) | 272 (83.4) | 326 | |
| 2010-2014 | 34 (13.8) | 212 (86.2) | 246 | |
| Tümör karakteristiği, n (%) | | | | 0.357 |
| Solid | 120 (17.9) | 551 (82.1) | 671 | |
| Cystic | 25 (14.9) | 143 (85.1) | 168 | |
| Nefrektomi, n(%) | | | | 0.001 |
| RN | 43 (10.2) | 380 (89.8) | 423 | |
| NSS | 102 (24.5) | 315 (75.5) | 417 | |

Tablo 2.

| Değişkenler | HR (95% CI) | p |
|--|------------------|-------|
| Yaş, yıl | 1.001(0.98-1.01) | 0.951 |
| Tümör karakteristiği, Kistik vs. Solid | 0.997(0.59-1.65) | 0.991 |
| Klinik, Semptomatik vs. İnsidental | 1.294(0.85-1.96) | 0.225 |
| Cerrahi tipi, RN vs. NSS | 2.400(1.40-4.07) | 0.001 |
| BT'de tümör boyutu (mm) | 1.020(1.00-1.04) | 0.014 |
| Cerrahi zamanı, yıl | | |
| 1990-1996 | 1 | — |
| 1997-2003 | 1.807(0.93-3.47) | 0.077 |
| 2004-2009 | 2.778(1.49-5.16) | 0.001 |
| 2009-2014 | 3.908(2.01-7.59) | 0.001 |

BİLATERAL TESTİS TÜMÖRLERİ, TEK MERKEZ DENEYİMİ

Burak Çıtamak, Emin Mammadov, Mesut Altan, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Bilateral testiküler germ hücreli tümör nedeniyle tedavi edilen hastaların klinik özelliklerinin araştırılması.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 1990 ile Ocak 2014 tarihleri arasında bilateral testiküler germ hücreli tümör nedeniyle tedavi edilen 32 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalara testis koruyucu veya testis koruyucu olmayan orşiektomi yapılırken hastalığın risk ve yaygınlığına uygun tedavi verildi. Hastaların yaşı, tedavi protokolü, patoloji sonuçları, takip süreleri incelendi. Veriler SPSS ile analiz edildi.

Bulgular: Hastaların 8'inde (%25) senkron tümör görülürken 24'ünde(%75) metakron tümör görüldü. Ortalama yaş $28,28 \pm 7,68$ yıl olarak bulunurken, senkron tümörlerde $31,13 \pm 6,51$ yıl metakron tümörlerde, $27,33 \pm 7,93$ yıl olarak bulundu. Senkron tümörlerde her iki testis patolojilerinin aynı olduğu görüldü. Metakron tümörlerde ilkinden ortalama $60,3 \pm 67,31$ ay sonra diğer testiste tümör görüldü. Senkron tümörlerde eşit oranda seminomatöz ve non-seminomatöz tümör görüldü. Metakron tümörlerde ilk patolojilerde hastaların 14'ünde (%58) non-seminomatöz histolojideyken 2. patolojilerinde seminomatöz ve non-seminomatöz histoloji eşit oranda görüldü. Metakron tümörlerde ilk testiste ortanca tümör boyutu 30 mm iken ikinci testisteki ortanca tümör boyutu 19 mm olarak bulundu. Senkron tümörü olan hastaların 6'sı (%75) evre 2 ve üzeri iken metakron tümörü olan hastaların 4'ünün (%16) evresinin 2 ve üzeri olduğu görüldü. Senkron tümörü olan hastaların 6'sına (%75) kemoterapi (KT), 1 hastaya radyoterapi (RT) verilirken 1 hastada izlem yapıldı. Metakron tümörlerde ise 2 tümör sonrası 12 hastaya (%50) izlem yapılırken, 4 (%16.6) hastaya RT, 8 (%33.2) hastaya da KT verildi. Hastaların hiçbiri hastalık nedeniyle kaybedilmezken, ortalama takip süresi $117,3 \pm 94,11$ ay, senkron tümörü olan hastalarda $51,86 \pm 36,43$ ay metakron tümörü olan hastalarda $62,27 \pm 60,75$ ay olarak bulundu.

Çıkarımlar: Bilateral testis tümörleri nadir görülmektedir. Senkron bilateral tümörler daha ileri evrede tanı almaktadır. Metakron hastalarda gelişen bilinç, tümörleri daha erken evrede tanımaya sebep olmaktadır. Bilateral tümörlerde sağkalım uygun tedavi ile oldukça başarılıdır.

GEBELİKTE RENAL KİTLELER, ZOR KARAR

Mesut Altan, Bülent Akdoğan, Burak Çıtamak, Ruslan Jafarov, Erman Ceyhan,
A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Gebelikte renal kitle nedeniyle cerrahi yapılan hastaların klinik özelliklerinin ve sonuçlarının incelenmesi.

Yöntem: Ocak 1990 ile Ocak 2014 tarihleri arasında renal kitle nedenli cerrahi yapılan 8 gebe hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Gebe olan hastaların tümör boyutları, cerrahi tipi, malignite oranları araştırıldı ve nefrektomi yapılan popülasyonla karşılaştırıldı. Veriler SPSS 17.0 programında analiz edildi.

Bulgular: Ameliyat edilen 1277 renal kitle hastasından 8'i (%0,62) gebelik sırasında tanı aldı ve ameliyat edildi. Gebe olan grubun ortalama tanı yaşı $28 \pm 8,5$ yıl, ortalama takip süresi $38,25 \pm 43,2$ ay olarak bulundu. Hastaların patoloji sonuçlarında 2 hastada şeffaf hücreli renal hücreli karsinom (RHK), 2 hastada anjiomyolipom, 1 hastada multiloküler kistik RHK, 1 hastada kromofob RHK, 1 hastada mikzofibrosarkom, 1 hastada ise sınıflandırılmayan RHK tespit edildi. 1 hasta tanı anında herediter leiomyomatozis tanısı aldı, diğer hastaların ailesel hikayesi bulunmuyordu. Hiçbir hasta tanı anında metastatik değildi. 4 hastaya 3. trimester, 2 hastaya 2. trimester, 2 hastaya ise 1. trimester döneminde cerrahi yapıldı. Hiç bir fetüste cerrahiye bağlı komplikasyon gelişmedi. İki (%25) hastada ameliyat sonrası progresyon izlenirken, diğer 6 hasta hastalısız izlenmektedir. Patoloji sonucu mikzofibrosarkom olan 1 (%12,5) hastaya kemoterapi planı ile tıbbi abortus yapıldı, diğer 7 (87,5) hasta ise sağlıklı bebek dünyaya getirdi. Ortalama tümör boyutu gebe olan grupta 120 ± 32 mm, diğer grupta ise 55 ± 36 mm olarak bulundu ($p < 0,001$). Gebe olan hastalardan 2 (%25) tanesine, diğer gruptan ise 449 (%36) hastaya nefron koruyucu cerrahi (NKC) yapıldı ($p = 0,517$). Gebe olan hastaların 6 (%75) tane hastanın patoloji sonucunun malign olduğu görüldü ($p = 0,436$). Gebe olan grupta 2 (%25) hastada cerrahi sınırın pozitif olduğu görüldü ($p = 0,330$). Gebelik nedeniyle cerrahi komplikasyon veya güçlük görülmedi.

Çıkarımlar: Gebelikte renal kitle oldukça nadir görülmektedir. Gebelerde renal kitleler, gebe olmayanlara göre daha büyük çapta tanı almaktadır. Gebelerde renal kitlelerin karsinogenezinde, hormonal durumun mu yaşın mı etkisinin, histoloji ve prognoza etkisinin olduğunu ortaya koymak için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Gebelerde renal kitle cerrahisi anne ve bebek sağlığını etkilemeden yapılabilir.

PROSTAT KANSERİ TANISINDA TİMİDİN KİNAZ1 BİR BELİRTEÇ OLARAK KULLANILABİLİR Mİ?

Fethi Ahmet Türegün¹, Zeynep Merve Gökbuket², Çetin Demirdağ¹,
Murat Bolayırılı³, Hafize Uzun³

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

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul*

³*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, 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 edilir. Bu çalışmada, prostat kanseri tanısında TK1'in bir kanser belirteci olarak kullanılıp kullanılmayacağını araştırdık.

Yöntem: Mayıs 2013 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında kliniğimizde PSA yüksekliği ve/veya muayene bulgusu nedeniyle prostat biyopsisi kararı verilen 147 hasta çalışmaya alındı. Hastaların biyopsi öncesi ELISA yöntemiyle TK1 değerleri hesaplanarak kaydedildi. Biyopsi patoloji sonuçlarıyla kanda TK1 değerleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 147 hastanın ortalama yaşı 63,4 ve ortalama PSA değerleri 15,4 ng/ml olarak saptandı. Bu hastaların 62'sinde (%42) prostat kanseri saptandı. Prostat kanseri saptanan hastaların 31'inde (%50) gleason 6, 23'ünde (%37) gleason 7 ve 8'inde (%13) gleason 9 bulundu. Kanda TK1 seviyesinin prostat kanserini öngörmesi açısından yapılan ROC curve istatistiksel analizde sensitivite ve spesifitenin en yüksek olduğu değer bulunarak cut off değeri (30,5) belirlendi. Sensitivite %58, spesifite %51, pozitif prediktif değer %46, negatif prediktif değer %63 olarak hesaplandı. TK1 değerleri ile prostat volümü ve PSA arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0,80$ ve $p=0,530$). Yine PSA>100 olan hastalarda TK1 seviyesi ile prostat kanseri arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,787$).

Çıkarımlar: Kanda TK1 seviyesinin prostat kanseri tanısında öngörücü bir belirteç olamayacağı saptanmakla birlikte, prostat kanseri tedavi sonucunun takibinde kullanılabilecek bir belirteç olabilir.

Tablo 1.

| | Prostat Kanseri (n=62) | Prostat Kanseri Dışı (n=85) |
|----------------|------------------------|-----------------------------|
| Yaş | 65,58 | 61,95 |
| PSA | 24,89 ng/ml | 8,5 ng/ml |
| Prostat volümü | 47,45 cc | 54,44 cc |
| TK1 değeri | 138,18 Du/L | 134,62 Du/L |
| Odak sayısı | 16,3 | 16,64 |

AÇIK PARSİYEL NEFREKTOMİ: İSKEMİLİ Mİ ? İSKEMİSİZ Mİ ?

Kaan Çomez, Serdar Çelik, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Güven Aslan, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Parsiyel nefrektomi küçük renal kortikal tümörler için altın standart tedavidir. Parsiyel nefrektomi iskemili ve iskemisiz olarak yapılabilmektedir. Biz bu çalışmada kliniğimizde yapılan iskemili ve iskemisiz açık parsiyel nefrektomi deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık

Yöntem: Kliniğimizde açık parsiyel nefrektomi yapılan ve bilgilerine ulaşılabilen 73 hastanın dosyası retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar iskemisiz (Grup 1, n=40) ve iskemili (Grup2, n=33) olarak ikiye ayrıldı. İki grubun demografik verileri, operasyon süresi, hospitalizasyon süresi, preop glomerüler filtrasyon hızı değeri ile son ziyaret tarihindeki glomerüler filtrasyon hızı değeri (MDRD formülüne göre), postoperatif dönemde ek girişim gereksinimi, postoperatif patolojik evre ve cerrahi sınır açısından retrospektif olarak değerlendirildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortanca takip süresi iskemisiz hastalarda 27 ay, iskemili hastalarda 33 aydı. Her iki grubun ortalama yaş, operasyon süresi, hospitalizasyon süresi benzerdi. İskemili grupta ortalama iskemi süresi 18,3±7,9 dakikaydı. İskemili grupta transfüzyon ihtiyacı daha düşüktü. İskemisiz ve iskemili grupta preoperatif GFR ile postoperatif GFR karşılaştırıldığında anlamlı fark yoktu (Tablo 1). İskemisiz grupta 32 hastada (% 80) cerrahi sınır negatif, 8 hastada (%20) cerrahi sınır pozitif olarak geldi. İskemili grupta 28 hastada (% 84.8) cerrahi sınır negatif, 5 hastada (%15.2) cerrahi pozitif olarak geldi. Postop patolojik değerlendirmede grup 1'deki 25 hasta (%57.5) evre t1a, 9 hasta (%17.5) evre t1b, 3 hasta (%7.5) evre t2a, 2 hasta (%5) evre t3a, 1 hasta (%2.5) evre 4 olarak raporlandı. Grup 2'de 25 hasta (%66.7) evre t1a, 8 hasta (%18.2) evre t1b olarak raporlandı. Her iki grupta 3'er hastada postop dönemde ek girişime ihtiyaç duyuldu. Grup 1'de üç hastayada postop dönemdeki drenaj süresinin uzaması nedeniyle double j stent uygulandı. Double j stent uygulana bir hastada drenaj devam etmesi üzerine embolizasyon(floseal) yapıldı. Grup 2'de iki hastada postop dönemde yara yeri açıklığı gelişti, bir hastaya da double j stent uygulandı.

Çıkarımlar: İskemisiz grupta iskemili grup karşılaştırıldığında iskemisiz grupta göre transfüzyon ihtiyacı daha fazlaydı. Bunun dışındaki veriler arasında anlamlı fark yoktu. Her iki yöntemde merkezlerin deneyimine göre etkin ve güvenli bir şekilde uygulanabilir

Tablo 1.

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|------------------------|------------------|------------------|--------------|
| | İskemisiz | İskemili | |
| | (n=40) | (n=33) | |
| Yaş | 57,9±12,8 | 56,2±11,9 | 0,560 |
| Tx miktarı | 0,7± 1,2 | 0,2 ± 0,5 | 0,066 |
| Preop GFR | 75,4±29,6 | 87,2± 22,2 | 0,375 |
| Postop GFR | 72,6± 31,0 | 78,3 ± 22,3 | 0,651 |
| Operasyon süresi | 157,5±45,7 | 150,917±40,7 | 0,522 |
| Hospitalizasyon süresi | 7± 5 | 6,8± 4 | 0,859 |

EAU KILAVUZLARININ AGREE II KULLANILARAK YAPILAN KRİTİK DEĞERLENDİRMESİ

Ahmet Güdeloğlu¹, Patrick Tomeny², Halil Kızılöz³, Ali Cansu Bozacı⁴, Molly M. Neuberger⁵, Philipp Dahm⁵

¹South Lake Hospital, Personalized Urology & Robotics Clinic, Clermont, ABD

²University Of Florida, Medical College, ABD

³S.B. Kurtalan Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Siirt

⁴Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

⁵University Of Minnesota, Üroloji, ABD

Amaç: Dünya genelinde meslek örgütleri daha iyi klinik uygulama için kılavuzlar geliştirmektedirler. Üroloji hastalarının tanı ve tedavisi için European Association of Urology (EAU) kılavuzları önemli bir başvuru kaynağıdır. Kılavuz komiteleri önerilerde bulunurken metodolojik açıdan titiz ve şeffaf davranmalıdır. Bu çalışmada mevcut EAU kılavuzlarının kalitesinin Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II yönergeleri kullanılarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Mevcut bütün kılavuzlar EAU resmi web sitesinden indirilmiştir. Çalışma grubunun dört üyesi öncelikle AGREE II yönerge komitesi tarafından önerilen eğitimi tamamladıktan sonra her biri iki kılavuzdan oluşan 2 farklı kılavuz seti üzerinde deneme yapmışlardır. Takiben bağımsız olarak her bir EAU kılavuzu için AGREE II yönergelerini uygulamışlardır. Her bir ilgili alan AGREE II talimatlarına göre hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler için SPSS Versiyon 23.0 kullanılmıştır.

Bulgular: 2009 ile 2014 yılları arasında yayınlanmış toplam 25 kılavuz tespit edilmiştir. Ortalama skorlar, sunumun şeffaflığı (93 ±6%), editör bağımsızlığı (%82 ±12), kapsam ve amaç (%74 ±19) alanlarında en yüksek olarak bulunmuştur. Bununla birlikte uygulanabilirlik (%41 ±5.5) ve paydaşların katılımı (%51 ±13) alanlarında ortalama skorlar en düşük olarak tespit edilmiştir. EAU kılavuzları arasında en geniş çaptaki farklılık amaç ve kapsam (%15 – %96) alanında tespit edilmiştir. Genel değerlendirmede 3 kılavuz haricinde hepsi 5 ve daha üstü puan almıştır.

Çıkarımlar: Genel olarak değerlendirildiğinde EAU tarafından geliştirilen üroloji kılavuzları yeterli görülmeyle birlikte kalite açısından değişkenlik arz etmektedirler. EAU kılavuzlarda paydaşların daha geniş çapta katılımına, önerilerin nasıl uygulanacağı ile birlikte maliyet hesapları ve gözlem sürecine de gereksinim vardır.

POSTOPERATİF BÖBREK FONKSİYONLARINA LAPARASKOPİK VE AÇIK RADİKAL NEFREKTOMİNİN ETKİLERİ

Ahmet Keleş, Asgar Garayev, Elnur Allahverdiyev, İlker Tinay,
Niyazi Levent Türkeri, Ferruh Şimşek

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

Amaç: Renal kitle nedeni ile laparoskopik veya açık radikal nefrektomi uygulanan hastalar postoperatif dönemdeki böbrek fonksiyonları açısından karşılaştırıldı.

Yöntem: Renal kitle nedeni ile transperitoneal laparoskopik veya açık radikal nefrektomi uygulanan ve en az 1 aylık takibi olan hastaların; klinik özellikleri, operasyon teknikleri, patolojik ve klinik izlem bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi.

KBY nedeni ile takipli hastalar, diğer böbreğinde taşı olan ya da o böbrekten herhangi bir cerrahi geçiren hastalar ve farklı nedenlerle postoperatif erken dönemde IV kontrastlı görüntüleme yapılan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya uygun toplam 88 hasta (33 kadın ve 55 erkek) belirlendi. Hastalar açık radikal nefrektomi (grup 1 - n=48) ve laparoskopik radikal nefrektomi (grup 2 - n=40) olacak şekilde 2 gruba ayrıldı.

Hastalara ait demografik bilgilere tablo 1'de karşılaştırıldı. Gruplara ait tümör evresi ve tümör histolojisi dağılımı tablo 2 ve 3'de verildi.

Açık radikal nefrektomi grubundaki hastalar daha yüksek evre tümörlere sahip idi. Kanama miktarı, operasyon süresi, hastanede kalış süresi ve foley kateter çekilme zamanı laparoskopik yapılan grupta açık radikal nefrektomiye oranla anlamlı oranda düşük saptandı (tablo 4). Açık nefrektomi uygulanan 4 olgu dışında postoperatif dönemde transfüzyon gereksinimi olmadı.

Hastaların preoperatif ve postoperatif 1. ve 3. gün ve de 1.ay kreatinin değerleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (tablo 5).

Çıkarımlar: Operasyon süresinin ve kanama miktarının açık nefrektomi grubunda fazla olması, son sene asistanlarının birinci cerrah olarak görev alması ve/veya açık cerrahinin ileri evre ve büyük boyutlu kitlelerde daha çok tercih edilmesinin sonucu olabilir. Renal fonksiyonlar açısından iki grup arasında bir fark saptanmamıştır.

| Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri | | |
|--|----------------------------------|----------------------|
| | Yaş ortalaması | Cinsiyet dağılımı(n) |
| Grup 1 | 57,2 (min: 24, max:86 +/- 14,02) | 27 E 21 K 48 |
| Grup 2 | 58,2 (min: 19, max:82 +/- 13,9) | 28 E 12 K 40 |

| Tablo 2. Tümör evresi | | | | | |
|-----------------------|-----|-----|-----|-----|--------|
| | pT1 | pT2 | pT3 | pT4 | Toplam |
| Grup 1 | 16 | 9 | 11 | 5 | 41 |
| Grup 2 | 24 | 7 | 2 | 1 | 34 |

| Tablo 3. Histolojik Tip | | | | | | | | | |
|-------------------------|---------|----------|----------|-----|-----------|-----|----------|--------|--------|
| | RCC | | | TCC | Onkositom | AML | Kortikal | Adenom | Toplam |
| | Berrak | Papiller | Kromofob | | | | kist | | |
| | Hücreli | | | | | | | | |
| Grup 1 | 37 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 48 |
| Grup 2 | 29 | 4 | 1 | 3 | - | 1 | 1 | 1 | 40 |

| Tablo 4. | | | |
|------------------------------------|--------------|--------------|----------|
| | Açık Cerrahi | Laparoskopik | P değeri |
| Ortalama kanama miktarı (cc) | 581 cc | 123 cc | <0.05 |
| | (+/- 58 cc) | (+/- 21 cc) | |
| Ortalama operasyon süresi (dk) | 238 dk | 222 dk | <0.05 |
| | (+/- 3.9 dk) | (+/- 3.3 dk) | |
| Foley kateter çekilme zamanı (gün) | 3,25 gün | 1,35 gün | <0.05 |
| Ortalama hastanede kalış zamanı | 4,25 gün | 2,94 gün | <0.05 |

| Tablo 5. Preoperatif ve postoperatif kreatinin değerleri / ng/dl | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| | Pre-op | Post-op | Post-op | Post-op |
| | | 1.gün | 3.gün | 1.ay |
| Açık Cerrahi | 0,93 | 1,23 | 1,19 | 1,16 |
| | (min:0,49 max:1,92 +/-0,25) | (min:0,65 max:2,54 +/-0,38) | (min:0,69 max: 2,1 +/-0,33) | (min: 0,56 max:2,0 +/-0,32) |
| Laparoskopik | 1,04 | 1,21 | 1,17 | 1,14 |
| | (min:0,51 max:1,7 +/-0,42) | (min: 0,76 max:1,87 +/-0,27) | (min: 0,58 max:2,2 +/-0,32) | (min: 0,60 max:1,83 +/-0,30) |
| P değeri | 0,23 | 0,96 | 0,67 | 0,47 |

VASKÜLER KLEMP UYGULANMAYAN NEFRON KORUYUCU CERRAHİDE KANAMA KONTROLÜNDE YARDIMCI OLARAK KULLANILAN FARKLI HEMOSTATİK AJANLARA AİT DENEYİMİMİZ

İlker Tinay¹, Ahmet Şahan¹, Asgar Garayev¹, Ferhad Talıbzade¹, Yılören Tanıdır², Ferruh Şimşek²

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

²İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

Amaç: Böbrek kitlesi nedeniyle, vasküler klempten uygulanmadan gerçekleştirilen nefron koruyucu cerrahi sırasında kanama kontrolünde yardımcı olarak kullanılan vivostat® ve surgicell® hemostatik ajanların karşılaştırılması

Yöntem: Hastalar işlem sırasında kullanılan hemostatik ajana göre, surgicell® (grup 1 – n:18) ve vivostat® (grup 2 – n:12) olarak 2 gruba ayrıldı. Seçilen hemostatik ajan böbrek kitlesi nedeniyle vasküler klempten uygulanmadan gerçekleştirilen nefron koruyucu cerrahi sırasında, eksizyon alanında gerçekleştirilen onarım sonrası eksizyon alanına uygulandı. Gruplar erken ve geç dönem komplikasyonları ve sonuçları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grup arasında; yaş, tümör boyutu, operasyon süresi, peroperatif kanama miktarı, pre-operatif ve post-operatif hemogram değerleri ve komplikasyonlar açısından istatistik olarak anlamlı fark saptanmadı (tablo 1).

Çıkarımlar: Her iki hemostatik ajan arasında kısa dönem sonuçları açısından aralarında fark saptanmadı.

Tablo 1. Gruplar arasında farklı parametreler ait karşılaştırma

| | Grup 1 | Grup 2 | p |
|-------------------------------------|---------------|--------------|--------------------|
| | N:18 | N:12 | |
| Yaş | 50±10 | 50±9 | 0,656 ^a |
| Kan transfüzyonu(ml) | 1,2±1,7 | 0,5±0,7 | 0,255 ^a |
| Kan kaybı | 461±270 | 395±393 | 0,438 ^a |
| Kan transfüzyonu(hasta) | 8 | 5 | 1 ^b |
| Tümör boyutu(mm) | 36±12 | 35±16 | 0,760 ^a |
| Dren çekim günü | 4,9±2,8 | 5,4±4,6 | 0,245 ^a |
| Operasyon süresi | 207±65 | 230±70 | 0,433 ^a |
| Preoperatif hemoglobin | 13,6±1,8 | 13±1,2 | 0,162 ^a |
| Postoperatif erken hemoglobin (pOe) | 11,2±1,6 | 10,4±1 | 0,478 ^a |
| Postoperatif 1. Gün hemoglobin | 10,2±1,8 | 10,4±0,9 | 0,780 ^a |
| Komplikasyon | Ürinom (n:1), | Ürinom (n:1) | 0,193 ^b |
| | Emboli (n:4), | | |
| | Hematom (n:1) | | |

PROSTAT KANSERİ TEŞHİSİ İÇİN HASTA BAŞI TEST CİHAZI VE KİTLERİ GELİŞTİRİLMESİ

Yıldız Uludağ¹, Fehmi Narter², Güzin Köktürk¹, Erkin Sağlam²

¹Tübitak UEKAE Bilgem, İGBAM ve Biyosensör Çalışma Grubu, İstanbul

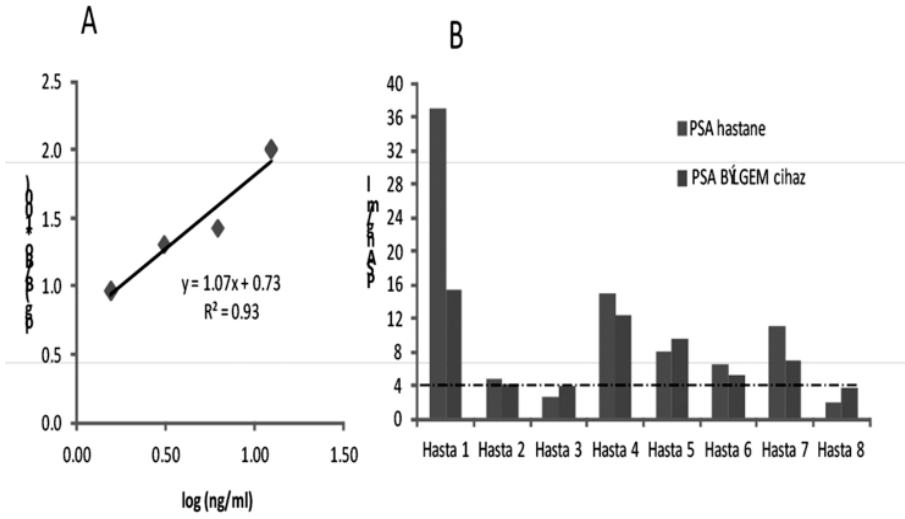
²S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Sunulan çalışmada, hızlı ve doğru yapılan testlerle hastaya hızlı müdahelenin yapılabildiği biyoçip tabanlı tanı kitleri ve ölçüm cihazı geliştirilmektedir. Bu çalışma yerli kaynak ve imkanlar kullanılarak yeni nesil, taşınabilir bir tanı cihazı ve kitlerinin geliştirilmesini, prostat kanseri biyoişaretlerinin (PSA ve PCA3) hızlı ve etkin tanısında kullanılmasını kapsamaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada klinisyen, mühendis ve bilim insanlarından oluşan disiplinler arası bir ekip ile biyoçip tabanlı tanı kiti ve ölçüm cihazı geliştirilerek, hasta ve doktorların yaşamlarında, hastane ve sağlık harcamalarında fark yaratmak hedeflenmiştir. Geliştirilen ölçüm cihazı ve kitlerin; taşınabilir, rutin olarak uygulamaya uygun, kullanıcıya iş bırakmayan, tamamen otomatik çalışması, kablosuz olarak hasta kayıtlarına sonuç aktarımı yapması, hızlı ve doğru sonuç vermesi hedeflenmektedir. Tanı cihazı, “gerçek zamanlı elektrokimyasal profillemeye” adını verdiğimiz ve ekibimiz tarafından geliştirilen özgün bir yöntem ile çalışmakta, çip üstü laboratuvar ve mikrofluidik teknolojiler ile tasarlanmış özgün sensör çip ve kartuşundan (patent no: PT 2014/3992) oluşan kitler içermektedir. 1,2,3 Cihazın gerçek örneklerle test edilmesi amacıyla serum ve idrar örnekleri, etik kurul onayından sonra, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvuran hastalardan elde edilmiştir. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniğine başvuran ve TRUS biyopsi sonucu prostat kanseri tanısı patolojik olarak konulan 58 hasta çalışmaya alınmıştır. Bu hastaların kan ve idrar örnekleri alınmıştır. Saptanan PSA düzeyleri, patoloji sonuçları kaydedilmiştir. İlk çalışma, serumdan PSA tanısına yönelik yapılmaktadır. Bu amaçla elde edilen örnekler hem yeni geliştirilen cihaz ile hem de konvansiyonel yöntemlerle hastanede analiz edilmekte ve sonuçlar karşılaştırılmaktadır.

Bulgular: Cihazın ilk laboratuvar prototipi ile elde edilen erken dönem sonuçlar ile hastane sonuçları karşılaştırılabilir bulunmuştur. PSA BİLGEM cihaz sonuçları 8 hasta için ortalama $6,5 \pm 3,3$ ng/dl iken hastane PSA değerleri ortalama $7,1 \pm 4,7$ ng/dl olarak bulundu.

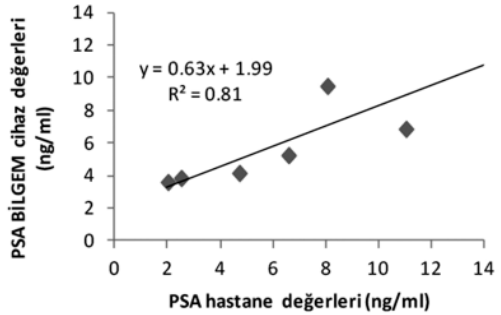
Çıkarımlar: Sonuçlar arasındaki küçük farklılıklar cihazın henüz tamamlanmamış bir prototip olmasından kaynaklanabileceği gibi, BİLGEM cihazı ile elde edilen sonuçların kan örneklerinin serum haline çevrildikten sonra -20°C derecede bekletilip sonra ölçülmesinden de kaynaklanıyor olabileceği değerlendirilmektedir. İlk ölçülen bu hasta değerlerimizden sonra, vaka serimizdeki diğer ölçümler tamamlanıp çalışmamız genişletilecektir.

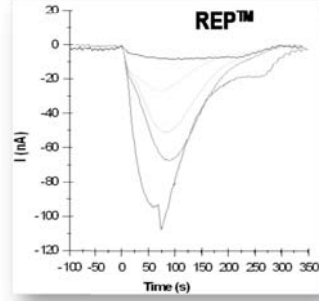
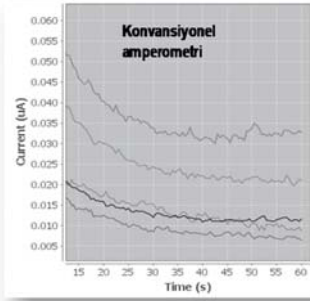
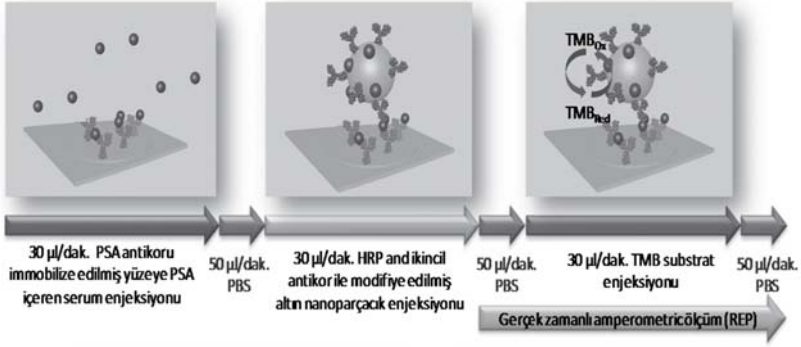


Şekil 1.

| | Ortalama | St sapma |
|----------------------------|----------|----------|
| PSA BİLGEM cihaz sonuçları | 6.5 | 3.3 |
| PSA hastane sonuçları | 7.1 | 4.7 |

Şekil 2.





Şekil 3.

LNCAP VE PC3 HÜCRE HATLARINDA PROTEAZOM VE HİSTON DEASETİLAZ İNHİBİSYONUNUN NFKB YOLAĞI ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

İlker Kılıçcioğlu¹, Ece Konaç¹, Nuray Varol¹, Serhat Gürocak², Cenk Y. Bilen³

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

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Androjen-bağımlı evreden metastatik androjen-bağımsız evreye geçiş olan kastrasyona dirençli prostat kanserinin tedavi sürecinde kanser hücreleri belli bir aşamadan sonra radyoterapiye ve çeşitli kemoterapötiklere direnç geliştirmektedir. Çalışmamızda, insan prostat kanserli hücre hatları olan LNCaP ve PC3 hücrelerinde proteazom inhibitörü bortezomib (Velcade/PS-341) ve histon deasetilaz (HDAC) inhibitörü trichostatin A (TSA) ilaçlarının tekli ve/veya kombine dozlarının uygulanmasıyla NFκB yolağı üzerinden apoptotik etkiyi nasıl düzenleyebileceğini araştırdık.

Yöntem: Bu ilaçların hücre canlılığı üzerine olan etkileri WST-1; Kaspaz 3 ve IκBα genlerinin ifadenme değişiklikleri Real-time PCR ve western blot yöntemleri ile belirlendi. Ayrıca PC3 hücre hatlarında Bcl-2, Bcl-xl, Bim ve Bik proteinlerindeki ekspresyon değişiklikleri western blot yöntemi ile belirlendi. İlaçların hücre canlılığını azaltıcı etkisine kombine dozlarda daha düşük doz ve sürede ulaşıldı.

Bulgular: İlaç uygulamaları sonrasında her iki hücre hattında da kaspaz 3 aktivasyonu düzeyinde anlamlı artış olduğu saptandı ($p < 0.05$). Bortezomib uygulanmasıyla NFκB inhibitörü IκBα geninin ifadenmesinin artışı bu anti-apoptotik yolağın proteazom inhibisyonu aracılığı ile inhibe edildiğini gösterdi. IκBα birikimi, PC3 hücrelerinde gerek tekli, gerekse kombine dozlarda anlamlı olarak gözlenirken, LNCaP hücrelerinde bu birikimi göremedik. IκBα proteininin fosforilasyonunu bortezomib uyguladığımız PC3 hücre hatlarında gözlemlerken yine LNCaP hücrelerinde bu fosforilasyon ve birikimi göremedik. Bu fosforilasyonu özellikle prostat kanserinin metastatik invaziv formu olan ve androjenden bağımsız gelişen PC3 hücrelerinde görmemiz oldukça anlamlı olmuştur. Çünkü NFκB transkripsiyon faktörünün konstitüif aktivasyonu daha agresif prostat kanseri gelişimi ile yakından ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle proteazom inhibisyonu indüklü IκBα degradasyonunun önlenmesi, NFκB yolağının hedef genlerinin aktive edilmemesi ve dolayısı ile apoptoza gidiş sürecinin hızlanması açısından oldukça önemlidir. PC3 hücrelerine uyguladığımız çeşitli dozlarda pro-apoptotik Bim ve Bik proteinlerinin ekspresyon düzeylerinin artması hücrelerin apoptotik potansiyelinin de arttığını göstermiştir. Buna ek olarak Bcl-2 ve Bcl-xl anti-apoptotik proteinlerinde beklenen ekspresyon azalışını yalnızca kombine dozlarda gözlemledik. Bortezomib ve TSA arasındaki sinerji tümör baskılayıcıları uyarak apoptozu indüklemesi Bcl-2 ve Bcl-xl proteinindeki ifadenme azalışına neden olmuş olabilir.

Çıkarımlar: Sonuç olarak, elde ettiğimiz bulgular proteazom inhibisyonunun anti-apoptotik NFκB yolağının baskılanmasında önemli olduğunu göstermiştir.

Gazi Ü. Bilimsel Araştırma Projelerini Destekleme Programı-Proje No: 01/2012-47 tarafından desteklenmiştir.

ÜROLOJİK KANSER HÜCRE HATLARINDA, DNMT1 İFADELENME KARARLILIĞI WNT/B-KATENİN SİNYAL YOLAĞINDA ROL ALIR MI?

Nuray Varol¹, Ece Konaç¹, Cenk Y. Bilen²

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

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

Amaç: DNA metilasyonu en önemli epigenetik mekanizmalardan biri olup, DNA metiltransferazlar (DNMT) tarafından katalizlenmektedir. Artmış DNMT1 ürogenital sistem tümörlerinde sıklıkla görülmekte, ancak bu artışın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda, ürogenital kanser hücre hatlarında (renal: Caki-2; mesane:T24 ve prostat: PC3) Wnt/ β -katenin sinyal yolağının DNMT1 ifadenmesi üzerine etkisi ve DNMT1 stabilitesinden sorumlu olan UHRF1 ve HAUSP (USP7) enzimlerin değişen ifade düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: GSK3 β inhibitörü olan SB216763'in sitotoksitesi zamana ve doza bağımlı olarak WST1, WIF-1 geninin metilasyon profili MSP, β -katenin ve WIF-1 hedef genlerin ifadenme değişimleri Real-time PCR ve β -katenin, DNMT1, pGSK3 β (Ser9), HAUSP ve UHRF1 protein düzeyleri western blot yöntemleri kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Bulgularımıza göre, SB216763 düşük dozda hücre proliferasyonunun artışına neden olmaktadır. SB216763 uygulaması sonrasında CCND1 mRNA ($p < 0.001$); β -katenin, pGSK3 β (Ser9) ve DNMT1'in ise protein düzeylerinde artış belirlendi. Kanser hücre tipine bağlı olarak aynı dozlarda HAUSP ve UHRF1 up-regüle veya down-regüle olduğu gözlemlendi. Ayrıca, DNMT1 inhibitörü olan DAC muamelesini takiben WIF-1 geninin tekrardan ifadenmesini takiben, DNMT1, β -katenin, HAUSP ve UHRF1 protein düzeylerinde azalma belirlendi. β -katenin sinyal yolağı Caki-2 hücrelerinde DNMT1 kararlılığından sorumlu görülse de; T24 ve PC3 hücrelerinde bu ilişki saptanmamıştır.

Çıkarımlar: Sonuç olarak, Wnt/ β -katenin sinyal yolağının DNMT1 geni ve regülasyonu üzerine etkilerinin belirlenmesi, yeni moleküler hedeflerin tanımlanmasına katkı sağlayabilecektir.

Gazi Ü. Bilimsel Araştırma Projelerini Destekleme Programı-Proje No: 01/2013-06 tarafından desteklenmiştir.

İNTRATESTİKÜLER VARİKOSEL

İbrahim Karademir¹, Zafer Demirer²

¹Eskişehir Asker Hastanesi, Radyoloji Bölümü, Eskişehir

²Eskişehir Asker Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir

Amaç: Varikozel, spermatik kord venlerinin anormal dilatasyonu ile karakterize, düzeltilebilir erkek infertilitesinin en önemli ve en sık nedenlerinden birisidir. Varikozel tipik olarak ekstratestiküler yerleşimlidir ve sıklıkla sol tarafta görülür. İntratestiküler varikozel (İTV) testis mediastinumundan parankim içersine doğru uzanım gösteren dilate venöz yapıların varlığı olarak İlk defa Weiss tarafından 1992 yılında tanımlanmıştır. İTV, ekstratestiküler varikozelin (ETV) aksine oldukça nadir görülen bir durumdur. İpsilateral ETV sıklıkla bu patolojiye eşlik eder. İTV, ultrasonografi (US) ile kolaylıkla tanınabilmesine karşın; tanı renkli Doppler ultrasonografi (RDUS) incelemesi ile desteklenmediğinde bazı başka patolojilerle karışabilir. Biz burada skrotal ağrı, şişlik ve infertilite şikayeti olan bir İTV olgusunu sunduk

Yöntem: Mayıs 2014 de skrotal ağrı ve şişlik şikayetleri olan 20 yaşındaki erkek hastanın 2 yıllık evli olduğu infertilite probleminde olduğu anamnezinden anlaşıldı. Skrotal US ve RDUS incelemeleri hasta sırtüstü pozisyonda yatariken istirahat ve valsava manevrası sırasında değerlendirildi. Skrotal US'da heriki testis eşit ve normal boyutlarda, sağda grade 1 varikozel, solda inguinal herni, sol epididimde 3,5 mm epididim kisti, solda valsava ile 4 mm, istirahat 3 mm varikoz venler izlendi. RDUS incelemesinde; solda istirahat varikoz venlerde reflü yokken valsava ile belirgin reflü izlendi. Ayrıca sol testiste mediastinumdan başlayıp testis periferine uzanan valsava ile daha fazla belirginleşen 2,5 mm varikoz genişlemeler izlendi ve bu durum İTV olarak değerlendirildi. Hastanın spermioyogram incelemesinde oligospermi (9 milyon/ml), morfolojide teratozoospermi (kruger; % 4) ve motilite a+b % 40 olarak normal saptandı.

Bulgular: Hastaya mayıs 2014 de sol subinguinal varikozektomi ve sol herniorafi ameliyatı yapıldı. Hastanın 3 ay sonraki kontrollerinde skrotal ağrı ve şişlik şikayetinin gerilediği, spermioyogram değerlerinin normale döndüğü görüldü

Çıkarımlar: İTV oldukça nadir ve genellikle ETV ile birlikte görülen venöz bir patolojidir. Diğer intratestiküler kistik hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması ve tanı konulması için RDUS inceleme oldukça hızlı ve efektiftir.



Şekil 1.

NONOBSTRÜKTİF AZOSPERMİLİ HASTALARDA TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU ÖNCESİ VARİKOLEKTOMİ YAPILMASI SPERM BULMA ORANINI ETKİLER Mİ?

Mehmet Vehbi Kayra, Tahsin Turunç, Cevahir Özer, Mehmet Reşit Gören, Ümit Gül, Sezgin Güvel

Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi Yüreğir Hastanesi, Üroloji Bölümü, Adana

Amaç: Nonobstrüktif azospermisi (NOA) olan infertil hastalarda testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE) öncesinde uygulanan varikozel operasyonunun TESE başarısı üzerine etkili olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: NOA nedeniyle son 10 yılda kliniğimize başvuran ve özgeçmişinde daha önce varikozelktomi operasyonu (sol ya da bilateral) yapıldığı öğrenilen hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Bu hastaların TESE'de sperm bulma oranları ile daha önce varikozelktomi yapılmayan hastaların TESE'de sperm bulma oranları karşılaştırıldı. Ayrıca, her iki gruptaki hastaların yaş ortalamaları, infertilite süreleri, ortalama testis boyutları ve serum FSH düzeyleri de karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya NOA tanısıyla daha önce TESE yapılan toplam 967 hasta dahil edildi. Yaş ortalamaları 34.4 yıl, ortalama infertilite süreleri 6.9 yıl, ortalama testis boyutları 13.1 cc ve ortalama serum FSH düzeyleri 17.3 mIU/ml idi. TESE yapılan hastaların 182'sine (%18.8) daha önce varikozelktomi operasyonu yapılmıştı. Tüm hastalarda ortalama sperm bulma oranı %47.5 olarak bulundu. TESE öncesi varikozelktomi yapılan hastalarda sperm bulma oranı %57.1 (104/182) iken TESE öncesi varikozelktomi öyküsü olmayan hastalarda ise bu oran %45.3 (356/785) olarak bulundu. Aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.004$). Her iki grup arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık yoktu. İnfertilite süresi varikozelktomi yapılanlarda daha uzun idi. Testis boyutu varikozelktomi yapılanlarda daha büyük iken serum FSH düzeyleri varikozelktomi yapılmayanlarda daha yüksek idi. (Tablo).

Çıkarımlar: Klinik varikozeli olan ve TESE'den önce varikozelktomi yapılan NOA hasta grubunda sperm bulma oranı, varikozeli olmayan ve TESE yapılan NOA hasta grubuna göre belirgin derecede daha yüksektir. Varikozeli olan hasta grubuna TESE öncesi rutin varikozelktomi önerilebilir. TESE öncesi hastada klinik varikozel olması ve varikozelktomi yapılması, TESE'de sperm bulma oranını olumlu etkileyen faktörler arasında yer alabilir.

Tablo 1.

| Parametreler | Varikozelktomi (+) | Varikozelktomi (-) | Bütün hastalar | p değeri |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|----------|
| Yaş (yıl) (\pm) | 34,3 \pm 6,3 | 34,5 \pm 6,4 | 34,4 \pm 6,4 | 0,684 |
| İnfertilite süresi (yıl)(min-max) | 7,5 (1-25) | 6,8 (1-35) | 6,9 (1-35) | 0,014 |
| Testis boyutu (cc) (min-max) | 15,1 (3-30) | 12,6 (1-30) | 13,1(1-30) | 0,000 |
| FSH(mIU/ml)(min-max) | 14,5 (1,1-61) | 18,0 (0,3-132) | 17,3 (0,3-132) | 0,003 |
| TESE'de sperm bulma oranı (%) | 57,1 | 45,3 | 47,5 | 0,004 |

SEPTOPLASTİ OPERASYONUNUN CİNSEL YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gül Soylu Özler¹, Serkan Özler²

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı, Hatay

²Antakya Devlet Hasrenesi Üroloji Kliniği, Üroloji Kliniği, Hatay

Amaç: Bu çalışmanın amacı nazal septum deviasyonu(burun kemiği eğriliği) olan erkek hastaların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmektir. Ayrıca, septoplasti operasyonunun cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi de araştırılmıştır.

Yöntem: Nazal septum deviasyonu olan 30 hasta ile burun deformitesi olmayan 30 kontrol hastası çalışmayı tamamladı. Olguların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmek için ereksiyon işlevi uluslararası değerlendirme formu kullanıldı.

Bulgular: Erektile fonksiyon, orgazmik fonksiyon, cinsel istek, ilişki tatmini ve genel tatmin skorları septum deviasyonu olan grupta istatistiksel anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p \leq 0.05$). Septum deviasyonu nedeniyle septoplasti olan hastalarda operasyon öncesi ve sonrası ortalama skorlar istatistiksel anlamlı olarak farklıydı ($p \leq 0.05$).

Çıkarımlar: Septum deviasyonunun erkek cinsel yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olabilir. Ayrıca septoplasti operasyonu ile burun tıkanıklığının giderilmesi ile cinsel performansta anlamlı düzeyde bir düzelme saptanmıştır.

ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

Onur Turan¹, İyimser Üre², Ayşe Turan³

¹S.B. Gelibolu Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Çanakkale

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

³S.B. Çanakkale Devlet Hastanesi, Göğüs Hastalıkları, Çanakkale

Object: Sexual dysfunction is a common problem in chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The presence of erectile dysfunction (ED) in COPD patients was determined.

Methods: 93 patients with COPD were included in the study. All patients underwent pulmonary function tests, arterial blood gas analysis. They completed International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale, SF-36 scale and International Index of Erectile Function (IIEF) Questionnaire.

Materials: 10 mild (10.8%), 46 moderate (49.5%), 28 severe (30.1%) and 9 very severe (9.7%) COPD patients had a mean age of 61.4±9.8. The mean FEV1 value of patients was 1.71±0.67 (56.88±20.14%), and FVC: 2.23±0.83 (58.98±19.21%). Varying degrees of ED were detected in 67.7% of COPD patients (Mild:34.9%, moderate:23.8% and severe:41.3%). There was ED in 88.9% of very severe COPD patients. All patients with hypoxemia had ED. IPAQ score and all SF-36 parameters were found to be low in patients with ED while MRC score was high. Partial pressure of oxygen in blood (PaO₂), IPAQ score, role-physical, role-emotional parameters were statistically low in ED patients. Patients with moderate and severe ED had statistically lower score of mental health. IIEF score was negatively correlated with pack-years of cigarette smoking and age. There was a positive correlation between IIEF score and IPAQ scores, MRC scores, general health, role-physical, role-emotional, physical functioning and mental health parameters in SF-36.

Result: ED is frequently seen in COPD patients. Hypoxemia, smoking and limitation of physical activity are thought to be associated with ED in COPD as mechanisms. Quality of life and the functional capacity are negatively affected with the presence of ED. It is important for a physician to question the sexual functions in patients with COPD.

PREMATÜR EJEKÜLASYONUN PSİKOSOSYAL BOYUTU

Ahmet Gökçe, Salih Manav, Fikret Halis, Osman Köse, Şükrü Kumsar, Adil Emrah Sonbahar, Hüseyin Aydemir, Hacı İbrahim Çimen, Yavuz Tarık Atik, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan

S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

Amaç: Prematür ejakülasyon (PE) erkekler arasında en sık gözlenen ve her iki partneri de etkileyen seksüel disfonksiyondur. Bu hastaların neden tedavi olmak istedikleri ile ilgili çok az çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı PE'den muzdarip olan erkeklerin bakış açısından PE'nin erkekler üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Yaşamboyu PE şikayeti olan hastalar değerlendirildi. Hastalar seksüel problemler özellikle dikkate alınarak ürolojik ve genel olarak muayane edildi ve medikal öyküleri alındı. Yaşı 18 ve üzeri olan, 6 ay ve daha uzun zamandır partneri olan, bu süre zarfında ilişkilerinin yarından fazlasında 1 dk'dan kısa sürede boşalan, IIEF skoru 26 ve üzeri olan, erkekler çalışmaya dahil edildi ve tüm hastalara "PE sizin için nedir" sorusu yöneltilerek aşağıdaki seçenekler sunuldu:

- Boşalmanın aniden veya içeri girdikten çok kısa süre olması
- Boşalmanın ben yeterince zevk almadan/tatmin olmadan olması
- Boşalmanın eşim/partnerim yeterince zevk almadan/tatmin olmadan olması

Bulgular: Yaşamboyu PE si olan, ve yaş ortalamaları 35.5 ± 7.6 (yaş aralığı 26-52) olan 40 hasta çalışmaya alındı. Yirmi (%50) hasta zevk veya seksüel tatmin ile ilgili olarak en az bir cevap seçti (her iki cins için de) ve bu hastaların 17'si (%85) partnerinin memnuniyeti/tatmini konusunda endişe duyuyordu. Şaşırtıcı olarak hastaların sadece 7'si (%35) kendi tatmini veya zevki konusunda kaygı duyuyordu ($p=0.003$).

Çıkarımlar: Prematür ejakülasyonu olan erkekler kendi seksüel tatminlerinden daha fazla partnerlerinin seksüel tatmini konusunda endişelenmektedir. Bu nedenle PE'li hastalar partnerleri ile beraber değerlendirilmelidirler.

SHEAR WAVE ELASTOGRAFİNİN (SWE) TESE YAPILAN HASTALARDA SPERM BULMADAKİ PREDİKTİF ROLÜ

Murat Gezer¹, Fahrettin Kılıç², Fethi Emre Ustabasıoğlu², Cesur Samancı², Fatih Şimşekoğlu³, Fatih Kantarcı², Bülent Önal¹, Hamdi Özkara¹

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

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

³*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Yeni bir radyolojik metot olan Shear Wave Elastografi'nin (SWE), TESE operasyonu öncesi yapılarak sperm bulmada prediktif rolü olup olmadığını araştırmak.

Yöntem: Elastografi, yüzeye yakın organların (testis, meme, tiroid gibi) doku elastikiyetini ölçen bir ultrasonografi metodudur. Çalışmaya 3 grup katıldı; sağlıklı kontrol grubu (30 hasta), azospermik olmayan infertil hastalar (48 hasta) ve TESE yapılan Azospermik ve primer infertil olan hastalar (24 hasta). Çalışmaya alınan hastaların hepsine radyoloji kliniğinde her iki testise elastografi uygulandı ve değerleri kaydedilerek gruplar karşılaştırıldı. Azospermik 24 hastanın TESE öncesi elastografi sonuçlarının TESE sonrası sperm bulmadaki prediktif değeri araştırıldı.

Bulgular: Ortalama yaş her bir grup için sırasıyla 34, 32 ve 34'tü. Ortalama testis boyutları ise sağ ve sol testis için sırasıyla 1. grup 14.5-13.5 cc, 2. grup 13.5-13.1 cc, 3.grup 10.6-10.3 cc olarak saptandı. Üç grup arasında semen volümü, varikosel varlığı ve elastografi sonuçları açısından ve ayrıca 1. ve 2. Grup arasında sperm konsantrasyonu açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). Azospermik grup içerisinde TESE sonrası 15 hastada sperm bulunamadı, 9 hastada ise sperm bulundu. TESE'de sperm bulunan ve bulunmayan hastaların Elastografik olarak değerlendirilmesinde fark saptanmadı ($p>0.05$).

Çıkarımlar: Elastografinin sınırlı sayıda literatürde testiste infarkt ve tümör ayırımını yapmakta yardımcı olabildiği bildirilse de infertil hastalarda TESE sonrası sperm bulmadaki prediktif değeri gösterilememiştir. Çalışmada TESE yapılan hasta sayısının sınırlı olması da bu çalışmayı sınırlayan faktörlerden sayılabilir.

ÜROLOGLARIN KONTRASEPSİYON YÖNTEMİ TERCİHLERİ

Çağrı Asan¹, Bahadır Dede²

¹Özel Batman Farabim Hastanesi, Üroloji Bölümü, Batman

²Muğla Halksağlığı Müdürlüğü, Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şubesi, Muğla

Amaç: Bu çalışma ile ülkemizde ürologların kendilerinin kullandığı ve hastalarına önerdikleri doğum kontrol yöntemlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Ürologların kendi kullandıkları ve hastalarına önerdikleri kontrasepsiyon yöntemini değerlendirmek için anket formu hazırlandı. Bu form ulusal üroloji toplantısı esnasında dağıtıldı ayrıca formun bulunduğu web sayfasına ait link elektronik posta ile üroloji doktorlarına ulaştırıldı ve cevaplar web sayfası üzerinden toplandı. Üroloji doktorlarının yaşı, medeni durumları, kurumları, bulunduğu coğrafik bölge, günde ortalama kaç hasta baktıkları, sıklıkla kendi kullandıkları ve hastalarına en çok önerdikleri kontrasepsiyon yöntemi soruldu. İstatistiksel testler ve McNemar-Bowker tutarlılık analizleri SPSS 15 programı ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya sonuçları ulaşan 308 ürolog dahil edildi. Yaş ortalaması 41,2 (24-64yaş). Ürologların kendi kullandıkları ve hastalarına önerdikleri doğum kontrolü, aile planlaması yöntemleri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Hekimlerin kendi kullandıkları ve hastalarına önerdikleri aile planlaması yöntemleri karşılaştırıldığında McNemar-Bowker tutarlılık analizlerine göre zayıf düzeyde tutarlılık ($\kappa=0,32$) bulunmaktadır ancak bulgular anlamlıdır ($p<0,05$). Kendi hayatlarında etkili bir yöntem kullanan ürologlar ile etkili bir yöntem kullanmayan ürologlar karşılaştırıldığında tutarlılık ($\kappa=0,17$) saptanmamıştır ancak veriler anlamlıdır ($p<0,05$). Etkisiz bir yöntem kullanan doktorun hastasına etkisiz bir yöntem önermesi arasında iyi düzeyde bir tutarlılık ($\kappa=0,83$) bulunmaktadır. Coğrafi bölgelere göre hekimlerin çalıştığı bölgeler incelendiğinde, aile planlaması yöntemi belirlemede zayıf düzeyde tutarlılık ($\kappa=0,33$) bulunmaktadır ve bulgular anlamlıdır ($p<0,05$). Hekimlerin çalıştıkları kurumlara ve baktıkları hasta sayılarına göre inceleme yapıldığında tutarlılık bulunmamıştır.

Çıkarımlar: Üroloji hekimlerinin cerrahi yöntemleri tercih etmedikleri ve hastalarına sıklıkla önermedikleri görülmektedir. Geri çekme dışarı boşalmayı tercih edenlerin evli erkeklerde de sık olduğu saptanmıştır. Etkin aile planlaması yöntemleri uygulanması ile ilgili olarak üroloji hekimlerine daha fazla görüş düşmektedir.

Tablo 1. Yöntem tercihlerine göre ürolog sayıları

| | Hastalara Önerilen | | Kendi kullandığı | |
|--------------------------|--------------------|-------|------------------|-------|
| | n | Yüzde | n | Yüzde |
| Önermedim/Kullanmıyorum | 78 | 25,9 | 31 | 10,5 |
| Geri çekilme | 2 | 0,7 | 61 | 20,6 |
| Kondom | 140 | 46,5 | 132 | 44,6 |
| OKS | 17 | 5,6 | 19 | 6,4 |
| Diyafram | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kadın enjeksiyon/implant | 3 | 1 | 0 | 0 |
| Vazektomi | 10 | 3,3 | 5 | 1,7 |
| Tüp ligasyon | 17 | 5,6 | 4 | 1,4 |
| Diğer | 2 | 0,7 | 0 | 0 |
| RIA | 32 | 10,6 | 44 | 14,9 |
| Toplam | 301 | 100 | 296 | 100 |

DENEYSEL OLARAK VARİKOSEL MODELİ OLUŞTURULMUŞ RATLARDA TESTİKÜLER DOKUDA ASİMETRİK DİMETİL ARJİNİN DÜZEYİ

Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Emrah Demirci, Ali Erhan Eren

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Endotelial fonksiyonların sürdürülmesinde NO çok önemli bir role sahiptir. ADMA, nitrik oksit sentaz (NOS) aktivitesini inhibe ederek NO oluşumunda önemli bir inhibitördür. Bu çalışmada deneysel olarak varikozel oluşturulan sıçanlarda testiküler dokudaki asimetrik dimetilarjinin (ADMA) ve nitrik oksit (NO) parçalanma ürünü olan nitrit-nitrat düzeyi ölçülerek birbirleriyle olan ilişkileri istatistiksel olarak araştırılmıştır.

Yöntem: Çalışma 21 adet Sprague-Dawley tipi erkek sıçanlar üzerinde gerçekleştirildi. Ratlar kontrol grubu (6 rat), Sham grubu (6 rat) ve deney grubu (9 rat) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Deney grubunda Eter anestezi sonrası sol renal ven proksimalinden parsiyel ligasyonu ile sol varikozel oluşturuldu. 8 hafta sonra tüm ratlar sakrifiye edildi. Testis diseke edilip, eksiye edildikten sonra -80 derecede saklandı. Biyokimyasal değişiklikleri testip etmek için testiste SOD (Superoksit Dismutaz) enzim aktivitesi, ve NO son ürünü olan nitrit ve nitrat tuzlarının düzeyleri saptandı. Plazmadaki nitrit-nitrat düzeyini incelemek için ventrikül içinden 5cc alınan kan örnekleri çalışıldı ve daha sonra tüm ratlar sakrifiye edildi. ADMA analizi için yarışmalı tipte bir ELİSA kiti olan ADMA kiti kullanıldı.

Bulgular: Oksidan stres artışına bağlı olarak, primer antioksidan özellikteki enzim olan (SOD) değerleri 3 grupta incelendi ve tüm grupların ikili karşılaştırmalarında istatistiksel anlamlı derecede fark saptandı ($p=0.0002$). Bu da artmış oksidatif strese yanıt olarak ortaya çıkmıştır. ADMA değerlerinin varikozel deney grubunda sham ve kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p: 0.004$). Sham grubunda kontrol grubundan daha yüksek miktarda ADMA düzeylerine rastlanmıştır. Doku ve plazmadaki NO son ürünü olan tuzlar deney grubunda ve sham grubunda kontrol grubundan istatistiksel olarak düşük bulunmuştur ($p= 0.0003$). Bu düşüklüğün sorumlusu ortamdaki bulunan NOS inhibisyonu olduğu düşünülmektedir.

Çıkarımlar: ADMA düzeylerindeki artışın endotel disfonksiyonuyla doğrudan ilişkili olduğu daha önce yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Çalışmamızda deneysel olarak varikozel modeli oluşturulmuş olan ratlarda artmış ADMA düzeyinin NO sentezini bozarak infertiliteye neden olabileceğini düşünmekteyiz. Bu konu ile ilgili daha ileri çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

RETROPERITONEAL FİBROZİSTE ÜRETEROLİZİS, 26 HASTA İLE HACETTEPE DENEYİMİ

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Emrullah Söğütülen, Bülent Akdoğan,
Fazıl Tuncay Akı, İlhan Erkan

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Retroperitoneal fibrozis (RPF) nedeniyle üreterolizis yapılan hastalarda başarının değerlendirilmesi.

Yöntem: 2002 ile 2013 yılları arasında retroperitoneal fibrozis (RPF) nedenli üreterolizis yapılan 9'u kadın 26 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Üreterolizis ameliyatının hasta bazında, renal ünite bazında başarısı ve preoperatif acil diversiyon ihtiyacının, preoperatif, postoperatif immünoşüpresif tedavinin relaps, postoperatif sürekli diversiyon ihtiyacına etkisi araştırıldı. Veriler SPSS programında analiz edildi.

Bulgular: Ortalama tanı yaşı 55 ± 12 yıl, ortalama takip süresi 35.5 ay olarak bulundu. 9 hastaya unilater, 17 hastaya bilateral olmak üzere toplam 43 renal üniteye RPF nedenli üreterolizis yapıldı. Ortalama hastanede kalış süresi 4.95 ± 1.2 gün olarak bulundu. Ortalama kanama miktarı 190 ± 30 ml, ortalama ameliyat süresi 140 ± 12 dakika ve toplamda 3 hastaya eritrosit süspansiyonu verildi. 10 (%20.25) renal ünite de atrofi, 5 (%11.62) renal ünite de ise sürekli diversiyon ihtiyacı gelişti. Genel başarı renal ünite bazında %65.11 olarak bulundu. Uzun dönemde 18 (%69.2) hasta radyolojik ve klinik olarak relapsız izlendi. 30 (%69.8) renal üniteye preoperatif diversiyon yapıldı. Preoperatif 5 hastaya immünoşüpresif tedavi başlandı. İmmünoşüpresif tedavi alan 5 hastanın 1'inde (%20), almayan 14 hastanın 7'sinde (%33,3) relaps izlendi. Tedavi alan gruptaki 1 (%20) hastada postoperatif uzun dönemde diversiyon ihtiyacı, tedavi almayan grupta 4 (%19) hastada postoperatif uzun dönemde diversiyon ihtiyacı oldu. Postoperatif erken preoperatif tedaviden bağımsız 5 hastaya immünoşüpresif tedavi verildi, tedavi alan 2 hastada relaps (%40) gelişti. Tedavi almayan grupta ise 6 (28.6) hastada relaps gelişti.

Çıkarımlar: RPF tedavisinde böbrek fonksiyonlarını korumada immünoşüpresif ilaçların yeri tartışmalıdır ve etkinliği kanıtlanmış değildir. Üreterolizis RPF'de küratif olabilmenin yanında, postoperatif sürekli diversiyon ihtiyacını azaltabilir. Buna rağmen bazı hastalarda renal atrofi gelişebilmektedir.

HİSTOLOJİK PROSTATİT İLE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE SEKSÜEL FONKSİYON ARASINDAKİ İLİŞKİ

Şükrü Kumsar, Hüseyin Aydemir, Osman Köse, Fikret Halis, İbrahim Çimen, Emrah Sonbahar, Ahmet Gökçe, Hasan Salih Sağlam, Öztuğ Adsan

S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

Amaç: Histolojik olarak saptanan prostatitin alt üriner sistem fonksiyonları ve seksüel fonksiyonlar üzerine olan etkisini değerlendirmek.

Yöntem: Rutin kontrolleri sırasında prostat spesifik antijen (PSA) yüksekliği saptanan ancak rektal muayenesinde malignite bulgusu olmayan ve transrektal prostat biyopsisi planladığımız hastaların alt üriner sistem ve seksüel fonksiyonlarını değerlendirmek için hastalara biyopsi öncesi (uluslararası prostat semptom skor) IPSS ve (uluslararası erektil fonksiyon indeksi) IIEF formları doldurtuldu. Hastaların biyopsi öncesi üroflovetri ve rezidüel idrar miktarı (PVR) sonuçları, vücut kitle indeksleri (VKİ) ve transrektal ultrasonografi eşliğinde ölçülen prostat hacimleri kaydedildi. BPH ya da prostatit tedavisi almış hastalar, patoloji sonucuna göre prostat kanseri ya da atipi saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen hastalar histolojik olarak prostatit tespit edilen ve biyopsi materyalinde prostatit görülmeyen hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. Grupların IPSS ve IIEF skorları, üroflovetri ve rezidüel idrar miktarları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: PSA yüksekliği nedeniyle transrektal prostat iğne biyopsisi yaptığımız 104 hastanın %34.6'sında (n=36) prostatit saptanırken (A grubu), %65.4' ünde (n=68) saptanmadı (B grubu). A grubunun yaş ortalaması 61.4±5.97, B grubunun ise 64.1±6.88 bulundu. A grubunun yaş ortalaması B grubuna göre anlamlı olarak düşükü (p=0.038) (Tablo 1). IPSS skorlarına göre, A grubunun %5.6' sı hafif, %33.3' ü orta, %61.1' i ise ciddi derecede semptomatik bulundu. B grubunun ise %17.6' sı hafif, %35.3' ü orta, %47.1' i ciddi derecede semptomatik bulundu. IIEF skorları değerlendirildiğinde, A grubunun %33.3' ünde hafif, %16.7' sinde orta, %19.4' ünde şiddetli ED saptanırken %30.6' sında ED yoktu. B grubunun %35.3 ünde hafif, %23.5' inde orta dereceli ED saptanırken %41.2' sinde ED yoktu. PSA, VKİ, prostat hacmi, Qmax, Qavg ve PVR düzeyleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 1).

Çıkarımlar: Histolojik olarak saptanan prostatit, hem alt üriner sistem hem de seksüel fonksiyonlar için prostat hacmi ve yaştan bağımsız önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

Tablo 1: Grupların demografik özelliklerinin karşılaştırması

| | A grubu | B grubu | p değeri |
|----------------------|-----------|-----------|--------------|
| Yaş | 61.4±5.9 | 64.1±6.8 | 0.038 |
| VKİ | 26.0±2.5 | 26.5±3.4 | 0.320 |
| Prostat hacmi | 40.1±13.4 | 44.1±12.7 | 0.145 |
| PSA | 7.9±3.5 | 7.3±3.6 | 0.413 |
| IPSS | 22±8.4 | 17.6±8.5 | 0.016 |
| IIEF | 16.5±6.6 | 19.6±3.9 | 0.013 |
| Qmax | 11.3±5.2 | 10.1±4.8 | 0.236 |
| Qavg | 5.9±2.6 | 5.6±2.6 | 0.676 |
| PVR | 43.6±30.9 | 48.6±31.2 | 0.431 |

ÜRETERAL DOUBLE J KATETER UYGULAMALARININ ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI VE CİNSEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİLERİ

Murat Aydos¹, Osman Gençoğlu², Sedat Öner¹, Mehmet Hakan Üstün¹,
Metin Kılıç¹, Abdullah Erdoğan¹, Murat Şambel¹, Serdar Geylan¹

¹S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

²S.B. Yüksekova İlçe Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Hakkari

Amaç: Bu çalışmamızda double j kateter uygulamalarının olgularda alt üriner sistem semptomlarının görülme sıklığını artırıp arttırmadığı, hayat kalitesi ve cinsel fonksiyonlar üzerine etkisinin olup olmadığı araştırıldı.

Yöntem: Çalışmaya üreter taşı ve böbrek taşı tedavisi esnasında unilateraldouble-J kateter uygulanan toplam 70 olgu (26 kadın, 44 erkek) alındı. Olguların tümü cinsel olarak aktifti. Akut üriner sistem enfeksiyonu, ürogenital sistem tümörü, geçirilmiş ürogenital sistem cerrahisi öyküsü, nörojenik mesane, üretra darlığı, mesane taşı, aşırı aktif mesane, kronik prostatit ve benign prostat hiperplazisi bulunan, diabeti olan, nörolojik hastalığı bulunan olgular çalışmaya alınmadı. Tüm olgulara double j kateter uygulamadan önce IPSS, OABq, erkekler için IIEF ile kadınlar için FSFI değerlendirme formları dolduruldu ve skorları belirlendi. İşlemden 3 hafta sonra IPSS, OABq ve IIEF veya FSFI formları yeniden dolduruldu ve skorlar işlem öncesi sonuçlar ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 44 erkek olgunun yaş ortalaması 43.91 ± 11.332 yıl olarak tespit edildi. 26 kadın olgunun yaş ortalaması 35.36 ± 11.064 olarak tespit edildi. Tüm olgular değerlendirildiğinde double j kateter uygulanan olgularda işlem sonrası toplam IPSS ve toplam OABq skorları işlem öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış gösterdiler. Tüm erkek olgular değerlendirildiğinde IIEF-t skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma vardı. IIEF'nin alt alanları olan uyarılma, koitus memnuniyeti, orgazm, istek ve genel memnuniyet ayrı ayrı değerlendirildiğinde de hepsinde yine istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görüldü. Tüm kadın olgular değerlendirildiğinde FSFI-t skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir azalma mevcuttu. FSFI'ın alt alanları olan cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, genel memnuniyet ve ağrı ayrı ayrı değerlendirildiğinde de hepsinde yine istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görüldü.

Çıkarımlar: Double j kateter uygulanan olgularda IPSS ve OABq skorlarında artış görülmekte yani alt üriner sistem semptomlarının görülme sıklığı artmaktadır. Ayrıca double j kateter uygulanan erkeklerde ve kadınlarda sırasıyla toplam IIEF ve FSFI skorlarında azalma yani cinsel fonksiyonlar olumsuz yönde etkilenmektedir.

GEBELİKTE CİNSEL FONKSİYONLAR VE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Murat Aydos¹, Serdar Geylan¹, Sedat Öner¹, Metin Kılıç¹,
Muhammed Maşuk Okumuş², Murat Şambel¹, Abdullah Erdoğan¹

¹S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

²Hakkari Askeri Hastanesi, Üroloji Bölümü, Hakkari

Amaç: Bu çalışmada gebelikte cinsel fonksiyon bozukluğunu ve ona etki eden faktörleri araştırdık.

Yöntem: Çalışmamıza Nisan 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları

ve Doğum Kliniği Antenatal Polikliniği'ne başvuran değişik gebelik haftalarına sahip 159 gebe kadının çalışmaya dahil edildi. Hastalara cinsel işlevlerinin sorgulanmasına yönelik 19 sorudan oluşan Kadın Cinsel İşlev İndeksi (FSFI) anket formu dolduruldu. İstatiksel analiz verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-wilk testiyle incelendi. Değişkenler arasındaki ilişki sperman-sıra korelasyon katsayısıyla incelendi.

Bulgular: Çalışmamızda bölge farklılıklarının hem toplam hem de cinsel fonksiyon alt gruplarında bir fark oluşturmadığı bulunmuştur. Üniversite mezunlarında ilkökul ($p=0.002$) ve ortaokul ($p=0.014$) mezunlarına göre cinsel fonksiyon bozukluğu daha az görülmüştür. Gebelik haftası ile cinsel istek hariç tüm cinsel fonksiyon alt skalaları ve toplam cinsel fonksiyon puanları arasında negatif bir istatistiksel ilişki tespit edilmiştir. Gebelik haftası ilerledikçe toplam cinsel fonksiyon puanlarında ve cinsel istek hariç tüm alt skalalarda azalma gözlenmiştir. Buna göre daha önce epizyotomi uygulanarak doğum öyküsü olan gebelerde uyarılma, ağrı ve toplam cinsel fonksiyon puanları daha az bulunmuştur. Daha önceki doğumlarında forseps kullanımının cinsel fonksiyonlar üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir. İlk gebeliği olanlarda uyarılma ($p=0.06$), ağrı ($p=0.041$) ve toplam cinsel fonksiyon ($p=0.036$) puanlarında ki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca orgazm ($p=0.046$) ve cinsel başarı ($p=0.016$) puanlarında her üç gebelik trimesterlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Çıkarımlar: Gebelikte cinsel fonksiyon bozukluğu çok sık görülmektedir. Gebelik haftası ilerledikçe de daha belirgin hale gelmektedir. Gebelerin doğduğu bölgelerin, yaşının, kilosunun, boy uzunluğunun, beden kitle indekslerinin, daha önceki sezaryen sayılarının, normal yolla yapılan doğumların, normal doğum sırasında forseps kullanımının, düşük öyküsünün ve gelir düzeylerinin cinsel fonksiyon üzerinde bir etkisinin olmadığı bulunmuştur. Epizyotomi uygulanarak doğum öyküsü olan gebelerde uyarılma, ağrı ve toplam cinsel fonksiyon puanları daha az bulunmuştur. Ev hanımlarında cinsel fonksiyon bozukluğu çalışan gebelere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. İlk gebeliği olanlarda uyarılma, ağrı ve toplam cinsel fonksiyon puanlarında ki yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Birinci trimesterde cinsel başarı ve orgazm üçüncü trimester'e göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ve ikinci trimester cinsel başarı ve orgazm puanları üçüncü trimester'e göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

AKUT PROSTATİTTE TEDAVİ KARARINI VERMEDE NÖTROFİL / LENFOSİT ORANININ YARARI

Hüseyin Aydemir¹, Hüseyin Agah Terzi², Gönül Gürol³, Hacı Can Direk¹, Hasan Salih Sağlam¹, İhsan Hakkı Çiftci², Öztuğ Adsan¹

¹S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Sakarya

²S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Mikrobiyoloji Kliniği, Sakarya

³S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizyoloji Kliniği, Sakarya

Amaç: Bu çalışmada akut prostatitte tedavi kararını vermede nötrofil/lenfosit oranının yararının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Klinik semptomları ve laboratuvar bulgularına göre toplam 87 hasta, akut bakteriyel prostatit tanısı ile değerlendirilmiştir. Tıbbi kayıtları eksik, hatalı yada yanlış olan hastaların elenmesinden sonra, akut prostatit (AP) olan toplam 66 hasta incelemeye alınmıştır. Hastalardan ilk değerlendirmede standart olan tam kan sayımı, C-reaktif protein (CRP), idrar kültürü tetkikleri için kan ve idrar örnekleri alınmıştır. Kandan yapılan standart değerlendirmede beyaz küre sayısı (WBC), nötrofil sayısı (NEU), ve lenfosit sayısı (LYM), nötrofil/lenfosit oranı (NLR) ve MCV hesaplaması yapılmıştır. Hastalar, NLR değerlerine göre 2 gruba ayrılmışlardır, NLR değeri: ≤ 3 ise akut non bakteriyel prostatit, NLR değeri > 3 ise akut bakteriyel prostatit olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma, retrospektif bir çalışma olup, hastalar laboratuvar bulguları üzerinden değerlendirilmiştir. Gruplar arasındaki korelasyonu değerlendirmek için Pearson korelasyon katsayısı hesaplanmış, istatistiksel analizler için SPSS paket program versiyon 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) kullanılmıştır. WBC, NEU, LYM, NLR, MPV, PDW, CRP değerleri ve kültür sonuçlarını karşılaştırmak için one-way varyans analizi (ANOVA) yöntemi kullanılmıştır. Standart olarak p değeri < 0.05 ise fark anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastalar, NLR değerlerine göre ya "akut nonbakteriyel prostatit" ya da "akut bakteriyel prostatit" gruplarına ayrılmışlardır. Akut nonbakteriyel prostatit grubu için ortalama NLR değeri 1.65 ± 0.44 iken, Akut bakteriyel prostatit grubu için ortalama NLR değeri ise 6.18 ± 2.59 'dir, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Akut nonbakteriyel prostatit grubunda NLR varyans değeri $\sigma = 0.76$ iken, akut bakteriyel prostatit grubunda ise bu değer $\sigma = 12.25$ olarak belirlenmiştir. Benzer şekilde, her iki grup için NEU ve LYM değerleri de anlamlı oranda farklılık göstermektedir. Hastaların temel laboratuvar verileri, Tablo-1'de özet şeklinde gösterilmiştir.

Çıkarımlar: Hem akut bakteriyel, hem de akut non-bakteriyel prostatit inflamatuvar süreçlerdir. Ancak tedavide sıklıkla ampirik antibiyoterapi uygulanmaktadır. Antibiyotik direnci gelişimini önlemek için uygun antibiyotiğin belirlenmesi oldukça önemlidir. Kültür-negatif hastaların tanısı bu bağlamda son derece önemlidir. Sonuç olarak akut prostatitli hastalarda NLR'nin dikkate değer bir marker olabilir. Bu konuda daha geniş ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. ANBP ve ABP'li Hastaların Laboratuvar Verileri

| Gruplar | Değişkenler | WBC | NEU | LYM | NLR | PLT | MPV | PDW | CRP |
|--------------------|-------------|-------|-------|------|-------|---------|-------|-------|-------|
| ANBP | Ortalama | 10,61 | 6,54 | 3,02 | 2,26 | 260,63 | 7,81 | 17,43 | 12,49 |
| (n = 38) | Std. sapma | 2,83 | 2,33 | 0,75 | 0,87 | 62,32 | 1,05 | 1,2 | 7,69 |
| | Varyans | 7,99 | 5,45 | 0,56 | 0,76 | 3883,21 | 1,1 | 1,45 | 58,91 |
| | Minimum | 5,6 | 3,4 | 1,91 | 1,12 | 175 | 5,5 | 15,5 | 1,41 |
| | Maximum | 18,9 | 12,6 | 5,2 | 3,02 | 448 | 10,2 | 20,8 | 26,4 |
| | IQR | 3,73 | 2,91 | 1,05 | 1,13 | 80,25 | 1,55 | 1,7 | 10,68 |
| ABP | Ortalama | 11,29 | 8,41 | 1,21 | 7,61 | 278,93 | 7,49 | 17,16 | 13,01 |
| (n:28) | Std. Sapma | 3,21 | 3,11 | 0,42 | 3,51 | 62,1 | 1,07 | 0,82 | 8,12 |
| | Varyans | 10,31 | 9,64 | 0,17 | 12,25 | 3856,51 | 1,14 | 0,68 | 63,51 |
| | Minimum | 6,7 | 3,7 | 0,2 | 3,52 | 164 | 6 | 15,6 | 3,91 |
| | Maximum | 17,9 | 15,6 | 2,21 | 16,54 | 432 | 10,4 | 19,1 | 29,5 |
| | IQR | 5,61 | 5,8 | 0,45 | 3,94 | 68,25 | 1,3 | 1,18 | 11,97 |
| p* (gruplar arası) | | 0,368 | 0,007 | 0 | 0 | 0,305 | 0,225 | 0,298 | 0,22 |

FOURNIER GANGRENİNE YAKLAŞIMDA FARKLI SKORLAMA SİSTEMLERİNİN (FGSI, LRINEC VE NLR) ÖNGÖRÜ DEĞERİ

Ozan Bozkurt, Volkan Şen, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Fournier gangreni tıbbi teknolojik alandaki hızlı gelişime karşın hala ölümcül sonuçlar doğurabilen ciddi bir enfeksiyondur. Başvuru anında hastalığın prognozunu belirlemeye yarayan çeşitli skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Bu çalışmada bu skorlama sistemlerinden Fournier's Gangrene Severity Index (FGSI) ve Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) skorlama sistemlerinin yanında son dönemde ciddi enfeksiyonlarda bir belirteç olarak kullanılmaya başlanan Nötrofil-lenfosit oranı (NLR) mortalite ve morbidite öngörüsü açısından değerlendirildi.

Yöntem: 2008-2013 yılları arasında histopatolojik olarak Fournier Gangreni tanısı alan hastaların dosyaları geriye dönük olarak tarandı. Veriler başvuru anındaki öykü, fizik muayene bulguları, biyokimyasal ve mikrobiyolojik testler ve doku kültürlerinden elde edildi. Bu üç skorlama sistemi içinde gerekli olan verileri eksiksiz olan hastalar çalışmaya alındı. FGSI ateş, solunum sayısı, kalp atım hızı, serum Na ve K, serum kreatinin, hematokrit, beyaz küre sayısı ve serum bikarbonat değerlerini içeren çeşitli klinik ve laboratuvar parametrelerin normalden sapmasına göre skorların toplamı ile elde edilmektedir. LRINEC ise CRP, beyaz küre sayısı, serum Na, hemogloblin, serum kreatinin ve glukozu içeren biyokimyasal parametreler kullanılarak hesaplanmaktadır. Bütün hastalar için FGSI, LRINEC ve NLR skorları belirlendi. Sonrasında yüksek FGSI (<4 vs ≥4), LRINEC (<6 vs ≥6) veya NLR (<10 vs ≥10) değerlerinin kötü prognozla ilişkili olup olmadığı değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 33 hasta dahil edildi, mortalite oranı %9.1 idi (3/33). Ortalama yaş 57.6±13.2 olarak bulundu, yaşayan hastalar hayatını kaybedenlere oranla daha gençti (56±12.8 vs. 72.9±7.3, p<0.05). En sık rastlanan predispozan hastalık %66.7 prevalans ile diabetes mellitustu. Genital bölgede lokalize hastalığı olanların sağkalım oranı %100 iken genital bölgeyi aşan hastalarda sağkalım oranı %72,7 olarak bulundu (p<0,05). Yüksek FGSI, LRINEC ve NLR skorlarının yoğun bakım ve mekanik ventilasyon gereksinimi, daha uzun hospitalizasyon süresi ve ölümle ilişkili olduğu saptandı (Tablo 1).

Çıkarımlar: Değerlendirilen her üç skorlama sistemi de kötü prognozu göstrebilmekte, mekanik ventilasyon gereksinimi ve mortaliteyi öngörebilmektedir. Özellikle NLR kolay uygulanabilir olması ve düşük maliyeti ile öne çıkmaktadır.

Tablo 1. Başvuru anında Fournier's gangrene severity index (FGSI), Laboratory Risk Indicator for Necrotizing Fasciitis (LRINEC) ve Neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) skorlarına göre değerlendirme

| | FGSI<4 | FGSI≥4 | LRINEC<6 | LRINEC≥6 | NLR<10 | NLR≥10 |
|------------------------------|------------------|---------------|--------------------|-----------------|------------------|---------------|
| | (n=23) | (n=10) | (n=19) | (n=14) | (n=21) | (n=12) |
| Yaş (yıl) | 56.4±13 | 60.3±14.2 | 56.4±14.1 | 59.2±12.4 | 56.5±11.6 | 59.4±16.3 |
| BMI (kg/m ²) | 29.7±5.8 | 26.9±4.2 | 28.8±5.1 | 28.8±6.1 | 29.6±6.1 | 27.5±3.9 |
| DM (%) | 69.6 | 60 | 68.4 | 64.3 | 66.7 | 66.7 |
| Sigara (%) | 60.9 | 60 | 63.2 | 57.1 | 57.1 | 66.7 |
| Yaygın hastalık (%) | 26,1 | 50 | 26,3 | 42,9 | 19 | 58,3 |
| Ek işlem (%) | 34.8 | 50 | 26,1 | 57.1 | 28,6 | 58.3 |
| Yoğun bakım gereksinimi (%) | 13 | 40* | 5,3 | 42.9* | 9,5 | 41.7* |
| Greft gereksinimi (%) | 26,1 | 50 | 15,8 | 57.1 | 23,8 | 50 |
| Rekonstrüksiyon süresi (gün) | 22.1±24.5 | 26.6±21.5 | 17.9±22.3 | 31.3±23.6 | 20±23.6 | 31±22.3 |
| Hospitalizasyon süresi (gün) | 22±19.1 | 30.7±23.6 | 18.7±15.9 | 32.6±23.9 | 19.9±18.2 | 32.9±22.6* |
| Mortalite (%) | 4,3 | 20* | 5,3 | 14.3* | 0 | 25* |

**p*<0.05 istatistiksel anlamlı idi. Ek işlemler: Sistostomi ve/veya kolostomi ve/veya orşiektomi gerekliliği. BMI – Vücut kitle indeksi, DM – Diabetes mellitus

FOURNIER GANGRENİNDE FARKLI SKORLAMA SİSTEMLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ VE PROGNOSTİK FAKTÖRLER: 39 HASTALIK TECRÜBE

Ömer Gökhan Doluoğlu, Berat Cem Ozgur, Mehmet Ali Karagöz, Haşmet Sarıcı, Tolga Karakan, Cem Nedim Yucetürk, Muzaffer Eroğlu

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Fournier Gangrenli hastaların sağkalımını etkileyen prognostik faktörleri değerlendirmek ve hastalığın sonuçlarını tahmin etmede farklı skorlama sistemlerini gözden geçirmek.

Yöntem: Kliniğimizde Fournier gangreni tanısı ile tedavi gören 39 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların hikayeleri, semptomları, fizik muayene bulguları, vital bulguları, başlangıç ve final laboratuvar verileri, cerrahi debridmanın yaygınlığı ve süresi, kullanılan antibiyotikler kaydedildi. Hastalığın prognozunu değerlendirmede Fournier Gangren Ciddiyet İndeksi (FGSI) ve Charlson komorbidite indeksi (CCI) kullanıldı. Sağkalan ve ölen hastalarda veriler değerlendirildi. Verilerin karşılaştırılmasında mann-whitney U testi, Wilcoxon signed rank testi ve regresyon analizi kullanıldı.

Bulgular: Tedavi sonrası 39 hastadan 8'i (%20.5) öldü, 31 (%79.5)'i yaşadı. Ölen hasta grubunda ortalama yaş sağkalan gruptan önemli derecede daha yüksek saptandı. 65 (43-83) vs 52 (30-90) ($p=0.047$). Ortanca başvuru FGSI skoru sağkalan ve sağkalmayan gruplarda 2 (0-9) ve 6 (2-14) olarak saptandı ($p=0.004$). Ortanca CCI skoru sağkalan ve sağkalmayan gruplarda sırası ile 2 (0-10) ve 6.5 (5-11) olarak saptandı ($p=0.001$). Üre, albümin ve hematokrit dışında diğer başvuru laboratuvar parametreleri bakımından sağkalan ve sağkalmayan gruplar arasında fark saptanmadı (Tablo). Hastalarda düşük albümin ve ileri yaş mortalite ile ilişkili olarak saptandı ($p=0.004$, %95 CI 0.000-0.161; $p=0.016$, %95 CI 1.017-1.176 sırasıyla).

Çıkarımlar: Çalışmamızda yüksek üre, düşük albümin ve düşük hematokrit kötü prognoz ile ilişkilidir. Yüksek CCI ve FGSI skorlarının FG'li hastalarda kötü prognoz ile ilişkili olduğu gösterildi.

Tablo 1. Gruplar arasında serum başlangıç ve final parametrelerinin karşılaştırılması

| Değişkenler | Survivors | Nonsurvivors | p değeri |
|----------------------------|------------------|------------------|----------|
| | Median (Min-Max) | Median (Min-Max) | |
| Yaş, yr | 52 (30-90) | 65 (43-83) | 0.047 |
| Başvuru süresi, d | 4 (1-30) | 3 (1-6) | |
| Tutulum alanı, % | 2.5 (1-7) | 2.5 (2-8) | 0.435 |
| Ure mg/dl | | | |
| Başvuru | 41 (19-185) | 141 (32-211) | 0.011 |
| Final | 33 (11-79) | 80 (23-180) | 0.005 |
| Kreatinin mg/dl | | | |
| Başvuru | 1.2 (0.7-11.5) | 1.8 (0.6-9.7) | 0.105 |
| Final | 0.9 (0.6-9.2) | 1.6 (0.6-8.5) | 0.076 |
| Hematokrit, g/dl | | | |
| Başvuru | 39.7 (23-45) | 31.7 (24-43) | 0.041 |
| Final | 35.8 (28-51) | 26 (23-38) | 0.010 |
| WBC, g/dl | | | |
| Başvuru | 13.2 (7-34.4) | 18.2 (8.2-21.5) | 0.410 |
| Final | 9.1 (5.4-15.7) | 10.6 (5.2-48.6) | 0.632 |
| AST, U/l | | | |
| Başvuru | 23.5 (11-102) | 31.5 (18-83) | 0.282 |
| Final | 20.5 (9-99) | 21 (9-68) | 0.721 |
| ALT, U/l | | | |
| Başvuru | 21 (9-145) | 29 (1-975) | 0.390 |
| Final | 14 (4-106) | 11 (2-162) | 0.376 |
| ALP, U/l | | | |
| Başvuru | 96.5 (59-738) | 108 (76-314) | 0.298 |
| Final | 79 (55-328) | 120 (50-258) | 0.148 |
| Total protein, g/dl | | | |
| Başvuru | 5.8 (3.1-7.9) | 4.6 (4.2-6.5) | |
| Final | 6.5 (4.0-7.7) | 4.8 (4.6-5.3) | |
| Operasyon süresi, dakika | 75 (45-180) | 85 (60-120) | 0.238 |
| FGSI Skoru | 2 (0-9) | 6 (2-14) | 0.004 |
| CCI Skoru | 2 (0-10) | 6.5 (5-11) | 0.001 |

TRANSOBTURATOR BAND (TOB) AMELİYATININ UZUN DÖNEM SONUÇLARI

Alp Tuna Beksaç, Mehmet Ezer, Oğuzhan Kahraman, Ali Ergen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Çalışmamızdaki amaç, transobturator Band (TOB) ameliyatı yapılan hastaların uzun dönem sonuçlarını sunmak, başarı ve başarısızlığı öngören faktörleri ortaya koymaktır.

Yöntem: Aralık 2003 – Eylül 2009 tarihleri arasında TOB yapılan 112 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların son durumu temmuz 2014'te telefon görüşmesi ile değerlendirildi. Hastaların hepsinde inguinal herni onarımında kullanılan tip 1 poliprolen meş kullanıldı. Günde 1 ped veya daha az ıslaklık başarı kriteri olarak alındı.

Bulgular: Median takip süresi 91 aydı. Başarı kriterlerini karşılayan hasta sayısı 86'ydı (%76,7). 14 hasta (%12,6) günde 1 pedden daha fazla idrar kaçıyordu. Hastalara öznel olarak ameliyattan fayda grup görmedikleri sorulduğunda, 16 hasta(%14,3) ameliyattan fayda görmediğini belirtti. 84 hasta(%75) ameliyattan sonra daha iyi olduğunu belirtti. 12 hastaya(%10,7) ulaşılamadı. Önceden inkontinans cerrahisi geçiren 11 hastanın 4'ünde(%36,4) cerrahi başarısızlık görüldü. Bu oran, önceden cerrahi geçirmemiş 89 hastada %18 (p=0,150) olarak görüldü. Doğum yapma öyküsü olan 81 hasta ile doğum yapmamış 16 hasta arasında cerrahi başarıları açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı (p=0,434). Doğum sayısı ile cerrahi başarıları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,201). Hastaların %54'ünde eşlik eden sistosel mevcuttu. Sistosel olan ve olmayan hastaların postoperatif başarıları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Diabetes mellitus tanısı olan 14 hastada (%13,9) cerrahi başarı oranı daha düşük bulundu.(p=0,028)

Çıkarımlar: Doğum öyküsü, doğum sayısı ve geçirilmiş inkontinans cerrahisi öyküsü ile ameliyat sonuçları arasında oluşan istatistiksel anlamsızlıklar vardı. Örneklemeler arasındaki sayısal farklılıklar bunun nedeni olarak suçlandı. TOB, stres tip idrar kaçırmaya tedavisinde etkili bir yöntemdir. Diabetes mellitus varlığı cerrahi başarıyı olumsuz etkilemektedir. Doğru hasta seçimi postoperatif sonuçlar açısından çok önemlidir.

AŞIRI AKTİF MESANE TEDAVİSİNDE AKUPUNKTUR SOLİFENASİN KARŞILAŞTIRILMASI VE İDRAR SİNİR BÜYÜME DÜZEYLERİNİN KORELASYONU: PLASEBO KONTROLLU RANDOMİZE KLİNİK ÇALIŞMA

Yasin Aydoğmuş¹, Melih Sunay¹, Metin Hasçicek¹, Cem Berat¹, Hüseyin Aslan², Kudret Adiloğlu³

¹S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Akupunktur, Ankara

³S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya, Ankara

Amaç: Aşırı aktif mesane tedavisinde akupunkturun etkinliğini solifenasin ve plasebo ile karşılaştırarak etkinliğini değerlendirmek ve idrar NGF (sinir büyüme faktörü/nerve growth factor) düzeyleriyle korelasyonunu araştırmak.

Yöntem: Aşırı aktif mesanesi olan 90 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara randomize olarak solifenasin, akupunktur ve placebo gruplarına ayrıldı. İlaç grubuna 5 mg/gün solifenasin verildi. Akupunktur ve placebo gruplarına 4 hafta boyunca haftada 2 kere akupunktur uygulandı. Tedavi etkinliğini değerlendirmek için semptom skorları, yaşam kalitesi skorları, işeme sıklığı ve idrar NGF düzeyleri kullanıldı.

Bulgular: Çalışma 82 hasta ile tamamlandı (1.grup 30 hasta, 2.grup 28 hasta ve 3.grup 24 hasta). Tedavi sonrasında placebo grubuyla ilaç grubu ve akupunktur grubunu karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi ($p<0.001$ ve $p<0.01$) ve semptom skorları ($p<0.001$ ve $p<0.001$) açısından anlamlı farklılıklar saptandı. Tedavi öncesi ve sonrasında her grupta NGF düzeylerinde azalma tespit edildi (sırasıyla $p<0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.359$). Akupunktur grubundaki 8 hastada yeterli semptomatik olarak iyileşme olmadığı için, bu hastalar çıkarılarak yapılan ikinci değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre idrar NGF düzeyleri daha düşük olarak değerlendirildi.

Çıkarımlar: Antikolinergik tedavisi kontendike olan aşırı aktif mesane hastalarında akupunktur tedavisi diğer bir tedavi seçeneği olabilir.

STRES ÜRİNER İNKONTİNANIN CERRAHİ TEDAVİSİ İÇİN YENİ BİR TEKNİK: SINIRLI ANTERİOR VAJİNAL DUVAR ÖRME

Osman Köse, Şükrü Kumsar, Fikret Halis, Hüseyin Aydemir, A. Emrah Sonbahar, H. İbrahim Çimen, Yavuz T. Atik, Hasan S. Sağlam, Ahmet Gökçe, Öztuğ Adsan

S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Sakarya

Amaç: Bu çalışmada stres üriner inkontinansın (SÜİ) cerrahi tedavisinde daha önce kullanılmamış yeni bir cerrahi teknik olan sınırlı Anterior Vajinal Duvar Örmenin (SAVDÖ) tanıtılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Mart 2012-Temmuz 2013 tarihleri arasında SÜİ nedeniyle SAVDÖ tekniği ile opere edilen yaşları 26-48 arasında değişen (ortalama 39) 32 hasta çalışmaya alındı. Preoperatif ve postoperatif 1. yıl değerlendirme anamnez, jinekolojik muayene, öksürük stress test (ÖST), Q-Tip test, işeme günlüğü, günlük ped kullanım sayısı, Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) and Urogenital Distress Inventory (UDI-6) skorlandırmayı kapsadı. Prolapsus Pelvik Organ Prolapse Quantification (POP-Q) sistem kullanılarak değerlendirildi.

Çalışma dışı bırakılma kriterlerini dominant sıkışma inkontinansı, daha önceki pelvik veya vajinal cerrahi, pelvik veya sistemik enfeksiyon öyküsü oluşturdu. Eş zamanlı anterior vajinal prolapsus cerrahisi, sakrosipinöz ligament fiksasyon, vajinal prolapsus için sakrokolpopeksi gerektiren hastalarda çalışma dışı bırakıldı.

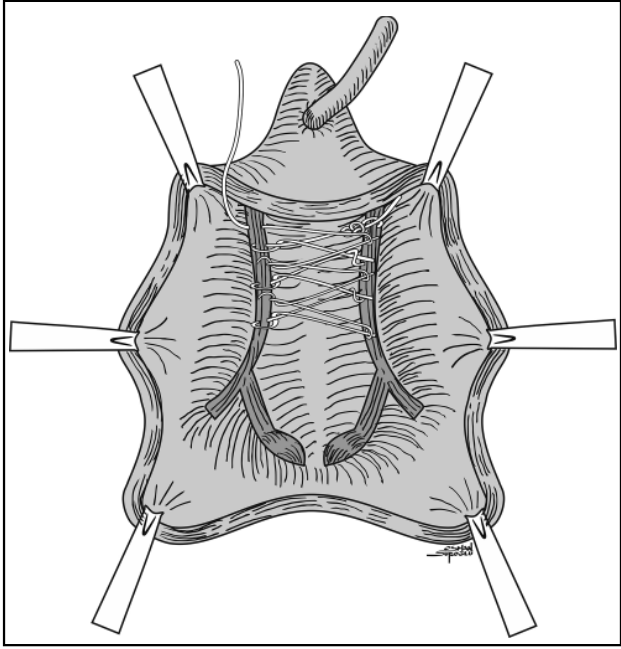
Bütün SAVDÖ prosedürü aynı cerrah tarafından gerçekleştirildi. SAVDÖ metodunda, litotomi pozisyonunda uygun hacimde serum fizyolojik doğru planda sınırlı hemorajiyile rahat diseksiyon sağlamak için vajinal mukoza altına enjekte edildi. External meanın 1 cm proksimalinden, mesane boynu proksimaline uzanan orta hat longitudinal insizyon yapıldı. Anterior vajinal duvar, anterior vajinal sulcusun laterale, arkus tendineus fascia pelvis (ATFP) görülüne kadar künt ve keskin diseksiyonla mesaneden ayrıldı. ATFP'e ve vajinanın lateral duvarlarını ATFP'e tutturarak dokulara, distalden proksimale devamlı ve kilitleyerek 2/0 polipropilen suturler koyuldu. 5-6 cm sonra ATFP'in anterior vajinal duvardan uzaklaştığında, suturler bağlanmadan geri döndürüldü ve distale doğru örgü oluşturmak için, devamlı olarak uzatıldı ve bağlandı (Şekil 1). Vajen mukozası suture edildi.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 39 dakika, yatış süresi 1 gün ve kateterizasyon süresi 1 gün olarak hesaplandı. Hastalarda intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gözlenmedi. Hastalar 1 yıl sonra tam kontrolden geçirildi (Tablo 1). Vajinal erozyon veya başka bir komplikasyon gözlenmedi. ÖST'nin hastaların % 87.5'inde negatif olduğu gözlemlendi.

Çıkarımlar: SÜİ'nin cerrahi tedavisi SAVDÖ tekniği kullanılarak başarıyla yapılabilmektedir.

Tablo 1. İnkontinans ilişkili kalite değerleri

| | Operasyondan Önce | Operasyondan Sonra | P değeri |
|----------------------------|-------------------|--------------------|----------|
| UDI-6 | 8.7±2.6 | 1.8±1.3 | <0.001 |
| IIQ-7 | 12.5±5.3 | 2.9±0.8 | <0.001 |
| Q-TT | 38.6±5.2 | 16.3±10.4 | <0.001 |
| Pad sayısı (g) | 5.3±1.2 | 0.8±0.2 | <0.001 |
| Rezidüel idrar volumü (ml) | 75.1±13.2 | 34.2±10.6 | 0.019 |



Şekil 1.

POST-PROSTATEKTOMİ İNKONTİNANS TEDAVİSİNDE ARTİFİSYEL SFİNKTER SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Rahmi Gökhan Ekin, Hüseyin Tarhan, Oğuz Mertoğlu, İlker Akarken,
Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji, İzmir

Amaç: Çalışmanın amacı, kliniğimizde artifişyel sfinkter (AUS) ile tedavi edilen post-prostatektomi inkontinans hastalarının sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Nisan 2008-Nisan 2014 arasında post-prostatektomi sonrası inkontinans nedeni ile AUS ile tedavi edilen hastalar alındı. Hastaların hepsi preoperatif dönemde basınç akım sistometrisi ile değerlendirildi. Penoskrotal insizyon ile hastalar opere edildi. Hastalar yaş, preoperatif ped testi, postoperatif idrar kaçırma (var-yok) ve miktarı, postoperatif komplikasyonlar açısından değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 14 hasta alındı ve ortalama yaş $67,19 \pm 4,36$ (60-72) yıl idi. 4 (%28,5) hasta da transüretral prostat rezeksiyonu sonrasında, 10 (%71,4) hastada ise radikal prostatektomi sonrasında inkontinans gelişmiştir. Preoperatif ortalama ped ağırlığı $804,50 \pm 351,27$ (222-1800) gr. ve sistometri değerlendirmesinde kompliyansı normal mesane saptandı. AUS takılana kadar geçen zaman ortalama $30,45 \pm 20,89$ (9-76) aydır. Postoperatif dönemde 8 (%57,1) hastada minimal idrar kaçırma şikayeti vardı ve ortalama ped testi $25,12 \pm 9,89$ (12-44) gr. saptandı. Postoperatif dönemde idrar kaçıran hastaların 4'ünde AUS çıkartılması gerekti. Toplam 5 hastada, 2'sinde mekanik problem, 2'sinde üretral erozyon ve 1'inde erken dönem yara yeri enfeksiyonu nedeni ile AUS çıkartıldı. Ortalama AUS çıkartılma zamanı $39,60 \pm 21,32$ (2-56) ay olarak bulundu.

Çıkarımlar: Post-prostatektomi sonrasında inkontinans tedavisinde AUS başarılı bir tedavidir, ancak AUS ile tedaviye rağmen rezidü yada rekürren inkontinans olabileceği unutulmamalıdır.

SPONTAN VEZİKOÜTERİN FİSTÜL: BİR OLGU SUNUMU

Aykut Başer¹, Ali Ersin Zümrütbaş¹, Yusuf Özlülerden², Mahmut Taha Ölçücü¹, Zafer Aybrek¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

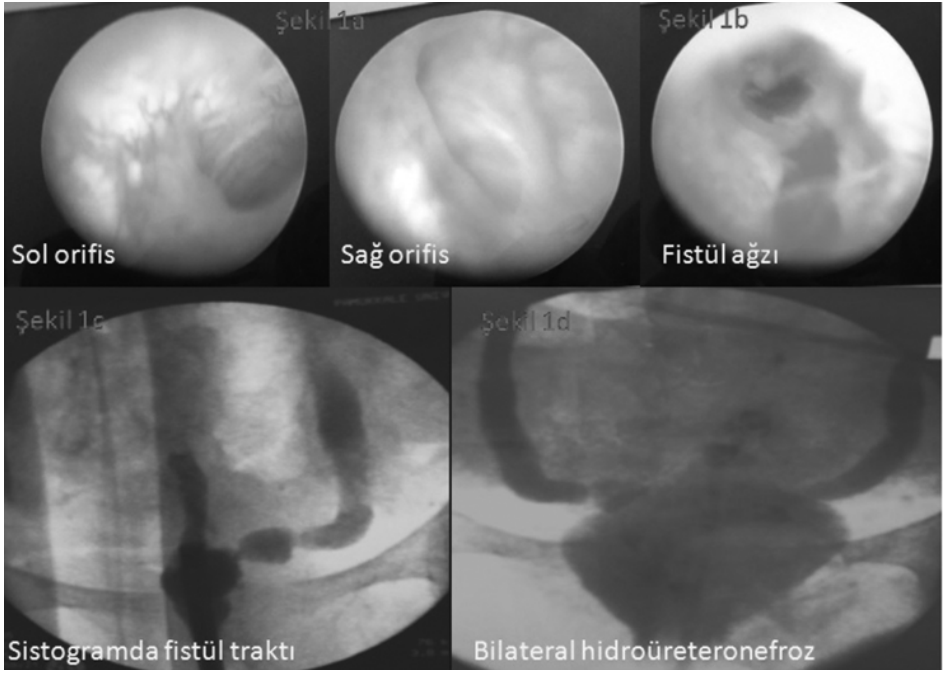
²S.B. Aydın Atatürk 82. Yıl Devlet Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın

Amaç: Etiyolojisinde hiçbir etkenin olmadığı spontan Vezikoüterin fistül (VUF) hastasının tanı ve tedavisindeki yaklaşımımızı sunmaktadır.

Yöntem: VUF ürogenital fistüllerin en az karşılaşılanı olmakla birlikte %2-4 oranında görülmektedir. VUF genellikle alt segment sezaryen ile ilişkilidir. Klasik triadı 1957'de tanımlanmış olan ve Youssef sendromu olarak da bilinen üriner inkontinans, amenore ve menoredir. Sistografi ve histerografi VUF tanısında en sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir. VUF tedavisinde konservatif yaklaşımlar da mümkün olabilmekle birlikte bundan hastaların yalnızca %5'i fayda görmektedir. Kesin tedavisi cerrahidir. Bu vaka literatürde etiolojisinde hiçbir etkenin olmadığı tek spontan VUF olup tanı ve tedavisindeki yaklaşımımız sunulmaktadır.

Bulgular: 49 yaşındaki kadın hasta kliniğimize 1 ay önce başlayan sürekli idrar kaçırma şikayeti ile başvurdu. Vajinal muayenede sistosel/ rektosel saptanmazken, vajen içerisinden sürekli idrar kaçağı görüldü. Yapılan ultrasonografide böbreklerde bilateral dilatasyon ile mesanenin boş ve duvar kalınlığının artmış olduğu saptandı. Hastanın öz geçmişinde diyabeti, 4 yıldır menapozda olduğu, zor doğum özgeçmişinin olmayan 3 vajinal doğumu ve 3 yıl önce üreterorenoskopik taş operasyonu dışında herhangi bir özellik saptanmadı. Fizik muayenede sol ayak 1. parmakta diabetik ayak yarası saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; kreatinin: 2,01 mg/dL, K: 6,1 mmol/L, Hb: 7,7 g/dL saptanan hastaya üretral kateter takılarak interne edildi. Yapılan sistoskopide bilateral orifislerin lateralize olduğu ve sistoskop girecek kadar genişlemiş olduğu görüldü (Şekil 1a). Genel anestezi altında mesane kapasitesi 50 cc olarak tespit edildi. Mesane karşı duvar-tavan bileşkesinde yaklaşık 0.5 cm'lik çevresi ödemli fistül ağzı ve çevresinde hiperemik alanlar görüldü (Şekil 1b). Yapılan eş zamanlı sistogramda uterin kaviteye radyopak maddenin geçtiği izlendi (Şekil 1c). Fistül ağzı ve çevresinde hiperemik alanlardan biyopsiler alındı. Yapılan bilateral retrograd pyelografide bilateral hidroüreteronefroz saptanması üzerine nefrostomi takıldı. (Şekil 1d). Biyopsi patoloji sonucu enfleme ve nekrotik mesane dokusu olarak raporlandı. Hastanın mesane kapasitesinin az olması, eşlik eden diabetes mellitus ve böbrek yetmezliği olması ve etiyolojide neden bulunamaması üzerine hasta ile tedavi seçenekleri konuşuldu. Hastanın onayı ile sistektomi, total abdominal histerektomi + bilateral salpingooferektomi + ileal loop operasyonu yapılmasına karar verildi. Operasyon materyalinin patolojik incelemesinde mesanede kronik inflamasyon ile servikte kronik servisit saptandı. Operasyon sırasında ve postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. İşlem sonrası hastanın kreatinin değerleri 1.27'ye geriledi.

Çıkarımlar: Genellikle obstetrik nedenlere bağlı olarak görülen VUF tedavisinde cerrahi yaklaşımlar ön planda olmakla birlikte; hastanın ek hastalıkları, menapoz durumu ve çocuk isteği de göz önünde bulundurularak her hasta için uygun tedaviye karar verilmelidir.



Şekil 1.

İTERSTİSYEL SİSTİTTE İNTRAVEZİKAL KARIŞIM TEDAVİSİ PROBLEM VE SEMPTOM SKORUNDA NE KADAR İYİLEŞME SAĞLAMAKTADIR?

Emrulah Söğütülen, Burak Çıtamak, Ali Ergen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: İntravezikal karışım uygulanan hastaların semptomatik iyileşmesinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Transuretral yolla intravezikal 10 cc bupivakain, 1 cc heparin, 9 cc sodyum bikarbonat ve 100 mg prednol karışımı instilasyonu yapılan hastaların tedavi öncesi ve en az 2 aylık tedavi sonrası Türkçeye uyarlanmış toplam dört soru ve yirmi puan olan ani sıkışma hissi, sık idrara çıkma, gece işemeleri, ağrı veya yanmayı ölçen interstisyel sistit semptom skoru ve toplam dört soru yirmibeş puan olan interstisyel sistit problem skoru yüzüze veya telefonla görüşülerek değerlendirildi. Değerler SPSS programında analiz edildi.

Bulgular: Ocak 2009- Kasım 2013 yılları arasında ortalama takip süresi 36.7 ay olan 27 (%93.1) kadın 2 (%6.9) erkek hastanın ortalama yaş ve ilk şikayet yaşı sırasıyla 49.17 ± 14.5 ve 43.9 ± 15.9 yaş idi. Hastaların %58.6 sında ilk şikayet ağrı, takiben %27.6 ani sıkışma hissiyken en çok şikayet %69 ağrı olmuştur. Hastaların %65.5 inde ek hastalık ve %30.5 inde antidepresan kullanım hikayesi saptanmıştır. Hastaların %69 una sistoskopi yapılmış ve bunların %10 unda ülser, eş seanslı biyopsilerin %86.2 sinde sistit saptanmıştır. Hastaların %93.1 inde subjektif semptomatik yarar sağlanmış ve bu yarar ortanca 5. instilasyondan sonra olduğu görülmüştür. Hastaların %41.4 ü daha önce karışım harici intravezikal tedavi almıştır. Ortalama intrakaviter tedavi sayısı 12.4 ± 7.8 idi. İnstilasyon öncesi ortalama semptom skoru ve problem skoru sırasıyla 15.3 ± 3.5 ve 12.6 ± 2.9 , instilasyondan 1 ay (4 kür) sonrası ortalama semptom skoru ve problem skoru sırasıyla 7.6 ± 3.0 ve 6.3 ± 2.9 olarak bulunmuştur.

Çıkarımlar: İntravezikal karışım instilasyonu sonrası problem skorunda ve semptom skorunda dramatik düşüş sağlanmıştır. Tedaviden 1 ay sonra interstisyel sistit semptom ve problem skorunda yaklaşık %50 düşüş saptanmıştır. Tedavi sonrası hastaların %93.1 inde semptomatik rahatlama sağlanmıştır.

ÜRİNER İNKONTİNANS NEDENİYLE TOT YAPILAN 50 HASTAMIZIN SONUÇLARI

Şahin Bağbancı, M. Levent Emir, Mümtaz Dadalı, Ayhan Karabulut

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde stres veya miks üriner inkontinans nedeniyle transobturator tape (TOT) prosedürü uyguladığımız hastaların cerrahi sonuçlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya Eylül 2011 ile Aralık 2013 tarihleri arasında kliniğimizde stres üriner inkontinans veya miks üriner inkontinans nedeniyle TOT yapılan 50 hasta dahil edilmiştir. Hastalara cerrahi öncesinde pelvik muayene ve stres testleri yapıldı. Üretral hipermobilitate saptanan hastalarda cerrahi kararı verildi. Hastalara dıştan içe TOT tekniği uygulandı. Hastaların sondaları birinci gün çekildi. Sonda çekildikten sonra taburculuk öncesi stres testi yapıldı ve üroflowmetri sonrası rezidü idrar miktarlarına bakıldı. Stres testi negatif olan ve rezidü idrar miktarları 100 ml'nin altında olan hastalarda sonuç başarılı olarak kabul edildi. Hastalar 1.,3.,6., ve 12. aylarda kontrole çağırıldılar. Hastalar vücut kitle endeksi (BMI), gebelik sayıları, normal doğum sayıları, günlük kullanılan pet sayıları, cerrahi sonrası sondalı kalma süreleri ve bacak ağrısı, cerrahi başarı, de novo acil işeme hissi açısından değerlendirildiler. İstatistiksel analizler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) Version 21.0 ile yapılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmayla ilgili hasta bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

Hastaların ortalama takip süresi 13,6 (Std 6,3) ay idi. Altı hastaya eş zamanlı olarak sistosel onarımı yapıldı. Pelvik organ prolapsuslu paraplejik bir hastaya TOT ile eşzamanlı olarak LeFort Kolpoplekizis cerrahisi uygulandı.

Çıkarımlar: TOT prosedürü ikinci jenerasyon midüretal vajinal sling ameliyatıdır ve günümüzde stres üriner inkontinansın cerrahi tedavisinde en popüler tekniktir (Domingo S et al.,2007). Literatürde TOT başarı oranları oldukça yüksek olarak belirtilmiştir (Andonian S et al., 2007) Bizim serimizde ortalama 13 aylık takipte başarısız sonuçla karşılaşılması. Literatürde TOT sonrası olabilecek mesane yaralanması, üretral yaralanma gibi komplikasyonlar bildirilmiştir (Minaglia S et al., 2004, Siegel AL et al., 2005, Raja S et al., 2005), Hastalarımızın hiçbirinde de novo urgency, mesane yaralanması, cerrahi sonrası takiplerde vajinal erozyon, mesh ekstrüzyonu ya da retropubik hematoma gibi komplikasyonlar gelişmedi. Serimizde altı hastada eşzamanlı olarak sistosel onarımı da yapıldı ve bu hastalarda da herhangi bir komplikasyon görülmedi. Literatürde sistosel olan hastalarda TOT esnasında mesane yaralanması ve retropubik hematoma ihtimalinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Smith PP et al., 2007).

Stres inkontinans tedavisinde TOT, başarılı sonuçları, kısa cerrahi süresi ve yüksek hasta memnuniyeti nedeniyle günümüzde en sık kullanılan cerrahi tekniklerden biridir.

| Tablo 1. | |
|--|---------------------|
| | Hasta Bilgileri |
| Hasta Yaşı | Ort:52,8(Std:9,04) |
| BMI: | |
| <25: | 2 (%4) |
| 25-30: | 18 (%36) |
| 30<: | 30(%60) |
| Gebelik Sayısı: | Ort: 4,2 (Std:2,24) |
| Normal Doğum Sayısı | Ort: 3,5 (Std:1,88) |
| Kullanılan ped sayısı: | Ort: 3,3 (Std:1,31) |
| Cerrahi Süresi (dk): | 28,5 (Std: 5,9) |
| Postoperatif Sondalı Kalma Süresi (gün): | 1 |
| Cerrahi Sonrası Bacak Ağrısı: | 4 (%8) |
| Başarı Oranı: | 100% |
| De novo Urgency: | 0(%0) |

KİMYASAL SİSTİT MODELİNDE HUMAN KORYONİK GONADOTROPİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serhat Tanık¹, Kürşad Zengin¹, Sebahattin Albayrak¹, Muhittin Atar¹, Nevin Tuzcu², Mehmet Tuzcu², Muhammed Abdurrahim İmamoğlu¹, Hasan Bakırtaş¹, Mesut Gürdal¹

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

²Cumhuriyet Üniversitesi, Veterinerlik Fakültesi, Sivas

Amaç: Kronik pelvik ağrı sendromlu gebelerde hormonal değişikliklerin muhtemel etkilerine bağlı olarak hastalık semptomlarında azalma olduğu bildirilmiştir. Bu bilgiler ışığında sunduğumuz çalışmada, kimyasal sistit oluşturulmuş deneysel rat modelinde, subkutan human koryonikgonadotropin (HCG) uygulamasının mesane mukozasına etkileri araştırılmıştır.

Yöntem: Otuz iki adet 220-250 gr ağırlığında 9-10 haftalık dişi albino wistars cinsi rat 4 gruba ayrıldı (n=8). Grup 1, intraperitoneal siklofosfamid uygulanan; Grup 2, subkutan HCG ile eş zamanlı intraperitoneal siklofosfamid uygulanan; Grup 3, siklofosfamid enjeksiyonu tamamlandıktan sonra HCG uygulanan; Grup 4, intraperitoneal 2.5 ml/dk salin enjeksiyonu uygulanan kontrol grubu olarak belirlendi. 15. günde genel anestezi altında sakrifiye edilen deneklere sistektomi uygulandı. Alınan doku örnekleri patolojik olarak incelendi ve tablo 1 de gösterilen parametreler ile skorlanarak değerlendirildi.

Bulgular: Kontrol grubunda patolojik bulguya rastlanmadı. Diğer 3 grubun lezyon ortalama skoru Tablo 2'de verilmiştir. Kontrol grubu ile diğer 3 grubun doku hasarı istatistiksel olarak karşılaştırıldığında her üç grupta anlamlı doku hasarı olduğu tespit edildi ($p<0.01$). Her üç grup kendi aralarında istatistiksel olarak kıyaslandığında Grup 2 de doku hasarının diğer iki gruptan daha az olduğu saptandı ($p=0.01$). Grup 1 ve 3 arasında bu yönden fark gözlenmedi.

Çıkarımlar: Sunduğumuz çalışmada, eş zamanlı HCG uygulamasının mesane mukozasında dokusal hasarı azalttığı saptandı. Çalışmamızın sonuçlarının klinik uygulamalara katkısı olması için geniş ölçekli hayvan ve hasta çalışmaları ile desteklenmesi gereklidir.

Tablo 1. Patolojik lezyon skorlaması

| | |
|---------------------------------------|--------|
| Hiperemi | 1 puan |
| Epitelde dejenerasyon | 1 puan |
| Epidelde nekroz ve dökülme (hafif) | 2 puan |
| Epidelde nekroz ve dökülme (şiddetli) | 3 puan |
| Mononükleer hücre infiltrasyonu | 2 puan |
| Hemoraji (Hafif) | 2 puan |
| Hemoraji (Şiddetli) | 3 puan |

Tablo 2. Lezyon skorlarının ortalaması

| Skor | Grup 1 | Grup 2 | Grup 3 |
|-------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | 8 | 7 | 8 |
| 2 | 11 | 9 | 9 |
| 3 | 10 | 8 | 8 |
| 4 | 9 | 7 | 9 |
| 5 | 9 | 9 | 11 |
| 6 | 11 | 7 | 9 |
| Ortalama | 9,67 | 7,83 | 9 |

MESH RELATED COMPLICATIONS IN PELVIC FLOOR AND THE DEFINITION OF AN IDEAL TISSUE ENGINEERED PELVIC FLOOR SUPPORT MATERIAL

Naşide Mangır¹, Anthony J Bullock², Sheila Macneil², Christopher Chapple¹

¹University of Sheffield, Department of Urology, Sheffield, United Kingdom

²University of Sheffield, Materials Science and Engineering, Sheffield, United Kingdom

Object: Current surgical treatment of Stress Urinary Incontinence (SUI) and Pelvic Organ Prolapse (POP) relies on cell-free non-absorbable mesh materials, mostly polypropylene (PPL), to support pelvic tissues. Despite initial high success rates with use of non-absorbable meshes, long term results have more recently revealed significant complications such as erosion and pain in up to 10% of cases. Tissue engineering has the potential to create a pelvic floor support material that can provide a durable support with fewer side effects.

We hypothesize that slowly degrading synthetic matrices, which stimulate cell infiltration and extracellular matrix (ECM) production, may overcome these complications leading to a better integration into patient's native tissues. The aim of this study was to develop a pelvic floor repair material from poly-lactic acid (PLA) scaffold releasing vitamin C and to test its ability to stimulate the production of new extracellular matrix production of adjacent cells and its mechanical properties.

Methods: The technique of emulsion electrospinning was used to construct a core-shell morphology of vitamin C and PLA for achieving continuous release of Vitamin C. The electrospun PLA fibres contained Ascorbic Acid (AA), the naturally occurring active form, or Ascorbate-2-Phosphate (A2P), the synthetic long acting form, or distilled water (Vehicle). The release of both drugs was measured by spectrophotometric methods. Then, a total of 500.000 human dermal fibroblasts were seeded on 1 cm² sized scaffolds and cultured for 2 weeks. The cell attachment and viability were evaluated by Resazurin assay and DAPI staining. Total collagen production was assessed using Sirius red staining. Mechanical properties (ultimate tensile strength, strain and Elastic Modulus) were evaluated in dry and wet states using BOSE electroforce tensiometer.

Materials: The successful release of both AA and A2P was demonstrated with a burst release of 20-25%. Both AA and A2P containing scaffolds were significantly more hydrophilic and stronger in both dry and wet states compared to pure PLA scaffolds. Human dermal fibroblasts produced significantly more total collagen when cultured on both AA and A2P containing scaffolds.

Result: One strategy in developing a pelvic floor repair material for treatment of SUI and POP can be to incorporate bioactive factors for stimulating cell infiltration and ECM production from host tissues leading to a good integration of the material into the native tissues.

TEKRARLAYAN BULBER ÜRETRAL DARLIK TEDAVİSİNDE KALICI OLMAYAN POLİMER KAPLI ÜRETRAL STENT KULLANIMI SONUÇLARI

Gökhan Temeltaş, Oktay Üçer, Volkan Tatlı, Talha Müezzinoğlu

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

Amaç: Bu çalışmada tekrarlayan bulber üretral darlık tedavisinde kalıcı olmayan polimer kaplı üretral stent kullanılmasının sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya 2010-2014 yılları arası bulber üretral darlık nedeni ile takip edilen ve öncesinde en az bir defa internal vizüel üretrotomi uygulanmış ama darlığı tekrarlamış 19 hasta dahil edildi. Tüm hastalar stent öncesi ve sonrası, üretroskopi, retrograd üretrografi, maksimum akım hızı (qmax) ve işeme sonrası rezidiv idrar (PVR) ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 61.0 yıl (81-44), ortalama darlık süresi 1.7 yıl (1-5), darlık uzunluğu 1.8 cm (0.5-3.0 cm), önceden geçirilmiş internal üretrotomi sayısı 2 (1-3) idi.

Stent öncesi ve sonrası maksimum akım hızı ve işeme sonrası rezidiv idrar sırasıyla 7.26 ± 2.92 , 18.10 ± 4.40 (p.0.00) ve 139.47 ± 74.19 , 44.73 ± 24.35 (p.0.00) idi. İki hastada stent takılı iken stent uç noktasında darlık tekrarladı. Kalan 17 hastanın 5 inde stent çıkarılması sonrası 3. ayda yapılan kontrolde tekrar darlık geliştiği görüldü. Toplamda 19 hastanın 7 sinde (% 36.8) darlık tekrarladı.

Çıkarımlar: Çalışmamızdan tekrarlayan bulber üretral darlığı olan uygun hastalarda kalıcı olmayan polimer kaplı üretral stent kullanılmasının tedavide alternatif bir yöntem olabileceği yönünde bulgular elde ettik.

AĞRILI MESANE (İTERSTİSYEL SİSTİT) TANILI HASTALARDA TEDAVİ ALGORİTMASI NASIL DÜZENLENMELİDİR ?

Oğuz Mertoğlu, Salih Budak, İlker Akarken, Mehmet Yoldaş, Yusuf İlbey, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: İnterstisyel sistit / ağrılı mesane sendromu (İS/AMS) nedeni bilinmeyen kronik bir hastalıktır ve tedavisi iyi tanımlanmış değildir. İnterstisyel sistit için küratif tedavi seçeneği yoktur. Çeşitli ilaç tedavileri vardır, ancak tedavi genellikle basamaklı ve ampirik olarak uygulanmaktadır. Tedavi alternatifleri ve/veya tedavi kombinasyonu denemek gerekebilir. Çalışmamızda kliniğimizde uygulanan tedavi basamaklarının başarısını ve tedavi bırakma basamaklarını irdelemeyi amaçladık.

Yöntem: 2008-2013 tarihleri arasında, fonksiyonel üroloji ve kadın ürolojisi polikliniğinde ağrılı mesane (interstisyel sistit)(IC) tanısı ile tanı konulmuş kadın hastaların kayıtları incelendi . Bu hastalar konservatif tedavi (hasta bilgilendirilmesi, sıvı ve gıda düzenlemesi vb) yanı sıra sırasıyla amitriptilin, pentosan polisülfat (PPE) , hidrodistanسیون (HD) (PPE öncesi veya sonrası) ve intrakaviter tedavi olarak Dimetilsülfoksit (DMSO) veriliyordu.

Hastaların kayıtlarında takip süreleri de incelenerek takip dışı kaldıkları ilaç basamakları belirlendi. Takip dışı kalan hastalarla telefon görüşmesi yapılarak, tedaviyi neden bıraktıkları soruldu . Tedavi faydası, ağrı için 10 puanlık vizüel analog skalasının (VAS) % 50 'den fazla azalması olarak belirlendi.

Bulgular: 24 Kadın hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 48 idi (32-65). Sadece amitriptilin tedavisi alan 13 hastanın 3'ü ilaçtan fayda gördü. 10 Hasta tedaviden fayda görmediği için takip dışı kaldı. Bu hastalar kontrol tarihleri verilmesine rağmen gelmemişler ve kliniğin hala devam ettiğini ifade etmişlerdir. Bu hastaların %80'i farklı doktorlardan, farklı tedavi seçeneği almış hastalardı .

Diğer tedavi basamaklarına geçilen 11 hastadan 7'si, tedaviden (4 DMSO , 2 PPE, 1 HD) fayda gördü. Üç PPE ve bir DMSO tedavisi verilen hastalar tedaviden fayda görmemiş ve takip dışı kalmışlardı.

Çıkarımlar: Ağrılı mesane (IC) önemli uyum sorunu gösteren bir kronik hastalık grubudur. İlk basamak oral tedavi (PPE hariç) yaklaşımı, klinik fayda sorunu yaşamaması hastaları tedaviye uyum açısından yıldırmaktadır. Diğer basamakların denenmesinde , tedaviden görülecek fayda hastanın uyumunu daha da rahatlatmaktadır. Bu hastalarla tedavi planı yaparken, bir tek tedavinin hastaya fayda vermeyeceği iyi anlatılmalıdır. Farklı doktorlarla temas kurmuş bu hastalar için tedavi basamaklarını iyi gözden geçirmek gerekir.

POST-PROSTATEKTOMİ İDRAR KAÇIRMADA TRANSOBTURATOR(ADVANCE) BANT UYGULMASININ ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Ömer Gülpınar, Ferec Afandiyev, Perviz Hacıyev, Anar İbrahimov, Aykut Akıncı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Post-prostatektomi stres tipi idrar (PPI) kaçırmaya olan hastalarda üretral baskıdan çok tekrar pozisyon verme mantığı ile çalışan advance sling operasyonunun erken dönem sonuçlarını sunmak.

Yöntem: Çalışmamızda Eylül 2013- Haziran 2014 tarihleri arasında PPI nedeniyle advance sling operasyonu yapılan 7 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar ameliyat öncesi ve sonrasında 24 saatlik ped testi IIQ-7 , ağrı için görsel analog skala (GAS) , ürofloometri ve rezidüel idrar ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 6' sında radikal prostatektomiye, 1'inde TURP'ye bağlı idrar kaçırmaya gelişmişti. Hastaların ortanca yaşı 60 (57-65).Preoperatif değerlendirmede ortanca IIQ-7 değeri 17(kötü) olarak bulundu. Preoperatif Ped testine göre kaçırılan ortalama idrar miktarı 250 ml (60-590ml) olarak bulundu. Operasyon öncesi yapılan üretroskopide tüm hastalarda sfinkterik aktivite izlendi. Operasyon sonrası 1. gün üretral sonda alınarak hastalar taburcu edildi. Bir hastada geçici üriner retansiyon oluştu. Ortalama takip süresi 5 (1-9) aydı. Postoperatif dönemde yapılan değerlendirmede ortanca IIQ-7 skoru 3 olarak tespit edildi($p < 0.05$) Q maks'ta bir düşüş saptanmakla beraber bu düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi(20 ml/sn'e karşı 16.7 ml/sn; $p=0.4$). Ortalama rezidü idrar miktarı 20 ml (10-40). Hastaların hepsinde sosyal kurulum sağlandı, PED ≤ 1 'di. Hastalarda ciddi bir komplikasyon görülmedi. Dört hastada postop 2. haftaya kadar devam eden hafif perineal ağrı (GAS: 1-3) kaydedildi.

Çıkarımlar: Advance sling operasyonu uygun hasta seçimi yapıldığında PPI'de uygun bir cerrahi seçenek olabilir.

SOLİFENASİN 5 MG TEDAVİSİNE DİRENÇLİ AŞIRI AKTİF MESANELİ HASTALARDA, İLAÇ DOZUNUN ARTTIRILMASI İLE İDRAR SİNİR BÜYÜME FAKTÖRÜ DÜZEYLERİNDEKİ DEĞİŞİM

Seyfettin Çiftçi¹, Murat Üstüner¹, Hasan Yılmaz¹, Ufuk Yavuz¹,
Mustafa Yüksekaya¹, Mustafa Baki Çekmen², Cüneyd Özkürkçügil¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Bu çalışmada, Vesicare 5 mg tedavisinden fayda görmeyen aşırı aktif mesaneli (AAM) hastalarda, ilaç tedavisinin dozu 10 mg'a yükseltilerek idrar sinir büyüme faktörü (NGF) düzeylerindeki değişimi değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: İşeme çizelgesi ve anamnez ile AAM tanısı konulan 38 hasta ve kontrol grubu olarak alt üriner sistem semptomları olmayan 20 gönüllü çalışmaya dahil edildi. Hem hasta grubunda hem kontrol grubundan başlangıç idrar NGF düzeyleri çalışıldı. Ayrıca hasta grubuna hem tedavi öncesi hem de sonrasında AAM-V8 semptom sorgulama formu doldurtuldu. Ardından hasta grubuna 6 haftalık vesicare 5 mg tedavisi başlandı. Tedaviden fayda görmeyen tüm hastalardan bir kez daha idrar NGF düzeyleri çalışıldı ve AAM-V8 formu doldurtularak Vesicare ilaç dozu 10 mg'a yükseltildi. Altı hafta daha tedavi alan hastalar bir kez daha kontrole çağrılarak idrar NGF düzeyleri çalışıldı ve AAM-V8 formu doldurtuldu. Vesicare 10 mg tedavisinden fayda gören 22 hasta Grup 1, görmeyen 16 hasta Grup 2 olarak sınıflandırıldı. İdrar NGF düzeyleri idrar kreatini ile normalize edildi. Hasta grubu ile kontrol grubu verileri Mann-Whitney U ve Wilcoxon testleri kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş ortalamasının kontrol grubunda (33.85±8.06 yıl), Grup 1 (46.05±14.49 yıl) ve Grup 2 (48.13±13.93) ye göre anlamlı oranda düşük olduğu saptandı. Hem Grup 1 hem de Grup 2'de idrar NGF ve NGF/idrar kreatinin düzeyleri başlangıçta kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek saptanırken, vesicare 5 mg tedavisinden sonra, her iki grupta da bu değerlerin kontrol grubuna göre yüksek kaldığı izlendi (Tablo 1). Ayrıca hem Grup 1 hem de 2'de AAM-V8 skorlarında da anlamlı değişim olmadığı saptandı. Vesicare 10 mg tedavisinden sonra AAM-V8 skorlarında anlamlı oranda azalma görülen Grup 1'de NGF ve NGF/idrar kreatinin oranlarının azalarak kontrol grubu seviyelerine gerilediği görülürken, tüm tedavilere dirençli olan ve AAM-V8 skorlarında anlamlı değişim olmayan Grup 2'de ise her iki değerde anlamlı değişim olmadı ve kontrol grubu verilerine göre anlamlı oranda yüksek kaldı (Tablo 2).

Çıkarımlar: Sonuç olarak idrar NGF düzeyleri AAM'li hastalarda, semptomların azalması ile azalmaktadır. Semptomlarında gerileme olmayan hastalarda ise yüksek kalmaktadır. Tedaviye dirençli olgularda doz arttırılmasından fayda gören hastalarda da yine NGF düzeyleri azalmaktadır. Bu verilerle idrar NGF düzeyleri AAM'li hastalarda, tanıda ve tedaviye yanıtı değerlendirmede önemli bir parameter ve biyomarker olarak görülmektedir.

Tablo 1. Hasta gruplarının başlangıçta ve vesicare 5 mg tedavisinden sonra idrar NGF ve NGF/idrar kreatinin düzeylerinin kontrol grubu verileri ile karşılaştırılması.

| | Başlangıç NGF (pg/ml) | Başlangıç NGF/idrar kreatinin | p | Vesicare 5 mg sonrası NGF (pg/ml) | Vesicare 5 mg sonrası NGF/idrar kreatinin | P |
|---------------|------------------------------|--------------------------------------|----------|--|--|----------|
| Kontrol grubu | 2.68 (IQR 2.20-2.94) | 0.014 (IQR 0.009-0.024) | | 2.68 (IQR 2.20-2.94) | 0.014 (IQR 0.009-0.024) | |
| Grup 1 | 6.07 (IQR 4.74-9.01) | 0.056 (IQR 0.035-0.110) | 0,001 | 5.38 (IQR 3.91-6.98) | 0.051 (IQR 0.035-0.094) | 0,001 |
| Grup 2 | 4.98 (IQR 4.47-7.52) | 0.056 (IQR 0.030-0.125) | 0,001 | 5.23 (IQR 3.68-6.99) | 0.059 (IQR 0.030-0.130) | 0,001 |

Tablo 2. Hasta gruplarının vesicare 10 mg tedavisinden sonra idrar NGF ve NGF/idrar kreatinin düzeylerinin kontrol grubu verileri ile karşılaştırılması.

| | Vesicare 10 mg sonrası NGF (pg/ml) | P | Vesicare 10 mg sonrası NGF/idrar kreatinin | P |
|---------------|---|----------|---|----------|
| Kontrol grubu | 2.68 (IQR 2.20-2.94) | | 0.014 (IQR 0.009-0.024) | |
| Grup 1 | 2.68 (IQR 1.84-3.98) | 0,659 | 0.022 (0.015-0.032) | 0,07 |
| Grup 2 | 4.56 (IQR 4.04-7.12) | 0,001 | 0.053 (IQR 0.030-0.130) | 0,001 |

İNSAN MESANE KANSERİ HÜCRE HATTINDA (T24) WNT ANTAGONİSTLERİNİN EPİGENETİK DÜZENLEMELERLE APOPTOZ YOLAĞINDAKİ GENLERİN İFADE EDİLMESİNE OLAN ETKİLERİ

Nuray Varol¹, Ece Konaç¹, H. İlke Önen¹, Serhat Gürocak², Ebru Alp³, Akın Yılmaz², Sevda Menevşe¹, Sinan Sözen²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Biyoloji ve Genetik, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

³Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Biyoloji, Giresun

⁴Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Mühendislik-Mimarlık Fakültesi, Biyomühendislik, Burdur

Amaç: Wnt antagonistlerinin epigenetik baskılanması (sFRP, DKK3 ve WIF-1), hem β -kateninin, hem de hücre proliferasyonu, metastaz ve anjiyogeneze önemli rol oynayan hedef genlerin aktivasyonuna yol açar. Bu çalışmada amacımız, 5-aza-2'-deoksisitidin (DAC, 5-aza-Cd), Trikostatin A (TSA) ve Gemsitabin+Sisplatin kemoterapötik ajanlarının tek başlarına ve/veya kombinasyonlarının kullanımının, insan mesane kanser hücre hattı T24'de transkripsiyonel ve protein düzeyinde apoptotik yolak üzerindeki sinerjik etkilerini araştırmaktır.

Yöntem: Gemsitabin (0-500 nM), sisplatin (0-10 μ M), DAC (10 μ M) ve TSA (300nM)'in tek başlarına ve/veya kombinasyonlarının T24 hücreleri üzerine anti-tümör etkisi WST-1 aracılığıyla belirlendi. Gemsitabin+sisplatin, DAC ve TSA'ın tek başına ve/veya birlikte kombinasyonlarının hücre proliferasyonu üzerine etkisi ve H3 histon asetilasyonu düzeyinde sitotoksik ve apoptotik dozları ELISA metodu kullanılarak analiz edildi. Wnt antagonist geni (WIF-1)'in metilasyon profili Metilasyon-spesifik PCR (MSP) kullanılarak belirlendi. İlaçların tek başına ve/veya kombinasyon dozları belirlendikten sonra CTNBN1, GSK-3 β , c-MYC, CCND1, CASP-3, CASP-8, CASP-9, BCL2L1 ve WIF-1 genlerinin değişen ifadenme düzeyleri kantitatif eş-zamanlı PCR aracılığıyla belirlendi.

Bulgular: Bulgularımıza göre DNA metilasyonunun inhibe edilmesi aracılığıyla β -katenin ifadenmesi, Wnt antagonist re-aktivasyonun yanında kanonikal Wnt/ β -katenin yolağının hedef genleri, c-myc ve siklin D1'in ifadenme düzeyleri azalmıştır. Buna ilaveten DAC, TSA ve gemsitabin + sisplatin kombinasyonu GSK-3 β mRNA düzeyinin artışına ve bunun sonucu olarak CCND1 mRNA düzeyi önemli düzeyde azalmıştır. Ayrıca anti-apoptotik gen BCL2L1 ifadenmesi önemli ölçüde azalırken BCL-2 ifadenmesi artmıştır. Aynı zamanda, Kaspaz 3 mRNA ve aktif Kaspaz 3 protein düzeyleri kontrole göre artmaktadır (p<0,01).

Çıkarımlar: Sonuç olarak, gemsitabin+sisplatin+DAC+TSA dörtlü kombinasyonları kanonikal Wnt/ β -katenin yolağının inhibisyonuna yol açmakta ve hücre proliferasyonunu azaltmaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda bulgularımızın mesane kanseri tedavisinde yeni bir yaklaşım sunabileceğini düşünmekteyiz.

Bu proje TÜBİTAK-Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Projelerini Destekleme Programı (1001)-Proje No: SBAG 110S137 tarafından desteklenmiştir.

AŞIRI AKTİF MESANELİ HASTALARDA İDRAR SİNİR BÜYÜME FAKTÖRÜ DÜZEYLERİ YAŞ, CİNSİYET VE VÜCUT KİTLE İNDEKSİNDEN ETKİLENMEMEKTEDİR.

Seyfettin Çiftçi¹, Ufuk Yavuz¹, Hasan Yılmaz¹, Murat Üstüner¹, Bahri Serkan Aynur¹, Ersin İlgüz¹, Mustafa Baki Çekmen², Cüneyd Özkürkçügil¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: İdrar NGF değerleri, son zamanlarda AAM'li hastalarda tanı ve tedaviye yanıtı değerlendirilmede üzerinde çeşitli çalışmalar yapılan bir parametredir. Bu çalışmada, AAM'li hastalarda idrar ölçülen sinir büyüme faktörü (NGF) düzeylerinin hastaların yaşı, cinsiyeti ve vücut kitle indekslerine göre değişimini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: İşeme çizelgesi ve anamnez ile AAM tanısı konulan 59 hasta çalışmaya dâhil edildi. Tüm hastaların yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeks (VKİ) verileri kaydedildi. Hastalar cinsiyetlerine göre kadın-erkek, yaşa göre 40 yaş altı ve 40 yaş üstü olmak üzere gruplara ayrıldı. VKİ'lerine göre ise 25 kg/m² altı olanlar, 25-30 kg/m² olanlar, 30-35 kg/m² olanlar ve 35 kg/m² üstü olmak üzere 4 gruba ayrıldı. Hastalardan 3 ml idrar numunesi alınarak idrar NGF düzeyleri biyokimyasal ELISA testi kullanılarak ölçüldü. Ayrıca 3 ml idrar numunesi alınarak idrar kreatinin düzeyleri belirlendi. NGF, idrar kreatinine bölünerek normalize edildi. Hastaların NGF ve NGF/idrar kreatinin değerleri yaş, cinsiyet ve VKİ gruplarına göre karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde Independent sample t-test kullanıldı.

Bulgular: Yaş gruplarına göre yapılan istatistiksel analizde 40 yaş altında olan 17 hasta ile 40 yaşın üstünde olan 42 hastanın NGF ve NGF/idrar kreatinin ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Cinsiyet gruplarına göre yapılan istatistiksel analizde kadın ve erkek hastaların NGF ve NGF/idrar kreatinin ortalamalarının birbirine benzer olduğu saptandı (Tablo 1). VKİ'lerine göre yapılan analizde, NGF ve NGF/idrar kreatinin oranlarının VKİ ile değişmediği, her 4 grupta da birbirine benzer olduğu görüldü (Tablo 2).

Çıkarımlar: AAM'li hastalarda, idrar NGF ve NGF/idrar kreatinin değerleri yaş, cinsiyet ve VKİ ile değişmemektedir.

| | Yaşa göre gruplar | | Cinsiyet | | p |
|---------------------|-------------------|----------------|---------------|---------------|-------|
| | 40 yaş altı | 40 yaş üzeri | Erkek | Kadın | |
| | (n= 17) | (n= 42) | (n= 19) | (n= 40) | |
| NGF (pg/ml) | 6.41 (±3.60) | 6.51 (±3.12) | 6.94 (±3.67) | 5.52 (±1.76) | >0.05 |
| NGF/idrar kreatinin | 0.050 (±0.030) | 0.072 (±0.045) | 0.072 (0.046) | 0.050 (0.030) | |

| | VKİ grupları | | | | p |
|---------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|-------|
| | ≤25 kg/m ² | 25-30 kg/m ² | 30-35 kg/m ² | >35 kg/m ² | |
| | | | | | |
| NGF (pg/ml) | 7.22 (±3.92) | 5.57 (±1.84) | 6.37 (±4.09) | 7.13 (±2.93) | >0.05 |
| NGF/idrar kreatinin | 0.057 (±0.034) | 0.075 (±0.053) | 0.054 (±0.028) | 0.073 (±0.046) | |

TEKRARLAYAN ATEŞLİ İDRAR YOLU ENFEKSİYONU GEÇİREN ÇOCUKLARDA ÇEKİLEN PIC SİSTOGRAMIN GİZLİ VUR TANISINDA VE STING SONRASI TAKİPTE DEĞERİ

Fatih Akdemir¹, Koray Ağras²

¹S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²S.B.ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

Amaç: Tekrarlayan ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE) geçiren çocuklarda PIC sistogramın (skopi altında pediatrik sistoskopi intravezikal verilen kontrast maddenin üreteral orifislere pozisyonel instilasyonu) veziköüretoral reflü (VUR) tanısındaki değeri ve STING işleminin sonrasında çekilen PIC sistogramın hastaların postoperatif izlemleriyle uyumlu olup olmadığı araştırıldı.

Yöntem: Prospektif çalışmada Ocak 2009-Aralık 2011 tarihleri arasında en az iki kez geçirilmiş dokümente İYE'si olan toplam 38 çocuğa üriner ultrasonografi, işeme sistogramı (VCUG), DMSA böbrek sintigrafisi yapıldı. Daha sonra genel anestezi altında ve skopi eşliğinde PIC sistogram yapılırken mesanenin kontrastlı madde ile en az üç dolma boşalma siklusunda VUR olup olmadığı not edildi. Aynı seansta STING yapılan hastalara, ameliyatın hemen sonunda PIC sistogram tekrarlandı ve sonuçları postoperatif 3. aydaki VCUG, üriner ultrasonografi ve idrar tahlilleri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Ortalama yaş 6.0 ±3.1 (3-12 yıl) olup, VCUG ile yapılan preoperatif değerlendirmede 20 olguda (%52.6) VUR saptandı (15 unilateral, 5 bilateral). Dört renal üniteye grade-5, yedi üniteye grade-4, on üniteye grade-3, üç üniteye grade-2, bir üniteye grade-1 VUR mevcuttu. PIC sistogram ile 18 olguda (%47.3) VUR saptandı. PIC ile saptanan reflü, VCUG ile saptananların tersine çoğunlukla bilateral idi (%33 vs %61.1). PIC ile reflülü ünitelerin %46.6'sında reflü derecesinde azalma, %6.6'sında reflü derecesinde artma görüldü. Unilateral reflülü olguların %33.3'ünde PIC ile kontralateral VUR izlendi. Preop VCUG'de VUR saptanmayan 18 olgunun 5'inde PIC ile VUR vardı (Gizli VUR oranı %27.7). Preop PIC sistogramın VUR tespit etmedeki duyarlılığı %60, özgüllüğü %72.5 bulundu. VCUG'de veya PIC sistogramda VUR saptanan 25 olgunun 22'sine STING yapıldı. STING'in hemen sonrası çekilen PIC sistogramlarda 20 olguda reflü kaybolmuştu (PIC'e göre STING başarısı %90.9). STING yapılan olguların ortalama 14 ± 5 aylık izlemlerinde postop VCUG'e göre başarı %72.7 (n=16), enfeksiyonsuzluk kriterine göre başarı %80.9 (n=17) idi. Postop PIC'in reflü göstermedeki duyarlılığı %25, özgüllüğü %96.8 olarak hesaplandı.

Çıkarımlar: İYE'si olup VCUG'de VUR bulunamayan olgularda PIC sistogram ile gizli VUR oranı 1/4 civarındadır. PIC sistogram ile tespit edilen reflüler çoğunlukla bilateral ve düşük derecedir. Unilateral reflülü olguların 1/3'ünde PIC ile klinik önemsiz kontralateral VUR tespit edilmektedir. Preoperatif PIC sistogramın VCUG ile gösterilen VUR'lu olguları göstermedeki duyarlılığı düşüktür. Postoperatif PIC sistogramın postoperatif başarıyı göstermedeki değeri sınırlıdır.

VEZİKÖRETERAL REFLÜLÜ ÇOCUKLARDA RİSK GRUPLARINA GÖRE CERRAHİ TEDAVİ BAŞARISI

Emre Ürer¹, Koray Ağras²

¹S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

Amaç: ESPU kılavuzları 2011 yılından beri veziköretoral reflülü (VUR) çocukların tanı ve tedavisinde risk gruplarına göre yaklaşım yapılmasını önermektedir. Literatürde, uygulanması önerilen bu risk grupları sınıflaması sonucundaki cerrahi başarı değerlendirilmesi yetersizdir. Bu retrospektif çalışmada, cerrahi tedavi uygulanan hastalarda her bir risk grubundaki tedavi başarısı değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kliniğimizde 2009-2014 yılları arasında veziköretoral reflü nedeniyle STING veya açık cerrahi uygulanan hastaların dataları retrospektif olarak incelenmiş ve hastalar Avrupa Üroloji Derneği'nin 2014 yılında yayınladığı Çocuk Ürolojisi Kılavuzuna göre üç risk grubuna ayrılmıştır. Buna göre yaşı büyük (>4 yaş), yüksek dereceli VUR'u olan (grade 4 ve 5) ve böbreğinde skarı olan olgular "yüksek risk grubu"; düşük dereceli VUR'u (grade 1,2 ve 3) ve böbrek hasarı olmayan olgular "düşük risk grubu"; bu gruplara uymayan diğer tüm olgular "orta risk grubu" olarak değerlendirilmiştir. Postoperatif 3. ayda çekilen işeme sistogramında VUR'u olmayan ve antibiyotik profilaksisi kesildikten sonra 3 ay süreyle enfeksiyonu olmayan hastalarda tedavi başarılı kabul edilmiştir.

Bulgular: Cerrahi tedavi uygulanan, 17 erkek ve 88 kız toplam 105 hastanın yaş ortalaması 6.5 ± 3.5 (1-17 yaş) bulundu. Risk gruplaması için verileri eksik olan 16 hasta çalışma dışı bırakıldı. Kalan 89 hastanın 36'sı düşük, 31'i orta ve 22'si yüksek risk grubundaydı. Düşük risk grubunda 13, orta risk grubunda 14, yüksek risk grubunda 10 olguda VUR bilateral idi. Düşük risk grubunda tüm olgulara ilk uygulanan tedavi STING iken, orta ve yüksek risk grubunda sırasıyla 6 ve 11 olguya doğrudan ureteroneostomi (UNC) yapıldı. Birinci ve ikinci STING sonunda toplam başarı düşük risk grubunda %86.1, orta risk grubunda %72, yüksek risk grubunda %54.5 bulundu. Düşük riskli unilateral olgularda STING başarısı bilateral olgulardan daha yüksekken, orta ve yüksek risk gruplarında unilateral veya bilateral STING başarıları birbirine benzerdi. UNC başarısı her risk grubunda %100'dü.

Çıkarımlar: VUR'lu hastalarda STING tedavisi yüksek riskli hastalarda dahi en az %50 oranında başarı sağlamaktadır. Etkinliği çok yüksek ancak invazif olan açık cerrahi ise başarısız olunan hastalara ikinci seçenek olarak sunulabilir.

Successful cases (n) / Total cases (n)

| RISK GROUP | UNIT's with VUR | FIRST STING | SECOND STING | STING (Overall success) | UNC (Overall success) |
|--------------|-----------------|-------------|--------------|----------------------------|--------------------------|
| LOW | Unilateral | 17/23 | 5.Haz | 22/23 (%95.6) | 1/1 (%100) |
| | Bilateral | Eyl.13 | 0/1 | 9/13 (%69.2) | 3/3 (%100) |
| INTERMEDIATE | Unilateral | Eyl.14 | 1.May | 10/14 (%71.4) | 7/7 (%100) |
| | Bilateral | 5.Kas | 3.May | 8/11 (%72.7) | 6/6 (%100) |
| HIGH | Unilateral | 4.Ağu | 0/2 | 4/8 (%50) | 8/8 (%100) |
| | Bilateral | 1.Mar | 1.Oca | 2/3 (%66.6) | 8/8 (%100) |

MİYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA TERMİNAL VE FAZİK DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTESİNİN ÜST ÜRİNER SİSTEM HASARINA ETKİSİ

Çağrı Akın Şekerci, Cem Akbal, Ahmet Şahan, Bahadır Şahin, Ferruh Şimşek, Tufan Tarcan

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

Amaç: Yüksek detrusör kaçırma anı basıncı (DKAB) üst üriner sistem (ÜÜS) hasarı için önemli bir risk faktörüdür. Fakat literatürde detrusör aşırı aktivitesinin (DAA) alt tiplerinin ÜÜS hasarı üzerine etkisini araştıran yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmamızda terminal ve fazik DAA'nın ÜÜS üzerine etkisi araştırıldı.

Yöntem: 1996-2014 yılları arasında çocuk ürolojisi polikliniğinde izlediğimiz 910 miyelodisplazili çocuğun verileri geriye dönük olarak tarandı. Bu hastalardan izlemi düzenli ve bilgileri eksiksiz olan 64 hasta çalışmaya alındı. Çocuklar terminal ve fazik DAA olarak iki gruba ayrıldı. Tanımlayıcı özellikleri, ÜÜS hasarı ve ürodinamik bulguları karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 64 hastadan 41'inde terminal, 23'ünde fazik DAA vardı. Her iki grup arasında tanımlayıcı özellikler açısından istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Terminal DAA'da ÜÜS hasarı ve hidronefroz daha fazla izlenirken DKAB daha düşüktü (Tablo2).

Çıkarımlar: Terminal DAA daha belirgin olarak ÜÜS hasarına yol açmaktadır.

Tablo 1.

| | Terminal DAA | Fazik DAA | P değeri |
|-----------------------------|--------------|-----------|----------|
| | N:41 | N:23 | |
| Cinsiyet kız/erkek | 26/15 | Ağu.15 | 0.028 |
| Yaş | 4.0+/-0.8 | 4.2+/-1.0 | 0.374 |
| V/P shunt(+) | 15 | 9 | 0.840 |
| Motor defisit(+) | 28 | 18 | 0.395 |
| Konstipasyon(+) | 17 | 12 | 0.573 |
| İYE(+) | 24 | 13 | 0.876 |
| TAK(+) | 26 | 10 | 0.123 |
| TAK arası ıslaklık(+) | 9 | 6 | 0.236 |
| Antikolinerjik tx(+) | 34 | 17 | 0.328 |
| Antibiyotik profilaksisi(+) | 20 | 13 | 0.618 |
| Tethered cord(+) | 10 | 7 | 0.599 |

Tablo 2.

| | Terminal DAA | Fazik DAA | P değeri |
|--|---------------|--------------|----------|
| | N:41 | N:23 | |
| ÜÜS hasarı(+) | 28(%68.3) | 9(%39.1) | 0.023 |
| VUR (+) | 12(%29.3) | 4(17.4) | 0.292 |
| Hidronefroz (+) | 14(%34.1) | 2(%9.1) | 0.029 |
| Renal Skar (+) | 16(%40) | 5(%21.7) | 0.158 |
| Maksimum urodinamik mesane kapasitesi (ml) | 132 (21- 312) | 148 (15-313) | 0.278 |
| Median (min.-maks.) | | | |
| DKAB (cmH ₂ O) | 64(4-188) | 29(0-164) | 0.008 |
| Median (min.-maks.) | | | |

MİYELODİSPLAZİLİ ÇOCUKLARDA BOTULİNÜM NÖROTOKSİN A İLE NÖROJENİK DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTE TEDAVİSİNDE İDRARDA NGF, TGF BETA-1, TIMP-2 DÜZEYLERİNİN MESANE DİNAMİKLERİ ÜZERİNE ETKİNLİĞİ

Tuncay Top¹, Çağrı Akın Şekerci¹, Banu İşbilen², Ferruh İşman², Cem Akbal¹, Ferruh Şimşek¹, Tufan Tarcan¹

¹Marmara Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 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 NGF, TGF Beta 1, TIMP-2 düzeylerinin tanı ve izlemdeki değerinin saptanmasıdır.

Yöntem: Kliniğimizde miyelodisplaziliye ikincil nörojenik detrusor aşırı aktivitesi nedeniyle BoNT A enjeksiyonu uygulanan 15 çocuk çalışmaya alındı. Bu hastaların idrarları intradetrusor BoNT A enjeksiyonu öncesi, postoperatif 1. ay ve postoperatif 3. ayda idrar kültürleri sterilken toplandı. Toplanan idrar örnekleri 3000 rpm' de 10 dakika santrifuj edildikten sonra - 80 derecede dondurularak saklandı. İdrarda NGF, TGF-Beta 1 ve TIMP-2 düzeyleri ELISA yöntemiyle çalışıldı. Çocukların ürodinami parametreleri, üriner sistem USG' si ve DMSA sintigrafisi bulguları BoNT A öncesi ve sonrası değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 5 (% 33) erkek, 10 (% 66) kız, toplam 15 hastanın yaş ortalaması 7,1 ± 2,5 idi. (min:2,5-max:11). 15 olgunun da tanısı miyelomeningoseldi. Lezyon düzeyi 13 çocukta lomber, 1 çocukta sakral, 1 çocukta lumbosakraldi. Üriner TGF Beta 1 ve NGF düzeyleri BoNT A tedavisi sonrası tedavi öncesine göre anlamlı olarak (p < 0,05) düşüktü. TIMP-2 düzeyleri ise tedavi öncesine göre düşük olmakla birlikte bu düşüş istatistiksel olarak anlamsızdı (Tablo-1). Hastaların ürodinamik inceleme bulgularında BoNT A tedavisi sonrası istatistiksel olarak anlamlı gelişme kaydedildi (Tablo-2).

Çıkarımlar: Myelodisplazi çocukları KBY riski nedeniyle yakın izlem gerektiğinden yapılan DMSA böbrek sintigrafisi ve ürodinamik incelemeler pahalı, invaziv ve radyasyon içeren yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Anlamlı sonuçlar bulduğumuz bu idrar belirteçleri gelecekte miyelodisplazi çocukların izleminde önemli bir yer tutacaktır.

Tablo 1

| | Tedavi Öncesi | Postoperatif 1. ay | Postoperatif 3. ay | P Değeri |
|------------------------------|---------------|--------------------|--------------------|----------|
| NGF (ng/mg Cr) ±Sd (n:15) | 1,62 ±1,63 | 0,6 ± 0,43 | 0,73 ±0,66 | 0,002 |
| TGFb-1 (ng/mg Cr) ±Sd (n:15) | 3,5±3,6 | 1,2 ± 0,79 | 1,1±0,71 | 0,001 |
| TIMP-2 (ng/mg Cr)±Sd (n:15) | 8,9 ± 5,6 | 8,2 ± 7,3 | 7,3 ±3,2 | 0,63 |

Tablo 2

| | Tedavi Öncesi | Postoperatif 6. Hafta | P Değeri |
|-----------------------------------|---------------|-----------------------|----------|
| Maksimum kapasite (cc) ±Sd (n:15) | 146,60 ±101,3 | 245,87 ±103,1 | 0,001 |
| Maksimum basınç (cmH2O)±Sd (n:15) | 50,8 ±27,4 | 28±22,2 | 0,005 |

VEZİKÖRETERAL REFLÜNÜN ENDOSKOPIK TEDAVİSİYLE DÜZELEN REFLÜLERİN TAKİPTE TEKRARLAMA ORANLARI NEDİR ?

Ahmet Şahan, Cem Akbal, Çağrı Akın Şekerci, Muhammed Sulukaya, Asgar Garayev, Tufan Tarcan, Ferruh Şimşek

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

Amaç: Bu çalışmanın amacı veziköretoral reflünün endoskopik tedavisinin uzun dönem sonuçlarını araştırmaktır.

Yöntem: 2010-2013 yılları arasında veziköretoral reflü (VUR) nedeniyle endoskopik subüretetik DEXELL® enjeksiyonu uygulanan ve 6. hafta kontrol işeme sistoüretogramında reflü (İSUG) izlenmeyen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların endoskopik tedavi sonrası ateşli idrar yolu enfeksiyonu geçirmesi ve bu nedenle İSUG tekrar yapılması, VUR varlığı, nükse kadar geçen süre analiz edildi.

Bulgular: Toplam 113 çocuğun verileri değerlendirildi. Toplam 150 (74 unilateral- 38 bilateral) üretere reflü saptandı. Olguların reflü dereceleri Grade I (n:15), Grade II (n:67), Grade III (n:45) ve Grade IV(n:23) idi. Endoskopik tedavi sonrası reflüsü kaybolan 82 (%72.5) çocuğun 13'ünde (%15.8) tekrarlayan ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE) nedeniyle kontrol İSUG çekildi. 13 çocuğun 7'sinde reflü saptandı (%8). Bu olguların 3'ünde karşı tarafta, 4'ünde aynı tarafta reflü saptandı. Reflü satanan çocukların sadece ikisinde işeme disfonksiyonu vardı. Bu çocukların birinde karşı tarafta reflü nüksü saptandı. Oralama nüks VUR süresi 16 aydı.

Çıkarımlar: Başarılı endoskopik reflü tedavisi sonrası geçirilen ateşli İYE sonrası VUR nüksü araştırılmalıdır.

MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS TEDAVİSİNDE DESMOPRESSİN LİYOFİLİZAT VE ENÜRETİK ALARM SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI VE BAŞARIYI ÖNGÖRÜCÜ FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: RANDOMİZE PROSPEKTİF ÇALIŞMA

Fikret Fatih Öno¹, Rasim Güzel¹, Cevdet Kaya², Ahmet Tahra¹, Uğur Boylu¹

¹S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

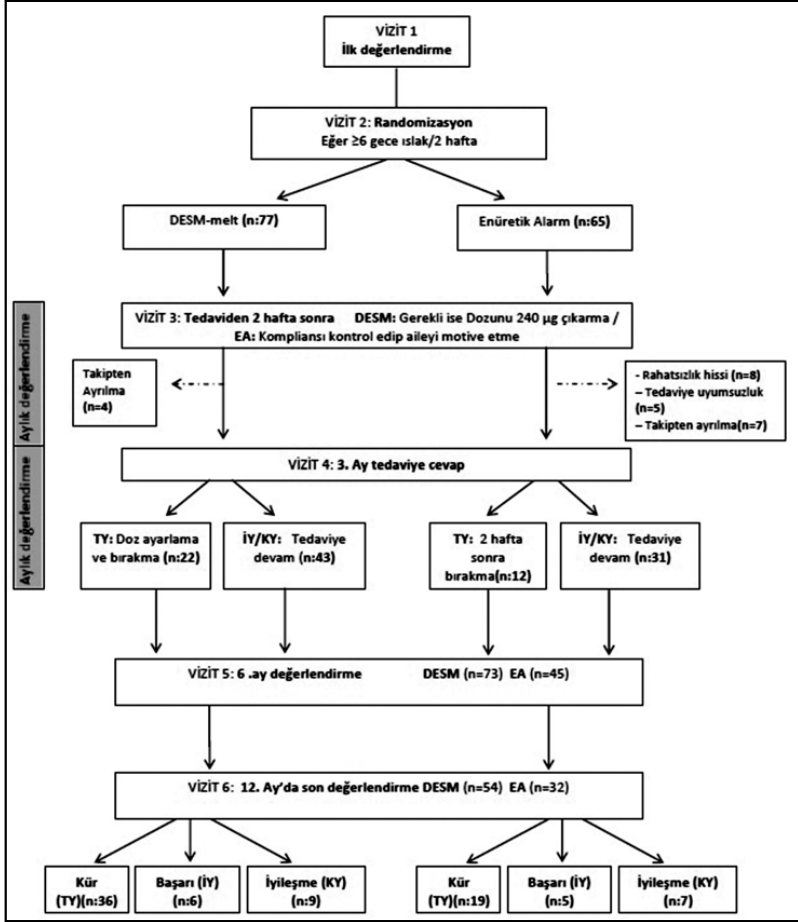
²S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Primer monosemptomatik nokturnal enürezis (PMNE) 1. basamak tedavisinde kullanılan Desmopressin liyofilizat (DESM-melt) ve Enüretik Alarm (EA) tedavilerinin uzun dönem başarısının karşılaştırılması ve başarı için öngörücü faktörlerin belirlenmesi amaçlandı.

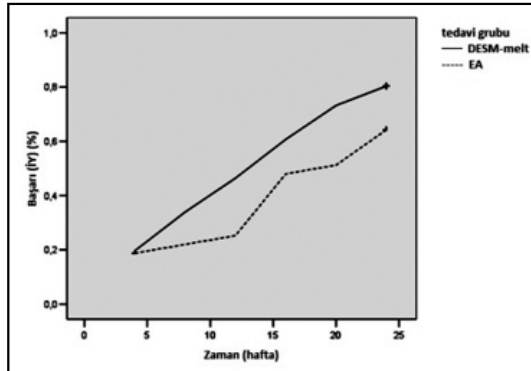
Yöntem: Haziran 2011 ile Haziran 2012 arasında PMNE tanısı olan 142 çocuk (6-15 yaş) 6 aylık DESM-melt ve EA tedavilerine randomize edildi (Tablo 1). Hastalar, her ay tedaviye uyum ve tedaviye yanıt açısından 30 günlük güneş bulut takvimi ile değerlendirildi. Sonuçlar ICCS (International Children's Continence Society) kriterlerine göre; Tam yanıt (TY: şifa, ≤ 1 gece idrar kaçırma/ay), iyi yanıt (İY: başarı, aylık gece idrar kaçırma sayısında ≥ 90 azalma) ve kısmi yanıt (KY: aylık gece idrar kaçırma sayısında %50-89 azalma) değerlendirildi. Tedavi sonu (6. ay) ve uzun dönem (12. ay) başarı oranları, Ki-kare ve Fisher's exact test kullanılarak karşılaştırıldı. "Intent-to-treat" (ITT) analizinde (araştırmaya alınan tüm olguların analizi) eksik takip verisi olan hastalar başarısız olarak değerlendirildi. Lojistik regresyon analizi ile başarı için öngörücü demografik faktörler araştırıldı. Başarıya ulaşma zamanı Kaplan-Meier testi ile değerlendirilerek gruplar arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışma gruplar arasında klinik özellikler benzerdi. DESM-melt grubunda 4 (%5,2), EA grubunda 20 (%30,7) hasta tedaviyi tamamlamadan takipten ayrıldı. Tedaviyi tamamlayan hastalar değerlendirildiğinde, DESM-melt grubunda %76,8, EA grubunda %61,8 başarı (İY) sağlandı. Hastaların gruplara göre %69,6 ve %50'sinde ise tam kuruluk (şifa) elde edildi ($p=0,075$). Başarıya ulaşma, DESM-melt grubunda daha erken gerçekleşti (Şekil 1). Ortalama tedavi başarısına ulaşma süresi DESM-melt grubunda $14,6 \pm 1$ hafta iken, EA grubunda $17,5 \pm 1,3$ hafta idi ($p=0,06$). 12. ay takipte DESM-melt grubunda %77,8 EA grubunda %75 başarı saptandı. ITT analizinde ise uzun dönem başarı DESM-melt grubunda daha yüksek olarak belirlendi (%68,8'e karşılık %46,2, $p=0,006$). 6. ay tedavi başarısı göz önüne alındığında, lojistik regresyon analizinde tedavi grubu (DESM-melt'e karşı EA, OR: 0.3, %95 CI 0.1-0.91, $p=0.03$) ve enürezis sıklığı (haftada ≤ 5 'e karşı > 5 , OR: 0.23, %95 CI 0.07-0.76, $p=0.01$), şifa için bağımsız öngörücü faktörler olarak saptandı.

Çıkarımlar: Tedaviye uyum gösteren hastalarda, DESM-melt ve EA 6 aylık tedavi sonunda ve uzun dönem takipte benzer başarı oranları sağlamaktadır. Alarm tedavisinde, tedaviden erken çekilme oranı yüksektir. Bu nedenle EA, yüksek motivasyonlu çocuk ve ailelere detaylı danışmanlık sonrası önerilmelidir. Şiddetli enürezis (haftada > 5 gece ıslatma) şifa için önemli bir öngörücü faktördür.



Şekil 1.



Şekil 2.

ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE OBSTRÜKSİYONU PATOGENEZİNDE CAJAL HÜCRELERİNİN ROLÜ

Cem Şenol¹, Metin Onaran¹, Serhat Gürocak¹, İpek Işık Gönül², Mustafa Özgür Tan¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Ankara

Amaç: Üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu olan hastalardan rezeke edilen dokulardaki interstisyel cajal hücrelerinin dağılımını saptamak ve bunları kontrol grubuyla karşılaştırmak için immunohistokimyasal bir çalışma yapmayı amaçladık.

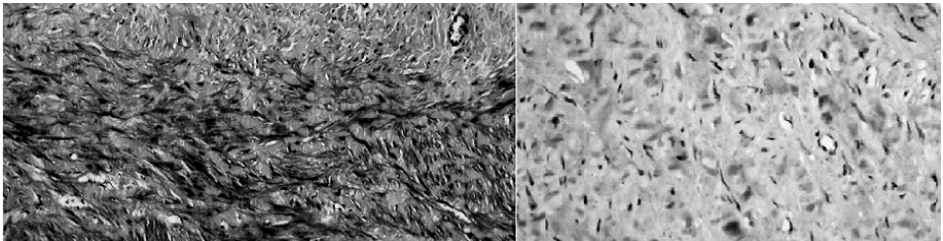
Yöntem: Kliniğimizde üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu nedeniyle pyeloplasti yapılan 19 hastanın eksizyon biyopsileri çalışma grubu olarak kabul edildi. Üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu dışında başka nedenlerle opere edilen 12 hastanın doku örnekleri kontrol grubu olarak kabul edildi.

Bulgular: Pyeloplasti yapılan 19 vakanın ortalama yaşı 116 ± 116 ay (14 erkek, 5 kız; 6 - 420 ay), kontrol grubundaki 12 vakanın ortalama yaşı 279 ± 312 ay (9 erkek, 3 kız; 24 - 948 ay) idi. Obstrüksiyon olan gruptaki ortalama cajal hücre sayısı 2.37 ± 2.19 iken, kontrol grubunda sayı 24.5 ± 9.73 idi ($p < 0.0001$). Obstrüksiyon grubunda 13(%68,4) hastada nadir, 5(%26,3) hastada az ve 1(%5,3) hastada çok cajal hücrelerine rastlandı. Kontrol grubundaki bütün hastalarda 7'den fazla hücre sayıldı.

Çıkarımlar: Üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu olan vakalarda, interstisyel cajal hücreleri yoktur veya belirgin fibrozis ve sklerotik görünümde kollejenizasyon ile birlikte çok azalmış bir şekilde bulunmaktadır. Bizim üreteropelvik bileşke darlığı bulunan vakalarımızla literatürdeki kısıtlı datayı karşılaştırdığımızda, interstisyel cajal hücrelerinin sayılarının azalmasının değişen üreteral motilite ile yakın ilişkisinin bulunduğunu düşünmek mümkündür. Bu hücreleri aktive eden farmakolojik ajanlar hakkında yapılacak olan ileri araştırmalar sonucunda üreteral motilitenin artırılabilceği ve üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu patofizyolojisinin engellenebileceği ve ileri çalışmaların tedavi sürecinde yeni ufuklar açacağı düşünülmektedir.

Tablo 1.

| (ortalama±SD) | | Obstrüksiyon Grubu (n:19) | Kontrol Grubu (n:12) | p |
|----------------------------------|-------|--------------------------------|----------------------|---------|
| | | (ortalama±SD) | | |
| Cajal hücre sayısı (0 – 7) | | 2.37 ± 2.19 (12 – 43) | 24.5 ± 9.73 | < 0.001 |
| Cajal hücre sayılarının dağılımı | Nadir | 13 | 0 | 0.0001 |
| | Az | 5 | 0 | |
| | Çok | 1 | 12 | |



Şekil 1.

SIÇANLARDA TESTİKÜLER İSKEMİ-REPERFÜZYON HASARINDA APOSİNİN'İN ROLÜ

Tarık Emre Şener¹, Meral Yüksel², Nagehan Özyılmaz³, Feriha Ercan³, Cem Akbal¹, Ferruh Şimşek¹, Göksel Şener⁴

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embryoloji Anabilim Dalı, İstanbul

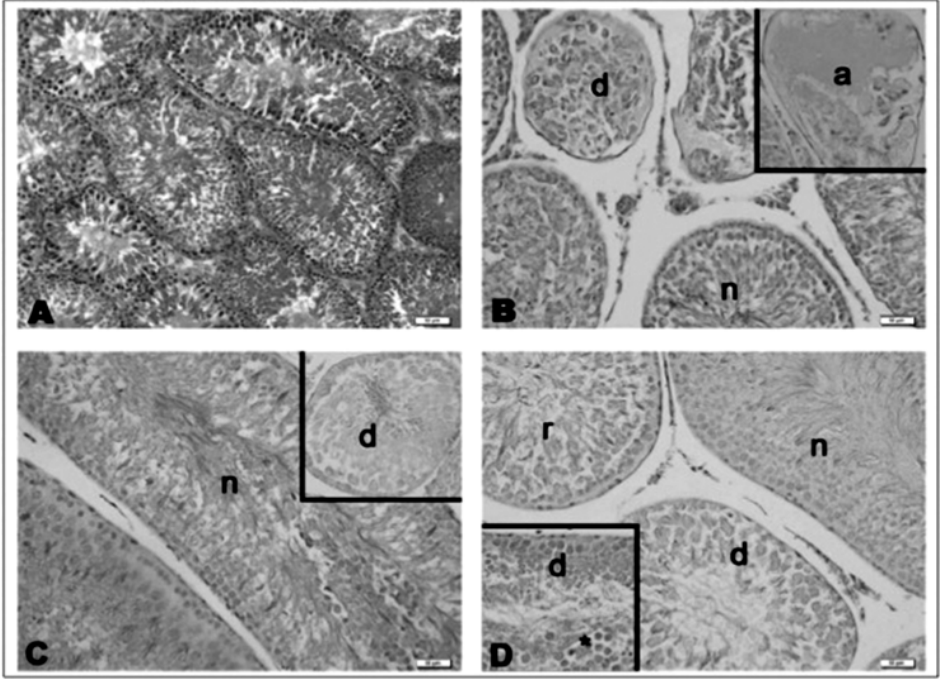
⁴Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Aposinin, Apocynum cannabinum (Canadian hemp) ve Picrorhiza kurroa (Scrophulariaceae) köklerinden ekstraksiyon ile elde edilen doğal bir katekol olup NADPH oksidaz enziminin inhibitörüdür. Bu çalışmada Aposinin'in testiküler torsiyon ve detorsiyon (TD)'a bağlı gelişen iskemi-reperfüzyon (İ/R) hasarında olası koruyucu etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Erkek Wistar albino sıçanlar taklit-operasyon, çözücü tedavili, aposinin 20 mg/kg ve aposinin 50 mg/kg tedavili – TD grupları olmak üzere 4 gruba ayrıldı. İ/R hasarı oluşturmak için sıçanlarda sol sub-inguinal insizyon ile sol testis açığa çıkarıldı, kendi etrafında 720 derece saat yönünde çevrildi (torsiyon) ve skrotuma fiks edildikten sonra insizyon kapatıldı. Dört saat sonra aynı insizyon hattı kullanılarak testis detorsiyone edildi (reperfüzyon). Reperfüzyondan 4 saat sonra dekapite edilen sıçanların testis dokuları alındı. Dokularda malondialdehit (MDA) ve glutatyon (GSH) seviyeleri, myeloperoksidaz (MPO) aktivitesi, luminol, lusigenin, nitrik oksit (NO) ve peroksinitrit kemilüminesans (KL) ölçümleri yapıldı. Dokularda morfolojik inceleme için ışık mikroskopisi kullanıldı.

Bulgular: İ/R hasarı, dokuda reaktif oksijen ve nitrojen metabolitlerinin göstergesi olan doku luminol, lusigenin, NO ve peroksinitrit KL seviyelerinde belirgin artışa sebep oldu. Artmış oksidatif strese bağlı olarak doku MPO aktivitesi ve MDA seviyelerinde artış ve antioksidan GSH seviyesinde düşüş izlendi. Aposinin tedavisi ile tüm biyokimyasal değişikliklerde ve İ/R hasarına bağlı gelişen histopatolojik değişikliklerde düzelmeye izlendi.

Çıkarımlar: Bu çalışma NADPH oksidaz inhibitörü olan Aposinin'in serbest radikal oluşumunu engelleyerek ve antioksidan savunma mekanizmalarını artırarak testiküler dokuda İ/R hasarına karşı koruyucu etkileri olduğunu göstermiştir.



Şekil 1.

ENDOSKOPIK VEZİKÖRETERAL REFLÜ TEDAVİSİNDE KULLANILAN ENJEKSİYON MATERYALLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ufuk Yavuz, Hasan Yılmaz, Murat Üstüner, Seyfettin Çiftçi, M. Esat Kösem, Ali Kemal Uslubaş, Cüneyd Özkürkçügil

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Çalışmamızda veziköretoral reflü (VÜR) 'lü olgularda endoskopik tedavide kullanılan enjeksiyon materyallerinden, DHA (dextranomer hyaluronic acid), PPC (polyacrylate/polyalcohol copolymer) ve PCZO (pyroliticcarbon coating zirconium oxide) 'yu cerrahi başarı açısından karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Son 5 yıl içinde kliniğimizde VÜR tanısıyla opere olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, operasyon öncesi ve operasyon sonrası 3. ayda çekilen işeme sistoüretrografileri (VCÜG) ile operasyonda kullanılan materyaller not edildi. VCÜG' deki reflü derecesi yüksek (4. ve 5. derece reflü) ve düşük (1.,2. ve 3. derece reflü) olarak kategorize edildi. Bağımsız değişkenlerin parametrik olmayan karşılaştırmalarında devamlı değişkenler için Mann-Whitney U, kategorik değişkenler için ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 112 hasta dahil edildi. Hastaların ortanca yaşı 7 (interkuartil aralık 5-12) yıl idi. Hasta özelliklerinin kullanılan reflü materyallerine göre dağılımı Tablo 1' de özetlendi. En yüksek hasta sayısı grup 2'de idi. Çalışmada kız cinsiyeti daha yüksek sayıda idi (82 vs 30). Gruplar arasında ortanca yaş ve operasyon öncesi yüksek dereceli reflü varlığı açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Preop VUR derecelerine göre subüretik enjeksiyon materyallerinin nüks oranları açısından karşılaştırılması Tablo 2' de özetlendi. Antireflü materyalleri arasında operasyon öncesi yüksek olanlarda, düşük olanlarda ve genel toplamda reflü nüksü açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çıkarımlar: Bulgularımıza göre VÜR tedavisinde uygulanan materyaller arasında VÜR nüksü açısından anlamlı fark saptanmadı. Daha uygun hasta dağılımları olan, operasyonu yapan cerrahın tecrübesini de değerlendiren ileriye dönük rastgele örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Hasta özelliklerinin kullanılan reflü materyallerine göre dağılımı

| | | DHA | PZCO | PPC |
|------------------------|-----------------|-----------------|----------------|----------------|
| Hasta sayısı (n) | | 11 | 31 | 70 |
| yaş (yıl) median (IQR) | | 11,0 (6,0-31,0) | 7,0 (4,0-11,0) | 7,0 (5,0-12,0) |
| Cinsiyet (n) | kız | 8 | 17 | 57 |
| | erkek | 3 | 14 | 13 |
| Preop VUR derecesi | Düşük dereceli | 5 | 17 | 48 |
| | Yüksek dereceli | 6 | 14 | 22 |

Tablo 2. Preop VÜR derecelerine göre subüreterik enjeksiyon materyallerinin nüks oranları açısından karşılaştırılması

| | Postop VUR (%) | | | p |
|---------------------------|----------------|-------------|--------------|-------|
| | DHA | PZCO | PPC | |
| Preop düşük dereceli VUR | 40,0 (2/5) | 29,4 (5/17) | 20,8 (10/48) | >0,05 |
| Preop yüksek dereceli VUR | 16,7 (1/7) | 28,6 (4/14) | 27,3 (6/22) | >0,05 |
| Toplam | 27,3 (3/11) | 29 (9/31) | 22,9 (16/70) | >0,05 |

VEZİKÜRETERAL REFLÜNÜN ENDOSKOPIK TEDAVİSİNDE BAŞARIYI VE POSTOPERATİF İDRAR YOLU ENFEKSİYONU GELİŞİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Hasan Serkan Doğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Artan Koni, Serdar Tekgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Veziküreteral reflü hastalarında endoskopik tedavi başarısını etkileyen faktörlerin araştırılması ve dextranomer- hyaluronik asit yapısına sahip iki enjeksiyon materyalinin karşılaştırılması.

Yöntem: 2003-2012 tarihleri arasında primer VUR tanısı alan ve bu nedenle endoskopik tedavi yapılan 240 hastanın bilgileri analiz edildi (Hasta özellikleri tablo 1'de verilmiştir).

Bulgular: Ortalama yaşları 78 ± 41 ay olan hastalar, ortalama 19 ± 18 ay takip edildi. Genel başarı oranı %73,2 olarak bulundu. Hastaların %20'sinde postoperatif idrar yolu enfeksiyonu (İYE) görüldü. Cinsiyet, VUR derecesi ve tarafı, preoperatif araya giren enfeksiyon (AGE), işeme disfonksiyonu ve renal skar varlığının başarıyı etkilemediği bulunurken; 54 aydan küçük ve başarısız endoskopik tedavi öyküsü olan hastaların bu özelliklerinin başarıyı kötü yönde etkilediği tek ve çok değişkenli analizlerde bulundu.

Dirençli reflüsü olan, preoperatif AGE'li hastalarda ve kızlarda hem tek değişkenli hem de çok değişkenli analizlerde postoperatif İYE'nin sık olarak görüldüğü tespit edildi.

Deflux® ve Dexell® kullanılan 109 ve 131 hastada tedavi sonuçlarının aynı olduğu görüldü.

Çıkarımlar: VUR'un endoskopik tedavisi yaygın bir şekilde kullanılmakla birlikte seçilmiş vakalarda tatmin edici sonuçlar elde edilmektedir. Genç yaş (54 aydan küçük olmak) ve başarısız enjeksiyon öyküsü tedaviyi olumsuz etkilemektedir. Dirençli idrar yolu enfeksiyonu; persistan reflüsü, preoperatif AGE'si olanlarda ve kızlarda daha sıklıkla görülmesine rağmen başarıyla tedavi edilen hastalarda bile görülebilir. Dextranomer içerikli her iki enjeksiyon materyalinin cerrahi sonuçları ise aynıdır.

Tablo 1.

| | |
|-------------------------------|------------|
| Cinsiyet (e/k) (n) | 53/187 |
| Unilateral/bilateral (n) | 138/102 |
| VUR derecesi (1-2/3/4-5) (n) | 68/126/146 |
| Araya giren enfeksiyon (%) | 47 |
| Renal skar (%) | 44 |
| İşeme disfonksiyonu (%) | 49 |
| Endoskopik girişim öyküsü (%) | 15.Tem |
| Deflux/Dexell (n) | 109/131 |
| Postoperatif İYE(%) | 20 |
| Başarı (%) | 73.2 |

ÇOCUK HASTALARDA ÜRETEROSKOPİ SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Rahmi Gökhan Ekin, Hüseyin Tarhan, İlker Akarken, Özgür Çakmak, Gökhan Koç, Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

Amaç: Çalışmanın amacı,semi-rijit üreteronoskopi (URS) yapılan çocuk hastalarda taşsızlık oranını ve bunu etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Kasım 2010-Ocak 2014 arasında üreter taşı tanısı ile URS ameliyatı yapılan 52 çocuk hasta çalışmaya alındı.Hastaların yaş, cinsiyet, taş boyutu (mm), lokalizasyon(distal-orta-proksimal), intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlar, ek girişim gerekliliği değerlendirildi. Taşsızlık durumu kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografi ile postoperatif 30. günde değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $6,92 \pm 4,45$ (0-15) yıl arasında ve 21 hasta(%40,3) erkek idi. Çalışmaya alınan hastaların ortalama taş boyutu $9,83 \pm 3,22$ (5-16) mm idi.Taşların lokalizasyonu 11 hastada proksimal(%21,1), 30 hastada distal(%57,6) yerleşimli idi. 46 hastada(%88) taşlar tamamen temizlendi. 2 hastada üreter darlığı nedeni ile taşa ulaşılamadı, 4 hastada taş böbreğe kaçtı.Bu hastaların hepsine stent takıldı.Peroperatif komplikasyon gelişmedi.Postoperatif dönemde 1 hastada ürosepsis gelişti ve uygun antibiyoterapi ile serviste hasta tedavi edildi.

Çıkarımlar: Çocuk hasta grubunda üreter taşlarının tedavisinde üreterorenoskopi başarılı ve güvenli bir tedavidir.

ÇOCUKLARDA KOMPLEKS OLGULARDA ROBOTİK ÜROLOJİK REKONSTRÜKSİYON DENEYİMLERİMİZ

Burak Özkan¹, Enis Rauf Coşkun¹, Veli Yalçın²

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Üroloji, İstanbul

²Bakırköy Acıbadem Hastanesi Üroloji Bölümü, Üroloji, İstanbul

Amaç: Robot yardımcı laparoskopik cerrahi günümüzde bir çok ürolojik durum için tercih edilen tedavi yöntemi haline geldiğinden teknik ile ilgili endikasyonlarda genişlemiş ve daha fazla sayıda pediatrik problemin tedavisinde uygulanır olmuştur. Bu yöntemin eşsiz özellikleri sıklıkla rekonstrüktif ürolojik cerrahi gerektiren konjenital anomalili çocuklar için ideal bir teknoloji olmasına neden olmuştur. Burada amacımız pediatrik olgulardaki deneyimlerimizi sunmaktır.

Yöntem: Olgu 1: 8 yaşındaki bir kız çocuğun bilgisayarlı tomografisinde mesane sağ tarafta çapı 5x4 cm olan büyük bir divertikül ve aynı tarafta küçük bir böbrek varlığı saptandı. Renal kortikal sintigrafide sağ ve sol böbrekler için separe fonksiyonlar sırası ile 9 % ve 91 % olarak ölçüldü. İşeme sistoüretrografisinde veziköüretoral reflü saptanmadı. Bu hastaya 4 port kullanılarak robot yardımcı un blok nefroureterektomi ve divertikülektomi Da Vinci Si sistem (Intuitive Surgical systems, CA, USA) kullanılarak gerçekleştirildi.

Olgu 2: 9 yaşında kız çocuğu üroloji bölümümüzde üreterosele ile birlikte olan duplike sağ üriner sistem ve üst polde fonksiyon kaybı nedeniyle görüldü. Renal kortikal sintigrafisinde sağ böbrek fonksiyonunun total böbrek fonksiyonlarına oranı 25 % olarak hesaplandı ve üst polde aktivasyon saptanmadı. Bu hastaya da yine 4 port kullanılarak robot yardımcı üst pol heminefrektomisi, ureterektomi ve ureteroselektomi Da Vinci Si sistem (Intuitive Surgical systems, CA, USA) kullanılarak gerçekleştirildi.

Olgu 3: 7 yaşında erkek çocuk üroloji bölümümüze sol yan ağrısı nedeniyle başvurdu. Hastanın ultrasonografisinde at nalı böbrek ve böbrek sol tarafında grade 3 ektazi bulundu. Bilgisayarlı tomografisi çekilen hastanın sol ureteropelvik bileşke darlığı olduğu saptandı. Bu hastaya da 4 port kullanılarak robot yardımcı transmezokolik piyeloplasti Da Vinci Si (Intuitive Surgical systems, CA, USA) kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Kan kaybı miktarları olgu 1,2 ve 3 için sırasıyla 100, 150 ve 150 ml olarak hesaplandı. Operasyonlar esnasında komplikasyon görülmedi. Vakaların hiçbirinde açık cerrahiye dönüşüm olmadı. Hastaların postoperatif dönemleri sorunsuz tamamlandı.

Çıkarımlar: Bu küçük grubumuzda bu yaş grubundaki hastalarda da kompleks rekonstrüktif işlemlerin robotik sistemle güvenle, iyi kozmetik sonuçlar sağlanarak ve çocuklardan beklendiği üzere hızlı iyileşme ile yapılabileceğini göstermiş bulunuyoruz.

“BLADDER AND BOWEL DYSFUNCTION QUESTIONNAIRE” FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN SAPTANMASI

Fatma Narter¹, Fatih Tarhan², Kamil Fehmi Narter², Pınar Ay³, Yasemin Akın¹

¹S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri, İstanbul

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

³S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı, İstanbul

Amaç: Bu araştırmada “Bladder and bowel dysfunction questionnaire - BBDQ” Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma prospektif olarak planlanmıştır. Çalışmaya 4 yaş üzeri, idrar yolu yakınmasız veya işeme sorunu olan her iki cinsten toplam 193 çocuk dahil edilmiştir. Tüm hastalardan ayrıntılı öykü ve fizik muayene sonrasında tam idrar tetkiki ve kültürü, işeme günlüğü, üriner sistem ultrasonografisi yapılmıştır. Deneklere ebeveyn yardımı ile BBDQ’i doldurulmuştur. Bu ankette 13 soru bulunmaktadır.

Çalışma üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada sorgulama formu Türkçeye çevrilmiş, ikinci aşamada Türkçeye çevrilmiş olan sorgulama formu İngilizceye geri çevrilmiştir. Üçüncü aşamada ise sağlam ve/veya işeme sorunu olmayan ve olan 154 çocuğun sorgulama formunu cevaplamaları sağlanmıştır. Ayrıca 39 çocuğun sorgulama formunu iki hafta ara ile iki kez cevaplaması (re-test) sağlanmıştır.

Bulgular: Deneklerin yaş ortalaması 102.14 ± 30.67 aydı. Çalışmaya alınan hastaların ortalama Cronbach’s alfa katsayısı 0,727 idi. Test-retest güvenilirliği 0.759 olarak bulundu ($p < 0.001$). ROC eğrisi altındaki ortalama saha 0.765 idi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada elde edilen bulgular BBDQ formunun disfonksiyonel işemenin tanı ve izleminde kullanılabileceğini göstermektedir.

PEDİATRİK HASTALARDA ÜST ÜRİNER SİSTEM PATOLOJİLERİNDE LAPAROSKOPİK TEDAVİ: OMÜ DENEYİMİ

Fatih Ataç¹, Ender Özden², Yakup Bostancı², Yaşar Issı², Cemalettin Cengiz Beyaz², Mustafa Özbek², Şaban Sarıkaya²

¹Özel Ada Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

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

Amaç: Kliniğimizde çocuk yaş grubundaki üst üriner sistem patolojilerinde laparoskopi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Ağustos 2009 – Ağustos 2014 tarihleri arasında 31 nefrektomi, 44 piyeloplasti ve 2 piyelolitotomi olmak üzere toplam 77 hastaya laparoskopik renal cerrahi girişim uygulandı. Nefrektomi yapılan 31 olgu incelendiğinde; VUR nefropatisi ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle 16 hastaya nefroüretrektomi, 3 hastaya heminefektomi, 10 hastaya nonfonksiyone böbrek nedeniyle basit nefrektomi, 2 hastaya da renal kitle nedeniyle parsiyel nefrektomi yapıldı. Piyeloplasti yapılan olguların bir tanesi hariç “Anderson Hynes” tekniği ile yapıldı. 29 olguda miniport yöntemi kullanıldı ve bir tanesi soliter renal üniteye yapıldı. 10 olguda transmezokolik piyeloplasti yapıldı. Hastaların preoperatif demografik, klinik ve laboratuvar değerleri Tablo 1’de verilmiştir. Heminefektomi, pyeloplasti ve taş cerrahisi yapılan hastalara peroperatif üreteral kateter takıldı.

Bulgular: Hastaların peroperatif ve postoperatif verileri Tablo 2’de gösterildi. Nefrektomi yapılan hastaların ortalama böbrek boyutu $58,9 \pm 17,9$ (30-100) mm idi. Piyeloplasti olgularından 2 tanesinde postoperatif erken dönemde idrar ekstravazasyonu, 3 olguda idrar yolu enfeksiyonu gözlemlendi. Postoperatif 3. ayda yapılan MAG 3 renal sintigrafi sonuçlarına göre 1 olgu hariç hiçbir hastada obstrüksiyon izlenmedi. Obstrüksiyonun kısmen devam ettiği belirtilen 1 olguda ise, ultrasonografik ve klinik olarak 18 aylık izlemede problem yaşanmadı.

Çıkarımlar: Pediatrik yaş grubunda renal patolojilerin cerrahi tedavisinde laparoskopik girişimler, deneyimin artışına paralel olarak artan sayıda ve erişkinlerde olduğu kadar güvenle kullanım alanına girmektedir.

Tablo 1. Hastaların preoperatif demografik, klinik ve laboratuvar verileri

| | Nefrektomi | | | | Pivelooplasti | Pivellolitotomi |
|-------------|----------------------|-----|------|-----|----------------------|-----------------|
| | BN | HN | NÜ | PN | | |
| Sayı | 10 | 3 | 16 | 2 | 44 | 2 |
| Trans/Retro | 2/8 | 3/0 | 2/14 | 2/0 | 16/28 | 0/2 |
| K/E | 17/14 | | | | 18/26 | 2/0 |
| Yaş | 9,2±4,7 (1-17)yıl | | | | 8,6±5,4 (1-17)yıl | Ortanca 2 yıl |

BN: Basit nefrektomi HN: Heminefektomi NÜ: Nefroüretrektomi PN: Parsiyel nefrektomi

Tablo 2. Hastaların peroperatif ve postoperatif verileri

| | Nefrektomi | Pivelooplasti | Pivellolitotomi |
|--------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Cerrahi süre (dk) | 73,9±46,5 (20-200) | 107,9±32,4 (45-210) | 78,3±57,9 (40-145) |
| Kan kaybı (ml) | 51,9±28,6 (20-150) | 47,9±27 (20-150) | - |
| Komplikasyon (n) | 1 | 4 | 0 |
| Yatış süresi (gün) | 2,0±0,6 (1-4) | 3,5±2,8 (1-16) | 2 |

VEZİKOÜRETERAL REFLÜDE RİSK GRUPLANDIRMASI KONUSUNDA EAU ÇOCUK ÜROLOJİSİ KILAVUZLARININ YENİDEN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ: KENDİMİZİ SORGULAMALI MIYIZ?

Serhat Gürocak¹, Mustafa Özgür Tan¹, Cenk Acar², İyimser Üre³, İrfan Atay¹, Esat Ak¹, Zafer Sınık⁴

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

⁴Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Denizli

Amaç: Vezikoüreteral reflüde (VUR) risk gruplaması konusundaki yeni EAU kılavuzlarına göre VUR için yaptığımız tedavilerin sonuçlarının tekrar değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: 2009-2012 yılları arasında VUR nedeniyle medikal veya cerrahi tedavi görmüş hastaların kayıtları tekrar incelendi. Hikaye, demografik veriler, tanı esnasındaki klinik özellikler (renal skar varlığı, reflü derecesi, reflü yönü), klinik seyir, başarısızlık nedenleri, ikincil girişim tipi ve takipte elde edilen veriler değerlendirildi. EAU kılavuzlarına göre hastalar düşük, orta ve yüksek risk gruplarına ayrıldı. Tedavi başarısızlığı, yeni tanımlanan üriner sistem enfeksiyonu ve takipte yeni oluşan renal skar olarak kabul edildi.

Bulgular: VUR nedeniyle 159 hastanın 232 renal ünitesi tedavi edilmişti. Primer tedavi ile elde edilen sonuçlar tablo 1'de özetlenmiştir. Düşük risk grubunda olan 46 RÜ'nün 33 (%71.7)'ü subüreterik enjeksiyon ile tedavi edilmişti. Bu hastalar arasında başarısız ilk tedavi nedeniyle re-enjeksiyon yapılan 18 (%39.1) hasta mevcuttu. Re-enjeksiyon yapıp takipte yeni renal skar tespit edilen veya üriner sistem enfeksiyonu geçiren sadece 2(11.1%) hasta vardı. Orta risk grubunda ilk tedavisi başarısız olan 61 hastanın 54'ü re-enjeksiyon, 7'si üreteral re-implantasyon ile tedavi edildi. 54 hastanın 4 (%7,4)'ünde takipte yeni renal skar veya üriner sistem enfeksiyonu tespit edildi. Yüksek risk grubunda ilk tedavisi başarısız olan 25 hastanın 13'ü re-enjeksiyon, 12'si üreteral re-implantasyon ile tedavi edildi

Çıkarımlar: Düşük risk grubunda gereksiz tedavi uygulanmış olduğunu söyleyebiliriz. Orta ve yüksek risk grubu hastalarda cerrahi tedavinin başarısı daha belirgindi. Cerrah, düşük risk grubunda daha sık takip kararı vermeli, orta ve yüksek risk grubunda ise daha girişimsel davranmalıdır kanaatindeyiz

Tablo 1.

| | | Devamlı Antibiyotik Profilaksisi (DAP) | Enjeksiyon | Üreteral re-implantasyon | DAP ve TAK | DAP ve anti-muskarinikler | Enjeksiyon+ anti-muskarinikler | P |
|----------------------|----------------|--|------------|--------------------------|------------|---------------------------|--------------------------------|--------|
| Düşük risk (n=46RÜ) | Başarılı n(%) | 0 | 26(78.8) | | | 0 | 2(100) | <0.001 |
| | Başarısız n(%) | 9(100) | 7(21.2) | | | 2(100) | 0 | |
| Orta risk (n=144RÜ) | Başarılı n(%) | 0 | 62(76.5) | 11(100) | 0 | 0 | 10(66,7) | <0.001 |
| | Başarısız n(%) | 8(100) | 19(23.5) | 0 | 1(100) | 28 | 5(33,3) | |
| Yüksek risk (n=42RÜ) | Başarılı n(%) | 0 | 9(50) | 7(100) | | 0 | 1(25) | <0.001 |
| | Başarısız n(%) | 9(100) | 9(50) | 0 | | 4(100) | 3(75) | |

PREEMPTİF REKTAL PARASETAMOL VE PENİL BLOK UYGULAMALARININ SÜNNET SONRASI AĞRI KONTROLÜNDEKİ ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ozan Efesoy¹, Ömer Faruk Şavluk², Mehmet Ali Sungur³, Erim Erdem⁴

¹Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin

²Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

³Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı, Düzce

⁴Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Mersin

Amaç: Erkek genitouriner sistem cerrahilerinden bir olan sünnet sonrasında enflamatuvar ve nöropatik kökenli ağrı oluşmaktadır. Sünnet yapılan çocuklarda preempetif parasetamol ve penil blok uygulamalarının postoperatif ağrı kontrolünde etkin yöntemler olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Çalışmamızın amacı sünnet yapılan çocuklarda bu iki farklı preemtif analjezi yönteminin postoperatif ağrıyı önlemedeki etkinliklerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya yaşları 2 ay ile 7 yıl arasında değişen ve elektif şartlarda sünnet yapılan 150 çocuk dahil edildi. Tüm olgulara propofol/fentanil ve sevofluran/%50 O₂-N₂O kullanarak genel anestezi verildi. Anestezi induksiyonu sonrası olgulara rektal yoldan 40 mg/kg parasetamol uygulandı (Grup I, n=75) veya 0.2 ml/kg bupivakain %0.25 ile penil blok yapıldı (Grup II, n=75). Cerrahi teknik olarak, elektrokoter uygulanmaksızın, Sleeve yöntemi ve hızlı emilen sütürler kullanıldı. İşlem sonrası derlenme ünitesine alınan olguların 4 puanlı sedasyon skoru anestezi uzmanı tarafından değerlendirildi ve skor 2'den küçük olduğu andan başlayarak 10 dakikada bir olmak üzere 50 dakika boyunca YBAAT ağrı skalası kullanılarak ağrı takibi yapıldı. Ölçülen altı skorun ortalaması alınarak ortalama YBAAT toplam skoru hesaplandı, daha sonra ise 6 saat boyunca saatte bir defa ağrı takibi yapıldı ve herhangi bir ölçümde skorun ≥ 4 olması halinde ek analjezik ihtiyacı olduğu kabul edildi. Her iki grup ortalama YBAAT toplam skoru ve postoperatif analjezik ihtiyacı açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Olguların ortalama yaş ve operasyon süreleri Tablo 1'de sunulmuş olup, her iki grup arasında istatistiksel anlamlı olarak fark saptanmadı. Postoperatif ilk bir saat ortalama YBAAT toplam skoru ile postoperatif ilk bir ve altı saatteki analjezik ihtiyacı istatistiksel anlamlı olarak Grup II'de daha düşük saptandı (Tablo 1). Hiçbirinde erken postoperatif komplikasyon izlenmeyen olgular 6 saatlik müşahadenin ardından taburcu edildi.

Çıkarımlar: Sünnet öncesi yapılan penil blok postoperatif ağrı kontrolü ve analjezik ihtiyacı bakımından rektal parasetamolden daha etkili bir teknik olarak görünmektedir.

Tablo 1. Olguların demografik verileri, ağrı düzeyleri ve analjezik ihtiyaçları

| | Grup I | Grup II | p değeri |
|--|------------|------------|----------|
| Yaş (yıl) | 2.33±1.99 | 2.36±2.07 | 0.253 |
| Operasyon süresi (dk) | 10.63±3.27 | 11.17±3.30 | 0.100 |
| Ortalama YBAAT toplam skoru | 2.69±1.85 | 2.08±1.43 | 0.006 |
| Postop ilk 1 saat analjezik ihtiyacı (%) | %17.3 | %6.7 | 0.044 |
| Postop ilk 6 saat analjezik ihtiyacı (%) | %57.3 | %21.3 | <0.001 |

AŞIRI AKTİF MESANEDE BİYOFEEEDBACK BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖLER

Turgay Ebiloğlu¹, Burak Köprü², Giray Ergin³, Engin Kaya², Hasan Cem Irkılata², Yusuf Kibar²

¹Etimesgut Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Üroloji Servisi, Ankara

³Ağrı Asker Hastanesi, Üroloji Servisi, Ankara

Amaç: Çocukluk çağı alt üriner sistem (AÜS) disfonksiyonu (AÜSD) hastalarının önemli bir kısmını aşırı aktif mesane (AAM) alt grubu oluşturmaktadır. Biofeedback görsel animasyon yardımı ile çocuklara AÜS kontrolünü öğreten bir üroterapi yöntemidir. Bu çalışmamızda OAB alt grubunda biofeedback tedavi başarısını etkileyen faktörleri saptamayı amaçladık.

Yöntem: 2008 ile 2010 yılları arasında 180 hasta OAB tanısı almış ve biofeedback ile tedavi edilmiştir. Elli dokuz hasta tedavi protokolüne tam uymadığı için çalışmadan çıkarılmıştır. Hastalar idrar analizi, AÜSD Semptom Skoru (AÜSDSS), işeme günlüğü, uroflow-emg, post void residual urine (PVR) ve uriner ultrasound ile değerlendirilmiştir. AÜSDSS'de düzelme ve hastaların yakınmalarının geçmesi başarı olarak tanımlanmıştır. Yaş, EMG aktivitesi, AÜSDSS deki sorulara verilen cevaplar başarılı ve başarısız olunan gruplara göre karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmamızın sonuçları aşağıdaki tabloda sergilenmektedir. İdrar yaparken zorlanma, kesik kesik idrar yapma, tam boşaltımın olmaması hissi, urgency ve idrar tutma manevrası yapma durumu OAB de biofeedback başarısını etkileyen istatistiksel anlamlı parametrelerdir.

Çıkarımlar: İdrar yaparken zorlanma, kesik kesik idrar yapma, tam boşaltımın olmaması hissi, urgency ve idrar tutma manevrası yapması olan AAM hastaları biofeedback tedavisinden daha fazla yarar görmektedir.

Tablo 1.

| Faktörler | P value |
|-------------------------------|---------|
| Yaş | 0,26 |
| EMG aktivitesi | 0,752 |
| PVR | 0,395 |
| Gündüz idrar kaçırma | 0,898 |
| Enürezis | 0,222 |
| Sık idrara çıkma | 0,31 |
| İdrar yaparken zorlanma | 0,003 |
| İdrar yaparken ağrı | 0,56 |
| Kesik kesik idrar yapma | 0,001 |
| Tam boşaltımın olmaması hissi | 0,037 |
| Urgency | 0,019 |
| İdrar tutma manevrası yapma | 0,032 |
| Urgency + idrar kaçırma | 0,097 |

NOCTURNAL ENURESIS AND VITAMIN B12 DEFICIENCY

Bülent Altunoluk¹, Mehmet Davutoğlu², Mesut Garipardıç², Vedat Bakan³, Erkan Efe¹

¹Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

³Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Object: Nocturnal enuresis is a common pediatric problem, the etiology of which is unclear. In the present study, vitamin B12 and folate levels were measured in children with nocturnal enuresis and compared with those in healthy control group children to investigate whether there was any relation with enuresis and neurogenic maturation as a first time in the literature.

Methods: In this cross-sectional study, we included thirty children (16 girls, 14 boys) who had presented with primary nocturnal enuresis (PNE) complaints in the study group and 31 children (13 girls, 18 boys) in the control group. Body weight and height measurements were obtained and complete blood counts and vitamin B12 and folate levels were measured in all children.

Materials: No difference was found in age, height, and weight between study and control groups. Also the mean levels of the hemoglobin, hematocrit, and mean corpuscular volume (MCV) were not different between the two groups. Significantly lower mean vitamin B12 and folate levels were found in the enuresis group compared with the control group. Also, the number of children with vitamin B12 deficiency in enuretic group was significantly higher than the control (n=9,30 % vs. n=0, 0 %; p=0.003) (Table 1). With regard to folate deficiency, there was no folate deficiency in control group, while there were two (6.7%) children with low serum folic acid levels in enuretic group (Table 1).

Results: Further studies are needed to clarify B12 and folate deficiency in larger series so that these tests can be included in routine investigations of enuretic children. Hence, in those children with low levels, the efficacy of the supplementation treatment may be investigated.

TABLE 2: The comparison of mean vitamin B₁₂ and folate levels and the percent of children having low folate and vitamin B₁₂ values between the enuretic (PNE) and the control groups.

| | PNE group (n = 30) | Control group (n = 31) | P value |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------|
| Mean B ₁₂ level (pg/mL) | 276.1 ± 93.3 | 343.6 ± 141 | 0.031 |
| Low B ₁₂ (n, %) | 9 (30%) | 0 (0%) | 0.003 |
| Mean Folate level (ng/mL) | 8.52 ± 1.89 | 9.60 ± 1.80 | 0.025 |
| Low folate (n, %) | 2 (6.7%) | 0 (0%) | 0.458 |

ÇOCUKLARDA PALPE EDİLEMİYEN TESTİSİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE KONTRALATERAL TESTİS BOYUTUNUN ÖNEMİ

Çağrı Akın Şekerci, Cem Akbal, Tarık Emre Şener, Ahmet Şahan, Tufan Tarcan, Ferruh Şimşek

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

Amaç: Tek taraflı inmemiş testisi olan erkek çocuklarda monoorşidizm öngörüsünde kontralateral testis boyutunun değerinin belirlenmesidir.

Yöntem: 2013 ve 2014 yılları arasında Marmara Üniversitesi Pendik EAH Çocuk Ürolojisi BD' de tek cerrah tarafından ameliyat edilen inmemiş testisi olan çocuk hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Çocuklar monoorşidizm (M), intraabdominal palpe edilemeyen testis (IANPT) ve palpe edilebilen inmemiş testis (PIT) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Uygulanan cerrahi yöntem öncesinde testis boyutları ultrasonografik olarak ölçüldü ve kaydedildi. Palpe edilemeyen testisi olan çocuklara tanıtıl laparoskopisi, palpe edilebilen inmemiş testisi olan çocuklara inguinal orsiyoepksi operasyonları uygulandı.

Bulgular: 48 hasta çalışmaya alındı. Hastaların cerrahi işlem uygulandığında yaş ortalaması $31,46 \pm 17,98$ ay olarak saptandı. Bu hastaların 5'i M, 11'i IANPT ve 32'si PIT olduğu izlendi. Hastaların gruplara göre yaş, inmemiş testis ve kontralateral testis boyutları tablo 1'de verildi. Hastalar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı yaş farkı bulunamadı. Gruplar arasında yapılan Kruskal-Wallis testine göre 3 grup arasında kontralateral testis boyları arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0.001$). Bunun üzerine yapılan Mann-Whitney test ile M grubu ile IANPT grubu* ve PIT grubu** arasında kontralateral testis boyu açısından anlamlı fark vardı (* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$) ancak IANPT grubu ve PIT grubu arasında anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$). IANPT grubu ve PIT olan hastaların inmemiş testis boyutları arasında anlamlı fark yoktu ($p > 0.5$)

Tablo 1. Hastaların testis yerleşimine göre sınıflandırılması ve sınıflar içi yaş (ay), kontralateral testis boyu (mm) ve inmemiş testis boyu (mm) ortanca değerleri. (* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$)

Çıkarımlar: Monoorşidizm olan çocukların skrotal testis boyutları IANPT ve PIT olan çocukların skrotal testis boyutlarına göre anlamlı olarak büyük bulundu. İnmemiş testisi olan çocukların değerlendirilmesinde inmiş olan skrotal testis boyutları inmemiş olan testisin lokalizasyonu ile ilgili bilgi verebilir.

Tablo 1.

| | Monoorşidizm | İntraabdominal nonpalpabl testis | Palpabl inguinal testis |
|--------------------------------|----------------------|---|--------------------------------|
| Yaş (ay) | 14 (min 11, maks 60) | 36 (min 12, maks 60) | 31 (min 11, maks 72) |
| Kontralateral testis boyu (mm) | 26 (min 18, maks 31) | 24 (min 14, maks 26)* | 16 (min 11, maks 38)** |
| İnmemiş testis boyu (mm) | | 15 (min 11, maks 16) | 14 (min 5, maks 25) |

SÜNNET OPERASYONUNDA UYGULANAN KAUDAL VE PENİL BLOĞUN POSTOPERATİF DÖNEMDE ETKİNLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Hüseyin Aydemir¹, Fikret Halis¹, Osman Köse¹, Şükrü Kumsar¹,
Adil Emrah Sonbahar¹, Hacı İbrahim Çimen¹, Fikret Bayar², Yavuz Tarık Atik¹,
Hasan Salih Sağlam¹, Ahmet Gökçe¹, Öztuğ Adsan¹

¹S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Sakarya

²S.B. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Sakarya

Amaç: Sünnet cerrahisinde kaudal blok ile dorsal penil bloğun postoperatif analjezi yönüyle güvenliğinin ve etkinliğinin karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2014 ile Temmuz 2014 ayları arasında, 5–11 yaşları arasında, elektif şartlarda sünnet edilen 54 olgu çalışmaya dahil edildi. Hasta dosyalarında yer alan anestezi izlem, hasta takip ve hemşire gözlem formları incelenerek, demografik veriler, anestezik ajanlar, anestezi şekli, postoperatif dönemde uygulanan analjezik ihtiyaçları ile verilme zamanları retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm çocuklar propofol, fentanil, sevofluran ve oksijen içinde %50 N₂O kullanarak standart genel anestezi verildi. Bupivakain (%0.25) (0/2 ml/kg) hem kaudal epidural blok hemde penil blok için kullanıldı. Hastaların postoperatif dönemde analjeziye gerek duyduğu ana kadar geçen süreler değerlendirmeye alındı. Analjezik olarak oral 20 mg/kg asetoaminofen kullanıldı. Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS for Windows, versiyon 22.0 programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Yaş ortalamaları 84.57±38.55 ay, yaş aralığı 62-137 ay idi. Kaudal blok yapılan grupta 25 (%46.29) hasta, penil blok yapılan grupta 29 (%53.70) hasta vardı. Kaudal blok yapılan grupta anestezi süreleri ortalama 35.70±6.60 dk olup postoperatif dönemde uygulanan ilk analjeziye kadar geçen ortalama süre 330±90.00 dk. iken penil blok yapılan grupta ise bu süreler sırasıyla 25.50±5.50 dk ve 240±60.00 dk. olarak bulundu. İlk analjezik gereksinimine kadar geçen süre kaudal blok grubunda anlamlı olarak daha uzun bulundu (p<0.05). Olgulara intraoperatif olarak ek analjezik yapılmadığı, kaudal blok yapılan grupta intraoperatif ve postoperatif dönemde bloğa bağlı herhangi bir komplikasyon olmadığı tespit edildi.

Çıkarımlar: Sünnet cerrahisinde kaudal bloğun, penil blok ile kıyaslandığında postoperatif dönemde daha etkili analjezi sağladığı söylenebilir. Elde edilen sonuçların geçerliliğinin gösterilebilmesi için hasta sayılarının daha fazla olduğu ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

ÇOCUK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Sedat Öner, Murat Aydos, Metin Kılıç, Mehmet Hakan Üstün, Murat Şambel, Abdullah Erdoğan, İdris Nas, Murat Demirbaş

S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

Amaç: Perkütan nefrolitotomi (PNL) böbrek taşlarının tedavisinde yaygın olarak kullanılan minimal invaziv bir yöntemdir. Erişkin hastalarda yeterli deneyim oluştuktan sonra çocuk hastalarda da sıklıkla uygulanır hale gelmiştir. Bu çalışmada kliniğimizde çocuk hastalara yapılan PNL vakalarının sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Kasım 2003-Ağustos 2014 tarihleri arasında 75 çocuk hastaya (28 kız, 47 erkek) PNL yapılmıştır. Genellikle erişkin nefroskop ve enstrümanları kullanıldığından uygun vücut büyüklüğünde ve yeterli hidronefrozu olan çocuklara PNL uygulanmıştır. Yaş ortalaması 11.7 yıldır (3-16). 36'sı sol, 39'u sağ böbrektir. Böbreklerin 67'si primer (% 89,3), 8'si sekonderdir (%10,6). 67 hastaya 30F, 1 hastaya 20F, 2 hastaya da 22F, 5 hastaya 24F amplatz dilatasyon yapılmıştır. 20 F, 22F ve 24F dilatasyon yapılan hastada üreterorenoskop kullanılmıştır.

Bulgular: İki boyuttan hesaplanan ortalama taş alanı 428,2 mm² dir (50-2500). Anestezi süresi ortalama 92,77 dk (45-165), cerrahi süre ortalama 52,8 dk (15-115) olarak gerçekleşmiştir. Ortalama 9898 cc sıvı (3000-21000) kullanılmıştır. Vaka başına 1.34 akses (1-4) yapılmış, ortalama 5,44 dk floroskopi (1.2-21,4 dk) kullanılmıştır. Akses oluşturulma esnasında herhangi bir problem yaşanmamıştır. PNL sonrası tam taşsızlık 62 hastada (%82,6) sağlanmıştır. 12 hastada (%16) 4 mm'den küçük klinik önemsiz fragmanlar kalmıştır. 1 hastada da başarısız olunmuştur. 12 hastaya (%16) kan transfüzyonu yapılmıştır. Hiçbir hastada major komplikasyon görülmemiştir. Hastaların nefrostomili geçirdikleri süre 2.5 gün (0-5) ve yatış süreleri 3.36 gün (2-8) olmuştur.

Çıkarımlar: PNL erişkinde kullanılan ekipmanlarla, çocuk hastalarda da benzer başarı ve komplikasyon oranlarıyla yapılabilir. Ancak hasta seçimine dikkat edilmeli, vücut büyüklüğü ve hidronefroz derecesi yeterli olan hastalar seçilmelidir. Çok küçük çocuklarda pediatrik boy ekipmanlar kullanarak PNL yapmak uygun olacaktır.

PEDİATRİK ÜROLOJİ YAN DAL UZMANI EŞLİĞİNDE YAPILAN HİPOSPADİAS ONARIM SONUÇLAR

Murat Kuru, Murat Gezer, Fethullah Gevher, Ahmet Erözenci, Bülent Önal

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kullanılan aletlerin ve operasyon tekniğinin gelişmesi yanında pediatrik üroloji yan dal eğitiminin de hipospadias onarımının sonuçlarını iyileştirdiği ve komplikasyon oranlarını azalttığını bildiren raporlar mevcuttur. Bu çalışmada, pediatrik üroloji yan dal uzmanı eşliğinde, değişik cerrahlar tarafından 5 yıllık dönemde yapılan hipospadias onarım sonuçları değerlendirilmiştir.

Yöntem: 2008 -2013 yılları arasında pediatrik üroloji uzmanı eşliğinde hipospadias onarımı yapılan 66 çocuğun kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hasta yaşı, hipospadias seviyesi, onarım tipi, daha önce ameliyat olup olmadığı ve takiplerde ortaya çıkan komplikasyonlar kaydedildi. Midşaft ve distal hipospadias tiplerinin tamamı distal hipospadias olarak sınıflandı.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 8.2 (1-17) yıl idi. 56 hastada (%84) distal ve 10 hastada (%16) proksimal hipospadias mevcuttu. Hastaların 7 (%10)'si daha önce bir veya birden fazla hipospadias onarımı geçirmişken (sekonder-tersiyer), 59 (%90)'unda onarım primer olarak uygulandı. Distal hipospadias için 42 (%75) TIPU, 14 (%25) MAGPİ operasyonu yapılmışken, tüm proksimal hipospadias onarımlarında TIPU kullanıldı. Toplam 13 hastada (%19) fistül gelişimi izlendi. Bunların 12 (%21)'i distal, 1 (%10)'si proksimal hpospadias onarımı sonrası görüldü. Yine fistül gelişimi 11 hastada (%18)'inde primer onarım sonrası, 2 hastada (%28)'in da sekonder-tersiyer onarım sonrası görüldü. Steroid ve kateter dilatasyonu ile tedavi edilen 1 hasta dışında tüm üretrokutanöz fistüller tek aşamalı fistül onarımı ile tedavi edildi. Hiçbir hastada mea stenozu, retral divertikül ve glandüler ayrışma izlenmedi.

Çıkarımlar: Pediatrik üroloji yan dal uzmanı eşliğinde, değişik cerrahlar tarafından yapılan hipospadias onarımlarında görülen başarı ve komplikasyon oranları deneyimli pediatrik üroloji uzmanları tarafından yapılan serilere benzer özelliktedir.

POSTERİOR URETRAL VALV HASTALARINDA PROGNOZU BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Hasan Serkan Doğan, Bülent Akdoğan, Serdar Tekgül

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Posterior üretral valf (PUV) hastalarında prognostik faktörlerin belirlenmesi.

Yöntem: 1996-2014 yılları arasında hastanemizde PUV nedenli tedavi edilen 101 erkek hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların serum kreatinin değerlerinin yaşa özgü kreatinin değerleri (YÖKD) sınırları içinde olması normal olarak kabul edildi. Tanı yaşı, klinik prezentasyon (prenatal tanı, ürosepsis, üriner infeksiyon veya işeme problemleri), tedavi metodu (valf ablasyonu, vezikostomi, üreterokutanostomi), eşlik eden vezikouretral reflü (VUR), tedavi öncesi idrar yolu enfeksiyonu (İYE) gibi parametrelerin prognostik etkileri araştırıldı. Veriler SPSS 17.0 programında analiz edildi.

Bulgular: Ortalama tanı yaşı $27,6 \pm 17$ ay, ortalama takip süresi $37,5 \pm 26$ ay olarak bulundu. Tanı anında serum kreatinin değeri normal olan 58 hastadan 3 (%5,2)'ünün, serum kreatinin değeri yüksek olan 43 hastadan 23 (%53,5)'ünün son kontrol kreatin değerleri yüksek olarak bulundu ($p < 0,001$). İlk tedavi olarak valf ablasyonu yapılan grubun daha iyi prognoza sahip olduğu görüldü ($p = 0,045$). Ürosepsis ile klinik prezentasyon ($p = 0,025$), tanı anında hidroüreteronefroz ($p = 0,030$) ve bilateral VUR olması ($p = 0,041$) diğer kötü prognostik faktörler olarak bulundu. Preoperatif İYE'nin ($p = 0,996$), tanı yaşının bir yaştan daha geç olmasının ($p = 0,257$) renal fonksiyonlar üzerinde anlamlı etkisinin olmadığı görüldü. Çoklu analiz yapıldığında tanı kreatinin değeri prognostik olarak anlamlı bulundu (HR:13,499).

Çıkarımlar: PUV hastalarında ameliyat öncesi kreatinin değeri, VUR durumu, hidroüreteronefroz varlığı, klinik prezentasyon ve ilk tedavi yöntemi postoperatif dönemde renal fonksiyonları öngörmede önemli parametrelerdir.

Tablo 1. Hasta özellikleri

| | Özellik | Sayı | Yüzde |
|------------------------|------------------------|------|-------|
| | Prenatal | 21 | 20,8 |
| Klinik prezentasyon, n | UTİ ve/veya işeme prob | 66 | 65,3 |
| | Ürosepsis | 14 | 13,9 |
| Tedavi metodu, n | Valf ablasyonu | 83 | 82,2 |
| | Vezikostomi | 14 | 13,9 |
| | Üreterokutanostomi | 4 | 4 |
| | Bilateral | 24 | 23,8 |
| Preoperatif VUR, n | Unilateral | 32 | 31,7 |
| | Yok | 45 | 44,6 |
| Preoperatif | Var | 66 | 64,1 |
| | Yok | 37 | 35,9 |
| Tanı yaşı, n | <1 yaş | 60 | 58,3 |
| | 1-4 yaş | 17 | 16,5 |
| | ≥ 5 yaş | 14 | 23,3 |

Tablo 2. Son serum kreatinin (YÖKD) değerine etki eden faktörler (Chi-square test)

| Parametreler | | Serum kreatinin değerleri | | | Total | P | |
|---------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------------|-------|----|--------|
| | | (YSKD) | | | | | |
| | | normal | yüksek | normal (%) | | | |
| Tedavi metodu, n | Valf ablasyonu | | 65 | 18 | 78,3 | 83 | |
| | Diğerleri | Vezikostomi | 7 | 7 | 50 | 15 | 0,045 |
| | | Üreterokutanostomi | 3 | 1 | 75 | 4 | |
| Klinik prezentasyon, n | Ürosepsis | | 7 | 7 | 50 | 14 | |
| | | Prenatal | 19 | 2 | 90,5 | 21 | 0,025 |
| | Diğerleri | UTİ ve/veya işeme problemleri | 49 | 17 | 74,2 | 66 | |
| Preoperatif İYE, n | Var | | 49 | 17 | 74,2 | 66 | 0,996 |
| | Yok | | 26 | 9 | 74,1 | 35 | |
| Preoperatif HUN, n | Var | | 63 | 26 | 70,8 | 89 | 0,03 |
| | Yok | | 12 | 0 | 100 | 12 | |
| Preoperatif VUR, n | Bilateral VUR | | 14 | 10 | 58,3 | 24 | |
| | Diğerleri | Unilateral VUR | 25 | 7 | 78,1 | 32 | 0,041 |
| | | Yok | 36 | 9 | 80 | 45 | |
| Tanı kreatinin değeri (YSKD), n | Yüksek | | 20 | 23 | 46,5 | 43 | <0,001 |
| | Normal | | 55 | 3 | 94,8 | 58 | |
| Tanı yaşı, n | <1 yaş | | 47 | 13 | 79,3 | 60 | 0,257 |
| | >1 yaş | | 28 | 13 | 68,2 | 41 | |

ÇOCUKLUK ÇAĞI PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİN BAŞARISINI BELİRLEYEN FAKTÖRLER

Mesut Altan¹, Burak Çıtamak¹, Artan Koni¹, Ali Cansu Bozacı¹, Cenk Yücel Bilen¹, Ahmet Şahin², Hasan Serkan Doğan¹, Serdar Tekgül¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Çocukluk çağı perkütan nefrolitotomi başarısını belirleyen faktörlerin araştırılması

Yöntem: 1997-2014 yılları arasında hastanemizde perkütan nefrolitotomi (PNL) yapılan 0-16 yaş grubu 348 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Klinik önemsiz rezidüel fragmanlar (CIRF) ve rezidü taş varlığı başarısız olarak kabul edildi. Cinsiyetin, tarafın, en uzun taş boyutunun (0-10, 11-20, 21 mm ve üzeri), taşın yüzey alanının (cm²), taş sayısının (tek ve multipl), tek lokalizasyonda olan taşlar için taş yerleşiminin (pelvis, orta kısım, alt pol, üst pol) başarıya olan etkisi araştırıldı. Veriler SPSS 17.0 programında analiz edildi.

Bulgular: 348 hastanın 211 (%60,6)'inin erkek olduğu görüldü. Ortalama yaş 8,48 ± 4,1 yıl, başarılı grupta 8,48 ± 5,1 yıl, başarısız olan grupta ise 8,46 ± 4,6 yıl olarak bulundu (p=0,971). PNL sonrası genel başarı %73, 48 staghorn taşa sahip olan grupta %56,3, staghorn taşa sahip olmayan grupta ise bu oran %75,7 olarak bulundu. CIRF başarıya dahil edildiğinde bu oranlar sırası ile % 84,2, % 68,8 ve %86,7 olarak bulundu. 41 (%11,78) hastaya perioperatif eritrosit süpsansiyonu verildi. Kanama riskini öngördürecek anlamlı bir parametre bulunamamıştır. 4 (%1,14) hastaya pnömotoraks nedeni göğüs tüpü takıldı. Postoperatif 21 (%6) hastada idrar yolu enfeksiyonu, 4 (%1,14) hastada ürosepsis gelişti ve 1(%0,3) hasta postoperatif multipl organ yetmezliği nedeni kaybedildi. Postoperatif idrar yolu enfeksiyonu riskini öngördürecek anlamlı bir parametre bulunamamıştır. Tek değişkenli analizde cinsiyet (p=0.083), taş yerleşim yeri (p=0.247), taraf (p=0.891) ve taşın tek eksenindeki en uzun boyutu (p=0.053) ile taşsızlık arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Taş yükü (p<0.001), taş sayısı (p<0,001) ve taşın staghorn olması (p=0.005) başarıyı etkileyen faktörler olarak bulundu (Tablo 1). Çoklu analiz yapıldığında taş yükü (üç grup için HR sırası ile: 1, 3,120, 1,686) ve taş sayısı (HR: 0,541) başarıyı etkileyen önemli faktörler olarak bulundu.

Çıkarımlar: Taş yükü ve taş sayısı çocukluk çağı PNL sonrası taşsızlığı öngördüren faktörlerdir.

Tablo 1 Tekli analizde taşsızlığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi

| parametreler | | Başarılı (%) | Başarısız (%) | Toplam (%) | p |
|----------------------|-----------------------|--------------|---------------|------------|--------|
| Cinsiyet | Erkek | 147 (69,7) | 64 (20,3) | 211 (100) | 0,083 |
| | Kadın | 107 (78,1) | 30 (21,9) | 137 (100) | |
| Operasyon taraf | Sağ | 133 (72,7) | 50 (27,3) | 183 (100) | 0,891 |
| | Sol | 121 (73,3) | 44 (26,7) | 165 (100) | |
| Taş sayısı | Tek | 130 (82,3) | 28 (17,7) | 158 (100) | <0,001 |
| | Multiple | 124 (65,3) | 66 (34,7) | 190 (100) | |
| Staghorn taş | Var | 27 (56,3) | 21 (43,7) | 48 (100) | 0,005 |
| | Yok | 227 (75,7) | 73 (24,3) | 300 (100) | |
| Tek eksen taş boyutu | ≤ 1 cm | 34 (91,9) | 3 (8,1) | 37 (100) | 0,053 |
| | 1.1-2 cm | 81 (82,9) | 18 (17,1) | 99 (100) | |
| | >2 cm | 14 (66,7) | 7 (3,33) | 21 (100) | |
| Taş yükü | ≤ 1 cm ² | 76 (79,2) | 20 (20,8) | 96 (100) | 0,001 |
| | 1.1-2 cm ² | 80 (74,8) | 27 (25,2) | 107 (100) | |
| | >2 cm ² | 98 (67,6) | 47 (32,4) | 145 (100) | |
| Taş yerleşim yeri* | Renal pelvis | 57 (79,2) | 15 (30,8) | 72 (100) | 0,247 |
| | Alt pol | 55 (87,3) | 8 (12,7) | 63 (100) | |
| | Üst pol | 10 (90,9) | 1 (9,1) | 11 (100) | |
| | Orta kısım | 8 (66,7) | 4 (33,3) | 12 (100) | |

ÇOCUKLARDA İŞEME DİSFONKSİYONUNDA KULLANILAN SEMPTOM SKORLARININ BİRBİRLERİYLE KARŞILAŞTIRILMASI

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Cansu Bozacı, Emin Mammadov, Artan Koni, Hasan Serkan Doğan, Serdar Tekgöl

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: İşeme disfonksiyonu (İD) olan çocuklarda tarama ve şikayetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan; 4 farklı skorlama sisteminin (işeme bozuklukları semptom skoru (İBSS), disfonksiyonel işeme skorlama sistemi (DVSS), pediatrik idrar kaçırma semptom indeksi (ISI-P), mesane disfonksiyonu olanlarda yaşam kalitesi (Pin-Q)) etkinliği ve güvenilirliğinin araştırılması.

Yöntem: Kliniğimize İD nedeniyle başvuran hastalar öykü, fizik muayene, üriner ultrasonografi, üroflowmetre ile değerlendirildi. Hastalar, kör olan iki uzman tarafından (ACB, HSD) klasifiye edildi. İD olan 18 (kontrolü vizitini tamamlamış olan) ve olmayan 17 hasta değerlendirmeye alındı. Tüm hastalara işeme önerileri anlatıldı. İBSS (8,5 puan üzeri hasta), DVSS (kızlarda 9 puan, erkeklerde 6 puan üzeri hasta), Pin-Q testleri anne-baba ile birlikte doldurulurken, 11 yaşından büyük 14 çocuk ISI-P (9 puan üzeri hasta) formunu doldurdu. Hastalar 1 ila 3 ay sonra tekrar kontrole çağırılarak değerlendirildi. İD olan gruptaki hastalara iyileşme oranları soruldu ve 0 ila 100 yüz arası bir değer hastaların kendi verdikleri iyileşme oranları olarak kayıt edildi. İD olan gruba tedavi sonrası kontrol vizitinde bütün formlar tekrar doldurularak formlardaki skorların gerileme yüzdesi hesaplandı. Hasta ve kontrol grubuna doldurulan İD olan gruba tanıyabilme ve kontrolde hastanın verdiği iyileşme oranlarıyla olan ilişkisi araştırıldı. Veriler SPSS 17.0 programında analiz edildi.

Bulgular: Hasta grubun yaş ortalaması $8,8 \pm 2,5$ yıl, kontrol grubunun $9,3 \pm 3$ yıl ($p=0,166$) ve hasta grubu 10 erkek, 8 kız, kontrol grubunun ise 11 erkek, 6 kızdan oluşmaktaydı ($p=0,299$). 8 hastanın sadece gece, 5 hastanın sadece gündüz, 5 hastanın ise hem gece hem gündüz semptomları mevcuttu. 6 hasta sadece oksibutin, 8 hasta sadece desmopressin, 4 hasta ise hem desmopressin hem de oksibutin ile tedavi edildi. Üç semptom skoru; İBSS ($p<0,001$), DVSS ($p<0,001$), ISI-P ($p<0,001$) hasta olan gruba ayırt edebilmekteydi (Tablo 1). Hasta olan grubun PINQ skor ortalaması $33,4 \pm 14,9$ puan, kontrol grubunun ise $2,59 \pm 6,1$ puan olarak bulundu ($p=0,009$). Kontrol form skorlarından elde edilen iyileşme oranlarının her biri hastaların verdikleri iyileşme oranlarıyla karşılaştırılıp korelasyon analizi yapıldı. İBSS ($p=0,001$) ve ISIP ($p<0,001$) formlarındaki iyileşme oranları ile hastanın verdiği oranlar arasında korelasyon bulunurken DVSS ($p=0,195$) ile arasında korelasyon bulunamadı. Hastaların iyileşme oranlarıyla yaşam kalitesinin ölçen Pin-Q testi skorundaki azalma oranında bir korelasyon bulunamadı ($p=0,052$).

Çıkarımlar: İD'li hastalarda İBSS, DVSS ve ISIP formları hasta olan gruba tanımakta etkili olmakla birlikte, İBSS ve ISIP'ın, İD'li çocukların tedavi cevaplarının değerlendirilmesinde daha etkin olduğu görülmektedir. İD'li çocukların yaşam kalitesini tanı anında ölçen PIN-Q testi, tedavi sonrası durumu değerlendirmede yeterince etkin bulunmamıştır.

PREDICTING SUCCESS RATES OF BOTULINUM TOXIN AND/OR DEXTRANOMER INJECTION ON RESOLUTION OF ASSOCIATED VUR IN NEUROGENIC BLADDERS: A VIDEOURODYNAMIC STUDY

Onur Telli¹, Cihat Özcan², Erdem Öztürk², Ferec Afandiyev², Murat Mermerkaya², Evren Süer², Ömer Gülpınar², Berk Burgu¹, Tarkan Soygür¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Object: We believe poor bladder dynamics isn't always the sole cause of associated VUR in hypocompliant neurogenic bladders. We hypothesized that success rates of botulinum toxin (BT) and/or dextranomer injection (DI) on the resolution of associated VUR could be predicted with preoperative reflux starting pressure on videourodynamics (VUD)

Methods: 26 patients (43 renal units) with compliance 5-10 ml/cmH₂O, VUR II-IV & recurrent febrile UTIs were included. All patients were under CIC, anticholinergics & bowel programme. 11 renal units underwent BT, 20 DI & 12 with BT & DI combination. Preoperative & postoperative 3rd month VUD were performed for VUR resolution and bladder dynamics. Mean compliance, VUR starting pressures were recorded. Due to local health policy only children who provided BT by their own means were included and patients who had been supported by social security were excluded.

Materials: Mean compliance was 7,68 ± 2,14 ml/cmH₂O. Mean compliance and VUR starting pressure were not significantly different between groups. VUR resolution were demonstrated at 7 renal units (63%; 4 patients) in BT group, 14 units (70%; 7 patients) in DI group and 10 units (76,9%; 6 patients) in combination group. Results were evaluated with special emphasis on VUR starting pressures > or < 20 cmH₂O. Below 20 cmH₂O DI & combination group successes were similar and significantly higher than the BT group. Above 20 cmH₂O pressure, BT and combination successes were similar and significantly higher than the DI group. Mean VUR starting pressure were significantly lower for the patients with persistent VUR at preoperative urodynamic evaluation in all groups.

Results: When VUR starting pressure was < 20 cmH₂O, DI success rate was higher; addressing underlying anatomical problem. Over 20 cmH₂O reflux starting pressure BT seems to be more successful than DI alone. When reflux starts at low pressures DI should be considered besides botox as poor bladder dynamics may not be the sole reason of VUR.

SÜT ÇOCUKLARINDA LAPAROSKOPİK OPERASYON DENEYİMLERİMİZ

**Volkan İzol, Fatih Gökalp, Nebil Akdoğan, İbrahim Atilla Arıdoğan,
Yıldırım Bayazıt, Nihat Satar**

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Ürolojide laparoskopik uygulamalar yaygınlaştıkça uygulanan hasta yaşı da zamanla düşmektedir. Bu çalışmada süt çocukluğu dönemindeki pediatrik hastalara uygulanan laparoskopik deneyimlerimizi sunmaktayız.

Yöntem: Şubat 2000 – Haziran 2014 tarihleri arasında 32 pediatrik hastaya laparoskopik yaklaşım uygulandı. Bu operasyonlardan 9'u periton diyaliz katater takılması, 7'si nefroüretrektomi, 5'i orşiopeksi, 4'ü inmemiş testis için testis aranması, 3'ü heminefroüretrektomi, 3'ü piyeloplasti, 1'i de renal kist eksizyonudur. Hastaların 23'ü erkek (% 71.8), 9'u kızdı. Yaş ortalaması $1,5 \pm (2\text{ay}-2)$ idi. Operasyonların 27'si transperitoneal, 5'i ise retroperitoneal olarak gerçekleştirildi. Operasyonda standart 5 mm trokarlar ve pediatrik el aletleri, 30 ve 0 derece lensler kullanıldı.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi $65 \text{ dk} \pm (15-200)$ idi. Kanama minimaldi ve intraoperatif ve postoperatif komplikasyon görülmedi. Hastanede yatış süreleri $37 \pm (6-106)$ saatti. Yirmi hastada (%62,5) parenteral analjezik ihtiyacı oldu. Kozmetik sonuçlar iyiydi.

Çıkarımlar: Artan deneyimle birlikte pediatrik hastalarda laparoskopik cerrahi güvenle uygulanabilir bir yöntemdir. Hastanede yatış süresi kısa, analjezik gereksinimi az ve kozmetik sonuçları açık cerrahiye göre daha iyidir.

STAGHORN TAŞLI PEDIATRİK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Volkan İzol, Mutlu Değer, Nebil Akdoğan, İbrahim Atilla Arıdoğan, Nihat Satar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Çocuklarda staghorn böbrek taşlarının tedavisinde minimal invaziv bir teknik olan perkütan nefrolitotomi (PNL) dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle tek girişimde direk görüş altında bütün taş parçalarının alınmasına olanak veren PNL morbiditeyi büyük ölçüde azaltmaktadır. Bu çalışmamızda, staghorn böbrek taşı çocuk hastalardaki PNL sonuçlarımız sunulmaktadır.

Yöntem: Eylül 1997-Eylül 2014 tarihleri arasında, staghorn taş hastalığı olan 89 çocuk hastanın 99 renal ünitesine PNL uygulandı. Hastaların 55'si erkek (% 61.7), 34'ü kızdı (%38.3) ve ortalama yaşı 9.45(1-16) yıldı. Hastalardan 9'unda (%10.1) geçirilmiş açık böbrek cerrahisi,1'inde(%1.1) PNL, 3'ünde (%3.3) başarısız şok dalgası uygulaması (SWL) öyküsü vardı. İki (%2.24) hastada soliter böbrekti. Ortalama taş yükü 644 mm2 (100-2150) idi. Genel anestezi altında ve floroskopi eşliğinde önce litotomi pozisyonunda üretere ucu açık üreter kateteri yerleştirildi, daha sonra prone pozisyonunda iğne ile uygun kalikse girişten sonra, gerekli olan en küçük çaplı renaL tüp yerleştirilecek şekilde dilatasyon yapıldı. Taşlar, rijid nefroskop veya üreteroskoplara görülüp, gerektiğinde pnömotik, ultrasonik veya holmiyum lazer litotriptörle kırılarak vücut dışına alındı.

Bulgular: 55 (%61.7) hasta taşlarından tamamen arındırıldı. Önemsiz rezidüel taşları (<3mm) kalan 14 hasta da eklendiğinde başarı oranı %77,5 olarak bulundu. 5 hastaya (%56) operasyonda kan transfüzyonu yapıldı. Sekiz (% 8.9) hastaya sekonder PNL planlandı ve 5(% 5.6) hastaya şok dalgası tedavisi (SWL) planlandı. 1 hastada kolon yaralanması meydana geldi ve tüp kolostomi ile konservatif olarak takip edildi.

Çıkarımlar: Teknolojideki gelişmeler ve de artan deneyimle birlikte PCNL, çocuk staghorn böbrek taşlarının tedavisinde güvenle etkili bir şekilde uygulanabilmektedir.

SOLİTER BÖBREKLİ ÇOCUK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Volkan İzol, Mutlu Değer, Nebil Akdoğan, Çağrı Tekdöş, İbrahim Atilla Arıdoğan, Nihat Satar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Bu çalışmada taşlı soliter böbrekli çocukların tedavisinde uyguladığımız perkütan nefrolitotominin (PNL) etkinliği ve güvenilirliği değerlendirildi.

Yöntem: Eylül 1997 - Eylül 2014 tarihleri arasında, taş hastalığı olan soliter böbrekli 17 çocuk hastanın 17 renal ünitesine PCNL uygulandı. On üç non-fonksiyone böbrek, 3'ü agenezik böbrek, 1'i nefrektomi nedeniyle soliter böbreği olan hastaların ortalama yaşı 8.2 idi (2.5-14 yaş). Hastaların 13'i erkek (% 76.5) ve 4'ü kızdı (% 23.5). Hastalardan 6'sında (%35.2) geçirilmiş açık böbrek cerrahisi öyküsü mevcuttu. Genel anestezi altında ve floroskopi eşliğinde önce litotomi pozisyonunda üretere ucu açık ureter kateteri yerleştirildi, daha sonra prone pozisyonunda iğne ile uygun kalikse girişten sonra, gerekli olan en küçük çaplı renaks tüp yerleştirilecek şekilde dilatasyon yapıldı. Taşlar, rijid nefroskop veya ureteroskoplara görülüp, gerektiğinde pnömotik, ultrasonik veya holmiyum lazer litotriptörle kırılarak ekstrakte edildi.

Bulgular: 16 (%94.1) hasta taşlarından tamamen arındırıldı. Hastalarda kan transfüzyonu gerektirecek kanama olmadı. 2 hastada post operatif dönemde ateş yüksekliği saptandı. Hiç bir hastada postoperatif dönemde böbrek fonksiyonlarında bozulma görülmedi.

Çıkarımlar: Böbrek taşlarının tedavisinde altın standart tedavi yöntemi olan PNL aynı zamanda soliter böbrekli taş hastalarında da etkin ve güvenilir şekilde uygulanabilmektedir.

DOES PREVIOUS STONE TREATMENT IN CHILDREN GENERATE A DISADVANTAGE OR JUST THE OPPOSITE?

Onur Telli¹, Perviz Hacıyev², Seymur Karimov², Haşmet Sarıcı³, Tolga Karakan³, Berat Cem Özgür³, Arif Demirbaş³, Berkan Reşorlu³, Tarkan Soygür¹, Berk Burgu¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Çocuk Ürolojisi, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

³S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Object: In this study we aimed to determine the effects of previous open renal surgery, percutaneous nephrolithotomy and extracorporeal Shockwave Lithotripsy (SWL) on the results and complications of subsequent percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in pediatric patients.

Methods: We reviewed the files of all 105 patients with 116 renal units (RU) undergoing PCNL at two main institutions between December 2000 and December 2013. The 116 RUs were divided into 4 groups: primary PCNL patients with 44 RU (37.9%) were categorized as group 1, 29 RU (25%) with a history of failed ESWL on the same side were categorized as group 2, 23 RU (19.8%) with previous PCNL surgery were categorized as group 3 and 20 RU (17.2%) with open renal surgery were categorized as group 4.

Materials: Patient characteristics, mean operative time, mean fluoroscopy time, time to access the collecting system, hemoglobin change, number of more than 1 access, stone free rates, postoperative hospitalization time and complications in four groups were compared.

Result: There were no differences between the groups in age, sex, mean stone size and stone laterality. Mean operative time, mean fluoroscopy time, time to access the collecting system, hemoglobin change, complication rates, number of more than 1 access hospitalization times were similar in the each groups ($P>0.05$ for each parameter). The stone free rates after PCNL were

KADINLARDA STRES TİPTE İDRAR KAÇIRMADA RİSK FAKTÖRLERİ: MULTİVARYAN ÇALIŞMA

Sinharib Çitgez, Bülent Önal, Çetin Demirdağ, Oktay Demirkesen, Bülent Çetinel

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde ürodinami ünitesine başvuran kadın hastalarda ürodinamik stres tipte idrar kaçırma (ÜSTİK) saptananlarda risk faktörleri araştırıldı.

Yöntem: Kinimizde 1990 ile 2011 yılları arasında ürodinamisi yapılan 3038 kadının kayıtları retrospektif olarak incelendi. Nörolojik hastalığı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Ürodinami incelemesi sonucunda ÜSTİK saptanan 1187 ve idrar kaçırma yakınması olmayan 274 kadın olmak üzere toplam 1461 hasta çalışmaya alındı. Multivaryan analizde lojistik regresyon testi kullanılarak ÜSTİK için risk faktörleri araştırıldı.

Bulgular: Ortalama yaş 50,1 (18–86) idi. Multivaryan analizde yaşın artması, geçirilmiş idrar kaçırma cerrahisi olması, geçirilmiş pelvik organ prolapsus cerrahisinin olması, muayene bulgusu olarak anterior prolapsus saptanması, hastanın vajinal doğum geçirilmiş olması, hastanın sezeryan geçirilmiş olması ÜSTİK için anlamlı birer risk faktörü olarak saptandı.

Çıkarımlar: Kadınlarda stres tipte idrar kaçırma için risk faktörleri vardır. Bu çalışmada; yaş, idrar kaçırma veya POP onarımına yönelik geçirilmiş cerrahinin olması, vajinal muayenede anterior prolapsusun saptanması, vajinal doğum veya sezeryan geçirilmiş olması kadınlarda ÜSTİK için risk faktörü olarak tespit edildi.

GERGİN OMURİLİK SENDROMUNDA CERRAHİ MESANE FONKSİYONLARINDA İYİLEŞME SAĞLAR MI?

Murat Üstüner, Ufuk Yavuz, Seyfettin Çiftçi, Hasan Yılmaz, Bahri Serkan Aynur, Cüneyd Özkürkçügil

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kocaeli

Amaç: Gergin Omurilik Sendromu (GOS) mesane disfonksiyonu da dahil olmak üzere birden çok nörolojik semptomlar içeren bir nörolojik hastalıktır. Literatürde GOS nedeni ile cerrahi uygulanan hastaların ürodinami bulgularının incelendiği birçok rapor olmasına rağmen sonuçlar tartışmalıdır. Çalışmamızda GOS nedeni ile cerrahi uygulanan hastalarda mesane fonksiyonunu ürodinamik sonuçlar ile değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2009-2014 yılları arasında, merkezimizde tek bir beyin cerrahisi tarafından GOS nedeni ile cerrahi uygulanan ve preoperatif ve postoperatif ürodinamik incelemeleri ile işleme günlükleri bulunan 41 hasta analiz için değerlendirildi. Dört ürodinamik parametre analiz için seçildi: Fonksiyonel kapasite (FK), sistometrik kapasite (SK), detrüör kaçırma noktası basıncı (DLPP) ve aşırı aktif detrüör kasılma basıncı (POAD). Preoperatif ve postoperatif işleme günlüğü ve ürodinamik parametrelerin karşılaştırılması için Paired-Samples T Test ve Wilcoxon rank sum test kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 41 hastanın (11 erkek, 30 kız) yaş ortalaması 8.5 ± 5.6 idi. İstatistiksel anlamlılık mevcut olmasa da, postoperatif ürodinamik incelemede DLPP ve POAD' da azalma; FK ve SK' da artış saptanmıştır (Tablo 1). Preoperatif ürodinamik çalışmada bir hastada hipokomplian mesane tanısı olmasına rağmen postoperatif 2 hastada hipokomplian mesane tespit edilmiştir. Aşırı aktif mesane (AAM) tanısı olan 32 hastanın 16' sında cerrahi sonrasında normal ürodinamik bulgular saptanmıştır. Preoperatif 8 hastanın ürodinami sonucu normal saptanırken, postoperatif 18 hastada normal ürodinami sonucu elde edilmiştir.

Çıkarımlar: Mesane fonksiyonlarında düzelme açısından GOS cerrahisinin başarısı tartışmalıdır. Çalışmamız GOS cerrahisinin mesane fonksiyonlarının ürodinamik parametrelerini iyileştirme açısından yetersiz olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak AAM tanısı olan hastaların yarısında normal ürodinamik parametre elde edilmesi nedeni ile GOS cerrahisi hastaların klinik belirtileri üzerinde iyileştirici etkili olabilmektedir.

Tablo 1.

| Sütun1 | Sütun2 | Sütun3 | Sütun4 |
|---------------------------|-------------|--------------|--------|
| | Preoperatif | Postoperatif | p |
| | Ortalama±sd | Ortalama±sd | |
| Fonksiyonel Kapasite (mL) | 323,3±152,2 | 328,18±180 | 0,896 |
| Sistometrik Kapasite (mL) | 210,6±143,8 | 232,8±146,6 | 0,237 |
| POAD (cmH2O) | 36,07±31,5 | 34,9±44,4 | 0,874 |
| DLPP (cmH2O) | 22,1±32,5 | 17±23,9 | 0,388 |

DIABETES MELLİTUS DETRUSOR AŞIRI AKTİVİTESİNİN ÜRODİNAMİK BULGULARINI ETKİLER Mİ?

Hasan Yılmaz, Seyfettin Çiftçi, Ufuk Yavuz, Murat Üstüner, Mustafa Yüksekaya, Cüneyd Özkürkçügil

Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kocaeli

Amaç: Çalışmamızda detrusor aşırı aktivitesi (DAA) olan hastalarda diabetes mellitusun (DM) ürodinamik parametrelerde değişikliğe sebep olma durumunu değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2010-2012 yılları arasında, ürodinamik DAA tanısı konulmuş, yaş aralığı 47-86 olan 112 yetişkin kadın hasta retrospektif olarak incelendi. Şiddetli sistosel,rektosel veya mesane çıkım tıkanıklığı (maksimum akım hızı 12 ml/dk dan düşük ve maksimum akımda detrusör basıncı 45 cmH₂O' dan fazla) tespit edilen hastalar ve bilgilerinde eksiklik olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Kalan 60 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 25' inde DAA ile birlikte DM (Grup I), 35' inde ise yalnızca DAA (Grup II) tanısı mevcuttu. Analiz için 9 ürodinamik parametre seçildi: Fonksiyonel kapasite(FK),Sistometrik Kapasite (SK), Detrusör kaçırma noktası basıncı (DLPP), İlk his idrar volümü (FSV), Normal his idrar volümü (NSV), Maksimal işeme hızı (Q_{max}), İşeme sonrası idrar miktarı (PMR),Maksimum akımda detrusör basıncı oranı (P_{det}/Q_{max}), Aşırı aktif detrusörün kontraksiyon basıncı (POAD).

Bulgular: Her iki gruptaki hastaların yaşları benzerdi (60.00 (Interquartile range (IQR) 51.50-68.00), 57.00 (IQR 53.00-64.00) , p=0.589). Her iki grupta da mikst tip idrar kaçırma dışında semptom ve sıklık oranları yaklaşık olarak aynı tespit edildi (Tablo 1). DM olan hasta grubunda daha yüksek P_{det}/Q_{max}, ve daha düşük FK, DLPP, Q_{max} saptanmasına rağmen, gruplar arasında ürodinamik parametreler açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 2).

Çıkarımlar: DM hastalarında olası aferent sinir hasarına bağlı daha yüksek SK, daha düşük POAD ve DLPP değerleri beklenmesine rağmen, DM ile birlikte DAA olanlar ile yalnızca DAA olan hastalar arasında ürodinamik parametrelerde anlamlı farklılık saptanmadı. Hasta sayısı yüksek ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Grup 1 ve 2'deki hastaların özellikleri

| | | Grup 1 | Grup 2 |
|--------------------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|
| Hasta sayısı | | 25 | 35 |
| Yaş (ortanca (IQR)) | | 60.00 (51.50-68.00) | 57.00 (53.00-64.00) |
| Semptom | Sıkışma tipte inkontinans | 14 (56) | 13 (37.1) |
| | Mikst inkontinans | 5 (20) | 17 (48,6) |
| | Stres inkontinans | 2 (8) | 3(8,6) |
| | Total inkontinans | 3 (12) | 1 (2.9) |
| | Tekrarlayan İYE | 1 (4) | 1 (2.9) |
| İdrara çıkma sıklığı (ortanca(IQR)) | | 8.15 (5.30-10.87) | 8 (6.6-9.8) |

Tablo 2. Grup 1 ve 2'deki hastaların ürodinamik parametrelerin karşılaştırılması

| IQR: çeyrekler arası aralık | Grup 1 | | Grup 2 | | p |
|-----------------------------|--------|----------------------|--------|---------------|-------|
| | n | ortanca(IQR) | n | ortanca (IQR) | |
| SK (ml) | 24 | 178.00(95.00-378.75) | 35 | | 0.200 |
| Qmax (ml/sn) | 21 | 11.00 (5.50-16.00) | 31 | | 0.291 |
| PVR (ml) | 25 | 18.00 (0.0-100.0) | 31 | | 0.132 |
| | | ortanca±sd | | ortanca±sd | |
| FK (ml) | 22 | 303.70±143.25 | 34 | 338.73±170.48 | 0.428 |
| DLPP (cmH2o) | 21 | 31.57±12.89 | 31 | 33.09±11.49 | 0.637 |
| FSV (ml) | 24 | 75.87±51.45 | 35 | 93.65±64.90 | 0.267 |
| NSV (ml) | 19 | 121.73±63.14 | 31 | 150.83±89.57 | 0.222 |
| Pdet Qmax (cmH2o) | 17 | 31.17±13.72 | 31 | 30.00±8.90 | 0.720 |
| POAD (cmH2o) | 25 | 28.56±13.20 | 35 | 27.82±13.03 | 0.832 |

Sd: standart sapma

LONG-TERM RESULTS OF ARTIFICIAL URINARY SPHINCTER REIMPLANTATION FOLLOWING PRIOR EXPLANTATION

Mehmet Remzi Erdem, Çağatay Tosun, Ahmet Rüknettin Aslan,
Ömer Ergin Yücebaşı, Feridun Şengör, Ömer Yüksel

S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Object: Despite upward of 90% patient satisfaction with Artificial urinary sphincter (AUS) in men with postprostatectomy incontinence, the devices often require revision because of atrophy, mechanical failure, infection and erosion. Notably, in the setting of primary AUS implantation several large series revealed an overall 25% to 50% revision rate. We presented clinical outcomes in patients treated with artificial urinary sphincter reimplantation after artificial urinary sphincter explantation.

Methods: We identified 3 men previously treated with device explantation due to erosion or infection in circumstances that we recommend to as salvage AUS placement. Determination of the reason for device explantation was based on clinical presentation, cystoscopy, radiographic imaging and/or intraoperative findings. Erosion was defined as perforation of the urethral cuff into the urethral lumen or urine leakage towards to the scrotal and inguinal operational region. Device explantation was considered due to infection if suggested by clinical presentation, in addition to a lack of evidence of erosion on cystoscopic and/or imagings. In all cases the entire device was removed at explantation and reimplantation was performed at least 3 months later.

Materials: A total of 3 patients had undergone prior AUS explantation secondary to urethral erosion, atrophy, mechanical failure and device infection. In all 3 men with salvage AUS placement the recent prior AUS device was placed at our institution. All 3 patients with a median age of 69.5 years who underwent salvage AUS implantation after explantation for erosion or infection at a median of 8 months. The most common etiologies of stress urinary incontinence were radical prostatectomy in 66% of cases, radiation therapy in 33%. Comorbid medical conditions were highly prevalent, such as obesity, hypertension and diabetes mellitus. Urethral catheter insertion even thinner size cause urethral atrophy and erosion. On the other hand, uriner leakage due to the inactive period of sphincter cause surgical wound infection in one case.

Result: Although AUS explantation is annoying cases and not rarely seen, in appropriately selected and counselled patients clinically acceptable long-term device survival can be achieved after reimplantation. Preseervative sound is an alternative solution instead of urethral catheter, for both dry surgical wound and not insertion into the urethra.

DR. LÜTFİ KIRDAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNDE OTONOMİK DİSREFLEKSİ'NİN BİLİNİRLİĞİ

Fatih Tarhan¹, Alper Çoşkun², Utku Can², Erkin Sağlam², Kamil Fehmi Narter²

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, , İstanbul

²Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Hastanemiz Acil, Nöroloji, Nöroşirürji, Üroloji ve Fiziksel tıp ve Rehabilitasyon bölümlerinde çalışan hekimlerin otonomik disrefleksi hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Prospektif olarak yedi sorudan oluşan bir sorgulama formu ile ilgili birimlerdeki 60 hekim sorgulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 60 hekimin 22'si hiç bir soruya yanıt veremedi. Sadece bir uzman hekim tüm soruları doğru olarak yanıtladı. Ortalama doğru yanıt uzman hekimler için 2.5 ve asistan hekimler için 0.5 idi. Hekimlerin 16'sı daha önce otonomik disrefleksi ile ilgili eğitim aldıklarını ve 12'si ise otonomik disrefleksi hastası gördüklerini bildirdiler.

Çıkarımlar: Ciddi komplikasyonlara yol açma potansiyeli olan otonomik disrefleksi konusunda ilgili hekimlerin eğitilmesi gereklidir.

SOLİFENASİN 5 MG TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖREN AŞIRI AKTİF MESANELİ HASTALARDA, İDRAR SİNİR BÜYÜME FAKTÖRÜ DÜZEYLERİ AZALMAKTADIR

Seyfettin Çiftçi¹, Hasan Yılmaz¹, Murat Üstüner¹, Ufuk Yavuz¹, Mustafa Yüksekaya¹, Mustafa Baki Çekmen², Cüneyd Özkürkçügil¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Bu çalışmada, Vesicare 5 mg tedavisi başlanan aşırı aktif mesaneli (AAM) hastalarda, tedavi öncesi ve sonrasındaki idrar sinir büyüme faktörü (NGF) düzeylerinin kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçladık.

Yöntem: İşeme çizelgesi ve anamnez ile AAM tanısı konulan 21 hasta ve kontrol grubu olarak alt üriner sistem semptomları olmayan 20 gönüllü çalışmaya dahil edildi. Hem hasta grubunda hem kontrol grubundan tedaviye başlanmadan önce idrar NGF düzeyleri çalışıldı. Ayrıca hasta grubuna hem tedavi öncesi hem de sonrasında AAM-V8 semptom sorgulama formu dolduruldu. Ardından hasta grubuna 6 haftalık Vesicare 5 mg tedavisi başlandı. Tedaviden sonra hastalardan tekrar idrar NGF düzeyleri çalışıldı. İdrar NGF düzeyleri idrar kreatini ile normalize edildi. Hasta grubu ile kontrol grubu verileri Mann-Whitney U ve Wilcoxon testleri kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Yaş ortalamasının kontrol grubunda (33.85±8.06 yıl) hasta grubuna (48.19±14.82 yıl) göre anlamlı oranda düşük olduğu saptandı. Hasta grubunun idrar NGF ve NGF/idrar kreatinin ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek saptandı (Tablo 1). Tedavi sonrası hasta grubunun AAM-V8 skorlarında anlamlı oranda azalma saptanırken (Tablo 2), idrar NGF düzeylerinde de tedavi sonrasında anlamlı oranda azalma görüldü (Tablo 2). Tablo 1’de, tedavi sonrası NGF ve NGF/idrar kreatinin değerlerin kontrol grubu seviyelerine kadar azaldığı görülmektedir (p=0.144).

Çıkarımlar: Sonuç olarak idrar NGF düzeyleri AAM’li hastalarda, sağlıklı insanlara göre yüksek saptanırken, antikolinerjik ile etkin tedavi sonrasında azalıklı popülasyonun düzeylerine kadar düşmektedir. Bu da NGF’nin AAM tanısında önemli bir “biyomarker” olabileceğini göstermektedir.

Tablo 1. Hasta grubu idrar NGF ve NGF/idrar kreatinin düzeylerinin kontrol grubu verileri ile karşılaştırılması.

| | Başlangıç NGF (pg/ml) | Başlangıç NGF/ idrar kreatinin | p | Tedavi sonrası NGF (pg/ml) | Tedavi sonrası NGF/ idrar kreatinin | P |
|---------------|-----------------------|-----------------------------------|-------|-------------------------------|--|-------|
| Kontrol grubu | 2.68 (IQR 2.20-2.94) | 0.014 (IQR 0.009-0.024) | 0,001 | 2.68 (IQR 2.20-2.94) | 0.014 (IQR 0.009-0.024) | 0,144 |
| Hasta grubu | 5.37 (IQR 4.41-7.62) | 0.044 (IQR 0.025-0.088) | | 2.09 (IQR 1.35-3.08) | 0.020 (IQR 0.013-0.032) | |

Tablo 2. Hasta grubunda, tedavi öncesi ve sonrasındaki idrar NGF, NGF/idrar kreatinin ve AAM-V8 değerlerinin karşılaştırılması.

| | Tedavi öncesi | Tedavi sonrası | P |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|-------|
| NGF (pg/ml) | 5.37 (IQR 4.41-7.62) | 2.09 (IQR 1.35-3.08) | 0,001 |
| NGF/idrar kreatinin | 0.044 (IQR 0.025-0.088) | 0.020 (IQR 0.013-0.032) | |
| AAM-V8 skoru (median) | 24 (13-33) | 9 (3-14) | 0,001 |

ORTA ÜRETRA GERİLİMSİZ BANT CERRAHİSİ SONRASI GELİŞEN KALICI KASIK AĞRISI: BANT ÇIKARTILMASI VE SONUÇLARI

Ömer Gülpınar, Ferec Afandiyev, Aytaç Kayış, Perviz Hacıyev, Anar İbrahimov, Barış Esen

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Orta üretra askı (OÜA) cerrahisi sonrasında oluşan ve medikal tedaviye dirençli olan kalıcı kasık ağrısında bant çıkartılmasının sonuçlarını sunmak

Yöntem: Çalışmamızda Eylül 2013- Haziran 2014 tarihleri arasında OÜA bağlı, medikal tedaviye dirençli kalıcı kasık ağrısı olan ve bu nedenle bantları tranvajinal olarak çıkarılan 4 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar ameliyat öncesi ve sonrasında ağrı için görsel analog skala (GAS) ve stres test ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortanca yaşı 48'di (57-65). Tüm OÜA opeasyonları transobturator yolla yapılmıştı. Hastaların 3'ünde tek taraflı diğerinde ise iki taraflı kasık ağrısı vardı. İki taraflı ağrısı olanda her iki taraftaki bant çıkartıldı, diğerlerinde ise ağrı olan taraf çıkartıldı. Postop 1. gün üretral sonda alınarak hastalar taburcu edildi. Operasyon sonrası 1. Ayda GAS skorları belirgin olarak düştü(9[8-10] karşı 1[0-2]). Hastalarda enfeksiyon, kanama, üretra ve mesane perforasyonu, erozyon, idrar retansiyonu gibi komplikasyonlar gelişmedi. Hastaların hepsinde kontinans devam etti.

Çıkarımlar: OÜA cerrahisi sonrasında ortaya çıkan ve medikal tedaviye dirençli olan kalıcı kasık ağrısında bantın cerrahi olarak çıkartılması etkin bir tedavi yöntemidir.

KOLPOKLEZİS; PELVİK ORGAN PROLAPSUSLU İLERİ YAŞ KADIN HASTALARDA BAŞARI ORANI YÜKSEK BİR CERRAHİ TEKNİK. OLGU SUNUMU

Mümtaz Dadalı, Mustafa Levent Emir, Muhammed Şahin Bağbancı,
Ayhan Karabulut

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

Amaç: Bu olgu sunumunda kolpokleizis'in POP'u olan ve gerekli özellikleri taşıyan ileri yaş bayan hastalarda başarı oranı yüksek bir cerrahi teknik olduğunu vurgulamak amaçlandı.

Yöntem: 74 yaşındaki bayan hasta polikliniğimize vajenden dışarı çıkan kitle şikayeti ile başvurdu. Hastanın öyküsünde şikayetinin 2 yıldır devam ettiği ve ayrıca miks inkontinansı olduğu izlendi. 11 dönem gerçekleştiren hastamızın hem POP hem de inkontinans nedeniyle yaşam kalitesi ileri düzeyde bozulmuştu. Yapılan fizik muayenesinde POP-Q evre 4, D:+6 POP'u olduğu izlendi. Ayrıca stress manevraları ile yaklaşık 1 metreye varan idrar kaçırması mevcuttu.

Bulgular: Cerrahi adımlar kendi vakamızın görüntüleri eşliğinde anlatılacaktır. Spinal anestezi uygulanan hastamız yüksek litotomi pozisyonuna alındı. Foley katater yerleştirildi. Ön ve arka vajinal duvarları üzerindeki dikdörtgen şekilli vajinal mukoza alanları işaretleyici kalem veya elektrocerrahi bıçak ile çizildi. İnsizyonun genişliği, uterus, serviks ve vajina duvarlarının büyüklüğüne göre belirlenecektir ve prolabe olmuş çıkıntı kadar geniş olmalıdır. Mukozayı fibromusküler tabakadan ayırmak için künt ve keskin diseksiyon kullanıldı (şekil 1, 2 ve 3). Dikdörtgenler çıkarıldıktan sonra, önden arkaya distal transvers kenarlara kadar, aralıklı sütürler yerleştirildi (şekil 4). İnsizyonun sağ ve sol kenarları boyunca lateral vajinal drenaj kanallarını oluşturmak için dikdörtgenlerin üst ve alt kenarları yaklaştırıldı (şekil 5). Uterusu pelvik kaviteye yükseltmek ve yerleştirmek için, insizyonun genişliği boyunca ön ve arka fibromusküler tabakaları yaklaştıran, ilerleyici şekilde daha aşağıya doğru aralıklı sütür sıraları konuldu. Proksimal transvers insizyona ulaşınca kadar ard arda transvers sütür sıraları yapıldı (şekil 6). Bu sıralar, uterusu yükselten ve destekleyen bir doku bölümü oluşturur. Daha sonra vajina mukozası 2-0 geç emilen bir sütür ile vajinal epitelden geniş geçişler yaparak devamlı olarak kapatıldı (şekil 7). Genelde iyileşme hızlı ve tipik olarak komplikasyonsuzdur. Hastaya eş zamanlı olarak Transobturator Tape (TOT) ve Posterior Kolporafi (Şekil 8) işlemi uygulandı. 2013 eylül ayında opere edilen hasta postoperatif 3. ayında yapılan telefon görüşmesinde yaşam kalitesinde %90 memnuniyet bildirdi. Hastamızın postoperatif 7. ayında yapılan poliklinik muayenesinde yaşam kalitesi memnuniyetinin yanı sıra anatomik başarısında yaklaşık olarak %90 olduğu izlendi. Gelişen bir komplikasyonu yoktu.

Çıkarımlar: Literatür incelendiğinde çok düşük yüzdelerde cinsel yönden pişmanlık izlenmiştir. Kanama az miktardadır. Anatomik ve fonksiyonel sonuçları olguların %90 ve üzerinde başarılı olarak izlenmektedir. Öncesinde STİK'sı olan bayanlarda anti-inkontinans cerrahisi mutlaka kolpokleizis operasyonuna ilave edilmelidir. Vajen obstrüksiyonu sonrası STİK'ya yönelik cerrahilerin zorluğu nedeni ile anti-inkontinans cerrahisinin Lefort kolpokleizis operasyonundan önce yapılması mantıklı olarak durmaktadır.



Şekil 1.

POSTPROSTATEKTOMİK (BASİT VE RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI) MESANE BOYNU VE ÜRETRA DARLIKLARI

Ş. Yavuz Öno, İsmail Başbüyük, Fatih Elbir, Muhammed Tosun, Sina Kardaş

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada basit prostatektomi (açık, tur-p, lazer) ve radikal prostatektomiye bağlı operasyonlara özgü darlık lokalizasyonlarını ve güncelleştirdiğimiz kendi yöntemlerimizi de ilave ettiğimiz klinikimizde uygulanan protokolü sunmaktayız.

Yöntem: A. Basit prostatektomi sonrası darlıklar

Büyük ölçüde enstrumentasyona bağlıdır. Ameliyat süresi ile ilişkilidir. Ameliyat süresi arttıkça darlık oranı artar. Daha çok bulber üretrada daha sonra ise meada görülür. Kanama kontrolü için yapılan meatal traksiyon meada ve fossa navikulariste darlık ve nekroza sebep olabilir.

a. Mea ve fossa navikularis striktürü

i. Tek aşama

1. Sirküler ağız mukozası (glans bütünlüğü korunur)

2. Transvers fasyakutaneal penil ada flap (glans bütünlüğü korunur)

3. Ventral meatotomi ventral fasyakutaneal penil ada flap granüloplasti (glans bütünlüğü bozulmuş tekrar granüloplasti yapılmıştır)

ii. İki aşamalı teknikler

1. Extented meatotomi (ilk aşama johanson onarımı ikinci aşamada neomea ve granüloplasti)

b. Bulbomembranöz (Bulbomembranous)

i. Kısa (2cm'den az) TUR-P sonrası %6-10 arasında gözüktür.

A) Transecting end to end anastomoz. Enkontinans kaçınılmazdır. Daha sonra artifisyonel sfinkter gerekir.

B) Non-transecting üretroplasti. Bulber arter ve sentral tendon koruyucu yöntem. Dorsal bulbomembranöz üretral mobilizasyon korporal seperasyon. Dorsal vertikal striktürotomi. Heinecke-Mickulicz vertikal kesip çökers spatülizasyon. Bulber üretra kesinlikle ventralde perineal sentral tendondan serbestleştirilmez. Çok zor tekniktir. Distal sfinkter mekanizması büyük ölçüde korunduğundan enkontinans olası değildir.

ii. Uzun (2 cm'den fazla) non-transecting aynı mobilizasyon yapılır. Vertikal striktürotomiden sonra dorsal ağız ya da sünet derisi augmentasyonu yapılır. Kontinans büyük ölçüde korunur.

iii. Başarısız olunursa perineal transecting uç uca anastomoz kontinans kaybolacaktır. Artifisyonel sfinkter gerekecektir.

C. Mesane boynu

i. Basit prostatektomi sonrası (TUR, açık, lazer) oluşan mesane boynu darlıklarının onarımı radikal prostatektomi sonrası oluşanlara oranla daha komplekstir.

a. Komplet seperasyon. Retropubik uç uca anastomoz

b. Transvezikal açık prostatektomi ve mesane boynu rekonstrüksiyonu

c. Perineal vezikouretral reanastomoz (büyük ölçüde kontinans mekanizması bozulacağından artifisyonel sfinkter gerekebilir)

B. Radikal prostatektomi sonrası darlıklar Strictures after RRP a. Mesane boynu darlıkları basit prostatektominin aksine onarımı daha kolaydır. Bir mukozal şerit bırakılıp mesane boynu tamamen yüzeyel olarak rezeke edilmelidir. Distal sfinkter intakt ise

Enkontinans olmaz.

b. Rekalsitran (geçişe hiç müsaade etmeyen) darlıklarda perineal üretrovezikal reanastomoz yapılır. İnkontinans kaçınılmazdır.

Reanastomozlar üretra iskemisi nedeniyle tekrar daralma gösterebilirler.

C.Üretra, mesane boynu darlıklarıyla beraber rektovezikal, rektoüretal, üretrokutaneal fistüllerin olduğu veya radyoterapi görmüş kompleks olgular

LAPARASKOPİK DONÖR NEFREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Selçuk Şahin¹, Feyzi Arda Atar¹, Taner Kargı¹, Kamil Gökhan Şeker¹,
Mustafa Gürkan Yenice¹, Abdullah Hızır Yavuzsan¹, Volkan Tuğcu¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Laparoskopik Donör Nefrektomi Deneyimlerimiz

Yöntem: Son dönem böbrek yetmezliğinin tedavisinde böbrek nakli, hem sağkalım avantajı hem de yaşam kalitesini artırması nedeniyle artan sıklıkta tercih edilen yöntemdir. Son on yılda, verici nefrektomide standart yöntem laparoskopi olmuştur. Bu çalışmada, 30 olguya uyguladığımız laparoskopik canlı verici nefrektomi deneyimimiz ve sonuçlarını sunduk.

Bulgular: Şubat 2011-Ağustos 2014 tarihleri arasında kliniğimizde 30 olguya laparoskopik canlı verici nefrektomi operasyonu uygulandı. Hasta verileri tıbbi kayıtlardan elde edildi. Verici yaşı, cinsiyeti, operasyondaki tahmini kan kaybı, sıcak iskemi süresi, hastanede kalış süresi, vericinin operasyon öncesi ve operasyon sonrası birinci hafta, 1. ay ve 3. ay serum kreatinin düzeyleri, operasyon sırasında ve operasyon sonrası komplikasyonları değerlendirildi.

Çıkarımlar: Laparoskopik canlı verici nefrektomi güvenli ve minimal invazif bir yöntemdir.

KADAVERİK ERİŞKİN VERİCİDEN BÖLÜNMÜŞ AT NALI BÖBREK NAKLİ DENEYİMİ

Burhan Coşkun¹, Onur Kaygısız¹, Hakan Vuruşkan¹, Yakup Kordan¹, Sinan Çelen¹, Rustam Kadirov¹, Berna Aytaç Vuruşkan²

¹Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Böbrek nakli bekleyen hasta sayısı artmasına rağmen donör sayılarında artış aynı oranda olmamaktadır. Sayıyı artırmak için anatomik varyasyonların olduğu böbreklerde verici aday olarak kullanılabilir. At nalı böbrekler en sık görülen renal füzyon anomalisidir ve bu böbreklerde sıklıkla damar varyasyonu da görülmektedir. Bu böbreklerin donör olarak kullanılması nakil sayısında artışa katkı sağlayabilir. Burada kadaverik vericiden alınan at nalı böbreğin bölünerek iki farklı hastada kullanımı ve sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Beyin ölümü teşhisi konulan 40 yaşında erkek hastada, yapılan preoperatif ultrasonografide at nalı böbrek saptandı. Bu böbrekler 2 ayrı alıcıya nakledildi.

Bulgular: Çıkarım sırasında en blok olarak nefrektomi uygulandı. İsthmus düzeyinde böbrek dis-seke edilerek ayrıştırıldı. İsthmusun her iki böbrek tarafı alt pol arterinin iki dalı tarafından besleniyordu. Arter dallarından daha az kısmı kanlanan sol böbrek taraf dalı kullanılmadı. Ayrılan böbrekler 2 alıcıya nakledildi. Her iki operasyon sırasında da herhangi bir cerrahi veya medikal komplikasyon olmadı. Bölünmüş olan sağ böbrek 54 yaşında kadın alıcıya nakledildi. Soğuk iskemi süresi 12 saatti. Perfüzyonun tam olduğu izlendi. Postoperatif 5.günde serum kreatinin düzeyleri 1.1 mg/dL, postoperatif 2.günde rezistif indeks 0.7 olarak saptandı. Sol böbrek ise 47 yaşında kadın alıcıya nakledildi. Soğuk iskemi süresi 11 saatti. Alt polde kanlanma olmadığı izlendi. Postoperatif 2.günde rezistif indeks 0.56 olarak ölçüldü. Postoperatif 22.günde kreatinin değerleri 1.2 mg/dL'ye geriledi. Gecikmiş greft fonksiyonu ve akut rejeksiyon görülmedi.

Çıkarımlar: Böbrek naklinde at nalı böbrekler donör olarak güvenle kullanılabilir. Bu organ kıtlığına alternatif bir çözüm sağlayabilir. Mecbur kalınan durumlarda tek taraf alt pol arterinin ihmal edilmesi erken dönemde greft fonksiyonlarının ciddi boyutta etkilememektedir.

OLGU SUNUMU: EKSTROFİ VEZİKALİS NEDENİYLE PENN POŞ UYGULANAN HASTADA BÖBREK NAKLİ DENEYİMİ

Onur Kaygısız, Burhan Coşkun, Hakan Vuruşkan, Yakup Kordan,
Kadir Ömür Günseren, Rustam Kadirov

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: İleri derecede alt üriner sistem bozukluğu olan böbrek yetmezlikli hastalarda böbrek nakli uygulanabilirliğinin gösterilmesi.

Yöntem: Ekstrofi vesikalis tanısı ve çoklu operasyon öyküsü olan 25 yaşındaki kadın hastaya 2002 yılında Penn poş uygulandı. Temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) ile takip edilen ve vezikoüreteral reflüye sekonder sol hipoplazik böbreği olan hastada semptomatik atrofik böbrek gelişmesi üzerine sol nefrektomi yapıldı. 2010 yılında hipertansiyona sekonder kronik böbrek yetmezliği gelişmesi üzerine kronik hemodiyaliz tedavisi başlandı. Mayıs 2014'de 42 yaşındaki ablasının beyin ölümü gerçekleşmesi üzerine şartlı bağış ile ablasından tam HLA uyumlu böbrek nakli yapıldı.

Bulgular: İşlem öncesi hastaya skopi altında poşografi çekildi. Poşografi sırasında poştan kolon mayi ile uyumlu sıvı geldi. Hastaya operasyon ve enfeksiyon riskleri anlatılarak operasyona alındı. Sol böbrek nakli ekstraperitoneal olarak gerçekleştirildi, takiben periton açılarak poşa ulaşıldı, poş orta hattan sağa taraf uzanıyordu ve karın ön duvarı ile komşu idi. Sol üreter intraperitoneal olarak poşa anastomoz edildi. Post op 16. günde yara yerinden akıntısı olan hastaya ampicilin profilaksisi düzenlendi. Kültürde üreme olmayan hastada yara yeri lokal onarımın ardından eksterne edildi. Günde 6 kez TAK uygulayan ve greft fonksiyonu stabil olan (kreatinin: 1.2 mg/dL) hasta halen idame immünosupresif tedavi ile izlenmektedir. Bu dönemde enfeksiyon atağı olmamıştır.

Çıkarımlar: İleri derecede alt üriner sistem bozukluğu olan ve daha önce kontinan üriner diversiyon uygulanan son dönem böbrek hastalarında böbrek nakli başarıyla uygulanabilmektedir

KOMPLEKS ÜRETER VE RENAL VASKÜLER YARALANMALARDA TEDAVİ SEÇENEĞİ: RENAL OTOTRANSPLANTASYON

Fatih Ataç¹, Hasan Çetin², Ender Özden², Şaban Sarıkaya², Yakup Bostancı², Ali Faik Yılmaz², Yarkın Kamil Yakupoğlu²

¹Özel Ada Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

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

Amaç: Komplike üreter yaralanmaları ya da komplike böbrek vasküler yaralanmalarında yaptığımız renal ototransplantasyon (ROT) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Ekim 2006 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında 6 hastaya ROT yapıldı. Veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Nefrektomi ve böbrek perfüzyonu sonrası, bütün böbrekler iliak fossaya yerleştirildi. Soliter böbrekli bir hastada renal arter stenozu tanısıyla balon anjioplasti yapılırken intimal diseksiyon gelişmesi üzerine ROT kararı verildi. Nefrektomi sonrasında "arka masada" renal arter diseksiyon hattı çıkarıldı ve sentetik vasküler greft ile onarıldı. Diğer 5 hastaya üreteral avulsiyon nedeniyle ROT yapıldı. Üriner sistem bütünlüğü bir olguda pyelovezikostomi, bir olguda ROT ile eş zamanlı gerçekleştirilen appendix vermicularis ototransplantasyonu (AVOT), geri kalan dört olguda ise üreterler mesaneye ekstrevezikal yöntemle anastomoz edildi. Olgulardan sadece bir tanesi soliter renal üniteye yapıldı.

Bulgular: Eş zamanlı ROT+AVOT yapılan hastada postoperatif dönemde üriner ekstrevezasyon perkütan nefrostomi kateteri yerleştirilerek tedavi edildi. İki olguda renal ven trombozu tanısıyla postoperatif 2. ve 7. gününde nefrektomi yapıldı. Diğer dört graft halen fonksiyon göstermektedir. Hastalara ait veriler Tablo 1'de gösterildi.

Çıkarımlar: Renal ototransplantasyon, alternatif tekniklerin uygulanmadığı komplike üreter ve renovasküler yaralanmalarda efektif ve güvenli bir yöntemdir.

Tablo 1. Hastaların verileri

| | 1. Olgu | 2. Olgu | 3. Olgu | 4. Olgu | 5. Olgu | 6. Olgu |
|---------------------------------------|---------|---------|--------------|---------------------------------|--------------|--------------|
| Yaş (Yıl) | 46 | 44 | 55 | 47 | 61 | 60 |
| Cirruyet | E | E | E | K | E | K |
| Etyoloji | UY | RAİD | UY | UY | UY | UY |
| Soguk İskemi (dk) | - | 215 | 185 | 215 | 142 | 152 |
| Cerrahi süre | - | 315 | 275 | 450 | 235 | 620 |
| Yanış süresi (gün) | 10 | 9 | 15 | 50 | 12 | 28 |
| Bekleme (gün) | 0 | 0 | 0 | 44 gün Nefrostomili takip | 0 | 0 |
| Neşektomi | Açık | Açık | Laparoskopik | Açık | Laparoskopik | Laparoskopik |
| Takip (ay) | 87 | 50 | - | - | 15 | 7 |
| GFR Postoperatif 6. ay (ml /dk) | 114 | 52 | - | - | 84 | 56 |

RO (Renal Ototransplantasyon), RAİD (Renal Arter Diseksiyonu), UY (Üretral Yanıklama), RVT(Renal Ven Trombozu), GFR (Glomerüler Filtrasyon Hızı).

RENAL TRANSPLANTASYON VE EŞ ZAMANLI YAPILAN OGMENTASYON ÜRETEROSİSTOPLASTİLER : OMÜ DENEYİMİ

Fatih Ataç¹, Hasan Çetin², Ender Özden², Şaban Sarıkaya², Yakup Bostancı², Ali Faik Yılmaz², Yarkın Kamil Yakupoğlu²

¹Özel Ada Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

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

Amaç: Kronik renal yetmezliklerin en önemli sebeplerinden biri alt üriner sistem bozukluklarıdır. Alt üriner sistem bozukluğu (AÜSB) onarılmadan yapılan nakiller, transplante böbreğin sağkalımını etkilemektedir. Eş zamanlı renal transplantasyon (RT) ve üreterosistoplasti (ÜSP) yaptığımız olgularımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Temmuz 2009-Ağustos 2014 tarihleri arasında 5 olguya eş zamanlı RT ve ÜSP yapıldı. Hastaların hepsi erkekti. Son dönem böbrek yetmezliği (SDBY) nedeni 3 hastada veziko-üreteral reflü nefropatisi, 1 hastada posterior üretral valv idi. Bir hastanın etiolojisi bilinmiyordu. Tüm hastaların preoperatif sistometri ile değerlendirmesi yapıldı. Sistometride tüm olgular hipokomplan ve düşük mesane kapasitesine sahipti. Postoperatif takiplerinde sadece bir olguda Botox enjeksiyonu öncesi sistometrik kontrol yapıldı. Bir hasta haricinde tüm nakiller kadavradan yapıldı.

Bulgular: Hastaların ortanca yaş değeri 16 yaş (9-33), ortanca yatış süreleri 16 gün (13-33) idi. Ortalama sonda çekilme süresi ise 10,4±4,1 gündü. Ortanca 19 aylık takip sonunda tüm allografler fonksiyoneldi. Bir hastada akut rejeksiyon nedeniyle plazmaferez uygulandı. Postoperatif dönemde 1 hastaya Botox enjeksiyonu yapıldı. Tüm hastalar postoperatif dönemde temiz aralıklı kateterizasyon uyguladı. Bir hasta hariç hepsinde idrar yolu enfeksiyonu gelişti. Tüm olgularda üreter "Lich-Gregoir" tekniği ile mesaneye anastomoz edildi. Bir hastada posttransplant diabetes mellitus gelişti. Hastalara ait bulgular Tablo 1'de görülmektedir.

Çıkarımlar: RT öncesi iyi değerlendirme, dikkatli hasta seçimi ve uygun takip ile komplikasyon, greft ömrü ve hasta sağkalımı rutin renal transplantasyon hastalarından farklı değildir. Bu nedenlerden dolayı etiolojisinde AÜSB olan ve SDBY gelişen tüm hastalar transplantasyon adayı olarak görülmelidir.

Tablo 1: Hastaların verileri

| | 1. Olgu | 2. Olgu | 3. Olgu | 4. Olgu | 5. Olgu |
|----------------------------------|------------------|-----------------------------------|-------------|-------------|------------------|
| Yaş (yıl) | 16 | 33 | 31 | 13 | 9 |
| BMI (kg/m ²) | 21,3 | 18 | 20 | 24,1 | 21,4 |
| SDBY etyolojisi | VUR | VUR | Bilinmiyor | PUV | VUR |
| Renal Replasman Tedavisi | Periton Diyalizi | Hemodiyaliz | Hemodiyaliz | Hemodiyaliz | Periton Diyalizi |
| Diyaliz süresi (ay) | 24 | 168 | 96 | 12 | 42 |
| Soguk iskemi (dk.) | 765 | 952 | 1380 | 130 | 1140 |
| Kreatinin 6. Ay (mg/dl) | 0,59 | 0,8 | 1,32 | 0,73 | 0,74 |
| Akut Rejeksiyon | Yok | Var-Plazmaferez ile tedavi edildi | Yok | Yok | Yok |
| Posttransplant Üriner Enfeksiyon | Var | Var | Yok | Var | Var |

SISPLATİN VE PROTEOZOM İNHİBİTÖRÜ BORTEZOMİB'İN İNSAN MESANE KANSER HÜCRELERİNDEKİ SİNERJİSTİK ETKİSİ

Ece Konaç¹, Nuray Varol¹, İlker Kılıçcıoğlu¹, Cenk Y. Bilen²

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

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

Amaç: Sisplatin günümüzde kullanılan etkili bir anti-tümör ajan olup yaygın olarak farklı epitelyal orijinli tümörlerin tedavisinde kullanılmaktadır. Ancak, uzun süreli terapilerde direnç gelişimi sıkça görülen ve tedavide başarıyı engelleyen bir nedendir. Bu direnç mekanizmalarından biri azalmış apoptotik yanıttır. Mesane kanserini de içeren çok çeşitli kanser türlerinde sıklıkla Bcl-2 ifadenme düzeyi artmış olup sisplatin direnç gelişim mekanizmalarından birisi olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda proteozom inhibisyonunun hücre içerisinde artmış pro-apoptotik protein birikimine yol açarak hücreleri apoptoza yönlendirdiği gösterilmiştir. Çalışmamızda, sisplatin'in proteozom inhibitörü ile birlikte kullanımının dirence neden olan Bcl-2 üzerindeki etkisinin araştırılmasını amaçladık.

Yöntem: Bu bağlamda, sisplatin (0-20 μ M) ve proteozom inhibitörü (0-300nM)'nin T24 insan mesane kanser hücre hattı üzerine sitotoksik etkisi zamana ve doza bağımlı WST-1; BCL-2 ve BCLxL hedef genlerinin ifadenme düzeyleri Real-time PCR; aktif kaspaz 3 protein düzeyi ELISA ve Bcl-2, BclxL, Bim, Bik, Kaspaz 8 ve Kaspaz 9 protein düzeyleri Western Blot yöntemleri kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Bulgularımıza göre, sisplatin ve proteozom inhibitörünün tek başlarına kullanımına nazaran kombinasyonlarının anti-apoptotik proteinler Bcl-2 ve BclxL'yi kontrole göre azalttığı gözlemlendi. Bununla birlikte pro-apoptotik proteinler Bim ve Bik ile Kaspazlar (Kaspaz 3, Kaspaz 8 ve Kaspaz 9)'ın kontrole nazaran ekspresyonlarının arttığı belirlendi.

Çıkarımlar: Sonuç olarak; sisplatinin proteozom inhibitörü ile kombinasyonu tümör hücre proliferasyonunun kuvvetli inhibisyonunda sinerjistik etki sağlayabilmekte ve sisplatin direncinin engellenmesinde yeni moleküler hedeflerden biri olabileceğini düşünmekteyiz.

BÖBREK KİTLELERİNDE NEFRON KORUYUCU CERRAHİNİN ETKİNLİĞİ: KLİNİK DENEYİMİMİZ

Ali Güneş, Serhan Çimen, Ali Beytur, Fatih Oğuz, Caner Ediz, Mehmet Levent Akbulut

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Tek odaklı ve santral yerleşimli olmayan 4 cm'nin altında böbrek tümörüne 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 2014 yılları arasında renal kitle saptan ve tedavi amacıyla NKC uygulanan toplam 21 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 14 ü bayan 7 si erkek ve ortalama yaşı 55,04 (38-67) olarak saptandı. Tespit edilen tümörlerin 7 si sol böbrek, 14 ü sağ böbrekte yerleşimli iken yine bu tümörlerin 7 si üst pol, 3 ü orta pol ve 11 i alt pol yerleşimli idi. Ortalama tümör çapı 45,1 mm (20-65 mm) olarak belirlendi. NKC tüm hastalarda elektif uygulandı. Hastaların postop ve preop hemoglobin değerleri karşılaştırıldığında ortalama hemoglobin düşüşü 1,8 g/dL/ (0,3/4,4 g/dL) olarak bulundu. Soğuk iskemi süresi ortalama 3,5 dakika (3-7 dk) idi. Histopatolojik tanı 6 hastada Klasik Renal hücreli Karsinom (%28,57), 5 hastada Papiller renal hücreli karsinom (%23,80), 2 hastada Kromofob Renal hücreli karsinom (%9,53), 3 hastada Berrak hücreli karsinom (%14,29), 3 olguda (%14,29) onkositom ve 1 hastada (%4,76) anjiomyolipom ve 1 hastada Metanefrik adenom (%4,76) olarak rapor edildi. Cerrahi sınır tüm hastalarda negatif idi. Perioperatif dönemde 3 hastaya (%14,29) kan transfüzyonu yapılırken 1 hastada (%4,76) hemorotaks geliştiği tespit edildi. Postoperatif izlemde 3 hastada (%14,29) idrar ekstravazasyonu olması üzerine JJ stent uygulaması işlemi yapıldı. Hastaların ortalama hastanede kalış süresi 4,95 gün (2-7 gün) olarak tespit edildi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar böbrek tümörlerinde nefron koruyucu cerrahinin kabul edilebilir bir onkolojik başarı ve minimal komplikasyon oranlarıyla güvenli bir şekilde uygulanabileceğini düşündürmektedir.

ŞEFFAF HÜCRE DIŞI HİSTOLOJİLİ RENAL HÜCRELİ KARSİNOM OLGULARINDA PARSİYEL NEFREKTOMİ SONUÇLARIMIZ

Nurullah Hamidi, Evren Süer, Mehmet İlker Gökce, Sümer Baltacı, Yaşar Bedük

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-İ Sina Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde parsiyel nefrektomi yapılan renal hücreli kanser (RHK) olgularında şeffaf hücreli RHK olmayan hastaların kansere özgü sağkalım (KÖS) oranı ve KÖS oranını öngören faktörleri belirlemeyi amaçladık.

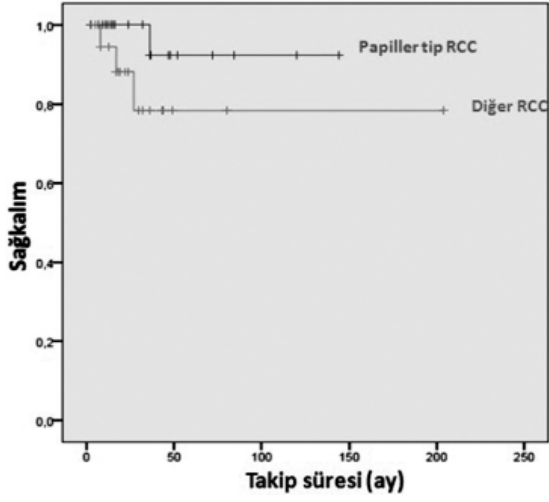
Yöntem: 1998 Ocak – 2014 Şubat arasında kliniğimizde RHK nedeniyle açık parsiyel nefrektomi (APN) yapılan, şeffaf hücreli RHK olmayan pT1-3N0M0 evreli 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin yanında patolojik T evre, tümör derecesi, tümör boyutu, sarkomatoid değişiklik, lokal nüks, cerrahi sınır pozitifliği, mikrovasküler invazyon ve metastatik progresyon parametreleri de incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 50 hastanın 15'i kadın (%30'u) 35'i (%70'i) erkekti. Ortanca takip süresi 36 (2-204) ay, ortalama yaş ise $59 \pm 5,9$ olarak belirlendi. Tüm hastalarda 5 yıllık genel sağkalım (GS) ve KÖS oranları sırasıyla % 90 ve % 92 olarak belirlendi. Papiller ve papiller olmayan RHK olguları için 5 yıllık KÖS oranları sırasıyla % 92 ve % 78 olarak belirlendi [(p=0,158), (Şekil 1)]. Tümör derecesi grade 1-2 ve 3-4 olan hasta gruplarının 5 yıllık KÖS oranları sırasıyla % 100 ve % 54 olarak belirlendi (p=0.002). Mikrovasküler invazyonu olan 11 hasta ile invazyon olmayan 39 hasta karşılaştırıldığında 5 yıllık KÖS oranları sırasıyla % 61 ve % 94 olarak belirlendi (p=0.004). Takiplerde bir hastada cerrahi sınır pozitifliği, iki hastada lokal nüks ve üç hastada metastaz izlendi. Çok değişkenli analizde ise sağkalımı belirleme açısından sadece fuhrman derecenin istatistiksel olarak anlamlı (p=0.014, HR: 5.58, %95 CI 1,425 - 21,845) olduğu görüldü (Tablo 1).

Çıkarımlar: Şeffaf hücreli RHK olmayan hastalarda histolojik alttip ne olursa olsun parsiyel nefrektomi ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu histolojik alt tiplerin her birinde parsiyel nefrektomi sonuçlarını değerlendirilebilmek için prospektif ve daha geniş hasta popülasyonu içeren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. 5 yıllık kansere özgü sağkalımı gösteren tek ve çok değişkenli analizler

| | Çok değişkenli analiz | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| | HR | Güven aralığı | P değeri |
| Fuhrman derece | 5,58 | 1,425 - 21,845 | *0,014 |
| Mikrovasküler invazyon | | | 0,14 |
| Pozitif cerrahi sınır | | | 0,44 |
| Lokal rekürrens | | | 0,34 |
| HR, hazard ratio; | | | |
| *istatistiksel olarak anlamlı | | | |



Şekil 1.

PROSTAT KANSERİ TANILI HASTALARDA FİZİKSEL FONKSİYON VE FİZİKSEL AKTİVİTE DÜZEYİNİN YAŞAM KALİTESİ İLE ARASINDAKİ İLİŞKİ: PİLOT ÇALIŞMA

Kadirhan Özdemir¹, İlke Keser¹, İlker Şen², Mustafa Özgür Tan²

¹Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bu çalışmanın amacı prostat kanseri tanılı hastalarda fiziksel fonksiyon ve fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi ile olan ilişkisini araştırmak ve birbirini etkileyebilecek parametreleri belirlemektir.

Yöntem: Çalışmaya Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda ürolog tarafından prostat kanseri teşhisi konmuş, radikal prostatektomi cerrahisi geçirmiş 11 hasta (yaş ortalaması: 63.45±6.3yıl) dahil edildi. Metastaz ve bağımsız mobilite kaybı olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Hastaların fiziksel fonksiyonu Zamanlanmış Kalk Yürü Testi (ZKY), fiziksel aktivite düzeyi Godin Boş Zaman Egzersiz Anketi (GBZEA) ile ölçüldü. Yaşam kalitesi bedeni durum (BD), sosyal yaşam/aile durumu (SYAD), duygusal durum (DD), faaliyet durumu (FD) ve diğer endişeler alt testlerinden oluşan Kanser Tedavisinin Fonksiyonel Değerlendirilmesi-Prostat (KTFD-P) anketinin Türkçe versiyonu ile değerlendirildi. İstatistiksel analizde Spearman korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: ZKY testi ile SYAD ($r=-0.63$, $p=0.03$) ve ZKY ile FD ($r=-0.70$, $p=0.01$) arasında yüksek derecede negatif yönde korelasyon bulundu. GBZEA ile FD ($r=0.61$, $p=0.04$) arasında yüksek derecede pozitif yönde korelasyon saptandı. ZKY testi ile KTFD-P anketi ($p>0.05$) ve GBZEA ile KTFD-P anketi ($p>0.05$) arasındaki ilişki anlamlı değildi.

Çıkarımlar: Bu pilot çalışmada, PKa tanılı hastalarda yürüme fonksiyonunun artması ile sosyal yaşamın olumlu yönde etkilenebileceği görüldü. Fiziksel fonksiyon ve fiziksel performansın gelişimi sırasıyla yürüme hızı ve boş zaman egzersiz alışkanlıklarının artışı ile sağlanabilmektedir. Bu nedenle kanser rehabilitasyonunda önemli yeri olan faaliyet durumunun geliştirilmesinin, hem yürüme performansının hem de fiziksel aktivite düzeyinin artırılması ile mümkün olabileceği düşünülmüştür.

SERUM PSA DEĞERİ 3-10 NG/ML OLAN HASTALARDA İLK BİYOPSİ KARARI VERMEDE MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEME VE PCA3'ÜN KATKILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sezgin Okçelik¹, Hasan Soydan¹, Ufuk Berber², Ferhat Ateş¹, Hasan Saygın³, Güner Sönmez¹, Ahmet Kenan Karademir¹

¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Çorlu Asker Hastanesi, Patoloji Kliniği, Tekirdağ

³Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: PSA değeri 3-10 ng/ml arasında ve rektal muayeneleri normal olan hastalarda ilk biyopsi kararı verilirken multiparametrik MRG ve PCA3'ün katkılarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır

Yöntem: Çalışma prospektif ve tek merkezli olarak planlanmıştır. Şubat 2013 ve Mart 2014 arasında serum PSA değerleri 3-10 ng/ml arasında ve rektal muayene anormalliği olmayan, ilk defa prostat biyopsisi planlanan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Her hastaya biyopsiden 1 hafta önce multiparametrik MRG(Difüzyon, Spektroskopi, Konstrastlı Dinamik, T2) çekildi. En az iki MRG'de gösterilen lezyon multiparametrik MRG'de lezyon olarak değerlendirildi. Biyopsi öncesi her hastadan prostat masajı sonrasında PCA3 çalışılmak üzere idrar alındı. PCA3 skorunun 35 üzerinde olması anlamlı kabul edildi.Daha sonra MRG'de görülen lezyonlara yönlendirilmiş biyopsi alındı.

PSA'sı yüksek hastalar PCA3' ü yüksek ve normal olarak iki gruba ayrıldı. Bu iki grup da MRG'leri lezyon pozitif ve negatif olarak ikiye ayrıldı. PSA' sı yüksek, PCA3 skoru yüksek, MRG' de lezyon pozitif olan hastalarda tümör görülme oranı ve pozitif prediktif değeri hesaplandı. PSA' sı yüksek olup, PCA3 skoru düşük, MRG' si negatif olan hastalarda tümör görülme oranı ve negatif prediktif değeri de hesaplandı.

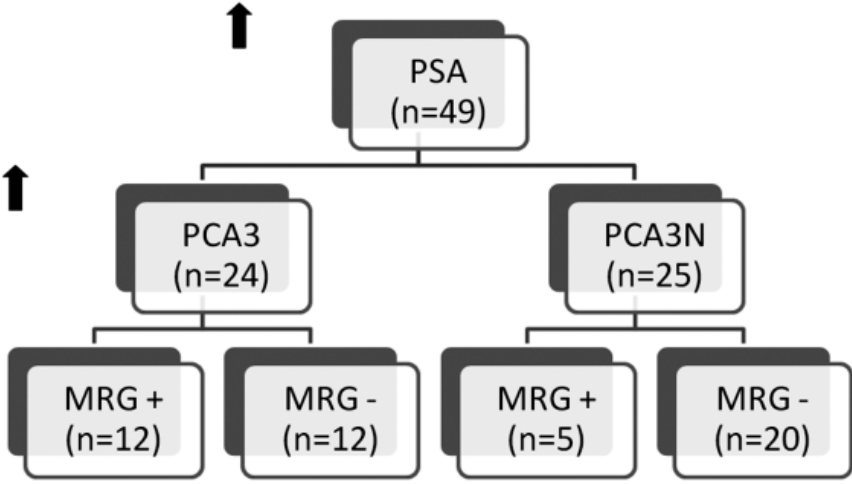
Bulgular: Şubat 2013 ile Mart 2014 arasında 53 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşları 61,22±1,06 idi. Ortalama PSA değeri 5,13±0,19 ng/ml idi. Ortalama PCA3 skoru 98,01±23,13 idi. Ortalama prostat boyutu 48,96± 2,67 gramdı.

Ortalama 12,73±0,13 kor biyopsi alındı. 53 hastanın 19'unda prostat kanseri saptandı. Ortalama 3,21±0,45 korda tümör saptandı. Genel tümör saptama oranı %35,8 olarak belirlendi. İlk biyopsileri ASAP olan iki hastanın ikinci biyopsileri benin olarak raporlandığı için ileri değerlendirmeler yapılırken benin olarak kabul edildi.

Hem PCA3 skoru hem de multiparametrik MRG' si olan 49 hasta vardı. PCA3 skoru yüksek olan 24 olgu vardı. Bunların 14' ünde tümör saptandı. Buna göre PCA3' ün pozitif prediktif değeri %58,33 olarak saptandı. PCA3'ü yüksek olup multiparametrik MRG'de lezyonu olan 12 hasta vardı. Bu 12 hastanın 11'inde tümör saptandı. Çalışmamızda PCA3 yüksek iken multiparametrik MRG'de de lezyon saptandığında pozitif prediktif değerinin %91,66'ya yükseldiği görüldü.

PCA3 skoru normal olan 25 hasta vardı. Bu 25 hastanın sadece 1' inde tümör saptandı. Yirmidört hastada tümör saptanmadı. Buna göre PCA3'ün negatif prediktif değeri %96 olarak hesaplandı. Bu 25 hastanın 20'sinde MRG' de lezyon görülmedi. Bu hastalardan sadece 1 hastada tümör saptandı. PCA3'ü düşük olan hastalarda multiparametrik MRG'de de lezyon görülmediğinde negatif prediktif değer %95 olarak değerlendirildi. Bu şekilde duyarlılık %91,66, özgüllük %95 olarak hesaplandı.

Çıkarımlar: Bu hasta grubunda PCA3 değeri yüksekse, bu hastalara multiparametrik MRG çektirerek biyopsi kararı güçlendirilebilir. PCA3 değeri düşükse MRG çektirmeye gerek olmadan hastalar takip edilebilir.



Şekil 1

SERUM PSA DEĞERİ 3-10 NG/ML OLAN HASTALARDA İLK BİYOPSİ KARARI VERMEDE PCA3' ÜN KATKILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sezgin Okçelik¹, Hasan Soydan¹, Ufuk Berber², Ferhat Ateş¹,
Ahmet Kenan Karademir¹

¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Çorlu Asker Hastanesi, Patoloji Kliniği, Tekirdağ

Amaç: Serum PSA değeri 3-10 ng/ml olup rektal muayenesi normal olan hastalarda ilk biyopsi kararı verirken PCA3'ün faydasını değerlendirmek

Yöntem: Çalışma prospektif ve tek merkezli olarak planlanmıştır. Şubat 2013 ve Mart 2014 arasında serum PSA değerleri 3-10 ng/ml arasında ve rektal muayene anormalliği olmayan, ilk defa prostat biyopsisi planlanan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Her hastadan biyopsi öncesi PCA3 çalışılmak üzere prostat masajı sonrasında ilk 20-30 cc idrarları alındı. PCA3 çalışması GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Kliniğinde Kantitatif Gerçek Zamalı Multipleks PCR ile yapılmıştır. Daha sonra hastalardan MRG ile yönlendirilmiş biyopsi alındı. PCA3 değeri yüksek olan ve düşük olanlar arasında tümör saptama oranları arasındaki fark ve PCA3 ile prostat boyutu ve yaş arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Şubat 2013 ile Mart 2014 arasında 53 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların ortalama yaşları 61,22±1,06 idi. Ortalama PSA değeri 5,13±0,19 ng/ml idi. Ortalama PCA3 skoru 98,01±23,13 idi. Ortalama prostat boyutu 48,96± 2,67 gramdı. İki hastanın idrarı onbeş dakika içinde laboratuara ulaştırılmadığı için çalışmaya dahil edilmedi. Bu iki hastanın birinde tümör saptandı, birinde saptanmadı. Bir hastada da prostata uygulanması gereken masaj yapılmadığı için PCR çalışmadı. Bu hastada da biyopsi sonucunda prostat adenokarsinomu rapor edildi. Elli hastanın idrarı PCA3 değerlendirmesi için uygundu. PCA3 değerlendirmesi için idrarları uygun olan bu 50 hastanın 15' inde tümör saptandı. Patolojisi tümör olarak raporlanan fakat idrarları olmayan 2 hasta değerlendirmeye alınmadı. Elli hastanın 25' inde PCA3 skoru 35 üzerindeydi. 25 hastanın 14'ünde tümör saptandı(%56). PCA3 skoru 35 altında olan 25 hastanın 1'inde prostat kanseri saptandı(%4). Tümör saptanan hastada tek kadranda gleason 3+3 prostat adenokarsinomu saptandı. Bu hasta aktif izleme alındı. Eşik değer 35 olarak alındığında PCA3 değeri yüksek olan hastalarda anlamlı derecede fazla tümör saptandı(p=0,0001)(Tablo 1) Yaş ve prostat boyutuna göre PCA3'teki değişimler incelendiğinde PCA3'ün yaş ve prostat boyutundan bağımsız olduğu görüldü(Tablo 2)

Çıkarımlar: PCA3 değeri yüksek olan hastalarda, PSA' ya üstün olarak prostat boyutu ve yaştan bağımsız olarak anlamlı derecede tümör saptanmış olup , biyopsi kararı vermede PCA3 fayda sağlamıştır.

Tablo 1

| | | Tümör Yok | Tümör Var | | P |
|------|-----|-----------|-----------|----|--------|
| PCA3 | <35 | 24 | 1 | 25 | |
| | >35 | 11 | 14 | 25 | 0,0001 |

Tablo 2.

| | | r | P |
|------|----------------|--------|-------|
| PCA3 | Yaş | 0,002 | 0,988 |
| | Prostat Boyutu | -0,018 | 0,904 |

BÖBREK TÜMÖRLERİNDE NEFRON KORUYUCU CERRAHİ SONRASINDA LOKAL NÜKS: KRİTİK ANALİZ

Tarık Esen¹, Ömer Acar², Ahmet Musaoğlu²

¹Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Vkv Amerikan Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada böbrek tümörü nedeniyle nefron-koruyucu cerrahi (NKC) yapıldıktan sonra lokal nüks gelişen hastaların klinik özellikleri ve onkolojik sonuçları incelendi.

Yöntem: 2001-2014 yılları arasında, aynı cerrah tarafından, böbrek tümörü nedeniyle açık ya da robot-yardımlı NKC yapılan 201 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Postoperatif dönemde lokal nüks gelişen hastalardaki klinik özellikler, perioperatif bulgular, histopatolojik özellikler ve onkolojik sonuçlar irdelendi.

Bulgular: Yukarıda belirtilen süre zarfında NKC yapılmış hastaların 7'sinde (%3.4) postoperatif dönemde lokal nüks tespit edildi. Bu hastaların tamamı erkekti ve ortalama yaş 65.5 ± 8.7 yıl (50-78 yıl) olarak hesaplandı. NKC esnasında lokalize böbrek tümörü olan 5 hastanın klinik evresi, 3 hastada T1a, 1 hastada T1b ve 1 hastada T2a idi. Geriye kalan 2 hastanın birinde, bir tarafa RCC için radikal nefrektomi yapıldıktan sonra akciğerde metastaz ve kalan tek böbreğinde metakron tümör (4.5 cm) tespit edildi. Bu hastada pulmoner metastazektomiyi takiben soliter böbreğe NKC uygulandı. Diğer hasta ise, bilateral senkron böbrek tümörü ile başvurmuştu, tek tarafa radikal nefrektomi yapıldıktan sonra, diğer böbreğindeki 3 cm çapındaki tümör için ayrı bir seansta NKC uygulandı.

Beş hastada açık cerrahi tercih edilirken, diğer 2 hastada robotik NKC uygulandı ve bunların bir tanesinde hemodinamik instabilite nedeniyle açık konversiyon gerekti. Ortalama tümör çapı 4.7 ± 1.5 cm (3-7.2cm) idi ve buna göre patolojik evre, 4 hastada T1b, 2 hastada T1a, 1 hastada ise T2a olarak kaydedildi. Eksize edilen tümörlerin 5 tanesi berrak hücreli RCC iken, diğer 2 tanesi kromofob RCC idi. Fuhrman derecesi 4 ve 3 hastada, sırasıyla 3 ve 2 olarak kaydedildi. Cerrahi sınır 2 hastada pozitif raporlandı.

NKC'den ortalama 27.5 ± 29.2 ay (2-88 ay) sonra tespit edilen lokal nükslerin ortalama çapı 3.5 ± 1.3 cm (1.3-5cm) idi ve bir hastada birden çok rekürren tümöral lezyon mevcuttu. Üç hastada radyolojik nüks şüphesi, RCC ile uyumlu biyopsi bulguları ile konfirme edildi.

Hastaların 6 tanesinde lokal nüks nedeniyle radikal nefrektomi yapıldı. Metastatik RCC'si olan ve soliter böbreğinde metakron tümör tespit edilen hastada ise hedefe yönelik tedavi tercih edildi. Tamamlayıcı nefrektomi yapılan ve patoloji raporuna ulaşabildiğimiz sırasıyla 1, 2 ve 2 hastada pT1a, pT1b ve pT4 hastalık tespit edildi. Ortalama 48 aylık (14-102 ay) takip neticesinde böbrek kanserine veya diğer sebeplere bağlı mortalite kaydedilmedi. Radikal nefrektomiden 4 ay sonra karaciğerinde PET (+) milimetrik odaklar saptanan bir diğer hastaya ise hedefe yönelik tedavi başlandı.

Çıkarımlar: Nefron koruyucu cerrahiden sonra nadir de olsa lokal nüks gelişebilmektedir. Lokal nüksü tedavi etmek ve olası sistemik progresyonu engellemek için morbiditeyi arttırabilecek ilave medikal ve/veya cerrahi tedaviler gerekli olmaktadır. Bu bulgular NKC sonrası izlenecek izlem protokolünün önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

PROSTAT KANSERİNDE TMPRSS2/ERG GEN FÜZYON VARLIĞININ ARAŞTIRILMASI VE PROGNOSTİK PARAMETRELERLE KARŞILAŞTIRILMASI

Ömer Yılmaz¹, Sezgin Okçelik¹, Ufuk Berber², Ferhat Ateş¹, Ercan Malkoç¹, Hasan Soydan¹

¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Çorlu Asker Hastanesi, Patoloji Kliniği, Tekirdağ

Amaç: Prostat kanseri etyolojisinde rol aldığı belirtilen TMPRSS2 ve Erg genleri arasındaki füzyonun immünohistokimya ve FISH yöntemleri ile araştırılarak Türk popülasyonunda rekombinant füzyon gen sıklığının ve klinikopatolojik parametrelerle ilişkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Bu çalışma 2000-2012 yılları arasında hastanemizde radikal retropubik prostatektomi uygulanmış hastalara ait arşivdeki parafin bloklardan 4 mm çapında doku örnekleri alınarak gerçekleştirildi. Tümör dokuları ile hazırlanan bloklardan 5 µm kalınlığında kesitler alınarak Patoloji laboratuvarında mevcut olan immünohistokimyasal boyama cihazında FISH ve immünohistokimya yöntemi ile TMPRSS2 - Erg füzyon varlığına yönelik boyamalar yapıldı. Füzyon varlığının prognostik öneminin araştırılması için hastalara ait yaş, Gleason skoru, tümör hacmi, ilk Gleason skoru, prostat hacmi, PNI hastaların dosyaları taranarak elde edildi. Füzyon gen sıklığının bu parametrelerle de ilişkisi incelendi. TMPRSS2/ERG açısından veriler pozitif ve negatif olmak üzere kategorize edildi. Hasta yaşı, prostat hacmi, tümör hacmi sürekli değişkenler; Gleason skoru, ilk Gleason skoru, patolojik evre ve perinöral invazyon pozitif olması açısından veriler kategorik değişken olarak değerlendirildi. Veriler SPSS 16.0 (SPSS Inc. Chicago Illinois USA) ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma değerleri olarak tanımlandı. Her bir değişkenin TMPRSS2/ERG pozitifliği ve negatifliği ile ilişkisi bağımsız değişkenler t testi ile incelendi. TMPRSS2/ERG pozitifliğinin hangi parametre ile ilişkisi olduğu logistic regresyon analizi ile incelendi. İstatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ değeri kabul edildi.

Bulgular: 2000-2012 yılları arasında toplam 99 hastanın parafin blokları incelendi. Hastaların ortalama yaşı $62,02 \pm 5,93$ idi. Ortalama prostat hacmi $50,02 \pm 20,67$ idi. Ortalama tümör hacmi $3,19 \pm 4,16$ idi. 46 hastada TMPRSS2-ERG gen füzyonu mevcuttu (% 46,5). TMPRSS2/ERG pozitifliğini tahmin etmek için hasta yaşı, prostat hacmi, tümör hacmi, Gleason skoru, patolojik evre ve perinöral invazyon değerlerinden hiçbirinin kullanılmayacağı logistic regresyon analizi ile gösterildi. (Tablo 1). Bağımsız değişkenler t testi ile ayrı ayrı değerlendirildiğinde de hiçbirinde anlamlı fark oluşmadığı görüldü (Sırayla $p=0,815$ $0,135$ $0,622$ $0,309$ $0,832$ $0,247$). Bu bulgular, TMPRSS2/ERG pozitifliğinin tümörün biyolojik davranışı ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir. Türk toplumunu yansıtan 99 hastalık serimizde genel olarak prostat kanserli hastalarda TMPRSS2/ERG pozitiflik oranı % 46,5 olarak bulunmuştur.

Çıkarımlar: TMPRSS2-Erg füzyon geninin bulunması klinikopatolojik değişkenleri etkilememekle birlikte, prostat kanserli hastalarda Türk toplumunda literatürle uyumlu olarak % 46,5 olarak saptanmıştır.

Tablo 1. Çok Değişkenli Analiz

| Değişken | P |
|-----------------|------|
| Yaş | 0,8 |
| Gleason | 0,48 |
| TmHacmi | 0,46 |
| İlkGleasonSkoru | 0,3 |
| PNI | 0,88 |
| prostathacmi | 0,09 |

ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ SERİMİZ

İlter Tüfek¹, Selçuk Keskin¹, Burak Argun², Ahmet Şahin¹, Ali Rıza Kural¹

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Özel Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Robot yardımlı parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastaların peroperatuar ve postoperatuar bulgularını incelemek.

Yöntem: Nisan 2008-Temmuz 2014 tarihleri arasında kliniğimizde 104 hastaya robotik cerrahide deneyimli tek bir cerrah tarafından RYPN uygulandı. Tüm hastalarda transperitoneal yol kullanıldı. Ortalama hasta yaşı ve vücut kütle indeksi sırasıyla 54 (26-77) ve 28.7 (19-48) kg/m2 idi.

Bulgular: Serideki ortalama tümör çapı 31.4 (10-59) mm. olarak saptandı. Ortalama operasyon süresi 135.6 (54-285) dakika, sıcak iskemi süresi ise 19.1 (0-40) dakika idi. Hesaplanan ortalama kan kaybı 212 (10-1000) ml. idi. Hastanede kalış süresi ortalama 3.8 (3-8) gün olarak bulundu. Histopatolojik inceleme sonucunda 94 hastada renal hücreli karsinom, 4 hastada onkositom, 1 hastada kalsifiye benign lezyon, 1 hastada anjiomyolipom, 1 hastada hemorajik kist, 1 hastada mikst epitelyal stromal tümör, 1 hastada renal infarkt, 1 hastada düşük dereceli perirenal yağ liposarkomu saptandı. Tüm hastalarda cerrahi sınır negatifti. Toplam 8 hastada komplikasyon (4 hastada Gr IIIB, 2 hastada Gr II, 1'er hastada Gr I, ve Gr IVA) görüldü. Dört hastaya (%4) kan transfüzyonu yapıldı.

Çıkarımlar: RYPN belirli bir robotik cerrahi deneyim kazanıldıktan sonra böbrek kitlelerinin tedavisinde güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİSİ ÖNCESİ YAPILAN MULTİPARAMETRİK MANYETİK REZONANS İNCELEMESİNİN BİYOPSİ SONUÇLARINI ÖNGÖRMEDEKİ YERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nurullah Hamidi, Mehmet İlker Gökce, Perviz Hacıyev, Aykut Akıncı, Sümer Baltacı

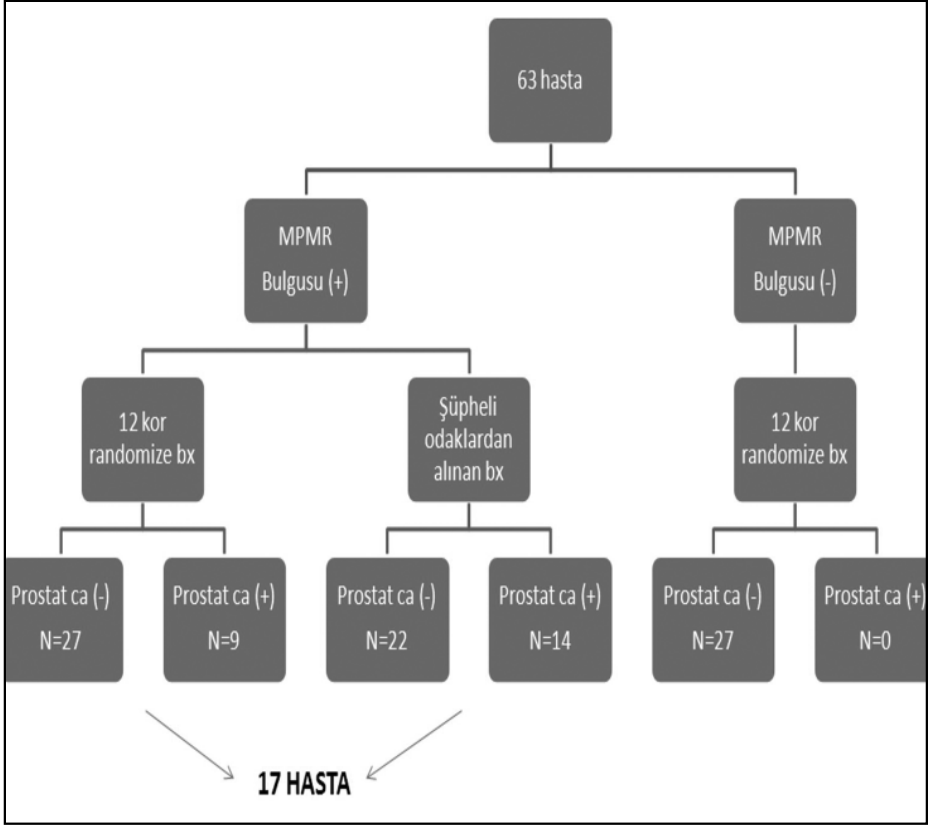
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Transrektal US eşliğinde prostat biyopsisi yapılacak olan hastalarda biyopsi öncesi multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme (MPMR) yapılmasının biyopsi sonuçlarının doğruluğuna olan katkısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Ağustos 2013 - Haziran 2014 tarihleri arasında PSA değeri 2,5 ng/ml'nin üzerinde ve/veya rektal muayenede şüpheli bulgular nedeniyle prostat biyopsisi planlanan 63 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar biyopsi öncesinde MPMR ile değerlendirildi ve sonrasında TRUS eşliğinde kognitif biyopsi yapıldı. MPMR pozitif ve negatif olmak üzere tüm hastalar iki gruba ayrıldı. MPMR'da şüpheli odak izlenen hastalarda rutin olarak alınan 12 odak biyopsiye ek olarak şüpheli odaklardan da biyopsi yapıldı. Tüm hastalar patoloji sonuçlarına göre değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 52'sinde birinci biyopsi yapılırken 11 hastaya ikinci biyopsi yapıldı. 17 hastada (% 27) prostat kanseri tespit edildi. Hastaların 36'sında (% 57) MPMR'da şüpheli odak izlendi. Şüpheli odaklarından alınan biyopsilerde 14 hastada (% 38) prostat kanseri saptanırken, 3 hastada yalnızca rutin biyopsi odaklarında kanser saptandı, MPMR'da bu 3 hastada şüpheli alan izlenmedi. Öte yandan, 9 (% 25) hastada şüpheli odak dışındaki alanlardan alınan rutin (12 kadrant) odaklarda da prostat kanseri izlendi. MPMR incelemesinde şüpheli odak izlenmeyen 27 hastada yalnızca rutin 12 odak biyopsi yapıldı ve hiçbirinde prostat kanseri izlenmedi (Şekil 1). MPMR incelemesinin prostat kanserini saptamadaki duyarlılığı % 100, özgüllüğü % 58, negatif prediktif değeri % 100, pozitif prediktif değeri % 47 olarak hesaplandı.

Çıkarımlar: MPMR görüntülemesinde prostat kanseri açısından şüpheli odak bulunmayan hastalarda gereksiz biyopsi oranı azaltılabilir. Özellikle rebiyopsi planlanan hastalarda MPMR ile gereksiz biyopsi oranı azaltılabilir.



Şekil 1.

VASKÜLER RİSK FAKTÖRLERİYLE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ARASINDA İLİŞKİ VAR MIDIR?

Soner Çoban¹, Soner Cander², Mehmet Şakir Altuner³, Ali Rıza Türkoğlu¹,
Muhammet Güzelsoy¹, Özen Öz Gül², Ali Tekin⁴

¹S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bursa

²S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji, Bursa

³S.B. Bursa Şevket Yılmaz Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahiliye, Bursa

⁴Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

Amaç: Vasküler risk faktörleriyle alt üriner sistem yakınmaları (AÜSY) arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Ocak 2012-Nisan 2013 tarihlerinde üroloji ve endokrinoloji polikliniklerine başvuran 116 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların detaylı anamnezi alındıktan sonra serum lipid (total kolesterol, HDL ve Trigliserid) değerleri, tam idrar tetkik ve mikroskopisi, HbA1c, açlık kan şekeri, ürik asit, kreatinin, ALT, AST, prostat volümü ve ayrıca 50 yaş üstü hastalardan serum total ve serbest prostat spesifik antijen (PSA) düzeyleri bakıldı. Risk faktörü mevcudiyetleri (Hipertansiyon, dislipidemi, Diabet, koroner arter hastalığı, obezite), yaş, vücut kitle indeksi (VKİ), kilo, bel çevresi, vücut yağ oranı değerleri kaydedildi. Hastaların Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) sorgulandı. Mesane boşaltım hızı ürofloometri, prostat volümü ise suprapubik ultrasonografi ile değerlendirildi.

Bulgular: Tüm hasta grubu dikkate alındığında 41(% 35.3) hastada hipertansiyon, 54(%46.6)'ünde dislipidemi, 68(%58.6)'inde Diabetes Mellitus, 34 (% 29.3)'ünde koroner arter hastalığı, 39(% 33.6)'unda obezite mevcuttu. Hastalar 5 risk faktörüne göre gruplandırıldığında; risk faktörü olmayan (14 hasta), grup 1; 1-2 risk faktörü olan (65 hasta), grup 2; 3 ve üzeri (3,4,5) risk faktörü olan (37 hasta) grup 3 olarak sınıflandırıldı. Gruplar arasında yaş, prostat volümü, işeme fonksiyonu parametreleri ve IPSS açısından anlamlı farklılık saptanmadı.

Çıkarımlar: Bu prospektif çalışmada vasküler risk faktörlerinin AÜSY'nı etkilemediği sonucuna ulaştık.

RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ MATERYALLERİNDE SAPTANAN RASTLANTISAL PROSTAT KANSERLERİ

Hakan Türk¹, Mustafa Karabıçak¹, Hüseyin Tarhan¹, Özgür Çakmak¹, Gökhan Koç¹, Tufan Süelözgen¹, Mehmet Yoldaş¹, Ferruh Zorlu¹, Sıtkı Ün²

¹S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

²Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir,

Amaç: Çalışmamızın amacı, mesane tümörü nedeniyle radikal sistoprostatektomi uygulanan olgularda rastlantısal olarak saptanan prostat kansinomu sıklığını ve klinikopatolojik özelliklerini araştırmak.

Yöntem: Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde Ocak 2009 ile Haziran 2014 tarihleri arasında ürotelyal kansinomu olan 129 olguya ait radikal sistoprostatektomi örnekleri çalışmaya dâhil edildi. Olgularda operasyondan önce prostat kanseri şüphesi yoktu. Olgulara ait mesane tümörleri ve eşlik eden prostat kansinomları ile ilgili klinikopatolojik özellikler geriye dönük olarak hasta dosyalarından ve patoloji raporlarından elde edildi ve birbirleriyle ilişkileri araştırıldı.

Bulgular: Yüz yirmi dokuz olgunun 26 (%15,3)'sında rastlantısal prostat adenokarsinomu saptandı. Bu olgularda ortalama yaş 67 (54-83) yıl, prostat kansinomu olmayanlarda yaş ortalaması 66 (42-86) yıl olup istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte prostat kansinomu eşlik edenlerde daha yüksek idi ($p=0,2$). Prostat Adenokarsinomlarında Gleason skoru; 18 (% 69) olguda 6, 2 (% 8) olguda 7 (3+4), 4 (% 15) olguda 7 (4+3) ve 2 (% 8) olguda 9 (5+4) idi ve pT evreleri; 8 olguda pT2a, 1 olguda pT2b, 13 olguda pT2c, 3 olguda pT3a, 1 olguda pT3b şeklindeydi. Prostat kanseri birlikteliği olan mesane tümörlerinin pT evresi, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte prostat kanseri bulunmayanlara göre daha düşüktü ($p=0,69$). Mesane tümörlerinin patolojik tümör (pT) evreleri; 1 (% 4) olguda pT0, 2 (% 8) olguda pTa, 2 (% 8) olguda pT1, 8 (% 30) olguda pT2, 11 (% 42) olguda pT3, 1 (% 4) olguda pT4, 1 (% 4) olguda müsinoz adenokarsinom şeklinde dağılım gösterdi. Prostat adenokarsinomu birlikteliği olan 26 olgunun 2 sinde düşük dereceli ve 22 sinde yüksek dereceli ürotelyal kansinom mevcuttu.

Çıkarımlar: Mesane tümörü nedeniyle sistoprostatektomi uygulanan olgularda prostat Adenokarsinomunun duruma eşlik edebileceği akılda tutulmalı ve prostat dokusu da cerrahi prensiplere uyularak çıkarılmalıdır. Prostat ve mesane kansinomu arasında herhangi bir ilişki olup olmadığının daha geniş hasta gruplarında değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo 1.

| Gleason | Hasta Sayısı | Yüzde(%) | | pT Evresi | Hasta Sayısı | Yüzde(%) |
|---------|--------------|----------|--|---------------|--------------|----------|
| 6(3+3) | 18 | 69 | | T0 | 1 | 4 |
| 7(3+4) | 2 | 8 | | Ta | 2 | 8 |
| 7(4+3) | 4 | 15 | | T1 | 2 | 8 |
| 9(5+4) | 2 | 8 | | T2 | 8 | 30 |
| | | | | T3 | 11 | 42 |
| | | | | T4 | 1 | 4 |
| | | | | Müsinoz | 1 | 4 |
| | | | | Adenokarsinom | | |

T2 RENAL HÜCRELİ KARİNOMDA LENF NODU TUTULUMU

Alp Tuna Beksaç, Emin Mammadov, Bahadır Haberal, Bülent Akdoğan,
A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Renal hücreli karsinom (RHK) tedavisinde lenf nodu diseksiyonu tartışmalı bir konudur. Çalışmamızda klinik T2 (cT2) evredeki hastalarda lenf nodu tutulumunu öngören faktörleri inceledik.

Yöntem: 1998 ile 2012 arasında RHK nedenli 225 hastaya cerrahi yapıldı. Hasta verileri retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Ortalama hasta yaşı 54,8'di. 152 hasta(%67,7) klinik T2a(cT2a) evresindeydi. Bu hastalar içinde 12 hastada lenf nodu tutulumu vardı. 73 (%32,3) hasta klinik T2b evresindeydi. Bu hastaların 8'inde lenf nodu tutulumu vardı. Yaş, cinsiyet ve tümör boyutu lenf nodu tutulumu için prognostik değere sahip değildi. Ortalama takip süresi 46,3 aydı. Rekürrens görülen 61 hastanın(%27,1) 16'sında(%7,1) lokal, 45'inde(%20) sistemik rekürrens görüldü. Rekürrens kadar geçen süre ortalama 18,56 aydı. Rekürrens görülen 61 hastanın 17'sinde(%27,9) lenf nodu tutulumu mevcuttu. Rekürrens görülmeyen 162 hastanın sadece 3'ünde(%1,8) lenf nodu tutulumu vardı. Sarkomatoid farklılaşma lenf nodu tutulumu için risk faktörü olarak görüldü ($p=0,004$). Cerrahi sınır pozitif olması rekürrens için risk faktörü olarak görülmedi($p=0,023$). Preoperatif bilgisayarlı tomografide(BT) lenf nodu şüphesi olan 20 hastanın 8'inde patolojik lenf tutulumu görülürken, patolojik lenf nodu tutulumu görülen 20 hastanın 8'inde preoperative BT'de lenf nodu tutulum şüphesi vardı.

Çıkarımlar: Cerrahi sınır pozitifliği rekürrensi öngörmemektedir. Sarkomatoid farklılaşma rekürrens için risk faktörüdür. Patolojik lenf nodu tutulumu rekürrens için risk faktörüdür. Palpe edilebilen veya ameliyat öncesi bilgisayarlı tomografide görülen lenf nodu olan hastalar lenfadenektomi için uygun adaylardır.

TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE PROSTAT BİYOPSİSİ ÖNCESİNDE POVIDON İYODİN İLE PERİNEAL BÖLGE TEMİZLİĞİNİN İŞLEME BAĞLI İNFEKTİF KOMPLİKASYONLARA ETKİ.

Younis Haseeb Taher¹, Haluk Özen¹, Bülent Akdoğan¹, Serhat Ünal²,
Hasan Serkan Doğan¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

Amaç: Transrektal prostat iğne biyopsisi yapılan hastalarda povidon iyodine perineal bölge temizliği yapılmasının enfeksiyon komplikasyonları üzerine olan etkisini değerlendirmek.

Yöntem: PSA > 2.5 ng/dl veya parmakla rektal muayenede lezyon varlığı nedeniyle ilk kez transrektal prostat iğne biyopsisi yapılması planlanan hastalar, 01/07/2013 - 05/01/2014 tarihleri arasında prospektif olarak perineal temizliğin povidon iodine kullanılarak veya kullanılmayarak oluşturulan 60'ar kişilik 2 gruba randomize edildi. Tüm hastalar profilaktik olarak işlemden 1 gün önce ve 1 gün sonra fosfomisin 3 gr po ve işlemden yarım saat önce 1 gr amikasin iv infüzyon aldılar. Çalışma grubu hastalara işlemin hemen öncesinde povidon iyodine perineal saha temizliği yapılırken, kontrol grubuna bu işlem uygulanmadı. Çalışma ve kontrol grubundaki hastalar yaş, PSA, PSA dansitesi, serbest/total (s/t) serbest/total (s/t) PSA oranı, parmakla rektal muayene, PSA dansitesi (PSAD), transizyonel zon PSA dansitesi (TZPSAD), komorbiditeler, vücut kitle indeksi, hospitalizasyon ve komplikasyon oranları, önceden antibiyotik kullanımı açısından karşılaştırıldı

Bulgular: Prostat total hacmi çalışma grubunda kontrol grubuna göre daha büyük olarak bulundu (63.9 vs 52.8 cc, p=0.016). İki grup arasında temel değerlendirmede başka bir farklılık bulunmadı. Yüksek ateş nedeniyle çalışma grubunda 1 hasta (%1.7) ve kontrol grubunda 3 hasta (%5) hospitalize edildi (p=0.309). Hematüri, hemozpermisi ve rektal kanama oranları arasında fark görülmedi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada prostat biyopsisi öncesi yapılan povidon iyodine perineal bölge temizliğinin enfeksiyöz komplikasyonları azaltma eğilimi oluşturmasına rağmen aradaki farkın istatistik olarak anlamlı düzeye erişmediği gösterilmiştir. Daha fazla hasta sayısı ile yapılacak olan çalışmalar daha net veriler ortaya koyabilir.

Video Sunumlar

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK EKSTRAVEZİKAL ÜRETERAL REİMLANTASYON: VEZİKOÜRETERAL REFLÜLÜ ÇOCUKLARDA İLK DENEYİMLER

Koray Ağras, Murat Keske, Erem Asil, Bilge Karabulut

S.B. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Robot yardımcı laparoskopik cerrahi rekonstrüktif ameliyatlarda gittikçe artan oranda kullanılmaktadır. Son yıllardaki ilerlemeler neticesinde, vezikoüreteral reflülü (VUR) çocukların tedavisinde robot yardımcı laparoskopik üreteral reimplantasyon popülerite kazanmıştır. Çocuk olgularda bu konudaki ilk tecrübelerimizin sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Nisan- Haziran 2014 arasında, daha önceki endoskopik tedavileri başarısız olan biri grade-5, diğer ikisi grade-3 unilateral VUR'lu üç kız çocuğuna, aynı cerrah tarafından (KA) unilateral robot yardımcı laparoskopik ekstrevezikal üreteral reimplantasyon (Lich-Gregoir) yapıldı. Tüm olgularda 8,5 mm robotik kamera kullanılırken, ilk iki olguda 8 mm, üçüncü olguda 5 mm robotik aletler kullanıldı. Mesanenin arkasında submukozal tünel oluşturulurken son olguda monopolar makas yerine kanca (hook) uçlu robotik enstrüman kullanıldı. İlk olguda asistan portu konulmazken, son iki olgunun ilkinde 5mm, diğerinde 8 mm asistan portu konuldu.

Bulgular: Hastaların yaşları 8, 7 ve 6 idi. Ortalama anestezi süresi ilk olguda 4 saat 50 dakika, ikinci olguda 2 saat 55 dakika, son olguda 2 saat 30 dakikaydı. İki olgu postoperatif ikinci günde, diğer olgu postoperatif 1. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Hiçbir olguda postoperatif ilk ayda enfeksiyon veya obstrüksiyon lehine semptom ya da bulgulara rastlanmadı. Grade-5 VUR'lu ilk olgunun postoperatif 3. ayda çekilen işeme sistogramında VUR kaybolmuştu, diğer iki hastanın postoperatif sistogram sonuçları beklenmektedir.

Çıkarımlar: Açık üreteral reimplantasyonun yüksek başarı oranları düşünüldüğünde, minimal invazif yöntemle yapılan üreteral reimplantasyonun da benzer sonuçlar vermesi gerekir. İlk deneyimlerimiz cesaretlendirici olsa da, robot yardımcı laparoskopik üreteral reimplantasyonun gelecekteki rolünü ortaya koymak için prospektif analizler gerekmektedir. Şimdilik en önemli dezavantaj gibi görünen "operasyon süresi", cerrahın tecrübesi ve kullanılan ekipmanla yakından ilgili olduğundan zamanla kısalması muhtemeldir.

MANAGING URETHRAL STRICTURE AFTER POSTERIOR URETHRAL VALVE ABLATION IN A FIVE-MONTH-BOY PATIENT

Serdar Yalçın, Bahadır Topuz, Burak Köprü, Hüseyin Tomruk, Hasan Cem Irkılata, Yusuf Kibar

Gülhane Askeri Tıp Akademisi-GATA, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Object: Posterior urethral valves (PUV) are the most common congenital cause of bladder outlet obstruction in infancy. Universally accepted treatment protocol for managing PUV includes cystoscopic valve ablation using cold knife or electrocautery or laser. In the literature there are some surgical complications of PUV ablations have been reported. Strictures after PUV ablation have been treated by dilatation, internal urethrotomy or open urethroplasty. In our case we treated our patient with the rail-road internal urethrotomy.

Method: Five-month-boy patient referred to our clinic with vesicostomy. His history is above. Before the patient applied to our clinic he first have had an PUV ablation operation when he was 1 and half month old. After this operation he had severe urinary infections and in the same hospital he has had intravenous antibiotherapy for 3 times. In his 4th urinary infection his family applied to another clinic with poor urinary stream and straining during micturition. After threatening the infection that clinic first tried to perform cystoscopic evaluation but could not managed and then they performed vesicostomy and circumcision operation to this patient. And they referred the patient to our clinic.

Materials: We planned to perform cystoscopy and internal urethrotomy for this patient. Under general anesthesia we had the urethroscopy but could not reach to the bladder because of the stricture of prostatic urethra. We tried to send a guide to the bladder but guide did not pass through prostatic urethra. After this unsuccessful try, we decided to perform rail-road internal urethrotomy. Through vesicostomy we insert a dilatator to the bladder. Under the guidance of the dilatator movements we pass the prostatic urethra with the 10F cold knife. And insert 8F silicone urethral catheter in to the urethra. After this successful operation we removed the urethral catheter after 1 month of surgery. After removing the urethral catheter daily urethral dilatation with 8F catheter continued for 1 month. 1st, 3rd and 6th month cystoscopic control was performed and normal epithelized urethra was seen. Now he don't have urinary incontinence and he don't have poor urinary stream and straining during micturition.

Results: PUV ablation seems to be a minor procedure; however it is associated with complications ranged between 5-25%. Post ablation urethral stricture incidence is 0-25% and urethral strictures can lead to severe impairment of quality of life, by affecting continence and potency. Urethral dilatation, endoscopic visual internal urethrotomy, rail-road urethrotomy and open urethral reconstruction are the accepted treatment options. According to open urethral reconstruction, visual urethrotomy is more comfortable minimal invasive surgery with minimal blood loss and reduced hospital stay.

EXTRAVESICAL ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC URETERAL REIMPLANTATION FOR VESICoureTERAL REFLUX: THE TECHNIQUE OF THE PROCEDURE AND USAGE OF BARBED SUTURE FOR DETRUSORRAPHY

Yusuf Kibar, Serdar Yalçın

Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Object: Extravesical robot-assisted laparoscopic ureteral reimplantation (RALUR) for vesicoureteral reflux (VUR) is an alternative to the gold standard open repair. With this video presentation we want to share our initial experience with robot-assisted laparoscopic extravesical ureteral reimplantation using the ureteral advancement technique.

Method: Our patient was a 10-year-old boy who has had several medical and surgical treatments for his bilateral vesicoureteral reflux. When the patient attended to our hospital he had already grade 4 left and grade 1 right vesicoureteral reflux. We performed left sided RALUR procedure for this patient.

Technique: The DaVinci SI system was used via a transperitoneal approach. We used a 4 port configuration for the procedure; one 12-mm trochar for optic, two 8-mm trochars for robotic working arms and one 10-mm trochar for assistance. The patient was placed in a modified Trendelenburg (approximately 10o) position. After docking the robotic arms, the ureter is identified closed to the vas deferens. The ureter is dissected distal to the vas and tented up with a vessel tape. The bladder is elevated with a 1-0 straight needle silk suture through the abdominal wall. A 4 cm detrusorotomy is performed. To prevent ureteral migration we used re-alignment suture. Detrusorraphy is performed by a 3-0 barbed suture. Following detrusorraphy we repaired the parietal peritoneum and finished the procedure. Foley catheter and drain are left at the end of the procedure.

Materials: Console time for the operation was 70 minutes for our unilateral case. No perioperative complications were seen. Perioperative blood loss and postoperative pain were not seen. Patient was discharged at the 3rd postoperative day.

Results: Finally, RALUR is a technically feasible approach for VUR. With this video presentation we tried to explain the technique of RALUR and wanted to recommend usage of barbed suture for detrusorraphy. We think with the further follow ups and the long-term results for the large case series RALUR will take place of the gold standard open repair.

ROBOT YARDIMLI PYELOPLASTİ: VİDEO SUNUM

Serhat Gürocak, Esat Ak, Bora Küpeli

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Robot yardımcı pyeloplasti işleminin görsel olarak sunulması

Yöntem: 10 yaşında erkek hasta sol kolik ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. yapılan tetkiklerinde sol üreteropelvik bileşke darlığı tespit edildi. hastaya 3 kollu transabdominal robotik pyeloplasti yapıldı

Bulgular: Toplam anestezi süresi 150 dk idi, docking 30 dk, işlem 75 dk sürdü. herhangi bir kanama veya komplikasyon gözlenmedi. postop 1. gün üretral katater, 2. gün dren katateri çekilerek hasta taburcu edildi. postop 6. hft'da double J stenti çekildi. herhangi bir şikayeti olmayan hastanın yapılan diüretikli renogramında böbreğin içeriğini tam olarak boşaltabildiği izlendi. hasta halen sorunsuz izlenmektedir.

Çıkarımlar: üreteropelvik bileşke darlıklarının tedavisinde robot yardımcı pyeloplasti, kısa operasyon ve hospitalizasyon süresi ile uygun bir alternatiftir.

ÇOCUK HASTALARDA RENAL KİTLE: LAPAROSKOPIK NEFRON KORUYUCU YAKLAŞIM

Hasan Çetin¹, Ender Özden¹, Fatih Ataç², Yarkın Kamil Yakupoğlu¹,
Yakup Bostancı¹, Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹

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

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

Amaç: Bu videoda, çocuk hastada sağ böbrek yerleşimli bir renal kitlede uyguladığımız laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) deneyimimiz sunmayı amaçladık.

Yöntem: 14 yaşında kız çocukta, sağ yan ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ böbrekte 6 cm boyutunda lezyon görülmesi üzerine yapılan BT incelemede sağ böbrek orta alt anterior kesimini kaplayan 67x61 mm boyutlu kitle gözlemlendi. Hastaya transperitoneal LPN planlandı. Hasta 60 derece sağ yan pozisyona alındı. Umblikal 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben umblikusa 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 deviyeye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Renal arter ve ven serbestlendi. Sağ ana renal arterden ayrılan ve kitleyi besleyen arter 'Hem-o-Loc' klipler ile klemlendi. Tümör üzerinde perirenal yağ dokusu bırakılarak serbestlendi. Sınır koter yardımı ile belirlendikten sonra 2 adet endo-bulldog yardımı ile renal arter ve ven kapatıldı ve kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. Toplayıcı sistem ve interlobar vasküler yapılar 'Hem-o-Loc' ve 'Lapra' kliplerle klemlendi. Takiben parankim 2,0 V-locve 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 113 dakika, sıcak iskemi süresi 16 dakika, tahmini kan kaybı 150 ml idi. Patoloji sonucu metanefrik adenom olarak rapor edildi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi.

Çıkarımlar: Seçilmiş pediatrik onkolojik olgularda, laparoskopik yaklaşım ile parsiyel nefrektomi alternatif cerrahi yaklaşımlardan biridir.

KAVISLİ ENDO-GIA STAPLER KULLANILAN LAPAROSKOPİK SAĞ DONÖR NEFREKTOMİ

Volkan Tuğcu, Abdullah Hızır Yavuzsan, Selçuk Şahin, İsmail Evren, Taner Kargı, Buğra Doğukan Törer

S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Laparoskopik donör nefrektomi transplantasyon kliniklerinde altın standart haline gelmiştir. Renal ven uzunluğundan dolayı özellikle sol böbrek tercih edilir. Bu videonun amacı, sağ laparoskopik donör nefrektomide kavisli Endo-GIA Staplerin etkinliğini göstermektir.

Yöntem: Laparoskopik sağ donör nefrektomiyi donörde sağ böbrek taşı olduğu için yaptık. Kavisli Endo-GIA Stapler renal ven eksizyonunda kullanıldı. Operasyon zamanı 200 dakika, kan kaybı 200 cc, postoperatif 1. ay kreatinin değeri 1,09 izlendi.

Bulgular: Sol böbrek transplantasyon için uygun olmadığında sağ böbrek tercih edilir. Endikasyonları anomalili sol böbrek, multiple sol renal arter veya ven vb. oluşturur. Kısa renal ven en önemli kriterdir. Eğer sağ böbrek transplantasyonu zorunlu ise, kavisli Endo-GIA Stapler eksize edilen renal ven boyunu arttırmaktadır.

Çıkarımlar: Bu vaka, kavisli Endo-GIA Staplerin kullanıldığı sağ laparoskopik donör nefrektominin operasyon zamanı, perioperatif kan kaybı, postoperatif kreatinin değerleri açısından geleneksel açık donör veya laparoskopik sol donör nefrektomi ile benzer sonuçlarda olduğunu göstermektedir. Prosedür güvenli ve kullanışlı bulunmuştur. Fakat yüksek tromboz oranlarıyla alakalı endişeler geniş sayıda vakalarla değerlendirilmelidir.

LAPARASKOPİK CANLI DONÖR NEFREKTOMİ

Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargi, Kamil Gökhan Şeker, İsmail Yiğitbaşı, İsmail Evren, Volkan Tuğcu

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu videoda amacımız son dönem böbrek yetmezliği olan hastaya Laparoskopik donör nefrektomi tekniğimizi sunmak.

Yöntem: 28 yaşında, erkek böbrek verici adayı kliniğimize başvurdu. 4 port kullanılarak Laparoskopik Canlı Donör Nefrektomi yapıldı. Sol alt kadrındaki port giriş yeri uzatılarak yapılan cilt kesisinden böbrek vücut dışına alındı. Loja dren konarak operasyona son verildi. Operasyon süresi 136 dk idi. Sıcak iskemi süresi 200 sn idi. Ortalama kan kaybı 120 ml idi. Operasyon sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon olmadı, böbrek başarı ile nakledildiler. Operasyon sonrası hastanede kalış süresi 3 gündü. Vericinin operasyon öncesi kreatinin düzeyi 0,80 mg/dl, operasyon sonrası 1. Haftada 1,0 mg/dL düzeyindeydi. Alıcıların kreatinin düzeyi ise operasyon sonrası 1. Haftada 1.2 mg/dL düzeyinde ve izlemlerinde aynı düzeyde izlendi. Operasyon sonrası komplikasyon izlenmedi.

Çıkarımlar: Laparoskopik canlı donör nefrektomi güvenli ve minimal invazif bir yöntemdir.

KADIN ÜRETRA DİVERTİKÜLÜ EKSİZYONU

M. Levent Emir, Şahin Bağbancı, Mümtaz Dadalı

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

Amaç: Ön vajen duvarında kitle ve idrar sonrası damlama şikayetleriyle kliniğimize başvuran ve fizik muayenesinde üretra divertikülü saptanıp divertikül eksizyonu yapılan hasta burada sunulmuştur.

Yöntem: Olgu Sunumu; Yaklaşık üç yıldır dizüri, idrar sonrası damlama ve disparoni olan 25 yaşında kadın hasta gebeliğinin beşinci ayında ön vajen duvarında şişlik ve üretral meatustan püü gelmesi şikayetiyle kadın doğum uzmanlarına başvuran hasta kliniğimize refere edildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde anterior vajen duvarında yaklaşık üç cm'lik, üzerine basınca meatustan püü gelen şişlik olduğu görüldü. Üretral divertikül tanısı konulan hastaya antibiyotik tedavisi verilip doğum sonrası divertikül eksizyonu önerildi. Konservatif tedaviye rağmen şikayetlerinin devam etmesi üzerine, hasta doğumdan 2 ay sonrası operasyon için başvurdu.

Cerrahi Teknik; Hastanın litotomi pozisyonunda muayenesinde meatusun solunda, üretraya çok yakın pozisyonda 3x3 cm büyüklüğünde şişlik olduğu gözlemlendi. Sistoskopide distal üretrada divertikül ağız olduğu ve irrigasyon sıvısının içeri dolması nedeniyle divertikülün şiştiği görüldü. Üretranın diğer bölümleri, trigon ve mesane tabanında başka ağız görülmedi. Litotomi pozisyonunda sonda takıldı ve divertikülün üstündeki ince vajen mukozası altına diseksiyonu kolaylaştırması için serum fizyolojik infiltrasyonu yapılarak insizyona başlandı ve divertikül etraf dokulardan diseke edildi. Daha sonra divertikül açılarak ostium ve üretra ilişkisi ortaya konuldu. Divertikülün duvarları eksize edildikten sonra üretra üzerinde kalan divertikül duvarı eksize edilip ostium ile üretra arasındaki bağlantı meatusa ilerletildi. Üretraya serum fizyolojik verilerek başka bir fistül ağzının olmadığı görüldü. Meatus 4/0 vicryl ile daraltıldıktan sonra çevre dokulardan üretra üzerine ikinci bir tabaka oluşturulup vajen mukozası kapatıldı. Bu ikinci tabaka sayesinde diseksiyona bağlı oluşan kanamalara hemostaz sağlanmış oldu, aynı zamanda üretra desteklendi.

Postoperatif birinci gün taburcu edilen hastanın üretral sondası yedinci gün çekildi. Postoperatif birinci ay izlemde hastanın sorunu olmadığı görüldü.

Çıkarımlar: Üretra divertikülleri konjenital veya edinsel olabilmektedirler. Erişkin kadınlarda %1-6 oranında görülen üretra divertikülleri stres inkontinanslı hastalarda %1,4 oranında görülmektedir. Nadir görülmesi sebebiyle divertikülü olan hastalar ortalama dokuz doktor başvurusu sonrası tanı alabilmektedirler. Tekrarlayan üriner enfeksiyonları olan, idrar sonrası damlama ve disparoni bulgularının beraber görüldüğü hastalarda nadir rastlanan bir hastalık grubu olmasına rağmen üretra divertiküllerinin olabileceği akılda bulundurulmalıdır. Zaman zaman konservatif tedaviler de uygulanmakla birlikte kesin tedaviyi cerrahi eksizyon olan üretra divertiküllerinde cerrahi başarı oranı yüksektir.

BAŞARISIZ STRES İNKONTİNANS CERRAHİSİ SONRASI ŞİDDETLİ İNTRENSEK SFİNKTER YETMEZLİĞİNE BAĞLI İDRAR KAÇIRAN KADINLARDA SPİRAL SLİNG YÖNTEMİNİN SONUÇLARI

Fikret Fatih Öno¹, Şinasi Yavuz Öno², Mehmet Cenk Gürbüz³, Ahmet Tahra¹

¹S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³S.B. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Şiddetli intrinsek sfinkter yetmezliği (İSY), kadınlarda stres inkontinans cerrahisi sonrası başarısızlığın en sık nedenidir. Özellikle, çok sayıda inkontinans cerrahisi geçiren hastaların tedavisi güç olup bu kadınlar daha invazif seçenekler olan yapay sfinkter veya kontinan üriner diversiyon adayı olmaktadır. Bu çalışmada, şiddetli İSY'ye bağlı inkontinans cerrahisi sonrasında idrar kaçırın kadınlarda, otolog rektus fasya spiral sling (RFSS) yöntemiyle sonuçlarımız sunulmaktadır.

Yöntem: 2011 ile 2014 yılları arasında şiddetli İSY bulunan 4 kadın hasta (yaş: 19-64) RFSS ile tedavi edildi. Tedavi öncesi tüm hastalarda minimal aktivite veya pozisyon değiştirme ile idrar kaçırma bulunmaktaydı. Tüm hastalar hikaye, yakınmaların subjektif değerlendirilebilmesi için geçerli bir sorgulama formu ("ICIQ-SF"), pelvik fizik muayene, üriner sistem ultrasonografisi ve ürodinamik çalışmalarla değerlendirildi. Ayrıca, idrar kaçırma miktarının ölçümü amacıyla günlük pet sayısı sorgulandı ve 24 saatlik pet testi yapıldı. Ürodinamde, tüm hastalarda valsalva ile idrar kaçırma basıncının (VLLP) <60 cm.H₂O olduğu gösterildi. Cerrahi teknikte, modifiye litotomi pozisyonunda, kombine transvajinal ve suprapubik yaklaşımla daha önceki operasyonlardan kalan tüm meş/fibrotik bantlar ve polipropilen sütürler çıkarılarak komplet üretrolizis yapıldı. Ardından, vajinal insizyondan üretra dorsoline, buradan da insizyonun karşı tarafına dönülerek ilerletilen "right-angle" klemp yardımıyla orta-üretra çepeçevre diseke edildi. Rektus fasyasından 8-10 cm'e 1-1,5 cm ebatlarda şerit hazırlanarak her iki ucuna askı amaçlı no.0 prolen sütün konuldu. Bu şerit, retropubik alandan vajinal insizyona transfer edildikten sonra orta-üretra çevresinde 360 derece yerleştirilerek gevşek biçimde ayarlandı ve tespit edildi. Üretral kateter postoperatif 3-5. günler arasında alındı. Postoperatif izlem 1, 3, 6 ve 12. aylarda, sonrasında senelik yapıldı.

Bulgular: Preoperatif hastaların 24 saatlik idrar kaçırma miktarı 800-1500 gr arasındaydı. Daha önce geçirilen inkontinans cerrahisi sayısı 2 ile 5 arasında değişmekteydi. İki hastada retropubik diseksiyon sırasında mesane perforasyonu gelişti, primer onararak RFSS tamamlandı. Bir hastada, düşük mesane kapasitesi (100 cc) nedeniyle eş zamanlı ileosistoplasti uygulandı. Hiçbir hastada temiz aralıklı kateterizasyon gerektiren postoperatif işeme disfonksiyonu gelişmedi. Ortalama 10 aylık (3-24 ay) izlemde 2 hastada şifa (0-1 ped), 2 hastada ise anlamlı iyileşme sağlandı. Ortalama günlük pet sayısı preoperatif 6,25'ten postoperatif en son izlemde 1,25'e düştü (p=0,03). Ortalama ICIQ-SF değerleri, preoperatif 18,75±1,5'ten postoperatif 6,5±2,5'e geriledi (p=0,01).

Çıkarımlar: Cerrahi tedaviye dirençli İSY'ye bağlı şiddetli stres inkontinansı olan kadınlarda RFSS yöntemi, yapay sfinkter ve kontinan üriner diversiyon gibi invazif tedavi yöntemlerine başvurmadan önce göz önünde bulundurulması gereken, etkin ve güvenilir bir tedavi şeklidir.

POLİPROPİLEN MEŞ EREZYONU SONUCU GELİŞEN ÜRETRA PERFORASYONU TEDAVİSİ

Aydın Yenilmez¹, İyimsen Üre¹, Harun Kılıççalan¹, Ali Barbaros Başeskiöğlü², Cavit Can²

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji, Eskişehir

²Osmangazi Üniversitesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Eskişehir

Amaç: Polipropilen meş erezyonu sonucu gelişen üretra perforasyonu tedavisinin görsel sunumunu gerçekleştirmek

Yöntem: Stres tipi idrar kaçırma nedeniyle 6 yıl önce orta üretra askı operasyonu geçiren 44 yaşında bayan hasta son 2 yıldır tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve alt üriner sistem semptomları tanınıyordu. Yapılan tetkiklerde üretradan mesane içine doğru uzanım gösteren 40 mm uzunluğunda taş saptandı.

Bulgular: Yapılan sistoskopide polipropilen meş erezyonu ve buna bağlı üretra perforasyonu sonucu meş üzerinde taşlaşma tespit edildi. Önce taş endoskopik olarak sistolitotripsi uygulandı ardından transvaginal girişim ile meş bulunarak eksizye edildi. Üretral defekt primer kapatıldıktan sonra Martius flep ile desteklendi.

Çıkarımlar: Öyküsünde orta üretra askı prosedürü olan, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve geçmeyen alt üriner sistem semptomları olan hastalarda meş erozyonuna bağlı komplikasyonlar olabileceği akla getirilmelidir.

LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Çağdaş Gökhan Özmerdiven, Yakup Kordan, Burhan Coşkun, Onur Kaygısız,
Hakan Vuruşkan, Aykut Sönmez, İsmet Yavaşcaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Adrenal kitlelerin tedavisinde laparoskopik cerrahi deneyimimizin paylaşılması

Yöntem: Mart 2004 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında laparoskopik adrenalectomi (LA) uygulanan 122'si kadın, 77'i erkek toplam 199 hastaya uygulanan 207 LA'nın verileri retrospektif olarak incelendi

Bulgular: Hiçbir olguda açık cerrahiye geçiş gerekmedi. 1 olguya retroperitoneal ve diğerlerine transabdominal LA uygulandı. Hastaların ortalama yaşı $50,64 \pm 11,54$ yıl olarak saptandı. 92 olguya sağ, 99 olguya sol ve 8 olguya bilateral LA uygulandı. Ortalama kitle boyutu $71,63 \pm 19,36$ mm idi. Olguların ortalama operasyon süresi $112,38 \pm 54,2$ dakika ve ortalama kan kaybı $65,09 \pm 64,9$ ml olarak ölçüldü. Bir olguda intraoperatif distal pankreas yaralanması gerçekleşti. Bunun dışında majör bir komplikasyon izlenmedi. Olguların hastanede ortalama kalış süresi $3,08 \pm 3,06$ gündür. Hiçbir hastada postoperatif erken veya geç komplikasyon izlenmedi. Patolojik olarak 112 olguda adenom, 9 olguda adrenokortikal hiperplazi, 24 olguda feokromasitoma, 3 olguda adrenokortikal kanser, 22 olguda metastatik adenokarsinom, 8 hastada onkositom, 5 olguda myelolipom, 9 olguda adrenal kist, 2 olguda ganglionöroma, 1 olguda malign feokromasitoma, 2 olguda granülatöz iltihap ve 2 olgu normal adrenal gland saptandı.

Çıkarımlar: Transperitoneallaparoskopikadrenalectomi, adrenal kitlelerin tedavisinde düşük morbiditesi, kabul edilebilir cerrahi ve onkolojik sonuçlarıyla güvenli ve minimal invaziv bir yöntemdir.

ÇOCUK HASTADA DEV ADRENAL TÜMÖRÜN LAPAROSKOPİK YÖNTEMLE EKŞİZYONU

Volkan İzol, İbrahim Atilla Arıdoğan, Fatih Gökalp, Nihat Satar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Bu videoda, sol adrenal kitlesi olan çocuk bir hastaya uyguladığımız laparoskopik sol adrena-
lektominin görüntüleri sunulmaktadır.

Yöntem: İnsidental olarak 8 cm'lik sol adrenal kitle saptanan hastaya laparoskopik sol adrena-
lektomi planlandı. Operasyon sol pararektal, midklavikular-subkostal ve midaksiller hattan konulan 3 adet 5
mm.'lik trokarla ve transperitoneal olarak gerçekleştirildi. Kolon medialize edildikten ve dalak disseke
edildikten sonra sol renal ven ve adrenal ven ortaya çıkartıldı. Adrenal ven ligasure yardımıyla kapatılıp
kesildi. Adrenal bez ligasure ve harmonic makas kullanılarak etraf dokulardan ve böbrek üst polünden
serbestlendi. Spesimen organ torbası içine alınıp Pfannenstiel insizyondan çıkartıldı.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 80 dk, kan kaybı minimal idi. İntraoperatif komplikasyon gö-
rülme-
yen hasta postoperatif 1.gün mobilize edilip taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirme sonucu
ganglionöroblastom saptandı ve onkoloji bölümü tarafından kemoterapi planlandı.

Çıkarımlar: Laparoskopik adrena-
lektomi, deneyimli kliniklerde seçilmiş pediatrik vakalarda başarıyla uygulanabilecek etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

ANJİO-EMBOİZASYON SONRASI RENAL PELVİSE MİGRATE OLAN KOİLİN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ İLE ÇIKARTILMASI

İbrahim Atilla Arıdoğan, Volkan İzol, Mutlu Değer, Fatih Gököl

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Böbrek taşları tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve minimal invaziv bir yöntem olan Perkütan nefrolitotomide (PCNL) en sık görülen komplikasyonlardan bir tanesi kanamadır. Operasyon esnasında görülen kanama genellikle girişim gerektirmeden transfüzyon ile kontrol altına alınabilse de, postoperatif erken veya geç dönemde görülebilen arteriovenöz fistül ya da psödoanevrizmalar, süperselektif renal arterial embolizasyon ile tedavi edilebilmektedir. Bu işlem sonrasında toplayıcı sisteme çok nadiren de olsa kullanılan koilin migrasyonu görülebilmektedir. Bu videoda, taşla birlikte migrate olan koilin ekstraksiyon görüntüleri sunulmaktadır.

Yöntem: Sol soliter taşlı böbrek nedeniyle 2 yıl önce PCNL uygulanan 65 yaşındaki kadın hastada operasyon sonrası 4. gün kanama gelişmesi üzerine yapılan RDUSG'de A-V fistül saptandı ve radyoloji bölümü tarafından böbrek orta kısma selektif anjio-embolizasyon uygulandı. Postoperatif 10.gün problemsiz taburcu olan hasta 2 yıl sonra kontrole geldiğinde direk grafide proksimal üretere dek uzanan yabancı cisim ve etrafında taş oluşumu saptandı. Bunun üzerine hastaya üreter stenti yerleştirildi ve retrograd intrarenal cerrahi planlandı.

Bulgular: Proksimal üreterdeki taşlar holmiyum lazer ile kırıldıktan sonra, böbrek orta polden üretere dek uzanan metal coil holmiyum lazer ile kesilip tamamen çıkartıldı. Operasyon 40 dakika sürdü. Herhangi bir problemi olmayan hasta postoperatif 1. gün taburcu edildi.

Çıkarımlar: Renal anjio-embolizasyonun geç komplikasyonlarından bir tanesi metal coil migrasyonudur. Bu işlemin yapıldığı hastalar uzun dönemde buna karşı mutlaka takip edilmelidir. Gereğinde retrograd cerrahi ve holmiyum lazer ile birlikte bu metal koillerin çıkartılması etkin ve güvenilir bir şekilde yapılabilmektedir.

16 CM BÖBREK TÜMÖRÜNE LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ: DEĞİŞEN KAMERA PORTU TEKNİĞİ

Haluk Akpınar¹, Fatih Altunrende²

¹Liv Hospital Ulus, Üroonkoloji ve Robotik Cerrahi Bölümü, İstanbul

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

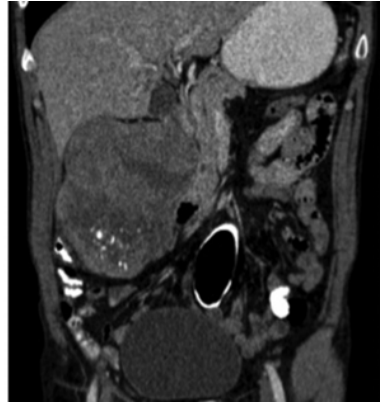
Amaç: Literatürde 10 cm.den büyük (T2b) böbrek tümörlerinin de laparoskopik olarak etkin ve güvenli şekilde çıkarılabileceğine ilişkin raporlar yer almaktadır. Açık nefrektomi ile yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda da laparoskopi lehine daha az kan kaybı, daha kısa operasyon süresi ve hastanede kalış, daha hızlı iyileşme bildirilmektedir.

Yöntem: Bu videoda 51 yaşındaki erkek hastadaki sağ böbrek alt pol kaynaklı 16 cm. boyutundaki kitlenin laparoskopik radikal nefrektomi ile tedavisi aktarılmaktadır. Büyük kitlelerde laparoskopi sırasında çalışma alanı oldukça dar olmakta, kitle nedeni ile periton içi ve komşu organların görüntülenmesi güçleşmektedir. Tümörden kaçınmak için portlar ideal yerlerine konulamayabilmekte, bu nedenle disseksiyon ayrıca güçleşmekte, aletler birbiriyle çakışabilmektedir. Tariflediğimiz değişen kamera portu tekniği ile kitlenin çevresinde adeta dolaşarak daha kolay disseksiyon yapılabilmektedir.

Bulgular: Bu operasyonda toplam süre 170 dakika, tahmini kan kaybı 150 cc olmuş; post operatif dönemi problemsiz seyreden hasta 3. gün evine taburcu edilmiştir. Patoloji T2b, cerrahi sınırları negatif krommofob adenokarsinoma olarak rapor edilmiştir.

Adjuvan tedavi verilmeyen hasta 3 yıldır nüksüz olarak izlenmektedir.

Çıkarımlar: T2b böbrek tümörlerinin tedavisinde laparoskopik nefrektomi teknik olarak uygulanabilir, onkolojik açıdan güvenli görünmektedir ve açık operasyonla karşılaştırıldığında avantajları literatürde net olarak ortaya konulmuştur. Fakat büyük kitlelerde operasyonun teknik olarak zor olduğu, laparoskopide deneyim kazanmış cerrahlar ve merkezler tarafından uygulanması gerektiği dikkate alınmalıdır.



Şekil 1. Retroperitoneal fibrozis olgusunda laparoskopik üreterolizis

LAPAROSKOPİK ADENOMEKTOMİ: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

**Onur Kaygısız, Kadir Ömür Günseren, Aykut Sönmez, Hakan Vuruşkan,
Yakup Kordan, Burhan Coşkun, İsmet Yavaşcaoğlu**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Laparoskopik Adenomektomi deneyimimizin paylaşılması

Yöntem: Mart 2008 - Eylül 2013 tarihleri arasında laparoskopik transvezikal adenomektomi uygulanan 39 hasta değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 69 olan hastaların ortalama prostat volümü:141cc (80-235cc), ortalama operasyon süresi: 146dk (75-330dk) ortalama kanama miktarı: 134ml, ortalama dren çekilme zamanı postop 2,1. Gün ve ortalama foley sonda çekilme zamanı postop 6,4.gün olarak belirlendi. Ortalama 17,4 olan preop İPSS skorlarının postop 3. Ayda 8 olduğu belirlendi. Ortalama 19,0 olan İİEF skorlarının postop 3. Ayda 19,9 olduğu belirlendi. Ortalama 7,1 olan Qmax değerinin postop 3. Ayda 22,5 olduğu belirlendi. Sadece 1 hastada intraoperatif kan transfüzyonu uygulandı. 1 hastada patoloji leiomyoma olarak raporlandı, 38 hastada BPH olarak raporlandı.

Çıkarımlar: Laparoskopik adenomektomi güvenilir ve minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir.

RENAL VEN İNVAZYONU OLAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA HASTALARDA LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ: İLK DENEYİMİMİZ

Onur Kaygısız, Yakup Kordan, Sinan Çelen, Burhan Coşkun, Rüstem Kadirov, Hakan Vuruşkan

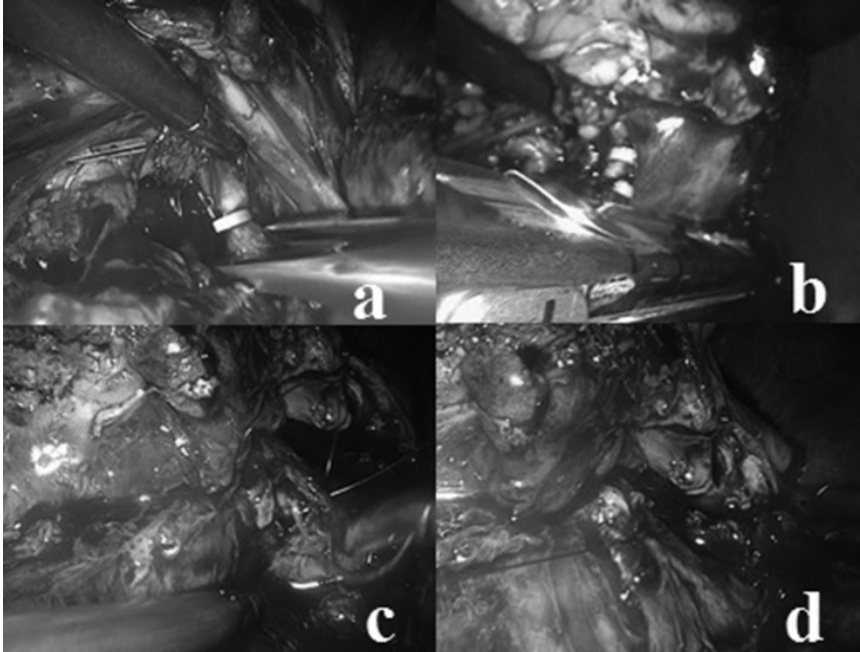
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Renal ven invazyonu olan Renal hücreli karsinomlu (RHK) hastalarda laparoskopik radikal nefrektomi (LRN)

Yöntem: Preoperatif veya operasyon sırasında renal ven invazyon tanısı olan ve LRN uygulanan hastalar çalışmaya alındı. Perioperatif teknik ve sonuçlar kaydedildi.

Bulgular: 7 hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş $55,2 \pm 7,2$ yıl, ortalama operasyon süresi $112,9 \pm 34,5$ dakika, ortalama tahmini kan kaybı $106,25 \pm 31,5$ ml idi. Ortanca hastanede kalış 3 (2-4) gün idi. Hiçbir vakada açık cerrahiye geçiş olmadı. Hiçbir hastada kan tranfüzyonu ihtiyacı olmadı. 3 hastada renal arter, interaortakaval bölgeden klemlendi (Şekil a), 2 hastada renal ven kontrolü için Endo GIA kullanılmıştı (Şekil b), bir hastada gelişen vena kava kesisi laparoskopik olarak sütüre edildi (Şekil c,d).

Çıkarımlar: LRN seçilmiş hastalarda renal ven trombüsü varlığında da tercih edilebilir bir seçenektir. Muhtemel komplikasyonlarla başa çıkmada iyi laparoskopik deneyim gereklidir.



Şekil 1.

ÜROLOJİDE İNTRAOPERATİF LAPAROSKOPİK ULTRASONOGRAFİ KULLANIMI

Sedat Karakoç¹, Hüseyin Alperen Yıldız¹, Ozan Bozkurt¹, Canan Altay²,
Ömer Demir¹, Mustafa Seçil²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji, İzmir

Amaç: Ürolojik laparoskopik cerrahilerde intraoperatif laparoskopik ultrasonografinin (LUS) kullanım yeri ve faydalarını sunmayı amaçladık.

Yöntem: İlk vaka 62 yaşında erkek hasta, Göğüs hastalıkları tarafınca yapılan rutin Akciger Bilgisayarlı Tomografisinde sağ sürrenalde 25x20 milimetre (mm) boyutunda tümoral lezyon saptanması üzerine Endokrinoloji bölümüne sevk edilmiş. Hastanın çekilen Manyetik Rezonans (MR)'ı sağ sürrenalde 25x20 mm boyutunda ekstraadrenal veya gövde medial bacak bileşkesi ile ince bir teması olabilecek, feokromasitoma veya paraganglioma açısından şüpheli olabilecek kitlesel lezyon şeklinde raporlandı. Yapılan hormonal tetkiklerinde hormon inaktif olduğu saptanan hastanın Tümör FDG PET'inde kitlenin benign natürde olduğu düşünüldü cerrahi açısından tarafımıza yönlendirildi. İkinci vaka 54 yaşında kadın hasta, flushing yakınması nedeniyle yapılan tetkiklerinde sol sürrenal lojda kitlesel lezyon saptanması üzerine MR çekilmiş. MR'da sol sürrenal lojda 40 mm'ye ulaşan, iyi sınırlı, düzgün konturlu, feokromasitoma veya adrenal karsinom ayırımı yapılamayan solid kitlesel gözlenen hastanın endokrinolojik değerlendirilmesinde non-fonksiyone kitle lehine değerlendirilip Tümör FDG PET planlandı. PET'te kitlenin benign natürde olduğu düşünüldü cerrahi kararı alındı. Üçüncü vaka ise 66 yaşında kadın hasta, sol yan ağrısı nedeniyle tetkiklerinde sol böbrek posterior orta kesimde, renal sinüs ile ilişkisi tam olarak ayırt edilemeyen 25 mm kitlesel lezyon saptanması cerrahi kararı alındı.

Bulgular: İlk vakada laparoskopik transperitoneal başlanan operasyonda intraoperatif yapılan LUS ile kitlenin adrenalenden ayrılma,vena cava altına doğru uzanan solid yapıda sapsı bir tümör olduğu görüldü. LUS yardımıyla kitle ile adrenal sınırı ayırt edilip kitle eksiye edildi. Hastanın patolojisi schwannoma olarak geldi. İkinci vaka da laparoskopik transperitoneal olarak başlandı. LUS yardımı ile adrenal kitle ve normal adrenal dokusu ayırt edildi. Ardından hastaya parsiyel adrenalektomi yapıldı. Kitlenin patolojisi ganglionörom olarak geldi. Üçüncü vaka ise retroperitonoskopik olarak başlandı. LUS ile kitlenin renal sinüse uzanmadığı gözlemlendi. Kitlenin cerrahi sınırları belirlenip hastaya laparoskopik parsiyel nefrektomi yapıldı. Kitlenin patolojisi pT1a Berrak hücreli renal hücreli karsinom, cerrahi sınır (-), fuhrman 2, tümör boyutu 25 mm olarak geldi.

Çıkarımlar: Pre-operatif değerlendirilmede adrenal dokusuyal ayırımı net yapılamayan, adrenal dokusunun korunması gerektiği ya da renal sinüs invazyonu şüphesi olan vakalarda cerrahi sınırları belirleyip parsiyel/radikal nefrektomi kararını vermede LUS'un yeri önemlidir.Özellikli vakalarda LUS güvenle kullanılabilir

ÇOCUKLUK ÇAĞI TAŞ OLGULARINDA MİNİPERC: OMÜ DENEYİMİ

Fatih Ataç¹, Ender Özden², Yakup Bostancı², Hasan Çetin², Gürkan Genç³, Yarkin Kamil Yakupoğlu², Ali Faik Yılmaz², Şaban Sarıkaya²

¹Özel Ada Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

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

³Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Nefroloji Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda çocuk hastalardaki miniperc deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: Yüksek ateş nedeniyle değerlendirilen ve bilateral böbrek taşı tanısıyla tarafımıza sevk edilen 10 aylık erkek çocuğa, preoperatif görüntülemesinde sol böbrek pelviste 2x1,5 cm boyutunda semio-pak taş saptanması üzerine miniperc planlandı. Önce litotomi pozisyonunda sol renal üniteye 5 F ureter katateri yerleştirildi ve eş zamanlı takılan uretral katatere tespit edildi. Hasta prone pozisyonuna alındı ve retrograd pyelografi eşliğinde akses yapıldı. 14F'e kadar fasial dilatatörler ile dilate edildi ve 9,5/12 F pediatrik sistöretroskop kullanıldı. Taşlar Holmium:YAG lazer kullanılarak fragmente edildi ve zero-tip nitinol basket katater ile alındı. Postoperatif 12 F reentry katater nefrostomi olarak kondu. Operasyon süresi 60 dakika, skopi süresi 3 dakika idi, postoperatif 2. günde reentry katateri çekilen hasta taburcu edildi.

Bulgular: Haziran 2002 ve Temmuz 2012 tarihleri arasında miniperc yapılan 17 yaşından küçük 107 hastanın kayıtları retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların 50'si kız, 57'si erkek idi. Yaş ortalaması ve ortalama operasyon süreleri sırasıyla 5,9±3,8 yıl, 75,7±34,7 dk. idi. Tablo 1'de hastaların demografik, preoperatif ve peroperatif verileri verilmiştir.

Çıkarımlar: Çocukluk çağı böbrek taşlarının tedavisinde miniperc güvenilir ve etkili bir yöntemdir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve operatif verileri

| | |
|---|-----------|
| Sayı | 107 |
| Ortalama yaş (yıl) | 5,9±3,8 |
| Kız/Erkek | 50/57 |
| Taş yüzey alanı (mm ²) | 462±286 |
| Yön (R/L) | 56/51 |
| Akses sayısı | 1,2±0,5 |
| Ameliyat süresi (dk) | 75,7±34,7 |
| Dakikada fragmente olan taş yüzey alanı (mm ² /dk) | 8,2±6,1 |
| Floroskopi süresi (dk) | 4,7±2,9 |
| Taşsızlık oranı (%) | 93,4 |
| Hb düşüştü (gr/dL) | 0,9±0,5 |
| Komplikasyon sayısı (%) | 19(17,7) |
| Clavien 1 | 3 |
| İdrar ekstravazasyonu < 12 saat | - |
| Ateş | 3 |
| Clavien 2 | 12 |
| Kan transfüzyonu | 6 |
| Antibiyotik ihtiyacı | 6 |
| Clavien 3 | 4 |
| DJS | 4 |
| Hidrotoraks + Göğüs tüpü | - |
| Kan Transfüzyonu (%) | 6(5,6) |
| Ortanca katater çekme süresi (gün) | 3(1-7) |
| Ortanca yatış süresi (gün) | 4(2-15) |

RENAL PELVİS KİTLESİNDE PERKÜTAN REZEKSİYON

Mustafa Atak

Özel Edessa Hastanesi, Üroloji Bölümü, Şanlıurfa

Yöntem: Üst üriner sistem karsinomları oldukça nadir olup batı popülasyonunda 1-2/100000 görülme sıklığıyla tüm ürotelyal tümörlerin sadece %5-10'unu oluşturur. Böbrekte en sık görülen malign tümör renal hücreli karsinom olmakla beraber renal inflamatuvar psödötümör adı verilen bir çok farklı oluşum renal neoplazmları taklit edebilir. Renal psödötümörler oldukça nadir görülen oluşumlardır. İlk olarak akciğerde tespit edilmiş olup ardından bir çok farklı ekstra pulmoner lokalizasyonda varlıkları ortaya konulmuş ve gelişimsel, infeksiyöz, granülatöz ve vasküler kaynaklı olarak katagorize edilmişlerdir. İnflamatuvar psödötümörler oldukça nadir görülen bir kitlesel lezyon olup, etyolojik olarak gelişimsel sapmalar sonucu ortaya çıkarlar. Kitlesel lezyon içerisinde infektif veya reaktif/onarımsal süreç bozukluklarını da içeren heterozen bozukluk grubu ve nadiren düşük-dereceli mezenkimal tümörlerden oluşmaktadır. Bizim vakamızda, perkütan nefrolitotomi sırasında insidental olarak 3cm çapında bir renal pelvis kitlesi tespit edilmiş ve kitle perkütan olarak rezeke edilmiştir. Patolojik değerlendirme kitlenin benign fibromusküler karakterde olduğunu ortaya koymuştur.

COMBINED ROBOTIC AND LAPAROSCOPIC REPAIR OF COLO-VESICAL FISTULA DUE TO SIGMOID DIVERTICULITIS

Haluk Akpınar¹, Fatih Altunrende², Mehmet Hakan Tekelioğlu³, Erdal Ergin³

¹Liv Hospital Ulus, Üroonkoloji ve Robotik Cerrahi Bölümü, İstanbul

²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Özel Florence Nightingale Gayrettepe Hastanesi, Genel Cerrahi, İstanbul

Object: In this video we aimed to present our technique of combined robotic and laparoscopic repair of colovesical fistula due to diverticulitis in 51 old male patient. To our knowledge this is the first successful robotic case in the current English literature.

Method: Under general anesthesia, cystoscopy was performed. Although fistula region were seen in the bladder, catheterization was not possible. A ureteral catheter was placed into left ureter. In legs apart Trendelenburg position pneumoperitoneum was created. After laparoscopic exploration, three 8mm and two 12mm trocars were inserted and daVinci robot was docked. The sigmoid region adjacent to fistulised bladder wall was freed with limited partial cystectomy. Ureteral orifices were checked and bladder was then closed anatomically in two layers with 2/0 polyglactin suture. The watertight closure was checked with 200 cc serum and the patient was referred to general surgery team for sigmoid resection. Sigmoid colon was resected between borders colonoscopically marked with methylene blue. End-to end anastomosis was performed using laparoscopic and transrectal staplers. Operation was ended with placing two Jackson-Pratt drains one in to Douglas' and one in to Retzius' spaces.

Materials: Overall operation time was 245 minutes and estimated blood loss was 125 cc. The patient tolerated the operation well. JP drains were removed on postoperative day 2 and 5, urethral catheter on day 6 and he was discharged home the same day.

Result: Robotic repair of colovesical fistula appears feasible and may represent an attractive alternative to open and laparoscopic approaches.

İNVAZİV MESANE TM'Lİ KADIN HASTADA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ

Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker,
Buğra Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan, Nadir Kalfazade, Volkan Tuğcu

Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu video da invaziv mesane kanserli kadın hastada robot yardımcı laparoskopik radikal sistektomi operasyonu sunuyoruz.

Yöntem: 41 yaşında, kadın hasta mesanede 10 cm çapında tümör mevcut. Yapılan TUR-örnekleme patoloji sonucu T1HG olarak geldi Rest tm kaldı. Alt batin MR da kas dokusu ve perivezikal yağlı dokuda invazyon olan hastaya 4-arm da Vinci® SI HD sistem kullanılarak 5 portlu transperitoneal yaklaşım ile robot yardımcı laparoskopik radikal sistektomi operasyonu yapıldı.

Bulgular: Operasyon süresi: 300 dk.(Loop aşaması dahil) Operasyon esnasındaki kan kaybı yaklaşık 250 cc. Perioperatif komplikasyon olmadı. Foley dreni postop 2. günde, diğer iki dreni postoperatif 5. ve 7.gün alınarak hasta aynı gün taburcu edildi.

Çıkarımlar: Robot yardımcı laparoskopik radikal sistektomi, invaziv mesane kanserli kadın hastaların tedavisinde güvenle kullanılan minimal invaziv bir yöntem olup, optik büyütme ve yüksek çözünürlü 3 boyutlu görüntü imkanı sayesinde perop olabilecek komplikasyonları (kanama, sinir hasarı, barsak yaranması) azalttığı öngörülmektedir

ROBOT DESTEKLİ İSKEMİLİ HİLER KLEMP SİZ PARSİYEL NEFREKTOMİ

İsmail Evren, Selçuk Şahin, Taner Kargi, Kamil Gökhan Şeker, İsmail Yiğitbaşı,
Buğra Doğukan Törer, Volkan Tuğcu

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Böbrek hücreli kanser yedinci en sık görülen ürolojik malignitedir ve tüm kanserlerin %2-3 'nü temsil eder.Küçük kitlelerin tedavisi için standart görüş;özellikle 4 cm'in altındaki kitlelerde parsiyel nefrektomidir.Cerrahin deneyim ve isteğine bağlı olarak hiler klemp li veya klemp siz nefron koruyucu robot yardımcı parsiyel nefrektomi,son on yılda giderek artan bir rol oynamıştır.

Yöntem: 44 yaşında erkek hasta öksürük ile hastaneye başvurdu.Hasta muayene edildiğinde,MRI'da sağ böbrek alt polde 34x34mm boyutunda renal kitle tespit edildi. Biz renal arter klemp li robot yardımcı parsiyel nefrektomi operasyonu gerçekleştirdik.

Bulgular: Operasyon süresi 195 dakika ve tahmini kan kaybı 200 cc idi. Sıcak iskemi süresi 19 dakika oldu. Herhangi bir post-operatif majör komplikasyon olmadı. Drenaj kateteri sonrası operasyon sonrası ikinci gününde alındı.

Çıkarımlar: Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte robotik cerrahinin kullanımı parsiyel nefrektomide daha fazla uzmanlık ve deneyim gerektiriyor.Renal arter klemp li parsiyel nefrektomi cerrahin deneyiminde hiler klemp siz nefrektomiye geçmeden önce bir basamak taşıdır.

TESTİS TÜMÖRÜ TANILI DAHA ÖNCE AÇIK RETROPERİTONEAL KİTLE EKSIZYONU YAPILAN HASTADA LAPAROSKOPİK RETROPERİTONEAL KİTLE EKSIZYONU

Volkan Tuğcu, Selçuk Şahin, İsmail Yiğitbaşı, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker, Buğra Doğukan Törer, Abdullah Hızır Yavuzsan

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu videoda testis tümörü tanılı daha önce açık retroperitoneal kitle eksizyonu yapılan hastada laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu

Yöntem: 24 yaşında erkek hasta 2007 yılında sol testis tümörü saptanmış . Hastaya sol radikal orşiektomi operasyonu yapılmış. Patoloji embriyonel karsinom gelmiş. Sonrasında kemoterapi alan hastanın takiplerinde retroperitoneal lenf nodu saptanmış.Hastaya 2012 yılında açık retroperitoneal kitle eksizyonu yapılmış. Tomografide sol psoas kasında 25 mm boyutunda kitle saptanan hastaya laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu operasyonu yapıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 115 dakika,perop kan kaybı 30 cc den az,perop ve post op komplikasyon olmadı.Foley sonda post op 1.günde diren post op 3.günde alındı.Hasta aynı gün taburcu edildi.

Çıkarımlar: Laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu sekonder nüks vakada güvenle kullanılabilir. Minimal invaziv bir yöntemdir.

ATNALI BÖBREKTE MULTİPLE BÖBREK TAŞLARINA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ YAPILAN HASTA:VAKA SUNUMU

Sercan Sarı¹, Harun Özdemir¹, Hikmet Topaloğlu¹, Ahmet Nihat Karakoyunlu¹, Azmi Levent Sağnak¹, Hamit Ersoy²

¹S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Çorum, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Atnalı böbrek en sık görülen konjenital böbrek anomalisidir. Bu çalışmada atnalı böbreği ve sağ böbreğinde en büyüğü 2,5 cm 4 adet taşı olan iki seans RIRS uygulanan hasta sunulmuştur.

Yöntem: 60 yaşında erkek hasta bilateral yan ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Alınan anamnezde 20 yıl önce sağ böbrek taşında ekstrakorporeal shock wave litotripsi(ESWL) uygulandığı öğrenildi. Sol böbrek taşına da ESWL uygulandığı, taşın kırılmadığı öğrenildi. Yapılan tetkiklerinde sağ böbrekte renal pelviste 2,5 cm ve 1 cm boyutunda, üst kalikte 1,5 cm ve 1 cm boyutunda 4 adet taş mevcuttu. Sol böbrekte en büyüğü 2 cm boyutunda multiple taşları mevcuttu. Hastanın komorbiditeleri nedeniyle RIRS planlandı. Hastaya 2 seans RIRS uygulandı. İşlem sırasında holmium laser olarak Dornier Medilas H Solvo laser cihazı kullanıldı. İşlem sırasında güç olarak 25 watt'a kadar çıktı. İşlem sonrası D-J stent takıldı.

Bulgular: Birinci operasyon yaklaşık 60 dakika, ikinci operasyon 30 dakika sürdü. Her iki ameliyat sırasında kan kaybı olmadı. Her iki ameliyat sonrasında post operatif komplikasyonu olmayan hastanın postoperatif birinci günlerinde sondası çekildi. Hasta taburcu edildi.

Çıkarımlar: Atnalı böbrekte taş hastalığı normale göre sık görülmektedir. Multiple büyük taşlarda PCNL (Perkütan nefrolitotomi) ilk seçenek olmakla beraber anestezi riski yüksek olan hastalarda tek veya aşamalı RIRS uygun bir seçenektir.

RENAL PELVİS ÜRETELYAL KARSİNOMUNUN MONOPOLAR ELEKTROKOTER KULLANILARAK PERKÜTAN REZEKSİYONU

Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Üst üriner sistem üretelyal karsinomların (ÜÜSÜK)da açık nefroüretrektomi (NÜ) ile ilişkili morbidite nedeniyle, özellikle de cerrahi şansı düşük, soliter böbreklerde ve bilateral ÜÜSÜK'da konservatif yaklaşım uygun olabilir. Bu vakada ÜÜSÜK'unun monopolar elektrokoter ile perkutan rezeksiyonu sunuldu.

Yöntem: Yaklaşık 10 yıl önce mesane tümörü nedeniyle sistoskopi yapıp ardından ultrasonografi (USG) ile takip edilen, patolojisi bilinmeyen 69 yaşındaki hasta son 1 aydır olan hematüri nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan USG'de mesane içerisinde multipl milimetrik (mm) tümörler, bilateral renal pelvislerde dilatasyon saptanan hastaya tarafımızca Bilgisayarlı tomografi (BT) ürografi yapıldı. BT ürografide mesanede en büyüğü 10 mm olan 3 adet tumoral lezyon, sol renal pelvisten başlayıp proksimal üretere dek uzanan 25 mm'lik ve sağ renal pelvis anteriorunda 10 mm'lik dolum defekti oluşturan tumoral lezyonlar saptandı. Olguda herhangi bir metastaz odağı gözlenmedi. Hastaya sistoskopi yapıp mesanede ki büyüğü 10 mm olan papiller tumoral lezyonlar TUR (Transüretral rezeksiyon) biopsi ile alındı. Yapılan sağ retrograd pyelografide (RGP) sağ renal pelviste 10 mm dolum defekti; sol RGP'de ise sol proksimal ureterden başlayıp renal pelvise uzanan 30 mm 'lik dolum defekti gözlemlendi. Rjiit ureterorenoskopi (URS) ile girilerek sağ renal pelvis ve sol proksimal ureterdeki lezyonlardan biopsiler alındı. Mesane, sağ renal pelvis ve sol proksimal ureterden alınan materyallerin hepsinin de patolojisi pTa düşük dereceli papiller üretelyal karsinom olarak geldi. Bunun üzerine öncelikle sağ renal pelvis tümörüne yönelik perkutan rezeksiyon; sol renal ünite için ise NÜ ve mesane kafeksiyonu kararı alındı

Bulgular: Hasta genel anestezi altında sağ renal pelvis retrograd kataterize edildikten sonra prone pozisyonuna alınıp floroskopi eşliğinde orta kesim posterior kaliksinden uygun giriş sağlandıktan sonra Amplatz dilatatörler ile 30 F'e kadar dilatasyon yapıldı. 30 F üzerinden gönderilen kılıfın renal pelviste olduğu görüldükten sonra Amplatz dilatatör çekilip monopolar rezektoskopla renal pelvise girildi. Renal pelvis anterirundaki 10 mm'lik papiller tumoral lezyona monopolar rezeksiyon yapıldı. Ardından yapılan nefroskopiye başka bir odakta herhangi bir patoloji saptanmadı. 30 dakika süren operasyonda komplikasyon gözlenmemesi üzerine hastaya 22 F nefrostomi tübü takılarak işlem sonlandırıldı. Postoperatif herhangi bir komplikasyonu olmayan hastanın 2. gün nefrostomi tübü çekilerek taburcu edildi. Rezeke edilen tümörün patolojisi pTa düşük dereceli papiller üretelyal karsinom olarak geldi. Hastanın 3. ay yapılan kontrol fleksibl URS'inde renal pelviste eski rezeksiyon alanı gözlemlendi. Pelvikalisiel yapılarda herhangi bir nüks kitlesel lezyona rastlanılmadı

Çıkarımlar: Bu vakada dializ riski nedeniyle düşük dereceli non invaziv renal pelvis tümörüne perkutan rezeksiyon uygulandı. Uygun hastalarda perkutan yaklaşım güvenle NÜ'ye alternatif olarak uygulanabilir

RETROPERITONEAL FİBROZİS OLGUSUNDA LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİZİS

Kaan Çömez, Ozan Bozkurt, Ömer Demir

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Retroperitoneal fibrozis retroperitonda gelişen enflamatuar ve fibrotik reaksiyonun retroperitoneal yapılara ekstresek bası yapması sonucu oluşan bir hastalıktır. Obstrüktif üropati gelişen olgularda açık, laparoskopik veya robotik olarak üreterolizis uygulanmaktadır. Biz bu video sunumunda laparoskopik üreteral intraperitonealizasyon olgumuzu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 72 yaşında erkek hastaya kreatinin yüksekliği nedeniyle Nefroloji Kliniği tarafından yapılan tetkiklerde sağ pelvikaliksiyel yapılarda dilatasyon saptandı. Yapılan MRI ürografide mesane sağ lateral duvarda ve retroperitoneal alanda retroperitoneal fibrozis saptandı. Hastaya litotomi pozisyonunda 6F double j stent takıldı. Hasta 70 derece flank pozisyona alındı. Transperitoneal olarak 3 porttan girildi. Adezyonlar dissekte edildi. Üreter görüldü. Üreter çevre dokulardan keskin ve künt disseksiyonlarla ayrıldı. 4. port yardımıyla üreter askıya alındı. Üreter renal pelvisden iliak çaprazına kadar tamamen fibrotik dokulardan temizlendi. Fibrotik dokulardan maligniteyi ekarte etmek için örnek alındı. Üreter periton içerisine alındı ve intraperitonealizasyon işlemi tamamlandı.

Bulgular: Operasyon süresi 150 dakikaydı. Operasyon sırasında kanama yaklaşık 200 mililitreydi. Postop 3. gün dreni çekildi ve taburcu edildi. Postoperatif patolojisi fibrozis ile uyumlu olarak geldi.

Çıkarımlar: Üreterlerin retroperitoneal kitleden serbestleştirilmesi ve intraperitonealizasyon işlemi cerrahi tedavinin temelini oluşturmaktadır. Günümüzde retroperitoneal fibrozis olgularında, laparoskopik üreterolizis minimal invazif olması ve yüksek başarı oranları nedeniyle güvenle uygulanabilmektedir.

BENİĞN URAKAL KİTLELERİN TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK PARSİYEL SİSTEKTOMİ

Onur Kaygısız, Yakup Kordan, Çağdaş Gökhan Özmerdiven, Hakan Vuruşkan, Burhan Coşkun, Rustam Kadirov, İsmet Yavaşcaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Benign urakal kitlelerin tedavisinde laparoskopik parsiyel sistektomi deneyimlerimizi paylaşmak

Yöntem: Mayıs 2012 ile Temmuz 2014 yılları arasında, biri 30 diğeri 35 olmak üzere 2 kadın hastaya laparoskopik parsiyel sistektomi (LPS) uygulandı. Hastalara laparoskopik yaklaşım öncesinde sistoskopi ve biyopsi uygulandı (beniğn lezyonlar). 2 hastaya da transperitoneal yaklaşım uygulandı. Kitle mesaneden harmonik (ultrasonik) bistüri kullanılarak dairesel şekilde çıkarıldı. Mesane 2-0 vicryl ile kontinü kapatıldı.

Bulgular: Ameliyat süreleri 90 ve 150 dakika ve kan kaybı 20 ve 40 ml idi . Üretral kateter postoperatif 10. günde normal sistogram görüldükten sonra çekildi. Dren postoperatif ikinci günde çekildi. Hastanede kalış süreleri 3 gündü. Majör komplikasyon izlenmedi. Patoloji sonucu, bir hastada urakal kist ve diğeri hastada granülamatöz inflamasyon olarak raporlandı.

Çıkarımlar: LPS kısa hastanede kalış süresi ve iyi kozmetik sonuçları ile minimal invaziv bir tekniktir. Bu prosedür, urakal hastalıkların tedavisinde, güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir, ancak, daha fazla vaka ile LPS'nin etkinliğini doğrulamak gereklidir.

SOLİTER RENAL ÜNİTEDE PELVİS TÜMÖRÜNDE ALTERNATİF YÖNTEM: PERKÜTAN TÜMÖR REZEKSİYONU

Fatih Ataç¹, Ender Özden², Yakup Bostancı², Süleyman Öner²,
Yarkin Kamil Yakupoğlu², Şaban Sarıkaya²

¹Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

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

Amaç: Üst üriner sistem değişici epitelyal kanserlerinde uygulanan endoskopik tedavilerin nihai amacı kanser kontrolü sağlanırken renal fonksiyon ve üriner sistemin bütünlüğünü bozmamaktır. Bu prosedürler öncelikle soliter böbrekler, bilateral renal TCC ya da renal yetmezlikli hastalarda uygulanmaktadır. Bu videoda sağ soliter renal ünite pelvis yerleşimli tümörü olan hastada uyguladığımız perkütan tümör rezeksiyonunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Kanlı idrar yapma şikayeti ile başvuran 49 yaşında erkek hastanın çekilen tomografisinde sağ renal pelviste 36x16x30 mm'lik kitle tespit edildi. Sol böbrek atrofikti. Fleksible URS eşliğinde alınan punch biyopsi sonucu düşük dereceli noninvazif üretelyal karsinom olarak raporlandı. Sağ renal pelvisteki tümöre, böbrek alt polden yapılan akses yardımı ile 24F rezektoskop eşliğinde komplet monopolar rezeksiyon uygulandı.

Bulgular: Patoloji sonucu düşük dereceli noninvazif üretelyal karsinom olarak tekrar raporlandı. Operasyondan bir hafta sonra, re-look yapılan hastanın sağ böbrekten alınan random biyopsilerinde tümör oluşturma rastlanmadığı rapor edildi. Operasyon süresi 57 dakika, kanama miktarı yaklaşık 150 ml idi. 6 aylık üreteroskopik ve radyolojik takiplerinde nüks izlenmedi.

Çıkarımlar: Üst üriner sistemin ürotelyal kanserlerinin tedavisinde, seçilmiş hastalarda organ koruyucu yaklaşım alternatif bir yöntemidir.

RETROKAVAL PARAAORTİK PARAGANGLİOMA: LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL PARAGANGLİOM EKSIZYONU

Hasan Çetin¹, Ender Özden¹, Fatih Ataç², Yakup Bostancı¹, Süleyman Öner¹, Mehmet Özen¹, Şaban Sarıkaya¹

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

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

Amaç: Bu videoda retrokaval paraaortik paraganglioma tespit edilen hastada yaptığımız laparoskopik transperitoneal paragangliom eksizyonunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 66 yaşında kadın hastanın tansiyon yüksekliği nedeniyle yapılan tetkiklerinde renal hilus inferiorunda, aortun sağ lateralinde vena kava inferior posteriorunda 23x27 mm solid kitle izlendi. Hastaya paraganglinöroma ön tanısıyla laparoskopik paragangliom eksizyonu planlandı. 90 derece sağ yan pozisyona alındı. Sağ midklavikular hattın “Veress iğnesi” ile girilerek pnömoperitoneum oluşturuldu ve bir adet 12mm’lik optik port yerleştirildi. Arkus kostaryuma paralel iki adet 5 mm’lik ve bir adet 10 mm’lik 2. 3. ve 4.trokarlar yerleştirildi. Ksifoidin ucundan yerleştirilen 5 mm lik 5. porttan laparoskopik karaciğer ekartörü yerleştirildi. Önce karaciğerin lateralinde trikülar ligaman serbestlendi. Ardından çıkan kolon ve duodenum soğuk makas ve künt diseksiyon ile medialize edildi. Vena kava inferior renal hilusun altında hem medialde hem de lateralde diseke edildi, lumbal venler gözlendi. Vena kava inferior, gonadal venin döküldüğü seviyede right-angle yardımı ile dönüldükten sonra teyp ile askıya alındı. Takiben paragangliom sınırının diseksiyonu medialde aorta gözlenene kadar yapıldı. Paragangliomun posterior ve süperior sınırının diseksiyonu sırasında vasküler yapılar “Hem-o-Lok” ve metal kliplerle kontrol edildi. Takiben lateral diseksiyonu da tamamlandıktan sonra kitlenin eksizyonu tamamlandı. Kitle endobag içine alındıktan sonra loja dren konularak işleme son verildi.

Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 110 dakika, kan kaybı minimal idi. Postoperatif 2. Gün dreni çekilen hasta taburcu edildi.

Çıkarımlar: Retroperitoneal paragangliomlarda önerilen tedavi komplet rezeksiyondur. Tecrübeli ellerde retrokaval yerleşimli paragangliom olgularında laparoskopik yaklaşım alternatif bir tedavi seçeneği olmaktadır.

RENAL ARTER-VEN ARASINDAKİ PARAGANGLİOMUNUN LAPAROSKOPİK EKSİZYONU

Volkan İzol, İbrahim Atilla Arıdoğan, Mutlu Değer, Çağrı Tekdöş, Zühtü Tansuğ, Fatih Gökalp

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Paraganglioma, sempatik veya parasempatik sinir sistemi ile ilişkili nöroendokrin hücrelerden kaynaklanan tümörlere verilen genel isimdir. Genellikle sürrenal medullasından kaynaklansa da, %0.01-0.1 gibi oldukça nadir sıklıkta sürrenal dışı lokalizasyonda bulunabilirler. Farklı lokalizasyondaki paragangliomaların eksizyonunda laparoskopik yaklaşım uygulanabilmektedir. Bu videoda, sağ renal arter ile ven arasındaki kitlenin laparoskopik yöntemle çıkarılma görüntüleri sunulmaktadır.

Yöntem: Karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde sağ renal arteri yaylandıran, 3 cm.lik kitle tanısı konulan 22 yaşındaki erkek hastaya laparoskopik kitle eksizyonu uygulandı. Veress iğnesi ile sağ 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.

Bulgular: Operasyon 130 dakika sürdü, kanama minimaldi. İntraoperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon görülmeyen hasta, 1. gün dreni çekilip taburcu edildi. Histopatolojik incelemede paraganglioma saptandı.

Çıkarımlar: Atipik yerleşimli kitlelerin çıkartılmasında artan deneyimle birlikte laparoskopi, seçilmiş vakalarda uygulanabilen etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

UTERUS KORUYUCU LAPAROSKOPİK SAKROKOLPOPEKSİ

Hasan Bakırtaş, Serhat Tanık, Kürşad Zengin, Sebahattin Albayrak, Muhittin Atar, Muhammed Abdurrahim İmamoğlu, Mesut Gürdal

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Amaç: İleri derecedeki (> Grade 2) pelvik organ prolapsus (POP) olgularında altın standart tedavi; abdominal sakrokolpopeksidir. Bu yöntemde amaç ön ve arka vaginal duvarı köprü görevi görecek bir materyal aracılığı ile sakral promontoriuma tespit etmektir. Bu teknik ile elde edilen yüksek başarı oranları laparoskopik uygulamanın ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu videoda laparoskopik yöntem ile onarım yapılmış POP olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Olgu: 62 yaşında kadın hasta vajenden dışarıya sarkan ve geriye doğru itildiğinde kaybolan kitle şikayeti ile baş vurdu. İnkontinans tariflemeyen hastanın sistemik hastalık ve geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Yapılan fizik muayenede grade 4 pelvik organ prolapsusu mevcuttu, Prolaps redükte edildikten sonra yapılan vajinal muayenede valsava manevrası esnasında inkontinans saptanmadı. Biyokimyasal ve hematolojik parametreleri normal değerlerde olan hastanın yapılan üriner sistem USG'sinde patoloji saptanmadı.

Metod: Genel anestezi altında, 30 derece Trendelenburg ve bacak arasına asistan girebilecek şekilde semilitotomi pozisyonu sağlandı ve 18 F üretral kateter yerleştirildi. Kamera portu (10 mm) umblikusa yerleştirildikten sonra, kamera eşliğinde 4 adet port uygun anatomik lokalizasyonlara yerleştirildi. Pelvik organ anatomisi incelenip landmarker (uterus, mesane, sigmoid kolon) bölgeleri belirlendi. Öncelikle mesane altında olan vajen tepe noktası vajen iç kısmından yapılan manuplasyon ile ortaya çıkarıldı. Bu bölge anteriordan ve daha sonra posteriordan tamamen disseke edildi. Daha sonra uterus ile broad ligaman arasından mesh'in promontorium bölgesine ilerletilebilmesi için her iki taraftan pencereler açıldı. Kolon ve diğer GIS(Gastrointestinal sistem) elemanları posterior pelvik bölgeden retrakte edilip sakral promontorium belirlendi. Bu bölgeden yapılan künt disseksiyonlar ile peritoneal tünel oluşturulup daha önce açılan pencerelere ulaşıldı. Hazırlanan propilen mesh kravat şeklinde yerleştirilip öncelikle vajen tepe noktasına sabitlendi. POP'un yeterince redükte edildiği izlenen gerginlik sağlandıktan sonra mesh sakral promontoryuma tespit edildi. Açılan tüm periton katlantıları sütürize edilerek kapatıldı. Kanama kontrolü sonrası dren yerleştirilip port bölgeleri usulüne uygun kapatıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 100 dk, kan kaybı yaklaşık 50 cc idi. Peroperatif komplikasyon olmadı. Postoperatif 1. gün üretral kateteri çekilen hastada miksiyon sonrası rezidü idrar olmadığı izlendi. Dren postoperatif ikinci gün alınarak hasta aynı gün taburcu edildi.

Çıkarımlar: Laparoskopik sakrokolpopeksi ileri derecede pelvik organ prolapsusu olan hastalarda, tecrübeli ekipler tarafından minimal morbidite ile uygulanabilen bir işlemdir.

SIİRT DEVLET HASTANESİ: İLK RIRC DENEYİMLERİMİZ

Onur Serin, Mustafa Kaplan Çalışkan, Zafer Demir

Siirt Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Siirt

Amaç: Böbrek taşı tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) deneyimimizin sunulması.

Yöntem: Haziran – Ağustos 2014 tarihleri arasında, kliniğimizde çift lümenli fleksibl üreterorenoskop ile RIRC uygulanan 25 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların 7'si kadın 18'i erkek olup, yaş ortalaması 35 (9-57) idi. Ortalama taş boyutu 12,5mm (6-22) idi. Taş sayısı altı vakada iki ve üzerinde iken diğerlerinde tekti. Ortalama operasyon süresi fleksibl üreterorenoskopun pelvikalisyel sisteme yerleştirilmesi ile D-J stentin konulması arasındaki süre olarak hesaplanmış olup 41 (17-105) dakika idi. 19 vakaya pasif dilatasyon amacıyla preoperatif D-J stent yerleştirildi. Akses kılıfı 4 vakada kullanıldı. Postoperatif 21 hastaya D-J stent, 4 hastaya ise üreter kateteri yerleştirildi. Özellikle vakalar 1 vakanın soliter böbrekli olması, 1 hastaya da eş zamanlı bilateral RIRC uygulanmış olmasıydı. Postoperatif birinci ay kontrollerinde klinik önemsiz rezidülerle birlikte 21 hastada taşsızlık saptandı.

Çıkarımlar: İlimizde, bölgemizle paralellik gösterecek şekilde taş hastalığına sıkça rastlanmaktadır. Bu sıklık, RIRC gibi minimal invaziv taş cerrahisi tekniklerinin yaygınlaşmasını gerektirmektedir. Sonuç olarakta hem hasta mağduriyetinde, hem de çevre üçüncü basamak sağlık kurumlarının yoğunluklarında azalma sağlayacağımızı düşünmekteyiz.

LAPAROKOPİK TRANSPERİTONEAL SOL ADRENALEKTOMİ

Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Bülent Günlüsoy, Zafer Kozacıoğlu, Deniz Bolat, Serkan Yarımoglu, Salih Polat, Süleyman Minareci

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Adrenal bezler retroperitoneal olmaları ve major damarsal yapılara komşu olmaları nedeniyle cerrahi teknik açısından zorluklar barındırmaktadır. Günümüzde laparoskopik adrenal cerrahisi bir çok adrenal hastalıkta açık cerrahinin yerini almıştır. Bu videoda, kliniğimizde yaptığımız laparoskopik sol transperitoneal adenalektomi ameliyatını sunmaktayız.

Yöntem: 46 yaşında kadın hasta, karın ağrısı nedeniyle yapılan tetkiklerinde USG'de sol sürrenal lojda 4x4 cm lik kitle saptanması üzerine, endokrinoloji polikliniğine başvurmuş ve yapılan MR'da 4,5 cm çapında hormon salgılayan adenom veya adenom üzerine metastatik lezyon açısından anlamlı olarak yorumlanmıştır. Kliniğimize yönlendirilen hastaya sol laparoskopik adenalektomi planlandı.

Bulgular: Hastaya laparoskopik sol transperitoneal adenalektomi uygulandı. Operasyon süresi 116 dk. idi. İntraoperatif kan transfüzyonu yapılmadı. Postoperatif 1. günde dren alındı. Postoperatif 2. günde hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu sürrenal adenom olarak raporlandı. Hastanın 6 aylık takibinde sorun olmadı.

Çıkarımlar: Kliniğimizde laparoskopik adenalektomiyi 5 hastaya uyguladık. Laparoskopik adenalektomin uygulanabilir, güvenli bir cerrahi olduğunu düşünmekteyiz.

RETROPERITONEAL FİBROSİZ: LİTOTOMİ POZİSYONUNDA BİLATERAL LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL ÜRETEROLİZİS

Ender Özden¹, Fatih Ataç², Yakup Bostancı¹, Hasan Çetin¹,
Yarkin Kamil Yakupoğlu¹, Şaban Sarıkaya¹

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

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

Amaç: Bu videoda idiopatik retroperitoneal fibrozis ve bilateral hidronefrozu hastada yaptığımız, bilateral transperitoneal laparoskopik üreterolizis olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Elli altı yaşında erkek hastanın kardiyak aritmi nedeniyle yapılan değerlendirmelerinde kreatinin: 2,6 mg/dl ve GFR: 27 ml/dk olarak bulunması üzerine çekilen kontrastsız BT'sinde bilateral retroperitoneal fibrozis saptandı. Hastaya bilateral laparoskopik üreterolizis planlandı. Litotomi pozisyonunda suprapubik 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben suprapubik 1 adet 12 mm lik optik port, her iki tarafta umblikus altında pararektal birer adet 10 ve 5 mm'lik çalışma portları yerleştirildi. Önce sağda barsaklar kraniale doğru ekarte edildikten sonra sağ common iliak seviyesinden peritonun posterior yaprağı açıldı ve üreter künt diseksiyonla serbestlendi. Diseksiyon sırasında retroperitoneal alandan biyopsi alındı. Takiben aynı işlem solda da yapıldı. Her iki tarafta peritonun posterior yaprağı (T-LİFTR)'ler yardımı ile karın duvarına asıldı. Her iki üreter distalde ve proksimalde serbestlendikten sonra vicryl sütür ile peritonun posterior yaprakları, üreterler periton içinde kalacak şekilde kapatıldı. Kanamanın olmadığı görüldü, loja dren konuldu ve işleme son verildi.

Bulgular: Operasyon süresi 110 dakika idi. Hastanın postoperatif 3. gününde sump dreni çekildi.

Çıkarımlar: Tariflenen hasta pozisyonu ve port konfigürasyonu ile her iki üretere ulaşmak ve hasta pozisyonu değişimine gerek kalmadan bilateral üreterolizis mümkün olabilmektedir.

OPTİK TROKAR GİRİŞİ İLE LAPAROSKOPIK PİYELOPLASTİ

Uğur Yücetaş, Erkan Erkan, Mehmet Gökhan Çulha, Emre Karabay,
Mustafa Kadıhasanoğlu, Bülent Mansuroğlu, Gökhan Toktaş

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu videoda optik trokar girişi ile gerçekleştirilen laparoskopik piyeloplasti operasyonu sunulmaktadır.

Yöntem: Son iki yıldır şiddetli sağ yan ağrısı şikayeti olan 31 yaşındaki erkek hasta kliniğimize başvurdu. Hastaya yapılan intravenöz pyelografi ve dinamik renal sintigrafi sonrası sağ üreteropelvik bileşke darlığı tanısıyla laparoskopik piyeloplasti operasyonu planlandı. Sol yan pozisyonda umbilikusun hemen sağ lateralinden 2 cm'lik insiyon ile cilt ve cilt altı dokular geçildi ve ardından Veres iğnesi ile peritoneal alana girilerek pnömoperiton oluşturuldu. Daha sonra 10 mm'lik bıçaksız optik trokar ve 0 derece laparoskopik teleskop ile direkt görüş altında katlar geçilerek batına girildi. Kamera görüşü altında 5 mm'lik ve 12 mm'lik trokarlar yerleştirildikten sonra kolon medialize edildi. Üreter bulundu ve renal pelvise ulaşıldı. Renal pelvisin dilate olduğu ve üreteropelvik bileşke düzeyinde çaprazlayan damarların bası yaptığı izlendi. Renal pelvis ve çaprazlayan damarların diseksiyonu sonrasında üreteropelvik bileşke düzeyinde üreter kesilerek transseksiyon gerçekleştirildi. Dar segment kesilerek çıkartıldı ve sonrasında üreter lateralden spatüle edildi.

Bulgular: Renal pelvis ve üreter çaprazlayan damarların anterioruna transpoze edilerek 4/0 vicryl ile sütüre edildi. Double j stent üretere ve renal pelvise yerleştirildikten sonra anastomoz tamamlandı. Dren konularak operasyon sonlandırıldı. Operasyon esnasında ve sonrasında komplikasyon gözlenmeyen hasta postoperatif üçüncü gün dreni çekilerek taburcu edildi.

Çıkarımlar: Üreteropelvik bileşke darlıklarında laparoskopik piyeloplasti başarıyla uygulanabilecek minimal invazif bir tedavi yöntemidir. Ayrıca optik trokar ile görüş altında daha güvenli bir giriş sağlanabilmektedir.

ENDOPELVİK FASYA KORUYUCU ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Mustafa Aydın¹, Lokman İrkılata¹, Selçuk Şahin², Buğra Doğukan Törer²,
Hasan Rıza Aydın¹, Ebubekir Akgüneş¹, Kamil Mert Angin¹, Mustafa Kemal Atilla¹,
Volkan Tuğcu²

¹S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

²S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Robot yardımlı radikal prostatektomi artan sayıda uygulanmaya devam etmekte ve deneyim arttıkça onkolojik ve fonksiyonel sonuçları iyileştirebilmek için çeşitli teknikler geliştirilmektedir. Fonksiyonel sonuçları daha iyi hale getirebilmek için prostatik fasya koruyucu, mesane boynu rekonstrüksiyonu, endopelvik fasya koruyucu, anterior ve posterior rekonstrüksiyon ve sinir koruyucu gibi teknikler uygulanmaktadır. Bu teknikler sayesinde özellikle erken kontinans oranları %40-50, total kontinans oranları %70-90, seksüel fonksiyon oranları da %85-95'lere ulaşmıştır.

Yöntem: Bizim vakamız, 60 yaşında PSA'sı 7 ng/ml olan, rektal muayenede grade 1 adenom ve prostat volümü 30 gr saptanan bir hasta olup TRİB'de 2 korda adenoCa Gleason 3+3 raporlanmıştır. Teknik olarak önce Douglastan seminal veziküller bulunup serbestleştirildi. Daha sonra mesane boynu rezeksiyonu yapıldı. Endopelvik fasya ve nörovasküler demet korunarak intrafasyal diseksiyon yapıldı. Dorsal ven kompleksi bağlanmadan soğuk kesi yapılarak üretraya ulaşıldı ve üretra diseke edilerek prostat çıkarıldı. Anastomoz tamamlandıktan sonra endopelvik fasyalar karşılıklı sütüre edildi.

Bulgular: Operasyon süresi 130 dk, anestezi süresi 150 dk olarak hesaplandı. Kan kaybı 50 cc nin altında idi. Postop. 3.gün dreni alınan hasta, aynı gün taburcu edildi. Postop. 10. gün sondası alındı.

Çıkarımlar: Prostatik fasya diğer adıyla lateral pelvik fasya ya da endopelvik fasyanın paryatel yaprağı damar, sinir ve düz kas açısından zengin bir yapıdır. Bu fasyanın ve endopelvik fasyanın korunması, anterior ve posterior rekonstrüksiyonlar gibi çeşitli modifikasyonlar ile hem potans hem de doğal üriner kontinans mekanizmasına daha az zarar vererek kontinans açısından fayda sağlamaktadır.

İNVAZİV MESANE KANSERİNDE PROSTATİK ÜRETRA İNVAZYONU: ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK SİSTOPROSTATEKTOMİ VE ÜRETREKTOMİ

**Volkan Tuğcu, Mustafa Gürkan Yenice, Doğukan Sökmen, Selçuk Şahin,
Abdullah Hızır Yavuzsan, Taner Kargı, Kamil Gökhan Şeker**

S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Mesane kanseri ürogenital sistemin ikinci en sık görülen malignitesidir ve kanser ölümlerinin %3-5'ini oluşturur. İnvaziv mesane kanserinin tedavisinde robot yardımcı laparoskopik sistoprostatektomi dünya çapında gerçekleştirilmektedir. Bu videomuzda prostatik üretra invazyonu olan invaziv mesane kanseri olan hastaya yapılan robot yardımcı laparoskopik sistoprostatektomi ve üreterektomisi operasyonunu göstereceğiz.

Yöntem: 49 yaşındaki makroskopik hematüri ile gelen hastaya yapılan BT tetkikinde mesane sağ duvarda invaziv görünümlü solid tümör tespit edildi. Transüretral rezeksiyon (TUR) sırasında prostatik üretra invazyonu da saptandı ve rezeke edildi. TUR spesimeninde patolojik evre pT2 izlendi ve prostatta ürotelyal karsinom pozitif izlendi. Sonuç olarak, robot yardımcı laparoskopik radikal sistoprostatektomi ve üreterektomisi ayrıca açık cerrahiyle üriner diversiyon operasyonu planlandı ve gerçekleştirildi.

Bulgular: Operasyon zamanı yaklaşık 180 dakika ve yaklaşık kan kaybı 150cc izlendi. Herhangi bir intraoperatif veya postoperatif komplikasyon izlenmedi.

Çıkarımlar: Robot yardımcı laparoskopik üreterektomisi perineal üreterektomisi yerine alternatif bir yöntem olarak akılda bulundurulmalıdır.

7 CM ÜZERİ BÜYÜK BÖBREK TÜMÖRLERİNDE PARSİYEL NEFREKTOMİ

İsmail Başbüyük¹, Fatih Elbir¹, Sina Kardeş¹, Muhammed Tosun¹, Yunus Kayalı¹,
Ramazan Topaktaş², Ş.Yavuz Önol¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Diyarbakır

Amaç: Radikal nefrektomi böbrek kitlelerinde nüks, kansere özgü sağkalım ve genel sağkalım açısından altın standart tedavi seçeneğidir. Nefron koruyucu cerrahi ise görüntüleme yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte günümüzde biraz daha popüler hale gelmiştir. Nefron koruyucu cerrahinin küçük böbrek kitlelerindeki onkolojik ve fonksiyonel başarısı büyük böbrek kitlelerinde de bu tedavinin değerlendirilmesi açısından öncülük etmektedir. Şu an için literatür 7 cm'den büyük böbrek kitlelerinde parsiyel nefrektominin cerrahi ve sağkalım avantajlarından bahsetmek için yeterli değildir.

Yöntem: 2004 ile 2014 yılları arasında 7 cm üzeri böbrek kitlesi olan 14 hastaya parsiyel nefrektomi uygulandı. İki hasta soliter böbrekli idi. Yüksek torakoabdominal insizyonla 9.10 ve 11. kot seviyelerinden ekstraparitoneal ekstraplevral olarak giriş yapıldı. İskemi süresini azaltmak için parsiyel nefrektomi sırasında segmental arterler bağlanıp kesildi. 8 hastaya soğuk iskemi, 6 hastaya da sıcak iskemi uygulandı. Parsiyel nefrektomi, 7 hastada 5 mm'lik sağlıklı böbrek dokusu bırakarak üreterokalikostomi, kalikokalikostomi, kalikopelviostomi, üreteropelviostomi şeklinde uygulandı. İntrarenal rekonstrüktif cerrahi uygulanan bu hastalarda çift-J üreteral kateter yerleştirildi.

Bulgular: Ortalama tümör boyutu 8,7 (7,5-12,0) cm ve 6'sı santral yerleşimli 8'i ise periferik yerleşimli idi. Ortalama hasta yaşı 59 idi. Tümör yerleşimi 2 hastada üst, 6 hastada orta ve 6 hastada alt polde idi. Ortalama preoperatif ve postoperatif kreatin düzeyleri sırasıyla 1,2 ve 1,45'di. Ortalama kan kaybı 462 cc (350-900) ve ortalama operasyon süresi 106 dakika idi. Ortalama sıcak ve soğuk iskemi süreleri sırasıyla 15 (9-21 ve 24 (14-31 dakika idi. Ortalama takip süresi 36 ay idi. Bu süreçte sadece 1 hastada karşı böbrekte kitle saptandı ve bu tarafa da parsiyel nefrektomi uygulandı.

Çıkarımlar: Parsiyel nefrektominin büyük böbrek kitlelerinin tedavisindeki yeri tartışmalıdır ve bunu destekleyecek uzun vadeli geniş çalışmalar henüz yoktur. Ancak yapılan kısa süreli sınırlı çalışmalarda büyük böbrek kitlelerinde parsiyel nefrektominin onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarının umut verici olduğu gösterilmektedir

LOKAL İLERİ (T3-T4) PROSTAT KANSERLERİNDE GENİŞLETİLMİŞ RADİKAL PROSTATEKTOMİ

Ş. Yavuz Öno1, Abdullah Armağan1, F. Fatih Öno2, İsmail Başbüyük1, Fatih Elbir1, Cevper Ersöz3, M. Remzi Erdem4

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³Giresun Prof. Doktor A. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

⁴S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Lokal İleri Protat Kanserlerinin tedavisinde hormonoterapi ve/veya radyoterapi popülerdir. T3-T4 tümörlerde genişletilmiş radikal prostatektomi tek başına %50 kür vermektedir.(CAPTURE, PIVOT, PRIAS çalışmaları). Bu çalışmalar gelecekte cerrahinin daha çok kullanılacağını göstermektedir

Yöntem: 2001-2014 yılları arasında PSA değeri ortalama 35ng/ml(20-110 ng/ml) olan 62 lokal ileri evre prostat kanserli hastaya genişletilmiş radikal prostatektomi uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 66.3(52-75) yıl, klinik evresi T3-T4, N0, M0 ve Gleason Skorları 7 ve üzeriydi.

Videosu sunulan Olgu: 55 yaşında preoperatif PSA:105ng/ml, preoperatif TRUS Bx: GS:4+4, 11/12 adenokarsinom.

Her iki bacağı pnömötik intermittant kompresyon cihazı uygulandı. Göbek altı vertikal insizyonla girildi, bilateral retroperitoneal genişletilmiş lenfadenektomi, endopelvik fasyaların açılması, dorsal venöz kompleksin kontrolü, apikal disseksiyon ve üretranın kesilmesi, nörovasküler demetlerin geniş eksizyonu, rektumun serozası Denonviller tabakaları ve V. seminalislerin en-block disseksiyonu ve mesane boyununun geniş eksizyonu yapıldı. Kanama kontrolü, koterizasyon veya ligasyon kullanılmadan, kanayan odakta bırakılan bol miktarda tamponun uyguladığı basınç yardımıyla sağlanmıştır.

Postop dönem verileri olarak: tümör prostanın %85 lik kısmını kaplamakta, GS:5+5, CS(-), 1/52 Lenf nodu (+) idi ve birinci yıl PSA değeri:2ng/ml bulundu.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 95dk(65-195), ortalama kanama 550ml(300-1300), ortalama üretral katater kalış süresi 10 gündür. Altı vakada meydana gelen rektal yaralanma primer olarak kapatıldı. Üç olguya kolostomi açıldı. Bir olguda bulunan üretrorektal fistül dört ay sonra perineal interpoze skrotal dartos flep yardımıyla onarıldı. Bir olguda fleksible rektosigmoidoskopi ile fistül traktına kelepçe uygulandı. Bir olguya jel doku yapıştırıcı uygulandı ve başarısız olması üzerine perineal yaklaşımla gracilis flep interpoze edilerek başarılı bir şekilde onarıldı.

Çıkarımlar: Ekstripatif radikal prostatektominin, kesin patolojik evreleme vermesi, metastaz yapacak ana tümör yükünü ortadan kaldırması ve kabul edilebilir morbidite yönleri ile başarılı sonuçlar verdiği gösterilmiştir. Ayrıca hormonoterapi ve radyoterapinin kombine kullanımın getireceği toksik etkilerden kaçınılmasını sağladığından gelecekte cerrahi tedavi hormonoterapi ve radyoterapiye göre kendine daha geniş kullanım alanı bulacaktır (PIVOT, SPCG-4, PRIAS). Bizim çalışmalarımız da bu çalışmaları destekler niteliktedir. Bu çalışmalar bize cerrahi tedavi açısından bardağın dolu tarafına odaklanmamızı sağlayacak yönler sunmaktadır.

RADİKAL NEFREKTOMİ, VENA KAVA VE/VEYA ATRIAL TÜMÖR TROMBEKTOMİ: YÜKSEK TORAKOABDOMİNAL TRANSDİAFRAGMATİK EKSTRAPERİTONEAL YAKLAŞIM

Ş.Yavuz Önal¹, İsmail Başibüyük¹, Fatih Elbir¹, Sina Kardaş¹, Muhammed Tosun¹, Ramazan Topaktaş², F.Fatih Önal³

¹Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Diyarbakır

³S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Böbrek tümörlerinde majör venöz sisteme giren tümör trombüsü %4-10 arasında görülür. Atriama uzanan trombüslü olgular daha da nadirdir. Bu videoda 8. kot torakoabdominal transdiafragmatik yaklaşımla radikal nefrektomi, kaval tümör trombektomi ve atriotomi uygulamasına ilişkin teknik sunulmaktadır.

Yöntem: 1995-2014 yılları arasında 21 hastaya (vena kavaya (6 tanesi atriama) uzanım gösteren tümör trombüslü renal kitle) açık cerrahi girişim uygulanmıştır. Bütün hastalara yüksek torakoabdominal (8,9 ve 10. kotların çıkartılması) girişim uygulanmıştır. Gerektiğinde kesi rektus ön kılıfı, rektus adalesi ve rektus arka kılıfı kesilerek göbek altı hizasına uzatılmıştır. İşlem tamamen retroperitoneal olarak gerçekleştirilmiş, gerektiğinde retroperitoneal olarak karşı böbreğe de hakimiyet sağlanmıştır. Böbrek arkadan etraf dokulardan disseke edildikten sonra hemen renal artere ulaşım sağlanmış ve bağlanıp kesilmiştir. Venöz akımın kesilmesi ile karaciğer ve vena kavadaki dolgunluk önemli ölçüde azalmıştır. Retrohepatik vena kavaya tam kontrol sağlanmıştır. Lomber venler bağlanıp hepatic venler kontrol altına alınmıştır. Distal vena kavaya kros klemp konulmuştur. Subdiafragmatik trombüslü olgularda proksimal vena kava Satinski klemplerle kontrol altına alınmıştır. Atriama uzanım gösteren tümörlerde, torakoabdominal kesiden manuel olarak tümör trombüsü distale itilmiştir. Vena kava kesilerek frajil trombüslü olgularda foley atriama itilip balonu şişirilerek çıkartılmıştır. Bu kesi ile perikardium açılıp atriama tam manuel kontrol sağlanabilmiştir. Vena kava 2 tabaka olarak onarılmıştır. Diafragma ve plevra primer olarak kapatılmıştır. Hiçbir olguda toraks tüpüne gerek duyulmamıştır.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 130 dakika, ortalama kanama 1700 ml (500-3000), ortalama hastanede kalış süresi 6 gün (2-10), ortalama izlem 26 aydır (10-54). Atrial uzanımlı olguların 2 tanesi 2 yıl, 1 tanesi 5 yıl yaşamış olup diğerleri halen hayattadır.

Çıkarımlar: Yüksek torakoabdominal yaklaşım retrohepatik anterior yaklaşımlara göre karaciğer mobilizasyonuna gerek kalmadan retrohepatik vena kavaya kolay ulaşım sağlar. Renal arter hemen bağlanıp kesilir. Atriama uzana tümör trombüslerinde kardiak arreste ve kardiopulmoner by pass'a ihtiyaç duyulmaz. Maksimal kesili bu yaklaşım maksimal tümöral kontrol ve orta derecede morbidite göstermektedir.

MALİĞN RETROPERİTONEAL TÜMÖR CERRAHİSİNDE PARSİYEL VE KOMPLET VENA KAVA VE AORTA REZEKSİYONU: TEKNİK İNCELİKLER VE SONUÇLAR

Ş.Yavuz Önol¹, İsmail Başibüyük¹, Fatih Elbir¹, Sina Kardaş¹, Muhammed Tosun¹, Yunus Kayalı¹, M.Remzi Erdem², Ramazan Topaktaş³, Bekir İnan⁴

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Diyarbakır

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Testis, böbrek, adrenal kitleler ve retroperitoneal leiomyosarkom gibi vena kavayı komplet veya kısmen tutan malign tümörlerin vena kava ile birlikte cerrahi rezeksiyonu hastanın sağ kalımına katkı sağlamaktadır.

Yöntem: 1998-2014 yılları arasında 19 (14'ü parsiyel, 4'ü komplet vena kava inferior, 1 aorta) aorta ve vena kava rezeksiyon geçiren vakaların sonuçları sunulmaktadır. Inferior vena kava rezeksiyonu yapılan hiçbir vakaya tüp greft replasmanı yapılmamıştır. Dört vakada vena kava komplet rezeke edilmiş ve vena kava kör uç olarak bırakılmıştır. On dört vakada ise vena kava inkomplet olarak rezeke edilmiş ve bazı olgularda vena kavanın $\frac{3}{4}$ 'üne varan oranlarda tümörle birlikte vena kava rezeksiyonu yapılmıştır. Bir olguda vena kavaya patch uygulanmıştır. Retroperitoneal lenfadenektomi ile beraber infrarenal segmental aorta rezeksiyonu yapılan bir olguda aorta segmental çıkarılmış ve sonrasında çıkarılan segmente greft konulmuştur.

İşlemlerin 3 tanesi leiomyosarkomda, 5 tanesi postkemoterapotik testis tümörüne bağlı retroperitoneal lenfadenektomide, 11 tanesi de böbrek tümöründe uygulanmıştır.

Girişimler 8 ve 9. Torakoabdominal transdiafragmatik, torakoabdominal yaklaşımla uygulanmıştır. Bu insizyon 5 anatomik boşluğa (intraperikardial, intraatrial, intratorasik, retroperitoneal ve intraperitoneal) birden ulaşım imkânı vermektedir.

Bulgular: Bu videoda 36 yaşında bilateral ayak ödemi olan vena kavayı, sağ böbreği, duodenumu, çıkan kolonu ve sağ retroperitoneal alanı kaplayan 20x15 cm'lik biyopsi ön tanılı leiomyosarkomlu olgu sunulmaktadır.

Total kaval rezeksiyon ve histerektomi planlandığından 8. Kot torakoabdominal kesi göbek altına uzatılmıştır. Tümörün perfere olmadan en-block çıkarılmasına özen gösterilmiş, duodenuma Heineke Mikulicz onarım yapılmış, vena kava infrarenal ve iliak çapraz arasında bağlanmış ve bütün retroperitoneal kitle böbrekle beraber komplet olarak çıkarılmıştır.

Patoloji: cerrahi sınırla negatif leiomyosarkom, vena kava invazyonu mevcut

Çıkarımlar: Retroperitoneal tümörlerde tümörün perfere edilmeden invaze olduğu etraf dokularla birlikte en-block olarak çıkarılması survi açısından büyük önem taşır.

Hastanın, preoperatif vena kava obstrüksiyon süresi ve derecesi (komplet, inkomplet) kollaterallerinin gelişme süresi, performansı, ameliyat esnasında proksimal ve distal kaval klempajına bağlı hemodinamisi, postoperatif komplikasyonlar açısından prediktiftir.

LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ: ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Sinan Çelen, Burhan Coşkun, Onur Kaygısız, Yakup Kordan, Hakan Vuruşkan, Aykut Sönmez, İsmet Yavaşcaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Kliniğimizde uygulanan laparoskopik radikal sistektomi (LRS) deneyimlerimizin sunulması

Yöntem: Mayıs 2006-Temmuz 2014 tarihleri arasında LRS, lenfadenektomi ve üriner diversiyon uygulanan 117 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların 108'i erkek, 9'u kadındı. Hastaların ortalama yaşı ise 62 (41-90) yıl idi.

Bulgular: Ortalama toplam ameliyat süresi 352 (210-540) dakika olup laparoskopik sistektomi ve lenfadenektomi ise 216 (90-310) dakika sürmüştür. Sekiz hastada aynı seansta ünilateral nefroüretrektomi, bir hastada bilateral nefroüretrektomi uygulanmıştır. 107 hastada ileal loop, 10 hastada ortotopik diversiyon uygulanmıştır. Ortalama kan kaybı 260 (50-550) ml olup yedi hastaya operasyon sırasında kan transfüzyonuna gereksinim duyulmuştur. Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi ise ortalama 15 (7-42) gündü. İntraoperatif dönemde hiçbir hastada komplikasyon gelişmemiş ve açık cerrahiye geçmek gerekmemiştir. Postoperatif erken dönemde ise 14 hastada yüzeysel yara enfeksiyonu ve dikiş açılması, 3 hastada eviserasyon, 2 hastada enterokutanöz fistül, 1 hastada sepsis, 4 hastada ise uzamış ileus, 1 hastada pulmoner emboli geliştiği görülmüştür.

Patolojik değerlendirmede 71 hastada (%60) organa sınırlı (evre pT0/pT1/pT2/pT3a) ve 46 hastada (%40) ekstrevezikal tümör (evrepT3b/pT4) olduğu görülmüştür. Lenf nodu pozitifliği 117 hastanın 17'sinde (%14,5) saptanmıştır. 17 hastada lenf nodu pozitifliği, üç hastada histopatolojik olarak yassı hücreli kanser ve bir hastada nöroendokrin karsinom saptanması nedeniyle adjuvan kemoterapi uygulanmıştır. Ortalama 16 (1-54) aylık takip süresinde, adjuvan tedavi alan hastalarımız da dâhil olmak üzere, sağkalım oranımız %84'tür (19/107). Takip süreci içerisinde hiçbir hastada port yeri ekimi saptanmamıştır.

Çıkarımlar: Kendi klinik deneyimimiz literatürle uyumlu olacak şekilde LRS'nin onkolojik prensiplerden ödün vermeden güvenle yapılabileceğini göstermiştir.

RENAL VEN TROMBÜSLÜ RENAL HÜCRELİ KARSİNOM: LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ

Ender Özden¹, Fatih Ataç², Hasan Çetin¹, Yarkın Kamil Yakupoğlu¹,
Yakup Bostancı¹, Mustafa Özbek¹, Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹

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

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

Amaç: Bu videoda sol renal vende trombüsü olan renal kiteli hastada yaptığımız laparoskopik radikal nefrektomi (LRN) olgumuzu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 54 yaşında erkek hastada insidental olarak saptanan sol böbrek orta alt zon medialde yaklaşık 10 cm'lik solid kitle var idi. Yapılan tetkiklerinde sol renal ven içerisinde aorta seviyesine kadar uzanan trombüs gözlemlendi ve LRN planlandı. Hasta 60 derece sol yan pozisyona alındı. Umblikus üstü orta hatta 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 1 adet 12 mm lik 2. ve 3. portlar girildi. Sol alt kadranda pararektal alana 5 mm'lik ekartasyon amaçlı 4. port yerleştirildi. İnen kolon deviyeye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Üreter iliak çaprazını proksimalinde bulundu, "Hem-O-Lok" kliple bağlandı ve kesildi. Gonadal ven ve lumbal ven renal vene kadar diseksiyonla çıkarılarak "Hem-O-Lok" kliplerle metal kliplerle kontrol edildi ve kesildi. Ardından sol renal arter diseksiyonla ortaya kondu. Right angle ile serbestlendikten sonra "Hem-O-Lok" kliple kontrol edildi. Renal ven trombüsün olmadığı, superior mesenterik arter çaprazını, gözlenene kadar diseksiyonla çıkarıldı. Renal ven güvenli alandan rightangle yardımı ile döndürüldükten sonra teyp ile askıya alındı ve döndürülerek renal trombüs böbrek tarafında bırakıldı. Güvenli alandan renal ven "EndoTA" ve "Hem-O-Lok" kliple kontrol edildi ve kesildi. Takiben renal arter, ilave "Hem-O-Lok" kliplerle kontrol edildi ve kesildi. Kitle çevre dokulardan, "hook" koter ve "thunderbear" yardımı ile serbestlendi. Kitle endobag içine alındı ve açılan sol Gibson insizyonundan çıkarıldı. Operasyon süresi 150 dakika kan kaybı yaklaşık 80 ml idi. Patoloji şeffaf hücreli renal hücreli karsinom Fuhrman grade 4 olarak raporlandı. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi.

Bulgular: Temmuz 2009 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında 127 hastaya LRN yapıldı. Hastaların 89'u erkek, 38'i kadın ve yaş ortalaması 61±14 (29-88) yıl idi. 56 hastaya sağ, 71 hastaya sol LRN ve 33 hastaya retroperitoneal, 94 hastaya transperitoneal LRN uygulandı. Hastaların ortalama sipesimen boyutu 149±38 (60-300) mm idi. Ortalama cerrahi süre 103±42 dakika, tahmini kan kaybı ortalama 112±81 (20-400) ml ve hastanede yatış süresi ortanca değeri ise 2(2-34) idi. Toplam 1 (%0,9) hastada peroperatif, 6 (%5) hastada postoperatif komplikasyon izlendi. Bir hastada hiler lenfadenopati ve yapışıklık nedeniyle elektif şartlarda açığa geçildi.

Çıkarımlar: Renal ven trombüslü renal hücreli karsinomların tedavisi seçilmiş vakalarda ve deneyimli ellerde laparoskopik yaklaşımla da yapılabilir. Video Sunumlar

LAPOROSKOPIK RADİKAL NEFROÜRETEREKTOMİ VE REJYONEL LENFADENEKTOMİ

Mustafa Uğur Altuğ, Erdem Kısa, Volkan Selmi, Aykut Demirci, Fuat Demirel

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Üst üriner sistem toplayıcı sistem tümöründe laporoskopik retroperitonoskopik radikal nefroüretrektomi ve rejyonel lenfadenektomi tedavisinin sunulması

Yöntem: Olgu sunumu; 53 yaşında erkek hastanın non-spesifik yakınmalarla yapılan usg'de sol böbrek toplayıcı sistemde, renal pelvis içerisini dolduran papiller kitle ve solda belirgin hidronefroz saptanmış. Hastanın detaylı anamnezinde 2 ay önce makroskopik hematüri belirtilmiş. CT'de sol böbrek pelvisini infiltre eden ve sol üreteropelvik bileşkeye uzanan en kalın yerinde 14 mm ölçülen yumuşak doku görünümü izlenmiştir. (Transizyonel hücreli Ca ?). Hastaya 3 port kullanılarak retroperitoneal sol radikal nefroüretrektomi ve rejyonel lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Sol alt kadrandan yapılan küçük gibson kesisinden mesaneden cuff çıkarıldı ve spesimen bu insizyondan dışarı alındı. Loja dren konularak işleme son verildi

Bulgular: operasyon süresi 120 dakika idi.Ortalama kan kaybı 100 ml idi. Operasyon sırasında ve sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hastanın dreni postop 5. Günde çekildi ve taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu; nefroüretrektomi materyali; ürotelyal karsinom, yüksek dereceli, tümör renal pelviste lokalize olup proksimal üretere uzanım göstermektedir ve yaklaşık 4.5X3.5 cm'dir. Tümör subepitelyal dokuya invaze olup kas tabakasına infiltrasyon göstermemektedir. (Pt131 adet lenf nodunda (para-aortik, inter-aortokaval, prekaval, supra-hiler) tümör izlenmemiştir.

Çıkarımlar: renal pelvis, üreter ve mesanenin değişici epitel tümörlerinin tedavisinde mutlaka lenfadenektomi uygulanmalıdır. Bu, lokal evrelemenin yanısıra bir grup hastada terapötik amaca da hizmet etmektedir. Bu nedenle toplayıcı sistem tümörlerinde uygulanan açık, laporoskopik veya robotik ameliyatlarda lenfadenektomi göz ardı edilmemelidir.

BÜYÜK BOYUTLARDA BİR ANJİOMYOLİPOM OLGUSUNDA LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Kaan Çömez, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Anjiomyolipom değişen oranlarda düz kas, displastik kan damarları ve yağ dokusundan oluşan en sık görülen benign mezankimal böbrek tümörüdür. Bu video sunumunda sol böbrek alt polden kaynaklanan 10 cm'lik anjiomyolipom ile uyumlu kitlesel lezyona laparoskopik nefron koruyucu cerrahi yöntemi gösterilmektedir.

Yöntem: 43 yaşında kadın hasta sol yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu ve yapılan tetkikler sonucu sol böbrek alt pol-orta kesim kaynaklı 10 cm'lik anjiomyolipom ile uyumlu kitlesel lezyon saptandı. Hastaya transperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulandı. Operasyona 70 derece sol flank pozisyonunda 3 port ile başlandı. Üreter izlenerek böbrek hilusuna ulaşıldı. Renal ven ve renal arter ayrı ayrı disekt edildi. 4. port konularak laparoskopik ultrasonografi eşliğinde kitlenin sınırları belirlendi. Renal artere buldog klemp konuldu ve alt pol-orta kesimden kaynaklı 10 cm'lik kitle eksize edildi. Teflon felt kullanılarak böbrek kenarları ucuca getirilip primer sütüre edildi. Kitle endocatch içerisine konulduktan sonra sol Gibson insizyonu ile çıkartıldı.

Bulgular: Operasyon süresi 180 dakikaydı. Sıcak iskemi süresi 10 dakika ve operasyon sırasında kanama yaklaşık 100 mililitreydi. Postop 3. gün dreni çekildi ve taburcu edildi. Postoperatif patolojisi anjiomyolipom olarak geldi. Cerrahi sınır negatifti.

Çıkarımlar: Renal anjiomyolipomlarda tedavi yöntemi tümör boyutuna bağlı olarak çoğunlukla konservatif izlemdir. Tümör boyutu 4 cm ve üzeri olanlar spontan kanama riski taşırlar ve tedavi olarak cerrahi rezeksiyon uygulanır. Büyük boyutlardaki anjiomyolipomlarda intraoperatif ultrasonografi eşliğinde laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir.

DEV BÖBREK KİTLELERİ: MAKSİMAL TÜMÖR KONTROLÜ İÇİN MAKSİMAL İNSİZYON

Ş.Yavuz Önol¹, İsmail Başibüyük¹, Muhammed Tosun¹, Ramazan Topaktaş², Tolga Akman³, Sina Kardaş¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Diyarbakır

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Dev renal kitlelerin en-block çıkarılması oldukça zordur. Bu çalışmada dev renal kitlelere yaklaşımda, kolaylaştırıcı teknikler ve sonuçlarımız sunulmuştur.

Yöntem: 2004 ve 2014 yılları arasında dev böbrek kitlesi olan 20 hastaya (11 erkek, 9 kadın) radikal nefrektomi uygulandı. Tüm hastalarda torakoabdominal insizyon ile 8, 9, 10, veya 11. kot ekstrapleural olarak çıkarılarak ekstrapleural yaklaşım uygulandı. Yüksek hacimli ve invaziv tümörün rezeksiyonunda zorlanıldığında, cerrahi sınır negatifliğini sağlamak için invaze organ total veya kısmi olarak rezeke edildi. Radikal nefrektomiyi kolaylaştırmak için ilk olarak renal arter kontrol altına alındı. Tümörün bütünlüğünü korumak ve kitlenin perfore olmaması için insizyon uzunluğundan sakınılmadı. Ekstrapleural ve ekstrapleural erişimin üstünlüğü ile tümör ekimi ve rüptürü önlendi. İnsizyon tümörün en-block çıkarılmasını sağlamak amacıyla umblikusa doğru maksimize edilebildi.

Bulgular: Ortalama kanama 100 ml (50-200) idi. Ortalama hastanede yatış süresi 3 gün (2-6) idi. Renal kitlelerin ortalama boyutu 19 cm (15-25) idi. Patoloji sonuçları tüm hastalarda renal hücreli karsinom olarak rapor edilmiştir. Takip: bir hastada lokal nüks ve 2 hastada sistemik metastaz tespit edildi. Ortalama takip süresi 38 ay (11-53) olan hastaların 1'inde lokal rekürrens 2'sinde sistemik metastaz tespit edildi.

Çıkarımlar: Torakoabdominal kesi ve renal arterin kontrol altına alınması dev renal kitlelerde radikal nefrektomiyi kolaylaştırır. Ayrıca bu kesi, özellikle büyük kitleler için onkolojik cerrahinin önemli parçası olan tümörün bütünlüğünün korunmasını sağlar.

LAPAROSKOPIK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU; ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

Yakup Kordan, Rustam Kadırov, Sinan Çelen, Burhan Coşkun, Onur Kaygısız,
Hakan Vuruşkan, İsmet Yavaşcaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Kliniğimizde uygulanan Laparoskopik Retroperitoneal Lenf nodu diseksiyonu deneyimlerimizin sunulması

Yöntem: Mayıs 2010—Temmuz 2014 tarihleri arasında Laparoskopik RPLND uygulanan 4 hasta retrospektif olarak değerlendirildi

Bulgular: Ortalama toplam ameliyat süresi 150 (120-180) dakika idi. Ortalama kan kaybı 186 ml olup altı hastaya operasyon sırasında kan transfüzyonuna gereksinim duyulmuştur. Ameliyat sonrası hastanede yatış süresi ise ortalama 3 gündür. İntraoperatif dönemde hiçbir hastada komplikasyon gelişmemiş ve açık cerrahiye geçmek gerekmemiştir. Ortalama 13 aylık takip süresinde, sağkalım oranımız %100 dür. Lenf nodlarının biri teratom, diğer üçü malignite (-) olarak rapor edildi. Operasyonda 11 adet lenf nodu diseke edildi

Çıkarımlar: Kendi klinik deneyimimiz literatürle uyumlu olacak şekilde Laparoskopik Retroperitoneal Lenf nodu diseksiyonunun onkolojik prensiplerden ödün vermeden güvenle yapılabileceğini göstermiştir.

SOLİTER BÖBREKTE LAPAROSKOPİK NONİSKEMİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Ender Özden¹, Fatih Ataç², Hasan Çetin¹, Yakup Bostancı¹,
Yarkin Kamil Yakupoğlu¹, Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹

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

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

Amaç: Bu videoda soliter böbrekte uyguladığımız laparoskopik noniskemik parsiyel nefrektomi (LPN) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

Yöntem: 68 yaşında erkek hastada, sağ böbrek alt polde egzotifik 46x43 mm çaplı kitle tespit edildi. Hasta soliter böbrek olduğu için noniskemik transperitoneal LPN planlandı. Hasta 60 derece sağ yan pozisyona alındı. Umblikus seviyesinde pararektal alanda 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben pararektal 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 deviyeye edildi, duodenum vena kava inferiorun üzerinden soğuk makas yardımı ile medialize edildi. Vena kava inferiorun lateral komşuluğundan diseksiyona başlanarak retroperitoneal alana ulaşıldı. Proksimal üreter ve gonadal ven gözlendi. Gonadal ven takip edilerek renal ven, renal artere ulaşıldı ve serbestlendi. Tümör, üzerinde perirenal yağ dokusu bırakılarak serbestlendi ve sınır koter yardımı ile belirlendi. Kontrollü hipotansiyon sağlandı ve kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. Eksizyon sırasında toplayıcı sistem ve interlobar damarlar “Hem-o-lok” ve metal kliplerle kontrol edildi. Parankim2.0 “V-Loc” sütür ile kapatıldı. İşlem sırasında vasküler klemlemeyi gerektirecek kanama gözlenmedi. Kitle endobag yardımı ile dışarı alındı. Kanamanın olmadığı görüldü, loja dren konuldu ve işleme son verildi. Operasyon süresi 136 dakika, kan kaybı yaklaşık 200 ml idi. Postoperatif 2. gün direni çekildi ve taburcu edildi. Patoloji şeffaf tip renal hücreli karsinom Fuhrman grade 2, T1b, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı.

Bulgular: Temmuz 2009 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında 149 hastaya LPN uygulandı. Bu hastaların 27’sine noniskemik LPN yapıldı. Noniskemik parsiyel nefrektomi yapılan hastalardan iki tanesi soliter böbrekli idi. Hastaların 92’si erkek, 57’si kadın ve yaş ortalaması 56±14 yıl idi. 74 hastaya sağ, 75 hastaya sol LPN ve 35 hastaya retroperitoneal, 114 hastaya transperitoneal LPN uygulandı. Hastaların ortalama “Total PADUA Skoru” 8±2, ortalama kitle boyutu 35±14 (12-72) mm, ortalama cerrahi süresi 111±36 dakika, ortalama sıcak iskemi süresi 16±5 dakika idi. Hastaların kan kaybı ortanca değeri 110(40-600) ml, ortalama yatış süresi 3±1 gündü.

Çıkarımlar: Renal kitlelerde laparoskopik noniskemik parsiyel nefrektomi, seçilmiş olgularda güvenle uygulanabilir bir yöntemdir.

FLORID PROLIFERATIVE CYSTITIS: NOTEWORTHY RARE CASE

Bahadır Topuz¹, Burak Köprü¹, Serdar Yalçın¹, Engin Kaya¹, Turgay Ebioloğlu¹,
Sercan Yılmaz¹, İbrahim Yavan², Yusuf Kibar¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

Object: A wide spectrum of glandular epithelial metaplastic changes may be seen in the bladder. Florid proliferative cystitis is a rare benign bladder tumour, which can simulate a malignant lesion (pseudoneoplastic entity).

Methods: A 24 year-old patient presented with hematuria and left low back pain. Ultrasound showed minimal increase in wall thickness and 6x3 mm solid mass on the bladder trigone (Figure 1). We performed cystoscopy with transurethral resection of the bladder tumour.

Materials: Histopathology concluded florid proliferative cystitis. Histopathological examination revealed a polypoid lesion consisting urothelial proliferation (Figure 2). Under the higher magnifications, it was seen that the surface is covered by a minimally hyperplastic urothelium and the lamina propria is completely stuffed with proliferated islands, which are histologically similar with the surface epithelium (Figure 3-4). No features of malignancy, such as cellular atypia, increased mitotic activity and invasion of the deeper tissues, were noted. The patient's urethral catheter was removed on the third day after surgery. Improvement of the symptoms was observed on the seventh postoperative day after resection of the tumour. CT or MR urography recommended for invasion of the vesicoprostatic tissue. But our patient did not accept performing this radiological imaging.

Results: Florid proliferative cystitis is a rare, generally asymptomatic and a benign bladder tumour. The diagnosis is based on clinical, radiological and histopathological examination. Treatment is based on eradication of the irritative factors and endoscopic resection of the tumoral masses. The clinical course is unclear, requiring long-term follow-up. Annual surveillance by cystoscopy with bladder biopsies is necessary.

TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI ROBOTİK YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ OLGUSU

Lokman İrkılata¹, Mustafa Aydın¹, Selçuk Şahin², Bugra Doğukan Törer², Hasan Rıza Aydın¹, Caner Moral¹, Mevlüt Keleş¹, Mustafa Kemal Atilla¹, Volkan Tuğcu²

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

²Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Literatürde Transüretral Prostat Rezeksiyonu (TUR-P) sonrası radikal prostatektomi ile ilgili operasyon süresi, komplikasyon oranı, kateterizasyon süresi, kan kaybı, mesane boynu rekonstrüksiyon ihtiyacı ve cerrahi sınır pozitifliği ile ilgili daha yüksek oranlar bildirilmektedir. Robot yardımcı radikal prostatektominin (RYRP) bu hasta gurubundaki sonuçları ile ilgili yeterli veri yoktur. Ancak 3 boyutlu görüntü, 7 dereceli hareket imkanı RYRP'nin avantajı olabilir. Sunumumuzda 12 yıl önce TUR-P geçirmiş hastada yapılan RYRP olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 68 yaşında erkek hasta, 12 yıl önce yapılan TUR-P (patoloji sonucu Prostatik Adeno Karsinom (Grade: 2+2=4)) sonrasında ek tedavi verilmeden takibe alınmış. Takiplerinde PSA:7 olması ve rektal muayenede nodül saptanması üzerine yapılan prostat iğne biyopsisinde Prostatik Adeno Karsinom (Grade: 3+3=6) saptandı. Kemik sintigrafisinde metastaz saptanmayan hastada RYRP tedavi yaklaşımı olarak tercih edildi.

Bulgular: Toplam anestezi süresi 180 dakika, cerrahi süresi 160 dakika, ve hastanede yatış süresi 3 gün olarak gerçekleşti. Kan transfüzyonu ihtiyacı olmadı. Patoloji sonucu Prostatik Adeno Karsinom (Grade: 3+3=6) olarak bildirildi.

Çıkarımlar: Öncesinde TUR-P yapılmış olması hangi yöntemle yapılırsa yapılsın radikal prostatektomi için teknik zorluk oluşturmaktadır. Bu hasta gurubunda radikal prostatektominin robot yardımcı yapılmasının sağladığı avantajlar nedeniyle daha iyi sonuçlar verebileceğini düşünmekteyiz.

2 KEZ AÇIK BÖBREK CERRAHİSİ GEÇİRMİŞ OLGUDA RETROPERİTONOSKOPIK BASİT NEFREKTOMİ

Mustafa Uğur Altuğ, Erdem Kısa, Volkan Selmi, Murat Çakan

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Günümüzde benîgn hastalıklar nedeniyle nefrektomi uygulanacak hastalarda, laporoskopik yaklaşım, standart tedavi haline gelmiştir. Daha önce geçirilmiş cerrahi, laporoskopiye göreceli kontrendikasyon oluşturmakta ve ameliyat bölgesinden farklı alandan yaklaşılmaması önerilmektedir; retroperitoneal ameliyat geçirmişlerde transabdominal, transabdominal ameliyat geçirmiş olanlarda retroperitoneal yöntemle operasyon tercih edilir. Bu olguda daha önce 2 kez retroperitoneal cerrahi geçirmiş hastada bile , yeterli alan oluşturulduğunda retroperitoneal olarak nefrektomi uygulanabildiği gösterilmiştir.

Yöntem: Olgu sunumu; yaklaşık 6 aydır sol yan ağrısı yakınmasıyla başvuran 43 yaşında erkek hastanın, çocukluk çağında 2 kez böbrek taşı operasyonu geçirdiği öyküsü vardı. Fizik muayenede sol flank ve sol anterior paramedian insizyon skarları mevcuttu. USG'de böbrek parenkimi incelmış, böbrek boyutu 75x70 mm, bt'de atrofik böbrekle uyumlu görüntü ve retroperitoneal planların düzgün olduğu saptandı. Sintigrafik fonksiyonu %10 idi. Hastaya kliniğimizde 3 port konularak laporoskopik retroperitoneal nefrektomi başarıyla uygulandı

Bulgular: Operasyon süresi yaklaşık 45 dakika idi. Operasyon sırasında anlamlı kan kaybı izlenmedi. Hasta postop 2. Günde dreni alınarak taburcu edildi. Patoloji sonucu kronik pyelonefrit geldi.

Çıkarımlar: Bu olguda, ameliyat öncesi tetkiklerde retroperitoneal bölge iyi değerlendirilip, anatomik planların düzgün olduğu saptanın ve ameliyat başlangıcında retroperitonda yeterli alan oluşturulabilirse, retroperitonoskopik yaklaşımın, primer vakadan daha zor olmadığı gösterilmiştir. Hastanın ameliyat yöntemi tercihinde, preoperatif bt bulgularının değerlendirilmesinin ve cerrahın deneyiminin önemli olduğu düşüncesindeyiz.

TOPLAYICI SİSTEME BASI YAPAN PARAPELVİK KİSTE UYGULANAN RETROPERİTONOSKOPİK LAPAROSKOPİK KİST EKSIZYONU: VAKA SUNUMU

Sercan Sarı¹, Harun Özdemir¹, Hikmet Topaloğlu¹, Ahmet Nihat Karakoyunlu¹, Hakkı Uğur Özok¹, Hamit Ersoy²

¹S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Çorum, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Amaç: Basit böbrek kistleri kalıtsal olmayan bir böbrek hastalığı olup, en sık görülen semptomatik benign kistik hastalıktır. Parapelvik kist terimi renal sinus etrafındaki kistleri tanımlamak için kullanılır. Bu çalışmada toplayıcı sisteme bası yapan parapelvik kiste uygulanan retroperitonoskopik laparoskopik kist eksizyonu sunulmuştur.

Yöntem: 60 yaşında kadın hasta bel ağrısı için yapılan tetkiklerinde sağ böbrek kisti saptanması üzerine yatırıldı. Yapılan bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte üst pol düzeyinden başlayan orta kesimde ve alt pole kadar devam eden en geniş izlendiği yerde yaklaşık 67 mm çapa ulaşan renal toplayıcı sistemi basılayan kaliksleri ve renal pelvisi yaylandıran parapelvik kist ile uyumlu düzgün sınırlı lezyon izlendi. MRG'de sağ böbreğin üst polden başlayarak alt pole kadar uzanan 138x67 mm boyutlarında inferiorunda taş ya da kalsifikasyona ait olabilecek komponenti bulunan, böbreği ekspansen eden, renal sinüse de uzanan kontrast madde enjeksiyonu sonrasında kontrastlanmayan parapelvik kist izlendi. Ayrıca her iki böbrekte 10 mm'den küçük birkaç adet basit kortikal kist izlendi. Hastanın ek bir hastalığı yoktu. Laboratuvar değerleri normaldi. Hastaya retroperitonoskopik olarak laparoskopik kist eksizyonu yapıldı. İşlem sırasında toplayıcı sistem üreter kateterinden verilen sıvı ile kontrol edildi. Loja idrar kaçağı gözlenmesi üzerine kist duvarı sütüre edildi.

Bulgular: İşlem 80 dakika sürdü. İşlem sırasında hastanın 50 ml kan kaybı oldu. Postoperatif dönemde lojundan drenajı olan hastanın postoperatif 5. günde sondası, 6. günde dreni alındı. Takibinde sorunsuz seyreden hasta taburcu edildi.

Çıkarımlar: Preoperatif toplayıcı sistem genişlemesi bulunan olgularda kistektomi yaparken toplayıcı sistemin kontrol edilmesi erken dönemde komplikasyonun giderilmesi bakımından fayda sağlayabilir.

PROSTAT KORUYUCU LAPAROSKOPİK RADİKAL SİSTEKTOMİ: İLK DENEYİMİMİZ

Çağdaş Gökhan Özmerdiven, Yakup Kordan, Onur Kaygısız, Aykut Sönmez,
Burhan Coşkun, Hakan Vuruşkan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Prostat koruyucu radikal sistektominin, kasa invaze mesane kanserli olgularda, onkolojik prensiplerden ödün vermeden, potens ve kontinans gibi fonksiyonel ve klinik sonuçlarının iyileştirdiğini göstermek

Yöntem: Mart 2014- Ağustos 2014 tarihleri arasında, kasa invaze mesane kanseri tanılı yaş ortalaması 56 (51-63) olan 4 hastaya laparoskopik prostat koruyucu radikal sistektomi uygulandı. Pnömooperitonyum oluşturulduktan sonra 5 port yelpaze şeklinde yerleştirildi. Üreterler distalden kliplendi ve kesildi. Mesane endopelvik fasyaya kadar serbestlendi. Pedikül Ligasüre ile serbestlendikten sonra sistektomi tamamlandı. Ardından laparoskopik adenomektomi uygulandı. Umblikus altı insizyon açıldı ve 50 cm ileal segment alınarak, ortotopik ileal poş hazırlandı

Bulgular: Perop majör komplikasyon izlenmedi. Ortalama operasyon süresi 397 (300-600) dakika, ortalama kan kaybı:325 (200-400) mL idi. Postop komplikasyon olarak bir hastada idrar ekstravazasyonu ve 3 hastada idrar yolu enfeksiyonu izlendi. Patoloji sonuçları ,3 hastada organa sınırlı ve 1 hastada ekstrapelvik yayımlı (pT3a) mesane kanseri olarak saptandı ve lenf nodları benign ve cerrahi sınırlar negatif olarak geldi. Bir hastanın adenomektomi patolojisi Gleason 3+3 adenokarsinom olarak saptandı. Erken dönemde foley çekildikten sonra tüm hastalarda tam kontinans izlendi

Çıkarımlar: Laparoskopik prostat koruyucu radikal sistektomi güvenli, uygun, tekrarlanabilir cerrahi tekniktir . Kontinans elde etmek isteyen hastalarda klasik radikal sistektomi için alternatif olabilir

ATNALI BÖBREKTE RADİKAL NEFREKTOMİ VE İSTMECTOMİ

Hilmi Sarı, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Atnalı böbrek en sık rastlanan füzyon bozukluğu olup toplumda %0,25 oranında görülmektedir. Atnalı böbrekte renal hücreli kanser ise nadir görülmektedir. Bu videoda atnalı böbrekte 14 cm boyutunda kitlesi olan ve radikal nefrektomi ve istmectomi yapılan bir olgu sunulmaktadır.

Yöntem: 48 yaşında kadın hasta hematüri nedeniyle acil servise başvurdu ve yapılan tetkikler sonucunda atnalı böbrek ve sağ böbrekten kaynaklanan 14 cm'lik kitlesel lezyon ,akciğerde multipl metastazlar saptandı. Hastaya sitoredüktif cerrahi planlandı. Hastaya abdominal orta hat insizyonla girildi. Sağ böbrek orta kesimden kaynaklanan tümör palpe edildi. Diseksiyonla sağ renal ven bulundu ve vasküler teyp ile askıya alındı. Renal ven posteriorunda sağ renal arter görüldü ve bağlandı. Abdominal aortadan kaynaklanan alt pol ve istmus arterleri bağlanarak kesildi. Renal ven bağlandıktan sonra sağ böbreği kaplayan tümör dokusu istmusa dek serbestleştirildi. Üreter mümkün olduğunca distalden bağlandı ve kesildi. Paraaortik yaklaşık 2 cm boyutunda lenf nodu eksize edildi. İstmus 2.0 vicryl ile askıya alındıktan sonra istmectomi yapılarak kitle çıkarıldı. İstmectomi insizyonu Teflon felt kullanılarak 2.0 vicryl ile primer suture edildi.

Bulgular: Operasyon süresi 150 dakikaydı. Operasyon sırasında kanama yaklaşık 700 mililitreydi. Perop 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Postop 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Postop 4. gün dreni çekilde ve taburcu edildi. Postop patolojisi sarkomatoid kromofob renal hücreli karsinom,Fuhrman Derece 4 pT3aN1 olarak geldi. Cerrahi sınır negatifti.

Çıkarımlar: Atnalı böbrek anomalisi olan hastalarda RCC normal popülasyona göre 3 kat sık görülebilmektedir. Sarkomatoid kromofob renal hücreli karsinom görülme sıklığı ise son derece nadirdir. Atnalı böbrek anomalisinde saptanan kitlelerde radikal nefrektomi güvenle uygulanabilir. Normalden farklı olarak aksesuar arterlerin diseksiyonu ve istmectomi aşamaları önem taşımaktadır.

PT1B RCC OLGUSUNDA RETROPERİTONEOSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Özgür Gürboğa, Sedat Karakoç, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Böbrek tümörlerinde ,nefron koruyucu tümör cerrahisinin (NKTC) önemi giderek artmakta ve uygulama alanları genişlemektedir.Bu videoda sağ böbrek üst pol posteriorunda 45 mm'lik tümörü olan hastaya uygulanan retroperitoneoskopik parsiyel nefrektomi operasyonu sunulmaktadır

Yöntem: 53 yaşında erkek hastanın sağ yan ağrısı nedeni yapılan tetkiklerinde sağ böbrek üst pol posteriorunda 45 mm'lik tümör saptandı ve operasyon kararı alındı.Operasyon sağ flank pozisyonunda 4 trokar kullanılarak gerçekleştirildi.Böbrek posteriordan ve psoas kasından serbestleştirilerek üretere ulaşıldı.Üreter ve gonadal ven izlenerek renal pediküle ulaşıldı. Böbrek üst pol posteriorundaki tümöre ulaşıldı ve çevre dokulardan serbestleştirildi. 4. trokar yardımı ile renal arter damar askısıyla kilitlenip iskemi sağlandı.Tümör dokusu soğuk makas yardımı ile rezekt edildi.Sağlıklı parenkim teflon felt kullanılarak 2/0 vicryl ile sütüre edildi.

Bulgular: Operasyon süresi 120 dakikaydı.Sıcak iskemi süresi 30 dakika,operasyon sırasında kanama 100 mililitreydi.Operasyon sonrası 5. gün hastanın dreni çekilerek taburcu edildi.Patoloji sonucu T1b papiller renal hücreli karsinom,cerrahi sınır negatif olarak tespit edildi.

Çıkarımlar: Böbrek tümörlerinin tedavisinde laparoskopik parsiyel nefrektomi diğer tedavi seçenekleriyle karşılaştırıldıklarında daha az invaziv bir tedavi yaklaşımı olarak kabul edilmektedir.4 cm'den büyük tümörlerde de uygun olgularda retroperitoneoskopik /laparoskopik parsiyel nefrektomi güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir.

DEV ADRENAL KİTLELERDE LAPAROSKOPIK ADRENALEKTOMİ

Ender Özden¹, Fatih Ataç², Yakup Bostancı¹, Turgut Serdaş¹, Hasan Çetin¹, Yarkin Kamil Yakupoğlu¹, Ali Faik Yılmaz¹, Şaban Sarıkaya¹

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

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

Amaç: Laparoskopik adrenalectomi (LA) adrenal tümörlerin tedavisi için en iyi yaklaşımı olarak kabul edilir. Ancak feokromositoma olgularındaki malignensi endişesi ve cerrahi sırasındaki yüksek morbidite nedeniyle laparoskopik yaklaşım sorgulanmaktadır. Bu videoda 8 cm'den daha büyük sol ve sağ feokromositomalı farklı iki hastanın laparoskopik cerrahi tedavisini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Nisan 2010 ve Ağustos 2014 tarihleri arasında 62 hastaya adrenal kitle sebebiyle LA yapıldı. Bu çalışmada 8 cm'den büyük feokromositomalı (ortalama yaş 47 ± 16 yıl) toplam 8 olgunun verileri sunulmaktadır. Lateral pozisyonda umblikus üstü solda pararektal 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Çalışma portları optik gözlem altında subkostal alandan girildi. Sol tarafta inen kolon, dalak, pankreas kuyruğu gözlendi ve medialize edildi. Takiben önce adrenal ven disseke edildi ve bağlandı. Renal ven ve arter disseke edildi ve çevre dokular Thunderbeat® (Olympus) yardımıyla serbestlendi. Sağ tarafta ise öncelikle duodenum medialize edildikten sonra, kitlenin medial kenarından vena kava ile olan ilişkisi kesildi ve adrenal ven öncelikli olarak kliplendi. Renal ven ve arter diseksiyonu tamamlandıktan ve güvenli sahaya alındıktan sonra "hook" koter ve "Thunderbeat"® (Olympus) yardımı ile adrenal kitlenin çevre dokulardan diseksiyonu tamamlandı.

Bulgular: Ameliyat süresi, sırasıyla sol ve sağ tarafta 118 dakika ve 70 dakika idi. Hiçbir olguda major komplikasyon gözlenmedi ve açık cerrahiye dönüşüm gerekmedi. Hastalar sorunsuz postoperatif 2. günde taburcu edildi. Olguların patolojik sonuçları feokromositoma ve ganglionöroma idi ve cerrahi sınır pozitifliği izlenmedi.

Çıkarımlar: Uygun seçilmiş olgularda ve cerrahi tecrübe ile dev adrenal feokromositoma olgularında LA uygulanabilir ve güvenli bir yöntemdir.

RENAL TRANSPLANTASYON SONRASI SAĞ NATİV ÜRETER VE BÖBREK TÜRÖRÜNE LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

Ender Özden, Hasan Çetin, Yarkın Kamil Yakupoğlu, Mehmet Özen,
Süleyman Öner, Fatih Kocamanoğlu, Şaban Sarıkaya

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu videoda, renal transplantasyon yapılan hastada sağ nativ üreter, renal pelvis ve mesane tümörüne yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: 2007 yılında canlı vericiden renal transplantasyon yapılan 58 yaşındaki kadın hastanın hematuri şikayetiyle yapılan tetkiklerde sağ renal pelvis, üreter ve mesanede kitle saptandı. MR incelemesinde sağ böbrek kaliksinde, üreterde mesane girimine kadar ve mesanede ayrı olarak 19x14 mm difüzyon kısıtlayan kitle gözlemlendi. Hastaya TUR-M, laparoskopik nefroüretrektomi planlandı. Yapılan sistoskopide mesane sağ yan duvarda 2x3 cm papiller tümoral oluşum gözlemlendi. Bu alana komplet TUR-M uygulandı. Ardından hasta 60 derece sağ yan pozisyona alındı. Umblikal 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben umblikusa 12 mm, sağda midklavikuler hatta bir adet 10 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 devriye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Sağ üreter bulundu ve disseke edildi. IVC bulundu ve süperiora doğru diseksiyon yapılarak renal arter ve vene ulaşıldı. Renal arter ve ven serbestlendi ve 'Hem-o-Lok' klipler ile kontrol edilip makas ile kesildi. Ardından sağ modifiye gibson kesi ile batına girildi ve el yardımı ile böreğin üst polü çevre dokulardan serbestlendi. Üreter distale kadar tamamen serbestlendi. Takiben açık yöntemle, üreter distal kısmı tamamen diseke edildi ve sağ üreter "cuff" eksizyonu gerçekleştirildi. Mesane defekti 2/0 vcril ile sütürize edildi ve loja dren konularak işleme son verildi. Böbrek ve üreter bütün olarak patolojik incelemeye gönderildi. Hastanın postoperatif 2. gün dreni, 5.gün foley sondası çekilerek taburcu edildi. Mesane ve nefroüretrektomi materyali patolojileri, düşük dereceli noninvaziv üretelyal karsinom, pTa olarak raporlandı.

Bulgular: Toplam cerrahi süre 240 dakika ve kan kaybı minimaldi. Postoperatif 2. gün dreni 5.gün foley sondası çekilen hasta taburcu edildi.

Çıkarımlar: Renal transplantasyon sonrası ortaya çıkan nativ üreter tümörlerinde laparoskopik nefroüretrektomi tecrübeli ellerde başarılı ve etkili bir yöntemdir.

SAĞ RENAL KİST HİDATİK: LAPAROSKOPİK PERİKİSTEKTOMİ

Fatih Ataç¹, Süleyman Öner², Ender Özden², Yakup Bostancı², Hasan Çetin²,
Mehmet Özen², Şaban Sarıkaya²

¹Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

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

Amaç: Bu videoda sağ böbreğinde kist hidatik tespit edilen hastada uyguladığımız laparoskopik perikistektomiye sunmayı amaçladık.

Yöntem: 63 yaşında erkek hastada, sağ yan ağrısı ile yapılan tetkiklerinde sağ böbrek üst polde 75x56 mm boyutlarında egzofitik uzanımlı kist hidatik tespit edildi. Hastaya transperitoneal laparoskopik perikistektomi planlandı. Hasta 60 derece sağ yan pozisyona alındı. Umblikus seviyesinde pararektal 1 cm kesi ile Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Takiben pararektal 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 “Thunderbeat” ve soğuk makas yardımı ile mediale deviyeye edildi ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Gonadal ven ve ureter retroperitoneal alanda izlendikten sonra takip edilerek önce sağ renal polar artere sonra da renal arter, renal ven gözlendi ve serbestlendi. Vasküler askı ile arter ve ven askıya alındıktan sonra, kist etrafının diseksiyonuna başlandı. Renal hilus komşuluğunda renal ven kist komşuluğu diseksiyonu sırasında renal vende oluşan minimal yırtık 5/0 prolent suture ile primer onarıldı. Kist etrafının diseksiyonu hook koter ve künt diseksiyon ile yapıldıktan sonra 2 adet endo-bulldog yardımı ile renal arter ve ven kapatıldı ve kitle soğuk makas yardımıyla parankimden ayrıldı. Bulldog klempler erken alınarak parankim 2.0 “V-Loc” suture ile kapatıldı ve endo-bulldog’lar alındı. Kitle endobag yardımı ile dışarı alındı. Kanamanın olmadığı görüldü, loja dren konuldu ve işleme son verildi.

Bulgular: İlk portun girişinden kitlenin vücut dışına alınmasına kadar geçen süre 113 dakika, sıcak iskemi süresi 14 dakika, tahmini kan kaybı 190 ml idi. Postoperatif 2. gün dreni çekilen hasta taburcu edildi.

Çıkarımlar: Laparoskopik perikistektomi izole böbrek kist hidatiklerinin tedavisinde etkin ve minimal invaziv alternatif bir yöntemdir.

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİNE YOL AÇAN UNUTULMUŞ ENKRUSTE DOUBLE J STENT VE KARŞI TARAF BÖBREK TAŞININ KOMBİNE MİNİMAL İNVAZİF YÖNTEMLERLE TEDAVİSİ

Selçuk Keskin¹, Burak Argun², İlter Tüfek¹, Ahmet Şahin¹, Ali Rıza Kural¹

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Özel Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Bir hastada unutulmuş double J stent ve kontralateral böbrek taşlarına bağlı olarak ortaya çıkmış olan akut böbrek yetmezliği ve ve ağır taş yükünün minimal invazif yöntemlerle tedavisini sunmak

Yöntem: Acil servise akut böbrek yetmezliği ve asidoz tablosunda başvuran hastanın bilgisayarlı tomografisinde sol tarafta kalmış olan double J stentin proksimalde ve distalde fragmante olduğu ve böbrek içinde 4cm boyutunda taş olduğu, üreterdeki stent parçasının tamamıyla enkruste olduğu ve mesanedeki stent parçaları etrafında 4cm çapında taş olduğu ayrıca sağ böbrekte bir tanesi üreteropelvik bileşkeyi obstrükte eden 1-2 cm çaplarında 5 adet taş olduğu görüldü. Hastaya acil hemodiyaliz ve bilateral perkütan nefrostomi yerleştirilmesi işlemi yapıldı.

Daha sonra ilk seansta mesanedeki taş ve üreter distal ucundaki taş, Holmium lazer litotripsi ile fragmante edildi. İkinci seansta üreter proksimalinde kalan stent parçası üreterorenoskop ile bölgeye itilerek böbrek taşı ile birlikte perkütan nefrolitotomi yapıldı.

Sağ böbrekteki taşlar üçüncü bir seansta retrograd intrarenal cerrahi yöntemi ile tedavi edildi.

Bulgular: İlk seanstaki operasyon süresi 5 saat sonraki seanslar ise 3'er saatti. Ameliyat sonunda her iki böbrekte 2mm'den küçük reziduel fragmanlar mevcuttu. İlk seans sonunda hastada, pozisyona bağlı olarak alt ekstremitlerde nöropraksi gelişti. Medikal tedavi ile 2 ay sonunda düzeldi. Taş analizi ürik asit olarak geldi ve hastaya potasyum sitrat tedavisi başlandı.

Hastanın 3 ay sonunda kreatinin değeri 1,36 mg/dl idi.

Çıkarımlar: Unutulmuş stentlere bağlı olarak ortaya çıkan yüksek taş yükü, kombine minimal invazif ürolojik yöntemler ile başarılı bir şekilde tedavi edilebilir. Proksimal taş yükünün fazla olduğu durumlarda birden fazla seans gerekebilir.

KOLON DİVERTİKÜLLERİ NEDENİYLE KOLOVEZİKAL FİSTÜL GELİŞEN BİR OLGUNUN TANI VE TEDAVİSİ

Hakan Türk¹, Oğuz Mertoğlu¹, Özgür Çakmak¹, Rahmi Gökhan Ekin¹,
Batuhan Ergani¹, Mustafa Karabıçak¹, Cezmi Karaca¹, Ferruh Zorlu¹

¹S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

²S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Amaç: Fistül, iki sindirim organı veya cilt ile içi boş bir organ arasındaki anormal bağlantı veya trak-tüs olarak tanımlanabilir. Kolovezikal fistülde ilk bulgular idrar yolu enfeksiyonu, fekalüri, veya pnöma-türi olabilir. Fistüllerin çoğunluğu operasyonlara, iyatrojenik nedenlere bağlı olarak gelişen eksternal fis-tüllerdir (%75-85). Ancak fistüller %Kolon fistülleri genellikle divertikülit, kanser, inflamatuvar barsak hastalığı, apendisit veya bu hastalıkları tedavi etmek için uygulanan cerrahilerden kaynaklanmaktadır. Bu çalışmamızda sigmoid kolon divertikülüne bağlı bir kolovezikal fistül ve cerrahi tedavisi sunulacaktır.

Yöntem: 56 yaşında erkek hasta sık idrar yolu enfeksiyonu şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan USG'de mesane içinde sol lateralden bası yapan kitle ve mesane içinde solid özellikte kitle gö-rülmüş. Çekilen MRI'da da benzer bulgular görülmüş. Bunun üzerine yine dış merkezde TURM yapılmış. Patoloji sonucu sistit ile uyumlu gelmiş. Sonrasında hastanın idrarında hava(pnömatüri), partiküllü yapılar(fekalüri) gelmesi ve geçmeyen idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastaya sistoskopi yapıldı ve fistül ağzı görüldü. Fistül içerisine yerleştirilen katater ile fistülografi çekildi ve sig-moid kolona opak geçişi ve divertiküller görüldü. Yapılan kolonoskopi ve MRI ile divertiküloze bağlı ve-zikoenterik fistül olduğu doğrulandı. Hasta antibiyotik baskısı altında operasyona alındı. Median kesi ile mesaneye yapışan sigmoid kolon ayrıldı ve divertikülozisli sigmoid kolon ve inen kolonun 2/3'lük kısmı rezeke edildi. Transvers kolon serbestlenerek sigmoid kolonun kalan kısmına uç-yan anastomoz yapıldı. Ardından mesanedeki enflame mesane duvarı çıkarılarak mesane çift kat kapatıldı. Periton ve omentum ile fistül üzeri kapatılarak işlem sonlandırıldı. Hasta postoperatif 5. gün gaz-gaita çıkışı da olduktan sonra taburcu edildi. 21. gün çekilen sistografide kaçak olmaması üzerine sondası çekilen hasta 3 aydır sorunsuz takip edilmektedir.

Çıkarımlar: Divertikülit sonrası en sık görülen fistül kolovezikal fistüldür, olguların %9'unda görü-lür. Fistülün nedeninin ortaya konması tedavi yöntemi için önemlidir. Sık idrar yolu enfeksiyonu geçiren hastalarda vezikoenterik fistüllerden şüphelenilmelidir.

AÇIK HİSTEREKTOMİ SONRASI DİSTAL ÜRETERAL LİGASYONU İÇİN UYGULANAN LAPAROSKOPİK ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ OPERASYONU

Abdullah Hızır Yavuzsan, Selçuk Şahin, Feyzi Arda Atar, Taner Kargı,
Buğra Doğukan Törer, Volkan Tuğcu

S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Laparoskopik cerrahinin ürolojide birçok uygulaması mevcuttur. Obliteratif distal üreter darlığında uygulanan laparoskopik üreteroneosistostomi de bunlardan biridir. Bu olgumuzda histerektomi sonrası sağ distal üreterinde ligasyon saptanan hastada uyguladığımız laparoskopik üreteroneosistostomi operasyonunu göstereceğiz.

Yöntem: 43 yaşında kadın hastaya myoma uteri tanısı ile açık histerektomi operasyonu yapıldı. Operasyondan 2 hafta sonra yapılan tetkiklerde sağda distal üretere kadar grade 2-3 hidroüreteronefroz ve kreatin yüksekliği saptandı. Hastaya sağ nefrostomi uygulandı. Çekilen nefrostografide kontrast madenin distale kadar ulaştığı fakat mesaneye geçiş olmadığı gözlemlendi. Hastaya histerektomi operasyonundan 2 ay sonra laparoskopik üreteroneosistostomi operasyonu Lich-Gregoir tekniği kullanılarak yapıldı. Anastomoz gerilme, torsiyon veya açılanma olmadan gerçekleştirildi. Sağ üretere D-J stent yerleştirildi ve operasyondan 4 hafta sonra çekildi.

Bulgular: Operasyon 170 dakikada gerçekleştirildi. Kan kaybı minimaldi. Herhangi bir intraoperatif veya postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Çıkarımlar: Laparoskopik üreteroneosistostomi güvenli ve uygulanabilir bir tekniktir. Benign ve malign üreteral darlıklar için yapılan laparoskopik üreteroneosistostomi teknikleri halen gelişmektedir. Cerrahlar bu olgularla karşı karşıya iken çeşitli teknik seçenekler açısından yeterli tecrübeye sahip olmalıdırlar.

İLERİ EVRE UTEROVAGİNAL VE POST-HİSTEREKTOMİ PROLAPSUS TEDAVİSİNDE TURC (“TOTAL UTILİZATION OF RETROPERİTONEUM FOR COLPOPEXY”) YÖNTEMİ VE GÜNCEL SONUÇLARI

Fikret Fatih Öno1, Şinasi Yavuz Öno2, Ahmet Tahra1, Uğur Boylu1

¹S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Abdominal sakrokolpopeksi (SKP), ileri evre pelvik organ prolapsus (POP) tedavisinde altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir. Tanımladığımız TURC (“Total Utilization of Retroperitoneum for Colpopexy”) operasyonu, tamamen retroperitoneal yol kullanılarak uygulanan bir SKP yöntemidir. Bu çalışmada, TURC yönteminin teknik detayları tarif edilmekte ve güncel sonuçları bildirilmektedir.

Yöntem: Temmuz 2007-Mayıs 2014 arasında ileri evre (POP-Q evre 3/4 uterus veya post-histerektomi kaf prolapsusu nedeniyle 108 hastaya (29-78 yaş) TURC yöntemiyle apikal tamir yapıldı. Preoperatif ve postoperatif değerlendirmede PFDI-SF20 ve PFIQ-7 sorgulama formları kullanıldı. Operasyon aşamaları: 1) Pfannenstiel insizyonla retroperitoneal alana ulaşılması, 2) Urakusun görülmesi ve pariyetal peritonun mesane kubbesinden diseksiyonu, 3) Reverdin ekartör yardımıyla mesane ile vajen ön duvarının arasındaki planın mesane boynuna doğru diseksiyonu, 4) 10x4 cm.lik prolen meşin vajen anterior duvarı ile serviks/kafa fiksasyonu, 5) Pariyetal peritonun mediyal retraksiyonu yardımıyla sağ iliak fossanın sakral promontoryuma kadar diseksiyonu, 6) Meş tarafından sıkışmasını önleme amaçlı sağ üreterin diseksiyonu ve lateralizasyonu, 7) Meşin proksimal kısmının, sakral promontoryuma gevşek şekilde tespit edilmesidir. Postoperatif izlem 1, 3, 6, 12. aylarda ve sonrasında senelik uygulandı. Preoperatif yaşam kalite skorları ve POP-Q ölçümleri, postoperatif en son izlemede kaydedilen değerlerle karşılaştırıldı.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 78±21 dakikaydı. Ortalama hastanede kalış süresi 2 gün (1-5 gün) idi. Diseksiyon sırasında mesane perforasyonu gelişen 5'i hariç tüm hastalarda üretral sonda ilk 24 saatte alındı. Ortalama 45 aylık (3-84 ay) izlemede 101 (%93,5) hastada anatomik başarı (POP-Q <evre 2), 98 (%90,7) hastada subjektif başarı elde edildi. Postoperatif yaşam kalite skorlarında ve POP-Q ölçümlerinde, preoperatif değerlere göre istatistiksel anlamlı düzelme saptandı. Hiçbir hastada barsak komplikasyonu veya postoperatif meş erozyonu gelişmedi.

Çıkarımlar: İleri evre apikal POP tedavisinde TURC yöntemi, yüksek anatomik başarı ve hasta tatmini sağlamaktadır. Bu yöntemle, klasik intraperitoneal SKP yöntemleriyle gelişebilen gastrointestinal komplikasyon riski azaltılmaktadır.

KADIN ÜRETRA DARLIKLARININ TEDAVİSİNDE VENTRAL İNLEY LABİUM MİNUS GREFT ÜRETROPLASTİ (VİLGU) YÖNTEMİ

Fikret Fatih Öno¹, Ahmet Tahra¹, Abdurrahman İnkaya¹, Eyüp Veli Küçük¹, Uğur Boylu¹, Şinasi Yavuz Öno²

¹S.B. Ümranıye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kadınlarda üretra darlığı, nadir görülen bir mesane çıkım tıkanıklığı nedenidir. Kadınlarda üretroplasti, farklı greft ve flep yöntemleriyle uygulanabilen ve günümüzde yaygınlaşmakta olan bir tedavi şekli olmuştur. Bu çalışmada, VİLGU yöntemiyle ilgili deneyimlerimiz sunulmaktadır.

Yöntem: 2011-2014 yılları arasında, orta/distal üretra darlığı nedeniyle VİLGU uygulanan 9 (37-52 yaş) kadın hasta değerlendirildi. Hastaların 2'si perkütan sistostomili idi. 7 kadın daha önce mükerrer üretral dilatasyon ve internal üretrotomi geçirmişti. Klinik değerlendirme AUA semptom skoru, idrar akım hızı ve işeme sonrası kalan idrar ölçümü, işeme sistoüretrografisi, operasyon sırasında 6,5 Fr. pediatrik üreterorenoskop yardımcı üretrosistostopi ile yapıldı. Cerrahi teknikte, vajen ön duvar insizyonu yardımıyla üretra ventralde açıldı, fibrotik dar segmentin proksimal ve distalinde sağlıklı üretraya uzanacak şekilde mukoza saat 6 hizasında insize edildi. Labium minus mukozasından, oluşan üretral açıklığa uygun ebatlarda greft kaldırıldı. Greft, 20-22f foley sonda üzerinde 4-5/0 poliglaktin sütür yardımıyla "ventral inley" biçimde anastomoz edildi. Üretral foley postoperatif 10-14. gün alındı. Postoperatif takip 1. , 3. , 6. ay ve sonrasında senelik olarak planlandı. Operasyon öncesi ve sonrası AUA semptom skoru ile maksimum idrar akım hız değerleri Wilcoxon sign-rank testi ile karşılaştırıldı. Şifa, en son izlemde ek müdahale gerektiren darlık bulunmaması ve subjektif hasta memnuniyeti olarak tanımlandı.

Bulgular: Ortalama darlık uzunluğu 1,5 cm (1-2,5 cm) ve ortalama operasyon süresi 75 dk (60-110 dk) hesaplandı. Ortalama 22 aylık (aralık 3-34 ay) izlemde 8 (%88,8) hastada şifa elde edildi. Postoperatif 10. ayda nüks darlık nedeniyle internal üretrotomi yapılan ve 2. yılında tekrar nüks olan 1 hastaya reoperatif üretroplasti planlandı. Son takipte, ortalama maksimum akım hızı 3,8±3,2 ml/saniye'den 22,9±6,5 ml/ saniye'ye yükseldi (p<0.001) ve ortalama AUA semptom skoru 25,3±5,2'den 6,9±3,7'ye geriledi (p=0.001). Operasyon sonrası hiçbir hastada üretrovajinal fistül veya "de-novo" stres inkontinans gelişmedi.

Çıkarımlar: VİLGU, kadın üretra darlıklarının tedavisinde etkili bir yöntemdir. Bu teknikte greft olarak lokal dokuların kullanılması, oral mukoza kullanımına bağlı komplikasyonların gelişmesini kısıtlayabilir.

SAHRAALTI AFRIKA'DAKİ OBSTETRİK FİSTÜLLERİN TEDAVİSİYLE İLGİLİ DENEYİMLERİMİZ

Şinasi Yavuz Öno1, Fikret Fatih Öno2, Serhat Onur3, Fatih Elbir1, İsmail Başbüyük1, Ahmet Tahra2

¹Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³S.B. Üsküdar Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Obstetrik fistüller, özellikle az gelişmiş ülkelerde uzamış doğuma bağlı bası nekrozu ve yetersiz obstetrik bakım sonucu gelişmektedir. Kişinin sosyal hayattan ve aile ortamından dışlanmasına neden olabilmektedir. Bu çalışmada, Sahraaltı Afrika'daki obstetrik fistüllerin tedavisiyle ilgili deneyimlerimiz sunulmaktadır.

Yöntem: 2012-2013 yılları arasında Nijer'in başkenti Niamey'deki fistül kliniğinde ekibimiz tarafından tedavi edilen 46 hastanın verileri incelendi. 18 hasta primer olup 28 hasta nüks fistül/"de-novo" patolojiler için tedavi edildi. 19 hastada vezikovajinal (VVF), 10 hastada üretrovajinal (ÜVF), 2 hastada rektovajinal (RVF), 1 hastada eş zamanlı ÜVF+RVF ve 3 hastada üreterovajinal (ÜRVE) fistül mevcuttu. Tüm hastalar, genel anestezi koşullarının zorluğu nedeniyle spinal anestezi altında opere edildi. Fistül onarım tekniğinde, fistül çevresine yapılan çepeçevre insizyon yardımıyla, vajinal duvarla mesane/rektum arasındaki plan diseke edildi. Trigonu da içeren olgularda bu diseksiyon, ureterler vajinadan direk görüş altında kateterize edildikten sonra çepeçevre insizyonun fistül traktının 0,5-1 cm. daha dışından yapılmasıyla gerçekleştirildi. Dokular birbirinden serbestleştirildikten sonra mesane/rektum mukozası, iki köşeden başlayıp ortada buluşan sürekli 2/0 vicryl sütürlerle kapatıldı. Metilen mavisi ile kaçak kontrolü yapıldıktan sonra vajen mukozası primer kapatıldı. Foley kateter 2-3 hafta tutuldu.

Bulgular: 46 hastaya toplam 53 müdahale uygulandı. Ortalama hasta yaşı 28 (aralık: 16-47) idi. VVF'si bulunan 19 hastada fistül çapı 1-7 sm. arasında değişmekteydi. Bunların 5'inde fistül trigonu da tutmakta iken 2'sinde mesane boynu ile tüm uretrayı da içeren çok geniş fistül mevcuttu ve müdahale edilemedi. ÜVF'si olan 11 hastanın 7'sinde mesane boynu/proksimal uretra, 4'ünde orta/distal uretra tutulumu mevcuttu; 5'inde ise mesane boynu/üretal bütünlük bozulmuştu (sirkümfrensiyel fistül). ÜRVF olan 3 hastaya "psoas hitch" yöntemiyle ureteroneostomi uygulandı. 6 hastada kısa uretra+SÜİ nedeniyle vajinal flep üreteroplasti, 7 hastada orta-üretal askı ve 4 hastada ileri apikal prolapsus/sistosel nedeniyle retroperitoneal sakrokolpopeksi uygulandı. Primer fistül onarımı yapılan hastaların 15'inde (%83, nüks fistül için opere edilen 18 hastanın 11'inde (%61) postoperatif başarı sağlandı.

Çıkarımlar: Obstetrik fistüllerin yönetimi kompleks olup tıbbi olanaklar, hasta ve yakın çevresinin sosyokültürel durumu gibi faktörler tedavi seçiminde etkili olmaktadır. Transvajinal yaklaşım çoğu hastada başarı sağlamaktadır. Ancak başarılı fistül kapatılması sonrasında "de-novo" stres inkontinans veya prolapsus gibi nedenlerle ek cerrahi girişim gerekebileceği akılda tutulmalıdır.

LAPAROSKOPIK DONÖR NEFREKTOMİ : MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK DENEYİMİ

Yılören Tanıdır, İlker Tinay, Mehmet Kazım Asutay

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

Amaç: Laparoskopik donör nefrektomi operasyonu günümüzde açık cerrahi yönetime göre daha az invazif, komplikasyonları ve hastanede kalış süresi daha düşük tedavi yöntemidir. Bu konudaki klinik deneyimimizi video sunum eşliğinde paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: Donör nefrektomi amacıyla 41 yaşındaki kadın vericiye kliniğimizde sol donör nefrektomi operasyonu uygulandı. Operasyon basamakları şöyleydi: Splenorenal ligament diseksiyonu, gonadal venin bağlanması, adrenal venin bağlanması, renal arter ve venin serbestleştirilmesi, lomber venin bağlanması, böbreğin çevre dokulardan serbestleştirilmesi ve sol alt kadran insizyonunun oluşturulması, renal arter ve venin klemplenmesi, böbreğin insizyondan vücut dışına alınması, nefrektomi lojuna dren yerleştirilmesi.

Bulgular: Hastanın operasyon esnasında 100 ml kanaması oldu. Sıcak iskemi süresi 2 dakika ve soğuk iskemi süresi 40 dakika olarak hesaplandı. Hastada erken veya geç postoperatif komplikasyon olmamıştır.

Çıkarımlar: Donör nefrektomi deneyimli transplantasyon merkezlerinde uygulanabilecek gerek hastanede kalış süresi gerekse postoperatif komplikasyonların az olması nedeniyle rutin uygulanabilecek güvenli bir cerrahi metoddur.

UZUN ÖN ÜRETRA DARLIKLARININ REKONSTRÜKSİYONUNDA DORSAL İNLEY GREFT ÜRETROPLASTİ YÖNTEMİNİN SONUÇLARI

Fikret Fatih Öno, Ahmet Tahra, Ahmet Bindayı, Abdurrahman İnkaya, Uğur Boylu, Eyüp Veli Küçük

S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Uzun (eksternal meatustan bulber uretraya uzanan) ön üretra darlıklarının tedavisi güçtür. Yeterli üretral pleyti bulunan seçilmiş hastalar, tek aşamalı ogmentasyon üretroplasti için adaydır. Bu çalışmada, uzun ön üretra darlıklarının tedavisinde dorsal inley bukkal mukozal greft (BMG) üretroplasti tekniğini ile ilgili sonuçlarımız sunulmaktadır.

Yöntem: 2010-2014 yılları arasında, uzun ön üretra darlığı bulunan 24 erkek hastaya (ortalama yaş 53) dorsal inley BMG üretroplasti uygulandı. 3 hasta hariç tüm hastalarda mükerrer internal üretrotomi ve/veya dilatasyon öyküsü mevcut idi. 9 hastada darlık nedeni liken sklerozis iken 13 hastada inflamatuvar/idiopatik idi. Klinik değerlendirme AUA semptom skoru, üroflovetri ve işeme sonrası hacim ölçümü, kombine retrograd üretrografi ve işeme sistoüretrografisi, operasyon sırasında 6,5 Fr. pediatrik üreterorenoskop yardımcı üretrosistostokopi ile yapıldı. Cerrahi teknikte, üretra yatağından mobilize edilmeden, darlık boyunca orta hat ventral ve dorsalde insize edildi. Dorsal insizyon içinde diseksiyon yapılarak tunika albuginea üzerinde greft yatağı hazırlandı. Uygun ebatlarda alınan BMG, dorsal "inley" biçimde anastomoz edildi. Ardından ventral insizyon 16-18F foley üzerinde kapatılarak üretra tekrar tüp şekline getirildi. Üretral sonda 2-3 hafta sonra alındı. Hastalar postoperatif ilk yıl 3 aylık aralar, sonrasında ise senelik olarak AUA semptom skoru ve üroflovetri ile takip edildi. Başarı, son takipte girişim gerektirecek darlık tekrarlamaması ve normal bir akım eğrisinin eşlik ettiği subjektif hasta memnuniyeti olarak tanımlandı.

Bulgular: Ortalama darlık uzunluğu 14 cm (aralık 10-18 cm), ortalama BMG uzunluğu 15,5 cm idi (aralık: 11-18,5 cm). Ortalama operasyon süresi 182 dk(130-240 dk.) hesaplandı. Hastaların 21'inde (%87,5) ortalama 43 ay takipte (aralık: 4-50 ay) başarı sağlandı. 2 hastada greftin proksimal kısmında darlık gelişti ve internal üretrotomi ile açıldı. Son takipteki ortalama Qmax değerlerinde, preoperatif değerlere göre anlamlı iyileşme saptandı (23,7±9,3 ml/sn'ye karşılık 6,1±5,9 ml/sn, p=0,001). Ortalama AUA semptom skorunda da postoperatif anlamlı iyileşme gözlemlendi. (preoperatif 26,9±5,2'ye karşılık postoperatif 5,1±2,8, p<0,001).

Çıkarımlar: Dorsal inley BMG üretroplasti, uzun ön üretra darlıklarında etkili bir yöntem olarak gözükmetedir. Bu tekniğin potansiyel avantajı, üretranın diseksiyonla mobilize edilmemesi sonucunda rekonstrüksiyonun kolaylaşması ve sirkumfleks ve perforan üretral kan akımının bozulmamasıdır.

NAVİKÜLER FOSSA VE ÜRETRAL MEATUS DARLIKLARININ TRANSVERS PENİL FASYOKÜTANÖZ ADA FLEP (TPFA) İLE REKONSTRÜKSİYONU

Fikret Fatih Öno¹, Ahmet Tahra¹, Ümit Yıldırım¹, Resul Sobay¹, Eyüp Veli Küçük¹, Şinasi Yavuz Öno²

¹S.B. Ümranıye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Fossa navikularis ve eksternal meatusu içeren üretra darlıklarında, hem işlevsel hem de kozmetik bir üretral çıkım rekonstrüksiyonuna ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, distal üretra darlıklarında TPFA yöntemi ile tecrübelerimizi paylaşmaktayız.

Yöntem: 1997 ile 2014 yılları arasında fossa navikularis ve üretral meatusu da içeren distal üretral darlık nedeni ile 49 erkek (ortalama yaş: 54) hastaya, TPFA kullanılarak glans koruyucu yöntemle üretroplastisi uygulandı. Etiyoloji 42 hastada iyatrojenik (transüretral prostat veya mesane tümörü rezeksiyonu), 7 hastada inflamatuvar/idiopatik idi. 5 hasta hariç diğer tüm hastaların mükerrer üretral dilatasyon hikayesi bulunmaktaydı. Klinik değerlendirme üroflovetri ve işeme sonrası hacim ölçümü, kombine retrograd üretrografi ve işeme sistoüretrografisi, operasyon sırasında 6,5 Fr. pediatrik üreterorenoskop yardımcı üretrosistostopi ile yapıldı. Cerrahi teknikte, subkoronal insizyon yardımıyla ventral penis cildi Buck's fasyasına kadar derinleşildi, üretra glans altından diseke edilerek fossa navikularise ulaşıldı. Ardından, dar segment meatusa kadar ventralde insize edildi. Subkoronal insizyona komşu bölgeden uygun ebatlarda fasyokütanöz ada flebi kaldırıldı ve ventral üretral insizyonun kenarlarına, 24-26 F bujinin rahat geçebileceği şekilde anastomoz edildi. Üretral kateter postoperatif 2. haftada alındı. Hastalar ilk yıl 3 aylık, ardından senelik olarak klinik sorgulama ve üroflovetri ile takip edildi. Başarı, son takipte girişim gerektirecek darlık tekrarlamaması ve normal bir akım eğrisinin eşlik ettiği subjektif hasta memnuniyeti olarak tanımlandı.

Bulgular: Darlık uzunluğu 7-25 mm arasında idi. Ortalama operasyon süresi 50 dk idi. Bir hastada flep nekrozuna bağlı üretral fistül gelişti. Ortalama 102 aylık (2-188) izlemde 46 (%93.8) hastada başarı sağlandı. 2 hasta liken sklerozis nedeni ile başarısız oldu ve 2 aşamalı bukkal mukozal greft üretroplastisi ile tedavi edildi. Ortalama Qmax değeri, preoperatif 7,2 ml/sn'den postoperatif son izlemde 19,4 ml/sn'ye yükseldi (p=0,001, Wilcoxon-sign testi)

Çıkarımlar: TPFA, distal ön üretra darlıklarının tedavisinde etkili bir yöntemdir. Glans bütünlüğünün korunması hem fonksiyonel hem de kozmetik açıdan başarı sağlanmaktadır. Cerrahi öncesinde enflamatuvar genital cilt hastalıkları açısından dikkatli değerlendirme yapılmalıdır.

REKTOÜRETRAL, REKTOVAGİNAL VE REKTOVESİKAL FİSTÜLLERDE GRACİLİS FLEP KULLANIMI: TEKNİK İNCELİKLER

Ş.Yavuz Öno¹, İsmail Başıbüyük¹, F.Fatih Öno², Serhat Onur³, Fatih Elbir¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²S.B. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³S.B. Üsküdar Devlet Hastanesi Validebağ Ek Hizmet Binası, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Kompleks perineal fistüllerin onarımı teknik olarak zor ve deneyim gerektiren girişimlerdir.

Yöntem: 2009-2014 yılları arasında 2 rektovaginal (Nijer, Niamey), 3 rektouretral, 1 rektovesikal olmak üzere toplam 6 vakada gracilis flep kullanılmıştır.

3 olgu radikal prostatektomi, 1 olgu simple prostatektomi sonrası, Nijer'de yapılan 2 olgu da obstetrik kökenli fistüllerdi. Radikal prostatektomi sonrası uygulanan bir olgu sekonderdi.

Bu videoda lokal ileri RRP yapılmış olan kolostomili bir olguda mesane boynu ve rektum arasındaki fistülün üç tabaka halinde kapatılması gracilis adale flepinin elde edilmesi ve transpozisyonu sunulmaktadır.

Cerrahi teknik: Litotomi pozisyonunda ters Y insizyonu ile bulber üretraya ulaşılır. Bulber üretranın spongioz adale ile bütünlüğü bozulmadan santral tendondan ayrılarak serbestleştirilir. Rektuma sokulan parmak yardımıyla künt ve keskin diseksiyonla bulber üretra m. corpus spongiozomla bütünlüğü bozulmadan santral tendondan ayrılır, fistül traktına ulaşılır. Bu şekilde levator ani ve eksternal sfinkter komplekse zarar vermemek amaçlanmaktadır. 12-14 F foley fistül traktından rektuma sokular foley balon traksiyonu ile fibrotik dokular temizlenir. Fistül traktının her yönden geniş diseksiyonu büyük önem taşır. 2/0 absorbable sütür yardımıyla dokular 3 tabaka üst üste kapatılır.

Gracilis flepin oluşturulması: Gracilis adalesi norovasküler demetin 1/3 proksimal bölümünden girmesi nedeniyle perine için ideal bir transpozisyon flebidir. Medial kondilin 2 cm proksimalinden 4 cmlik vertikal bir insizyonla girilir ve diseksiyon derinleştirilir. İşlem esnasında sartoriusla gracilis tendonlarının karışmamasına dikkat edilmelidir. Gracilis fasyası açılır ve tendonu asılır. Gracilis adalesinin mobilizasyonu için cilt insizyonu perineye doğru bütünü ile uzatılabilir ya da uyluk orta bölümde separe 3 cmlik kesi yapılır.

Uyguladığımız teknikte bu kadar uzun bir insizyona gerek olmadan distaldeki insizyondan bütünü ile elimizi sokup gracilis fasyasının altından rahatlıkla serbestleştirebilmekteyiz. İkinci aşamada perinenin hemen altında uyluk iç kısmında proksimalde 3 cm lik bir insizyonla mobilize edilen gracilis flep doğurtulur. Norovasküler demetin kasa giriş yeri gözlenir. Musküler flep perindeki insizyondan doğurtularak fistül traktına aşacak şekilde interpoze edilir. Rektovesikal fistülde gracilis flep retrovesikal alana taşınmış interpoze edilmiştir.

Çıkarımlar: Rektumla ilişkili fistüllerin onarımında fistül traktının geniş bir şekilde diseksiyonu ve 2-3 tabaka olacak şekilde su sızdırmaz olarak kapatılması büyük önem taşır. Kompleks fistüllerde ise gracilis adale flepinin transpozisyonu önemlidir.

UZUN ÖN ÜRETRA DARLIKLARINDA HER İKİ YANAK VE ALT DUDAK TEK PARÇA AĞIZ MUKOZASI İLE ONARIM

Ş.Yavuz Önal¹, İsmail Başıbüyük¹, Fikret Fatih Önal², Fatih Elbir¹, Cevper Ersöz³, Mehmet Remzi Erdem⁴

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

³Prof.Dr. İlhan Özdemir Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

⁴S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Uzun ön üretra darlıklarında skrotal ve penil deri flap üretroplastisi günümüzde yerini ağız mukozası greftlerine bırakmıştır. Ağız mukozası yoğun elastik lifli, ince lamina propria, zengin vaskülariteli, kılsız olması, kolay elde edilebilmesi, yüksek başarı oranı ile giderek popülerize olmuş ve altın standart haline gelmiştir. Bu çalışmada üretra darlığının uzunluğuna göre iki yanak ve alt dudaktan “L” veya “U” şeklinde tek parça olarak alınan ağız mukozası greftinin etkinliği, güvenilirliği ve teknik uygulamadaki farklılıkları sunulmaktadır.

Yöntem: Eylül 2004-Ağustos 2014 yılları arasında 41 uzun ve kompleks (7,5-18cm) üretra darlığı hasta incelenmiştir. 8'i hipospadias sakatı, 2'si ileri spongiofibrozisli oblitere BXO olgularında anterior üretra tamamen çıkarılmış ortoplasti ve penil büyüme yapılar üretra iki aşamalı olarak ağız mukozası ile onarılmıştır. Diğer 31 olgu ise tek aşamalı olarak onarılmıştır. Spongiofibrozisin derecesine göre ağız mukozası 5 farklı teknikle dōşenmiştir;

1. Ventral-sagittal üretrotomi ile dorsal üretraya vertikal insizyon yapılmıştır 11 vaka 2. Ventral-sagittal üretrotomi yapılar ventrale ağız mukozası dōşenmiştir. Corpus spongiosum ikinci tabaka olarak kapatılmıştır. 6 vaka 3. Proksimal anterior üretrada ventrale ağız mukozası, distal anterior üretrada ise dorsale ağız mukozası dōşenmiştir. 10 vaka 4. Hem dorsale hem ventrale ağız mukozası dōşenmiştir. 4 vaka 5. Hipospadias sakatı ve obliteratif BXO olgularının iki aşamalı onarımı, 6 ay sonra ikinci üretroplastisi ve ikinci aşamada graft penis cildi kenarından, kateter üzerinden neoüretra yapılacak şekilde mobilizasyon. Strangüler skrotal dartosun elde edilen retriangular flap neoürettranın üzerine sarılır. 10 vaka

Litotomi pozisyonunda, perineye ters “y” insizyonu ile penis perinedeki insizyondan doğurtulur. Boydan boya üretral ventral-vertikal insizyon yapılır. “L” veya “U” insizyonla iki yanak ve alt dudaktan elde edilen ağız mukozası üretraya dōşenir ve mutlaka sütürlerle tabana sabitlenir. Ventrale konulan greftin ikinci bir tabaka olarak corpus spongiosum ile kapatılması gerekir. 3 hafta sonra perikateteral üretrogram yapılarak sonda çekilir. Üç ay sonra ante-retrograd üretrografi ve üroflow, 6 ay sonra ise üretroskopi ile takip yapılır. Meanın ve fossa navikularisin de tutulduğu darlıklarda glans yarılır mukozası dōşenir. İkinci aşamada graniloplastisi ile üretra oluşturulur. Biz glans bütünlüğünü bozmadan paramental kesi ile darlığı çıkarıp sirküler ya da semisirküler ağız mukozası dōşeyerek tek aşamada onarmaktayız.

Bu videolarda glans bütünlüğü bozulmadan dorsal ve ventral ağız mukozası dōşenen olgular ve teknik incelikler sunulmaktadır.

Bulgular: Dört olguda fistül gelişti. Üç olgunun meatal striktürü dilatasyon gerektirdi. 2 olguda oluşan kısa darlık internal üretrotom ve dilatasyon gerektirdi. İki aşama planlanan on olgunun üçü 3 aşamalı onarıldı. Uyguladığımız teknikle iki yanak ve dudaktan alınan ağız mukozasının uzun augmentasyon gerektiren üretra darlıklarında bile yeterli greft elde edilebildiği gösterilmiştir.

ÜRETER YARALANMALARINA LAPAROSKOPIK YAKLAŞIM

Hasan Çetin¹, Ender Özden¹, Fatih Ataç², Mehmet Özen¹, Fatih Kocamanoğlu¹, Yarkin Kamil Yakupoğlu¹, Şaban Sarıkaya¹

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

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Kliniği, Giresun

Amaç: Bu videoda endoskopik üreter taşı tedavisi sırasında gerçekleşen üreter avulsiyonu sonrası yaptığımız laparoskopik üreteroneosistostomi (ÜNS) olgusunu sunmayı amaçladık.

Yöntem: 41 yaşında kadın hasta sağ endoskopik üreter taşı tedavisi sırasında gerçekleşen üreteral avulsiyon nedeniyle acil serviste değerlendirildi. Postoperatif 6. saat yapılan değerlendirmede üreteral defekti değerlendirmek için perkütan nefrostomi katateri takıldı, antegrad görüntüleme yapıldı ve laparoskopik ÜNS planlandı. Hastanın litotomi pozisyonunda sistoskopisi yapıldı, mesanede avülsiyone olan üreter mukozası gözlemlendi ve forceps yardımı ile alındı. Hasta 60 derece sağ yan pozisyona alındı. Umblikus hizası lateralden Veress iğnesi eşliğinde peritoneal alana girildi ve pnömoperitoneum oluşturuldu. Aynı yerden bir adet 10 mm lik optik port yerleştirildi. Orta hattan simfizis pubisin hemen üzerinde bir adet 5 mm lik port, optik trokarın üstünden ve altından pararektal alandan 5 ve 10 mm lik 3. ve 4. trokarlar girildi. Takiben çıkan kolon iliak çaprazın üstünde ve altında medialize edildi retroperitoneal alana ulaşıldı ve üreter proksimalde gözlemlendi. Takiben üreter distale kadar serbestlendi ve distal 2 cm'lik segmenti eksize edildi. Takiben üreter proksimalden distale alligatörler yardımı ile sağılarak taş doğurtuldu ve trokardan dışarıya alındı. Takiben üreter distali anostomoz için spatülize edildi. Ardından serbest iğne ile uterus batın ön duvarına ekartasyon için asıldı. Mesane ekstraperitoneal ÜNS öncesi dolduruldu ve detrüsrör lifleri mukoza bütünlüğü korunarak hook koter yardımı ile kesildi. Mesane mukozası düzgün bir şekilde kesildi ve üretere retrograd DJ katater yerleştirildikten sonra 4/0 vicryl ile "Lich-Gregoir" tekniği ile ÜNS tamamlandı. Anostomozda kaçak olmadığı gözlemlendikten sonra periton yaprağı kapatıldı ve dren konularak işleme son verildi.

Bulgular: Operasyon süresi 120 dakika, kan kaybı minimaldi. Postoperatif 4. gün sondası, 5. gün drene çekildi. Takiplerinde 2. haftada dj katateri çekildi. Üreteral yaralanma nedeniyle Nisan 2010-Ağustos 2014 tarihleri arasında 19 üreteral üniteye laparoskopik üreteroureterostomi ya da üreteroneosistostomi yapıldı.

Çıkarımlar: İatrojenik üriner sistem yaralanmalarından sonra, laparoskopik ürolojik yaklaşım komplike vakalarda bile güvenle uygulanabilecek alternatif yöntemdir.

Tablo 1: Ocukların opasiteler BT ile değerlendirilmesi sonucundaki dağılımı

| | Üreter Taşı | Flebolit | Toplam |
|-----------------------|-------------|------------|------------|
| Kesantikle taş | 40 (%76,9) | 0 (%0) | 40 (%38,5) |
| Taş-emin değilim | 8 (%15,4) | 1 (%1,9) | 9 (%8,7) |
| Emin Değilim | 4 (%7,7) | 1 (%1,9) | 5 (%4,8) |
| Flebolit-emin değilim | 0 (%0) | 27 (%51,9) | 27 (%26,0) |
| Kesantikle flebol | 0 (%0) | 23 (%44,2) | 23 (%22,1) |
| Toplam | 52 (%100) | 52 (%100) | 104 (%100) |

Tablo 2: BT bulgularının taş flebolit ayırımında anlamlılığı

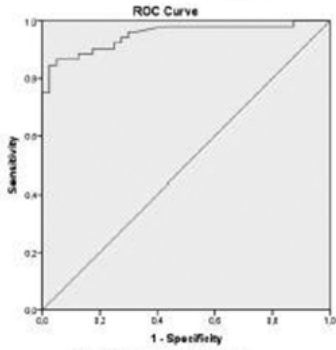
| | Üreter Taşı | Flebolit | P değeri |
|-------------------------------|-------------|-----------|----------|
| Obstrüksiyon Bulguları | 41(%78,8) | 37(%71,2) | 0.367 |
| Üreterin Takap Edilebilirliği | 44(%84,6) | 39(%75,0) | 0.222 |
| Düka Halka Bulgusu | 13(%25,0) | 2(%3,8) | 0.002* |
| Kuyruklu Yıldız Bulgusu | 2(%3,8) | 16(%30,8) | 0.0001* |
| Ovallik | 9(%17,3) | 20(%38,5) | 0.016* |
| Merkezi Solgunluk | 0(%0) | 4(%7,7) | 0.118 |

Tablo 3: BT bulgularının regresyon analizi ile değerlendirilmesi.

| | B | Sig | Exp(B) | 95% C.I ise EXP(B) | Alt | Üst |
|-------------------------|-------|------|--------|-----------------------|-----|-------|
| Düka Halka Bulgusu | 1,5 | 0,07 | 4,47 | 0,9 | | 22,26 |
| Kuyruklu Yıldız Bulgusu | -2,5 | 0 | 0,08 | 0,02 | | 0,4 |
| Ovallik | -1,37 | 0,01 | 0,26 | 0,09 | | 0,7 |

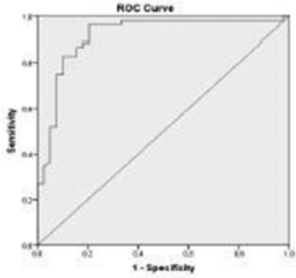
Tablo 4: Opasitelerin boyut için eşik değer 327 mm³ ve yoğunluk için eşik değer 643 HU olarak kabul edildiğinde dağılımı.

| | | Opasite Yoğunluğu (HU) | | Toplam |
|-----------------|----------------------|------------------------|------------|-----------|
| | | < 643 | > 643 | |
| Flebolit Boyutu | <327 mm ³ | 48 (%92,3) | 4(%7,7) | 52 (%100) |
| | >327 mm ³ | 0 (%0) | 0 (%0) | 0 (%0) |
| | Toplam | 36 (%69,3) | 3 (%7,7) | 39 (%100) |
| Taş Boyutu | <327 mm ³ | 6 (%11,5) | 7 (%13,5) | 13 (%25) |
| | >327 mm ³ | 7 (%13,5) | 32 (%61,5) | 39 (%75) |
| | Toplam | 13 (%25,0) | 55 (%75,0) | 52 (%100) |



Diagnostik sonuçları size yitirildiği için

Şekil 1. Opasite boyutu için ROC eğrisi (AUC:0.956, p:0.001, duyarlılık %75, özgünlük %100, eşik değeri 327 mm³ olarak alındı.)



Diagnostik sonuçları size yitirildiği için

Şekil 2. Maksimum Hounsfield Cıstesi ROC eğrisi yoğunluk için (AUC:0.921 p:0.001, duyarlılık %75, özgünlük %95, eşik değeri 643 HU olarak alınmıştır)

Poster Sunumlar

DİSTAL ÜRETER TAŞLARININ FLEBOLİTLERDEN AYRIMI: BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİDE ÜROLOGLAR İÇİN PÜF NOKTALARI

Yılören Tanıdır, Ahmet Şahan, Mehmet Kazım Asutay, Ferhat Talibzade, Asgar Garayev, İlker Tinay, Ferruh Şimşek

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

Amaç: Bilgisayarlı tomografide (BT) distal üreter yerleşimli opasitelerin taş veya flebolit olarak ayrımını yapmak genellikle zordur. Bu gibi durumlarda altın standart tanı yöntemi üreteroskopik girişimdir; ancak bu girişimden önce de taş ve flebolitlerin ayrımında kullanılacak çeşitli yöntemler mevcuttur. Bu çalışmanın birincil amacı BT'nin taş ve flebolit ayrımındaki etkinliğini ve bu amaçla kullanılacak bulguları değerlendirilmiştir.

Yöntem: Kliniğimizde 2011 ve 2013 yılları arasında üreteroskopik litotripsi uygulanan toplam 300 hastanın verileri incelendi. Bu hastalardan BT görüntülemesinde aynı zamanda fleboliti olan toplam 104 hasta çalışmaya dahil edildi. Üç ayrı ürolog BT bulgularına göre opasiteleri şu beş gruba ayırdı: Kesinlikle taş, taş-emin değilim, emin değilim, flebolit-emin değilim, kesinlikle flebolit. Her hastanın BT görüntülemeleri literatürdeki gibi; üreterin takip edilebilirliği, üreterde obstrüksiyon bulguları, doku halka bulgusu (rim sign), kuyruklu yıldız bulgusu (tail sign), ovallık (roundness), merkezi solukluk (central lucency) açısından değerlendirildi. Opasiteler boyut ve yoğunluk (Hounsfield Ünitesine göre) karşılaştırıldı.

Bulgular: Ürologlar tarafından değerlendirilen hastaların görüntülerine göre olguların %39,5'inde opasitenin taş ya da flebolit olduğu net olarak ayırt edilemedi (Tablo 1). BT'de değerlendirilen özelliklerden sadece şu üçü taş ve flebolit ayrımında istatistiksel olarak anlamlı bulundu: doku halka bulgusu, kuyruklu yıldız bulgusu, ovallık (Tablo 2-3). Bunun dışında literatürden farklı olarak opasitelerin yoğunluk ve boyutu da taş flebolit ayrımında anlamlı bulundu. Flebolitlerin %92,8'i küçük boyutlu ve düşük yoğunluklu olarak tespit edildi (Tablo 4). Eğri altındaki alan ve ROC eğrisi ile yapılan analizde opasitelerin boyut ve yoğunluğu sırasıyla 0,956 ve 0,921 olarak hesaplandı (Şekil 1-2). Boyut ve yoğunluk açısından taş flebolit ayrımında sınır değeri sırasıyla 327 mm³ ve 643 HU olarak bulundu (Tablo 4, Şekil 1-2).

Çıkarımlar: Bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde izlenen doku halka bulgusu, kuyruklu yıldız bulgusu ve ovallık gibi spesifik bulgular kullanılarak taş ve flebolit ayırt edilebilir; bununla beraber tomografide gözlenen opasitelerin boyutları ve yoğunluğu da bu ayrımı yapmada yardımcı olabilir.

Tablo 1: Ürologların opozitelerin BT ile değerlendirmeleri sonucundaki sonuçları

| | Üreter Taşı | Flebolit | Toplam |
|-----------------------|-------------|------------|------------|
| Keskinlikle taş | 40 (%76,9) | 0 (%0) | 40 (%38,5) |
| Taş-emin değilim | 8 (%15,4) | 1 (%1,9) | 9 (%8,7) |
| Emim değilim | 4 (%7,7) | 1 (%1,9) | 5 (%4,8) |
| Flebolit-emin değilim | 0 (%0) | 27 (%51,9) | 27 (%26,0) |
| Keskinlikle flebol | 0 (%0) | 23 (%44,2) | 23 (%22,1) |
| Toplam | 52 (%100) | 52 (%100) | 104 (%100) |

Tablo 2: BT bulgularının taş flebolit ayırımında anlamlılığı

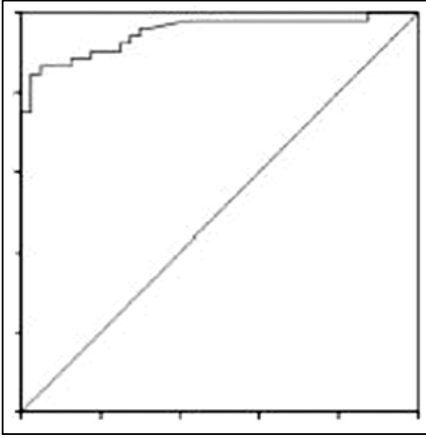
| | Üreter Taşı | Flebolit | P değeri |
|-------------------------------|-------------|-----------|----------|
| Obstrüksiyon Bulguları | 41(%78,8) | 37(%71,2) | 0.367 |
| Üreterin Takap Edilebilirliği | 44(%84,6) | 39(%75,0) | 0.222 |
| Doku Halka Bulgusu | 13(%25,0) | 2(%3,8) | 0.002* |
| Kuyruklu Yıldız Bulgusu | 2(%3,8) | 16(%30,8) | 0.0001* |
| Ovallik | 9(%17,3) | 20(%38,5) | 0.016* |
| Merkez Solgunluk | 0(%0) | 4(%7,7) | 0.118 |

Tablo 3: BT bulgularının regresyon analizi ile değerlendirilmesi

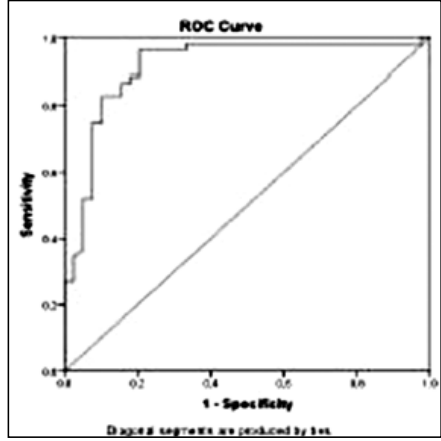
| | B | Sig | Exp(B) | 95% C. I for EXP(B) | |
|-------------------------|-------|------|--------|---------------------|-------|
| | | | | Alt | Üst |
| Doku Halka Bulgusu | 1,5 | 0,07 | 4,47 | 0,9 | 22,26 |
| Kuyruklu Yıldız Bulgusu | -2,5 | 0 | 0,08 | 0,02 | 0,4 |
| Ovallik | -1,37 | 0,01 | 0,26 | 0,09 | 0,7 |

Tablo 4: Opozitelerin boyut için eşik değer 327 mm³ ve yoğunluk için eşik değer 643 HU olarak kabul olduğunda dağılım.

| | | Opozite Yoğunluğu (HU) | | Toplam |
|-----------------|----------------------|------------------------|------------|-----------|
| | | < 643 | > 643 | |
| Flebolit Boyutu | <327 mm ³ | 48 (%92,3) | 4(%7,7) | 52 (%100) |
| | >327 mm ³ | 0 (%0) | 0 (%0) | 0 (%0) |
| | Toplam | 36 (%92,3) | 3 (%7,7) | 39 (%100) |
| Taş Boyutu | <327 mm ³ | 6 (%11,5) | 7 (%13,5) | 13 (%25) |
| | >327 mm ³ | 7 (%13,5) | 32 (%61,5) | 39 (%75) |
| | Toplam | 13 (%25,0) | 55 (%75,0) | 52 (%100) |



Şekil 1.



Şekil 2.

RENAL HİDATİK KİSTİN MİKRO-PERKÜTAN GİRİŞ EŞLİĞİNDE ENDOSKOPİK TEDAVİSİ

Mustafa Kadıhasanoğlu¹, Mete Kilciler², Erkan Erkan¹, Özcan Atahan³

¹*İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul*

²*Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa*

³*Medical Park Bursa Hastanesi, Bursa*

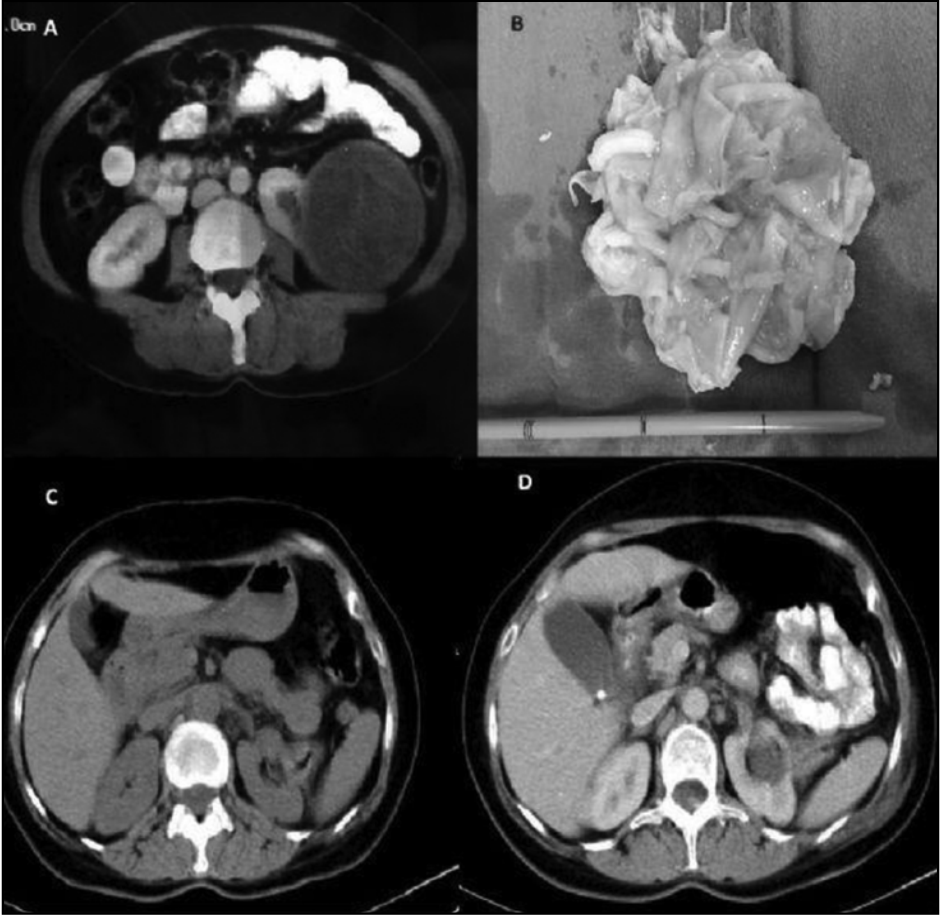
Amaç: Ekinokokus granulosus'un neden olduğu hidatik kist ülkemizde sık görülen bir sağlık problemi olup ciddi morbidite taşımaktadır. Renal tutulumu olduğunda nadir olup tüm vakaların yaklaşık %2-4'ünü içermektedir. Renal kist hidatikte güncel tedavi yöntemi nefrektomi olarak kabul edilmektedir. Bu bildiride mikro-perkütan giriş eşliğinde endoskopik olarak tedavi edilen renal kist hidatik vakası sunulmaktadır

Yöntem: 3 ay boyunca sol yan ağrısı ve karın şişliği olan; özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özelliği olmayan 44 yaşındaki kadın hastanın abdominal muayenesinde sol lomber bölgede ele gelen kitle tespit edilmesi üzerine yapılan ultrasonografik incelemede 12x12 cm boyutlarında kistik oluşum görülmüştür. Bunun üzerine çekilen kontrastlı abdominal BT'sinde 8 cm boyutunda sol renal kist hidatik (Şekil-A) tespit edilmiştir. Hastanın indirek hemaglütinasyon testi de E. granulosus için pozitif bulunmuştur. Nefrektomiye kabul etmeyen hastaya mikro-perkütan girişle endoskopik tedavi ve sonrasında perkütan nefrostomi kateteri eşliğinde alkol ablasyon tedavisi uygulanmıştır.

Teknik: Genel anestezi altında 6F üreteral kateter yerleştirilmesinin ardından prone pozisyonda "all seeing needle" eşliğinde skopi altında hidatik kistin posterior aksiller hattından direk görüş altında giriş sağlandı ve veziküllerin dolu olduğu kist boşluğuna girildi. İğne içinden sensör kılavuz tel gönderildi ve sonrasında Amplatz dilatatörlerle 30F'e kadar dilatasyon sağlandı.

Bulgular: Nefroskopi girilerek kist içeriği gerek yıkamayla gerekse de forsepsle tamamen boşaltıldı (Şekil-B). Sonrasında "bugbee" koterle kist iç yüzeyi koterize edildi. Hastaya 28F perkütan nefrostomi kateteri konularak işleme son verildi. Postoperatif 4 hafta boyunca haftada 2 defa kist içine 50 ml %96'lık alkol ve 50 ml salin verilerek ablasyon yapıldı. Hastanın kontrol amaçlı çekilen abdominopelvik BT'sinde kistin tamamen yok olduğu gözlemlendi (Şekil-C ve D).

Çıkarımlar: Renal kist hidatik tedavisinde mikro-perkütan girişle endoskopik tedavi ve sonrasında perkütan nefrostomi kateterinden verilecek alkol ile yapılan ablasyon tedavisi nefrektomiye alternatif olarak kullanılabilen etkin, başarılı ve minimal invaziv bir tedavi yöntemidir.



Şekil 1.

PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDA ESWL DENEYİMLERİMİZ

Ali Güneş, Fatih Oğuz, Serhan Çimen, Ali Beytur, Caner Ediz

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Malatya

Amaç: Pediatrik yaş grubundaki ESWL deneyimlerimizin değerlendirilmesi

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 1998– Temmuz 2014 yılları arasında böbrek ve üreter taşlarına PCK LITHO 3 PTR (V5) cihazı ile ESWL işlemi uygulanan 291 pediatrik hasta değerlendirildi. Cinsiyet dağılımı, yaş ortalaması, önceki ESWL öyküsü, taş yükü, daha önce geçirilmiş taş cerrahisi, taş lokalizasyonu, başarı, kanama, ateş ve enfeksiyon oranları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 181'i erkek, 110'u kız olup yaş ortalamaları 10,6 (1–17) idi. ESWL öncesi herhangi bir zamanda ESWL hikayesi olan 97 hasta mevcuttu. Daha önce geçirilmiş taş cerrahisi olan 13 hasta mevcuttu. Taşlar hastaların 73'ünde renal pelviste, 42'sinde üst, 71'inde orta ve 44'ünde alt kaliks grubunda, 31'sinde üst, 10'inde orta ve 15'inde alt üreterde, 5 hastada multipl lokalizasyonda idi. Hastaların 238'inde (%81,7) tam taşsızlık sağlandı. Hastaların ortalama taş yükü 1.12 cm2 idi. Hastaların hiçbirinde kan transfüzyonu gerektirecek kanama olmadı. Ateş 4 hastada oluşurken, 5 hastada ise hastaneye yatarak tedavi gerektiren idrar yolu enfeksiyonu gelişti. Başka komplikasyona rastlanmadı.

Çıkarımlar: ESWL üriner sistem taş tedavisinde minimal invaziv bir tedavi yöntemi olması sebebiyle erişkin hastaların yanı sıra pediatrik yaş grubunda da deneyimli klinikler tarafından başarı ile uygulanabilir.

| ESWL Yapılan Taş Lokalizasyonu | Hasta Sayısı |
|--------------------------------|--------------|
| Renal Pelvis | 73 (%25) |
| Üst Kaliks | 42 (%14,4) |
| Orta Kaliks | 71 (%24,4) |
| Alt Kaliks | 44 (%15,2) |
| Üst Üreter | 31 (%10,7) |
| Orta Üreter | 10 (%3,4) |
| Alt Üreter | 15 (%5,2) |
| Multipl Lokalizasyon | 5 (%1,7) |

| | Hasta Sayısı |
|---------------------|--------------|
| Tam Taşsızlık | 238 (%81,7) |
| Kan Tıx Gereklinimi | - |
| Ateş | 4 (%1,37) |
| İYE | 5 (%1,7) |

SEMPATOMATİK BASİT BÖBREK KİSTLERİNİN TEDAVİSİNDE TEK SEANS PERKÜTAN ASPIRASYON VE ETANOL SKLEROTERAPİSİ İLE LAPAROSKOPİK DE-ROOFİNG YÖNTEMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ozan Efeso¹, Mesut Tek², Hasan Erdal Doruk²

¹Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Mersin

Amaç: Çalışmamızın amacı semptomatik basit böbrek kistlerinin tedavisi için uygulanan tek seans perkütan aspirasyon ve alkol skleroterapisi ile laparoskopik de-roofing yöntemini etkinlik ve maliyet açısından karşılaştırmaktır.

Yöntem: Mart 2010 – Aralık 2013 tarihleri arasında bası ve ağrı semptomları nedeniyle lokal anestezi ile tek seans perkütan aspirasyon ve %95 etanol skleroterapisi uygulanan 38 hasta (Grup I) ile genel anestezi altında transperitoneal laparoskopik de-roofing yapılan 42 hastanın (Grup II) prospektif olarak kaydedilen bilgileri değerlendirilerek her iki grup demografik özellikler, işlem ve hastanede kalış süresi, komplikasyon, maliyet ile altı aylık takipteki radyolojik ve semptomatik nüks oranları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki gruptaki olguların yaş, cinsiyet, kist boyut, taraf ve yerleşimi ile müdahale endikasyonları benzer olarak saptandı (tüm parametreler için $p>0.05$). Olguların demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Ortanca işlem ve hastanede kalış süreleri Grup I'de istatistiksel anlamlı olarak daha azdır (sırasıyla 33 dk'ya karşılık 59 dk, 6 saate karşılık 24 saat; p değerleri <0.001). Komplikasyon olarak Grup I'de iki hastada (%5.3) ateş, Grup II'de ise bir hastada (%2.4) transfüzyon gerektiren kanama saptandı. Toplam maliyet Grup I'de 275.6 TL, Grup II'de ise 1528.08 TL olarak hesaplandı. Radyolojik nüks oranı Grup I'de istatistiksel anlamlı olarak daha fazla, semptomatik nüks oranının ise her iki grupta benzer olarak saptandı (sırasıyla %36.8'e karşılı %4.8, $p<0.001$; %5.3'e karşılık %2.4, $p=0.498$).

Çıkarımlar: Tek seans perkütan aspirasyon ve alkol skleroterapisi ile laparoskopik de-roofing semptomatik basit böbrek kistlerinin tedavisinde etkin ve güvenli tedavi yöntemleridir. Radyolojik nüks oranı daha yüksek olmakla beraber semptomatik nüks oranı laparoskopi ile benzer olan tek seans perkütan aspirasyon ve alkol skleroterapisi, işlem ve hastanede kalış süreleri ile toplam maliyet de göz önüne alındığında, basit böbrek kistlerinin tedavisinde halen önemli bir tedavi seçeneği olarak görünmektedir.

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri

| | Grup I (n:38) | Grup II (n:42) |
|----------------------|----------------------|-----------------------|
| Yaş (yıl) | 53.23±13.70 | 51.10±11.58 |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 22 | 23 |
| Kadın | 16 | 19 |
| Kist boyutu (cm) | 9.50±2.93 | 8.45±2.69 |
| Taraf | | |
| Sağ | 28 | 31 |
| Sol | 10 | 11 |
| Yerleşim | | |
| Üst pol | 7 | 9 |
| Orta | 15 | 14 |
| Alt pol | 16 | 19 |
| Müdahale endikasyonu | | |
| Ağrı | 36 | 38 |
| Bası | 2 | 4 |

ŞOK DALGALARI İLE TAŞ KIRMANIN BAŞARISIZ OLDUĞU ALT KALIKS TAŞLARINDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ

Hikmet Topaloğlu¹, Ahmet Nihat Karakoyunlu¹, Sercan Sarı¹, Harun Özdemir¹, Hakkı Uğur Özok¹, Levent Sağnak¹, Hamit Ersoy²

¹S.B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

²Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çorum

Amaç: Şok dalgaları ile taş kırma (Shock Wave Lithotripsy=SWL) işleminin başarısız olduğu alt kaliks taşlarında bükülebilir üreterorenoskop ve holmiyum: yttrium-aluminyum-garnet (YAG) lazer kullanılarak yapılan taş kırma işlemi önemli bir alternatiftir. Bu çalışmada SWL başarısız alt kaliks taşlarında retrograd intrarenal cerrahinin etkinliği, güvenilirliği ve iki yöntem arasında başarısızlık sebeplerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Eylül 2011 ve Haziran 2014 tarihleri arasında, alt kaliks taşları için SWL işleminin başarısız olduğu 20 hastada holmiyum: YAG lazer kullanılarak yapılan retrograd intrarenal cerrahi olgularının verileri geriye dönük olarak toplandı. Başarısız SWL en az 3 seans sonunda taş boyutunda hiç değişiklik olmaması olarak tanımlandı. Kendi isteğiyle SWL işlemini bırakıp retrograd intrarenal cerrahi tedavisini seçen hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların operasyon öncesi demografik ve taş karakteristikleri, operasyon esnası ve sonrası veriler ve komplikasyonlar değerlendirilmeye alındı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hastaların 11'i erkek ve 9'u kadın olup, ortalama yaş 43 (20-63 yaş) ve ortalama taş çapı 14.5 mm (5-30 mm) idi. Bir hastada atnalı böbrek anomalisi ve bir hastada soliter böbrek vardı. Ortalama operasyon süresi 55dk (20-150 dk) idi. Birinci seans sonunda taşsızlık oranı 14/20 (%70) idi. İki hastaya daha 2. işlem uygulandı ve 2. seans sonunda taşsızlık oranı ise 16/20 (%80) idi. Birinci seans sonunda, başarısız olan toplam 6 olgunun üçünde sebep uygun olmayan anatomi, ikisinde çoklu taş ve birinde kanamaya bağlı görüntü kaybıydı. Hastaların tümü ertesi gün taburcu edildi. Modifiye Clavien evreleme sistemine göre hastaların hiçbirinde Evre II ve üzeri komplikasyon gözlenmedi.

Çıkarımlar: Retrograd intrarenal cerrahi SWL'nin başarısız olduğu alt kaliks taş hastalarının tedavisinde kabul edilebilir bir etkinlik ve düşük morbiditesi ile uygun bir yöntemdir. Ayrıca, alt kaliks taşları tedavisinde, retrograd intrarenal cerrahinin başarısız olmasına sebep olan durumların SWL'ninkilerden farklılık gösterdiği anlaşılmıştır.

EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LİTHOTRİPSY KADIN HASTALARDA HAYAT KALİTESİ VE DEPRESYON DURUMUNU ETKİLERMİ?

Ayşe Buz¹, Murat Tuncer¹, Cahit Şahin¹, Özlem Türkoğlu², Özgür Yazıcı¹, Alper Kafkaslı¹, Kamil Fehmi Narter¹, Kemal Sarıca¹

¹S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, İstanbul

Amaç: Biz bu çalışmamızda ürolitiazis nedeniyle ESWL (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy) uygulanan kadın hastalarda ESWL'nin hastaların yaşam kalitesine ve psikolojik durumlarına muhtemel etkilerini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya ürolitiazis nedeniyle ESWL uygulanan 30 kadın hasta alındı. Hastalar tarafından yaş, medeni durum, çalışma durumu, öğrenim düzeyi, önceden ESWL uygulanıp uygulanmadığı ve bu işlem konusunda bilgisinin olup olmadığını değerlendiren sorgulama formu dolduruldu. Hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için Hayat Kalitesi SF-8 (Standard Form -8) sorgulama anketi ve depresyon durumlarını değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) anketi ESWL öncesi, ESWL sonrası 1. ay ve 3.ay da hastalara doldurtuldu.

Bulgular: ESWL öncesi ile sonrası 1. ay SF-8 skorları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$). Fakat ESWL öncesi ve ESWL sonrası 3. ay fiziksel fonksiyon, genel sağlık, rol fonksiyonu (fiziksel), ağrı, enerji (vitalite), rol fonksiyonu (emosyonel), mental sağlık skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı değişim saptanmış ($p<0.05$) olup sosyal fonksiyon skorları arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.793$). ESWL öncesi ile ESWL sonrası 1.ay ve 3.ay BDÖ skorları değerlendirildiğinde; 1.ay da BDÖ skorlarındaki düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ($p=0.079$) fakat ESWL sonrası 3.ay skorlardaki düşüş ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.032$).

Çıkarımlar: ESWL uygulanan kadın hastalarda işlem sonrası 3. ayda anlamlı derecede hayat kalitesinde düzelme ve depresyon ölçeklerinde iyileşme bulunmuştur.

PERKÜTAN SİSTOLİTOTRİPSİ VETRANSÜRETRAL PROSTATEKTOMİNİN BİRLİKTE YAPILDIĞI HASTALARDA YENİ BİR TEKNİK

Hasan Deliktaş¹, Neşat Çullu², Ömer Erdoğan¹, Mehmet Çetinkaya¹, Hayrettin Şahin¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Muğla

Amaç: Çalışmamızın amacı, transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) ve perkütan sistolitotripsi (PCCL) ameliyatlarının birlikte yapıldığı hastalarda, tekniğimizin etkinliğini ve güvenliğini belirlemektir.

Yöntem: Haziran 2011 ve Ocak 2014 tarihleri arasında benign prostat hiperplazisi (BPH) ve mesane taşı nedeniyle ameliyat olan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. BPH ile birlikte mesanede taşı olan ve aynı seansta TURP+PCCL ameliyatı yapılan 24 hasta çalışmaya dahil edildi. Sistoskopik görüntü eşliğinde suprapubik giriş yapıldı. Mekanik dilatatörlerle dilatasyon yapıldıktan sonra, 30-F Aplatz sheath yerleştirilip bunun içinden taşlar kırılarak dışarı alındı. Daha sonra Amplatz sheath içinden 18 F foley kateter yerleştirildi ve Amplatz sheath mesaneden çıkarıldı. Foley kateterin balonu 15cc salin ile şişirilerek ekstrasvazasyonu engellemek için suprapubik traksiyona alındı. Daha sonra suprapubik kateter kontinü drenaj sağlarken TURP ameliyatı yapıldı.

Bulgular: Ortalama taş boyutu 46.25 ± 9.51 mm (20.2-70 mm). Ortalama prostat volümü 65.04 ± 10.21 mL (38-76 mL). Operasyon süresi mesane taşı için 31.25 ± 8.46 dakika (13-46 dk). Operasyon süresi TURP için 55.71 ± 10.01 dakika (25-65 dk) Ortalama hastanede kalış süresi 3.0 ± 0.65 gün (2-5gün). Bütün hastalar taştan tamamen temizlendi. Hiçbir hastada transfüzyon gerektirecek kanama, uretral travma, ekstrasvazasyon ve reoperasyon ihtiyacı olmadı. İki hastada $>38^\circ\text{C}$ olan ateş oldu. Ortalama takip süresi 18 ay (3-28 ay) idi.

Çıkarımlar: Bu tekniğimiz, TURP ve PCCL ameliyatlarının birlikte yapıldığı hastalarda güvenli ve etkilidir. Bizim tekniğimizde kontinü drenajı sağlayan 18-F foley kateter ve balonu mesane kubbesine yerleştiği için belli bir mesane doluluğundan sonra drenaja başlamaktadır. Böylece 30-F sheath'in drenaj kateteri olarak kullanıldığı yöntemde olduğu gibi mesanenin kollabe olmasını engelleyerek daha güvenli bir rezeksiyon sağlamaktadır. Ayrıca mesane tabanına protrüze median lobu olan veya mesane kapasitesi düşük olan hastalarda drenaj kateteri rezeksiyon sahasının dışında kaldığı için daha kolay bir rezeksiyon alanı oluşturmaktadır. Biz bu tekniği BPH ve PCCL ameliyatlarının birlikte yapıldığı, TURP sırasında 30-F Aplatz sheath'in kontinü drenaj sağladığı tekniğe alternatif olarak önermekteyiz.

PERKUTAN NEFROLİTOTOMİDE CİLT-TAŞ ARASI MESAFESİNİN BİLİNMESİ, FLOROSKOPI SÜRESİNİ KISALTMA YARDIMCI OLABİLİR Mİ?

Fikret Halis¹, Hüseyin Aydemir¹, Şükrü Kumsar¹, Osman Köse¹, Numan Baydilli⁴, Adil Emrah Sonbahar¹, Hacı İbrahim Çimen¹, Hacı Can Direk¹, Öztuğ Adsan¹, Hasan Salih Sağlam¹, Ahmet Gökçe¹

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

⁴Dr. Süreyya Adanalı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş

Amaç: Böbrek taşlarının tedavisinde PNL operasyonu sık olarak kullanılmaktadır. Taşa ulaşmak için doğru giriş yapmak ameliyatın temelini oluşturmaktadır. Giriş için ultrason, bilgisayarlı tomografi ve floroskopi kullanılmaktadır. Halen en sık kullanılan yöntem floroskopi eşliğinde giriş olduğundan bu durum cerrahların, ameliyat odası çalışanlarının ve hastaların radyasyona maruziyetini artırmakta ve sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. PNL deneyimi kazanıldıkça skopi kullanım süresi azalmaktadır. Merkezlere göre değişen skopi sürelerinin ortalama 6-15 dk civarında olduğu görülmektedir. Skopi süresini uzatan nedenler genellikle sisteme giriş ve amplats dilatasyon aşaması olduğu görülmektedir. Bu çalışmada floroskopi süresini azaltabilmek amacı ile tomografide ölçülen cilt-taş uzunluğu kullanımının etkinliği araştırılmıştır.

Yöntem: 50 yaşında erkek hastaya sol böbrek staghorn taşı nedeni ile PNL planladı Şekil 1. Batın tomografisinde cilt-taş arası mesafe ölçülerek kayıt edildi (7.5-8 cm). Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda 5 F üreter kateteri takılarak pozisyon prone çevrildi Şekil 2. Opak madde ile renal pelvis ve kalikslerin dolumu sonrası, 90 derece açı ile direkt olarak alt kaliks grubundan taşa giriş yapıldı. Sensör klavuzun üretere gidişini takiben amplats dilatasyonlar tomografide ölçülen cilt-taş mesafesi göz önüne alınarak minimum süre skopi kullanılarak toplayıcı sisteme ilerletildi. Operasyon sonrası rezidü taş için ve 18 F re-entry kateteri takıldıktan sonra işleme son verildi.

Bulgular: Taş staghorn tipinde 74x16mm boyutunda idi. Operasyon süresi 95 dk idi. Toplan skopi süresi 85 sn idi. Ameliyat aşamalarına göre kullanılan skopi süreleri Tablo 1'de özetlendi.

Çıkarımlar: PNL de floroskopinin özellikle amplats dilatasyonlar sırasında uzun süre kullanıldığı gözlemlendi. Bu aşamayı cilt-taş arası mesafenin kullanılarak skopi kullanılmadan geçilmesinin ameliyat ekibi ve hastaların radyasyon maruziyetini büyük ölçüde azaltmada yardımcı olabileceğini düşünüyoruz.

Tablo 1.

| PNL öncesi üretral kateter takılırken | Kullanılmadı. |
|--|---------------|
| Giriş ve sensör guide gönderilirken | 62 sn |
| Amplats dilatasyon sırasında | 15 sn |
| Re-entry kateteri sonrası rezidü araştırması ve antegrad pyelografi için | 8 sn |
| Toplam | 85 sn |

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE İNTERKOSTAL YA DA SUBKOSTAL GİRİŞİN KOMPLİKASYON ORANLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Serdar Çelik, Sedat Karakoç, Hilmi Sarı, Ozan Bozkurt, Ömer Demir, İlhan Çelebi

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Böbrek taşlarında birçok tedavi seçeneği bulunmaktadır. Günümüzde bu tedavilerin başında minimal invaziv tekniklerden biri olan perkütan nefrolitotomi (PCNL) gelmektedir. PCNL sırasında uygulanan giriş teknikleri interkostal ya da subkostal olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu yazıda Mart 2005 – Temmuz 2014 tarihleri arasında kliniğimizde PCNL yaptığımız hastaların interkostal ve subkostal giriş tekniklerine göre cerrahi özellikleri ve komplikasyon oranları retrospektif olarak değerlendirildi.

Yöntem: PCNL yapılan hastalar iki grupta incelendi. Grup 1’de interkostal giriş uygulanan hastalar ile grup 2’de subkostal giriş uygulanan hastalar değerlendirildi. Hastaların gruplara göre genel özellikleri, taş boyutu ve ortalama hounsfield ünitesi (HU), taştan arınma oranı, operasyon ve yatış süreleri ile kanama ve transfüzyon miktarları değerlendirildi. Komplikasyonlar peroperatif (diyafraam yaralanması, ekstrasvazasyon, kanama) ve postoperatif (barsak yaralanması, ekstrasvazasyon, kanama) oranları ve Clavien sınıflamasına göre değerlendirildi. Bu veriler t-test ve pearson ki kare testleri ile iki grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: PCNL yapılan toplam 536 hastaya 159’u interkostal giriş (grup 1), 377’si subkostal giriş (grup 2) uygulandı. Bu iki grubun genel özellikleri ve operasyon verileri tabloda verilmiştir. Yapılan t-test analizinde taş boyutunun interkostal girişte daha yüksek olduğu ve operasyon süresinin ise daha kısa olduğu saptandı ($p<0,05$). Komplikasyon oranları, operasyon ve yatış süreleri ile transfüzyon miktarları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Clavien sınıflamasına göre komplikasyonlar her iki grupta grade 1,2 ve 3 mevcutken grade 4 ve 5 mevcut değildi. Clavien grade oranları sırası ile grup 1’de %4,4 - 3,8 ve 6,9 iken grup 2’de %4,8 - 3,2 ve 7,2 idi ve anlamlı farklılık mevcut değildi.

Çıkarımlar: PCNL’deki giriş yeri ile komplikasyonlar arasında herhangi bir farklılık izlenmemiştir. İnterkostal giriş için uygun vakalarda taş volümünün yüksek olmasına rağmen operasyon süresinin daha kısa olduğu gözlemlendi. Sonuç olarak operasyon için en uygun giriş yeri interkostal giriş ise uygulanması önerilir.

Tablo 1. Grup1 ve grup 2 hasta özellikleri, taş özellikleri, komplikasyon oranları

| Özellikler interkostal giriş (n=159) subkostal giriş (n=377) | | Grup 1 | Grup 2 | p |
|--|----------|--------------|--------------|-------|
| Yaş (yıl) | | 49,3±12,4 | 48,9±12,9 | 0,761 |
| Taş boyutu (mm) | | 23,4±8 | 21,4±9,2 | 0,017 |
| Taş yükü (%) | Tek | 64 (%40,2) | 133 (%35,3) | 0,275 |
| | Multiple | 67 (%42,1) | 187 (%49,6) | |
| | Staghorn | 28 (%17,6) | 57 (15,1) | |
| Ortalama HU (HU) | | 1083,6±333,5 | 1076,7±321,2 | 0,86 |
| Operasyon süresi (dk) | | 91,3±34,6 | 101,1±43,7 | 0,012 |
| Yatış süresi (gün) | | 4,2±2,3 | 4,2±2,4 | 0,979 |
| Transfüzyon miktarı (Ü) | | 0,1±0,4 | 0,1±0,5 | 0,872 |
| Hemoglobin kaybı (g/dl) | | 1,1±1 | 1,3±1,6 | 0,243 |
| Komplikasyon | | Peroperatif | 22(%5,8) | 0,633 |
| (%) | | Postoperatif | 26(%6,9) | 0,163 |
| Taştan arınma oranı (%) | | 64,2 | 69 | 0,276 |

ÜRETER TAŞLARINDA MEDİKAL EKSPULSİF TEDAVİ BAŞARISINI ÖNGÖRMEDE ETKİLİ FAKTÖRLER

Ozan Bozkurt, Özgür Gürboğa, Kaan Çömez, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Üreter taşlarında spontan pasajı etkileyen faktörlerden en önemlisi taşın büyüklüğüdür. Taş büyüklüğünü belirlerken genellikle taşın ölçülen en uzun çapı dikkate alınmaktadır. Taş boyutu düşüktüğüne medikal ekspulsif tedavi (MET) ile spontan pasaj olasılığı artmaktadır. Bu çalışmada üreter taşlarının medikal ekspulsif tedavi ile spontan pasajını etkileyebilecek olası diğer faktörler değerlendirildi.

Yöntem: Bu prospektif kontrollü çalışmada renal kolik ile başvuran ve çekilen kontrastsız bilgisayarlı tomografide (BT) <1cm üreter taşı saptanan erişkinler (≥ 18 yaş) çalışmaya alındı. Aktif tedavi gereksinimi olan olgular dahil edilmedi. BT'de aksiyel kesitte taşın eni, boyu, taş yüzey alanı, renal pelvis ön-arka çapı (AP), maksimum hounsfield ünitesi (HUm_{ax}) kayıt altına alındı. Bütün hastalara standart bir alfablokör ve analjezik-antiinflatuar tedavi kombinasyonu (tamsulosin+diklofenak potasyum) önerildi. Radyopak taşlar için kontrol tetkikinde DÜSG, radyolusen taşlar içinse tekrar BT çekildi. Kontrolde gelemeyen hastalar 1 ay sonunda telefonla aranarak son durumları hakkında bilgi alındı. Taşını düşüren (Grup 1) ve düşüremeyen hastaların (Grup 2) BT bulguları karşılaştırıldı. Etkisi olan faktörler belirlendikten sonra lojistik regresyon analizi ile en etkili faktör belirlendi ve ROC curve analizi ile sınır değeri belirlendi.

Bulgular: Toplam 72 hasta çalışmaya dahil edildi. MET sonrası 1. ay kontrolde hastaların 48'inin (%66,6) taşını düşürdüğü (Grup 1) belirlendi. Grup 1 ve 2 karşılaştırıldığında ortalama yaş benzerdi ($46 \pm 13,2$ vs. $45,6 \pm 13,2$, $p=0,908$). Taş eni, taş boyu, HUm_{ax}, AP ve taş yüzey alanı grup 2'de grup 1'e oranla anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 1). Grup 1'de taşların %70,8'i üreter alt uç, %12,5'i üreter orta kesim ve %16,7'si proksimal üreter lokalizasyonunda iken grup 2'de taşların %41,7'si üreter alt uç, %16,7'si üreter orta kesim ve %41,7'si proksimal üreter lokalizasyonundaydı. Lojistik regresyon analizinde ise bunlar arasında en önemli faktörün aksiyel kesitte ölçülen maksimum taş eni olduğu saptandı. Yapılan ROC eğrisi analizinde 4,9 mm sınır değerinde ($AUC=0,855$, $p<0,001$) MET tedavisi %84 sensitivite ve %75 spesifite ile taşın düşmesini sağlamaktadır.

Çıkarımlar: MET tedavisi aktif girişim gerekmeyen 1 cm'den küçük üreter taşlarının tedavisinde etkili ve güvenlidir. Tedavi başarısını öngörmeye taşın maksimum uzunluğundan çok taşın maksimum eni daha önemlidir.

Tablo 1. Grup 1 ve 2'de medikal ekspulsif tedavi başarısını etkileyen faktörlerin analizi.

| | Grup 1 (n=48) | Grup 2 (n=24) | p* |
|------------------------------------|-------------------|-------------------|--------|
| Taş eni (mm) | 3,9 \pm 1,6 | 6,2 \pm 1,5 | <0,001 |
| Taş boyu (mm) | 4,9 \pm 2 | 7,7 \pm 2 | <0,001 |
| Taş yüzey alanı (mm ²) | 16,8 \pm 12,6 | 38,3 \pm 15,9 | <0,001 |
| HUm _{ax} | 612,8 \pm 281,6 | 909,1 \pm 317,9 | <0,001 |
| Renal pelvis AP çapı (mm) | 16,8 \pm 12,6 | 20,5 \pm 6,8 | 0,039 |

*p<0.05 istatistiksel anlamlı kabul edildi.

İLK 32 HASTADA LAPAROSKOPİK BÖBREK CERRAHİSİ DENEYİMİMİZ

Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Bülent Günlüsoy, Zafer Kozacıoğlu,
Deniz Bolat, Süleyman Minareci

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Günümüzde böbrek tümörü nedeni ile yapılan radikal nefrektomi ve diğer nedenlerle yapılan basit nefrektomi uygun hastalarda altın standart laparoskopik cerrahidir. Bu çalışmamızda renal kitle, non fonksiyone böbrek, pelvis renalis tümörü, böbrek kisti nedeniyle yapılan laparoskopik ameliyatlarımızda ki ilk deneyimlerimizi sunmaya çalıştık.

Yöntem: Mart 2012- Ağustos 2014 tarihleri arasında kliniğimizde 32 hastaya transperitoneal laparoskopik böbrek cerrahisi uygulandı. Hastalarımızın ortalama yaşı 46 (32-68) idi. 17 hastaya (%53) sol, 15 (%47) sağ bölgeye laparoskopik cerrahi uygulandı. Renal kitle nedeniyle 6 (%18) hastaya radikal nefrektomi yapıldı. Nonfonksiyone böbrek nedeniyle 16 (%50), 3 (%9) hastaya üretelyal tümör nedeniyle radikal nefroüreterektomi yapıldı. Çift toplayıcı sistemi olan ve üst polde hidronefrozu olan bir hastaya parsiyel nefrektomi yapıldı. 6 (%18) hastaya böbrek kisti nedeniyle laparoskopik kist eksizyonu yapıldı.

Bulgular: Ameliyat süreleri basit nefrektomi yaptığımız hastalarda ortalama 134 (95-210), radikal nefrektomi yaptığımız hastalarda 118 (110-180) dakika idi. Radikal nefrektomi yaptığımız bir hastada kitlenin serbestlenememesi nedeniyle, basit nefrektomi yaptığımız 2 hastada kanama nedeniyle toplam 3 (%12) hastada açık cerrahiye geçildi. Laparoskopik tamamlanan nefrektomilerden 2 (%8) hastaya intraoperatif kan transfüzyonu yapıldı. Hastaların hepsi postoperatif birinci günde mobilize edildi. Hastaların drenlerini ortalama 2,6 (1-4) günde alındı. Hastanede kalış süresi 3,4 (2-6) gün idi.

Çıkarımlar: Laparoskopik cerrahi öğrenme eğrisi uzun olan bir tekniktir. Postoperatif hızlı iyileşme, hastaların memnuniyetinin fazla olması nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir. İlk 32 vakamızın sonuçları literatürle uyumlu olduğunu düşünmekteyiz. Cerrahi tecrübemizin artmasıyla ameliyat süremizin kısaltacağı ve diğer ürolojik laparoskopik cerrahi prosedürleri uygulayacağımızı düşünmekteyiz.

LAPAROSKOPİK ADRENELEKTOMİ: İLK 5 VAKA DA BAŞLANGIÇ DENEYİMİMİZ

Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Bülent Günlüsoy, Zafer Kozacıoğlu, Deniz Bolat, Süleyman Minareci

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Adrenal bezler retroperitoneal olmaları ve major damarsal yapılara komşu olmaları nedeniyle cerrahisi teknik olarak zordur. Günümüzde laparoskopik adrenal cerrahisi bir çok adrenal hastalıkta açık cerrahinin yerini almıştır.

Yöntem: Mart 2012- Ağustos 2014 tarihleri arasında endokrinoloji polikliniği tarafından kliniğimize yönlendirilen 5 hastaya transperitoneal laparoskopik adrenelektomi uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 54 (38-68) idi. 3 hastaya sağ, 2 hastaya sol laparoskopik transperitoneal adrenelektomi uygulandı.

Bulgular: Hastalarımızın 3'ü kadın 2'si erkek idi. Hastalarımızın adrenal kitle boyutu 4,5 (3,6-5,8) cm idi. Hastaların ortalama ameliyat süreleri 106 (90-130) dakika idi. Hastalara kan transfüzyonu yapılmadı. Hastaların direnleri ortalama 1,2 (1-2) gün alındı. Hastalar postoperatif 1. gün mobilize edildi. Hastanede kalış süresi 2,4 (2-4) gün idi. Hastaların patolojik tanısı ise 4 hastada adrenal adenom, bir hastada adrenal kist olarak raporlandı.

Çıkarımlar: 5 hastalık deneyimimize göre, laparoskopik adrenelektomin uygulanabilir, güvenli bir cerrahi olduğunu düşünmekteyiz.

ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE HOLMİYUM-YAG LAZER İLE PNÖMOTİK LİTOTRİPSİ TEKNİKLERİNİN KOMPLİKASYONLARININ KARŞILAŞTIRMASI

Bumin Örs, Bülent Günlüsoy, Yasin Ceylan, Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu, Serkan Yarimoğlu, Süleyman Minareci

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Üroloji pratiğinde en sık yaptığımız ameliyatlardan olan URS_1 komplikasyonlarını değerlendirdik.

Yöntem: Çalışmaya toplam 123 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması $46 \pm 12,5$ idi. 47 (%38) hastaya sol, 66 (%62) hastaya sağ URS genel veya spinal anestezi altında 9.5 Fr üreterorenoskop kullanılarak yapıldı. Litotripsi amacıyla; Ho:YAG lazer litotriptör ve pnömotik litotriptör kullanıldı.

Bulgular: 51 hastaya pnömotik litotripsi, 62 hastaya lazer litotripsi uygulandı. Pnömotik litotripsi uygulanan hastalardan intraoperatif komplikasyonlardan 3 (%5,7) hastada mukozal yaralanma, 1 (%1,9) hastada üreteral perforasyon, 1 (%1,9) hastada belirgin kanama, postoperatif dönemde ise 2 (%3,8) hastada ateş, 6 (%11,5) hastada renal kolik meydana geldi. Lazer litotripsi kullandığımız hastalarda ise 2 (%3,2) hastada mukozal yaralanma ve üreteral perforasyon, 1 (%1,6) hastada belirgin kanama, postoperatif dönemde ise 1 (%1,6) hastada ateş, 3 (%4,8) hastada ise renal kolik meydana geldi. Grupların karşılaştırmasında sadece renal kolik görülme sıklığı açısından lazer litotripsi pnömotik litotripsi grubuna göre daha üstüdü ($p < 0,001$).

Çıkarımlar: Pnömotik litotripsi ve lazer litotripsi üreter taşlarının tedavisinde güvenli ve etkin bir yöntemdir. Lazer litotripsi komplikasyonları pnömotik litotripsiye göre biraz daha güvenli olduğunu düşünmekteyiz.

BÖBREK TAŞLARININ CERRAHİ TEDAVİSİNDE CERRAHİ YAKLAŞIMIMIZDA DEĞİŞENLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Yakup Kordan, Burhan Coşkun, Sinan Çelen, Onur Kaygısız, Aykut Sönmez, Hakan Kılıçarslan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bursa

Amaç: Perkutan nefrolitotomi (PNL) ve son olarak da flexibl üreteroskop ile retrograde intra renal cerrahide (RİRC) gelişmeler böbrek taşlarının cerrahisini dramatik olarak değiştirmiştir. Bu çalışmada son 5 yılda böbrek taşı cerrahisindeki yönelimimizi incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 2009-2014 yılında kliniğimizde PNL ve RİRC uygulanmış hastalar dahil edildi. Hasta bilgilerine RİRC ve PNL için oluşturulan prospektif datadan ulaşıldı. Hastaların demografik özellikleri, perioperative bulgular ve her yıl gerçekleşen operasyon sayıları not edildi.

Bulgular: PNL ve RİRC ameliyatlarında taş özellikleri yıllara göre tabloda sunulmuştur.

Çıkarımlar: Böbrek taşının cerrahi tedavisinde RİRC önde gelen yöntem olmuştur. RİRC için ortalama taş boyutu artarken PNL için sabit kalmıştır.

Tablo 1.

| Yıl | Hasta sayısı (n) | | Ortalama taş yükü (mm ²) | | Taş lokalizasyonu | |
|--------------------|------------------|------|--------------------------------------|------|----------------------------|----------------------------|
| | PNL | RİRC | PCNL | RİRC | PCNL | RİRC |
| 2009 | 105 | 4 | 473 | 142 | 19 alt pol 86 diğerleri | 1 alt pol 3 diğerleri |
| 2010 | 79 | 32 | 508 | 112 | 13 alt pol 66 diğerleri | 20 alt pol 12 diğerleri |
| 2011 | 42 | 62 | 503 | 142 | 13 alt pol 29 diğerleri | 33 alt pol 29 diğerleri |
| 2012 | 64 | 52 | 351 | 150 | 20 alt pol 44 diğerleri | 21 alt pol 31 diğerleri |
| 2013 | 25 | 77 | 472 | 197 | 6 alt pol 19 diğerleri | 26 alt pol 51 diğerleri |
| 2014 (sekiz ay) | 19 | 119 | 345 | 161 | 5 alt pol 14 diğerleri | 42 alt pol 77 diğerleri |

DEV HİDRONEFROZ: LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİ İLE TEDAVİ

Çetin Demirdağ, Sinharib Çitgez, Çağatay Doğan, Ahmet Erözenci

Istanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Dev hidronefroz nefrektomi yapılan hastalarda nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerek açık cerrahi gerek laparoskopik cerrahi bu hastaların tedavisinde uygulanabilecek tedavi alternatifleridir. Bu çalışmada dev hidronefroz tespit edilen ve transperitoneal laparoskopik nefrektomi ile tedavi edilen hastalar sunulmaktadır.

Yöntem: Eylül 2012 ve 2014 tarihleri arasında böbrekte dev hidronefroz saptanan 6 hastaya (5'i sağ, 1'i sol) transperitoneal laparoskopik nefrektomi operasyonu uygulandı. Hastaların ortalama yaşı 32,1 (26-52) idi. Hastaların 4'ünde yakınma olarak yan ağrısı, 1 hastada mide bulantısı saptanırken 1 hastada yakınma yoktu. Etiyolojide 4 hastada UPJ darlığı, 1 hastada UVJ darlığı, 1 hastada da üreter taşı saptandı. Hastalara standart 4 (2 adet 10'luk, 2 adet 5'lik) trokar kullanılarak operasyon gerçekleştirildi.

Bulgular: Ortalama operasyon süresi 110 dakika (90–140), hastanede kalış süresi 3,5 gün (3–4) ortalama kan kaybı 100cc (50-200cc) olarak saptandı. Hastaların hiçbirinde operasyon sırasında veya sonrasında komplikasyon izlenmedi. İntra-postoperatif kan transfüzyonu gereksinimi olmadı. Preoperatif ve postoperatif üre, kreatinin ve hemoglobin değerlerinde anlamlı değişiklik saptanmadı (Tablo 1, $p>0,05$).

Çıkarımlar: Laparoskopik nefrektomi dev hidronefrozu olan olguların tedavisinde teknik olarak uygulanması zor bir tedavi alternatifidir. Bu çalışmamızda bu olgularda da laparoskopik nefrektomi güvenle uygulanabilir etkin bir tedavi seçeneği olarak saptanmıştır.

Tablo 1.

| | Preoperatif | Postoperatif | p |
|---------------------|--------------------|---------------------|----------|
| Ortalama Üre | 31,5 (26-43) | 27,5 (23-35) | >0,05a |
| Ortalama Kreatinin | 0,9 (0,6-1,5) | 0,9 (0,7-1,2) | >0,05a |
| Ortalama Hemoglobin | 15,2 (13,4-18,9) | 13,5 (12,1-17,1) | >0,05a |
| a:student t testi | | | |

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONU SONRASINDA POSTOPERATİF HASTA TAKİBİNDE TAŞ KÜLTÜRÜNÜN ÖNEMİ NEDİR?

Yılören Tanıdır¹, Asgar Garayev², Ahmet Şahan², Burak Değirmenpepe², Elnur Allahverdiyev², İlker Tinay², Ferruh Şimşek²

¹İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

²S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Bu çalışmamızda perkütan nefrolitotomi (PCNL) sonrası gelişen enfeksiyon oranı ile taş kültürünün bu açıdan önemini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde Şubat 2014 ile Ağustos 2014 tarihleri arasında genel anestezi altında tek seans PCNL uygulanmış 51 hastanın bilgileri retrospektif olarak değerlendirildi. İşlem sırasında alınan taş parçaları kültür açısından mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. Ayrıca taşlar X ray difraksiyon analizi yöntemi kullanılarak yapısal yapısının açısından incelendi. İdrar kültürü, taş kültürü ve sistemik enflamatuvar yanıt sendromu (SIRS) korelasyonu değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastalardan taş kültürü olan 43 tanesi ileri değerlendirmeye alındı. Postoperatif dönemde ateşi olduğu için değerlendirilen hastalardan yalnız 3 tanesinde üreme saptandı (Tablo 1). Hastaların %20,9'da (n=9) taş kültüründe üreme saptandı (Tablo 1-2). Toplam 4 hastada sistemik enfeksiyon bulguları gelişti, bu 4 hastanın hepsinde taş kültüründe üreme vardı (Tablo 2). Bu hastalardan sadece 2 tanesinde idrar kültüründe üreme saptandı. Çalışmaya alınan hastalardan toplam 3 tanesinde preoperatif idrar kültüründe üreme vardı, fakat operasyon öncesi tedaviyle bu 3 hastanın enfeksiyonu eradike edildi (Tablo 3).

Çıkarımlar: Üriner sistem taşı olan hastalarda preoperatif ve postoperatif alınan idrar kültürü taşın mikrobiyolojik içeriğini her zaman yansıtmıyor. Oysaki PCNL sırasında alınan taş kültürü üreme olduğu takdirde ürosepsisle sonuçlanabilmektedir. Postoperatif gelişen SIRS kliniğini önceden tahmin etmek için taş kültürü iyi bir yardımcı olarak kullanılabilir. Ampirik antibiotik kullanımından kaçınarak antibiyotik direncini önlemek için her PCNL geçiren hastalardan taş kültürü göndermek iyi bir seçenektir.

Tablo 1. Taş kültüründe üreme saptanan hastaların preoperatif ve postoperatif idrar kültürü sonuçları

| | Pre-operatif urine culture | Stone culture | Post operatif urine culture |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 | Steril | Candida | Steril |
| 2 | Steril | E.coli* | E.coli |
| 3 | ESBL(+) e.coli | E.faecalis* | Steril |
| 4 | Steril | Entecoccus faecalis | E.coli |
| 5 | Steril | Klebsiella pneumonia | Steril |
| 6 | Klebsiella pneumonia | Klebsiella pneumonia* | Klebsiella pneumonia |
| 7 | Steril | Stenotrofomonas maltophila | Steril |
| 8 | ESBL(+) klebsiella | Streptokok | Steril |
| 9 | Steril | E.coli* | Steril |

* PCNL sonrası sistemik enfeksiyon

Tablo 2. Postoperatif taş kültürü ve enfeksiyon kliniği gelişmesi arasında korelasyon ($p=0,001$)

| | | Taş Kültürü | | Toplam |
|--------------------|--------|-------------|---------|--------|
| | | Negatif | Pozitif | |
| Post-op enfeksiyon | Yok | 34 | 5 | 39 |
| | Var | 0 | 4 | 4 |
| | Toplam | 34 | 9 | 43 |

Tablo 3. Preoperatif enfeksiyon ve taş kültürü arasında ilişki ($p= 0,0068$)

| | | Taş Kültürü | | Toplam |
|---------------------------|---------|-------------|---------|--------|
| | | Negatif | Pozitif | |
| Preoperatif idrar kültürü | Negatif | 34 | 6 | 40 |
| | Pozitif | 0 | 3 | 3 |
| | Toplam | 34 | 9 | 43 |

TUR-P SONRASI ÜRETRAL KATETERE BAĞLI SEMTOMLARI ÖNLEMEDE TOLTERODİN'İN YARARLIĞI: RANDOMİZE PROSPEKTİV ÇALIŞMA

Ferc Afandiyev, Perviz Hacıyev, Mete Özkıdık, Barış Esen, Mehmet İlker Gökçe, Evren Süer, Ömer Gülpınar, Sümer Baltacı, Yaşar Bedük

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Transüretral cerrahiler sonrasında kullanılan üretral kateterler hastalarda ciddi postoperatif şikayetlere neden olabilmektedir. Bu şikayetlerin azaltılması için antikolinergik ajanlar kullanılabilir. Bu çalışmada TURP sonrasında retral kateterlere bağlı oluşan semptomların giderilmesinde tolterodin 4mg/gün kullanımının etkinliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma prospektif randomize ve kontrol grubu dahil edilerek dizayn edilmiştir. Toplam 95 hasta dahil edilmiştir ve hastalar Tolterodin 4 mg/gün alanlar (n: 49) ve almayanlar (kontrol grubu, n: 46) olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır.

Semptomların şiddeti vizüel ağrı skalası (VAS) ile değerlendirildi. Semptomlar postoperatif 0,4,8,12,24 saatlerde, sonra her 24 saatte kaydedildi. Ayrıca ek analjezik ihtiyacı ve tolterodine bağlı yan etkiler kaydedildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $65,2 \pm 6,3$, prostat hacmi $45,2 \pm 9,5$ cc ve ortalama kateterizasyon süresi $3,4 \pm 0,9$ gün olarak bulundu. Semptomlar kontrol grubunda semptom görülme oranı anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($65,2\%$ vs $32,6\%$, $p=0,001$). Semptomların şiddeti de değişik zaman ölçümlerinde dutasterid grubunda anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Sonuçlar tablo 1 de özetlenmiştir. Ek analjezik ihtiyacı da kontrol grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($10,2\%$ vs $32,6\%$, $p=0,01$). Yan etkilere bağlı tolterodin kesilmesi hiçbir hastada gerekli görülmedi. En sık yan etki olarak ağız kuruluğu tespit edildi ($59,1\%$).

Çıkarımlar: TURP sonrası üretral ketetere bağlı semptomların azaltılmasında Tolterodin 4mg /gün kullanılması etkin bir tedavi seçeneğidir. Görülen yan etkiler hafif düzeyde olup teavinin kesilmesi gerekli olmamıştır. Farklı antikolinergik ajanlar ile geniş plasebo kontrollü çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Tablo 1. İki grup arasında semptom şiddetinin dağılımı

| | Grup 1 (n=49) | | | | Grup 2 (n=46) | | | | P değeri |
|---------|----------------|--------------|-------------|-----------------|----------------|--------------|-------------|-----------------|----------|
| | (hasta sayısı) | | | | (hasta sayısı) | | | | |
| | Semptom yok | Hafif derece | Orta derece | Şiddetli derece | Semptom yok | Hafif derece | Orta derece | Şiddetli derece | |
| saat 0 | 46 | 2 | 1 | 0 | 42 | 2 | 2 | 0 | 0,393 |
| saat 4 | 43 | 3 | 1 | 2 | 25 | 12 | 6 | 3 | 0,001 |
| saat 8 | 41 | 2 | 4 | 2 | 21 | 9 | 6 | 10 | 0,001 |
| saat 12 | 41 | 3 | 2 | 3 | 23 | 10 | 5 | 8 | 0,002 |
| saat 24 | 43 | 4 | 1 | 1 | 24 | 14 | 6 | 2 | 0,002 |
| saat 48 | 45 | 4 | 0 | 0 | 42 | 3 | 1 | 0 | 0,375 |
| saat 72 | 47 | 2 | 0 | 0 | 44 | 2 | 0 | 0 | 0,48 |

BİLATERAL DEV RENAL ONKOSİTOM- OLGU SUNUMU

Ali Tekin, Coşkun Kaçağan, Dursun Baba

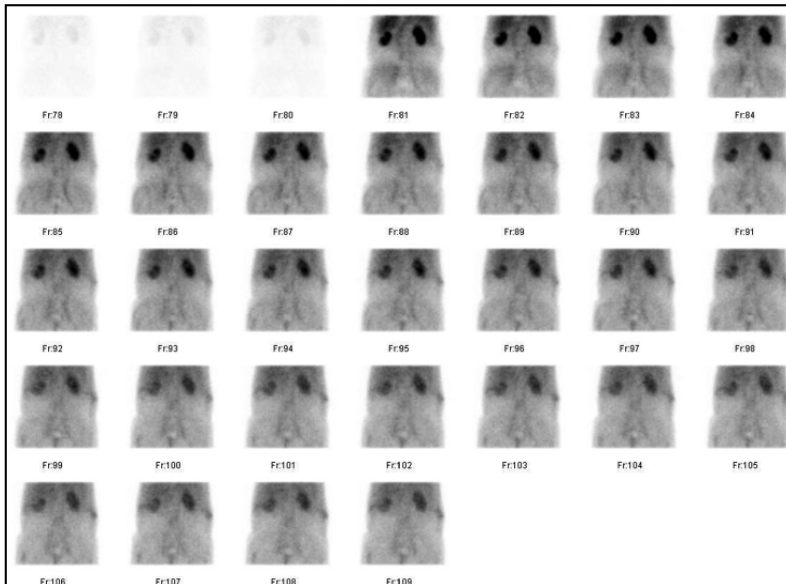
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

Amaç: Onkositomlar tüm böbrek neoplazmalarının %5 ile %7 sini oluşturmaktadır. Onkositomların RCC den ayrımı oldukça zordur. Bu nedenle hastaların çoğuna cerrahi uygulanmaktadır. Onkositomlar çoğunlukla unifokaldirler. Ancak, multifokal ve bilateral oldukları ve RCC ile birlikte görüldükleride bazı yayınlarda bildirilmiştir.

Yöntem: 63 yaşında erkek hastada yapılan CT incelemesinde solda multiple sayıda kontrast tutan, sağda da bir adet kontrast tutan renal kitleler saptandı.

Bulgular: Sol böbrek üst pol anterolateralde 3x3cm, orta zon anterolateralde 3x3,5cm, alt pol anterolateralde 3x2 cm lik 3 adet kitle izlendi. Kitleler cerrahi sınırlarda tümör negatif olarak çıkartıldı. Patoloji incelemesinde tümöral kitleler; 28 gr- 3cm, 25 gr- 2,5 cm, 74 gr -3,5cm Onkositomatozis, multiple yerleşimli, gerotafasyası tümör negatif olarak raporlandı. Sonrasında yapılan MRI da sağ böbrek üst polde 4 cm heterojen kontrastlanan solid kitle izlendi (RCC?). Hastaya sağ parsiyel nefrektomi yapıldı. Patoloji raporunda 52 gr 4x4,5 cm onkositom olarak raporlandı. Cerrahi sınır tümör negatif olarak geldi

Çıkarımlar: Onkositomlar çoğunlukla unifokaldirler. Ancak, multifokal ve bilateral oldukları ve RCC ile birlikte görüldükleride bazı yayınlarda bildirilmiştir. Biz vakamızda mümkün oldukça böbrek koruyucu cerrahi yaklaşımını uyguladık. Operasyon esnasında gönderilen frozen patolojileri ile cerrahi sınırların neaktif olmasına büyük önem gösterdik. Hastanın şuan her iki böbreğininde bir sene sonra yapılan sintigrafik incelemeyle çalışır durumda olduğu gösterilmiştir.



Şekil 1.

LAPAROSKOPİDE ÖĞRENME EĞRİSİNİN BAŞINDAKİ CERRAHLAR İÇİN İDEAL İLK TROKAR GİRİŞİ NEDİR? AÇIK MI YOKSA VERES Mİ?

Mehmet Remzi Erdem, Çağatay Tosun, Ahmet Rüknettin Aslan,
Ömer Ergin Yücebaşı, Feridun Şengör, Ömer Yüksel

S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Laparoskopik cerrahide öğrenme eğrisi açığa nazaran daha uzundur. Bu süreyi uzatan ve cerrahın bu cerrahiden vageçmesinin nedenlerinden birisi de ilk trokarın doğru ve etkili bir şekilde yerleştirilmesidir. Bu çalışmamızda laparoskopik cerrahi planladığımız hastalarımıza laparoskopik cerrahinin öğrenme eğrisinin başındaki asistanlarımıza uzmanlar kılavuzluğunda ilk trokar yerleştirme işlemi açık ve veres olarak gerçekleştirilmiş ve sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Bu çalışmamızda Ocak 2013-Ağustos 2014'de uygulanan 46 transperitoneal laparoskopik cerrahi vakamızı sunacağız. Vakalar sıralı şekilde randomize edilerek açık(Grup 1) ve kapalı (Grup 2) akses yöntemleriyle giriş sağlandı.

Bulgular: Vakaların yaş ortalaması 54,7 (17-77) idi ve her iki grupta benzerdi (Grup 1: 53,1, Grup 2: 56,3). Vücut kitle indeksi Grup 1'de 4 kişinin 30'un üzerinde iken, Grup 2'de 3 kişi idi. Geçirilmiş cerrahi öyküsü olmayan 46 hastaya transperitoneal olarak 23 açık 24 kapalı giriş yapıldı. Bu vakaların 26'üne böbrek tümörü nedeniyle radikal nefrektomi, 10'una afonksiyone böbrek nedeniyle simple nefrektomi, 3'üne de semptomatik basit böbrek kistleri nedeniyle laparoskopik kist eksizyonu uygulandı. Grup 1'de ilk 5 vakanın 2'sinde ilk trokar insizyonu gereğinden büyük açıldığından sütürle kapatılmaya çalışılsa da geniş açıklıktan hava kaçağı önlenememiştir. Grup 2'dekilerin ilk 7'sinin 3'ünde transperitoneal alana girilmeden hava verildiğinden ciltaltına başarısız girişler olmuştur. Hiçbir vakada giriş esnasında kanama ile karşılaşılma. Grup 1'de giriş süresi 349 sn iken Grup 2'de 312sn idi. Cerraha, işlem sırasında hangi yöntemle daha güvenli hissettikleri sorulduğunda açık yöntemi tercih etmiştir.

Çıkarımlar: Öğrenme eğrisinin başındaki laparoskopistler için başarılı ve güvenli giriş bu işlemin devam ettirilmesinde oldukça önem arz etmektedir. Olası organ ve damar yaralanması riski nedeniyle, başlangıçta açık yöntemin kullanılması laparoskopik çabasının devam ettirilebilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

HOLMIUM LAZER İLE ÜRETEROSEL İÇİ TAŞA YAKLAŞIM

Mustafa Karalar, İbrahim Keleş, Ahmed Ömer Halat, Haşmet Sarıcı

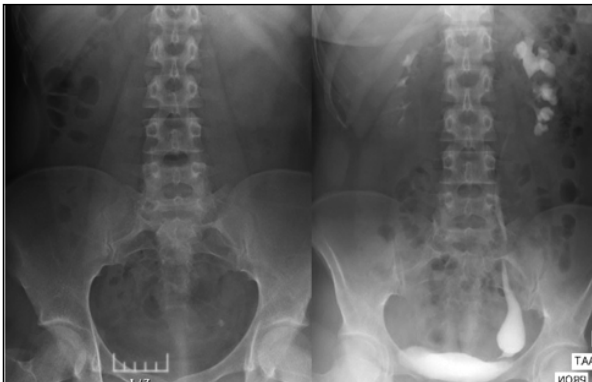
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Afyon

Amaç: Üreterosel, distal üreterin kistik dilatasyonudur. Çocuklarda görülme sıklığı 1/500 iken, erişkinde bu oran 1/4000'dir. Üreteral atoni ve idrar göllenmesi nedeniyle taş oluşumuna sebebiyet verebilir. Bu olguda üreterosel içi taşın holmium lazer ile yaklaşımının sunulması planlanmıştır.

Yöntem: Olgu: İnferilitite nedeniyle kadın hastaları ve doğum polikliniğinde takip edilen 24 yaşında ki bayan hastanın yapılan magnetik rezonans incelemesinde insidental olarak distal üreterde kistik genişleme ve içerisinde üreter taşı ile uyumlu görüntü tespit edilmiştir. Bu bulguyla polikliniğimize yönlendirilen hastanın yapılan kontrastsız bilgisayarlı tomografisinde sol distal üreterde kistik dilatasyon ve içerisinde 7 mm taş izlenmiştir. Takiben yapılan IVP tetkikinde sol böbrek minör kalıklarda hafif küntleşme tespit edilmiş olup, major kaliksler, renal pelvis ve proximal 2/3 üreter doğal izlenmiştir. Sol üreterin 1/3 distal kesiminde yaklaşık 3 cm'e ulaşan fusiform dilatasyon izlenmiş olup, DÜŞG'de izlenen 7mm'lik radyoopasitenin bu fokal genişleme ile aynı lokalizasyonda olduğu görülmüştür.(Şekil 1) Akabinde hastanın yapılan MAG-3 sintigrafisinde obstrüktif staza ait bulgular izlenmiş olup, renal kortikal hasar saptanmamıştır.

Mevcut bulgular eşliğinde yapılan sistoskopiye sol üreteral orifis dar olarak izlendi. Sol üretere kılavuz tel gönderilmesini takiben orifis her iki lateral kenardan Holmium lazerle insize edilerek genişletildi. Ardından üreterorenoskop ile sol üretere girildi, üreterosel içerisinde görülen 7 mm'lik taş lazer kullanılarak litotripsi uygulandı. DJS yerleştirilerek işleme son verildi. Postoperatif 1. ayda yapılan kontrollerinde hasta aktif şikayetin olmadığını belirtmekle birlikte yapılan USG doğal bulundu.

Çıkarımlar: Üreteroselin endoskopik tedavisinde, orifisin soğuk bıçak insizyonu, elektrokoter ile üreterosel tavanının kesilmesi veya lazer insizyonu seçenekleri mevcuttur. Üreterosel orifisi çok büyük olmayan bir insizyonla kesilmelidir. Büyük boyutlu kesiler, postoperatif geç dönemde vezikoureteral reflüye yol açabilmektedir. Holmium lazer bu amaçla kullanılacak güvenli ve etkin bir yöntemdir. Üreterosel taşının en sık olarak uygulanan tedavi yöntemi ise taşın mesaneye düşürülerek litotriptör yardımıyla ya da bütün olarak dışarı alınması ile gerçekleştirilmektedir. Küçük boyutlu taşlarda olgumuzdaki gibi mesaneye düşürülmeden lazer litotripsi ile güvenli tedavi edilebilmektedir.



Şekil 1.

ÜRETERAL ERİŞİM KILIFININ ÇAPI YERLEŞTİRİLME BAŞARISI VE PEROPERATİF BULGULARI ETKİLİYORMU

Ömer Burak Argun¹, İlter Tüfek², Hakan Özveri², Selcuk Keskin², Bülent Önal³, Ali Rıza Kural²

¹Özel Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Üreteral erişim kılıfı (ÜEK) kullanımı özellikle büyük taşların tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) sırasında birçok avantaj sağlamaktadır. Ancak bazı durumlarda üreteral erişim kılıfını üretere yerleştirmek mümkün olmamaktadır. Bu çalışmada 13F ve daha küçük çaplı ÜEK'lerinin üretere yerleştirilme oranlarının değerlendirilmesi, preoperatif ve peroperatif bulguların analiz edilmesi planlandı.

Yöntem: Eylül 2013 ve Eylül 2014 tarihleri arasında çok merkezli ve prospektif olarak 28 hastaya RIRC sırasında ilk olarak çapı 13F'den küçük ÜEK kullanıldı (Grup 1). Daha öncesinde üreteral kateterizasyon hikayesi olan Vve üreterorenoskopi uygulanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Bu hastaların bulguları, retrospektif olarak Eylül 2013 öncesinde çapı 13F ve daha büyük ÜEK'lerinin kullanıldığı 73 hasta ile karşılaştırıldı (Grup 2). Gruplar arasında, yaş, vücut kütle indeksi (VKİ), ortalama operasyon süresi ve ortalama taş boyutu bağımsız değişkenler olarak araştırıldı.

Bulgular: Grup 1'de 28 hastanın 20'sinde (%71) ÜEK ilk denemede başarılı bir şekilde yerleştirilmiş, Grup 2'de ise 73 hastanın 33'ünde (%45) başarılı olunmuştur (p=0.02) (Tablo-1). Gruplar arasında yaş, VKİ, taş boyutu açısından bir anlamlı fark bulunmazken, grup 1'de operasyon süresi anlamlı olarak kısa bulunmuştur (P=0.004) (Tablo 2).

Çıkarımlar: Daha ince ÜEK kullanımı başarılı bir RIRC'nin anahtarı olabilir.

Tablo 1.

| | >13 fr ÜEK | <13 fr ÜEK | P (unpaired t test) |
|--------------------|--------------------|-----------------|---------------------|
| Ort Yaş (yıl) | 49.4 (11-83) | 47.6 (24-72) | P=0.6 (ns) |
| Ort VKI (kg/m2) | 27.7 (19.5-47.8) | 27.8 (21-41) | P=0.7 (ns) |
| Ort op.süresi (dk) | 102.2 min (45-193) | 77.8 (45-120) | P=0.004 (sig) |
| Ort taş boyutu(mm) | 20mm (7-53mm) | 16.2 mm(5-45mm) | P=0.2 (ns) |

Tablo 2.

| | >13 Fr ÜEK | <13 Fr ÜEK | P (Fisher's Exact test) |
|------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| İlk denemede başarılı | 33 | 20 | |
| İlk denemede başarısız | 40 | 8 | |
| Toplam hasta sayısı | 73 (55M/18F) | 28 (19M/9F) | |
| | 17 Üreter taşı, 56 Böbrek taşı) | (13 Üreter taşı, 15 Böbrek taşı) | |
| Başarı oranı (%) | 45 | 71 | p=0.0256 (anlamlı) |

RETROPERITONEOSKOPIK BÖBREK KİSTİ DEKORTİKASYONU TÜM BOSNIAK TİP I BÖBREK KİSTLERİ İÇİN UYGULANABİLİR YÖNTEM Mİ?

Fatih Ataç¹, Kenan Özturun², Can Aydın³

¹Özel Ada Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

²S.B. Niğde Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Niğde

³S.B. Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Samsun

Amaç: Bosniak tip I böbrek kistlerinin tedavisinde, retroperitoneoskopik böbrek kisti dekortikasyonu yönteminin etkinlik, güvenilirlik ve klinik sonuçlarını incelemek. Primer veya sekonder tüm böbrek kistleri açısından uygulanabilirliğini değerlendirmek.

Yöntem: Çalışmaya Temmuz 2012 ile Ocak 2014 yılları arasında kliniğimizde semptomatik Bosniak tip I böbrek kisti tanısı ile retroperitoneoskopik böbrek kisti dekortikasyonu uygulanan 35 hasta alındı. Üriner sistem USG, kontrastsız ve kontrastlı abdominal BT ile kistler değerlendirildi. Kist büyüklüğü BT görüntülerinden yapılan ölçümlerle saptandı. Hastalara retroperitoneoskopik cerrahi ile ilgili bilgilendirme yapıldı ve yazılı aydınlatılmış onamları alındı. GAA hastalar flank pozisyona alınarak petit üçgeninden yapılan 1.5 cm'lik insizyon ile retroperitoneal alana girildi. Ardından balon dilatasyon yöntemi ile retroperitoneal boşluk oluşturuldu. 11 mm'lik kamera portunun yerleştirilmesi sonrası eşkenar üçgen oluşturacak şekilde bir adet 5 mm, bir adet 10 mm trokar (dominant el tarafı) görüntü eşliğinde yerleştirildi. Kist dekortikasyonu laparoskopik makas kullanılarak yapıldı. Bosniak tip I dışı kistler çalışmaya dahil edilmedi. Sonuçların değerlendirilmesinde kist lateralitesi, büyüklüğü, yerleşim yeri, operasyon süresi ve geçirilmiş cerrahi öyküsü açısından karşılaştırma yapıldı. Olguların en düşük takip süresi üç ay idi.

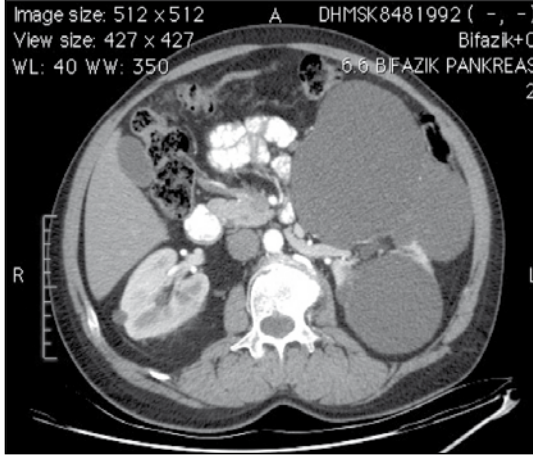
Bulgular: Başvuru sırasında bir hastada tekrarlayan hematuri, beş hastada kist basısına bağlı HN ve diğer hastalarda kist yerleşimine bağlı ve konservatif tedaviye yanıt vermeyen yan ağrısı vardı. Ortalama kist çapı $84,2 \pm 17,2$ mm idi (132 mm–56mm). Hastaların 20'sinin sağ (25 kist %52), 15'inin sol (23 kist %48) böbrek yerleşimli kistleri mevcuttu. Kistlerin 11'i üst pol (%22.9), 12'si orta pol (%25), 5'i parapelvik (%10.4), 19'u alt pol (%39.5) yerleşimliydi. Kistlerin 14'ü böbreğin anteriorunda, 8'i antero-medialinde, 2'si posteriorunda yer almaktaydı. Ortalama operasyon süresi $40,1 \pm 11,5$ dakikaydı. 4 hastanın geçirilmiş böbrek cerrahisi, 3 hastanın da daha önce perkütan kist aspirasyonu ve sklerozan madde enjeksiyonu uygulanması öyküsü mevcuttu. Bu 7 hastada ortalama operasyon süresi $54,2 \pm 12$ dakikaydı ve istatistiksel anlamlı olarak uzun saptandı. 1 hastada postoperatif ES transfüzyonu ihtiyacı oldu. Kontrollerde 1 hastada operasyon öncesi boyutundan daha küçük boyutlu radyolojik nüks saptanırken semptomatik nüks görülmedi.

Çıkarımlar: Laparoskopik böbrek kisti cerrahisi nükslerin az olması, hasta konforunun yüksek olması, morbidite ve mortalitesinin az olması gibi nedenlerle ilk tercih edilen yöntem halini almıştır.

Retroperitoneal yaklaşımın avantajı intraperitoneal organ yaralanma riskinin az olması ve retroperitonun kanama ya da ürinom gibi komplikasyonlarda sınırlayıcı olmasıdır. Çalışmamızda retroperitoneoskopik böbrek kisti dekortikasyonunun sekonder olgular da dahil olmak üzere tüm hastalar için yeterli etkinlik ve güvenilirlikte uygulanabilir olduğunu gözlemledik.

Tablo 1.

| Cinsiyet | Column1 |
|------------------------------|----------------|
| Erkek | 18 |
| Kadın | 17 |
| Taraf | Column1 |
| Sağ | 20 |
| Sol | 15 |
| Kist çapı | Column1 |
| Ortalama | 84.2 |
| Lokalizasyon | Column1 |
| Üst | 11 |
| Orta | 12 |
| Alt | 19 |
| Parapelvik | 5 |
| Operasyon endikasyonu | Column1 |
| Ağrı | 29 |
| Toplayıcı sisteme bası | 5 |
| Tekrarlayan hematüri | 1 |

**Şekil 1.**

VÜCUT İÇİNDE SPONTAN FRAGMENTE OLAN DOUBLE J STENT: OLGU SUNUMU

Uğur Yücetaş, Mehmet Gökhan Çulha, Erkan Erkan, Emre Karabay, Tunç Erdil, Ali Ferruh Akay, Gökhan Toktaş

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Double j kateterizasyon güncel üroloji pratiğinde en sık başvuru olan yöntemlerin başında gelir. Migrasyon, kalsifikasyon, enfeksiyon gibi sıklıkla karşılaşılabilecek yan etkileri olmakla birlikte özellikle uzun süre vücutta kalan stentlerin fragmanite olabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Yöntem: 52 yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. 12 yıl önce bilateral piyelolitomi operasyonu geçiren ve atnalı böbrek anomalisi olan hastanın çekilen batın tomografisinde her iki böbrekte en büyüğü 15 mm çapında olan çok sayıda taş ve pelvikaliksiyel sistemde hafif-orta derecede dilatasyon olduğu gözlemlendi. Hasta taş konseyine çıkartılarak değerlendirildi. Öncelikle sol böbreğe double j kateter yerleştirilmesi ve sonrasında ESWL uygulanmasına karar verildi. Bunu üzerine hastaya sedoanaljezi altında sistoskopi işlemi uygulandı ve eş zamanlı skopi altında retrograd kateterizasyonu takiben kontrast verilerek piyelografi çekildi. Kontrastlı görüntüleme sol üreterin ileri derecede lateralize olduğu, iliak seviyede üreterin Y şeklinde anomali gösterdiği izlendi. Ardından sol böbreğe double j kateter yerleştirilerek işleme son verildi. Hastaya haftada bir olacak şekilde sol renal pelvis taşına 3 seans ESWL uygulandı. ESWL'den sonra takip dışı kalan hasta 6. ayda polikliniğimize başvurdu. Kontrol görüntüleme double j kateterin ortadan ikiye kırılmış olduğu ve gövdesinde yer yer kalsifikasyonların geliştiği gözlemlendi. Bunun üzerine genel anestezi altında sistoskop ve üreterorenoskop eşliğinde fragmanite ve enkrüste olmuş olan double j stentin distal parçası endoskopik olarak çıkartıldı. Ardından fleksibl üreterorenoskop ile üretere girildi. Çift toplayıcı sistem anomalisi olan hastada kırılmış olan double j kateterin proksimal parçasına ulaşılamadı. Bunun üzerine ikinci seansta sol böbreğe perkütan giriş yapılarak parçalanmış olan double j kateterin proksimal parçası ve sistem içindeki taşlar çıkartıldı. Hastanın taş tedavisi ve takibi devam etmektedir.

Çıkarımlar: Üreteral kateterlerin kalsifikasyonu ve hatta fragmantasyonu, sıklıkla kullanılan malzeme kalitesi ve uygun olmayan cerrahi prosedür ile ilişkilendirilebilmektedir. Üroloji pratiğinde çok sık kullanılan double j stentlerin kalitesinin, kullanım koşullarının ve kullanım süresinin standart olmasına dikkat edilmelidir.

ULTRASONOGRAFİ KILAVUZLUĞUNDA GERÇEKLEŞTİRİLEN PERKÜTAN NEFROSTOMİDE İKİ FARKLI GİRİŞ TEKNİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Ozan Efeso¹, Mesut Tek², Murat Bozlu², Erdem Akbay²

¹Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Mersin

Amaç: Obstrüktif üropatinin geçici veya kalıcı tedavisinde sıkça kullanılan bir üriner diversiyon yöntemi olan perkütan nefrostomi (PN) uygulamasında giriş tekniği olarak Seldinger ve direkt giriş yöntemleri kullanılmaktadır. Çalışmamızın amacı bu iki giriş yönteminin teknik performans ve komplikasyon oranlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2007 ile Aralık 2013 tarihleri arasında, benign veya malign nedenlerle gelişen obstrüktif üropati nedeniyle, ultrasonografi eşliğinde PN girişimi yapılan 200 hasta dahil edildi. Olgular hidronefroz derecesine göre iki gruba randomize edildi. Birinci gruba (n=100) amplatz dilatörli PN seti (Boston Scientific, USA) kullanılarak Seldinger yöntemi ile, ikinci gruba (n=100) ise direkt erişim PN seti (Angiotech, Denmark) kullanılarak direkt giriş yöntemi ile 8 F pigtail nefrostomi kateteri takıldı. Her iki grup işlem süresi, teknik başarı ve komplikasyon oranları açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Ortanca yaşı 47 (dağılım: 27-81) yıl ve 91'i (%45.5) kadın, 109'u (%54.5) erkek olan olguların 118'ine (%59) benign nedenlere, 82'sine (%41) malign nedenlere bağlı gelişen obstrüktif üropati nedeniyle PN girişimi yapıldı. Her iki gruptaki hastalar arasında yaş, cinsiyet ve obstrüktif üropati etiyolojileri bakımından fark bulunmadı. Grup I'de ortalama işlem süresi (insizyon-kateter tespiti arası zaman) 9.5 (dağılım: 4-35) dakika iken Grup II'de 6 (dağılım 3-27) dakika olarak saptandı. Teknik başarı oranları Grup I ve II için sırasıyla %98 ve %95 olarak belirlendi (p=0.445). Hidronefroz derecesine göre yapılan analizde alt gruplarda da teknik başarı oranları farklı bulunmadı (Grade 1, 2, 3 ve 4 hidronefrozlu olgularda Grup I ve II için teknik başarı oranları sırası ile: %96-%88, %96-%92, %100-%100 ve %100-%100; tüm alt gruplar için p>0.005). İşleme bağlı minör ve major komplikasyon oranları Grup I'de %15 ve %3, Grup II'de ise %12 ve %2 olarak saptandı (p değerleri >0.005). Gruplarda gözlenen komplikasyonların dağılımı ve sıklıkları Tablo 1'de sunulmuştur.

Çıkarımlar: Seldinger ve direkt giriş yöntemlerinin teknik başarı ve komplikasyon oranları benzerdir. Seldinger tekniği ile giriş işlem süresini uzatmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, özellikle Grade 1 ve 2 hidronefrozlu hastalarda daha yüksek teknik başarı oranı nedeniyle tercih sebebi olabilir.

Tablo 1. Olgularda işleme bağlı komplikasyonlar ve sıklıkları

| Komplikasyon | Grup I (%) | Grup II (%) | p değeri |
|--|------------|-------------|----------|
| Basit | | | |
| Geçici (<72 saat) makroskopik hematüri | 5 | 4 | 0,733 |
| Ateş | 3 | 3 | --- |
| Kateter tıkanması | 3 | 2 | 0,65 |
| Kolik ağrı | 2 | 1 | 0,557 |
| Kateter deplasmanı | 1 | 2 | 0,557 |
| Vazovagal bulgular | 1 | 0 | 0,238 |
| Ciddi | | | |
| Kan transfüzyonu gerektiren makroskopik hematüri | 2 | 1 | 0,557 |
| Ürosepsis | 1 | 1 | --- |

VİSERAL YAĞ DOKUSU BÖBREK TAŞI İÇİN YENİ BİR RİSK FAKTÖRÜ MÜ?

Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan, Ferruh Zorlu

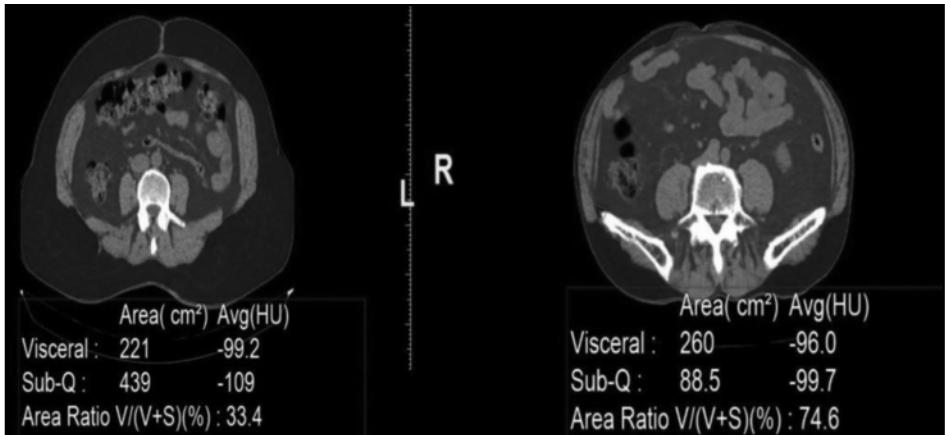
S.B. Tepecik Eğitim Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Böbrek taşı oluşumunda, kontrastsız bilgisayarlı tomografide (BT) ölçülen viseral yağ dokusu miktarının etkili olup olmadığını incelemek.

Yöntem: Ağustos 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında renal kolik ile başvurup BT ile böbrek taşı saptanan 100 hasta alındı. Aynı tarihler arasında daha önceden taş hastalığı öyküsü olmayan ve BT ile ürolitiazis saptanmayan 100 hasta kontrol grubu olarak belirlendi. Hastalar yaş, cinsiyet, boy, kilo, vücut kitle indeksi, viseral ve subkutan yağ dokusu miktarı (Şekil 1), HDL, LDL, trigliserid düzeyleri açısından analize alındı. Değişkenlerin taş oluşumuna etkisi univariant ve multivariant lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma grubundaki hastaların ortalama yaşı $50,12 \pm 12,39$ yıl (21-93) ve kontrol grubunda ise $49,8 \pm 13,04$ yıl (19-91) idi ($p=0,165$). Gruplar arasında cinsiyet açısından farklılık yoktu ($p=0,22$). Çalışma ve kontrol grubunun vücut kitle indeksi, viseral yağ ölçümü, subkutan yağ ölçümü sırasıyla $29,0$ ve $27,7$ kg/m²; $188,1$ ve $126,3$ cm²; $272,1$ ve $268,3$ cm² idi ($p=0,01$; $0,01$ ve $0,39$; sırasıyla). Değişkenler multivariate analiz ile değerlendirildiğinde hiperlipidemi ($p=0,003$), hipertansiyon ($p=0,001$) ve viseral yağ dokusunun subkutan yağ dokusuna oranı ($p=0,01$) taş oluşumunu arttıran risk faktörleri olarak bulundu.

Çıkarımlar: Viseral yağ dokusunun subkutan yağ dokusuna oranı taş oluşumunu arttıran bir faktördür.



Şekil 1.

BÖBREK VE ÜRETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

Özcan Kılıç, Mehmet Kaynar, Mustafa Kucur, Murat Akand, Kadir Ceylan, Serdar Göktaş

Selçuk Üniversitesi, Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Uroloji, Konya

Amaç: Böbrek ve üreter taşlarının tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi (RİRC) uyguladığımız hastaların sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Eylül 2012- Haziran 2014 arasında kliniğimizde böbrek ve üreter taşlarının tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi (RİRC) uyguladığımız hastaların sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Taş boyutu, başarı oranları, D-J Kullanımı ve Modifiye Clavien Derecelendirmesi Kullanılarak komplikasyon oranları değerlendirilmiştir.

Bulgular: RİRC uygulanan hastalarda 92 Erkek 54 Kadın olmak üzere toplam 146 hasta idi. Ortalama yaş 46 yıl (16-84), ortalama taş boyutu 12.57 mm (6 -25) olarak belirlendi. RİRC uygulanan hastalarda birinci uygulama sonrası başarı oranı %87.6 olarak tespit edildi. İkinci uygulama sonrası başarı oranı %95,2 olarak tespit edildi. 85 hastaya D-J kateter konulmuştur. Önceki renal uygulamalar açısından SWL 23 (%15,7), PNL 16 (%15,9) açık cerrahi 8 (%5,4) ve birden fazla uygulama 9 (%6,1) belirlenmiştir. Lateralizasyon sağ böbrek 76, sol böbrek 70, Taş lokasyonu; Pelvis: 33, Proksimal ureter: 9, Üst kaliks: 4, Orta kaliks: 11, Alt kaliks: 52, Multiple: 37 olarak belirlenmiştir. Minor komplikasyon (Clavien I, II) %2,7 ve hiç bir hastada Major komplikasyon (Clavien III, IV) gelişmemiştir.

Çıkarımlar: Yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları nedeni ile RİRC her lokalizasyondaki böbrek taşları için etkin ve güvenilir bir uygulamadır.

DEV ÜRETER TAŞLARINDA TEDAVİ YAKLAŞIMI

Ebubekir Akgüneş, Mustafa Aydın, Lokman İrkılata, Hüseyin Cihan Demirel, Hasan Rıza Aydın, Mustafa Kemal Atilla, Caner Moral, Mevlüt Keleş, Kamil Mert Angın

S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Samsun

Amaç: Üreter taşları genellikle 3 anatomik darlık bölgesinde yerleşir. Birincisi üreteropelvik bileşke: 6F, ikincisi üreterin iliak damarları çaprazladığı bölge :12F üçüncüsü üreterovezikal bileşkedir ve 3-15 F genişliğindedir. Üreter taşları kural olarak böbrekte oluşup üretere yerleşirler ,primer olarak üreterde oluşan taş çok nadirdir. Taşlar genel itibariyle 2 cm altındadır, 5 cm üzerinde olması halinde dev üreter taşından bahsedilmektedir. Bu yazıda farklı 2 hastada sağ üreter alt uçta dev üreter taşlarına yaklaşım tartışılmıştır.

Yöntem: Yakın zamanda kliniğimize başvuran asemptomatik 2 hastanın çekilen direkt üriner sistem grafilerinde sağ üreter alt kısmında dev üreter taşı saptandı. Birinci hastamız 45 yaşında erkek hasta, sol yan ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastaya yapılan görüntülemelerde sol üreter alt uçta yaklaşık 5*4 mm ve sağ üreter alt uçta 62*23 mm taş saptandı. Hastanın sağ böbreği atrofik ve hidronefroze görünümdeydi. Sol böbreği normal görünümde izlenen hastanın çekilen sintigrafisinde sağ böbreğin non-fonksiyone olduğu saptandı. İkinci hastamız 15 yaşında erkek hasta sol yan ağrı nedeniyle tarafımıza başvurdu hastanın yapılan görüntülemelerinde sağ üreter alt uçta 95*18 mm taş saptandı. Sağ böbrek hidronefroze görünümdeydi fakat parankim dokusu mevcuttu. Hastaya yapılan İVP de sağ böbrekte nefrogram ve piyelogram fazları izlendi.

Bulgular: Üreter taşları akut obstrüksiyonun en sık nedenidir. Akut obstrüksiyonun en önemli ürografi bulgusu olan nefrogram fazının uzaması, kronik obstrüksiyonlarda görülmez. Toplayıcı sistem genişlemesi karakteristiktir. Renal parankim kalınlığında azalma, negatif piyelogram da kronik obstrüksiyonlarda görülür (5). Üreter taşlarının tedavisinde geçen 15-20 yılda ESWL'de ve endo-ürolojik cerrahide (üreteroskopi ve PNL'de) kaydedilen ilerlemelerle, açık taş cerrahisinin endikasyonları belirgin biçimde azalmıştır. Üreter taşlarının cerrahi tedavisinde %1 ila %5,4'ünde açık cerrahiye gereksinim duyulduğunu bildirilmektedir. (6) Bizim iki olgumuzda da endoskopik cerrahi ile kür olması mümkün olmadığı için açık cerrahi tercih edilmiştir. İlk olgumuzun afonksiyone böbreği mevcut olduğu için tedavi olarak nefro-üretorektomi uygulandı. İkinci olgumuza ise hem yaşının genç olması nedeniyle hem de böbrek parankim dokusunun mevcut olması nedeniyle Üreterolitotomi uygulandı. İkinci olgumuza postop çekilen İvp de geç fazda geçiş izlendi.

Çıkarımlar: Dev üreter taşları çok nadir görülmekte olup, böbrek yetmezliği, hidronefrotik atrofik böbrek, amfizematöz piyelonefrit gibi ciddi komplikasyonlara yol açabileceği için polikliniğe yan ağrısı ile başvuran hastalar dev üreter taşı açısından dikkatli değerlendirilmelidir.

Bu hastalara tedavi yaklaşımında taşın lokalizasyonu ve boyutları, böbrek fonksiyonları, obstrüksiyonun derecesi, olayın akut mu yoksa kronik mi olduğu , hastanın yaşı ve böbrek parankim dokusunun dikkatli değerlendirilip ona göre karar verilmelidir.

EKSTRAKORPOREAL ŞOK DALGA LİTOTRİPSİSİ ÖNCESİNDE ÇEKİLEN KONTRASTSIZ BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİDEKİ PARAMETRELERİN BÖBREK TAŞLARININ TEDAVİ BAŞARISINA OLAN ETKİSİ

Adil Güçal Güçlü, Mehmet İlker Gökce, Ömer Gülpınar, Nurullah Hamidi, Mete Özkıdık, Sümer Baltacı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Üroloji, Ankara

Amaç: Bu çalışmada, kliniğimizde Kasım 2009 – Mart 2014 tarihleri arasında 7 mm ile 20 mm arasındaki böbrek taşları nedeniyle ESWL uygulanan 120 hastanın verileri incelenerek, NKBT ile ölçülen taş özelliklerinin ESWL başarısına olan etkisi incelendi.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda Kasım 2009 – Mart 2014 tarihleri arasında 7 mm ile 20 mm arasındaki böbrek taşları nedeniyle ESWL uygulanan 120 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar ESWL öncesi NKBT ile değerlendirilerek taş dansitesi, cilt – taş mesafesi, taş yerleşimi ve taş boyutu değerleri kaydedildi. ESWL tedavisi sonrası 1. ayda hastalar NKBT ve USG ile değerlendirildi ve taş özelliklerinin ESWL tedavisinin başarısına olan etkileri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 120 olgunun yaş aralığı 19-72, ortalama yaş 42,65 ($\pm 14,3$), ortalama VKİ değerleri 23,32 kg/m² ($\pm 3,66$), taş boyutu ortalama 11,95 mm ($\pm 2,66$), taş dansitesi ortalama 898,75 HU ($\pm 240,53$), ve cilt – taş mesafesi ortalama 96,23 mm ($\pm 23,86$), olarak hesaplandı. Çalışma sonunda 80 hastada (%66,7) taşsızlık sağlanırken 40 hastada (%33,7) rezidü taş saptandı. Taşsızlık sağlanan hastaların 28'inde (%23,3) klinik önemsiz rezidüel fragman (KÖRF) mevcuttu. Taşsızlık sağlanan grubun ortalama taş dansitesi 826,8 HU ($\pm 212,71$), rezidü taşı kalan grubunsa ortalama taş dansitesi 1042,67 HU ($\pm 230,25$) olarak bulundu ($p < 0,001$). Cilt – taş mesafesi taşsızlık sağlanan grupta ortalama 89,34 mm ($\pm 17,42$) ölçülürken; rezidü taşları kalanlarda ortalama 110,02 mm ($\pm 28,81$) olarak saptandı ($p < 0,001$). Alt kaliks taşları ile pelvis taşlarının ESWL başarısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p = 0,009$). Ayrıca, pelvis taşları, üst ve orta kaliks taşları bir grup olarak değerlendirildiğinde ve bu grup alt kaliks taşlarıyla karşılaştırıldığında; ESWL başarısının yine istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (%71 vs. %45; $p = 0,024$). Taş boyutu, taşsızlık sağlanan grupta ortalama 11,6 mm ($\pm 2,52$) iken, rezidü taşları kalan grupta ortalama 12,65 mm ($\pm 2,84$) idi ($p = 0,053$). Yapılan çok değişkenli analizlerde taş dansitesi ($p = 0,002$; OR:1,004 [1,001-1,006]), cilt – taş mesafesi ($p = 0,005$; OR:1,030 [1,009-1,051]) ve taşın alt kaliks yerleşimli olmasının ($p = 0,047$; OR:3,193 [1,018-10,018]) taşsızlık sağlamada anlamlı olduğu saptandı. Taş boyutu ise taşsızlığı göstermede istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0,151$). Yapılan ROC analizinde 960 HU değerinin %77,5 duyarlılık ve %64 özgüllük ile ESWL tedavisi sonrasında taşsızlığı göstermede anlamlı olabileceği gösterildi.

Çıkarımlar: Literatürde ESWL tedavisini öngörmeye kullanılacak faktörlerle ilgiliiyapılmış çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda 960 HU ve üzerindeki değerlerde taş dansitesine sahip ve cilt – taş mesafesi uzun olan hastaların ESWL tedavisinden daha az fayda görecekları belirlenmiştir. Bu nedenle ESWL tedavisine uygun hastaları seçerken, NKBT çekerek bu kriterleri göz önünde bulundurmak faydalı olacaktır.

OBEZ HASTALARDA RETROGRAD İNTRARENAL TAŞ CERRAHİSİNİN ETKİNLİĞİ

Ömer Gökhan Doluoğlu, Tolga Karakan, Mücahit Kabar, Berat Cem Özgür, Ahmet Metin Hasçicek, Emre Huri

S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Obez hastaların renal taş tedavisinde retrograde intrarenal cerrahinin etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmek.

Yöntem: Kliniğimizde renal taş tanısı ile RIRS yapılan 106 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar BMI'larına göre 3 gruba ayrıldı: obez ≥ 30 kg/m² (grup 1), overweight 25-29.9 kg/m² (grup 2) ve normal kilolu < 25 kg/m² (grup 3). Hastalar yaş, cinsiyet, taş karakteristikleri (boyutu, laterality, yeri, multikalisiel durumu) bakımından karşılaştırıldı. Ayrıca grupların operasyon süreleri, taşsızlık oranları (SFR), komplikasyon oranları ve hastanede yatış süreleri karşılaştırıldı. Gruplar arası devamlı değişkenlerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans analizi (Post Hoc: Bonferroni), kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular: 28 hasta obez (Grup 1), 49 hasta overweight (Grup 2) ve 29 hasta normal kilolu (Grup 3) olarak saptandı. Grup 1-2 ve 3'ün yaşları sırası ile 51.5 (29-84), 47 (30-76) ve 35 (19-84) olarak bulundu ($p=0.001$) (Tablo 1). Grup 1'de SFR oranı %85.7, grup 2'de SFR oranı %89.8 ve grup 3 'de SFR oranı %75.9 olarak bulundu ($p=0.24$). Grup 1,2 ve 3 de operasyon süreleri sırası ile 45.5 (25-95) dk, 50 (30-120) dk ve 45.5 (10-100) dk olarak benzer saptandı ($p=0.23$) (Tablo 2). Hiçbir hastada major komplikasyon olmadı.

Çıkarımlar: Çalışmamıza göre RIRS obez ve kilolu hastalarda renal taş tedavisinde güvenli ve etkili bir şekilde uygulanabilecek cerrahi yöntemdir.

Tablo 1. Grupların preoperative karakteristikleri

| | Grup 1 | Grup 2 | Grup 3 | p değeri |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| Yaş (y) | 51.5 (29-84) | 47 (30-76) | 35 (19-84) | 0.001* |
| Cinsiyet (no) | | | | 0.015 |
| Bayan | 18 (%64.3) | 19 (%38.8) | 8 (%27.6) | |
| Erkek | 10 (%35.7) | 30 (%61.2) | 21 (%72.4) | |
| BMI (kg/m ²) | 31 (30-40) | 27 (25-29) | 22 (18-24) | |
| Taş boyutu (mm) | 14.5 (10-28) | 15 (7-35) | 15 (5-36) | 0.97 |
| Taş tarafı (no) | | | | 0.61 |
| Sağ | 14 (%50) | 19 (%38.8) | 10 (%34.5) | |
| Sol | 14 (%50) | 29 (%59.2) | 19 (%65.5) | |
| Taş yeri (no) | | | | 0.97 |
| Renal pelvis | 8 (%28.6) | 16 (%32.7) | 10 (%34.5) | |
| Üst kaliks | 2 (%7.1) | 3 (%6.1) | 3 (%10.3) | |
| Orta Kaliks | 2 (%7.1) | 4 (%8.2) | 4 (%13.8) | |
| Alt Kaliks | 9 (%32.1) | 14 (%28.6) | 7 (%24.1) | |
| Birden fazla kaliks | 7 (%25) | 12 (%24.5) | 5 (%17.2) | |

Tablo 2. Grupların operatif ve postoperatif sonuçları

| Grup 1 | Grup 2 | Grup 3 | p değeri |
|---------------|---------------|---------------|-----------------|
| 45.5 (25-95) | 50 (30-120) | 45.5 (10-100) | 0.23 |
| 24 (%85.7) | 44 (%89.8) | 22 (%75.9) | 0.24 |
| 1 (1-2) | 1 (1-2) | 1 (1-1) | 0.61 |
| 2 (%7.1) | 3 (%6.1) | 0 (%0) | 0.36 |

FÜZYON ANOMALİSİ OLAN BÖBREKLERDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

İbrahim Atilla Arıdoğan, Volkan İzol, Nebil Akdoğan, Yıldırım Bayazıt, Mutlu Değer, Zühtü Tansuğ, Sinan Zeren

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Perkütan nefrolitotomi (PNL) günümüzde böbrek taşlarının tedavisinde altın standart yöntem olmakla birlikte atnalı böbrek gibi anatomik varyasyonlu böbreklerde de güvenli ve etkili şekilde uygulanabilmektedir. Bu bildiride taşı atnalı böbreklerdeki PNL tedavisi sonuçlarımız sunulmaktadır.

Yöntem: Eylül 1998 ve Eylül 2014 tarihleri arasında, 50 atnalı böbrekli hastanın 56 renal ünitesine 58 PNL uygulandı. Hastaların yaş ortalaması 51.3 (3 – 72) ve ortalama taş yükleri 460 mm² (100 – 2800 mm²) idi. Kırkdört girişimde taşlar pnömatik litotriptör ile kırılırken, 14 girişimde kırılmadan çıkarılabilecek boyutta olmaları nedeniyle rijit veya fleksibl nefroskoplarla bulunarak çıkarıldılar. Atnalı böbrekler derin yerleşimli olduğundan kırılan taşların çıkarılmasında rijit nefroskopun yetersiz kaldığı durumlarda fleksible nefroskop ve zerotip nitinol basketlerden faydalanıldı.

Bulgular: Kırksekiz işlemde (%82.7) tek insizyon girişi yapılmış olup 10 hastada çoklu giriş yapıldı. Kırksekiz renal ünite (%82.7) taşlarından tamamen temizlendi. Dört hastada klinik olarak önemsiz rezidü taşlar kalırken dördüncü hasta için şok dalga tedavisi planlandı. Klinik olarak önemli rezidüel taşı olan 3 hastaya ise takip planlandı. Bir hastaya (%2) intraoperatif hemoraji olması nedeniyle iki ünite kan transfüzyonu yapılması dışında başka ciddi bir komplikasyon görülmedi. Hastanede ortalama yatış süresi 3.7 gündü (2 – 12 gün arası).

Çıkarımlar: PNL atnalı böbreklere uygulanırken ektopi, rotasyon, vasküler değişiklikler de eşlik ettiğinden iyi bir ön değerlendirme sonrası işlem dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Genelde giriş için üst pol kullanılmakla birlikte işlem dikkatli bir şekilde uygulandığında sonuçlar anatomik varyasyonu olmayan böbreklerdeki PNL'nin sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

SUCCESS OF DIFFERENT TREATMENT MODALITIES FOR GIGGLE INCONTINENCE

Onur Telli, Perviz Hacıyev, Mete Özkıdık, Nurullah Hamidi, Berk Burgu, Faraj Afandiyev, Aykut Akıncı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Object: We aimed to report our experience in the management of giggle incontinence. We also aimed to evaluate possible factors that can guide the clinician to predict potential cases refractory to medical treatment.

Methods: We retrospectively investigated the data of 48 children referred to pediatric urology outpatient clinic between 2000 and 2013 diagnosed as giggle incontinence. Incontinence frequency differed between several per day to less than once weekly. Mean age, follow-up, frequency, presence of lower urinary tract symptoms, enuresis, and constipation were noted. Univariate analysis was used to find potential factors including lower-urinary-tract symptom score (LUTSS), post voiding residual urine volume (PVR), familial history, enuresis, and dysfunctional voiding to predict children who would possibly not respond to treatment.

Materials: Mean age of the patients was 8.4 years (range 5.2 to 16.8). Mean follow-up time and mean duration of asymptomatic period were noted as 6.7 ± 1.4 years and 14.2 ± 2.3 months respectively. While 12 patients were treated with only urotherapy, 11 patients were treated with alpha-adrenergic blockers and 18 patients with methylphenidate (MPH). Giggle incontinence was refractory to MPH in 8 children. Positive familial history (all female), LUTSS > 15, and significant residual urine volume were found as outstanding predictive factors for resistance to treatment modalities.

Result: Most of the children diagnosed as giggle incontinence respond well to medical treatment. The incidence of resistance to medical treatment is higher in children with positive familial history, LUTSS > 15, and significant PVR

PEDİATRİK GRADE 4 RENAL TRAVMA: GÖZDEN KAÇAN ÜRİNOMUN DRENAJI SONRASI RENAL FONKSİYONLARIN GERİ DÖNÜŞÜ

Şahin Bağbancı, Mümtaz Dadalı, M Levent Emir, Ayhan Karabulut

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırşehir

Amaç: Biskletten düşme nedeniyle gelişen izole sağ grade 4 künt renal travma sonrası oluşan ürinomin renal fonksiyon üzerine etkisi sunulmuştur.

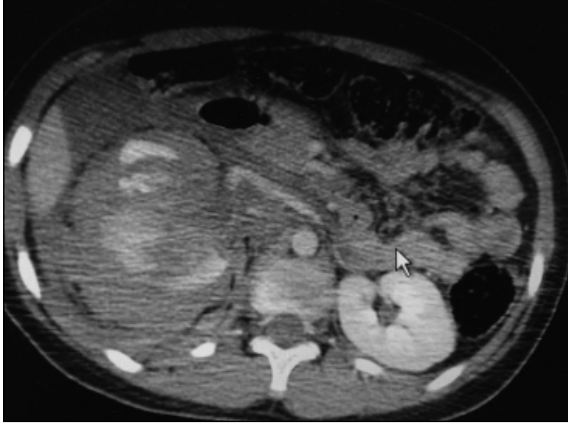
Yöntem: Olgu Sunumu: Sekiz yaşında kız hasta bisikletten sağ yanı üzerine düşme sonrasında sağ lomber ağrı ve kanlı idrar yapma şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinci açıktı. Nabızı 110/dak, arteriyel tansiyonu 100/60 mmHg idi. Fizik muayenesinde sağ lomber ağrı dışında anlamlı bir bulgu yoktu. Üretral sonda takılan hastada makroskopik hematüri olduğu görüldü. Yapılan tetkiklerinde Hb:8 g/dl Htc: %27 saptanan hastanın çekilen opaksız ve opaklı spiral tüm abdomen tomografisinde (BT) sağ böbrekte izole grade 4 renal travma olduğu, perirenal hematoma ve hematoma retroperitondan pelvise kadar yayılımı olduğu görüldü (Şekil-1).

Kliniğimize yatırılan hasta 2Ü Eritrosit süpsansiyonu verilerek CBC takibine alındı. Hastaya sefazol başlandı. İlk gün takiplerinde yapılan USG'de perirenal hematoma büyüme olmadığı görüldü. Travma sonrası yedinci günde çekilen trifazik BT'sinde sağ böbrek üst polünde fonksiyon olduğu, alt pol böbreğin ise travmaya bağlı olarak parçalandığı ancak böbrek dışına opak madde çıkışı olmadığı saptandı. Sağ üretere geçiş izlenemedi (Şekil-2). Yatışının 10. gününde durumu stabilleşen hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

Yirincinci gün kontrolünde sağ retroperitonda ürinoma – hematoma rezorpsiyonu ayırımı yapılamayan, yaklaşık 20 cm'lik kitle saptanan hastanın retroperitonuna perkütan drenaj kateteri takıldı ve kateterden ilk etapta 2400 cc idrar vasfında drenajı oldu. Böbreğin itilmiş ve küçük olduğu gözlemlendi (Şekil-3).

Günlük takiplerinde 400-500 ml idrarın kateterden gelmesi üzerine hastaya 4,7 fr Dj kateter takıldı ve drenaj kesildi. Dj kateteri iki ay kalan hastanın yapılan kontrol USG'sinde böbrek parankiminin ve böbrek büyüklüğünün iyi durumda olduğu görülerek Dj kateteri çekildi. Çekilen IVP'sinde sağ böbreğin fonksiyone olduğu ve üretere geçişin saptandığı hasta taburcu edildi (Şekil-4).

Çıkarımlar: Yüksek grade'li izole renal travmalarda konservatif izlem, durumu stabil hastalarda orta ve uzun dönem morbiditeyi ve nefrektomi gereksinimini azaltan tercih edilebilir bir tedavi alternatifidir. Yeterince geç dönem görüntülerin alınmadığı CT incelemelerinde idrar kaçığının atlanabileceği akılda bulundurulmalıdır. Ancak ürinoma drenajı ve Double J stent sonrası renal fonksiyonlar pediatrik yaş grubunda anlamlı olarak düzelmektedir.



Şekil 1.

PERINEAL ECTOPIC TESTIS: CASE REPORT

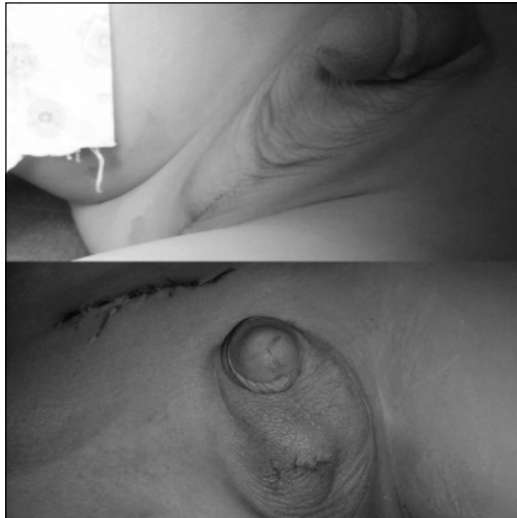
Ahmet Nihat Karakoyunlu, Emre Hepşen, Müslim Bikirov, Hikmet Topaloğlu, Levent Sağnak, Hamit Ersoy

S.B. Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Object: Testicular maldescent(TM) is the most common anomaly of genitalia seen in 1.5% of male infants. Ectopic testis's incidence is %5 of TM. Major localizations of ectopic testis are superficial inguinal pouch (Denis Browne pouch), suprapubic, femoral canal, transverse (contralateral hemiscrotum) and perineal ectopic testis(PET) which the testis placed between penoscrotal raphe and the genitofemoral fold is a rare form of TM with incidence of less than 1% of all cases. PET is easily recognised by perineal palpation and ultrasonography and easily treated by orchihopexy.

Materials: We report a 10 year boy presented with right empty scrotum since birth. Examination revealed poorly developed and empty right hemiscrotum with palpable oval shaped mass identical to testis in the right side of the perineum. The left testis was normal size in the left hemiscrotum. Right testis measured 20x12x8mm, located in the perineum and left testis measured 20x11x7mm in the left hemiscrotum by ultrasonography. Patient was explored through inguinal crease incision. Spermatic cord was mobilized and attachments of gubernaculum divided from the perineum. It's observed that testis volume is normal and the length of vas and testicular vessels is adequate after the delivery of testis into the inguinal incision. The hernia sac was not detected. The testis was fixed in the right hemiscrotum using the dartos pouch technique. Follow up after 1 month revealed presence of right testis in the scrotum.

Result: TM is pose a risc to testicular malignancy and subfertility. Due to perineal placement PET is prone to testicular trauma and torsion. Even if not associated with inguinal hernia undescended testis should not be operated before 6 months to allow for spontaneous descent but there is no need to delay surgery in ectopic testis because possible descent will not occur and hormone therapy have been found ineffective. The functional prognosis of PET is difficult to define but seems to be identical to TM.



Şekil 1.

“DYSFUNCTIONAL VOIDING SCORING SYSTEM” FORMUNUN TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN SAPTANMASI

Kubilay Sabuncu¹, Fatih Tarhan¹, Fatma Narter², Kamil Fehmi Narter¹, Pınar Ay³

¹S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

³S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri, İstanbul

⁴S.B. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı, İstanbul

Amaç: Bu araştırmada “Dysfunctional Voiding Scoring System- DİSS” formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma prospektif olarak planlanmıştır. Çalışmaya 4 yaş üzeri, idrar yolu yakınmasız veya işeme sorunu olan her iki cinsten toplam 232 çocuk dahil edilmiştir. Tüm hastalardan ayrıntılı öykü ve fizik muayene sonrasında tam idrar tetkiki ve kültürü, işeme günlüğü, üriner sistem ultrasonografisi yaptırılmıştır.

Çalışma üç aşamada gerçekleştirilmiştir. Birinci aşamada sorgulama formu Türkçeye çevrilmiş, ikinci aşamada Türkçeye çevrilmiş olan sorgulama formu İngilizceye geri çevrilmiştir. Üçüncü aşamada ise sağ lam ve/veya işeme sorunu olmayan ve olan 232 çocuğun ebeveyn yardımı ile 10 sorudan meydana gelen sorgulama formunu cevaplamaları sağlanmıştır. Ayrıca 39 çocuğun sorgulama formunu iki hafta ara ile iki kez cevaplaması (re-test) sağlanmıştır.

Bulgular: 123’ü çalışma ve 109’u kontrol grubunda olan deneklerin yaş ortalaması 103.11 ± 31.72 aydı (110 erkek ve 122 kız). Çalışmaya alınan hastaların ortalama Cronbach’s alfa katsayısı 0.618 idi. Test-retest güvenilirliği 0,647 olarak bulundu ($p < 0.01$). ROC eğrisi altındaki ortalama saha 0,755 idi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada elde edilen bulgular DİSS formunun disfonksiyonel işemenin tanı ve izleminde kullanılabileceğini göstermektedir.

ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE DARLIĞI NEDENİ İLE AÇIK VEYA LAPAROSKOPİK PİYELOPLASTİ YAPILMIŞ ÇOCUK HASTALARIN KLİNİK SONUÇLARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Turgut Serdaş, Ender Özden, Yakup Bostancı, Hasan Çetin,
Yarkin Kamil Yakupoğlu, Ali Faik Yılmaz, Şaban Sarıkaya

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

Amaç: Antenatal hidronefroz (ANH) tüm gebelikler içinde %1-5 sıklıkta izlenmektedir. ANH göreceli olarak sık görülmesine rağmen genellikle konservatif izlem yeterlidir ve cerrahi girişim gerekmez. Ancak Üreteropelvik bileşke (ÜPB) darlığı konjenital hidronefrozun en sık patolojik nedenlerinden biridir. Bu hastalarda bazen izlem, bazen de pyeloplasti gibi bir cerrahi girişim gerekli olabilmektedir. Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada açık pyeloplasti (AP) ve laparoskopik pyeloplasti (LP) uygulanmış çocuk hastalar değerlendirildi.

Yöntem: Çalışmada, kliniğimizde Mayıs 2005 ile Nisan 2014 tarihleri arasında pyeloplasti uygulanmış 67 olgu incelendi. AP grubu 23 olgu ve LP grubu 44 olgudan oluşmaktaydı. Hastaların preoperatif ve postoperatif döneme ait klinik, radyolojik ve sintigrafik bilgileri toplandı. Veriler grup içi ve gruplar arası karşılaştırılarak istatistiksel olarak değerlendirildi. P değeri <0,05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: AP ve LP grubunda sırasıyla yaş ortalaması 11 ± 5 yıl ve 8 ± 6 yıl olarak saptandı. Çoğu olgu erkek olup, sık etkilenen taraf sol ÜPB idi. Hastaların en sık yan ağrısı, karın ağrısı ve ateşli idrar yolu enfeksiyonu (İYE) ile başvurduğu tespit edildi. Her iki grupta da en sık uygulanan cerrahi prosedürün dismembered pyeloplasti olduğu görüldü. Peroperatif tahmini kan kaybı ve cerrahi süre AP grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da daha fazla idi. Postoperatif dönemde gözlenen en sık komplikasyonların ateş, İYE ve idrar ekstrevasasyonu olduğu görüldü. LP grubunda ve özellikle retroperitoneal grupta, postop 1. gün kreatinin değerlerinin yükseldiği izlendi. AP grubunda hastaların narkotik analjezik gereksinimleri daha fazla ve hastanede kalış süreleri daha uzundu.. Cerrahi sonrası AP ve LP için semptomatik düzelme oranları benzer olup, sırasıyla %83,3 ve %86,1 bulundu. Preop ve postop ultrasonografik veriler karşılaştırıldığında her iki grupta da pelvis AP çapı ile AP çap/parankim oranlarının azaldığı görüldü ve AP grubu için sırasıyla $p < 0,001$ ve $p = 0,02$, LP grubu için sırasıyla $p < 0,001$ ve $p < 0,001$ bulundu. Sintigrafik verilerden postop dönemde preop döneme göre separe renal fonksiyonlarda farklılık yoktu. Bununla birlikte postop boşaltım fonksiyonunun düzelmesi anlamında; normal ve nonobstrüktif boşaltım yorumlarının oranının AP grubunda %70,5 ve LP grubunda %90,5 olduğu görüldü.

Çıkarımlar: Buna göre AP ve LP ameliyatları kliniğimizde literatür ile benzer semptomatik, radyolojik ve sintigrafik başarı ile uygulanmaktadır. Aynı zamanda LP ameliyatları sonrası hastaların, narkotik analjezik ihtiyaçları daha az olup hastanede kalış süreleri de daha kısadır.

VİTAMİN B12, FOLAT, SERUM DEMİR VE FERRİTİN DÜZEYLERİNİN MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTÜRNA ÜZERİNE ETKİSİ

Sebahattin Albayrak¹, Kürşad Zengin¹, Serhat Tanık¹, Muhittin Atar¹, Ghaniya Daar², Hasan Bakırtaş¹, Muhammed Abdurrahim İmamoğlu¹, Mesut Gürdal¹

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Yozgat

Amaç: Monosemptomatik noktürnal enürezis'in (MNE) merkezi sinir sistemi maturasyon gecikmesi ile ilişkili olduğuna dair az sayıda çalışma vardır. Diğer yandan folat, vitamin B12 ve demir sinir sistemi gelişiminde rol oynayan vitamin ve minerallerdir. Buna bağlı olarak daha önce yapılan çalışmalarda vitamin B12 ve folat eksikliği ile MNE arasında ilişki olabileceği belirtilmiştir. Sunduğumuz çalışmada vitamin B12 ve folata ilave olarak serum demir ve ferritin düzeylerinin de MNE üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya gece idrar kaçırma şikâyeti ile başvuran ardışık 40 MNE'li (23 kız, 17 erkek) ve 40 sağlıklı kontrol grubu (17 kız, 13 erkek) dâhil edildi. Sağlıklı kontrol grubu sağlam çocuk polikliniğine başvuran hastalardan ardışık olarak seçildi. Hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun kan vitamin B12, folat, ferritin ve serum demir değerleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Hastalardan kronik hastalıkları, nörolojik veya ürolojik anomalileri, geçirilmiş üriner sistem enfeksiyon öyküsü ve anemisi olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilenlerin demografik özelliklerinin benzer olduğu belirlendi. Hastaların ortalama vitamin B12 değerleri 396 ± 97 pg/mL kontrol grubunun ortalama vitamin B12 değerlerinden 469 ± 82 pg/mL istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü ($P=0.01$). Hastaların ortalama folat değerleri 10.1 ± 2.2 ng/mL kontrol grubunun ortalama folat değerlerinden 12.6 ± 3.5 ng/mL istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktü ($P=0.03$). Ortalama serum demir ve ferritin değerleri arasında ise anlamlı fark saptanmadı.

Çıkarımlar: MNE hastalarında önceki çalışmalarla uyumlu olarak vitamin B12 ve folat değerlerinin kontrol grubundan düşük olduğu buna karşın serum demir ve ferritin değerleri arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlendi. Bu grup hastalarda standart MNE tedavisine ilaveten vitamin B12 ve folat eklenmesi MNE tedavi başarısını artırıp artırmayacağı değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: monosemptomatik noktürnal enürezis, vitamin B12, folat, serum demir, ferritin

OKUL ÖNCESİ ÇOCUKLARDA LAPAROSKOPİK BASİT NEFREKTOMİ VE NEFROÜRETEREKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Volkan İzol, Fatih Gökalp, Çağrı Tekdöş, İbrahim Atilla Arıdoğan, Yıldırım Bayazıt, Nihat Satar

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: İlk kez çocuk hastada Ehrlich ve arkadaşları tarafından 1992 yılında uygulanmış olan laparoskopik nefrektomi, günümüzde birçok merkezde standart tedavi haline gelmiştir. Bu çalışmada, 7 yaş altındaki okul öncesi hastalarda uyguladığımız laparoskopik nefrektomi ve nefroüretarektomi deneyimlerimiz retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem: Ağustos 2003 – Ekim 2014 tarihleri arasında 7 yaş altı 29 hastanın 25'ine laparoskopik nefroüretarektomi, 4'üne ise nefrektomi uygulandı. Operasyonların 14'ü transperitoneal 15'i retroperitoneal yolla yapıldı. Trokar yerleşimini takiben transperitoneal yaklaşımlarda kolon medialize edilerek, retroperitoneal yaklaşımlarda ise künt diseksiyonla direkt olarak renal hilusa ulaşıldı. Renal arter ve ven kliplenip kesildikten sonra böbrek çevre dokulardan serbestlenip nefrektomi tamamlandı. Üretarektomi endikasyonu olan olgularda ise üreter olabildiğince mesaneye kadar serbestlenip, üreterovezikal bölgeye klip konulup veya Ligasure yardımıyla kesilip spesimen çıkarıldı.

Bulgular: Hastaların 11'i kız, 18'i erkekti. Ortalama yaş 3.5 ± 4.6 (3 ay-6), ortalama operasyon süresi 102.6 ± 55.6 (30-230) dakika, kanama miktarı minimaldi. İntraoperatif ve postoperatif dönemde majör komplikasyon görülmedi. Hastanede yatış süresi ortalama 54 ± 62 (16-280) saatti. Yirmibir (%75) hastada parenteral analjezik ihtiyacı oldu. Kozmetik sonuçlar iyi olup geç komplikasyon görülmedi.

Çıkarımlar: Pedyatrik hasta grubunda laparoskopik nefrektomi ve nefroüretarektomi güvenle uygulanabilir bir yöntemdir. Hastanede yatış süresi kısa, analjezik gereksinimi az ve kozmetik sonuçları açık cerrahiye göre daha iyidir. Basit nefrektomi ve nefroüretarektomi endikasyonu olan hastalarda öncelikle tercih edilmelidir.

R.E.N.A.L NEFROMETRİ SKORUNUN PARSİYEL NEFREKTOMİ OPERASYON SONUÇLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Ozan Bozkurt, Serdar Çelik, Kaan Çömez, Ömer Demir, Ahmet Adil Esen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: R.E.N.A.L nefrometri skoru parsiyel nefrektomi planlanan olgularda kitlenin kesitsel görüntüleme [Bilgisayarlı tomografi (BT), Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)] özelliklerini gözönünde bulundurarak kompleksitesini belirlemeye yarayan bir skorlama sistemidir. Bu çalışmada bu skorlama sisteminin parsiyel nefrektomi olgularında operasyon sonuçlarına etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Kliniğimizde RCC nedeniyle açık parsiyel nefrektomi yapılan 73 hastanın preoperatif kesitsel görüntülemeleri retrospektif olarak değerlendirildi. R.E.N.A.L nefrometri skorunun komponentleri olan maksimum tümör çapı (R), Ekzofitik/endofitik özellikler (E), tümörün toplayıcı sistem ya da sinüse uzaklığı (N), anterior/posterior yerleşim özellikleri (A) ve tümörün polar çizgilere ve böbrek aksiyel hattına göre yerleşimi (L) gözönüne alınarak olguların skorları bulundu. R.E.N.A.L skoru ≤ 6 olanlar düşük kompleksite tümörler (Grup 1) ve >6 olanlar orta-yüksek kompleksite tümörler (Grup 2) olarak değerlendirildi. Bu iki grup iskemi süresi, operasyon süresi, kan transfüzyonu ihtiyacı, hospitalizasyon süresi, komplikasyonlar, ek işlem gereksinimi ve cerrahi sınır durumu açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Grup 1 (n=40) ve grup 2'deki (n=33) hastaların ortalama yaşları, takip süreleri, operasyon süreleri, transfüzyon gereksinimi, iskemi süresi, hospitalizasyon süresi arasında farklılık saptanmadı (Tablo 1). Grup 1'de 1 hastada yara iyileşmesinde gecikme (Clavien Grade 1) dışında komplikasyon gözlenmedi. Grup 2'de 2 hastaya uzamış drenaj ve idrar kaçağı nedeniyle double j kateterizasyon uygulandı (Clavien Grade 3). Bu hastalardan birisinde iyileşme olmaması ve kaçağın devam etmesi üzerine fistül traktı embolizasyonu yapıldı. Patolojik inceleme sonucunda grup 1'de 35 hasta pT1a, 4 hasta pT1b ve 1 hasta pT2 iken grup 2'de 17 hasta pT1a, 11 hasta pT1b ve 2 hasta pT2 idi. Grup 1'de pT3 ve pT4 tümör görülmezken grup 2'de 2 hasta pT3a ve 1 hasta pT4 olarak saptandı. Grup 1 ve 2'de cerrahi sınır pozitiflik oranının sırasıyla %10 ve %6 olduğu görüldü.

Çıkarımlar: R.E.N.A.L nefrometri skoruna göre orta-yüksek kompleksiteye sahip olgularda komplikasyonların şiddeti ve ek işlem gerekliliği düşük kompleksiteli olgulara göre daha fazladır. Bu durum preoperatif karar sürecinde ve hastaların bilgilendirilmesi sırasında gözönünde bulundurulmalıdır.

Tablo 1. Düşük kompleksiteli ve orta-yüksek kompleksiteli olguların karşılaştırılması

| | Düşük kompleksite tümörler (n=40) | Orta-yüksek kompleksite tümörler (n=33) |
|------------------------------|--------------------------------------|--|
| Yaş (yıl) | 54,2±13,4 | 58,3±10,3 |
| Takip süresi (ay) | 30±30,7 | 24,8±24 |
| Operasyon süresi (dk) | 146,7±42,7 | 164,5±49,6 |
| İskemi süresi (dk) | 20,2±9,3 | 18,3±6,9 |
| Transfüzyon miktarı (U) | 0,5±1,3 | 0,4±0,7 |
| Hospitalizasyon süresi (gün) | 5,9±3 | 7,9±6,4 |

RENAL KİTLE NEDENİYLE AMELİYAT EDİLEN HASTALARIMIZIN PATOLOJİK VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Yasin Ceylan, Bülent Günlüsoy, Tansu Değirmenci, Zafer Kozacıoğlu,
Deniz Bolat, Serkan Yarımoglu, Süleyman Minareci

Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Kliniğimizde renal kitle nedeniyle ameliyat edilen hastalarımızın patolojik verilerini değerlendirdik.

Yöntem: Çalışmada 137 hasta verileri değerlendirildi. Hastalarımızın yaş ortalaması 56 (31-91) idi. Kitle boyutu ortalama 6,4 (2,3-16cm) olarak saptandı. Bu hastalardan 16 (%11,6) tümör boyutunun küçük olması ve yerleşimin uygun olması nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulandı. Bu hastalardan 4 (%25) tanesine laparoskopik parsiyel nefrektomi uygulandı. 121 hastaya radikal nefrektomi uygulandı. Bu hastalardan 33 (%27) hastaya laparoskopik nefrektomi uygulandı.

Bulgular: Parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastalardan 2 (%12) patolojisi onkositom ve anjiomyolipom idi. Radikal nefrektomi yapılan hastaların patolojik tanıları, berrak hücreli karsinom 74 (%54), papiller tip 17 (%13), kromofob hücreli tip 13 (%10), eosinofilik tip 6 (%5), TCC 7 (%5), onkositom 11 (%7), 3 hastada anjiomyolipom, birer ise diffüz B hücreli lenfoma, soliter fibröz tümör, epidermoid karsinom metastazı olarak patolojik tanı aldı. Parsiyel nefrektomi uyguladığımız hastalardan 2 (%12) patolojisi onkositom ve anjiomyolipom idi. Diğer 14 hasta ise berrak hücreli karsinomdu. Tüm hastalar değerlendirildiğinde; 16 (%11) benign patolojik tanı aldı.

Çıkarımlar: Böbrek tümörlerinin tedavisinde altın standart radikal nefrektomidir. Uygun vakalarda Laparoskopik cerrahi tercih edilmelidir. Böbrek kitlelerin hepsinin malign olmayabileceği unutulmamalı ve parsiyel nefrektomi uygun vakarda tercih edilmelidir.

PROSTAT KANSERİNDE PERİNÖRAL İNVAZYON İLE PROSTAT HACMİ, PSA, REKTAL MUAYENE VE YÜKSEK DERECELİ PROSTAT KANSERİ ARASINDA İLİŞKİ VAR MI?

Seyfettin Çiftçi¹, Kerem Teke¹, Emrah Simsek¹, Murat Üstüner¹, Ufuk Yavuz¹, Hasan Yılmaz¹, Bahar Müezzinoğlu², Özdal Dillioğlu¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Amaç: Perinöral invazyon'un (PNI), prostat kanserli (PCa) hastalarda prognostik değeri ve klinik önemi henüz yeterince çalışılmış değildir. Biz bu çalışmada, PCa'lı hastalarda, PNI ile prostat hacmi, PSA, parmakla rektal muayene (PRM) ve yüksek dereceli PCa (HGPCa) arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: 2008-2014 yılları arasında hastanemizde prostat biyopsisi yapılan ve PCa tanısı konulan 390 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaşı, patolojisinde PNI varlığı, transrektal ultrason ile ölçülen prostat hacmi, total PSA değerleri ve PRM verileri kaydedildi. PRM verileri şüpheli ve benign olarak kategorize edildi. Gleason 7 ve üzerinde olanlar HGPCa var, 7'nin altında olanlar ise HGPCa yok şeklinde sınıflandırıldı. Tek değişkenli ve çok değişkenli logistic regresyon analizi ile her bir parametrenin PNI ile ilişkisi değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 390 hastanın 267'sinde PNI (-), 123 tanesinde (+) idi. PNI (+) olanların yaş ortalaması 69.09 (±8.45) yıl, PNI (-) olanların yaş ortalaması 67.57 (±8.16) yıl idi. Prostat hacmi PNI (+) olanlarda 44.40 (±26.45) cc iken, PNI (-) olanlarda 48.02 (±28.07) cc idi. Yapılan tek değişkenli analizde prostat hacmi ile PNI arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, hem tek, hem de çok değişkenli logistic regresyon analizinde PNI ile log PSA, PRM ve HGPCa arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı (Tablo). Total PSA artışı, PRM pozitifliği ve HGPCa varlığının PNI oranını arttırdığı görüldü (Tablo).

Çıkarımlar: EAU Rehberinde PNI'un nodal metastaz ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Buna rağmen prostat biyopsilerindeki PNI'un prognostik değer ve klinik kullanımının net olmadığı belirtilmektedir. Sonuçlarımıza göre, PNI prostat hacminden etkilenmemektedir. Aksine, PRM, total PSA ve HGPCa varlığının PNI'ü doğrudan etkilediği görüldü. Hasta sayısının çok olduğu çalışmalarla bu sonuçların test edilmesi daha güvenilir sonuçlar için gereklidir.

Tablo 1. Ön görücü bağımsız parametrelerin, bağımlı değişken PNI'una (var/yok) göre tek değişkenli ve çok değişkenli analizi.

| Analiz Yöntemi | Bağımsız Parametreler | OR | CI (95%) | p |
|----------------|-----------------------|-------|--------------|-------|
| | Prostat hacmi | 0,995 | 0.986-1.003 | 0,238 |
| Tek Değişkenli | PRM | 5,433 | 3.15-9.366 | 0,001 |
| | PSA | 2,878 | 1.944-4.260 | 0,001 |
| | HGPCa | 8,623 | 3.057-24.322 | 0,001 |
| Çok Değişkenli | PRM | 3,448 | 1.940-6.131 | 0,001 |
| | PSA | 1,928 | 1.288-2.886 | 0,001 |
| | HGPCa | 4,371 | 1.496-12.770 | 0,007 |

ÜST ÜRİNER SİSTEM TÜMÖRLERİNDE SAĞKALIM ANALİZİ, MESANE TÜMÜRÜ ÖYKÜSÜ EN ÖNEMLİ PROGNOSTİK FAKTÖR MÜDÜR?

Bülent Akdoğan, Burak Çıtamak, Mesut Altan, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Üst üriner sistem değişici epitel hücreli kanserli (UUTTCC) hastalarda 5-yıllık sağkalım analizi yapmak.

Yöntem: 1990 temmuz ayından bu güne kadar 127 hastaya UUTTCC nedeniyle nefroüretrektomi ve mesaneden cuff çıkarılması ameliyatı yapıldı. Yaş, cinsiyet, anemi varlığı, mesane tümörü öyküsü, tümörün T evresi, derecesi, lokalizasyonu ve mesane rekürrensi varlığı prognostik faktörler olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 61.5 ± 1.02 yıl, ortalama takip süresi 57.3 ± 4.6 ay, erkek/kadın oranı: 104/23 olarak bulundu. Tek değişkenli 5-yıllık genel sağkalım analizinde; anemi varlığı, mesane tümörü öyküsü, tümörün T evresi, derecesi ve lokalizasyonu anlamlı değişkenler olarak bulundu (p değerleri sırasıyla; 0.006, <0.001, <0.001, 0.003, 0.045). Çok değişkenli analizde sağkalımı belirleyen en önemli parametreler; tümörün T evresi, derecesi ve mesane tümörü öyküsü olarak bulundu (HR sırasıyla; 1.903, 1.721 ve 2.040), (Tablo 1).

Çıkarımlar: Tümör evresi ve farklılaşması UUTTCC'de en önemli prognostik faktörlerdir. Mesane tümörü öyküsü kötü prognoza işaret etmektedir. Tümör yerleşiminin üreter veya renal pelvis olmasının prognostik önemi artan hasta sayısı yıllar içinde kaybolmuştur.

Tablo 1.

| Parametre | HR (95% CI) | p |
|----------------------|--------------------|-------|
| Yaş, yıl | 1.258(0.72-2.19) | 0.417 |
| Cinsiyet | 0.494 (0.22-1.07) | 0.076 |
| Mesane tümörü öyküsü | 2.040(1.07-3.87) | 0.029 |
| Evre | 1.903(1.034-3.504) | 0.039 |
| Derece | 1.721(1.146-2.584) | 0.09 |
| Lokalizasyon | 1.156(0.610-2.190) | 0.657 |
| Mesane rekürrensi | 1.024(0.595-1.762) | 0.931 |

ÜST ÜRİNER SİSTEM DEĞİŞİCİ HÜCRELİ KANSER TEDAVİSİNDE NEFROÜRETEREKTOMİ+PARSİYEL SİSTEKTOMİ OLGULARIMIZ

İyimsiz Üre¹, Ali Ülgen¹, Funda Canaz², Aydın Yenilmez¹, Cavit Can¹

¹Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Eskişehir

Amaç: Nefroüretrektomi+parsiyel sistektomi olgularımızın klinikopatolojik verilerinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Kliniğimizde üst üriner sisteme ait değişici hücreli kanser tanısıyla nefroüretrektomi+parsiyel sistektomi yapılan 30 olgunun onkolojik kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların klinik ve patolojik verileri değerlendirildi.

Bulgular: Ort. yaş $65,4 \pm 10,3$ (46-83) idi. Ortanca takip süresi 17 (1-125) ay idi. Hastaların 24 (%72,7)'ü erkek, 6 (%18,2)'si kadındı. Nefroüretrektomi 18 (%54,5) hastada sağa 12 (%36,4) hastada sola yapıldı. Nefroüretrektomi öncesi 10 (%30,3) olguda üreter alt ucu tümörü nedeniyle orifise TUR yapıldı. 1 (%3) olgunun pelvis renalis tümörüne perkütan rezeksiyon yapıldı. 19 (%57,6) hastada operasyon öncesinde bilinen mesane tümörü öyküsü mevcuttu. Bu hastalardan mesane tümörü patolojik evresi T2 olan 4 hasta ve CIS olan 2 hastaya radikal sistektomi de uygulandı. Patolojik inceleme sonuçları tablo 1'de özetlenmiştir. **Baskın patolojik odağı böbrek olan 4 olgunun 3'ünde patolojik inceleme renal hücreli kanser gelirken, 1 olguda kolon kanseri metastazı olarak gelmiştir.

Çıkarımlar: Üst üriner sistemin değişici hücreli kanserinde günümüzde minimal invaziv yöntemler yavaş yavaş kullanılmaya başlansa da, nefroüretrektomi+parsiyel sistektomi uygulaması altın standart yöntem olma özelliğini korumaktadır.

Tablo 1.

| | Evre | | | | | | |
|--------|-----------|-----------|-----------|----------|---------|----------|-------------|
| | Ta | T1 | T2 | T3 | T4 | DMPÜN* | Diğer |
| Mesane | 0 | 3 (%60) | 0 | 0 | 2 (%40) | 0 | 0 |
| Üreter | 2 (%15,4) | 5 (%38,5) | 2 (%15,4) | 3 (23,1) | 0 | 1 (%7,7) | 0 |
| Böbrek | 4 (%33,3) | 1 (%8,3) | 0 | 3 (%25) | 0 | 0 | 4** (%33,3) |

* DMPÜN: düşük malign potansiyelli ürotelyal neoplazi

VASKÜLER KLEMP SİZ NEFRON KORUYUCU CERRAHİ SONUÇLARIMIZ

İlker Tinay¹, Asgar Garayev¹, Ahmet Şahan¹, Hacı Murat Akgül², Yılören Tanıdır³, Ferruh Şimşek¹, Niyazi Levent Türkeri¹

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

²S.B. Tuzla İlçe Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

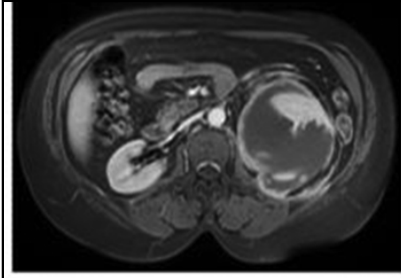
³İzmit Seka Devlet Hastanesi, Kocaeli

Amaç: Vasküler klempsiz olarak uygulanan nefron koruyucu cerrahi (NKC) tekniğinin peroperatif ve postoperatif kısa-dönem takipte güvenliğini, böbrek fonksiyonları üzerine olan etkisini ve onkolojik sonuçlarını inceledik.

Yöntem: 2009-2014 yılları arasında kliniğimizde NKC uygulanan 93 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların hepsi tek taraflı böbrek kitlesine ve kontralateral normal böbreğe sahipti. Cerrahi teknik olarak; 45 derece lateral dekübitus pozisyonunda 11 ve 12. kotlar arasından yapılan interkostal flank insizyonla retroperitoneal yaklaşım uygulandı. Kitle eksizyonu yapılmadan önce, güvenlik amaçlı böbrek damarları disseke edilerek damar askıları yardımıyla korundu.

Bulgular: Toplam 63 hastaya vasküler klempli (A grubu) ve 30 hastaya vasküler klemp uygulanmadan (B grubu) NKC yapıldı (tablo 1):. Ortanca tümör boyutu karşılaştırıldığında gruplar arasında fark saptanmadı: A grubu 40 (15-80) mm ve B grubu 35 (13-70) mm ($p = 0,96$). Ortanca kanama miktarı B grubunda daha fazla saptansa da (300 ml), bu sonuç istatistiksel anlamlı fark oluşturmadı ($p > 0,05$). Pozitif cerrahi sınır saptanma oranları arasında istatistiksel fark saptanmadı ($p > 0,05$). Postoperatif 1. gün bakılan kreatinin değeri ve hemoglobin değerine göre gruplar arası fark saptanmadı ($p > 0,05$), ancak 1. ay bakılan kreatinin değerleri A grubunda daha yüksek saptandı. Preoperatif kreatinin değerine göre karşılaştırıldığında; B grubunda postoperatif kreatinin düzeyinde anlamlı yükselme saptanmazken, A grubunda hafif yükselme izlendi ($p = 0,012$). Per- ve postoperatif komplikasyon oranları açısından gruplar arasında fark saptanmadı ($p = 0,05$). Hasta takiplerinde, cerrahi veya cerrahi dışı nedenli ölüm izlenmedi.

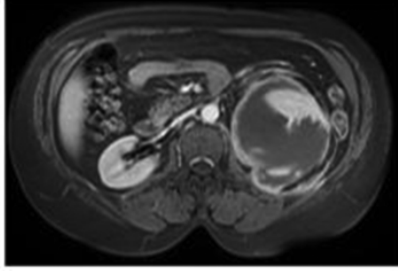
Çıkarımlar: Uygun seçilmiş hastalarda, vasküler klemp uygulanmadan yapılan NKC ameliyatı pozitif cerrahi ve onkolojik sonuçları ile güvenli bir tercihtir.



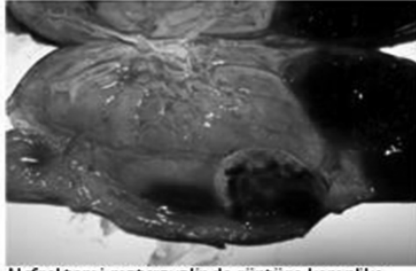
Rüptür sonrası MRI inceleme



Rüptür sonrası CT inceleme



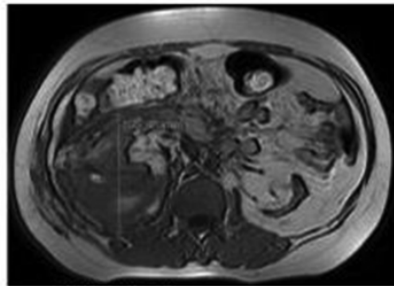
Rüptür sonrası MRI inceleme



Nefrektomi materyalinde rüptüre komplike kistin görünümü



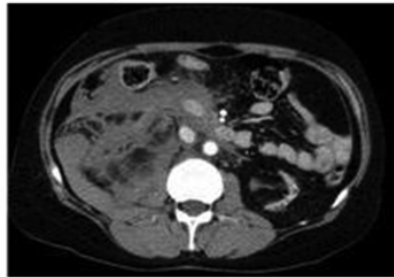
MRI görüntüleme



MRI görüntüleme



CT görüntüleme



CT görüntüleme

Şekil 1.

Tablo 1. Gruplar arası karşılaştırma

| | Klemppli | Klempsiz | Toplam | P |
|------------------------------------|---|---|-------------------------------------|----------|
| | N:63 | N:30 | Median(25th-75th percentile) | |
| Cinsiyet (E/K) | 39 / 24 | 13 / 17 | 52 / 41 | 0,09 |
| Yaş (yıl) | 55 | 52 | 53 (46-60) | 0,07 |
| Tümör boyutu (mm) | 40 | 35 | 35 (25-45) | 0,96 |
| Ameliyat süresi (dk.) | 215 | 245 | 215 (187-250) | 0,95 |
| Pre-op kreatinin (mg/dL) | 0,82 | 0,77 | 0.78 (0.67-0.96) | 0,73 |
| Post-op kreatinin (mg/dL) (Gün 1) | 0,93 | 0,9 | 0.86 (0.71-1.09) | 0,62 |
| Post-op kreatinin (mg/dL) (1ci ay) | 0,96 | 0,83 | 0.84 (0.70-1.0) | 0,41 |
| Pre-op hemoglobin | 13,4 | 13,7 | 13.9 (12.4-14.8) | 0,53 |
| Post-op hemoglobin (Gün 1) | 10,9 | 10,5 | 10.7 (10.1-12.0) | 0,59 |
| Kanama miktarı (ml) | 200 | 500 | 300 (200-500) | 0,77 |
| Kan takviyesi (Ü) | 0,4 | 1 | 0,71 | 0,048 |
| Dren çekilme günü | 3 | 3 | 3 | 1 |
| Cerrahi sınır poz. | 3 | 1 | 4 | 1 |
| Komplikasyon | 5 (3 urinoma, 1 pulmonary emboli,1 perirenal abcess) | 7 (2 urinoma, 4 pulmonary emboli,1 perirenal hematoma) | 12 | 0,05 |
| Sonda çekim günü | 2 | 2 | 2 | 1 |

WUNDERLICH SENDROMLU İKİ OLGU

Mehmet Çetinkaya¹, Tuna Mut¹, Hasan Deliktaş¹, Ömer Erdoğan¹, Neşat Çullu², Hayrettin Şahin³

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Muğla

Amaç: Wunderlich sendromu (WS) travmatik olmayan spontan perirenal ve supkapsuler alana olan renal kanama olarak tanımlanmıştır. Çok nadir görülen bir durumdur

Etyolojisi farklı olan WS'li iki vakamızı sunuyoruz.

Yöntem: Vaka 1: 61 yaşında bayan hasta, kliniğimize ani başlangıçlı sol flank ağrı ile başvurdu. Hikayesinde travma hikayesi, antikoagulan kullanımı olmayan hastanın kliniğinde tansiyon 100/60mmHg nabız 103atım/dk solunum 24/dk ateş:37.1°C, labarotuvuar değerleri: Hb: 11, Htc: 34, WBC: 14800 ilk yapılan yapılan ultrason incelemede 30x40mm boyutunda perirenal alanda sıvı.Hemogram takibindeyken htc ve hb (Htc:21, Hb:7.3)'in ani düşmesi üzerine yapılan CT görüntüleme perirenal bölgeyi dolduran yoğun sıvı ve üst polden kaynaklı rüptüre kist olarak raporlandı (Şekil 1). Hastaya ilk planda konservatif yaklaşım planlanarak yakın takibe alındı ve toplam 5 Ü eritrosit süspansiyonun, 3 Ü taze donmuş plazma transfüzyonu uygulandı. Tekrarlanan CT incelemelerde hematomun minimal genişlediği ve hemodinamik bulgular ve Hb/Htc nin stabil kaldığı izlendi. MRI sonucunda rüptüre olmuş solid kompenetler içeren komlike kist olarak raporlanması üzerine hastaya radikal nefrektomi yapıldı patolojik inceleme sonucunda Fuhrman grade2, clear cell Renal Cell Ca olarak tanımlandı.

Vaka 2: 33 yaşında bayan hasta, ani başlangıçlı sağ flank ağrı ile acile başvurdu. Hikayesinde dokuz yıldır SLE (sistemik Lupus Erimatosus)'ye bağlı kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyaliz gören hasta. Tetkiklerinde Htc: 27 Hb: 8,4 INR:1,2 üre:64 kreatin:5,4 tansiyon 95/60: Nabız: 96atım/dk solunum: 20 CT görüntüleme: sağ perirenal alanda 15x10x9cm boyutunda hemotom lehine heterojen kitle (Şekil 2). Konservatif yaklaşım uygulanarak hastaya 4Ü eritrosit süspansiyonu, 2Ü taze donmuş plazma transfüzyonu uygulandı. Aktif kanamanın durması ve genel durumunun stabil seyretmesi üzerine 10 günlük takip sonra taburcu edildi.

Bulgular: Her iki hastanın tedavisinde ilk planda konservatif tedavi planlanarak acil cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulmamıştır. Sadece 1. Vaka da hastanın sonraki MRI değerlendirmelerinde komplike kist tespit edilmesi üzerine hasta stabil iken nefrektomi ameliyatına gereksinim duyulmuştur. 2. Vaka da kanama sebebi olarak SLE ye bağlı vasküler hastalık nedeniyle olduğu düşünülse de etyolojis tam olarak aydınlatılamamıştır.

Çıkarımlar: Wunderlich sendromu ilk kez 1856 yılında Wunderlich tarafından tanımlanmıştır. Etyolojisinde %61,5 tümör (%31 malign en sık renal cell ca, %29,7 bening en sık anjiomiyolipom), %17 vasküler hastalık, %2,4 enfeksiyon ve %6,7 idiopatik nedenler yatmaktadır(1). Spontan retroperitoneal hemoraji (SRH) tedavisinde en yaygın tercih konservatif tedavi seçeneği olmakla beraber gerektiğinde selektif arter embolizasyonu ve nefrektomi de bir tedavi seçeneğidir. SRH'nin etyolojisinde malign hastalıkların da yüksek olma ihtimalinden dolayı etyolojisi aydınlatılamamış ve konservatif tedavi uygulanan hastaların da uzun dönem CT veya MRI ile takibi önerilmiştir (2).

ABO KAN GRUBUNUN ÜST ÜRİNER SİSTEM DEĞİŞİCİ EPİTEL HÜCRELİ KANSERLERİNDE SAĞKALIMA ETKİSİ

Burak Çıtamak, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Fatih İleri, Emin Mammadov, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Üst üriner sistem değişici epitel hücreli kanserlerinde (UUTTCC) ABO kan gruplarının sağkalım üzerine etkisini araştırmak.

Yöntem: Mart 2001 ila Ocak 2014 tarihleri arasında UUTTCC nedeniyle nefroüretrektomi ve mesane cuff'ı çıkarılan 127 hastadan verileri tam olan 73 hastanın bilgileri retrospektif olarak incelendi. Kan grupları (A, B, 0, AB), yaş, cinsiyet, ortalama takip süreleri, ile SPSS ile analiz edildi.

Bulgular: Hastaların 60'ı (%82,2) erkek, 13'ü (%17,8) kadın; ortalama yaşı $63,56 \pm 1,2$ yıl; ortalama takip süresi $42,82 \pm 5,2$ ay olarak bulundu. Hastaların 35'i (%47,9) A kan grubu, 8'i (%11) B kan grubu, 6'sı (%8,2) AB kan grubu, 24'ü (%32,9) 0 kan grubuydu. Hastaların ortalama 5-yıllık genel sağkalım oranı %65 olarak bulundu. kan gruplarına göre ortalama 5-yıllık genel sağkalım oranları A, B, AB, 0 için sırasıyla %54, %66, %55, %78 olarak bulundu. Tek değişkenli analizde 0 kan grubunun diğerlerine göre daha iyi sağkalım oranına sahip olduğu görüldü ($p = 0,037$). Diğer kan grupları arasında sağkalım farkı bulunmadı ($p = 0,184; 0,217; 0,855$).

Çıkarımlar: UUTTCC'de tümörün evresi, derecesi (grade) ve mesane tümörü öyküsünün prognozu etkilediği bilinmektedir. Kan gruplarının sağkalıma etkisi literatürde bildirilmemiştir. Çalışmamızda ilk kez "0" kan grubuna sahip olmanın diğer gruplara göre daha iyi sağkalım vaad ettiği ortaya konulmuştur.

EKSTRAGONADAL GERM HÜCRELİ TÜMÖRLERDE RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU

Burak Çıtamak¹, Emrullah Söğütülen¹, Mesut Altan¹, Emin Mammadov²,
Bülent Akdoğan¹, A. Haluk Özen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Ekstragonadal germ hücreli tümörler (EGGHT)'de retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) deneyimimizin sunulması.

Yöntem: Mart 1991 ile Kasım 2013 tarihleri arasında retroperitoneal yerleşimli EGGHT tanısı konan ve bu nedenle retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) yapılan 14 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalar RPLND öncesi sisplatin bazlı kemoterapi ile tedavi aldı. Takiben tüm hastalara RPLND yapıldı. Hastaların görüntüleme kitle boyutu, kemoterapi öncesi ve sonrası AFP, HCG değerleri kaydedildi. Veriler SPSS programında analiz edildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 38.8 ± 3.7 yıl ortalama takip süresi 24.1 ± 5.9 ay olarak bulundu. Retroperiton biyopsisinde 13 hastaya (%93) non-seminom, 1 hastaya seminom tanısı konuldu. Kemoterapi öncesi AFP ortalaması 4548 (1-40333), HCG ortalaması 69599 (1-800000); kemoterapi sonrası AFP ortalaması 19.9 (1-114) HCG ortalaması 2434 (1.2-33654) olarak bulundu. Kemoterapi öncesi hastaların hepsinde en az bir tümör belirteci yüksek bulunurken bu hastalardan 4'ünün (%28) kemoterapi sonrası tümör belirteçleri normale döndü. Kemoterapi sonrası tümör belirteçleri normale dönen hastalardan 1'i (%25) hastalık nedeniyle kaybedildi. Hastaların RPLND patolojilerinde 8'i (%57) nekroz, 5'i (%35) non-seminomatöz, 1'i ise (%8) seminomatöz histolojideydi. Ortalama kitle boyutu 7.8 ± 0.92 cm olarak bulundu. Hastaların 9'u (%64) hastalık nedeniyle kaybedildi. Bu hastaların 3'ünde (%33) RPLND sonrası uzak metastaz görülürken 1'inde (%11) retroperitoneal nüks görüldü. Ameliyat sonrası yaşamını yitirenlerin ortalama yaşam süresi 12.4 ± 3.9 ay olarak bulundu.

Çıkarımlar: EGGHT oldukça nadir görülen ve mortalitesi yüksek bir hastalık olup, EGCCCC'ye göre hastaların çoğu yüksek risk grubundadır. Kemoterapi sonrası RPLND, tedavinin ana parçasını oluşturur.

PSA DÜZEYİ 4-10 NG/ML ARASINDA OLAN HASTALARDA YAŞ VE S/T PSA ORANININ PROSTAT KANSERİ YAKALAMADAKİ ÖNEMİ

Mesut Altan, Burak Çıtamak, Emin Mammadov, Tarik Asi, Bülent Akdoğan, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Serum prostat spesifik antijen (PSA) düzeyleri 4 ile 10 ng/mL olan hastalarda serbest PSA oranının, hasta yaşının, alınan kor sayısının prostat kanserini tespit etmedeki rolünü araştırmak.

Yöntem: Mart 2001 Ocak 2014 tarihleri arasında serum PSA düzeyleri 4 ile 10 ng/mL olup fizik muayene ve görüntülemesi normal; ultrason eşliğinde transrektal prostat biyopsisi yapılan 1448 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hasta yaşı (<50 yaş, 51-60 yaş, 61-70 yaş, 70 yaş üzeri), serbest PSA/PSA oranı(%0-%10, %0-%15,%0-%20, %0-%30), alınan kor sayısı (10 kor, 12 kor) ile biyopside kanser yakalama riski arasında ilişki araştırıldı. Veriler SPSS 17 programında analiz edildi.

Bulgular: 1448 hastanın 336'sında (%23,2) prostat kanseri tespit edildi. Yapılan tek değişkenli analizde ileri yaş ($p<0,001$) ve sPSA/PSA oranının %10, %15 ve %20'nin altında olması ($p<0,01$) ile kanser riski arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Biyopside alınan kor sayısı ($p=0,908$) ile kanser riski arasında bir ilişki bulunamadı (Tablo 1). Çok değişkenli analizde sPSA/PSA oranının %15'in (%0-%10, %0-%15) altında olması (HR sırasıyla: 2.083, 1.693), hasta yaşının artması biyopsi sonrası kanser riskini öngören önemli parametreler olarak bulundu (Tablo 2).

Çıkarımlar: Serum PSA seviyeleri 4-10 ng/mL arasında olan hastalarda sPSA/PSA oranının %15'in altında olması ve hasta yaşının artması kanser riskini artıran önemli parametrelerdir.

Tablo 1.

| Parametreler | | Biyopsi sonucu | | | p |
|------------------------|--------|----------------|------------|------------|--------|
| | | Kanser var | Kanser yok | Total | |
| | >50 | 7 (9,5) | 67 (90,5) | 74 (100) | |
| Hasta yaşı, yıl, n (%) | 51-60 | 84 (17,1) | 406 (82,9) | 490 (100) | <0,001 |
| | 61-70 | 151 (24) | 477 (76) | 628 (100) | |
| | >70 | 94 (36,7) | 162 (63,3) | 256 (100) | |
| Kor sayısı (%) | 10 | 217 (23,1) | 722 (76,9) | 939 (100) | 0,908 |
| | 12 | 119 (23,4) | 390 (76,6) | 509 (100) | |
| sPSA/PSA, n (%) | %0-%10 | 59 (41,3) | 84 (58,7) | 143 (100) | <0,001 |
| | %0-%15 | 131 (31,7) | 282 (68,3) | 413 (100) | <0,001 |
| | %0-%20 | 196 (26,2) | 553 (73,8) | 749 (100) | 0,002 |
| | %0-%30 | 267 (23,6) | 863 (76,4) | 1130 (100) | 0,227 |

Tablo 2

| Parametreler | | HR (%95 CI) | p |
|------------------------|--------|-------------------|--------|
| | <50 | 1 | <0,001 |
| Hasta yaşı, yıl, n (%) | 51-60 | 0,103 (0,04-0,24) | <0,001 |
| | 61-70 | 0,263 (0,17-0,39) | <0,001 |
| | <70 | 0,474 (0,33-0,67) | <0,001 |
| Kor sayısı (%) | | 0,921 (0,70-1,21) | 0,291 |
| | %0-%10 | 2,083 (1,33-3,26) | 0,001 |
| sPSA/PSA, n (%) | %0-%15 | 1,693 (1,14-2,51) | 0,009 |
| | %0-%20 | 1,230 (0,83-1,80) | 0,291 |
| | %0-%30 | 1,029 (0,61-1,72) | 0,913 |

RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİDE LEVATOR ANİ KASI İLE KONTİNANS KORUYUCU ÜRETRAL SÜSPANSİYON ANASTOMOZ YÖNTEMİNİN SONUÇLARI

Mehmet Kaynar, Murat Akand, Emre Altıntaş, Özcan Kılıç, Murat Gül, Serdar Gökteş

Selçuk Üniversitesi Selçuklu Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Konya

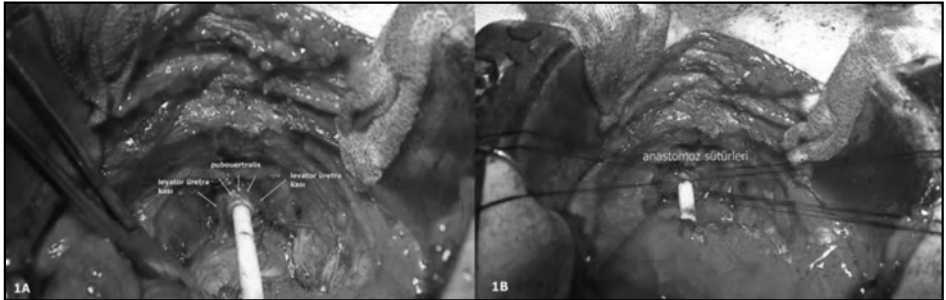
Amaç: Radikal Prostatektomi’de cerrahi yöntemler hızla gelişmesine rağmen prostatektomi sonrası hasta yaşam kalitesi önemli derecede etkileyen üriner inkontinans sık olarak gözlenmektedir. Preoperatif komorbiditeler, hasta anatomisi, intraoperatif cerrahi teknikler gibi birçok sebep inkantinans için risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu sunuda radikal retropubik prostatektomide kontinans koruyucu olarak yapılan levator ani kasi ile üretral süspansiyon anastomoz yönteminin sonuçları sunulmuştur.

Yöntem: Kliniğimizde haziran 2012- mart 2014 arasında Levator Ani kasi ile üretral süspansiyon anastomozu uygulanarak gerçekleştirilen toplam 74 radikal prostatektomi hastasının sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Üretral anastomoz tekniği levator ani kasının levator üretra ve pubouertralis lifleri ile uretral süspansiyon yapılarak gerçekleştirildi (Şekil 1).

Bulgular: Hastaların yaş aralığı ortalama 63,58 (47-74) yıl, PSA ortalama 8,73 (4-41) ng/dl, Prostat hacmi 53,63 (30-130) ml, 2 hastada gleason skor 5 (%6,7) hastada cerrahi sınır pozitifliği, 7 (%9,4) hastada ekstra kapsüler yayılım mevcut olarak saptandı. 2 hastada 6 ay sonra tamamen düzelen stres tipi inkontinans bir hastada ameliyat sonrası birinci yılda tamamen düzelen orta dereceli (günlük 1-2 pad) inkontinans saptandı. İnkontinansı bir yıl devam eden hastada cerrahi sınır pozitifliği ve ekstrakapsüler yayılım mevcut olarak değerlendirildi.

Çıkarımlar: Radikal retropubik prostatektomi’de yüksek kontinans oranlarına sahip üretral süspansiyon anastomoz yöntemi laparoskopik ve robotik radikal prostatektomi’de de etkin, güvenilir, kolay bir yöntem olarak uygulanabilir.



Şekil 1.

PRİMER RENAL SİNOVYAL SARKOM: NADİR BİR OLGU SUNUMU

Okan Baş¹, Mehmet Sinan Başay¹, Emine Benzer², Taha Numan Yıkılmaz¹, İsmail Selvi¹, Ali İhsan Arık¹

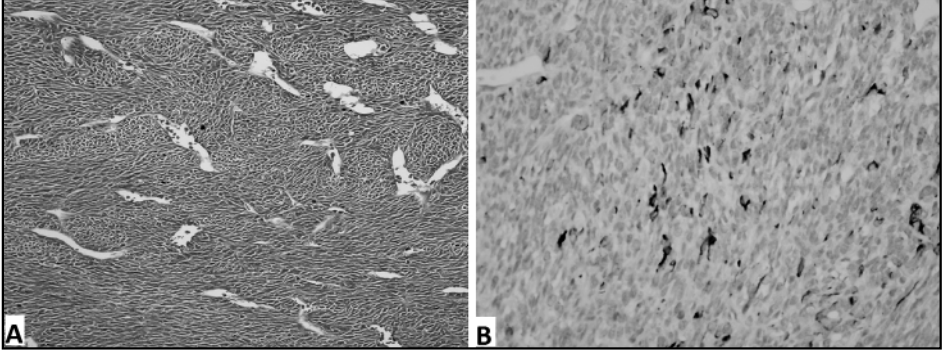
¹Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

²Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Amaç: Sinovyal Sarkom (SS) öncelikle yumuşak dokuda görülen bir tümördür. Primer renal SS ise çok nadir görülen bir neoplazi olup, literatürde 60 civarında olgu mevcuttur. Böbreğin embriyonel sarkoması olarak tanımlanan olguların alt tipini teşkil etmekte ve ileri evre renal hücreli karsinomu klinik olarak taklit edebildiğinden doğru tanıyı koymak zordur. Patolojik olarak da yetişkin tip Wilms tümörü, sarkomatoid renal hücreli karsinom ve indeferansiye karsinom gibi böbreğin diğer iğsi hücreli tümörlerinden ayırt etmek zordur. Klinik ve patolojik olarak transizyonel hücreli karsinomdan ayırt edilemeyen ancak kesin patolojide primer böbrek SS olan bir vakayı sunduk.

Yöntem: 47 yaşında erkek hasta birkaç aydır olan sol yan ağrısı ve karın ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Abdomen ultrasonografide sol renal kitle saptanması üzerine yapılan Torakoabdominal bilgisayarlı tomografide (BT) sol böbrek alt pol kaynaklı 90x70x60 mm kitle saptandı. Hastaya transperitoneal açık sol radikal nefrektomi uygulandı. Patoloji sonucu transizyonel hücreli karsinom (tümör renal kalikse invaze, ureter cerrahi sınırdan pozitif) olarak raporlandı. Hastaya 2 hafta sonra ureter güdüğüne üreterektomi ve mesane cuff eksizyonu uygulandı. Patoloji sonucu nonneoplastik doku olarak raporlandı. Hastaya 2 ay sonra mekanik ileus nedeniyle yapılan BT de akciğerde yaygın metastatik pulmoner nodüller, dalak komşuluğunda, paraaortik alanda, paravertebral alanda, sol psoas kasına invaze 5 cm multiple kistik nekrotik alan saptandı. Eksplore edilen hastaya splenektomi ve mevcut retroperitoneal kitlelere debulking rezeksiyon yapıldı. Patolojisi primer renal SS ile uyumlu bulundu ve ilk değerlendirilen nefrektomi materyali ile yeniden incelendiğinde histomorfolojilerinin aynı olduğu tespit edildi. 1 ay sonraki BT'de karaciğerde metastaz, operasyon lojunda 15x10 cm ve sol surrenal lojda 4,5x4 cm kitle ile birlikte büyüğü 2,5x1 cm olan birkaç adet LAP saptandı. Tek doz doxorubisin uygulandı. 1 ay sonra genel durumu kötüleşen hasta exitus oldu.

Çıkarımlar: Tedavide ilk yaklaşım cerrahi rezeksiyon olup adjuvan veya neoadjuvan kemoterapinin yeri tartışmalıdır. Histopatolojik tanısı zor olup immünohistokimyasal inceleme ve sitogenetik değerlendirme sonrası tanı konulabilmektedir. Moleküler çalışmalarda olguların %90'dan fazlasında kromozom translokasyonu t(X;18) (p11;q11) ile karşılaşılmaktadır. Sinovial sarkomlarda FISH analizinde %95 civarında pozitif olduğu bildirilen SYT gen translokasyonu, bu olguda hastamıza uygulanmadı. Klinik ve histolojik olarak böbrekte SS tanısı kolaylıkla konulamamıştır ve solid renal kitlelerin ayırıcı tanısında düşünülmesi gerekmektedir.



Şekil 1.

HASTA YAŞININ RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİ SONRASI BİYOKİMYASAL REKÜRRENSİZ SAĞ KALIMA ETKİSİ

Cüneyt Özden, Binhan Kağan Aktaş, Süleyman Bulut, Güven Erbay, Süleyman Tağcı, Cevdet Serkan Gökkaya, Mehmet Murat Baykam, Ali Memiş

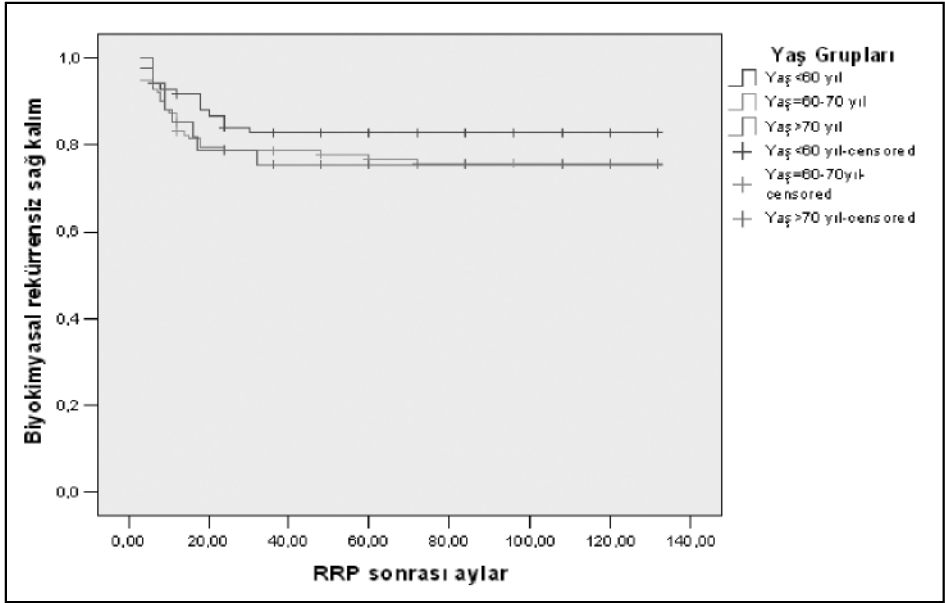
S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Bu çalışmada hasta yaşı ile radikal retropubik prostatektomi (RRP) sonrası biyokimyasal rekürrenssiz sağ kalım (BRSK) arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya klinik lokalize prostat kanseri tanısı ile RRP uygulanmış 305 hasta dahil edildi. Hastalar yaşlarına göre <60, 60-70 ve >70 olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Gruplarda yer alan hastaların patolojik bulguları, biyokimyasal rekürrens (BR) ve BRSK oranları karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı $62,8 \pm 6,1$ yıl, serum prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi $10,8 \pm 6,9$ ng/ml ve prostat volümü $46,2 \pm 22,1$ ml idi. 103 hasta (%33,8) <60 yaş, 157 hasta (%51,5) 60-70 yaş arası ve 45 hasta (%14,8) >70 yaş idi. Yaş grupları arasında cerrahi sınır pozitifliği (CSP), seminal vezikül invazyonu (SVI), lenf nodu tutulumu (LNT), RRP spesmenindeki Gleason skoru (GS) ve BR oranları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Yaş >70 olan grupta organ dışı hastalık ve ekstrakapsüler yayılım (EKY) görülme oranı diğer yaş gruplarına göre anlamlı derecede daha düşüktü (Tablo). Ortalama $71,2 \pm 37,3$ aylık takip sonrası 55 hastada (%20,9) BR tespit edildi. Tüm olguların 3; 5 ve 10 yıllık BRSK oranları sırasıyla %88,9; %84,6 ve %78,6 olarak tespit edildi. Ortalama BRSK süresi ise $106,3 \pm 3,1$ ay (%95 CI: 100,3-112,4) olarak hesaplandı. Yaş grupları arasında BRSK oranları bakımından fark yoktu ($P = 0,44$; Kaplan Meier metodu, Şekil). Çok değişkenli Cox regresyon analizinde (backward stepwise) BR ile ilişkili faktörler EKY (RR: 2,75; %95 CI: 1,5-4,9; $P = 0,001$), SVI (RR: 3,25; %95 CI: 1,7-6,1; $P = 0,0001$), CSP (RR: 2,74; %95 CI: 1,4-5,5; $P = 0,005$) ve RRP spesmenindeki GS $\geq 4+3$ (RR: 1,91; %95 CI: 1,1-3,4; $P = 0,03$) olarak tespit edildi. Preoperatif PSA düzeyi ve hasta yaşı BR ile ilişkili değildi.

Çıkarımlar: RRP uygulanan >70 yaş hastalarda organ dışı hastalık ve EKY daha genç hastalara göre daha az oranda görülmektedir ancak hasta yaşı BRSK ile ilişkili bağımsız bir prognostik faktör değildir.



Şekil 1.

Tablo 1. Yaş gruplarının olumsuz patolojik özellik ve BR oranları

| | <60 yaş | 60-70 yaş | >70 yaş | p* |
|---------------------|------------|-------------|------------|------|
| | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Organ dışı hastalık | 26 (%23,9) | 68 (%62,4) | 15 (%13,8) | 0,01 |
| EKY | 21 (%24,4) | 55 (%64,0) | 10 (%11,6) | 0,02 |
| SVI | 9 (%23,1) | 23 (%59,0) | 7 (%17,9) | 0,32 |
| CSP | 15 (%25,9) | 33 (%56,9) | 10 (%17,2) | 0,36 |
| LNT | 6 (%37,5) | 8 (%50,0) | 2 (%12,5) | 0,94 |
| Serum PSA | | | | |
| <10 ng/ml | 67 (%38,5) | 86 (%49,4) | 21 (%12,1) | |
| 10-20 ng/ml | 28 (%29,2) | 49 (%51,0) | 19 (%19,8) | |
| >20 ng/ml | 8 (%22,9) | 22 (%62,9) | 5 (%14,3) | 0,16 |
| RRP spesmen GS | | | | |
| ≤3+4 | 84 (%36,1) | 115 (%49,4) | 34 (%4,6) | |
| ≥4+3 | 19 (%26,8) | 41 (%57,7) | 11 (%15,5) | 0,34 |
| BR | 14 (%25,5) | 33 (%60,0) | 8 (%14,5) | 0,44 |
| *Ki-Kare testi | | | | |

ABDOMİNAL İNMEMİŞ TESTİS VAKASINDA SPLENOGONADAL FÜZYON İLE RASTLANTISAL OLARAK SAPTANAN TESTİKÜLER KANSER

Ali Tekin, Coşkun Kaçağan, Dursun Baba

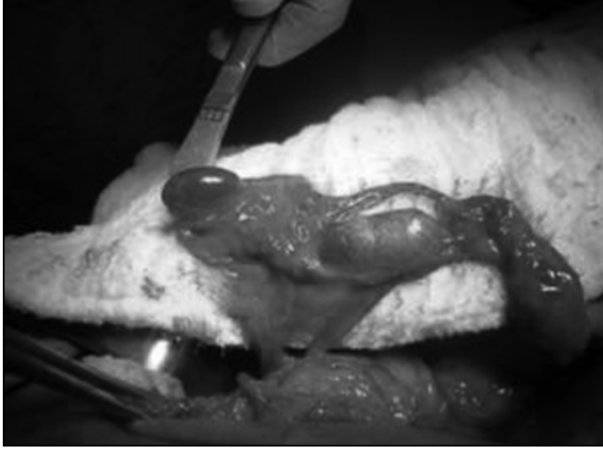
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

Amaç: İnmemiş testis, yenidoğan erkeklerde %1,63-5,9 oranında karşılaşılan en sık konjenital anomalilerden birisidir. Splenogonadal füzyon nadir görülen embriyolojik dönemin 5 ile 8. haftalarında meydana gelen dalağın gonad ile füzyonu sonucunda oluşan bir patolojik durumdur. Ektopik dalak dokusu çoğunlukla sol testisin üst kutbunda bulunur. Bu durum testis kanseri veya adenomatoid epididim tümörleri ile karışmaktadır. Günümüze kadar 150 civarında vaka bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde inmemiş testis olgularında splenogonadal füzyon ile birlikte testiküler kanserin gelişme oranının çok düşük bir ihtimal olduğu ve günümüze kadar bildirilen vaka sayısının 4 olduğu saptanmıştır. Literatürdeki 5.vaka bizim vakamızdır.

Yöntem: 15 yaşındaki erkek hasta bilateral inmemiş testis ile başvurdu. Yapılan BT incelemesinde solda pelvik girimde desenden kolona ve psoas adelesine komşu iki adet oval şekilli 2x1cm yumuşak doku yoğunluğu izlendi (intraabdominal testis). Yapılan MR da solda inen kolon posteromedial komşuluğunda 13x20 mm ebadında ve bu lezyonun 2 cm inferiorunda psoas kası lateral komşuluğunda 10x11 mm homojen kontrastlanan iki adet solid nodüller lezyon izlendi (İnmemiş testis?). Preoperatif tümör markerları normal değerde saptandı.

Bulgular: Sol inguinal eksplorasyon ile sol testise ulaşıldı ve komşuluğunda 2x1 cm kitle tespit edildi (Şekil 1) Testisin atrofik olmasından dolayı testis ve komşuluğundaki kitle eksize edildi. Ardından sağ inguinal eksplorasyon ile sağ testis bulundu. Sağ testisin skrotuma indirilemeyeceğinin görülmesi üzerine inguinal bölgede cilt altı poş oluşturularak testis poşa tespit edildi. Patoloj sonucu: Sol testis kitle, eksizeyon materyali; seminom. İntratubuler germ hücreli neoplazi ve akseuar olarak raporlandı. Metastaz araştırmasında metastatik oluşuma rastlanmadı. Ardından girişimsel radyoloji eşliğinde sağda cilt altındaki testisten tru cut ile biyopsi alındı. Biyopsi sonucunda maligniteye rastlanmadı. Hastaya profilaktik radyoterapi tedavisi uygulandı. Postoperatif 1. yılda herhangi bir metastaza rastlanmadı.

Çıkarımlar: Splenogonadal füzyon nadir görülen bir konjenital malformasyondur. En yaygın başvuru sebepleri arasında skrotal kitle, inmemiş testis veya inguinal herni tabloları yer almaktadır. Splenogonadal füzyon ile en sık görülen anomali kriptorşidizm dir. Bizim olgumuzda sağ intra abdominal testisin skrotuma indirilmesinin mümkün olmadığı görüldüğünden sonra sağ testis cilt altında oluşturulan poşe yerleştirildi ve ileriki dönemlerde de kanser gelişmesi riski açısından muayenesi kolaylaştırılmış oldu. Sol testisin patoloji sonucunun seminom gelmesinden sonra %3 karşı testiste de kanser gelişme olasılığının olmasından ötürü hastanın sağ testisine invazive radyoloji eşliğinde tru cut biopsi alındı. Patoloji sonucu malignite yok şeklinde raporlandı.



Şekil 1.

PARATESTİKÜLER FİBRÖZ PSEUDOTÜMÖR OLUŞUMUNDA HİDROSEL NEDEN Mİ, SONUÇ MU?

Hasan Deliktaş¹, Ahmet Doğan¹, Yelda Dere², Hayrettin Şahin¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji, Anabilim Dalı, Muğla

Amaç: Paratestiküler fibröz pseudotümör; tunika vaginalis, epididim ve spermatik kord gibi intraskrotal dokulardan kaynaklanan, yavaş büyüyen, ağrısız ve nadir görülen bir kitledir. Bu kitleler oldukça nadir görüldükleri için etyolojileri tam olarak bilinmemektedir. Travma, enfeksiyon ve hidroselin paratestiküler fibröz pseudotümörün nedeni olabileceği ileri sürülmektedir. Paratestiküler fibröz pseudotümörü olan hastaların yaklaşık %50'sinde hidrosel bulunduğu için hidrosel bu tümörün bir nedeni olarak gösterilmektedir. Fakat bu konuda kesin kanıtlar yoktur. Paratestiküler fibröz pseudotümör oluşmasında, hidroselin immünolojik reaksiyonu tetiklediği mi, yoksa bu tümörlere neden olan immünolojik reaksiyonun aynı zamanda, tunika vaginaliste oluşturduğu fibrozise bağlı oluşan doku kalınlaşmasının mı hidrosele neden olduğu kesin değildir.

Yöntem: 19 yaşında sağ testiste ağrısız büyüyen bir kitle ve sağ hidrosel nedeniyle hastanemize başvuran hastanın 3 yıl önce sağ skrotal travma hikayesi vardı. Tümör belirteçleri normal olan hastanın, ultrasonografik ve MR değerlendirmesinde sağ epididimiste büyüğü 25x30 mm olan ve paratestiküler alanda büyüğü 10 mm olan çok sayıda nodül ve sağ hidrosel tesbit edildi.

Bulgular: Hastanın kitleleri eksize edildi ve hidroselektomi yapıldı. Patoloji, Paratestiküler fibröz pseudotümör olarak değerlendirildi ve tunika vaginaliste diffuz fibrozis tesbit edildi. Benzer şekilde plevrada bulunan fibroadenomların histopatolojik değerlendirmesinde, plevrada fibröz doku kalınlaşması, fibröz dokular arasında lenfoplazmatik infiltrasyon tesbit edilmektedir. Bu hastalarda immünolojik reaksiyona bağlı, plevrada oluşan fibröz doku kalınlaşması sonucu pleval effüzyonun oluştuğu bilinmektedir. Yine perikardial ve periarterial fibroadenomlarda perikardial ve periarterial effüzyon olduğu tesbit edilmiştir.

Çıkarımlar: Biz hidroselin paratestiküler fibröz pseudotümörün bir nedeni olmadığını, pleval ve perikardial fibroadenomlarda olduğu gibi tümörün oluşmasına neden olan immünolojik reaksiyonun aynı zamanda tunika vaginalisi etkileyerek tunikalarda fibröz doku kalınlaşmasına neden olduğunu ve bunun sonucu olarak tunikalarda sekresyon ve emilim arasındaki dengeyi bozarak hidrosele neden olabileceğini düşünmekteyiz.

TESTİKÜLER SEMİNOM TANILI HASTALARIN EVRELENDİRMEDE FLUORODEOXYGLUCOSE-POZİTRON EMİSYON TOMOGRAFİSİ (FDG-PET)

Bahadır Şahin, Tarık Emre Şener, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri

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

Amaç: Güncel üroloji kılavuzlarında seminom hastalarında FDG-PET kullanımı evreleme yöntemi olarak değil kemoterapi sonrası rezidüel hastalığın tanısı amacıyla önerilmektedir. Bu çalışmada seminom tanısı alan hastalarda tanı anındaki evrelemede FDG-PET kullanımının etkinliğini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Son 3 yıl içerisinde kliniğimizde takip edilen ve seminom tanısı almış 13 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara güncel üroloji kılavuzlarında önerildiği şekilde ilk tanı sonrası toraks ve abdomenopelvik BT veya MR ile görüntüleme yapılarak evreleme yapıldı. Evreleme sonrası hastalara FDG-PET çekilerek iki yöntem arasındaki uyum karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 38 (min:26; maks:55) yıl olarak hesaplandı. Ortalama takip süresi 14,31 (min:3; Maks:27) ay idi. Yapılan ilk evreleme sonrası 9 (%69,2) hasta evre 1, 2(%15,4) hasta evre 2 ve 2(%15,4) hasta da evre 3 seminom olarak değerlendirildi.

İlk evrelemede, evre 1 seminom tanısı alan 1 (%11,1) hastada FDG-PET ile retroperitoneal metastaz saptandı ve evre 2 olarak tekrar sınıflandırıldı.

İlk evreleme sonrası evre 2 olarak değerlendirilen hastalardan birinde FDG-PET sonrasında akciğer ve bölgesel lenf nodu dışı metastaz saptandı ve hastanın klinik evresi FDG-PET sonrası evre 3'e yükseldi.

Çıkarımlar: Seminom hastalarında ilk tanı anında evreleme için FDG-PET kullanılması ile hastaların %10-15'da yanlış düşük evreleme yapılmasının önüne geçilebilir. Bu çalışmada metastazların histopatolojik verifikasyonunun olmaması ve yanlış evreleme oranının nisbeten düşük saptanmış olması, evreleme amacıyla rutin FDG-PET kullanımının yüksek maliyetlerle çok sınırlı bir fayda sağlayacağını göstermektedir.

TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE YAPILAN PROSTAT BİYOPSİLERİNDE ULTRASONOGRAFİK BULGULAR İLE HİSTOPATOLOJİ İLİŞKİSİ

Çağatay Tosun¹, Mehmet Remzi Erdem¹, Feridun Şengör¹, Ömer Ergin Yücebaş¹, Ahmet Rüknettin Aslan¹, Mehmet Akif Ramazanoğlu¹, Gülistan Gümrükcü²

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Prostat kanseri erkeklerde en sık görülen kanser olup, kansere bağlı ölümlerde ikinci sıradadır. Günümüzde Transrektal Ultrasonografi (TRUS) eşliğinde yapılan prostat biyopsisi prostat kanser tanısında altın standarttır. Bu çalışmada 194 hastaya TRUS eşliğinde 12 kadran prostat biyopsisi yapılmış ve sonografik bulgular ile patolojik tanıları retrospektif olarak karşılaştırılmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada Mayıs 2013-Mayıs 2014 tarihleri arasında kliniğimizde prostat kanseri ön tanısıyla TRUS eşliğinde 12 kadran prostat biyopsisi yapılan 194 hastaya ait 2328 kadran biyopsisi retrospektif olarak incelenmiş, her biyopsi kadrannın sonografik bulguları ve histopatolojik tanıları irdelenmiştir.

Bulgular: Biyopsi yapılan 194 vakanın yaş ortalaması 63,4(48-82), ortalama PSA değeri 12,7(3,1-100) idi. 194 hastadan 2328 kadran biyopsisi elde edilmiş olup bu kadranlar; ultrasonografik olarak izoekoik(2132), hiperekoik(128), hipoeikoik(68) olarak gruplandırılmıştır. Patolojik tanı açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar mevcuttu ($p=0.002$). Prostat kanseri özellikle hiperekoik grupta anlamlı olarak daha fazla oranda görülürken bu oran izoekoik grupta belirgin olarak daha az idi. Hipoeikoik ve hiperekoik gruplar arasında veya izoekoik ile hipoeikoik gruplar arasında fark gözlenmedi. Vakalar 65 yaş altı ve 65 yaş üstü olarak ikiye ayrıldığında 65 yaş altı bireylerde(106), özellikle hiperekoik olanlarda(21/76, %28) izoekoik (131/1158, %11) ve hipoeikoik (1/38, %3) olanlara göre anlamlı olarak daha fazla oranda prostat kanseri görüldü. İzoekoik ve hipoeikoik olanlar arasında fark gözlenmedi. 65 yaş ve üzeri bireylerde(88) ise hipoeikoik lezyonlarda malignite görülme oranının (8/30, %27) izoekoik gruba göre (100/974, %10) daha fazla olduğu ($p=0.016$), diğer gruplar arasında ise patolojik bulguların benzer olduğu bulundu. Vücut Kitle İndeksi(BMI) göz önüne alındığında, BMI 30'un altında olanlarda ($n=160$) özellikle hiperekoik lezyonlar (27/102, %27) ile izoekoik lezyonlar (198/1762, %11) arasında histopatolojik bulgularda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Diğer gruplar arasında fark olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.005$). BMI 30 ve üzerinde olanlarda ($n=34$) sonografik bulgulara göre izoekoik ($n=370$), hipoeikoik ($n=12$) ve hiperekoik ($n=26$) gruplarının histopatolojik bulgularının benzer olduğu bulundu ($p=0.337$).

Çıkarımlar: Çalışmamız, hiperekoik veya hipoeikoik özellik gösteren kadranlardan alınacak biyopsilerin prostat kanseri saptama oranını arttırılabileceğini göstermiştir. Prostat kanseri şüphesiyle yapılan biyopsilerde standart biyopsilere ek olarak şüpheli alanlardan alınan biyopsilerin faydalı olacağını düşünmekteyiz.

18 YAŞINDA, KADIN İNVERTED PAPİLLOM OLGU SUNUMU

Volkan Bulut¹, Hanifi Tanyeri², Fatma Hüsniye Dilek³

¹Sakarya Akyazı Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

²Sakarya Yenikent Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

³Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Risk faktörü, sigara öyküsü, ürolojik şikayeti bulunmayan, genç, kadın hastalarda nadir görülen bir durum olan ve patolojik tanıda zorluk çekilen inverted papillomun (İP) akılda tutulması

Yöntem: Olgu: Onsekiz yaşındaki kadın hastada, karın ağrısı nedeniyle yapılan incelemeler sırasında mikroskopik hematüri tespit edildi. Yapılan ultrasonografik incelemede mesane posterior bölümünde 8x6 mm boyutunda lezyon saptandı. Hastaya sistoskopi yapıldı. Mesane karşı duvarda 1 -2 cm boyutunda papiller tümör görüldü. Anestezi altında transüretral rezeksiyon yapıldı. Histopatolojik incelemede önce düşük dereceli papiller ürotelyal karsinom (pT1) olarak değerlendirildi. İleri patolojik incelemede ise inverted papillom tanısı kondu. Hastanın sigara içme, kimyasal madde maruziyet öyküsü yoktu. Yapılan immünohistokimyasal incelemede de P53 geninde ekspresyon bozukluğu saptanmadı.

Bulgular: İP, tüm ürotelial neoplazmların %1'inden azını oluşturur. Nadir görüldüğü için patolojik tanıda da zorluklar çekilebilmektedir. Yapılan bir çalışmada inverted papillom tanısı konan 89 hastanın deneyimli üropatologlar tarafından tekrar değerlendirilmesi sonucu 62 hastanın gerçek inverted papillom olduğu saptandı. Yapılan bir meta-analizde sadece inverted papillom saptanan 348 hastanın 4'ünde rekürrenste değişici epitel karsinomu olduğu görüldü (1.15%). Bunlar yüzeyel ve düşük dereceli tümörlerdi.

Tüm insan malignitelerinin yaklaşık yarısında p53 geninde mutasyonlar görülmüştür. p53 geni mesane tümörlerinde %40'a yakın oranda mutasyona uğramıştır. Biz hastamızda p53 gen ekspresyonunda bozukluk saptamadık.

Çıkarımlar: Inverted papillom nadir görülen bir patolojik antitedir. Ayrıca genç ve kadın hastalarda çok daha az görülür. Biz de risk faktörü ve ürolojik şikayeti olmayan, mikroskopik hematürisi bulunan 18 yaşında kadın hastada, ultrasonografide saptanan mesane inverted papillom olgusunu sunduk. Maligniteye dönüşme riski bulunduğundan, mikroskopik hematürisi bulunan hastalarda yaş, cinsiyet, risk faktörü olup olmamasına bakılmaksızın inverted papillom tanısının da akılda tutulması gerektiğini belirtmek isteriz.

TRANSREKTAL ULTRASON EŞLİĞİNDE YAPILAN PROSTAT BİYOPSİSİNDE PROSTAT BOYUTLARININ AĞRI ÜZERİNE ETKİSİ

Eray Hasırcı, Ahmet Murat Bayraktar, İsmail Nalbant

S.B. Yenimahalle Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Transrektal ultrason eşliğinde yapılan prostat biyopsi esnasında hastaların duydukları ağrı düzeyinin birçok etken aynı iken prostat büyüklüğü açısından karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Yenimahalle Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği'nde Eylül 2012 ile Temmuz 2014 tarihler arasında transrektal ultrason eşliğinde 16 kor (3 farlateral, 2 lateral, 3 transizyonel zon) prostat biyopsi alınan toplam 107 hasta çalışmaya dahil edildi. Biyopsi prosedürü hastaların tamamına 16G chiba iğnesi ve biyopsi tabanca iğnesi ile tek cerrah tarafından uygulandı. Tüm hastalara işlemden 48 saat öncesinde sip-rofloksasin 500 mg p.o. başlandı ve işlemden 2 saat önce lavman yapılmak suretiyle işleme alındı. Biyopsi işlemi esnasında tüm hastalara rutin olarak 10 ml %2 prilokain ile Peri Prostatik Sinir Blokajı yapıldı ve hastaların biyopsi esnasındaki ağrılarını Visual Anolag Score'a (VAS) göre değerlendirmeleri istendi. Bu hastaların yaşları, tPSA düzeyleri, ultrason verileri ve komplikasyonlar retrospektif olarak incelendi. Transrektal prostat incelemesinde prostat hacmi, aksiyal planda transvers ölçüm (Boyut 1) ve antero-posterior ölçüm (Boyut 2) ve sagittal planda cranio-caudal (Boyut 3) ölçüm kullanılarak hesaplandı. Hastalar VAS skoru 0-2 olanlar (Grup 1) ile 3 ve üzeri VAS skoruna sahip hastalar (Grup 2) olmak üzere iki gruba bölünerek gruplar arası karşılaştırma yapıldı.

Bulgular: Yüzyedi hastanın sadece 1 tanesinde üroepsise bağlı hospitalizasyon gerektiği, bunun nedeninin de kronik böbrek hastalığı tanısı olan hastanın işlemden önce lavmanını yapmaması olduğu düşünüldü. VAS skorlarına göre gruplara ayrılarak hastalar karşılaştırıldığında (Tablo) gruplar arasında yaş, tPSA düzeyleri, prostat hacmi ve boyut 1,2,3 arasında istatistiksel anlamda fark olmadığı görüldü.

Çıkarımlar: Çalışmamızda transrektal ultrason eşliğinde prostat iğne biyopsisi uygulanan hastalarda ağrı düzeyi biyopsi yapan kişi, iğne çapları, hastaların yaşları, tPSA düzeyleri, prostat hacimleri ve boyutlarından bağımsız oldukları sonucuna varılmıştır. Hastaların işleme bağlı ağrılarını minimize etmek için farklı anestezi ajanlarının ve farklı anestezi yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar eşliğinde konunun gözden geçirilmesinin doğru olacağı kanaatine varılmıştır.

Tablo 1. VAS skorlarına göre hasta gruplarının karşılaştırılması

| | Grup 1 (n=69) | Grup 2 (n=38) | p değeri |
|---------------------|---------------|---------------|----------|
| Yaş | 63,87±7,31 | 62,89±6,12 | 0,487 |
| VAS | 0,52±0,63 | 4,84±1,51 | <0,01 |
| tPSA | 8,2±6,12 | 7,53±4,49 | 0,558 |
| Boyut 1 (mm) | 55,16±6,78 | 53,75±8,04 | 0,336 |
| Boyut 2 (mm) | 39,98±9,29 | 42,41±8,59 | 0,187 |
| Boyut 3 (mm) | 51,09±7,75 | 54,09±8,00 | 0,061 |
| Prostat Hacmi (cm3) | 62,08±28,9 | 67,19±27,27 | 0,374 |

MESANE DİVERTİKÜLÜ İÇERİSİNDE GELİŞEN DEV TAŞ VE SARKOMATOİD DİFERANSİYON GÖSTEREN ÜROTELYAL KARSİNOMA BAĞLI İPSİLATERAL HİDROÜRETERONEFROZ: OLGU SUNUMU

Kenan Öztoran¹, Fatih Ataç², Süleyman Tümer Çalışkan³

¹S.B. Niğde Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Niğde

²Özel Ada Hastanesi, Üroloji Bölümü, Giresun

³S.B. Samsun Gazi Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Samsun

Amaç: Mesane divertikülü içinde malign tümör gelişme oranı %1.3-10 arasında bildirilmiştir ve hemen tamamen yetişkinlerde görülür. Mesanede saf ürotelyal hücreli kanserler dışında, sarkomatoid bileşenlerin olduğu tümörler ise oldukça nadir olarak görülmektedir. Sarkomatoid diferansiyon gösteren ürotelyal tümörler hakkında yayınlarda olgu sunumları ya da küçük seriler halinde olmak üzere oldukça sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Tümörün derinliği ve agresifliği nedeni ile kötü prognoz gösterirler. Bu çalışmada mesane divertikülü içerisinde dev taş ve divertikül duvarında sarkomatoid diferansiyon gösteren tümörü bulunan ipsilateral hidroüreteronefrozu bir olgunun sunulması amaçlandı.

Yöntem: 57 yaşında erkek hasta, uzun süredir devam eden alt üriner sistem semptomları nedeniyle kliniğimize başvurdu. Üriner sistem USG'de, sağ böbrekte grade I-II ektazi izlendi ve mesane sağ posterolateral duvarda (sağ üreter orifisini içine alacak şekilde) kalsifiye kitlesel bir lezyon şüphesi alındı. Kreatinin seviyesi 1.6 mg/dl idi. Yapılan taş protokolü BT'de, sağ böbrekte grade II hidroüreteronefroz ve mesane sağ yan duvarda 70x45 mm. çapta hiperdens lezyon izlendi (taş?) (Şekil 1-2). Sistoskopik değerlendirmesinde mesane tabanı sağ lateralde divertikül ağzı ve buradan mesaneye uzanım gösteren taş izlendi. Sağ üreter orifisi izlenemedi. Açık cerrahiye karar verilerek suprapubik vertikal insizyonla girildi. Ekstravezikal olarak divertikül serbestlenmeye çalışıldı ancak özellikle mesane taban kısmında divertikül oldukça yapışık. Serbestlenen divertikül duvarı eksize edilerek taş çıkartıldı (Şekil 4). Sağ üreter orifisinin komplet obstrükte olduğu görüldü ve ekstravezikal UNC (Lich Gregoir) yapılarak sağ üretere 6 Fr Double J stent yerleştirildi (Şekil 3).

Bulgular: Divertikül duvarı patoloji raporu; demetler şeklinde iğsi hücrelerden oluşan, immünohistokimyasal çalışmada CK 7 ve vimentin pozitif, desmin, SMA, S-100 ve EMA negatif sarkomatoid diferansiyon gösteren yüksek dereceli ürotelyal karsinom olarak raporlandı. Hastanın postoperatif yapılan MRG'ında sağ iliak grupta patolojik LAP ve akciğerde metastatik nodül saptandı ve medikal onkoloji ile yapılan değerlendirme sonucu kemoterapi başlandı.

Çıkarımlar: Mesane divertikülü vakalarında malignite birlikteliği unutulmamalı ve hastalar bu açıdan iyi değerlendirilmelidirler. Normal mesane duvarının aksine, divertikülde kas tabakasının olmaması nedeniyle bu tümörlerin yüzeyel ve invaziv olarak sınıflandırılması zordur ve kanıta dayalı tıp zemininde tanı ve tedavi algoritmaları belirlemek literatürdeki hasta sayısının yetersizliği nedeniyle mümkün değildir.



Şekil 1.

RADİKAL RETROPUBİK PROSTATEKTOMİ SPESMENİNDE VANISHING PROSTAT KANSERİ TESPİT EDİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Binhan Kağan Aktaş, Cüneyt Özden, Süleyman Bulut, Güven Erbay, Süleyman Tağcı, Cevdet Serkan Gökkaya, Mehmet Murat Baykam, Ali Memiş

S.B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

Amaç: Lokalize prostat kanseri (PCa) nedeniyle radikal retropubik prostatektomi (RRP) uygulanan ve patoloji spesmeninde vanishing PCa (evre pT0) tespit edilen hastalara ait verilerin değerlendirilmesi ve diğer patolojik evredeki hastalarla karşılaştırılması.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2000 ile Mayıs 2014 tarihleri arasında RRP uyguladığımız 305 hasta dahil edildi. Cerrahi spesmenlerin total olarak çok sayıda seri kesitte incelenmesinde tümör olmayan hastalar vanishing PCa olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 305 hastanın ortalama yaşı $62,8 \pm 6,1$ yıl, prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi $10,8 \pm 6,9$ ng/ml, prostat volümü $46,2 \pm 22,1$ ml idi. RRP sonrası 2 hastada (%0,6) vanishing PCa tespit edildi. Post-operatif hastaların 86'sında (%28,2) ektrakapsüler yayılım, 58'inde (%19,0) cerrahi sınır pozitifliği, 39'unda (%12,8) seminal vezikül tutulumu ve 16'sında (%5,2) lenf nodu tutulumu vardı. Verilerin patolojik evreye göre dağılımı tabloda gösterildi (tablo). Vanishing PCa'lı 2 hastanın yaşları 60 ve 66, serum PSA düzeyleri 8,25 ve 5,70 ng/ml, prostat volümleri 30 ve 25 ml, Gleason skorları 6 ve 8, prostat biyopsisinde toplam 10 korda pozitif kor yüzdeleri %10 ve %10 idi. Vanishing PCa olan hastaların ortalama prostat volümü ve pozitif kor yüzdesi diğer patolojik evrelere göre daha düşüktü.

Çıkarımlar: Vanishing PCa'nın özellikle prostat volümü küçük ve pozitif kor yüzdesi düşük hastalarda görülmesi bu hastaların pre-operatif bilgilendirilmesi açısından önemlidir.

Tablo 1. Hastaların patolojik evreye göre ortalama yaş, PSA, prostat volümü ve pozitif kor yüzdelerinin dağılımı

| | Yaş | PSA | Prostat volümü | Pozitif kor yüzdesi |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| pT0 (n=2) | 63,0 \pm 4,24 | 6,9 \pm 1,8 | 27,5 \pm 3,5 | 10,0 \pm 0,0 |
| pT2a (n=92) | 62,3 \pm 6,6 | 9,3 \pm 6,0 | 49,5 \pm 24,8 | 31,5 \pm 16,6 |
| pT2b (n=83) | 62,31 \pm 5,9 | 9,9 \pm 5,9 | 45,3 \pm 23,9 | 32,6 \pm 19,5 |
| pT2c (n=20) | 62,4 \pm 6,6 | 10,5 \pm 6,14 | 49,51 \pm 6,8 | 38,8 \pm 22,2 |
| pT3a (n=65) | 63,4 \pm 5,6 | 10,9 \pm 7,02 | 42,2 \pm 19,4 | 43,2 \pm 23,1 |
| pT3b + pT4 (n=43) | 64,2 \pm 6,03 | 15,9 \pm 8,5 | 46,3 \pm 18,1 | 65,0 \pm 24,9 |

NADİR BİR OLGU; PANKREAS ADENOKARSİNOMUNDAN BÖBREĞE METASTAZ

Zeki Aktaş¹, Ercan Malkoç¹, Kemal Kara³, Aptullah Haholu³, Ferhat Ateş¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Radyoloji Servisi, İstanbul

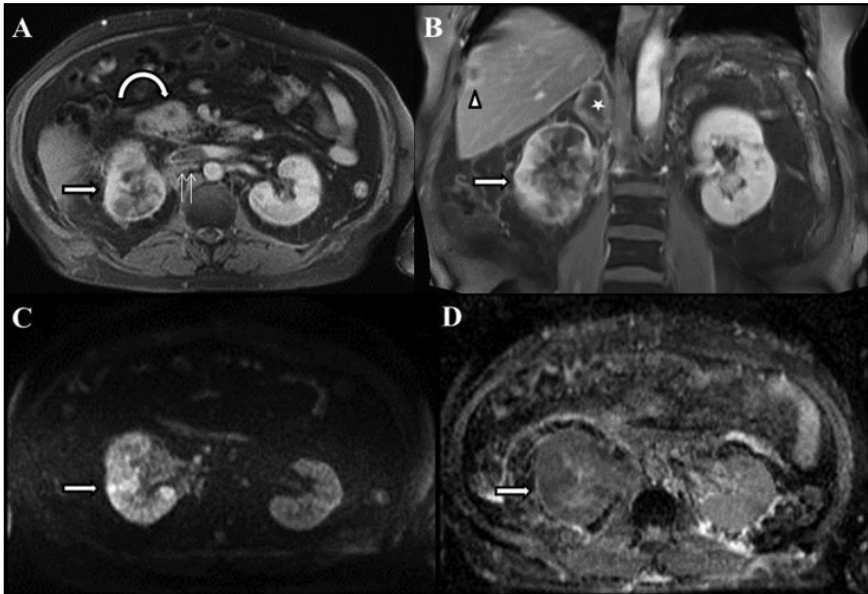
³Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Patoloji Servisi, İstanbul

Amaç: Böbreğin metastatik tümörleri nadirdir. Bunun yanında pankreas adenokarsinomunun böbreğe metastazı çok daha nadirdir. Literatür bilgimize göre bu vakada ilk defa canlı bir olguda sağ böbreğe pankreas adenokarsinomu metastazı sunulmuştur.

Yöntem: 58 yaşında erkek hastanın acil servise makroskobik hematüri nedeniyle başvurusu sonrası çekilen batın BT'de sağ böbrek pelvisinden parankime uzanan yama tarzında bir lezyon bildirildi. Hasta poliklinikte değerlendirme maksatlı çağrılmasına rağmen, 3 ay sonra pulmoner emboli geçirdikten sonra bize başvurabildi.

Bulgular: MRI'da pankreas unsinat çıkıntısında, aksiyel planda duedonum komşuluğunda 3x2 cm malign kitle lehine değerlendirilen lezyonunun yanı sıra sağ böbreği tama yakın kaplayan malign olarak değerlendirilen kitle izlendi (Şekil 1). Yapılan biyopsiler sonrası pankreas adenokarsinomunun sağ böbreğe metastazı gösterildi.

Çıkarımlar: Böbrekte yama tarzında kitle görünümü olan ve hematüri ile başvuran hastalarda pankreas adenokarsinomunun metastazı da akla getirilecek nadir ön tanılardan biridir. Pankreas kanserinde dahi ilk semptom hematüri olabilir. Pankreas kanserinde erken tanıya varılmasıyla uygulanacak tedavilerle hastaların sağkalımı artırılabilir.



Şekil 1.

OLGU SUNUMU: BÜYÜK RETROPERİTONEAL SCHWANNOMA

Eray Gürsoy, Korhan Akgül

S.B. Çekirge Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bursa

Amaç: Giriş: Schwannomalar sinir kılıfındaki hücrelerin (perinöral) proliferasyonundan kaynaklanır ve periferik, kranial veya sempatik sinir sistemi nöronlarının olduğu herhangi bir bölgede görülebilir. Çoğunlukla 20-50 yaşlarında kadın ve erkeklerde eşit sıklıkta görülmektedir. Olguların %5-8'i von Recklinghausen sendromu ile birliktelik gösterebilir. Retroperitonun primer tümörü nadir olup, bu tümörlerin %1-10'unu schwannomalar oluşturur. Bu tümörün pelvik ve retroperitoneal yerleşimi son derece nadir görülen bir durumdur. Retroperitoneal tümörler %70-80 oranında kötü huylu olmalarına karşın, schwannomaların büyük bir kısmı iyi huyludur. Yaptığımız olgu sunumunda rastlantısal olarak saptanan ve literatürdeki en büyük boyutlardan olan retroperitoneal schwannoma olgusu tartışılmıştır.

Yöntem: Olgu: 56 yaşında kadın hasta 2 yıldır intermittant sol yan ağrısı ve karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde ve aile hikayesinde malignite öyküsü yoktu. Tam kan sayımı, rutin biyokimya ve idrar tetkiki normal idi. Ultrasonografide solda böbrekten ayrı heterojen ekoda 130*150*150 mm'lik kitle ve sol atrofik böbrek görüntüsü mevcuttu. Çekilen abdominopelvik bilgisayarlı tomografide retroperitonu iliak damarlara kadar dolduran ve atrofik sol böbreği superiora iten 13*15*17 cm ebadında lobüle ve düzenli kontürlü içinde kistik nekrotik alanlar bulunan heterojen yapıda retroperitoneal kitle izlendi (Şekil 1). Hastaya laparoskopik retroperitoneal kitle eksizyonu + sol basit nefrektomi uygulandı. Patoloji sonucu schwannoma en büyük çapı 17 cm cerrahi sınırlar negatif ve kronik piyelonefrit, atrofik böbrek olarak raporlandı. Hastanın 1.ay takibinde yapılan tetkiklerinde özellik saptanmadı.

Çıkarımlar: Sonuç: Retroperitonda gelişen schwannomaların böbreğe dıştan bası, üretere dıştan bası sebebiyle ortaya çıkan semptomlar, intermittant müphem ağrılar ve bulgularla başvurabilecekleri unutulmamalıdır.



Şekil 1.

VÜCUT KİLE İNDEKSİNİN RADİKAL SİSTEKTOMİ CERRAHİSİNE ETKİSİ

Volkan İzol, Çağrı Tekdöş, İbrahim Atilla Arıdoğan, Yıldırım Bayazıt, Zühtü Tansuğ

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

Amaç: Non-metastatik invaziv mesane kanserinde standart tedavi radikal sistektomiyle birlikte üriner diversiyon yapılmasıdır. Bu yöntemin cerrahi sonuçlarını etkileyebilecek faktörlerden bir tanesi vücut kitle indeksidir (VKİ). Bu çalışmada, radikal sistektomi yaptığımız hastalarda VKİ'nin periooperatif ve postoperatif sonuçlara olan etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Ekim 2011-Temmuz 2014 arasında ortalama yaşı 62.1 ± 5.6 (46-74) olan 56 hastaya radikal sistektomi ile birlikte ileal loop uygulandı. VKİ'yi 30'un üzerinde ve altında olan hastalar operasyon süresi, bağırsak motilitesi, nazogastrik çekilme süresi, kan transfüzyonu gerektiren olgu sayısı, yatış süresi, komplikasyonlar ve maliyet açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların 45'i erkek 11'i kadın idi. On dört hastanın (%25) VKİ ≥ 30 , 42'sinin ise 30'un altında idi. Ortalama operasyon süresi sırasıyla 400 ± 65.5 (340-600), 370.9 ± 49.9 (250-600) dakika, kanama miktarı 800 ± 105 (300-3500) ml, 590 ± 98.9 (100-1500) ml, transfüzyon oranları ise %35'e %19 idi. NG çekilme süresi obez hastalarda daha uzundu (95.4 ± 74.1 , 76.6 ± 7.1). Taburculuk süresi VKİ ≥ 30 ve < 30 olanlarda sırasıyla 403.8 ± 429 (170-790) ve 274.5 ± 42 (100-1440) saat idi. Maliyet VKİ ≥ 30 ve < 30 olanlarda sırasıyla 4.212-15.374 (10.953) TL ve 1612 - 13.667 (7.968) TL arasında idi.

Çıkarımlar: VKİ ≥ 30 olan hastalarda postoperatif iyileşme döneminin olumsuz etkilendiği, cerrahi riskin ve maliyetin arttığı görüldü. Radikal sistektomi yapılacak hastalarda VKİ'nin önemli bir parametre olduğu ancak uzun dönem sistektomi sonuçlarına etki etmediği gösterildi.

PROSTAT KANSERİ PROGRESYONUNU ÖNGÖRMEDE KIRMIZI KÜRE DAĞILIM GENİŞLİĞİ'NİN ÖNEMİ VAR MIDIR?

Sebahattin Albayrak, Kürşad Zengin, Serhat Tanık, Muhittin Atar,
Muhammed Abdurrahim İmamoğlu, Mesut Gürdal, Hasan Bakırtaş

Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Yozgat

Amaç: Az sayıda çalışmada kırmızı küre dağılım genişliği (RDW) değerleri ile kansere bağlı ölüm arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmanın amacı, basit bir tetkik olan RDW değerinin prostat kanseri progresyonunun bir öngörücüsü olarak kullanılabilirliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Yeni tanı konulmuş 62 prostat kanseri olgusu ve 62 sağlıklı kontrol grubu retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların ortanca yaşı 64 (45-75) yıl, sağlıklı kontrol grubunun ise 63 (44-72) yıl idi. Seçilen 124 hastanın RDW, total prostat spesifik antijen (PSA) ve biyopsi sonuçları kaydedildi. Sağlıklı kontrol grubu ve prostat kanseri hastaları RDW değerleri açısından karşılaştırıldı. Diğer yandan progresyon riski yüksek hastalar Gleason skoru (GS) > 6, toplam prostat kanseri içeren kor yüzdesi > %33, herhangi bir korda prostat kanseri hacmi > %50 ve prostat spesifik antijen düzeyi > 10 ng/mL olanlar şeklinde tanımlandı. Hastalar progresyon riski yüksek ve düşük olarak sınıflandırıldı ve daha sonra progresyon riski yüksek ve düşük olanlar RDW değerleri açısından değerlendirildi.

Bulgular: Yapılan değerlendirmede PKA'lı hastaların ortalama RDW değerlerinin (14.55), sağlıklı kontrol grubunun ortalama RDW değerlerinden (13.70) anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı (P = 0.001). Diğer yandan düşük progresyon riski olan hastaların RDW değerlerinin yüksek progresyon riski olan hastaların RDW değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (Tablo1).

Çıkarımlar: sunduğumuz küçük ölçekli çalışmada RDW değerlerinin prostat kanseri progresyon riskini öngörmeye etkili olduğu saptanmıştır. Bu verilerin daha geniş serilerle ve çok merkezli çalışmalarla konfirme edilmesi gereklidir.

Tablo 1. İlerleme kriterlerine göre RDW değerleri.

| İlerleme kriterleri | N | RDW Ortalama±S.S | P değeri |
|--------------------------------------|----|------------------|----------|
| Gleason skoru >6 | 30 | 14.7±0.6 | |
| Gleason skoru ≤6 | 32 | 14.3±1.1 | 0.067 |
| Toplam pozitif kor yüzdesi >33% | 34 | 14.6±0.7 | |
| Toplam pozitif kor yüzdesi ≤33% | 28 | 14.3±0.8 | 0.172 |
| Herhangi bir korda kanser hacmi >50% | 36 | 14.7±0.8 | |
| Herhangi bir korda kanser hacmi ≤50% | 26 | 14.1±0.8 | 0.007 |
| PSA >10 ng/ml | 36 | 14.7±0.6 | |
| PSA ≤10 ng/ml | 26 | 14.2±0.8 | 0.061 |

SERUM PSA DEĞERİ 3-10 NG/ML OLAN HASTALARDA İLK BİYOPSİ KARARI VERMEDE MULTİPARAMETRİK MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEMENİN KATKILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sezgin Okçelik¹, Hasan Soydan¹, Ferhat Ateş¹, Hasan Saygın², Güner Sönmez², Ahmet Kenan Karademir¹

¹GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: PSA değeri 3-10 ng/dl arasında olan ve rektal muayenesi normal olan hastalarda magnetik rezonans görüntülemenin faydasını değerlendirmek

Yöntem: Çalışma prospektif ve tek merkezli olarak planlanmıştır. Şubat 2013 ve Mart 2014 arasında serum PSA değerleri 3-10 ng/ml arasında ve rektal muayene anormalliği olmayan, ilk defa prostat biyopsisi planlanan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Her hastaya biyopsiden 1 hafta önce multiparametrik MRG(Difüzyon, Spektroskopi, Konstrastlı Dinamik, T2) çekildi. En az iki MRG'de gösterilen lezyon multiparametrik MRG'de lezyon olarak değerlendirildi. Daha sonra MRG'de görülen lezyonlara yönlendirilmiş biyopsi alındı. Ayrıca TRUS ile MRG'de tanımlanan lezyon gösterilebilirse buradan bir biyopsi daha alındı. Multiparametrik MRG'de tümör saptanan hastalarla saptanmayan hastalar arasındaki fark ve multiparametrik MRG'nin PPD, NPD, özgüllük ve duyarlılık değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşları 61,22±1,06 idi. Ortalama PSA değeri 5,13±0,19 ng/ml idi. Ortalama prostat boyutu 48,96±2,67 gramdı. Ortalama 12,73±0,13 kor biyopsi alındı. 53 hastanın 19'unda prostat kanseri saptandı. Ortalama 3,21±0,45 korda tümör saptandı. İki hastada ASAP, onüç hastada gleason skoru 3+3, dört hastada Gleason skoru 3+4 prostat kanseri görüldü. Genel tümör saptama oranı %35,8 olarak belirlendi. İlk biyopsileri ASAP olan iki hastanın ikinci biyopsileri benign olarak raporlandı. ASAP saptanan 2 hastanın bir ay sonra alınan prostat biyopsilerinde tümör saptanmadığı için ileri değerlendirmeler yapılırken benign olarak kabul edildi.

En az iki MRG'deki lezyon ele alındığında multiparametrik MRG'de 18 hastada lezyon tespit edildi. Onsekiz lezyonun 12'sinde tümör tespit edildi (%66,6). Lezyon tespit edilmeyen 34 hastanın 29'unda tümör saptanmadı(%85,2). Multiparametrik MRG'de lezyon görülenlerde görülmeyenlere göre anlamlı olarak daha fazla tümör saptandı (p=0,0001) (Tablo 1). Multiparametrik MRG'nin duyarlılığı %70,58, özgüllüğü %82,80, pozitif prediktif değeri %66,60, negatif prediktif değeri %85,2 olarak hesaplandı (Tablo 2).

Çıkarımlar: Multiparametrik MRG'de lezyon saptanması prostat kanseri saptanması açısından anlamlı olarak bulunmuş olup, multiparametrik MRG prostat kanseri tanısında faydalı gibi görünmektedir.

Tablo 1.

| | | Multiparametrik MRG Lezyonunda Tümör - | Multiparametrik MRG Lezyonunda Tümör + | Toplam | p |
|----------------------------|------------|--|--|--------|--------|
| Multiparametrik MRG Lezyon | Lezyon Yok | 29 | 5 | 34 | 0,0001 |
| | Lezyon Var | 6 | 12 | 18 | |
| Toplam | | 35 | 17 | 52 | |

Tablo 2.

| | |
|------------|--------|
| Duyarlılık | 70,58% |
| Özgüllük | 82,80% |
| PPD | 66,60% |
| NPD | 85,20% |

ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ YAPILAN HASTALARINDA VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ PERİOPERATİF BULGULARI ETKİLEMEMEKTEDİR

İlter Tüfek¹, Burak Argun², Selçuk Keskin¹, Enis Rauf Coşkun³, Ahmet Şahin³, Ali Rıza Kural³

¹Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

²Özel Acıbadem Maslak Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

³Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Robot yardımcı parsiyel nefrektomi hastalarında vücut kütle indeksinin (VKİ) perioperatif bulgular üzerine etkisini değerlendirmek.

Yöntem: Kliniğimizde Nisan 2008-Mayıs 2014 tarihleri arasında robotik cerrahide deneyimli tek bir cerrah tarafından 98 hastaya RYPN uygulandı. VKİ<30 olan hastaların (Grup I) perioperatif bulguları VKİ>30 olan hastalarla (Grup II) karşılaştırıldı. Grup I'de 61 hasta, grup II'de 37 hasta mevcuttu. Tüm hastalarda transperitoneal yöntem kullanıldı.

Bulgular: Ortalama operasyon ve sıcak iskemiy süresi grup I'de sırasıyla 135 ve 19 dakika, Grup II'de ise 146 ve 20 dakika idi. Ortalama kan kaybı grup I ve II'de sırasıyla 192 ve 260 ml. olarak bulundu. Grup I'de 1 hastaya (%2) ve grup II'de 2 hastaya (%5) kan transfüzyonu yapıldı. Ortalama hastanede kalış süresi grup I'de 3.9 gün, grup II'de ise 4.1 gündü. Her 2 grupta da cerrahi sınır pozitifliği saptanmadı. Grup I'de 3 hastada (3 Clavien grade IIIB), grup II'de 4 hastada (1 Clavien grade I, 1 grade II, 1 grade IIIA and 1 grade IVA) komplikasyon gelişti. Her iki grup arasındaki farklılıkların hiçbirisi istatistiksel anlamlı değildi.

Çıkarımlar: RYPN hastalarında cerrahi deneyim hastaya bağlı zorlukların üstesinden gelinmesini sağlayarak optimal perioperatif sonuçları sağlayabilir.

PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASINDA ENFEKTİF KOMPLİKASYON ORANLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Rahmi Gökhan Ekin, Gökhan Koç, İlker Akarken, Hüseyin Tarhan,
Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim Hastanesi Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Çalışmanın amacı, TRUS-prostat biyopsisi (PBx) öncesinde siprofloksasin (SPF) ile risk bazlı antibiyotik profilaksisi (RRAP) sonucu meydana gelen semptomatik enfektif komplikasyon (EnKomp) oranlarını karşılaştırmaktır.

Yöntem: Eylül 2007-Haziran 2014 tarihlerinde PBx yapılanlar taranıp 4052 hasta bulundu. Hastaların 88'i verilerinde eksiklik ve 79'si PBx öncesinde başlayan antibiyoterapi alması nedeniyle çıkarıldı. Eylül 2007-Eylül 2012 arası grup 1, Ekim 2012-Haziran 2014 arası grup 2 şeklinde ayrıldılar. Grup 1'e PBx 30 dakika önce ve 12 saat sonra oral SPF 500mg verildi. Grup 2'ye RRAP verildi. Risk faktörü olarak; PBx sonrası EnKomp öyküsü, immunsupresif ilaç kullanımı ile son 6 ayda, kinolon ve kinolon dışında antibiyotik kullanımı, ürolojik girişim, kataterizasyon, hospitalizasyon öyküsü soruldu. Risk faktörü olmayanlara PBx 30 dakika önce ve 12 saat sonra oral SPF 500 mg, olanlara PBx 30 dakika önce IM amikasin 1 gr ile oral SPF 500 mg ve 12 saat sonra oral SPF 500 mg verildi. Barsak temizliği yapılmadı. 10-24 kadran PBx yapıldı. PBx sonrası 1 ay içinde 38,5 C üzeri ateşli EnfKomp gelişirse hemen başvuruları anlatıldı. EnfKomp gelişince idrar ve kan kültürleri alındı. Biyopsi sonrasında ilk 1 ayda ateş gelişimi ile profilaksi protokolleri, yaş, PSA, biyopsiden ateş gelişene kadar geçen zaman, biyopsi patoloji sonucu ve ateş gelişen hastalarda üreyen etkenler incelendi.

Bulgular: Ateşli EnfKomp %2,9 görüldü. Grupların genel özelliklerinin karşılaştırılmasında yaş, PSA ve biyopsi patolojisi açısından istatistiksel fark bulunmadı. Ateşli EnfKomp, grup 1 ve 2'de %3,2 ve %2,5 bulundu ($p=0,311$). Ancak yıllara ayrılarak incelendiğinde grup 1'de 2008'den 2012'ye insidansının %0,6'dan %7,2'ye yükseldiği, grup 2'de 2012'den 2013'e %2,9'dan %2,1'e azaldığı saptandı ($p<0,05$). Grup 2'de ateşi çıkanların %79,2'i sadece SPF, %20,8'i kombinasyon aldı. Ortalama(ort.) biyopsiden sonra ateş çıkana kadar geçen süre grup 1 ve 2'de 1,85 ve 3,26 bulundu ($p=0,024$). Ort. hastanede kalış grup 1 ve 2'de 6,80 ve 8,93 bulundu ($p=0,161$). Yoğun bakım şartlarında takip edilen hasta sayısı grup 1'de 1 iken grup 2'deki hastaların yoğun bakım şartlarında takibi gerekmedi ($p=0,693$). Yaş ($p=0,527$), PSA ($p=0,991$), patoloji sonucu ($p=0,491$), idrar ve kan kültüründe üreyen bakteri ($p=0,711$ ve $p=0,480$) ateşli EnfKomp gelişiminde etkili bulunmadı.

Çıkarımlar: PBx sonrasında gelişen ateşli EnfKomp önlenmesinde RRAP, SPF profilaksisine göre komplikasyonların çıkmasını azaltan etkin bir tedavidir.

DOKTOR VE HASTA KONFORU İÇİN HANGİSİ TERCİH EDİLMELİ? FLEKSİBL SİSTOSKOPİ Mİ, RİGİD Mİ?

Mehmet Remzi Erdem¹, Kemal Topaloğlu², Ömer Ergin Yücebaşı³, Feridun Şengör¹, Ahmet Rüknettin Aslan¹, Çağatay Tosun¹

¹S.B. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²S.B. İğdır Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, İğdır

Amaç: Kasa invaze olmayan mesane kanserinin tanı ve takibinde sistoskopi halen altın standart olan yerini korumaktadır. Sistoskopinin lokal anestezi altında uygulanması esnasındaki morbiditelerin azaltılması amacıyla başlayan çalışmalar 1970lerde üretilen ve 80lerde gittikçe yaygınlaşan fleksibl sistoskopi-lerle farklı bir boyuta taşındı. Lokal anestezi altında yapılan rigid ve fleksibl sistoskopilerde çoğunlukla hasta konforu karşılaştırıldı. Biz ise çalışmamızda hasta konforuyla beraber doktor konforunu da incelemeyi amaçladık. Ayrıca mesane kanserli hastaların ileri yaş hastalar olması nedeniyle erkeklerde benign prostat büyümesi durumu varlığının olabileceği ve bunun da sistoskopi işlemi üzerine etkilerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Çalışmaya Nisan - Ekim 2013 ayları arasında kasa invaze olmayan mesane tümör tanılı, kontrol sistoskopilerine gelen erkek hastalar dahil edildi. Hastalara sıralı randomizasyon uygulanarak fleksibl (n:54) ve rigid (n:50) sistoskopi uygulandı. Hastaların işlem esnasında ve sonrasında, ağrı, hematüri, disüri, ilaç kullanım gereksinimi ve iş gücü kaybı gibi durumları, randomizasyondan habersiz hemşire tarafından dolduruldu. Ayrıca doktorların işlem sırasında konforları değerlendirildi ve kötü konfor sebeplerini belirtmeleri istendi.

Bulgular: Grup 1 (fleksibl) ve Grup 2(rigid) hastaların ağrı derecelendirmeleri karşılaştırıldığında Grup1'de daha az ağrı hissettikleri ve yine doktorların işlem esnasında konforlarının grup 1 dekilerde, istatistiksel olarak daha iyi olduğu görüldü ($p<0,001$). Ayrıca prostat hiperplazisi olan hastalarda fleksibl sistoskopinin ağrı ve hematüri açısından daha yararlı olduğu görüldü ($p<0,05$).

Çıkarımlar: Fleksibl sistoskopinin pahalı bir ekipman olmasına rağmen, hasta ve doktorun yaşam konfunrda sağladığı iyileşme, işlem sonrası morbiditeler üzerindeki olumlu etkisi ve olası uzun dönemli yararlı etkileri göz önünde bulundurulduğunda, toplam maliyet açısından daha karlı olduğu düşünülmektedir.

YÜZEYEL MESANE TÜMÖRÜNDE İNTRAVEZİKAL TERMOKEMOTERAPİ SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Rahmi Gökhan Ekin, İlker Akarken, Özgür Çakmak, Hüseyin Tarhan,
Yusuf Özlem İlbey, Ferruh Zorlu, Rauf Taner Divrik

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Çalışmanın amacı, intravezikal termokemoterapi (ITK) instilasyonunun kas invaziv olmayan mesane tümörlerine (KIOMT) etkinliğini değerlendirmektir.

Yöntem: Kasım 2011-Ocak 2013 tarihlerinde orta veya yüksek risk nedeniyle ITK instilasyonu yapılan KIOMT hastaları alındı. Çıkarılma kriterleri 1 cm üstü divertikül varlığı, ürethra veya üst üriner sistemde karsinom varlığı ve indüksiyon tedavisini tamamlayamaması olarak belirlendi. 6 hafta, hafta 1 seans indüksiyon tedavisi verildi. Yüksek risklerde 6 ay ayda 1 seans idame tedavi verildi. Her seans mesane duvarının 42,5-45C sıcaklığına kadar ısıtıldığı ve 40 mg MMC kullanıldığı 50dakikalık 1 siklustan oluşuyordu. İndüksiyon sonrası hastalar sistoskopi ve sitoloji ile değerlendirilip şüpheli alanlar örneklendi. Takipte ilk 2yıl 3ay ara ile sistoskopi ve sitoloji yapıldı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, sigara kullanım durumları, ITK öncesindeki daha önceden intrakaviter tedavi öyküsü, TUR-M patolojisi T evresi, hücrelerin diferensiyasyon derecesi, eşlik eden karsinoma in situ (CİS) varlığı, ikinci transüretal rezeksiyon (second TUR, sTUR) varlığı ve patoloji sonucu, ITK tercih edilme nedeni, tedavi yan etkileri, nüks varlığı, hastalıklı ve progresyonsuz sağkalım verileri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 40 hasta alındı. Median 18 ve ortalama 14, 30 ay(5-28) takip yapıldı. İlk 3 ayda sadece 1 hastada rekürrensi saptandı. Rekürrens saptanma süresi ortalama 14,65±3,0 ay olup %12,5 rekürrens (n=5) saptandı. Bunların 2'sinde ilk T evresine göre düşme, 1'inde T evresinde artma, 1'inde aynı T evresinde nüks saptanırken tümör dereceleri 2'sinde aynı ve 2'sinde daha düşük dereceli idi. Kaplan-Meier tahmini hastalıklı sağ kalım analizinde hastaların %80'sinde rekürrens saptanmamıştır. Hastaların tahmini hastalıklı sağ kalımı ortalama 15, 43 ay bulundu.

Çıkarımlar: Orta ve yüksek riskli mesane tümörlerinde,adjuvan tedavi olarak ITK etkin bir tedavi olarak görünmesine rağmen daha büyük hasta grupları ile daha uzun takip süreli ve kontrollü çalışmalara gerek vardır.

MESANEDE NADİR GÖRÜLEN BİR TÜMÖR: MESANENİN PRİMER LENFOMASI

İbrahim Keleş¹, Mükremin Uysal², Çiğdem Tokyol³, Mustafa Karalar¹,
Haşmet Sarıcı¹, Cemil Ay¹, Ebru Ünlü⁴, Ahmet Çağrı Evran³

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Afyon

²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Medikal Onkoloji, Afyon

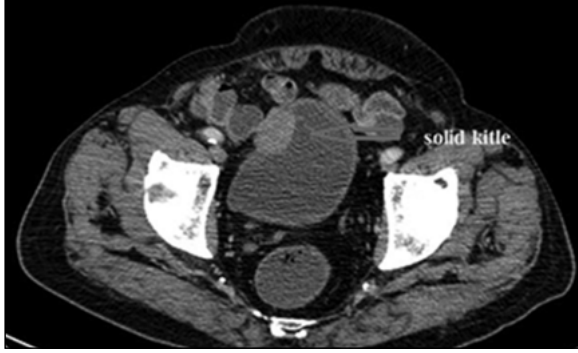
³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Afyon

⁴Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji, Afyon

Amaç: Giriş: Mesane tümörlerinin çoğu epitel kaynaklıdır. Non-epitelyal tümörler nadir görülürler. Primer non-Hodgkin lenfoma (NHL) görülmesi ise oldukça istisnai bir durumdur.

Yöntem: Olgu: Yetmiş iki yaşında aşırı terleme, kilo kaybı, idrar yaparken yanma ve aralıklı olarak idrardan kan gelmesi şikayetleriyle bir dış merkeze başvuran hastanın, yapılan toraks ve üst batin bilgi-sayarlı tomografisinde multiple metastatik lezyonlar saptanması üzerine hastanemiz medikal onkoloji bölümüne sevk edilmiş. Medikal onkoloji bölümünde değerlendirilen hastanın, alt batin tomografisinde mesane antero-superior duvarda yaklaşık 4 cm'lik kontrastlanma gösteren nodüler yumuşak doku kitlesi (Şekil 1) tespit edilerek üroloji kliniğine refere edildi. Preoperatif gerekli hazırlıkları yapılan ve aydınlatılmış onam formu alınan hastada sistoskopik değerlendirmede mesane kubbesinde submukozal yerleşimli, 4-5 cm'lik alanda solid kitle lezyon saptandı. Hastaya yapılan transuretral rezeksiyonda kitlenin invaziv karakterli olduğu gözlemlendi. Postoperatif patolojisi mesanede primer diffüz büyük B hücreli lenfoma gelen hastaya medikal onkoloji bölümü tarafından R-CHOP (Ritüksimab, Cyclophosphamide, Doksorubisin, Vinkristine, Prednizon) kemoterapi protokolüyle tedavi planlandı.

Bulgular: Tartışma: Tüm lenfoma olgularında mesanenin sekonder tutulumuna yaklaşık %13 civarında rastlanırken, primer mesane lenfoması çok nadir olarak ortaya çıkar. Literatürde 100'den az vaka bildirilmiştir. NHL'nın, mesanenin submukozal lenf foliküllerinden köken aldığı ve en sık izlenen tipinin diffüz büyük hücreli lenfoma olduğu bildirilmiştir. Bu vakada da mikroskopik olarak mesane subepitelyal dokusunda diffüz lenfositik infiltrasyonunu mevcuttu. Lezyon mesanenin kas tabakasını infiltre ediyordu İmmünohistokimyasal olarak atipik lenfositler CD20, CD79a ve PAX-5 ile yaygın pozitif boyandı. Bu bulgularla olguya yüksek grade'li malign B hücreli lenfoma tanısı verildi. Sistoskopik bulgusu genelde mesane kubbe ve yan duvarlardan köken alan soliter kitle varlığıdır. Radyolojik değerlendirmede ise en sık rastlanan form soliter sesil yapıda kitledir. Bizim vakamızda da tomografide mesane kubbesinde yerleşimli, kontrastlanma gösteren, tek odakta solid kitle lezyon mevcuttu. Sistoskopi ve radyolojik görüntüler üreteriyal tümörlerden ayırım için yeterli değildir. Tanı histopatolojik olarak konur. Primer ekstra-nodal NHL için çeşitli tedavi seçenekleri mevcuttur. Tümörün davranışı hastalığın progresyon riski, hastanın genel durumu ve yaşam beklentisi göz önünde bulundurularak radikal sistektomi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavi seçeneklerinden uygun olanı seçilmelidir.



Şekil 1.

VENA KAVA TROMBÜSÜ OLAN RENAL KİTLE OLGULARINDA CERRAHİ SONUÇLAR

Mehmet Kazım Asutay, Elnur Allahverdiyev, İlker Tinay, Niyazi Levent Türkeri

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada renal kitlesi ve eş zamanlı tümöre bağlı inferior vena kava trombüsü bulunan hastalarda yapılan cerrahi tedavinin sonuçlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2009 ve 2014 yılları arasında, kliniğimizde 8 hastaya radikal nefrektomi ile eş zamanlı vena kava inferiordan tümör trombüsü rezeksiyonu yapılmıştır. Bu hastaların cerrahi sonuçları ve postoperatif komplikasyonlar retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların hepsine vena kava trombüs rezeksiyonu ile beraber açık radikal nefrektomi yapılmıştır. Ortalama yaş 52.75 (min:33 maks:62) yıl olarak hesaplanmıştır. 7 hastada (%87.5) tanı anında metastaz bulunurken, bu hastalarda operasyon tümör yükünün azaltılması amacıyla yapılmış ve hastalara postoperatif dönemde adjuvan tedavi başlanmıştır. Bir (%12.5) hastada vena kava grefti kullanılmıştır. İki hastada (%25) oluşan defektin onarımı için operasyon sırasında kalp ve damar cerrahisi konsültasyonu gerekmiştir. Bu hastalardan birinde tümör trombüsünün sağ atriuma kadar ilerlemesi nedeniyle torakotomi gerekmiştir. Bu hasta postoperatif 1. günde kardiak tamponat ve gelişen kardiojenik şoka bağlı olarak kaybedilmiştir. Ortalama kanama miktarı 2000 ml olarak hesaplanmış ve post-operatif dönemde 1 hastada pulmoner emboli gelişmiştir. Hastaların patoloji sonuçları değerlendirildiğinde: tümör evresi 4 (%50) hastada evre T3a, 3 (%37.5) hastada T4 ve 1 (%12.5) hastada T3b rapor edilmiştir.

Çıkarımlar: İnförrior vena kava rezeksiyonu ve onarımı preoperatif dönemde yapılan değerlendirme ve hazırlıklar yeterliyse ve uygun teknik kullanıldığı zaman güvenli bir cerrahi yöntemi olarak kabul edilebilir.

LOKAL İLERİ EVRE MESANE TÜMÖRLERİNDE ADJUVAN KEMOTERAPİNİN SAĞKALIMI ETKİLER Mİ?

Burhan Özdemir, Bülent Akdoğan, Mesut Altan, Burak Çıtamak, Ali Ergen, A. Haluk Özen

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Adjuvan kemoterapinin lokal ileri evre mesane tümörlerinde sağkalıma etkisini araştırmak.

Yöntem: Ocak 2000 – Haziran 2014 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle radikal sistektomi ve pelvik lenf nodu diseksiyonu yapılan ve patolojileri pT3, T4a veya LN pozitifliği olan 135 hasta çalışmaya dahil edildi. Patolojik değerlendirme 2010 TNM sınıflamasına göre yapıldı. 69 hasta lenf nodu negatif, 66 hasta ise lenf nodu pozitif. Toplam 52 (%38.5) hastaya adjuvan sisleptin bazlı kemoterapi verildi, 83 (%61.5) hastaya verilmedi. Neoadjuvan kemoterapi ve/veya radyoterapi alan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Hastaların 122'si (%90.4) erkek, 13'ü (%9.6) kadındı. Gruplar arasında cinsiyet farkı sap-tanmadı ($p=0.996$). Ortalama yaş 62 yıl idi. 62 yaştan büyük hastaların 22'sine (%27.2) kemoterapi verilirken, 59'una (%72.8) verilmedi ($p=0.001$). Adjuvan kemoterapi alan ve almayan grupta 5 yıllık genel sağkalım sırasıyla %31.5 ve %40.4 olarak bulundu ($p = 0.994$). Beş-yıllık kansere özgü sağkalım adjuvan kemoterapi alan ve almayan grupta sırasıyla %45.6 ve %51.7 olarak bulundu ($p=0.944$). Kemoterapi veril-meyen grupta lenf nodu pozitif ve negatif olan hastaların 5 yıllık genel sağkalımı, sırasıyla %13.7 ve %50.6 ($p=0.013$) olarak bulundu. Kemoterapi verilen grupta lenf nodu pozitif ve negatif olan hastaların 5 yıllık genel sağkalımı sırasıyla %23.8 ve %55.6 olarak bulundu ($p=0.115$).

Çıkarımlar: Lokal ileri evre mesane tümörlerinde, radikal sistektomi sonrası adjuvan kemoterapinin sağkalım avantajı literatürde olduğu gibi, bizim çalışmamızda da gösterilememiştir. Mesane tümörlerinde adjuvan kemoterapi ile sağkalımı arttıran yeni ajanlara ihtiyaç vardır.

Tablo 1.

| | | KT alan | KT almayan | Toplam | p |
|---------------|--------------------------------|----------------|-------------------|------------------------------|----------|
| | | N(%) | N(%) | N(%) | |
| Yaş | <62 | 30(55.6) | 24 (44.4) | 54(100) | 0.001 |
| | >62 | 22(27.2) | 59(72.8) | 81(100) | |
| Cinsiyet | Erkek | 47(38.6) | 75(61.4) | 122(100) | 0.996 |
| | Kadın | 5(38.5) | 8(61.5) | 13(100) | |
| Anemi | var | 19(29.7) | 45(70.3) | 64(100) | 0.045 |
| | yok | 33(46.5) | 38(53.5) | 71(100) | |
| Cerrahi sınır | pozitif | 8(34.8) | 15(65.2) | 23(100) | 0.686 |
| | negatif | 44(39.3) | 68(60.7) | 112(100) | |
| | 5 yıllık genel sağkalım | %31.5 | %40.4 | %36.3 (Tüm hastalar için) | 0.994 |
| | 5 yıllık kansere özgü sağkalım | %45.6 | %51.7 | %48.9 (Tüm hastalar için) | 0.944 |

DENEYSEL OLARAK PARSEYEL UNİLATERAL ÜRETERAL OBSTRÜKSİYON OLUŞTURULAN RATLARDA BÖBREKTE ASİMETRİK DİMETİL ARJİNİN DÜZEYİNİN NİTRİK OKSİT DÜZEYİNE ETKİLERİ

Hasan Anıl Kurt, Cabir Alan, Ahmet Reşit Ersay, Gökhan Baştürk, Emrah Demirci

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çanakkale

Amaç: Üreteral obstrüksiyona bağlı olarak gelişen retrograd glomerüler reflü sonucu nitrik oksit sentezinin bozulduğu ve buna bağlı olarak da böbrek fonksiyonlarının etkilendiği birçok deneysel çalışmada gösterilmiştir. Ayrıca nitrik oksit sentaz inhibitörü olan asimetrik dimetil arjininin retrograd glomerüler reflüye bağlı olarak arttığı ve nitric oksit sentezini bozduğu bilinmektedir. Amacımız tek taraflı akut üreteral obstrüksiyon modeli oluşturulan ratlardaki asimetrik dimetil arjinin ve nitrik oksit düzeyleri ölçülerek, bunların böbrek üzerindeki etkileri araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya ağırlıkları 240-290 gr arasında değişen 21 adet adolesan dönemdeki (ortalama 6 haftalık) Sprague-Dawley tipi erkek sıçanlar alındı ve rastgele olarak 3 gruba ayrıldılar. Grup 1: Kontrol grubu (n=6): Herhangi bir işleme tabi tutulmadı. Grup 2: Sham grubu (n=6): Deney grubu ile aynı işlem yapıp üreter ve psoas kas diseksiyonu uygulanmayan grup. Grup 3: Parsiyel unilaterale üreteral obstrüksiyon oluşturulan grup (9 rat). Tüm ratlar 12 hafta sonra sakrifiye edildi. Böbrek dokusunda Superoksit Dismutaz enzim aktivitesi ile nitrit ve nitrat tuzlarının düzeyleri saptandı. Plazma nitrit-nitrat ve ADMA düzeyleri çalışıldı.

Bulgular: Deney grubu doku SOD ve kan ADMA düzeyleri kontrol ve sham grubuna göre belirgin yüksek ($p<0,05$), deney grubundaki doku NO ve plazma NO değerlerinin ise sham ve kontrol grubuna göre belirgin düşük olduğu görüldü ($p<0,05$).

Çıkarımlar: Obstrüktif nefropati sonrası gelişen renal komplikasyonları önlemek için ADMA'yı azaltma yönündeki çalışmalar, yeni stratejilerden biri olabilir diye düşünüyoruz.

RATLARDA TESTİS TORSİYONUNDAKİ İSKEMİ REPERFÜZYON HASARINI ÖNLEMEDE ROLİPRAM TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

Hamid Özmen¹, Muhammet Ali Kayıkcı², Yusuf Şenoğlu³, Ali Tekin², Haydar Kamil Çam⁴

¹Akçakoca Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Düzce

³Aliağa Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Testis torsiyonu testiste iskemiye neden olan akut seyirli, hızlı teşhis ve tedavi gerektiren ürolojik bir acildir. Doku iskemisi yanında detorsiyon sonrası oluşan reperfüzyon da testiküler hasar oluşturan faktörlerden biridir. Bu çalışmanın amacı ratlarda testis torsiyonuna bağlı gelişen iskemi reperfüzyon hasarında daha önce denenmemiş olan rolipramın koruyucu etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Gerekli etik kurul onayı alındıktan sonra 30 adet yetişkin rat kendi aralarında randomize olarak seçilerek, her biri 10 adet rat içeren üç grup oluşturuldu. Birinci gruba (sham grup) sağ testiküler fiksasyon sonrası 6. saatte orşiyektomi uygulandı. İkinci gruba (kontrol grubu) sağ testise 720 derecelik bir torsiyon sonrası 6. saatte detorsiyon işlemi yapıldı. Detorsiyon sonrası 4. saatte orşiyektomi uygulandı. Üçüncü gruba, 2. gruba aynı cerrahi prosedür uygulandı. Farklı olarak torsiyon sonrası 5. saatte 1 mg/kg dozunda rolipram i.p. yolla uygulandı. Tüm gruplardan orşiyektomi sırasında total oksidan status, total antioksidan status ve oksidatif stres indeksi bakılması amaçlı kan örneği alındı.

Bulgular: Rolipram uygulanan grupta (grup 3), kontrol grubuna (grup 2) göre iskemi reperfüzyon hasarına bağlı tüm histopatolojik bulgularda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gerileme tespit edildi ($p<0.05$). Ayrıca, total oksidan status ve oksidatif stres indeksi düzeylerinin düştüğü görüldü ($p<0.05$). Total antioksidan status bakımından gruplar arasında anlamlı farka rastlanmadı ($p=0.991$).

Çıkarımlar: Rat testiküler iskemi reperfüzyon modelinde 1mg/kg'lık dozda uygulanan rolipram reperfüzyon hasarını azaltmada etkin bulunmuştur. Elde ettiğimiz bu sonuçlar, rolipramın insanda aynı amaçla tedavi açısından test edilmesine temel oluşturmaktadır.

TEK TARAFLI TESTİKÜLER İSKEMİ-REPERFÜZYON HASARI OLUŞTURULAN RATLARDA İLOPROST VE DÜŞÜK DOZ METHOREXAT'IN ANTIOKSİDAN ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Devrim Tuğlu¹, Ercan Yuvaç¹, Erdal Yılmaz¹, Üçler Kısa², Önder Bozdoğan³, Ertan Batıslam¹

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

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kırıkkale

³Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: İloprost ve düşük doz methotrexat kullanımının, iskemi/reperfüzyon(I/R) sonucu testiste oluşan oksidatif hasar üzerine etkilerini araştırmak

Yöntem: Ratlar 4 gruba ayrıldı. Grup 1: Sham (n=6), Grup 2: I/R (n=6), Grup 3: I/R + İloprost 10 µg/kg (n=6), Grup 4: I/R + düşük doz Methotrexat 0,1 mg/kg (n=6)

Bulgular: Ortalama testis serum TAS seviyeleri grup 2 ve 3 (P<0.004), 2 ve 4 (p<0,003), 3 ve 4(p<0,004) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede artmıştı. Ortalama TOS seviyeleri ve OSI seviyeleri Grup 1ve 2 (P<0.004), 1 ve 3 (P<0.004), 1 ve 4 (P<0.01), groups 2 ve 3 (P<0.004), 2 ve 4 (P<0.004), 3 ve 4 (p<0,003) arasında anlamlı olarak azalmıştı. Histopatolojik inceleme de testiküler dokuda grup 1 'de değişiklik gözlenmezken. Grup2,3 ve 4 arasında histopatolojik olarak Johnsen skorlama sistemine göre istatistiksel olarak bir fark gözlenmedi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada İloprost ve Düşük doz methotrexat kullanımı tek taraflı testis iskemi-reperfüzyon hasarında doku düzeyinde koruyucu etkinlik oluşturmamıştır. Fakat serumda biyokimyasal düzeyde ilopost'un daha fazla antioksidan etkili olduğunu söyleyebiliriz. Bununla birlikte bu ilaçların farklı doz ve sürelerle yapılacak çalışmalar ile doku antioksidan özellikleri incelenebilir.

DENEYSEL TEK TARAFLI URETER OBSTRÜKSİYONU OLUŞTURULAN RATLARDA DİMETHYL SÜLFOKSİT (DMSO) VE PİRASETAMIN BÖBREK HASARINI AZALTICI ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

Devrim Tuğlu¹, Ercan Yuvaçç¹, Erdal Yılmaz¹, Üçler Kısa², Önder Bozdoğan³, Ertan Batıslam¹

¹Kırıkkale Üniveritesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

²Kırıkkale Üniveritesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Biyokimya Anabilim Dalı, Kırıkkale

³Kırıkkale Üniveritesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kırıkkale

Amaç: Dimethyl Sülfoksit (DMSO) ve Pirasetamın deneysel tek taraflı üreter obstrüksiyonu oluşturulan ratlarda böbrek hasarını azaltıcı etkilerinin incelenmesi

Yöntem: Ratlar 4 gruba ayrıldı. Grup 1: Sham (n=6), Grup 2: Unilateral ureteral obstruction (UUO) (n=6), Grup 3: UUO + DMSO 3,8 ml/kg (n=6), Grup 4: UUO + Pirasetam 500 mg/kg (n=6)

Bulgular: Ortalama böbrek serum TAS seviyeleri grup 2 ve 3 (P<0.003) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede artmış, grup 3 ve 4 arasında değişmemiştir. Ortalama TOS seviyeleri ve OSI seviyeleri Grup 1 ve 2 (P<0.003), 1 ve 3 (P<0.004), 1 ve 4 (P<0.01), groups 2 ve 3 (P<0.004), 2 ve 4 (P<0.003) arasında anlamlı olarak azalmış, grup 3 ve 4 arasında istatistiksel olarak fark gözlenmemiştir. Histopatolojik inceleme de böbrek dokusunda grup 1 'de değişiklik gözlenmezken. Grup2,3 ve 4 arasında histopatolojik olarak istatistiksel olarak bir fark gözlenmedi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada DMSO ve Pirasetam kullanımı tek taraflı üreteral obstrüksiyon yapılan rat böbrek hasarında doku düzeyinde koruyucu etkinlik oluşturmamıştır. Fakat serumda biyokimyasal düzeyde DMSO'in ve Pirasetamın antioksidan etkili olduğunu söyleyebiliriz. Bununla birlikte bu ilaçların farklı doz ve sürelerle yapılacak çalışmalar ile doku antioksidan özellikleri incelenebilir.

PARMAKLA REKTAL MUAYENE BULGULARININ PROSTAT KANSERİNDE ÖNGÖRÜ DEĞERİ: 1495 BİYOPSİ SONUÇLARI

Ömer Yılmaz, Hasan Soydan, Ercan Malkoç, Ferhat Ateş, Niyazi Özgür Kurul

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul

Amaç: Parmakla rektal muayene (PRM), prostat kanseri taramasında prostat spesifik antijen(PSA) ile birlikte en sık kullanılan tanı aracıdır. Bazı durumlarda PSA değerine bakılmaksızın tek başına PRM bulgusu biyopsi kararı için yeterli olabilmektedir. Kliniğimizde yapılan 1495 Transrektal ultrason (TRUS) eşliğinde prostat biyopsi verilerini inceleyerek; benign, asimetrik lob, nodül gibi PRM bulgularının kanser tanısında öngörü değerlerini araştırdık.

Yöntem: Kliniğimizde 2006-2014 arasında PSA yüksekliği ve/veya PRM anormallliği nedeniyle prostat biyopsisi yapılan hastaların verileri geriye dönük olarak incelendi. Bunlar yaş, PSA, prostat hacmi, PRM bulguları ve patoloji sonuçları idi. İlk biyopsiler standart 12 kor, tekrarlayan biyopsiler ise 18 veya 24 kor olarak alındı. PSA değeri 10ng/ml değerinin üzerinde olan hastalardan seminal vezikül biyopsisi de alındı. Prostat hacmi 60cc'nin üzerinde olan hastalardan 12 kor yerine 18 kor alındı. Biyopsi korları lokalizasyonlarına göre numaralandırıldı. Patoloji sonuçları ve muayene bulguları analiz edildi.

Bulgular: Toplam 1495 prostat biyopsi sonuçları incelendi. Ortalama hasta yaşı 66.72, prostat hacmi 55.98 cc ve PSA değeri 18.61 ng/ml saptandı. Toplam prostat kanseri tanısı %38.66 (575/1495) idi. PRM bulgusu 819(54.78%) hastada benign, 484 (32.37%) hastada nodül/endurasyon ve 192 (12.84%) hastada asimetrik lob. PRM benign olan 819 hastanın 237(28.93%)'sinde biyopside malignite saptandı. Asimetrik lob olan 192 hastanın 67(34.89%)'sinde prostatın herhangi bir yerinde kanser tespit edilirken, kalan 125(65.10%) hastada prostat kanseri yoktu. Muayene bulgusu asimetri olup kanser saptanan 67 hastanın 46(68.65 %) 'sında asimetrik lobda kanser mevcut iken kalan 21(31.34%) hastada kanser karşı lobda idi. Muayene bulgusunda nodül olan 484 hastanın 271(55.99%)'inde prostat kanseri vardı. Bu 271 hastanın 232(85.60%)'sinde nodül ve malignite aynı lobda bulundu. Nodül olan 213(44%) hastanın biyopsi neticesi benign raporlandı. PRM'de benign, asimetri ve nodül bulgularının malignite tanı oranları sırası ile 28.93%, 34.89% ve 55.99% olup duyarlılık ve özgüllük oranları yine sırası ile 41.21%- 36.74%, 11.65%- 86.41% and 47.13%- 76.84% idi.

Çıkarımlar: PRM'de tespit edilen nodül veya sertlik kanser öngörüsü için en riskli bulgudur. Asimetrik lob ve benign PRM bulgusu kanser öngörüsü açısından benzerdir.

METABOLİK SENDROM VE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARININ İLİŞKİSİ

Mecit Gürhan Ceylan, Turgut Alkibay, Metin Onaran, Bora Küpeli

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Alt üriner sistem semptomları(AÜSS) ve şiddeti ile metabolik sendrom(metS) arasındaki ilişkinin araştırılması.

Yöntem: Çalışmamıza yaş ortalaması 65 ± 7.5 yıl olan 117 erkek hasta dahil edilmiştir. Semptomların ve şiddetinin değerlendirilmesi için, International Prostate Symptom Score(IPSS) kullanılmış ve hafif(IPSS 0-7), orta (IPSS 8-19) ve şiddetli semptomlu(IPSS 20-35) 3 grup halinde olgular incelenmiştir. Boy, vücut ağırlıkları, bel çevreleri, lipid profilleri, açlık kan şekeri ölçümleri yapılarak International Diabetes Federation tanı kriterleri yardımıyla metS sıklığı gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Toplam metS'lu hasta oranı %39 olmakla beraber IPSS 0-7 olan hastaların %31'inde, IPSS 8-19 olan hastaların %41'inde, IPSS 20-35 olan hastaların %46'sında artan oranlarda metS saptanmıştır ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Grupların vücut ağırlıkları, boy, vücut kitle indeksi, bel çevreleri, HDL-kolesterol, LDL-kolesterol ve trigliserid düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Hipertansiyon sıklığı, semptom şiddeti arttıkça atmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çıkarımlar: IPSS'e göre hafif, orta ve ağır semptomlu hasta grupları arasında metS sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p= 0.367$).

ÜROLOJİK SEMPTOM OLMADAN GELİŞEN DEV ATONİK MESANE -LİTERATÜREDEKİ EN GENİŞ HACİMLİ MESANE

Ekrem Akdeniz¹, Sevda Akdeniz², Ebubekir Akgüneş¹, Mustafa Suat Bolat¹,
Mustafa Kemal Atilla¹

¹S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

²S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Samsun

Amaç: Alt üriner sistemi kontrol eden sinir sistemini etkileyen hasarlarda nöro-ürolojik semptomlar ortaya çıkar. Farklı klinik şekillerde görülebilen nörojenik alt üriner sistem disfonksiyonu semptomatik ya da asemptomatik olabilir. En korkulan komplikasyonu üst üriner sistemi etkileyerek renal fonksiyonların kaybedilmesidir. Bu yazımızda ileri derecede Parkinson hastası olan ve ürolojik şikayet olmadan gastrointestinal sistem obstruksiyonu şeklinde klinik bulgu veren epigastrik bölgeye uzanan dev nörojen mesaneli olgu tartışılmıştır.

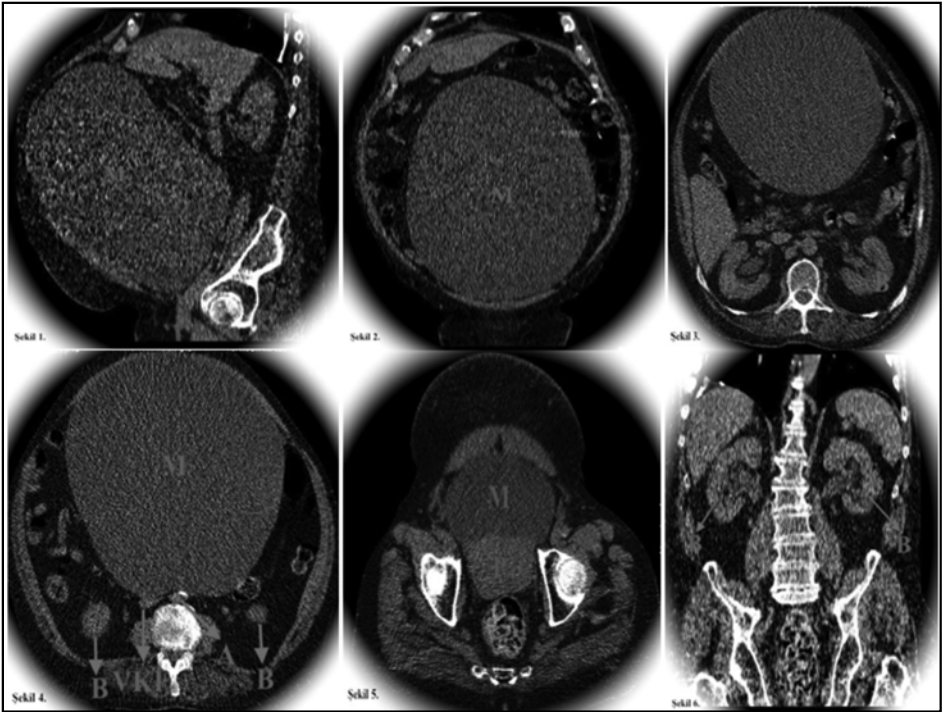
Yöntem: 86 yaşında 7 gündür sürekli kusan genel durum bozuk hasta acil servise başvurdu. Yaklaşık 15 yıldır Parkinson hastasıydı ve bilinen ürolojik bir şikayeti yoktu. Fizik muayenede suprapubik bölgeden başlayıp epigastriuma kadar uzanan perküsyonda submatite alınan bir kitlesi mevcuttu. Rektal muayenede anal sfinkter tonusu azalmış, prostat grade 2 büyüklükte ve yumuşak kıvamda izlendi. Hastanın biyokimyasal kan değerlerinde derin elektrolit bozukluğu ve metabolik alkaloz durumu vardı (Tablo 1). Hastaya kontrastsız bilgisayarlı abdomen tomografi çekildi. Tomografide mevcut kistik lezyonun mesane olduğu görüldü (Şekil 1). Hastaya üretral kateter takıldı. Yaklaşık 7000 cc idrar drenajı oldu.

Bulgular: Parkinson hastalarında %37-72 arasında nörojenik mesane disfonksiyonu görülür (1). Bu hastalar değerlendirilirken ürodinamik, sistoskopik ve radyolojik değerlendirme yapılmalıdır. Nörojenik mesane disfonksiyonu idrar kaçırma, sık idrara gitme ve ani idrar yapma isteği gibi klinik şikayetler verse de asemptomatikte olabilir (1). Bizim olgumuzda mesane hacmi normalden yaklaşık 15 kat artmıştır. Hastamızda aynı zamanda prostat hipertrofisi veya detrüsr sfinkter disinerjisi gibi mesane çıkım obstrüksiyonu olması muhtemeldir. Hastamız da belirgin olarak ürolojik bir klinik bulgu yoktur. Bu durum hastanın Parkinson hastası olması sebebiyle ürolojik semptomlarını geri plana atmış olmasıyla açıklanabilir. Hastamızda böbrek toplayıcı sistemde grade 2-3 hidronefroz görülmüştür. Böbrek parankim yapısında ise herhangi bir patoloji izlenmemiştir. Mesane hacminin bu kadar artmış olmasına rağmen üst üriner sistemin bu kadar güzel korunması ve bu kadar uzun süren retansiyona rağmen mesane taşı oluşmaması şaşırtıcıdır.

Çıkarımlar: Sonuç olarak her ne kadar hastamızda altta yatan nörolojik bir hastalık olsa da 7000 ml mesane kapasitesiyle bildiğimiz kadarıyla literatürde ki en geniş hacimli mesanedir. GİS semptomları ile acil servise başvurmuştur. Bu hastaların ayırıcı tanısında abdominal apse ve kist akla gelmelidir.

Tablo 1.

| Laboratuvar Bulgusu | Değer |
|----------------------------|--------------|
| Glukoz (mg/dl) | 144,0 |
| Kan üre nitrojen (mg/dl) | 40,0 |
| Kreatinin (mg/dl) | 1,2 |
| Sodyum (mmol/L) | 138,0 |
| Klor (mmol/L) | 62,0 |
| Potasyum (mmol/L) | 3,2 |
| Ürik asid (mg/dl) | 12,8 |
| Kalsium (mg/dl) | 10,4 |
| Fosfor (mg/dl) | 3,1 |
| Albumin (gr/dl) | 3,8 |
| pH | 7,4 |
| HCO ₃ (mmol/L) | 48,0 |
| PaCO ₂ (mmHg) | 63,9 |
| Hemoglobin (g/dL) | 12,2 |
| Hematokrit (%) | 38,4 |

**Şekil 1.**

TUR-P SONRASI ÜRETRAL KATETER ÇEKİM SÜRESİNİN OPERASYON SONRASI İŞEME PARAMETRELERİ ÜZERİNE ETKİSİ

Fikret Halis¹, Numan Baydilli², Adil Emrah Sonbahar¹, Hacı İbrahim Çimen¹, Şükrü Kumsar¹, Osman Köse¹, Hüseyin Aydemir¹, Öztuğ Adsan¹, Hasan Salih Sağlam¹, Ahmet Gökçe¹

¹Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Sakarya

²Dr. Süreyya Adanalı Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Kahramanmaraş

Amaç: Kapalı prostat operasyonları sonrası hastaların üretral kateterli takip süreleri klinik merkezler arasında hatta klinisyenler arasında da ve farklılık göstermektedir. Bu çalışmada TUR-P sonrası kateter çekim süresinin ameliyat başarısı üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: TUR-P yapılan hastalar, kateter çekim sürelerine göre 3 gün altı ile 3 günden fazla olmak üzere randomize olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grupta bulunan hastaların yaş, preoperatif total PSA, Hb, Qmax, PVR, ameliyatta çıkarılan doku miktarı, post operatif Hb, Qmax, PVR değerleri kaydedildi. Preoperatif ve postoperatif Omax değerleri arasındaki değişim gruplar arasında hesaplandı. Parametrik veriler ortalama±standart sapma, parametrik olmayan veriler min - maks olarak verildi. Grup verilerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U test kullanıldı.

Bulgular: Grup 1'de 37, grup 2'de 45 hasta vardı. Hastaların yaş ortalamaları grup 1'de 66.8±5.0 yıl, grup 2'de 66.8±8.4 yıl idi. Grupların PSA, Hb, Htc, Q maks, PVR, çıkan doku miktarları ve operasyon sonrası Q maks değişimleri Tablo 1'de özetlendi. Yaş, PSA, Hb, Htc, Qmaks, PVR verileri arasında gruplar arasında anlamlı fark görülmedi. Operasyon sonrası Qmax değişimi (Post op Q maks- Preop Q maks) ve PVR verileri grup 2 de daha iyi görünmesine rağmen iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi. Fakat kateter süresi uzun olan hastaların operasyonda çıkarılan doku miktarının istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu dikkati çekti.

Çıkarımlar: TUR-P operasyonlarında postoperatif Qmaks değişimi ve PVR göz önüne alındığında kateter çekim süresinin bu parametrelere anlamlı bir etkisinin olmadığı gözlemlendi.

Tablo 1.

| | Grup 1 n=37 (3 gün ve altı) | Grup 2 n=45 (3 gün üzeri) | P |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|------------------|
| Üretral kateter süresi (gün) | 2.9±0.16 (2-3) | 4.5±0.89 (4-8) | <0.001 |
| Yaş (yıl) | 66.8±5.0 | 66.8±8.4 | 0.794 |
| Total PSA (ng/dl) | 2.4±1.2 | 2.5 ±1.4 | 0.907 |
| Preoperatif | | | |
| • Hb (gr/dl) | 14.5±1.3 | 14.3±1.4 | 0.560 |
| • Htc (%) | 43.5±4.2 | 42.5 ±4.4 | 0.554 |
| • Q maks (ml/sn) | 8.0±2.1 | 8.2±2.0 | 0.523 |
| • PVR (ml) | 150 (80-550) | 160 (80-1000) | 0.812 |
| Postoperatif | | | |
| • Hb (gr/dl) | 12.8±1.4 | 12.5±2.0 | 0.514 |
| • Htc (%) | 38.3±4.2 | 37.1±6.0 | 0.532 |
| • Q maks (ml/sn) | 22.5±5.0 | 23.3±3.5 | 0.941 |
| • PVR (ml) | 30 (10-150) | 20 (10-100) | 0.841 |
| Çıkan doku miktarı (gr) | 32.5±11.2 | 38±11.5 | 0.034 |
| Q maks değişimi (ml/sn) | 14.5±5.1 | 15±4.4 | 0.540 |

PSA VE PATOLOJİK SONUÇLAR BAKIMINDAN MONOPOLAR VE BİPOLAR ENERJİ

Mehmet Uslu, Aslan Demir, Mert Ali Karadağ, Murat Bağcıoğlu, Kürşat Çeçen, Ömer Erkam Arslan

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Kars

Amaç: Monopolar ve bipolar enerjinin etkisinin erken dönem PSA ve diğer parametreler açısından araştırılması ve bu sonuçların patolojik sonuçlardan etkilenip etkilenmediğinin incelenmesi.

Yöntem: 2013-2014 yılları arasında, monopolar ve bipolar enerji ile TURP uygulanmış 84 hasta çalışmaya alındı. Monopolar ve bipolar enerji türüne göre 2 grup oluşturuldu. TİT, İdrar kültürü, IPSS ve IIEF formlarının doldurulması, PSA ve serbest PSA düzeyleri, parmakla rektal muayene, üroflowmetri ve PVR ölçülmesi tüm hastalara rutin olarak uygulandı. Hb, PSA ve serbest PSA düzeyleri preoperative ve postoperative erken dönemde ölçüldü, bu sonuçlara göre Hb, PSA ve serbest PSA farkları hesaplanarak gruplar arasında istatistiksel analiz yapıldı. Patoloji sonuçları da, kronik prostatit ve BPH olarak 2 gruba ayrılarak bazı parametrelerle ilişkisi incelendi.

Bulgular: Heriki grup arasında, yaş, preoperatif ve postoperative PSA ve serbest PSA düzeyleri, Hb farkları, prostat hacimleri, rezeke edilen prostat dokusu (gr), ameliyat süresi ve uroflowmetrik parametreler açısından istatistiksel fark saptanmadı ($p < 0.05$, Tablo 1).

Patolojik sonuçlara göre yapılan PSA farklarına göre yapılan analizde, kronik prostatitli grupta monopolar ve bipolar gruplarına göre anlamlı bir fark saptanırken, BPH rapor edilen grupta anlamlı bir fark saptanmadı (kronik prostatitli grupta, grup 1 ve 2 için ortalama PSA farkları sırasıyla, $28,18 \pm 22,57$ ve $11,73 \pm 13,09$ $p=0,02$; BPH'li grupta, ise sırasıyla, $22,9 \pm 32,27$ ve $10,32 \pm 18,84$ $p=0,15$).

Patoloji sonuçlarına göre Hb farkı açısından yapılan analizde, heriki grup arasında istatistiksel bir fark saptandı (kronik prostatitli ve BPH'li gruplar açısından, sırasıyla, $1,85 \pm 1,36$ and $1,18 \pm 0,95$, respectively. $p=0,03$).

Çıkarımlar: PSA düzeyleri, kullanılan enerji türüne göre ve patoloji sonucuna göre etkilenmektedir. Bipolar enerji ile opere edilenlerde PSA daha az artmaktadır. Bu sonuç bizi bu çalışmanın, bipolar enerjinin, monopolar enerjiye göre daha az invaziv olduğunu doğrulayan fizyolojik bir çalışma olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, kronik prostatit preoperative kanama oranlarını da etkilemektedir.

Table 1. The characteristics of the groups, p<0.05; statistical difference

| Parameters | Monopolar group n=40 | Bipolar group n=44 | P |
|-------------------------------------|-------------------------|-----------------------|------|
| Age | 65.63±7.6 | 68.29±7.5 | 0.16 |
| Preoperative PSA (ng/dl) | 11.89±22.49 | 10.8±19.58 | 0.84 |
| Preoperative free-PSA | 3.29±9.27 | 3.13±8.66 | 0.94 |
| Postoperative PSA (ng/dl) | 37.65±41.1 | 21.74±31.26 | 0.09 |
| Postoperative free-PSA | 16.5±19.07 | 8.9±9.22 | 0.08 |
| Mean PSA difference | 25.7±27.1 | 10.8±16.67 | 0.01 |
| Mean free-PSA difference | 13.2±15.33 | 5.76±8.24 | 0.02 |
| Mean Hb difference | 1.36±1.07 | 1.59±1.3 | 0.45 |
| Prostate volume (Abdominal USG, cc) | 70.7±37.1 | 63.44±27.6 | 0.38 |
| Resected tissue amount (g) | 20.73±10.5 | 18.26±7.01 | 0.28 |
| Operation time (Minute) | 57.83±17.45 | 51.18±13.37 | 0.09 |
| Preoperative IPSS | 26.13±3.07 | 26.79±4.49 | 0.17 |
| Postoperative IPSS | 4.46±2.25 | 5.5±1.81 | 0.1 |
| Preoperative Quality of life score | 4.7±0.7 | 5.06±0.9 | 0.08 |
| Postoperative quality of life score | 1.3±8.76 | 1.43±0.56 | 0.08 |
| Preoperative Qmax (ml/s) | 5±4.4 | 4.5±4.1 | 0.64 |
| Postoperative Qmax (ml/s) | 23.9±6.61 | 21.05±4.17 | 0.1 |
| Preoperative PVR (cc) | 321.5±148.6 | 309.4±251.1 | 0.76 |
| Postoperative PVR (cc) | 42.8±20.4 | 48.5±16.3 | 0.22 |

EJAKÜLASYONUN SERUM KOMPLEKS PSA KONSANTRASYONU ÜZERİNE ETKİSİ

Fatih Tarhan¹, Kadir Demir¹, Asuman Orçun², Özlem Çakır Madenci², Erkin Sağlam¹

¹S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

²S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya, İstanbul

Amaç: Ejakülasyonun serum kompleks prostat spesifik antijen (PSA) düzeyi üzerine etkisini değerlendirmek.

Yöntem: Çalışmaya 62 semptomatik benign prostat hiperplazili (BPH) (59.03±0.99 yıl) denek çalışma grubu olarak ve 36 BPH'lı denek de kontrol grubu olarak alındı. Çalışma grubundan üç günlük cinsel perhiz sonrası bazal PSA ölçümü için kan alındı. Takiben ejakülasyon sonrası serum total, serbest ve kompleks PSA ölçümü için ejakülasyon sonrası 1.saat, 5.saat, 24.saat ve 72.saatlerde kan örnekleri alındı. Kontrol grubunda ise bazal PSA örnekleme sonrası ejakülasyon olmadan, 1.saat, 5.saat, 24.saat ve 72.saatlerde örnekleme yapıldı.

Bulgular: Çalışma grubunda, ejakülasyon sonrasında total ve serbest PSA seviyelerindeki değişiklikler istatistiksel olarak anlamlı bulunurken kompleks pSA ve serbest/total PSA seviyelerinde bulunamadı (sırasıyla p=0.016, p=0.0003, p=0.176 ve p=0.173). Bu hastalarda 1 ve 5. saatlerdeki PSA seviyeleri bazal seviyeden anlamlı farklılık gösteriyordu. Kontrol grubunda total, serbest, kompleks PSA ve serbest/total PSA seviyelerinde ejakülasyon sonrasında anlamlı değişiklik bulunamadı (sırasıyla p=0.223, p=0.224, p=0.444 ve p=0.718). Çalışma ve kontrol gruplarında ejakülasyon sonrasında total, kompleks PSA ve serbest/total PSA bakımından eşik değeri aşan hasta sayısında istatistiksel olarak fark saptanmadı.

Çıkarımlar: Çalışmamızda ejakülasyon total ve serbest PSA konsantrasyonlarını artırmış, ancak kompleks PSA seviyesine etkisi olmamıştır. Bununla birlikte, eşik değere yakın kompleks PSA değeri olan hastalarda ejakülasyon biyopsi kararını etkileyebilir. Kompleks PSA konsantrasyonundaki değişikliklerin mekanizmasını ortaya koymak için ileri araştırmalar gereklidir.

YÜKSEK REZİDÜLÜ VEYA ÜRİNER RETANSİYONDA BULUNAN ERKEK HASTALARDA DETRUSOR FONKSİYONLARI

Oğuz Mertoğlu, İlker Akarken, Mehmet Yoldaş, Yusuf İlbey, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Erkeklerde benign prostat büyümesiyle ilgili alt üriner sistem semptomlarının (AÜSS) tanınmasında ürodinamik çalışmaların önemine, kılavuzlarda ve konsültasyonlarda her zaman yer verilmiştir. Hikaye ve semptom skoru ile gerçek mesane çıkım obstrüksiyonu, ancak %40-60 oranında tahmin edilebilir. Cerrahi bir tedaviyi öngörebilmek için, başlangıçta üroflowmetri, gerekirse sistometri ve basınç akım çalışmaları yapılması önerilmektedir.

Özellikle yüksek rezidümlü işeyen veya üriner retansiyona girmiş olgularda direk cerrahi tedavi sonrası, kontraktilite problemiyle izlenen başarısızlık görülebilmektedir.

Kliniğimizde cerrahi tedavi öngürülen, yukarıda bahsettiğimiz tartışmalı problemler nedeniyle sistometri ve basınç akım çalışması gerekliliği duyulan hastaların obstrüksiyon ve kontraktilite durumunu görmek istedik.

Yöntem: 2010 ve 2014 yılları arasında kliniğimizde sistometri ve basınç akım çalışması indikasyonu konulmuş erkek hastaların, anemnez ve ürodinami kayıtları incelendi. Amerike ve Avrupa üroloji birliklerinin kılavuzları çerçevesinde ürodinami planlanmış, nörolojik ve cerrahi problemi olmayan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların yüksek rezidü (>300 ml) veya üriner retansiyon grubu özellikle incelendi .

Bulgular: 32 Erkek hasta çalışmaya alındı. Ortalama yaş 72 (51-90) idi. Bu hastaların yüksek rezidü veya üriner retansiyon problemleri mevcuttu.

Ürodinamik çalışmalar sonucunda bu hastaların 13'si(%40,6)Yüksek basınç ve düşük akım (Mesane çıkım tıkanıklığı indeksi (MÇTİ) >40) bulunarak TUR-P yapılmıştı, diğer 12'si (%37,5) ise valsalva ile miksiyon çabası izlendiği için Temiz aralıklı kateterizasyon(TAK) önerilmişti. Geri kalan 7 hastada (%21,9) hipoaktif mesane görülmüş, takip önerilmişti. Valsalvailemiksiyon çabası izlenen hastaların 8'i (%75) 80 yaş ve üzeri hastalardı.

Çıkarımlar: Bu çalışmayla bütün rezidüsü yüksek ve üriner retansiyon tanılı hastaların %40 civarında bir bölüme MÇT düşünülerek operasyon önerilmiştir. Bu tip, özellikle 80 yaş üzeri hastalarda, sistometri ve basınç akım çalışması düşünülmeden bir müdahalede bulunmak doğru olmayacaktır.

RENAL KİTLEYİ TAKLİT EDEN GOSSIPİBOMA İÇİN RADİKAL NEFREKTOMİ

Çetin Demirdağ¹, Çağatay Doğan¹, Deniz Çebi Olgun², Haydar Durak³, Ahmet Erözenci¹

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

²*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

³*İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

Amaç: Gossipiboma latince gossypium(pamuk) ve swahili dilindeki boma(saklanma yeri) kelimele-
rinin birleşiminden oluşan, operasyon sırasında yanlışlıkla hastanın vücudunda unutulmuş yabancı cisim
(genellikle gazlı bez) tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Renal kitle nedeniyle radikal nefrektomi
yaptığımız ve patolojisiyle gossipiboma tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem: Yaklaşık 15 yıl önce böbrek taşı nedeniyle dış merkezde açık nefrolitotomi uygulanan has-
ta aralıklı sağ yan ağrısı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Yapılan batın-pelvik bilgisayarlı tomografisinde
(BT) sağ böbrekte kitlesel lezyon saptanan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı.

Bulgular: Yaklaşık 3 aydır aralıklı sağ yan ağrısı olan 74 yaşında erkek hastanın batın BT'sinde sağ
böbrek üst polde 6*7.5 cm boyutunda kalsifiye heterojen kitle saptandı. Hastaya sağ radikal nefrektomi
planlandı. Operasyon sırasında sağ böbreğin karaciğer, diyafragma ve psoas kasına yapışık olduğu izlendi.
Böbrek çepeçevre serbestlenerek radikal nefrektomi yapıldı. Postoperatif histopatolojik tanıda malignite
bulgusu saptanmazken yabancı cisim reaksiyonu olarak belirtildi.

Çıkarımlar: Gossipiboma postoperatif nadir komplikasyonlardandır. Postoperatif erken dönemde
asemptomatik kalabileceği gibi, abse, ağrı, ateş ve kitlesel lezyona yol açarak tekrar girişim gerektirebilir.
Medikolegal nedenlerden dolayı gerçek görülme sıklığı bilinmemektedir.



Şekil 1.

DIYABETİK NEFROPATİLİ BİR OLGUDA KLOPIDOGREL İLE İLİŞKİLİ SPONTAN RENAL PARANKİMAL LASERASYON

Mehmet Emin Özyalvaçlı¹, Uğur Üyetürk¹, Sıddıka Halıcıoğlu², Ertuğrul Karğı³

¹Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Bolu

²Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Bolu

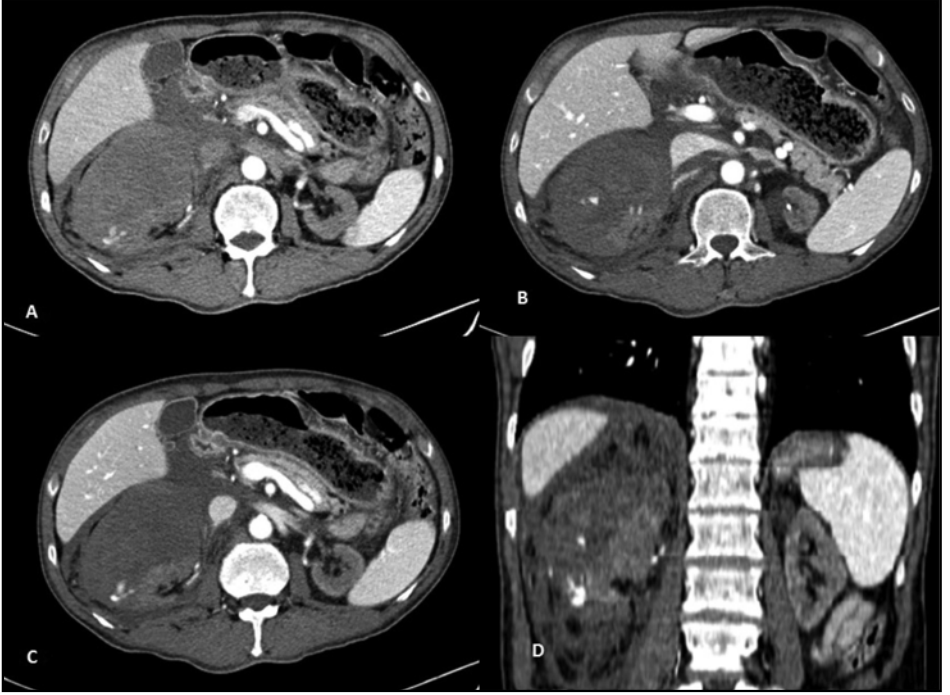
³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Bolu

Amaç: Diyabetik nefropati nedeniyle hemodiyaliz replasman tedavisi almakta olan bir hastada gelişen spontan renal parankimal laserasyon kaynaklı retroperitoneal hematoma olgusunun klopidogrel ile ilişkisini değerlendirmek istedik.

Yöntem: 65 yaşında erkek hasta gece uykudan uyandıran ani başlayan sağ yan ağrısı, karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede göbük etrafında, sağ kostovertebral ve sağ inguinal alanda hassasiyeti vardı.Rektal tuşe doğaldı, makroskopik hematurisi saptanmadı. Hastada travma öyküsü yoktu. Hastanın özgeçmişinde diabetes mellitus, hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodiyalize girdiği öğrenildi. Yaklaşık 6 yıl önce koroner arter hastalığı nedeniyle koroner arter bypass operasyonu geçiren hastaya bu nedenle asetil salisilik asit tedavisi başlanmış fakat 3 ay önce mide kanaması geçirmesi üzerine ise klopidogrel 75 mg 1x1 olarak tedavisinin değiştirildiği öğrenildi. Mezenter iskemisi ön tanısı ile hastaya USG ve tüm batın CT-Angiografi çekildi.

Bulgular: Kan basıncı 143/66 mmHg, nabız 74/dk idi.Yapılan tetkiklerinde Hemoglobini 9,5 g/dl, hematokrit 28.8% idi. Trombosit sayısı (171 K/uL), protrombin zamanı (14 sn) ve aktive promboplastin zamanı (79 %) normal aralıktaydı. Tüm batın USG'de sağ böbrek üst-orta polden sürrenal loja uzamını gösteren 10x7 cm boyutlarında heterojen hipoekoik kitle-hematoma ayrımı yapılamayan görünüm nedeniyle hastaya kontrastlı tüm batın CT-Anjiyografi çekildi. CT Angiografide arteriyel fazda (A) ve venöz fazda (B, C) alınan aksiyel görüntüler ile koronal reformat görüntülerde (D) böbrek üst ve alt pollerinden laserasyona ikincil aktif kontrast ekstrasvazasyonu ve retroperitoneal hematoma saptandı.Hastaya servisinde yatak istirahati uygulandı. Kanama nedeninin klopidogrel ile ilişkili olabileceği düşünülerek klopidogrel kesildi. Hemoglobini, hematokrit ve vital bulgular yakın takibe alındı. Takip süresince hastaya 4 ünite kan transfüzyonu yapıldı. 15. günün sonunda kontrol CT de hematoma ciddi gerilemesi olan hastanın hemoglobini 10.6 g/dl ve hematokriti 31.8 % idi ve hasta taburcu edildi.

Çıkarımlar: Sonuç olarak, klopidogrel tedavisi altında akut yan ağrısı veya karın ağrısı şikayeti gelişen bir hastada özellikle diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği ve anti-agregan ilaç kullanımı gibi kanamayı artırıcı ek faktörler bulunduğu zaman SRH mutlaka ekarte edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Najaro olasılık skalası kullanıldığında, klopidogrel ile retroperitoneal kanama arasında olası muhtemel düzeyde ilişki saptanmıştır



Şekil 1.

ŞOK DALGALARI İLE TAŞ KIRMA ÖNCESİ UYGULANAN ANALJEZİK TEDAVİLERİN KARŞILAŞTIRILMASI

Lokman İrkılata, Hüseyin Cihan Demirel, Mustafa Aydın, Hasan Rıza Aydın, Yelda Ersözlü Bakırtaş, Caner Moral, Mevlüt Keleş, Mustafa Kemal Atilla

S.B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Samsun

Amaç: Vücut dışı Şok Dalgaları ile Taş Kırma (ESWL) yönteminin 1980 li yılların başlarında uygulanmaya başlaması ile üriner sistem taş hastalığının tedavisinde kabul görmüş ve hızla yaygınlaşmıştır. Ancak ESWL nin en sık yan etkisi ağrıdır ve sıklıkla analjezik desteği gerektirmektedir. Çalışmamızda retrospektif olarak hasta gurubumuzda tercih edilen analjezikler ve etkinliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Merkezimizde ESWL uygulanan bütün hastalara analjezik verilir vermediğine veya verildi ise hangi analjezik uygulandığına bakılmadan ayrı bir hekim tarafından hastaların işlemten hemen sonra 10 dereceli vizüel ağrı skalası (VAS) ile ağrı şiddeti sorgulandı. Birinci yıl sonunda yaptığımız incelemede ESWL uygulanan hastaların %99,5'ine analjezik uygulaması yapıldığını saptadık. Bu bilgi ışığında VAS mevcut olan hastaların ESWL kayıt dosyaları geri dönük incelendi. Homojen dağılım elde etmek için kadın hastalar ve böbrek taşı dışındaki hastalar devre dışı bırakılarak, böbrek taşına ESWL uygulanmış erişkin erkek hastaların verileri toplandı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildi ve sonuçları tartışıldı.

Bulgular: İnceleme sonucunda toplam 119 böbrek taşı olan erkek hastaya ilk seans ESWL tedavisi uygulandığını saptadık. Beş erkek hastanın enjeksiyon yapılmasını kabul etmediği için herhangi bir analjezik uygulanmadığı saptandı ve değerlendirme dışı bırakıldı. Çalışmaya 114 hasta dahil edildi. Kırkbeş erkek hastaya Diklofenak Sodyum 75 mg im. uygulandığı (Grup DI), 37 erkek hastaya Deksketoprofen Trometamol 50 mg im. uygulandığı (Grup DE), 32 hastaya 50 mg. im Petidin Hiroklorür uygulandığı (Grup PE) saptandı. Hastaların demografik verilerinde istatistiksel olarak fark saptanmadı (Tablo1). Ağrı skoru ise istatistiksel fark saptandı. Ortalama VAS en düşük değer Grup PE de saptanırken, en yüksek değer Grup DI de saptandı. Grup PE nin VAS Grup DI ve Grup DE den istatistiksel olarak düşük bulundu. Yine Grup DE nin VAS Grup DI den istatistiksel olarak anlamlı olacak düzeyde düşük saptandı (Tablo 2).

Çıkarımlar: Böbrek taşına uygulanan ESWL tedavisinde Petidin Hiroklorür hem Diklofenak Sodyum hemde Deksketoprofen Trometamol den daha etkin analjezik etki sağlamaktadır. Deksketoprofen Trometamol ise Diklofenak Sodyum dan daha etkindir.

Tablo 1. Hasta gruplarının demografik bulguları, *p<0.05

| | Grup PE (n=32) | Grup DE(n=37) | Grup DI(n=45) | p |
|----------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------|
| Yaş | 44.84±14.38 (23-75) | 44.54±11.98 (21-70) | 45.16±13.96 (21-75) | 0.979 |
| Kilo | 77.66±5.0(70-90) | 79.59±5.79(70-92) | 77.67±4.87 (70-90) | 0.185 |
| Boy | 174.66±3.53(168-182) | 174.78±3.16(168-180) | 174.36±2.84(168-180) | 0.841 |
| BMI | 25.45±1.29(22.20 - 27.80) | 26.05±1.66(22.30 - 29.0) | 25.54±1.34(22.30 - 27.80) | 0.164 |
| Taş Yüğü | 79.97±52.14(20 - 228) | 72.57±39.26(6-169) | 77.22±48.47(6-228) | 0.992 |
| Taş Yönü | | | | |
| Sağ | 20(62.5%) | 24(64.9%) | 28(62.2%) | 0.966 |
| Sol | 12(37.5%) | 13(35.1%) | 17(37.8%) | |
| Şok | 2875.0±219.97(2500-3000) | 2810.81±245.84(2500-3000) | 2855.56±229.18(2500-3000) | 0.489 |
| VAS | 4.22±1.79(2-8) | 5.89±2.45(1-10) | 7.16±2.39(1-10) | 0.000* |

Tablo 2. Analjeziklerin ikili gruplar halinde VAS karşılaştırması, *p<0.05

| Grup A | Grup B | Mean Difference (A-B) | Standart Hata | p |
|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|----------|
| Petidin | Dexketoprofen | -1,673 | 0,546 | 0,008 |
| Petidin | Diklofenak | -2,937 | 0,523 | 0,000 |
| Dexketoprofen | Diklofenak | -1,264 | 0,502 | 0,035 |

SWL SONRASI REZİDÜ FRAGMANLAR SAĞLIKLA İLİŞKİLİ HAYAT KALİTESİNİ NASIL ETKİLİYOR? BOYUT TABANLI KRİTİK BİR ANALİZ

Cahit Şahin, Erkin Sağlam, Alper Kafkaslı, Ali Cihangir Çetinel, Kemal Sarıca

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

Amaç: Şok dalga litotripsi sonrası rezidü fragmanların boyutlarına göre sağlıkla ilişkili hayat kalitesi üzerine etkileri araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Şok dalga litotripsi sonrası rezidü fragmanlar saptanan 86 hasta 3 gruba bölündü. Grup 1 (n: 30, ≤ 2 mm fragmanlar), Grup 2 (n:21 $2\text{mm}-\leq 4\text{mm}$), Grup 3 (n:35 $>4\text{mm}$).

3 aylık takip süresinde spontan pasaj oranları, acil servise başvuru, ortalama analjezik ihtiyacı, ek girişim ihtiyacı ve hayat kalitesi değerlendirildi. Hayat kalitesi Short Form-36 anketiyle değerlendirildi.

Bulgular: $\leq 2\text{mm}$ rezidü fragmana sahip 30 hastanın tümü taşları spontan olarak düşürdüğü gözlemlendi. $2\text{mm}-\leq 4\text{mm}$ arası rezidülerde ise taşsızlık oranı %76 olarak bulundu. $>4\text{mm}$ rezidü fragmanların da %52'sinde 3 ay sonunda spontan pasaj saptandı. $\leq 2\text{mm}$ rezidü fragmana sahip hastaların hiçbiri bu süre içinde acil servise başvurmazken, $2\text{mm}-\leq 4\text{mm}$ arası rezidüsü olanların %19'u ve $>4\text{mm}$ rezidü fragmanları olan hastaların da %51.4'ü acil servise başvuru ihtiyacı duydu. Ortalama analjezik doz (mg) ihtiyacı daha büyük fragmanlarda fazla olarak bulundu. Hayat kalitesinin değerlendirildiği alt grup analizlerinde daha büyük fragmanı olan hastaların 1. ve 3. aylarda belirgin düşük skorlara sahip olduğu gözlemlendi.

Çıkarımlar: Şok dalga litotripsiden sonraki rezidü fragmanlar boyutlarına göre hastaların yaşam kalitesine ciddi etki etmektedir. $\leq 2\text{mm}$ fragmanlar ciddi şikayetlere yol açmasa da daha büyük fragmanlar hayat kalitesini anlamlı ölçüde etkilemektedir.

ÜROLOJİK CERRAHİ GİRİŞİM YAPILACAK HASTALARIN PREOPERATİF ENĐİŐE DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mehmet Kutlu Demirkol, Fatih Tarhan, Erkin Sağlam, Alper Çoşkun, Özgür Yazıcı

S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Bu çalışmada; elektif ürolojik cerrahi planlanan hastalarda cerrahi tedavi ile ilgili endişe nedenlerinin belirlenmesi, cerrahi prosedür hakkında bilgilendirmenin endişe üzerine etkisinin değerlendirilmesi ve endişenin yaşam kalitesi üzerine etkisini saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya Aralık 2012 – Mayıs 2013 tarihleri arasında Üroloji Kliniğinde elektif cerrahi planlanan, yaşları 18 ile 65 arasında olan 497 hasta alınmıştır. Hastalardan preoperatif dönemde operasyondan 3-5 gün önce cerrahi endişe nedenlerini içeren formu, durumsal endişeyi ölçen Durumluluk Süreklilik Kaygı Ölçeği (State-Trait Anxiety Inventory-STAI) formu, endişe ölçümünde kullanılan diğer bir ölçek olan Görsel Analog Skalası (Visual Analogue Scale-VAS) ve Avrupa Yaşam Kalitesi-5 Boyut (European Quality of Life-5 Dimensions- EQ-5D) genel yaşam kalitesi ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Takiben hastalar standart bir şekilde tanı ve yapılacak operasyonla ilgili bilgilendirilmiştir. Hastalardan tekrar operasyondan 1 gün önce STAI formu, VAS ölçeğini ve EQ-5D formunu doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 497 hastanın 368'i (%74.1) erkek, 129'u (%25.9) kadındı. Hastaların yaş ortalaması 56.54±0.58 yıldı. Hastaların ortalama STAI değeri 39.16±0.42 idi. Kadın cinsiyet, çalışmama durumu ve önceden operasyon geçirmemiş olmasının endişe düzeyini artıran faktörler olduğu görüldü. ($p < 0.05$). Endişeye neden olan ilk üç nedenin sırasıyla ameliyat sonrası ağrı (%38.3), bedenin zarar göreceği korkusu, organ kaybı (%21.3) ve ameliyat sonrası işgücü, performans kaybı ve hayat kalitesi bozulması (%18.9) olduğu görülmektedir. Endişe skoru düşük grupta en sık endişe nedeni postoperatif ağrı iken yüksek grupta ölüm korkusudur. Özellikle kadın, çalışmayan, eğitim seviyesi düşük olan ve A grubu operasyon (büyük-özellikli) yapılacak hastalarda bilgilendirme sonrası endişe düzeylerinin arttığı saptanmıştır ($p < 0.05$). Endişe ölçekleri ve yaşam kalitesi ölçeği arasında anlamlı bir pozitif korelasyon mevcuttur.

Çıkarımlar: Ürolojik operasyon yapılacak hastaların orta derecede endişe düzeyine sahip olduğu ve en sık endişe nedeninin ameliyat sonrası ağrı olduğu görülmektedir. Preoperatif dönemde hasta bilgilendirmenin endişe düzeylerini literatürdeki genel bilginin aksine arttırdığı görülmüştür. Hasta bilgilendirilmesinin yapılmadığı kontrol grubu oluşturularak yapılacak çalışmalar ile bilgilendirmenin endişe üzerindeki etkisi daha iyi anlaşılacaktır.

C-REAKTİF PROTEİN'İN KRONİK PROSTATİT VE ALT ÜRİNER SİSTEM ŞİKAYETLERİ İLE İLİŞKİSİ; TRANSREKTAL ULTRASON EŞLİĞİNDE YAPILAN PROSTAT BİYOPSİ SONUÇLARI

Cahit Şahin, Utku Can, Fehmi Narter, Gökhan Faydacı, Bilal Eryıldırım, Fatih Tarhan

S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Çalışmamızda, transrektal prostat biyopsi (TRUS-Bx) yapılan hastalarda, C-reaktif protein (CRP) seviyesi'nin histopatolojik enflamasyon ve alt üriner sistem şikayetleri(AÜŞŞ) ile ilişkisi araştırıldı.

Yöntem: Hastanemizde Şubat 2012 ve Nisan 2014 tarihleri arasında TRUS kılavuzluğunda standart 12 kor prostat iğne biyopsisi uygulanan 480 olgu prospektif olarak incelendi. Olgularda PSA ≥ 4 ng/mL ve/veya anormal rektal muayene(DRE) olanlara biyopsi yapıldı. Tüm olgularda CRP için kan örneği alındı.İşlem öncesi tüm hastaların AÜŞŞ'i International Prostate Symptom Score'u (IPSS) ile irritatif ve obstruktif septomlar belirlendi. Tüm olgular kliniko-patolojik faktörler; PSA, DRE, prostat volüm, yaş, vücut kitle indeksi ve ek olarak histopatolojik enflamasyon, prostat kanseri(Pca)belirlendi ve CRP seviyesi ilişkisi analiz edildi.

Bulgular: 480 Olgunun ortalama yaşı 65.96 ± 7.79 yıl, PSA düzeyi 12.53 ± 18.84 ng/ml ve prostat hacmi 55.79 ± 28.13 ml idi. Ortalama CRP düzeyi 4.72 ± 2.42 mg/L idi. Tüm olguların 142'sinin(%29.6)prostat kanseri, 194'nün (%40.4) kronik prostatik inflamasyon olduğu görüldü.Olguları 252'sinin (%52.5) irritatif, 228'nin (47.5) obstruktif olduğu belirlendi. CRP seviyesi ile IPSS-İrritatif semptomlar($P < 0.001$) ve histopatolojik enflamasyon arasında ($P < 0.001$) ileri düzeyde istatistiksel ilişki olduğu görüldü.

Çıkarımlar: Çalışmamızdan da açıkça görüldüğü üzere CRP seviyesi ile IPSS-İrritatif semptomlar ve histopatolojik enflamasyon arasında önemli oranda bir ilişkinin olduğunu gözlemledik. Halen tartışmalı olan bu durumun çok merkezli ve geniş serili çalışmalarına ihtiyacı vardır.

KİST HİDATİK HASTALIĞI; KARACİĞER, RETROVEZİKAL VE SEMİNAL VEZİKÜLÜ İÇEREN KİSTİK HASTALIK

Cahit Şahin, Utku Can, Fehmi Narter, Gökhan Faydacı, Bilal Eryıldırım, Kemal Sarıca

S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: Kist hidatik üriner sistemde az görülmekle birlikte, seminal vezikül ve retrovezikalde bulunması çok nadirdir. Çalışmamızda, karaciğer ile birlikte eş zamanlı retrovezikal ve seminal vezikülü tutulumu olan kist hidatik hastalığı ve tedavisini sunmayı amaçladık.

Yöntem: 26 yaşında erkek hasta son altı aydır olan zor ve sık idrara çıkma, yanma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede, suprapubikte sferik yapıda yumuşak kitle hissedildi. Rektal muayene ve Serum biyokimyası normal idi. Üriner sistem ultrasonografisinde; Sağ böbrekte grade 1 hidroüreteronefroz, mesane posteriorunda yaklaşık 133x105x140 mm boyutlarında septalı, mesaneye belirgin bası oluşturan kistik mass lezyon olduğu belirlendi. Kontrastsız tomografide; karaciğer 4. Segmente multiseptalı, düzgün konturlu ve alt batin pelvik lojda mesaneyi anteriora deplase eden septalı kistik kitle mevcuttu. (Şekil-1). Cerrahi eksplorasyon orta hat insizyonu ile transperitoneal olarak uygulandı. Mesaneyi anteriora deplase eden retrovezikal kistik, seminal vezikül korunarak komplet çıkarıldı, mutakiben karaciğerdeki kist rezekte edildi. (Şekil-2). Hastaya rekürrensi önlemek amacıyla postoperatif dönemde üç hafta boyunca albendazol (10mg/kg/gun) verildi. Postoperatif altıncı ay kontrolünde nüks tespit edemedi.

Çıkarımlar: Retrovezikal kist hidatik genellikle çevre organlara bası yaparak semptomlara yol açmaktadır. Fakat bizim vakamızda olduğu gibi eş zamanlı diğer organlarla birlikte üriner sistem tutulumu nadirdir. Özellikle hastalığın endemik olduğu bölgelerde pelvik kistik kitle saptanan hastalarda ayırıcı tanıda akılda bulundurulması gereken bir patolojidir.



Şekil 1.

KONSTİPASYONUN TRANSREKTAL PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASI GELİŞEN İNFEKTİF KOMPLİKASYONLARA ETKİSİ

Cahit Şahin, Alper Kafkaslı, Özgür Yazıcı, Murat Tuncer, Fehmi Narter, Fatih Tarhan, Kemal Sarıca

S.B. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

Amaç: İnfektif komplikasyonlar transrektal prostat iğne biyopsisinin en önemli komplikasyonu olarak kabul edilmektedir. Konstipasyon sık görülen bir gastrointestinal bir problem olup, transrektal prostat biyopsisi (TRUS) sonrasında gelişen infektif komplikasyon üzerine olan olası etkileri araştırıldı.

Yöntem: Hastanemizde TRUS kılavuzluğunda standart 12 kor prostat iğne biyopsisi uygulanan 480 olgu prospektif olarak incelendi. Olgularda PSA ≥ 4 ng/mL ve/veya anormal rektal muayene(DRE) olanlara biyopsi yapıldı. Konstipasyon, Roma 2 kistaslarına göre belirlendi. Tüm olgular kliniko-patolojik faktörler; PSA, DRE, prostat volum, post miksiyonel rezidü, yaş, vücut kitle indeksi hospitalizasyon ve infektif komplikasyonlarla birlikte veriler analiz edildi.

Bulgular: 480 Olgunun ortalama yaş 65.96 ± 7.79 yıl, PSA düzeyi 12.53 ± 18.84 ng/ml ve prostat hacmi 55.79 ± 28.13 ml idi. 480 olgudan 133'nün (%27.7) konstipasyon olduğu tespit edildi. Olguların 33'ünde (%6.9) İnfektif komplikasyon ve bunlarında 3'ünde (%0.6) sepsis geliştiği saptandı. İnfektif komplikasyon gelişen olguların 22'sinde (%66.7) konstipasyon varken ($p < 0.001$), 11'inde (%33.3) olmadığı tespit edildi. Bu olgularda konstipasyonda en sık karşılaşılan semptomlar; %34.1 zorlu dışkılama, %31.8 sert dışkılama ve %26.9 haftada 3 veya daha seyrek dışkılama idi. Olguların 13'ünde (%2.7) hastaneye yatış gereksinimi olduğu belirlendi. Hastaneye yatan hastalar arasında konstipasyon varlığı açısından anlamlı fark vardı ($p < 0.001$).

Çıkarımlar: Çalışmamızdan da açıkça görüldüğü üzere, konstipasyonun infektif komplikasyon ve hastaneye yatış açısından önemli bir risk faktörü olduğunu düşünmekteyiz. Tartışmalı olan bu durumun çok merkezli ve geniş serili çalışmalara ihtiyacı vardır.

ÜRETER ÜST BÖLÜM TAŞLARINDA ESWL'İN BAŞARILI OLMASINDA ALINAN SIVI MİKTARI ETKİLİ DEĞİLDİR

Hasan Soydan¹, Sezgin Okçelik², Fırat Saraçoğlu¹, Ferhat Ateş¹, Ömer Yılmaz¹, Ercan Malkoç¹, Temuçin Şenkul¹, Kenan Karademir¹

¹Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

²Beytepe Asker Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

Amaç: ESWL uygulanan üreter üst bölüm taşlı hastalarda işlem sonrasında farklı miktarlarda sıvı alınmasının taştan arınma oranlarına etkisi olup olmadığını araştırmak.

Yöntem: Üroloji polikliniğine radyopak üreter üst bölüm taşı nedeni ile başvuran ve ESL planlanan hastalar çalışmaya alındı. Hastaların taş boyutu, ESL şok sayısı, enerji miktarı ve hastaların kiloları kaydedildi. İşlem sonrasında hastalar 3 gruba ayrıldı. 1. Gruba günlük 1500 cc, 2. Gruba günlük 3000 cc su ve 3. Gruba günlük 4500 cc su almaları telkin edildi. Hastalar işlemten ortalama 11,8 gün sonra kontrol edildi. Kontrol DÜŞG ile yapıldı. Hastaların taşsız olup olmadıkları kayıt altına alındı. İstatistik değerlendirmesi SPSS yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya Temmuz 2012 ile Temmuz 2014 tarihleri arasında 55 hasta alındı. 1. Grupta 24, 2. Grupta 18 3. Grupta 13 hasta vardı. Hastaların gruplara göre taş boyutları (Tablo-1), ESL şok atım sayısı, uygulanan enerji miktarı, kiloları farklı değildi (Tablo-2). Kontrol esnasındaki taşsızlık oranları arasında farklılık saptanmadı (Tablo-3). Grup 1-2 p=0.151; grup 1-3 p=0.507; grup 2-3 p=0.537 ikili karşılaştırmada da fark saptanmadı. (Mann Whitney U test).

Çıkarımlar: Üreter üst bölüm taşlarında ESL sonrasında günlük su alımını 1500 cc'den 4500 cc'e arttırmak başarı oranlarını arttırmıyor gibi gözükmektedir.

Tablo 1.

| | 1500 | 3000 | 4500 | P* |
|----------------------|---------|---------|---------|-------|
| Ortalama | Eyl. 58 | 9. May | Tem. 30 | 0.088 |
| Standart sapma | Mar. 67 | Mar. 90 | Şub. 42 | |
| ortanca | 8. May | 8.0 | 7.0 | |
| N | 24 | 18 | 13 | |
| Kruskal Wallis testi | | | | |

Tablo 2.

| | 1500 | 3000 | 4500 | P** |
|---|-------|-------|-------|-------|
| SWL şok sayısı* | 3000 | 3000 | 3000 | 0.673 |
| Enerji miktarı | 58.77 | 60.29 | 71.42 | 0.094 |
| Kilo | 80.50 | 80.0 | 68.0 | 0.295 |
| N | 24 | 18 | 13 | |
| *ortanca değerler ** Kruskal Wallis testi | | | | |

Tablo 3.

| | 1500 | 3000 | 4500 | p |
|-----------|-------------|-------------|-------------|----------|
| Başarılı | 12 | 13 | 8 | 0.344 |
| Başarısız | 12 | 5 | 5 | |
| Toplam | 24 | 18 | 13 | |

Üç grubun başarı düzeyi arasında fark yok (ki-kare testi)

NADİR BİR HEMATÜRİ NEDENİ: KÜRETAJ SONRASI DETRÜSÖR KASI İÇERİSİNE PLASENTAL VİLLUS YAPILARININ İMPLANTASYONU

Ömer Yılmaz¹, Zeki Aktaş², Ali Yılmaz², Ercan Malkoç¹, Ferhat Ateş¹

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul

²Gülhane Askeri Tıp Akademisi-Gata, Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Üroloji Servisi, İstanbul

Amaç: Çok iyi bilinen hematüri nedenleri yanı sıra jinekolojik ve obstetrik girişimlere bağlı gelişen iyatrojenik yaralanmalar da hematürinin nadir nedenlerindedir. Bu vakada küretaj sonrası plasental villüs yapılarının detrüör kası içerisine implantasyonu nedeni ile masif hematüri gelişen 40 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur .

Yöntem: Küretajdan 1 ay sonra başlayan ve son on günde yoğunlaşan hematüri şikayeti nedeni ile yapılan ultrasonografide mesane içerisinde hematoma tespit edilen hastanın özellikle son iki gün transfüzyon gerektirecek şekilde yoğun kanaması olduğu görüldü. Fiziki muayenesi normal olan hastanın B-HCG seviyesi artmıştı (280 IU/ml). Jinekolojik muayenesi normal olan hastaya hematürinin devam etmesi nedeni ile sistoskopi yapıldı.

Bulgular: Sistoskopide mesane boynu yakınında mukozal bir defekt ve flap görüldü ve kanama odağı bu defekt olarak değerlendirildi. Mukozal flap transüretal rezeksiyon ile alındı ve kanama kontrolü için fulgurasyon yapıldı. Hematürisi düzelen hasta on gün sonra ile takibin ardından taburcu edildi. Alınan örneğin patolojisi plasental villüs yapıları olarak rapor edildi.

Çıkarımlar: Bu vaka literatür bilgimize göre plasental villüs yapılarının iyatrojenik olarak implante olduğu ve masif hematüri oluşturduğu ilk vakadır. Jinekolojik bir girişimin ardından gelişen hematüri değerlendirilmesi için sistoskopi mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

SÜNNET İSTEĞİ İLE POLİKLİNİĞİMİZE BAŞVURANLARDA ÜROGENİTAL SİSTEM ANOMALİLERİ

Adem Yaşar, Fatih Fırat

S.B. Tokat Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Tokat

Amaç: Bu çalışmada, Tokat Devlet Hastanesine sünnet isteği ile başvuran ve yapılan genital muayenede saptanan dış genital organ anomali oranlarını ve aile farkındalık derecesini sunmayı amaçladık.

Yöntem: Tokat Devlet Hastanesine sünnet isteği ile başvuran 734 erkek çocuk çalışmaya alındı. Üç Üroloji uzmanı tarafından bütün hastalar poliklinikte muayene edildi ve anomali saptanan hastaların ailelerine farkında olup olmadıkları sorularak kaydedildi.

Bulgular: Dış genital organ incelenmesi sonucunda toplam 734 çocuktan 52'sinde (%7.08) genital anomali saptanırken 682 (%92.92) tanesinde genital anomali saptanmadı. Genital anomali saptanan 52 çocuğun 16'sında (%2.18) inmemiş testis, 12'sinde (%1.63) varikosel, 8'inde (%1.08) retraktıl testis, 7'sinde (%0.95) hidrosel, 3'ünde (%0.4) hipospadias saptanırken fimozis, inguinal herni ve üretral mead darlığı 2 şer hastada gözlemlendi.Yapılan genital muayenede saptanan dış genital organ anomali olan hastaların 15 inin aileleri anomalinin farkında değildi.

Çıkarımlar: Bu çalışmada, genital anomali oranları türkçe literatür ile benzerliği gözlenirken ailelerin bu anomalilerin varlığından haberleri olmamaları tüm çocuk hastalarda mutlaka sistemik muayene yapılması gerektiğinin kanısındayız.

ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞI VE OBEZİTE: AYNI BİYOKİMYASAL MEKANİZMALARIN NEDEN OLDUĞU İKİ FARKLI HASTALIK

Özgü Aydoğdu

S.B. İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

Amaç: Üriner sistem taş hastalığı ve obezite arasındaki ilişki ve ortak biyokimyasal mekanizmaların özetlenmesi

Yöntem: Tüm dünyada özellikle son yıllarda obezite sıklığındaki artışa paralel olarak üriner sistem taş hastalığı prevalansında anlamlı bir artış izlenmektedir. Önceki çalışmalarda obezitenin üriner sistem taş hastalığı oluşumu açısından potansiyel bir risk faktörü olduğu iddia edilmiştir. Obezite ve üriner sistem taş hastalığının aynı biyokimyasal mekanizmalar ile oluşma olasılığı dikkat çekici ve güncel bir tartışma konusudur. Bu iki patolojiye ait olası ortak mekanizmaların daha iyi anlaşılması sayesinde üriner sistem taş hastaları daha etkili ve invazif olmayan yöntemler kullanılarak tedavi edilebileceklerdir.

Bulgular: Bu konuşmada sırası ile obezite ve üriner sistem taş hastalığı arasındaki ilişki, olası ortak biyokimyasal mekanizmalar, diyetel alışkanlıklar ve kilo kaybının taş oluşumu üzerindeki etkisi ve obezite hastalarında cerrahi müdahaleye ait potansiyel zorlukların anlatılması planlanmıştır.

Çıkarımlar: Dinleyicilere verilecek mesaj, obezite ve üriner sistem taş hastalığının temelde aynı biyokimyasal mekanizmalar nedeniyle meydana geldiği ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler sayesinde özellikle son yıllarda birçok insanın hayat kalitesinde bozulmaya neden olan obezite ve taş hastalığının önenebileceğidir.

TRANSSEKSÜEL BİR HASTADA CİNSEL İLİŞKİ SONRASI NEOVAJİNAL PERFORASYON

Hasan Delktaş¹, Önder Özcan², Neşat Çullu³, Ömer Erdoğan¹

¹Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi, Muğla

³Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Muğla

Amaç: Erkekten kadına cinsiyet değişimi operasyonu geçirmiş vakalarda, cinsel ilişkiye bağlı neovajende perforasyon gelişebilir. Bu olgular üriner sistem semptomları oluşturarak akut sistit ve akut pyelonefriti taklit edebilir.

Yöntem: 33 yaşındaki transseksüel hastamız, cinsel ilişkiden 2-3 saat sonra dizüri, hematüri, idrar yapmada zorluk, yaygın kasık ağrısı, iki taraflı yan ağrısı, neovajenden gelen berrak sıvı, karın ağrısı ve bulantı şikayetiyle acil servise geldi. Hasta; 7 yıl önce erkekten kadına cinsiyet değişimi operasyonu geçirmiş olup operasyonda penis ve skrotum derisi kullanılarak neovajen oluşturulmuştu.

Bulgular: Fizik muayenesinde suprapubik bölgede hassasiyet, iki taraflı kostovertebral açılı hassasiyeti, defans ve rebound vardı. Laboratuvar incelemesinde tam idrar tetkikinde mikroskobik hematüri, tam kan sayımında lökosit 19.700 /L idi. Diğer laboratuvar değerleri normal sınırlardaydı. Batın tomografisinde vajen kafı etrafında sıvı ve batında yaygın hava mevcuttu, başka organ patolojisi gözlenmedi. Vajen perforasyonu düşünülen olguda mesaneden kaynaklanan bir ekstravazasyonu değerlendirmek için yapılan sistografide mesanede ekstravazasyon yoktu. Jinekolojik konsültasyonunda neovajende berrak akıntı olduğu tespit edildi. Daha sonra vajen kafına kontrast madde verilerek yapılan incelemede, vajen kafından batın içerisine kontrast kaçıışı tespit edildi. Karın ağrısı, muayene bulguları ve laboratuvar sonuçları genel cerrahi uzmanı ile değerlendirildi. Hasta akut batın kliniği ile yatırıldı. BT'de diğer organlara ait patolojinin olmaması, vajinal muayenede vajenin normal görülmesi ve opak maddenin geçişine izin veren minimal bir vajinal kaf perforasyonunun olması nedeniyle konservatif yaklaşıma karar verildi. Seftriakson 2x1gr + Metranidazol 3x500mg kombinasyon antibiyoterapisine başlandı. Takipte hastanın karın ağrısı geriledi ve neovajenden sıvı gelişi kesildi. 4. günde lökosit sayısı normal değerlere düştü. Hastamız 7. gün oral antibiyotik tedavisiyle taburcu edildi. Bir ay sonraki kontrolünde hastanın herhangi bir problemi yoktu. Altı hafta sonra cinsel ilişkiye başlayan hastanın 6 aylık takibinde herhangi bir şikayeti olmadı.

Çıkarımlar: Cinsel ilişkiden sonra üriner sistem semptomlarıyla gelen transseksüel hastalarda vajinal perforasyon riski akıldan tutulmalıdır. Bu hastalarda minimal perforasyonlar operasyon ihtiyacı olmadan medikal tedaviyle düzelebilir.

PROMPT MANAGEMENT OF ANASTOMOTIC LEAK OR ACUTE OBSTRUCTION AFTER MINIMALLY INVASIVE PYELOPLASTY WITH PERCUTANEOUS NEPHROSTOMY PRESERVES OUTCOMES

Asım Özayar, Monica S.C. Morgan, Justin I. Friedlander, Meghan Saumur, Govind Krishan, Jeffrey C. Gahan

Department of Urology, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA

Object: Urine leak or obstruction in the early postoperative period are worrisome complications of pyeloplasty. Suboptimal management may risk long term success. We evaluated the use of percutaneous nephrostomy (PCN) to manage complications of minimally invasive pyeloplasty (MIP).

Methods: A retrospective analysis of 125 patients who underwent MIP by a single surgeon from May 2004 - May 2013 was performed. All complications were catalogued and those with anastomotic urine leakage or postoperative obstruction were identified. Immediate (< 7 days postoperatively) PCN was placed in each case. Surgical success was defined as having resolution of flank pain and/or improvement of the T1/2 on diuretic renogram (< 20 min).

Materials: Twelve (9.6%) patients required early PCN placement for symptomatic obstruction (n=6) or anastomotic urine leakage (n=6) at a median of 4.5 (2-7) days after surgery. PCNs were left in place for a median of 9.5 (5-42) days. The median follow-up was 15 (2-80) months and the mean preoperative and postoperative T1/2 was 36.4 and 11.1 minutes, respectively. Continued postoperative obstruction (T1/2 >20 minutes) was documented in 13 (11.5%) patients who did not require PCN and in 1 (8%) patient who did require PCN placement. There was no statistical difference in the radiological and clinical success rate between the PCN group and the 113 who had uncomplicated MIP (p = 0.74, p = 0.28, respectively).

Result: In patients undergoing MIP, aggressive management of acute urinary complications with PCN placement preserves radiographic and symptomatic outcomes comparable to uncomplicated cases.

ÜRETEROPELVİK BİLEŞKENİN HİSTOPATOLOJİK YAPISI PYELOPLASTİ BAŞARISINI ETKİLER Mİ?

Oktay Issı¹, Hasan Deliktaş², Hayrettin Şahin², Abdullah Gedik³, Selver Özekinci⁴

¹S.B. Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, Diyarbakır

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

³Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Diyarbakır

⁴Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji, Diyarbakır

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız, üreteropelvik bileşke darlıklarında (ÜPBD), eksise edilen üreteropelvik bileşkenin histopatolojik yapısının (collagen, elastin, fibrosis ve cajal hücreleri), cerrahi başarı üzerine olan etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: İntresek üreteropelvik bileşke darlığı nedeniyle Ocak 2005 - Ocak 2008 tarihleri arasında Anderson-Hynes pyeloplasti yapılan 52 hastanın ÜPB spesmenleri histopatolojik olarak değerlendirildi. Ekstrinsik ÜPBD olan ve daha önce renal bir cerrahi işlem uygulanan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Preoperatif ve postoperatif radiografik değerlendirmeler diüretik renogram, intravenöz pyelografya veya her ikisi ile yapıldı. Postoperatif 6. ay kontrollerde obstrüksiyonu düzelen hastalar cerrahi başarılı grup (G1;n=47), obstrüksiyonu devam eden hastalar cerrahi başarısız grup (G2;n=5) olarak değerlendirildi. Her iki grubun ÜPB spesmenleri histopatolojik (collagen tip 3, elastin, fibrosis ve cajal hücreleri) olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 52 hastanın 21'i kadın 31'i erkekti. Ortalama yaş 39,14±5,41(1-62 yıl) [grup1 için 43,20±6,81 (1-62 yıl) grup 2 için 37,40±4,42 (11-58 yıl)]. 52 hastanın 47'sinde obstrüksiyon düzelirken 5 hastada obstrüksiyon devam ediyordu. Ortalama takip süresi 18 ay (9-24 ay) idi. Gruplar karşılaştırıldığında; collagen tip 3, elastin, fibrosis ve cajal hücrelerinde istatistiksel fark yoktu (p>0.05).

Çıkarımlar: Üreteropelvik bileşke darlıklarında cerrahi başarıyı, üreteropelvik bileşkenin histopatolojik yapısından ziyade cerrahi prosedür etkilemektedir. Bundan dolayı operasyon sırasında kanlanmayı bozacak gereksiz diseksiyonlardan kaçınılmalı, yeterli miktarda ÜPB eksizyonu yapılmalı, fakat gereksiz eksizyonlardan kaçınılmalı ve anastomoz hattının gergin olmamasına dikkat edilmelidir.

İZOLE KALİSİYEL TAŞLARIN ETYOLOJİSİNDE PELVİKALİSİYEL HACİM FAKTÖRÜ

Serhat Gürocak¹, Bora Küpeli¹, Cenk Acar², İyimser Üre³, Üstünol Karaoğlan¹, İbrahim Bozkırlı¹

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Bölümü, Ankara

²Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Tek taraflı izole kalisiyel taşları olan hastalarda muhtemel bir anatomik risk faktörü olan pelvikalisiyel hacimin taş oluşumuna etkisini değerlendirmektir

Yöntem: Kliniğimizde 1996–2007 yılları arasında tek taraflı izole kaliks taşları nedeni ile ŞDL uyguladığımız hastalardan daha önce geçirilmiş ürolojik taş cerrahi öyküsü, metabolik hastalığı, tekrarlayan taş öyküsü ve hidronefrozu olmayan 171 hasta ve 42 sağlıklı birey kontrol grubu olarak çalışmaya alındı. Tüm hastaların infundibuloplevik açığı (IPA), infundibuler uzunluk, infundibuler genişlik ve pelvikalisiyel hacimleri (PH) İVP'leri kullanılarak ölçüldü.

Bulgular: Tüm kaliks taşı olan hastaların demografik verileri ve pelvikalisiyel anatomik değişkenleri ayrı ayrı sağlıklı bireylerin böbrekleri ile karşılaştırıldığında sadece alt kaliks taşı olan hastaların IPA'sının sağlıklı bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede dik olduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$). Üst, orta ve alt kaliks taşları olan hastaların pelvikalisiyel hacimleri, sağlıklı bireylerin böbreklerinin pelvikalisiyel hacimlerinden anlamlı olarak daha geniş olduğu gözlendi ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı olarak saptandı ($p:0.019, p:0.01, p:0.029$, sırasıyla). Yine tüm kaliks taşı olan hastaların ($n:171$) pelvikalisiyel hacimlerinin ($2205 \pm 1243,7 \text{ mm}^3$) sağlıklı bireylerinkine ($1801,4 \pm 1423,8$) göre daha geniş olduğu saptandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($p:0.001$).

Çıkarımlar: İzole kaliks taşları ayrı ayrı değerlendirildiğinde; alt kaliks IPA'sına ek olarak PH'nın, muhtemelen bu kaliks grubunun dik pozisyonundan dolayı taş oluşumuna yol açan diğer bir önemli faktör olduğunu düşünmekteyiz.

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SIRASINDA OLUŞAN KOLON PERFORASYONU; KONSERVATİF İZLEM SONRASI SPONGOSTAN İLE FİSTÜL KAPATILMASI

Sıtkı Ün¹, Hakan Türk², Osman Koca³, Volkan Çakır⁴, Cengiz Kara¹, Gökhan Koç², Yüksel Yılmaz¹

¹ S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

² S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Bölümü, İzmir

³ Horosan Devlet Hastanesi, Üroloji Bölümü, Erzurum

⁴ S.B. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Radyoloji, İzmir

Amaç: Perkütan nefrolitotomi günümüzde böbrek taşları için ilk seçenек tedavi olarak kullanılmaktadır. Teknolojinin gelişmesi ve artan tecrübeye rağmen hala birçok komplikasyon ortaya çıkmaktadır. Kolon perforasyonu nadir ancak tehlikeli sonuçlar doğurabilen bir komplikasyondur. Literatürde %0,2-0,3 oranında bildirilmiştir. Kolonik perforasyon erken farkedilmez ise ciddi sonuçlar doğurabilmektedir.

Yöntem: 45 yaşında bayan hasta sol böbrek üst kalikte 1 cm lik 2 adet taş nedeniyle başarısız ESWL sonrası sol PCNL kararı verildi. Preoperatif bilgisayarlı tomografide herhangi bir anormallik saptanmadı. Sol üretere kateter yerleştirildi. 11. ve 12. kot arasından üst pol girişi yapıldı. İdrar geldiği görüldü. Kılavuz tel yerleştirildi. Koaksiyel üzerinden 28 Fr amplatz dilatör ile 28 Fr dilate edildi. Amplatz renal kılıf yerleştirilirken kılavuz telin pozisyonunun değiştiği görüldü. Nefroskop ile kılavuz tel takip edildiğinde kolon perforasyonu olduğu düşünüldü. Görüntülenen bölgeye kontrast madde verilerek kolon olduğu teyit edildi (Şekil 1). Kolon içerisine 14 Fr re-entry kateter yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. Ardından üreter kateteri çekilip yerine double J stent yerleştirildi. Hastaya ikili antibiyotik (seftriakson-metronidazol) tedavisi başlandı. 72 saat ağızdan beslenme kesildi. İV hidrasyon tedaviye eklendi. 72. saat komplikasyon gelişmemesi üzerine ağızdan beslenme başlandı. Postoperatif 7. Günde skopi altında cilt ile kolon arasında fistül traktı oluştuğu görüldü. Kateter içerisinden kılavuz tel ilerletildi. Kateter tümüyle dışarı alındı. Kılavuz tel üzerinden fistül traktına yeni kateter yerleştirildi. Kateter içerisinden fistül traktına spongostan enjekte edildi. Kontrast madde verilerek fistülün kapandığı görüldü. Kateter fistül traktında bırakıldı. Postoperatif 10. günde herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine fistül traktındaki kateter çekildi. Antibiyotik tedavisi 14. Güne tamamlandıktan sonra hasta taburcu edildi. Postoperatif 30. günde double j stent çekildi. Postoperatif 1. ve 3. ay görüntülemesinde herhangi bir anormallik saptanmadı.

Çıkarımlar: Kolonik fistül traktına spongostan injeksiyonunun etkili ve güvenilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

HİDROSELİN NADİR BİR NEDENİ: LENFANJİYOMA SİRKUMSKRİPTUM

Alp Tuna Beksaç¹, M. İrfan Dönmez², Neslihan Yıldırım³, İlhan Erkan¹, Ali Ergen¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

²İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

³Mardin Midyat Devlet Hastanesi, Dermatoloji, Mardin

Amaç: Lenfanjioma sirkumskriptum (LC) etyolojisi bilinmeyen benign kutanöz bir lenfanjomdur. En sık aksilla, omuzlar, boyun, dil, perine ve ekstremitelerin proksimal kısımlarında yerleşmekle birlikte çok nadiren skrotumda görülür. Klinikimizde görülen ve hidrosele eşlik eden bir skrotal lenfanjiyoma sirkumskriptum olgusu sunulacaktır.

Yöntem: 21 yaşındaki erkek hasta, skrotumda zaman zaman drene olan veziküller nedeniyle dermatoloji servisinde yatarken, eşlik eden sağ hidrosel nedeniyle bölümümüze konsülte edildi. Hastanın fizik muayenesinde 2-4 mm boyutlarında hiperpigmente ve içinde seröz sıvı içeren veziküller görüldü. Eşlik eden 10 cm boyutunda sağ hidrosel mevcuttu. Hastanın öyküsü sorgulandığında veziküllerin ise 2 senedir var olduğu, travma ile drene olduğu ve farklı noktalarda tekrarladığı öğrenildi. Ultrasonografik incelemede, en büyüğü 25x12mm boyutunda olan bilateral inguinal lenf nodları mevcuttu. 10x 5 cm boyutundaki hidrosel haricinde skrotal ultrasonografi normaldi. Muhtemel lenfoma tanısından şüphelenilerek çekilen torakoabdominal BT raporunda mezenterik lenfadenopati olduğu bildirildi. Ayrıca LDH ve β -2 mikroglobulin seviyeleri ile filariyazise yönelik yapılan ek tetkikleri normal bulundu.

Bulgular: Hastaya inguinal yaklaşımla sağ hidroselektomi ve veziküllere yönelik skrotal cilt eksiyonu yapıldı. Post operatif dönemde cilt ödemi ve seröz akıntı nedeniyle yaklaşık 7 gün takip edilen hastanın patoloji sonucu lenfanjiyoma sirkumskriptum olarak geldi.

Çıkarımlar: Lenfanjioma sirkumskriptum ciltaltı dokudaki lenfatik sisternaların birikimine bağlıdır. Dilate dermal lenfatikler yüzeyel veziküllerle bağlantılıdır. Bu veziküller sisternalardaki basıncın artması sebebiyle oluşur. Bu sisternalar lenfatik sistemle ilişkisiz olduğu için veziküller patlamadan drene olamaz. Bu vakada ise hidrosel sebebiyle lenfatik obstrüksiyona ikincil olarak lenfanjioma oluştuğunu düşünmekteyiz.

Tedavi yapılmasının temel nedeni selülit riski ve kozmetik kaygılardır. Temel tedavi yöntemi cerrahidir. Bizim olgumuzda LS tanısının yanında hidrosel tedavi edilmesi amaçlandı. Cerrahi sonrası takipte antibiyotik tedavisi verildi ve skrotumu kuru tutacak sıklıkta pansuman yapıldı. Lezyonların gerek malign, gerek benign farklı lezyonlarla karışabilmesi nedeniyle eksizyon temel cerrahi seçenek olarak düşünülmelidir. En sık görülen komplikasyon veziküllerin rekürrensidir. Hastaların %25-50'sinde 3 ay içinde rekürrens görülür. Bizim olgumuz 10 ay süresinde takip edilmiş ve hidrosel rekürrensi izlenmemiş olmakla birlikte lenfanjomların tekrarladığı görülmüştür. Ancak dermatolojik olarak hastaya ek tedavi düşünülmemiştir.



Şekil 1.

FOURNIER GANGRENE AFTER APPENDECTOMY

Erkan Efe¹, Bülent Altunoluk¹, Eyüp Koluş¹, Yakup Duman², Hasan Uçmak³,
Nurettin Kuzhan³

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

²Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

³Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Object: We present a Fournier's gangrene case which formed after appendectomy. He was 55 years old and haven't got any risk factors for FG. There were 13 cases of necrotizing fasciitis caused by preoperative appendicitis, but there were no cases after appendectomy.

Methods: Fournier's gangrene (FG) is a fulminant necrotizing fasciitis of the genitalia that progresses from erythema to necrosis. A bacterial infection spreads quickly from the urinary tract and anorectal area and causes gangrene due to thrombosis of small subcutaneous vessels. Diabetes mellitus (DM), steroid use, older age, chronic ethanol abuse, malignancies, liver and kidney diseases, local traumata, and obesity have been found as risk factors for FG. Despite the development of knowledge regarding the etiology, diagnosis, treatment, and intensive care techniques, the mortality rate of FG patients is still approximately 15–50%.

Materials: 55-year-old man who undergone appendectomy a week ago, was admitted to our hospital emergency service with right scrotal swelling, pain, erythema on appendectomy incision site and high fever. He did not have any risk factors for FG in past history. Appendectomy was made for acute appendicitis a week ago by general surgeons. On admission, his body temperature was 38.9°C; blood pressure, 105/75 mmHg; and pulse rate, 96 beats/min. On physical examination right scrotum was swollen with necrotic areas and there were infected appendectomy incision on right lower quadrant (Fig. 1). His laboratory data on admission were as follows: white blood cell count, 5710 K/uL (neutrophils: 78.8%); hemoglobin, 15.4 g/dl; creatine, 0.83 mg/dl and C-reactive protein, 130 mg/dl.

Scrotal and inguinal debridement was performed under spinal anesthesia. All necrotic tissue was debrided and wound cultures were sent. There were no intra peritoneal lesions and abscesses. Antibiotic treatment was started after debridement and wound dressing made daily for ten days with Dakin's Solution. At the end of the tenth day, tissue was seen fully recovered and defective area was closed by plastic surgeon with graft.

Results: We reported a Fournier's gangrene case which developed after appendectomy.



Şekil 1.

MESANENİN SKROTAL HERNİASYONU, İNSIDENTAL TANI KONULAN NADİR BİR OLGU SUNUMU

Mustafa Karabıçak, Hakan Türk, Batuhan Ergani, Mehmet Yoldaş, Hüseyin Tarhan, Tufan Süelözgen, Ferruh Zorlu

S.B. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

Amaç: Mesanenin inguinal kanal içerisine herniasyonu nadir rastlanan bir durumdur. Mesanenin skrotal herniasyonu (MSH) görüntüleme bulguları ilk defa 1951 bildirilmiştir.(1) Elli yaş üstü erkeklerde insidansı%1 %4 arasında değişmektedir. MSH oranları 50-70 yaş arasında artmaktadır.MSH aynı zamanda skrotal sistosel olarak da adlandırılmaktadır.(2-3).Genellikle insidental olarak veya alt üriner semptomların araştırılması sırasında saptanır.(4).Skrotal bölgede şişlik ve alt üriner sistem semptomları ile başvuran MSH ile birlikte bağırsak herniasyonu(BH) nadir bir olgu sunulacaktır.

Yöntem: 58 yaşında erkek hasta bilateral skrotumda masif şişlik nedeniyle başvurmuş.Hastadan alınan anamnezde alt üriner sistem semptomları olduğu görüldü.Hastanın bilinen kronik obsraktif akciğer hastalığı, morbid obezite, diyabetes mellitus, metabolik sendrom tanuları mevcuttu.Hasta daha önce iki defa inguinal herni operasyonu geçirmişti. Fizik muayenede bilateral skrotumda masif ödem mevcuttu testisler palpe edilemedi. Ultrasonografide ve bilgisayarlı tomografide “skrotum proksimaline dek uzanan sol inguinal herni izlenmiş olup herni kesesi mesane fundusunu içermektedir” şeklinde yorumlandı. Hastanın operasyon için yüksek riski olması nedeniyle takibe alındı.

Bulgular: MSH %1-4 oranlarında görülür ve 50-70 yaş arasında siktır.Etyolojisinde çeşitli teoriler ortaya atılmıştır. Mesane tonusunun kaybolması, obezite, üretral darlık, prostat boyutlarında artış, prostatit, mesane boynu kontraksiyonuna sekonder üriner çıkış darlığı,daha önce geçirilmiş inguinal cerrahi hikayesi herniasyonun meydana gelmesinde etkili olan faktörlerden bazılarıdır(5,6). Büyük MSH genellikle işeme semptomları ile ilişkilidir. İşeme sonrası fitik boyutunda azalma ve iki aşamalı işeme tanıda dikkat edilmesi gereken özelliklerdir(5). Normal mesane kısmındaki idrarın boşaltılmasını takiben herniye kısmındaki idrar sıklıkla hastaların manuel basınç uygulamasıyla boşaltılır. Fizik muayenede BH, kord lipomu, testiküler hidrosel, spermatosel, inguinal bölgedeki patolojiler ile karışabilir(5). Bu olguda bilateral skrotal bölgede masif şişlik şikayeti ile başvurmuştu. Hasta obezdi ve yapılan ayrıntılı sorgulamada idrar yaparken zorlanma ve sık idrara gitme şikayetleri mevcuttu. Hastanın daha önce iki defa geçirilmiş inguinal herni hikayesi mevcuttu. BT’de mesane kubbe kısmının bağırsak ile birlikte sol skrotuma herniye olduğu saptandı(Şekil1,2).Tanıda sistografi,intravenöz pyelografi,ultrasonografi,bilgisarlı tomografi kullanılabilmekle birlikte altın standart sistografidir(6). Bu olguda tanı insidental olarak BT ile konuldu, hasta operasyonun yüksek riskli olması nedeniyle operasyonu kabul etmedi ve takibe alındı.

Çıkarımlar: Skrotal bölgede masif şişlik şikayeti ile başvuran hastalarda MSH akla getirilmeli, anamnez dikkatle alınmalı, MSH şüphelenildiğinde görüntüleme yöntemlerine başvurulmalıdır.



Şekil 1.

A

Abat, Deniz 186
Abbaslı, Abulfez 50
Acar, Cenk 63, 284, 537
Acar, Ömer 8, 28, 330
Acıbcucu, Kadir 33
Açıkgöz, Onur 119
Adanur, Şenol 32
Adiloğlu, Kudret 246
Adsan, Öztuğ 25, 92, 93, 134,
148, 150, 168, 174,
231, 236, 239, 247,
290, 426, 513
Afandiyev, Faraj 453
Afandiyev, Ferec 54, 260, 298,
310, 437
Ağras, Koray 265, 266, 341
Akand, Murat 16, 18, 447, 475
Akan, Mert 208
Akarken, İlker 3, 91, 109, 249,
259, 279, 446, 497,
499, 518
Akay, Ali Ferruh 114, 444
Akbal, Cem 49, 56, 60, 65, 72,
135, 183, 267, 269,
270, 274, 289
Akbay, Erdem 445
Akbulut, Mehmet Fatih 32
Akbulut, Mehmet Levent 201,
323
Akdemir, Fatih 265
Akdeniz, Ekrem 511
Akdeniz, Seveda 511
Akdoğan, Bülent 17, 77, 83,
96, 107, 108, 118,
202, 203, 212, 214,
215, 235, 293, 337,
338, 464, 470, 471,
472, 503
Akdoğan, Nebil 299, 300, 301,
452
Ak, Esat 63, 284, 344
Akgül, Hacı Murat 466
Akgül, Korhan 177, 193, 491
Akgüneş, Ebubekir 376, 448,
511
Aki, Fazıl Tuncay 235
Akıncı, Aykut 260, 333, 453
Akın, Yasemin 281

Akkuş, Kadir Emre 50, 130, 132
Akman, Tolga 386
Akpınar, Haluk 354, 360
Aksun, Fuat 189
Aktaş, Binhan Kağan 115, 144,
478, 489
Aktaş, Zeki 490, 531
Alan, Cabir 234, 505
Albayrak, Asım 177, 193
Albayrak, Sebahattin 85, 255,
371, 459, 493
Albaz, Ali Can 137
Alışkan, Tamer 185, 187
Alkış, Okan 128
Alkibay, Turgut 510
Allahverdiyev, Elnur 219, 435
Allahverdiyev, Elnur 135, 502
Alp, Ebru 263
Altan, Mesut 17, 58, 77, 83,
96, 107, 108, 202,
203, 212, 214, 215,
235, 278, 293, 295,
297, 464, 470, 471,
472, 503
Altay, Canan 61, 357
Altuntaş, Emre 475
Altuğ, Mustafa Uğur 384, 391
Altuner, Mehmet Şakir 335
Altunkol, Adem 186
Altunoluk, Bülent 125, 288,
542
Altunrende, Fatih 354, 360
Angın, Kamil Mert 376, 448
Argun, Burak 41, 332, 399, 496
Argun, Ömer Burak 441
Arıdoğan, İbrahim Atilla 26,
35, 299, 300, 301,
352, 353, 370, 452,
460, 492
Arık, Ali İhsan 476
Arık, Deniz 13
Armağan, Abdullah 379
Arslan, Ömer Erkan 515
Asan, Çağrı 44, 233
Asil, Erem 341
Asi, Tarık 202, 472
Aslan, Ahmet Rüknettin 307,
439, 484, 498
Aslan, Güven 9, 79, 84, 88, 94,

210, 217
Aslan, Hüseyin 246
Aslan, Serap 53
Aslantaş, Yusuf 127
Asutay, Mehmet Kazım 14,
105, 116, 135, 183,
405, 415, 502
Ataç, Fatih 37, 282, 318, 320,
345, 358, 368, 369,
374, 383, 388, 396,
398, 410, 442, 487
Atahan, Özcan 418
Atak, Mustafa 359
Atar, Fezai Arda 189, 190, 195,
197, 315, 347,
361, 401
Atar, Muhittin 85, 255, 371,
459, 493
Atay, İrfan 63, 284
Ateş, Ferhat 139, 172, 196,
198, 327, 329, 331,
490, 494, 509,
529, 531
Ateş, Mutlu 16
Atik, Yavuz T. 247
Atik, Yavuz Tank 134, 231, 290
Atilla, Mustafa Kemal 376, 390,
448, 511, 522
Avcı, Egemen 16
Avcı, Sinan 158
Ayan, Semih 27
Aybrek, Zafer 250
Ay, Cemil 500
Aydemir, Hüseyin 25, 92, 93,
134, 148, 150, 168,
174, 231, 236, 239,
247, 290, 426, 513
Ayдын, Arif 29
Ayдын, Can 442
Ayдын, Hasan Rıza 376, 390,
448, 522
Ayдын, Mustafa 376, 390, 448,
522
Aydoğan, Tahsin Batuhan 203
Aydoğdu, Özgü 54, 533
Aydoğmuş, Yasin 246
Aydos, Kaan 48
Aydos, Murat 33, 158, 161,
180, 237, 238, 291

Aydos, Sena 48
Aynur, Bahri Serkan 126, 264,
304
Ay, Pınar 281, 457

B

Baba, Dursun 146, 147, 438,
480
Bağbanç, Muhammed Şahin
311
Bağbanç, Şahin 253, 348, 454
Bağcıoğlu, Murat 515
Bakan, Vedat 288
Bakırtaş, Hasan 85, 255, 371,
459, 493
Bakırtaş, Yelda Ersözülü 522
Baltacı, Sümer 9, 94, 106, 324,
333, 437, 449
Başara, İşıl 164, 166
Başaran, Ekrem 146
Başay, Mehmet Sinan 476
Başer, Aykut 128, 199, 250
Başeskioglu, Ali Barbaros 53,
175, 192, 350
Başbüyük, İsmail 313, 378,
379, 380, 381, 386,
404, 408, 409
Baş, Okan 476
Baştürk, Gökhan 505
Batislam, Ertan 507, 508
Bayar, Fikret 290
Bayazıt, Yıldırım 26, 35, 186,
299, 452, 460, 492
Baydilli, Numan 92, 93, 148,
150, 152, 168,
426, 513
Baykam, Mehmet Murat 115,
144, 478, 489
Bayraktar, Ahmet Murat 78,
486
Bedük, Yaşar 324, 437
Behzatoğlu, Kemal 114
Beksaç, Alp Tuna 23, 30, 118,
245, 337, 540
Benzer, Emine 476
Berat, Cem 246
Berber, Ufuk 327, 329, 331
Beyaz, Cemalettin Cengiz 282

Beyazıt, Kubilay 177, 193
Beytur, Ali 31, 162, 201, 323,
420
Bıçaklıoğlu, Fatih 36
Bikirov, Müslim 456
Bilen, Cenk Y. 124, 225, 226,
322
Bilen, Cenk Yücel 30, 295
Bilgehan, Münir 13
Bindayr, Ahmet 406
Bingölo, Güngör 128
Bodakçı, Mehmet Nuri 32, 159
Bolat, Deniz 153, 373, 430,
431, 462
Bolat, Mustafa Suat 511
Bolayır, Murat 216
Borazan, Serkan 123
Bostancı, Yakup 37, 282, 318,
320, 345, 358, 368,
369, 374, 383, 388,
396, 398, 458
Boylu, Uğur 271, 402, 403,
406
Bozacı, Ali Cansu 58, 218, 278,
293, 295, 297
Bozdağ, Gürkan 124
Bozdoğan, Önder 507, 508
Bozkırlı, İbrahim 537
Bozkurt, Emine Baş 95, 103
Bozkurt, Ozan 19, 24, 40, 46,
61, 79, 84, 86, 88,
121, 137, 164, 166,
178, 200, 206, 210,
217, 241, 357, 365,
366, 385, 394, 395,
427, 429, 461
Bozlu, Murat 9, 445
Börcek, Pelin 29
Brahmbhatt, Jamin 42, 120
Bruin, D. M. De 204
Budak, Salih 259
Bullock, Anthony J 257
Bulut, Ender Cem 36
Bulut, Süleyman 115, 144,
478, 489
Bulut, Volkan 485
Burgu, Berk 54, 298, 302, 453
Buz, Ayşe 424

C
Canaz, Funda 465
Can, Cavit 9, 13, 94, 350, 465
Cander, Soner 335
Can, Gülce Ecem 57, 176
Can, Utku 157, 308, 526, 527
Celayir, Mehmet Fatih 53
Ceyhan, Erman 215
Ceylan, Cavit 119
Ceylan, Kadir 447
Ceylan, Mecit Gürhan 510
Ceylan, Yasin 19, 137, 153,
179, 373, 430, 431,
432, 462
Chapple, Christopher 257
Coşkun, Burhan 160, 181, 211,
316, 317, 351, 355,
356, 367, 382, 387,
393, 433
Coşkuner, Enis Rauf 130, 188,
280, 496
Ç
Çakan, Murat 391
Çakır, Volkan 538
Çakmak, Özgür 100, 279, 336,
400, 499
Çal, Çağ 94
Çalışkan, Mustafa Kaplan 163,
372
Çalışkan, Süleyman Tümer 191,
487
Çam, Haydar Kamil 135, 146,
155, 506
Çam, Kamil 127, 147
Çamlıkıy, Hakan 177, 193
Çamtosun, Ahmet 119
Çaycı, M Kasım 67
Çeçen, Kürşat 515
Çekmen, Mustafa Baki 261,
264, 309
Çelebi, İlhan 40, 178, 200, 427
Çelen, İlker 5, 19, 110, 112
Çelen, Sinan 211, 316, 356,
382, 387, 433
Çelik, Figen Çelebi 61
Çelik, Hüseyin 32
Çelik, Orçun 19

Çelik, Serdar 24, 61, 79, 88,
164, 166, 206, 210,
217, 427, 461
Çetinel, Ali Cihangir 524
Çetinel, Bülent 68, 303
Çetin, Hasan 37, 318, 320,
345, 358, 369, 374,
383, 388, 396, 397,
398, 410, 458
Çetinkaya, Mehmet 425, 469
Çevik, Özge 49
Çıtamak, Burak 17, 58, 77, 83,
96, 107, 108, 202,
203, 212, 214, 215,
235, 252, 278, 293,
295, 297, 464, 470,
471, 472, 503
Çiçekbilek, İzzet 185, 187
Çiftci, İhsan Hakkı 239
Çiftçi, Seyfettin 43, 81, 126,
261, 264, 276, 304,
305, 309, 463
Çilingir, Oğuz 53
Çimen, Hacı İbrahim 92, 93,
134, 148, 150, 168,
231, 290, 426, 513
Çimen, H. İbrahim 247
Çimen, İbrahim 25, 174, 236
Çimen, Serhan 31, 162, 201,
323, 420
Çitgez, Sinharib 68, 303, 434
Çoban, Soner 141, 335
Çoşkun, Alper 308, 525
Çoşkun, Esra Zeynep 71
Çömez, Kaan 24, 84, 86, 206,
210, 217, 366, 385,
429, 461
Çulha, Mehmet Gökhan 375,
444
Çulha, Melih 43, 126
Çullu, Neşat 425, 469, 534
D
Daar, Ghaniya 459
Dadalı, Mümtaz 253, 311,
348, 454
Dağgüllü, Mansur 32, 159
Dahm, Philipp 218
Davutoğlu, Mehmet 288

Dede, Bahadır 44, 233
Dede, Onur 32, 159
Değer, Mutlu 35, 300, 301,
353, 370, 452
Değirmenci, Tansu 153, 179,
373, 430, 431,
432, 462
Değirmentepe, Burak 51, 435
Deliktaş, Hasan 425, 469, 482,
536
Deliktaş, Hasan 534
Demir, Aslan 515
Demirbaş, Arif 302
Demirbaş, Murat 33, 141, 161,
180, 291
Demirci, Aykut 384
Demirci, Durmuş Alparslan 186
Demirci, Emrah 234, 505
Demirdağ, Çetin 50, 68, 87,
132, 156, 182, 216,
303, 434, 519
Demirel, Fuat 384
Demirel, Hüseyin Cihan 448,
522
Demirelli, Erhan 125
Demir, Erkan 26
Demirer, Zafer 227
Demir, Kadir 517
Demirkesen, Oktay 303
Demirkıran, Engin Denizhan 187
Demirkol, Mehmet Kutlu 525
Demir, Ömer 19, 24, 40, 46,
61, 79, 84, 86, 88,
137, 164, 166, 178,
200, 206, 208, 210,
217, 241, 357, 365,
366, 385, 394, 395,
427, 429, 461
Demir, Tevfik 208
Demir, Zafer 163, 372
Deren, Tağmaç 144
Dere, Yelda 482
Dilek, Fatma Hüsnüye 485
Dilloğlugil, Özdal 463
Dilloğlugil, Özdal 81
Direk, Hacı Can 150, 168, 239,
426
Divrik, Rauf Taner 3, 499
Doğan, Ahmet 482

- Doğan, Çağatay 55, 57, 68,
132, 156, 176, 182,
434, 519
- Doğan, Hasan Serkan 58, 96,
278, 293, 295,
297, 338
- Doluoğlu, Ömer Gökhan 141,
243, 450
- Doran, Şaban 26
- Doruk, Hasan Erdal 421
- Dönmez, M. İrfan 30, 540
- Dönmez, Turgut 192
- Duman, Yakup 542
- Durak, Haydar 519
- Dünder, Gökçe 27
- E**
- Ebiloğlu, Turgay 287, 389
- Ediz, Caner 162, 323, 420
- Efe, Erkan 125, 288, 542
- Efe, Fatih Mehmet 27
- Efesoy, Ozan 286, 421, 445
- Eğriboyun, Sedat 121
- Ekin, Rahmi Gökhan 3, 19, 91,
100, 109, 249, 279,
400, 446, 497, 499
- Ekmekeçioğlu, Oğuz 152
- Ekşi, Mithat 197
- Elbir, Fatih 313, 378, 379, 380,
381, 404, 408, 409
- Elhan, Atilla 94
- Elmaağaç, Burak 175, 192
- Emir, M Levent 454
- Emir, M. Levent 253, 348
- Emir, Mustafa Levent 311
- Erbay, Güven 115, 478, 489
- Ercan, Feriha 274
- Erdem, Erim 286
- Erdem, Mehmet Remzi 307,
409, 439, 484, 498
- Erdem, M. Remzi 379
- Erdem, M. Remzi 381
- Erdem, Selçuk 11
- Erdem, Şadi Ulaş 171
- Erdil, Tunç 444
- Erdoğan, Abdullah 33, 158,
161, 180, 237,
238, 291
- Erdoğan, Ömer 425, 469, 534
- Erdoğan, Sarper Mehmet 132,
156
- Erdogru, Tibet 16
- Eren, Ali Erhan 234
- Ergani, Batuhan 90, 400, 474,
544
- Ergen, Ali 23, 77, 83, 245, 252,
503, 540
- Ergin, Erdal 360
- Ergin, Giray 287
- Erinanç, Hilal 71
- Erkan, Erkan 114, 375, 418, 444
- Erkan, İlhan 235, 540
- Erken, Uğur 26
- Eroğlu, Muzaffer 243
- Erözenci, Ahmet 55, 132, 156,
176, 182, 292,
434, 519
- Erözenci, Nur Ahmet 57, 87
- Ersay, Ahmet Reşit 234, 505
- Ersoy, Hamit 170, 171, 364,
392, 423, 456
- Ersöz, Cevper 379, 409
- Erşahin, Mehmet 49
- Eryıldırım, Bilal 32, 172, 526, 527
- Esen, Ahmet Adil 24, 46, 84, 86,
164, 166, 206, 208,
210, 217, 241, 385,
394, 395, 429, 461
- Esen, Barış 310, 437
- Esen, Tanık 8, 28, 330
- Evran, Ahmet Çağrı 500
- Evren, İsmail 346, 347, 362
- Ezer, Mehmet 23, 212, 245
- F**
- Fallert, J. 204
- Faydacı, Gökhan 526, 527
- Fırat, Fatih 532
- Friedlander, Justin I. 535
- G**
- Gahan, Jeffrey C. 535
- Garayev, Asgar 51, 65, 72,
95, 101, 103, 209,
219, 221, 270, 415,
435, 466
- Garipardıcı, Mesut 288
- Gazel, Eymen 119
- Gedik, Abdullah 536
- Genç, Gürkan 358
- Gençoğlu, Osman 237
- Genç, Osman 67
- Gerin, Fatma 95, 103
- Gevher, Fethullah 292
- Geylan, Serdar 237, 238
- Gezer, Murat 182, 232, 292
- Göğüş, Çağatay 106
- Gökbalp, Fatih 299, 352, 353,
370, 460
- Gökbuket, Zeynep Merve 216
- Gökce, Mehmet İlker 9, 324,
333, 437, 449
- Gökçe, Ahmet 25, 92, 93, 134,
148, 150, 152, 168,
174, 231, 236, 247,
290, 426, 513
- Gökçe, Gökhan 27
- Gökçe, Mehmet İlker 48
- Gökkaya, Cevdet Serkan 115,
144, 478, 489
- Göktaş, Serdar 18, 447, 475
- Gökten, Özgür Elvan 177, 193,
194
- Gönülalan, Umut 71
- Gönül, İpek Işık 273
- Gören, Mehmet Reşit 45, 228
- Grubu, Aytağ 172
- Güçlü, Adil Güçal 449
- Güdeloğlu, Ahmet 30, 42, 120,
131, 218
- Gül, Aylin Ege 157
- Gülecen, Turgay 43
- Güleç, Gamze Gül 38, 55
- Gül, Murat 18, 475
- Gül, Özen Öz 194, 335
- Gülpınar, Ömer 106, 260, 298,
310, 437, 449
- Gültekin, Emin Yener 27
- Gültekin, Hüseyin 128
- Gültekin, Mehmet Hamza 38,
57, 204
- Gültekin, M. Hamza 55
- Gül, Ümit 45, 228
- Gümrükcü, Gülistan 484
- Güneş, Ali 31, 162, 201, 323,
420
- Güneş, Mutlu 194
- Günlüsoy, Bülent 19, 137, 153,
179, 373, 430, 431,
432, 462
- Günseren, Kadir Ömür 34, 317,
355
- Gürboğa, Özgür 79, 84, 86, 88,
164, 166, 395, 429
- Gürbüz, Cenk 172
- Gürbüz, Mehmet Cenk 349
- Gürbüz, Zafer Gökhan 32
- Gürdal, Mesut 85, 255, 371,
459, 493
- Gürel, Abdullah 53
- Gürocak, Serhat 36, 63, 225,
263, 273, 284,
344, 537
- Gürol, Gönül 239
- Gürsoy, Eray 177, 193, 194,
491
- Güvel, Sezgin 45, 228
- Güzel, Rasim 271
- Güzelsoy, Muhammet 141, 335
- H**
- Haberal, Bahadır 107, 202, 337
- Hacıyev, Perviz 54, 260, 302,
310, 333, 437, 453
- Haholu, Aptullah 490
- Halat, Ahmed Ömer 440
- Halırcıoğlu, Sıddıka 520
- Halis, Fikret 25, 92, 93, 134,
148, 150, 152, 168,
174, 231, 236, 247,
290, 426, 513
- Hamarat, Bilal 157
- Hamidi, Nurullah 324, 333,
449, 453
- Hasıccık, Ahmet Metin 450
- Hasıccık, Metin 246
- Hasırcı, Eray 78, 486
- Hatipoğlu, Namık Kemal 32,
159
- Hekimsoy, Zeliha 123
- Heşşen, Emre 171, 456
- Huri, Emre 450

- I**
- İrkilata, Hasan Cem 287, 342
- İssi, Oktay 536
- İssi, Yaşar 282
- İşık, Esin Öztürk 8
- i**
- İbrahimov, Anar 260, 310
- İlbey, Yusuf 259, 518
- İlbey, Yusuf Özlem 100, 109, 249, 279, 497, 499
- İleri, Fatih 470
- İlgüz, Ersin 264
- İlki, Fahri Yavuz 50
- İmamoglu, Muhammed
- Abdurrahim 85, 255, 371, 459, 493
- İnan, Bekir 381
- İnci, Mehmet 152
- İnkaya, Abdurrahman 403, 406
- İpekçi, Tümay 136
- İrkilata, Lokman 376, 390, 448, 522
- İşbilen, Banu 269
- İşman, Ferruh 269
- İşoğlu, Cemal Selçuk 474
- İşsever, Halim 11
- İzol, Volkan 26, 35, 299, 300, 301, 352, 353, 370, 452, 460, 492
- J**
- Jafarov, Ruslan 215
- K**
- Kabar, Mücahit 450
- Kaçagan, Coşkun 127, 147, 438, 480
- Kadihasanoğlu, Mustafa 375, 418
- Kadirov, Rustam 160, 316, 317, 367, 387
- Kadirov, Rüstem 356
- Kafkaslı, Alper 424, 524, 528
- Kahraman, Oğuzhan 23, 108, 212, 245
- Kalfazade, Nadir 361
- Kamphuis, G. M. 204
- Kanat, Feyzi Mutlu 34
- Kantarçı, Fatih 232
- Karabay, Emre 375, 444
- Karabıçak, Mustafa 90, 98, 336, 400, 544
- Karabulut, Ayhan 253, 311, 454
- Karabulut, Bilge 341
- Karaca, Cezmi 400
- Karaca, Müjdegül Z. 124
- Kara, Cengiz 538
- Karadağ, Mert Ali 515
- Karademir, Ahmet Kenan 139, 196, 327, 329, 494
- Karademir, İbrahim 227
- Karademir, Kenan 529
- Karagöz, Mehmet Ali 243
- Karakan, Tolga 29, 243, 302, 450
- Karakaş, Buğra 185
- Karakaş, Hüseyin Buğra 187
- Kara, Kemal 490
- Karakoç, Sedat 40, 178, 200, 357, 365, 385, 394, 395, 427
- Karakoyunlu, Ahmet Nihat 170, 171, 364, 392, 423, 456
- Karalar, Mustafa 141, 440, 500
- Karaoğlu, Üstünol 537
- Kardaş, Sina 313, 378, 380, 381, 386
- Kargı, Taner 195, 197, 346, 377, 401
- Kargı, Taner 189, 190, 315, 347, 361, 362, 363
- Karği, Ertuğrul 520
- Karimov, Seymur 302
- Karşyakalı, Nejdet 114
- Kartal, İbrahim Güven 42, 120, 131
- Kavuçku, Salih 61
- Kaya, Cevdet 51, 271
- Kaya, Engin 287, 389
- Kayalı, Yunus 378, 381
- Kaygısız, Onur 160, 181, 211, 316, 317, 351, 355, 356, 367, 382, 387, 393, 433
- Kayıççı, Muhammet Ali 127, 146, 147, 155, 506
- Kayış, Aytaç 310
- Kaynak, Yurdaer 181
- Kaynar, Mehmet 18, 447, 475
- Kayra, Mehmet Vehbi 45, 228
- Kefi, Aykut 61, 121, 200
- Keleş, Ahmet 51, 219
- Keleş, İbrahim 141, 440, 500
- Keleş, Mevlüt 390, 448, 522
- Kervancıoğlu, Enis 71
- Keser, İlke 326
- Keser, Sevinç Hallaç 157
- Keske, Murat 341
- Keskin, Selçuk 441
- Keskin, Selçuk 41, 332, 399, 496
- Kılıçarslan, Hakan 34, 160, 181, 433
- Kılıçaslan, Işın 11
- Kılıçcıoğlu, İlker 225, 322
- Kılıççalan, Harun 350
- Kılıç, Fahrettin 232
- Kılıç, Metin 33, 158, 161, 180, 237, 238, 291
- Kılıç, Özcan 18, 447, 475
- Kısa, Erdem 384, 391
- Kısa, Üçler 507, 508
- Kızılöz, Halil 218
- Kıbar, Yusuf 287, 342, 343, 389
- Kilciler, Mete 418
- Koca, Gökhan 29
- Kocamanoglu, Fatih 397, 410
- Koca, Osman 538
- Koç, Gökhan 90, 98, 109, 279, 336, 497, 538
- Koluş, Eyüp 125, 542
- Komesli, Gökhan Hadi 143
- Konaç, Ece 124, 225, 226, 263, 322
- Koni, Artan 58, 278, 295, 297
- Kordan, Yakup 34, 160, 181, 211, 316, 317, 351, 355, 356, 367, 382, 387, 393, 433
- Korgalı, Esat 27
- Koşan, Murat 71
- Kozacıoğlu, Zafer 153, 179, 373, 430, 431, 432, 462
- Köktürk, Güzin 222
- Köprü, Burak 287, 342, 389
- Köse, M. Esat 276
- Köse, Osman 25, 92, 93, 134, 148, 150, 168, 174, 231, 236, 247, 290, 426, 513
- Krishan, Govind 535
- Kucur, Mustafa 18, 447
- Kumsar, Şükrü 25, 92, 93, 134, 148, 150, 168, 174, 231, 236, 247, 290, 426, 513
- Kural, Ali Rıza 41, 332, 399, 441, 496
- Kurt, Hasan Anıl 234, 505
- Kurul, Niyazi Özgür 509
- Kuru, Murat 87, 292
- Kuyumcuoğlu, Uğur 9
- Kuzhan, Nurettin 542
- Küçük, Ayşeğül 67
- Küçük, Eyüp Veli 403, 406, 407
- Küçük, Ülkü 100
- Küpeli, Bora 36, 344, 510, 537
- M**
- Macneil, Sheila 257
- Madenci, Özlem Çakır 517
- Malkoç, Ercan 139, 196, 198, 331, 490, 509, 529, 531
- Mammadov, Emin 17, 77, 83, 96, 118, 214, 297, 337, 470, 471, 472
- Manav, Salih 231
- Mangır, Naşide 257
- Mansuroğlu, Bülent 375
- Memiş, Ali 115, 144, 478, 489
- Menevşe, Sevda 263
- Mermerkaya, Murat 48, 54, 298
- Mertoğlu, Oğuz 19, 137, 249, 259, 400, 518
- Minareci, Süleyman 153, 179, 373, 430, 431, 432, 462

Moral, Caner 390, 448, 522
Morgan, Monica S.C. 535
Mungan, Aydın 94
Mungan, Necmettin Aydın 9,
185, 187
Musaoğlu, Ahmet 28, 330
Mut, Tuna 469
Müezzinoğlu, Bahar 81, 463
Müezzinoğlu, Talha 5, 110,
112, 258

N

Nalbant, İsmail 486
Narter, Fatma 281, 457
Narter, Fehmi 222, 526, 527,
528
Narter, Kamil Fehmi 281, 308,
424, 457
Nas, İdris 161, 291
Neuberger, Molly M. 218

O

Odyakmaz, Mustafa 177, 193
Oğuz, Fatih 31, 162, 201, 323,
420
Oğuzülgen, Ahmet İbrahim 71
Okçelik, Sezgin 196
Okçelik, Sezgin 139, 327, 329,
331, 494, 529
Okumuş, Muhammed Maşuk
238
Olgun, Deniz Çebi 519
Onaran, Metin 36, 273, 510
Onay, Aslıhan 8
Onur, Serhat 404, 408
Orçun, Asuman 517
Oysul, Güven 196
Ozgur, Berat Cem 243

Ö

Öğüş, Elmas 29
Ökeer, Emre 181
Ölçücü, Mahmut Taha 250
Ölçücüoğlu, Erkan 78, 119
Önal, Bülent 38, 55, 57, 68,
176, 182, 232, 292,
303, 441

Önen, H. İlke 263
Öner, Sedat 33, 158, 161, 180,
237, 238, 291
Öner, Süleyman 368, 369,
397, 398
Önol, F. Fatih 379
Önol, F. Fatih 380, 408
Önol, Fikret Fatih 271, 349,
402, 403, 404, 406,
407, 409
Önol, Şinasi Yavuz 349, 402,
403, 404, 407
Önol, Ş. Yavuz 313
Önol, Ş. Yavuz 378, 379, 380,
381, 386, 408, 409
Örs, Bumin 179, 432
Özayar, Asım 535
Özbek, Mustafa 282, 383
Özcan, Cihat 106, 298
Özcan, Önder 534
Özdemir, Burhan 17, 96, 107,
108, 503
Özdemir, Harun 170, 364, 392,
423
Özdemir, Kadirhan 326
Özden, Cüneyt 115, 144, 478,
489
Özden, Ender 37, 282, 318,
320, 345, 358, 368,
369, 374, 383, 388,
396, 397, 398,
410, 458
Özekinci, Selver 536
Özen, A. Haluk 17, 77, 83, 96,
107, 108, 118, 202,
203, 212, 214, 215,
337, 464, 470, 471,
472, 503
Özen, Haluk 338
Özen, Mehmet 369, 397, 398,
410
Özer, Cevahir 45, 228
Özgür, Berat Cem 302, 450
Özkan, Burak 130, 176, 188,
280
Özkan, Tülin 48
Özkara, Hamdi 50, 133, 232
Özkardeş, Hakan 71
Özkıdık, Mete 437, 449, 453

Özkürkçügil, Cüneyd 261, 264,
276, 304, 305, 309
Özler, Gül Soylu 229
Özler, Serkan 229
Özülürden, Yusuf 128, 199,
250
Özmen, Hamid 506
Özmerdiven, Çağdaş Gökhan
367
Özmerdiven, Çağdaş Gökhan
351, 393
Özok, Hakkı Uğur 170, 171,
392, 423
Öztorun, Kenan 442, 487
Öztuna, Derya 106
Öztürk, Erdem 106, 298
Öztürk, Metin İshak 172
Özveri, Hakan 441
Özyalvaçlı, Mehmet Emin 520
Özyılmaz, Nagehan 274

P

Parekattil, Sijo 42, 120, 131
Penbegül, Necmettin 32
Polat, Salih 373

R

Ramazanoğlu, Mehmet Afik
484
Resim, Sefa 125
Reşorlu, Berkan 302
Rosette, J. J. M. C. H. de La 204

S

Sabancı, Kubilay 457
Sağır, Muhammed Sait 87
Sağlam, Erkin 222, 308, 517,
524, 525
Sağlam, Hasan S. 247
Sağlam, Hasan Salih 25, 92,
93, 134, 148, 150,
168, 174, 231, 236,
239, 290, 426, 513
Sağnak, Azmi Levent 364
Sağnak, Levent 170, 171, 423,
456
Sarıbacak, Ali 81
Samancı, Cesur 232
Sancaktutar, Ahmet Ali 159
Saraçoğlu, Firat 529
Sarica, Kemal 172, 424, 524,
527, 528
Sarıcı, Haşmet 243, 302, 440,
500
Sarı, Hilmi 40, 178, 200, 394,
427
Sarıkaya, Şaban 37, 282, 318,
320, 345, 358, 368,
369, 374, 383,
388, 396, 397, 398,
410, 458
Sarı, Sercan 170, 364, 392, 423
Satar, Nihat 26, 299, 300, 301,
352, 460
Saumur, Meghan 535
Saygın, Hasan 327, 494
Saygın, Hüseyin 27
Sayıt, Aslı Tanrıvermiş 191
Seçil, Mustafa 61, 164, 166,
357
Selçuk, Berin 182
Selmi, Volkan 384, 391
Selvi, İsmail 476
Serdaş, Turgut 396, 458
Serin, Onur 163, 372
Sığırlı, Deniz 181
Sınık, Zafer 63, 284
Sımsek, Emrah 463
Sobay, Resul 407
Sonbahar, Adil Emrah 134,
148, 150, 168, 231,
290, 426, 513
Sonbahar, A. Emrah 247
Sonbahar, Emrah 25, 92, 93,
174, 236
Soydan, Hasan 139, 196, 198,
327, 329, 331, 494,
509, 529
Soygür, Tarkan 54, 298, 302
Soylu, Alper 61
Söğütölen, Emrullah 252
Söğütölen, Emrullah 203,
235, 471
Sökmen, Doğan 377
Sönmez, Aykut 34, 211, 351,
355, 382, 393, 433

Sönmez, Güner 327, 494
Sözen, Sinan 263
Sulukaya, Muhammed 65,
209, 270
Sunay, Melih 29, 246
Sungur, Mehmet Ali 286
Süelözgen, Tufan 98, 336,
474, 544
Süer, Evren 54, 106, 298, 324,
437

Ş

Şahan, Ahmet 56, 65, 76, 95,
101, 103, 105, 135,
183, 209, 221,
267, 270, 289, 415,
435, 466
Şahin, Ahmet 295, 332, 399,
496
Şahin, Bahadır 267, 483
Şahin, Cahit 424, 524, 526,
527, 528
Şahin, Feride 45
Şahin, Hayrettin 425, 469,
482, 536
Şahin, Selçuk 189, 190, 195,
197, 315, 346, 347,
361, 362, 363, 376,
377, 390, 401
Şambel, Murat 33, 158, 161,
180, 237, 238, 291
Şanlı, Ahmet Necati 68
Şanlı, Öner 11
Şavluk, Ömer Faruk 286
Şekerci, Çağrı Akın 56, 60, 267,
269, 270, 289
Şeker, Kamil Gökhan 189, 190,
195, 197, 315, 347,
361, 362, 363, 377
Şener, Göksel 49, 274
Şener, Tarkan Emre 49, 116, 274,
289, 483
Şengör, Feridun 307, 439,
484, 498
Şen, İlker 326
Şenkul, Temuçin 172, 196,
198, 529
Şenoğlu, Yusuf 146, 155, 506
Şenol, Cem 273

Şenol, Emel 123
Şen, Volkan 46, 241
Şimşek, Emrah 126
Şimşek, Ferruh 51, 56, 65, 72,
101, 135, 183, 209,
219, 221, 267, 269,
270, 274, 289, 415,
435, 466
Şimşekoğlu, Fatih 232
Şimşekoğlu, Muhammed Fatih
156

T

Tağcı, Süleyman 115, 144,
478, 489
Taher, Younis Haseeb 338
Tahra, Ahmet 271, 349, 402,
403, 404, 406, 407
Talat, Zübeyr 68
Talat, Zübeyr 87
Talibzade, Ferhad 14, 72, 74,
76, 183, 221
Talibzade, Ferhat 415
Tanıdır, Yılören 14, 51, 60, 65,
72, 74, 76, 101,
105, 135, 183, 221,
405, 415, 435, 466
Tanık, Serhat 85, 255, 371,
459, 493
Tan, Mustafa Özgür 63, 273,
284, 326
Tansuğ, Zühtü 26, 370, 452,
492
Tansu, Nejat 38, 176, 182
Tanyeri, Hanifi 485
Tarcan, Tufan 56, 65, 267, 269,
270, 289
Tarhan, Fatih 157, 281, 308,
457, 517, 525,
526, 528
Tarhan, Hüseyin 3, 90, 91, 98,
100, 109, 249, 279,
336, 446, 474, 497,
499, 544
Taştumur, Sedat 119
Tatlı, Volkan 258
Tavukçu, Hasan Hüseyin 49, 74
Tek, Burak 133
Tekdöş, Çağrı 35, 370, 460

Tekdöş, Çağrı 301, 492
Teke, Kerem 43, 463
Tekelioğlu, Mehmet Hakan 360
Tekgül, Serdar 58, 278, 293,
295, 297
Tekin, Ali 127, 146, 147, 155,
335, 438, 480, 506
Tek, Mesut 421, 445
Telci, Dilek 11
Telli, Onur 54, 106, 298, 302,
453
Temel, Halide Edip 53
Temeltaş, Gökhan 19, 110,
112, 123, 258
Tercan, Fahri 199
Terzi, Hüseyin Agah 239
Tinay, İlker 9, 14, 49, 51, 56,
65, 72, 74, 76, 95,
101, 103, 105,
116, 135, 183,
209, 219, 221,
405, 415, 435,
466, 483, 502
Tojula, Bayo 42, 120, 131
Tok, Adem 185, 187
Toker, Aysun 67
Toktaş, Gökhan 5, 114, 375,
444
Tokyol, Çiğdem 500
Tomeny, Patrick 218
Tomruk, Hüseyin 342
Topaktaş, Ramazan 378, 380,
381, 386
Topaloğlu, Hikmet 170, 171,
364, 392, 423, 456
Topaloğlu, Kemal 498
Topcuoğlu, Murat 143
Topçu, İbrahim 31
Top, Tuncay 116, 209, 269
Topuz, Bahadır 342, 389
Tosun, Çağatay 307, 439, 484,
498
Tosun, Muhammed 313, 378,
380, 381, 386
Tosun, Murat 67
Törer, Bugra Doğan 390
Törer, Buğra Doğan 190,
195, 346, 361, 362,
363, 376, 401

Tuçcu, Volkan 189, 190, 195,
197, 315, 346, 347,
361, 362, 363, 376,
377, 390, 401
Tuğlu, Devrim 507, 508
Tuna, Burçin 79, 88
Tuncay, Ömer Levent 199
Tuncer, Murat 424, 528
Tunçkırın, M. Ahmet 136
Turan, Ayşe 230
Turan, Onur 230
Turan, Tahir 128
Turunç, Tahsin 45, 228
Tuzcu, Mehmet 255
Tuzcu, Nevin 255
Tüfek, İlter 41, 332, 399, 441,
496
Tülü, Beril 38, 55
Türegün, Fethi Ahmet 38, 50,
55, 132, 156, 216
Türk, Ali 130
Türkeri, Levent 94
Türkeri, Niyazi Levent 9, 14, 74,
76, 101, 103, 105,
116, 209, 219, 466,
483, 502
Türk, Hakan 90, 98, 336, 400,
474, 538, 544
Türkoğlu, Ali Rıza 141, 335
Türkoğlu, Özlem 424
Tüysüz, Volkan 158

U

Uçmak, Hasan 542
Uğurlu, Özgür 94
Uludağ, Yıldız 222
Ulu, Esra Kayahan 191
Ulu, Muhammed Bahattin 191
Ulusoy, Soner 114
Uslubaş, Ali Kemal 276
Uslu, Mehmet 515
Uslu, Sema 53
Ustabaşoğlu, Fethi Emre 232
Utanış, Mehmet Mazhar 32,
159
Uysal, Mükremin 500
Uz, Gökem 61
Uzun, Hafize 216

Ü

- Üçer, Oktay 5, 19, 110, 112,
123, 137, 258
Ülgen, Ali 13, 175, 192, 465
Ünal, Serhat 338
Ünlü, Ebru 500
Ün, Sıtkı 90, 98, 336, 538
Üre, İyimsir 13, 53, 63, 175,
192, 230, 284, 350,
465, 537
Ürer, Emre 266
Üstüner, Murat 43, 81, 126,
261, 264, 276, 304,
305, 309, 463
Üstün, Mehmet Hakan 33, 158,
161, 180, 237, 291
Üyetürk, Uğur 520

V

- Varol, Nuray 225, 226, 263,
322
Vural, Metin 8, 28
Vuruşkan, Berna Aytaç 211,
316
Vuruşkan, Hakan 160, 211,
316, 317, 351, 355,
356, 367, 382,
387, 393

Y

- Yağcı, Ahmet Baki 199
Yakupoğlu, Yarkin Kamil 37,
318, 320, 345, 358,
368, 374, 383, 388,
396, 397, 410, 458
Yalbuздаğ, Okan Nabi 100
Yalçınkaya, Soner 67
Yalçın, Serdar 342, 343, 389
Yalçın, Veli 130, 188, 280
Yarimoğlu, Serkan 179, 373,
432, 462
Yaşar, Adem 532
Yavan, İbrahim 389
Yavaşcaoğlu, İsmet 160, 351,
355, 367, 382, 387
Yavuzalp, Okan 187
Yavuzsan, Abdullah Hızır 190,
195, 315, 346, 361,
363, 377, 401
Yavuz, Ufuk 43, 81, 126, 261,
264, 276, 304, 305,
309, 463
Yazıcı, Özgür 424, 525, 528
Yeğen, Gülçin 11
Yener, Serkan 208
Yenice, Mustafa Gürkan 315, 377
Yenilmez, Aydın 175, 192,
350, 465

- Yeşildal, Cumhuri 196, 198
Yiğman, Metin 119
Yıkılmaz, Taha Numan 476
Yıldırım, Ahmet Tugay 180
Yıldırım, Asf 9
Yıldırım, Neslihan 540
Yıldırım, Olcay 127, 146, 155
Yıldırım, Ümit 407
Yıldız, Hüseyin Alperen 357
Yıldız, İbrahim 11
Yılmaz, Akın 263
Yılmaz, Ali 531
Yılmaz, Ali Faik 37, 318, 320,
345, 358, 383, 388,
396, 458
Yılmaz, Erdal 507, 508
Yılmaz, Hasan 43, 81, 126,
261, 264, 276, 304,
305, 309, 463
Yılmaz, Ömer 139, 196, 198,
331, 509, 529, 531
Yılmaz, Sercan 389
Yılmaz, Yüksel 538
Yiğitbaşı, İsmail 189, 197, 347,
362, 363
Yoldaş, Mehmet 259, 336,
518, 544
Yörükoğlu, Kutsal 79, 88
Yucetürk, Cem Nedim 243

- Yurteri, Buket 124
Yuvaç, Ercan 507, 508
Yücebaş, Ömer Ergin 307, 439,
484, 498
Yücel, Mehmet 67
Yücetaş, Uğur 5, 114, 375, 444
Yüksekkaya, Mustafa 261,
305, 309
Yüksel, Meral 274
Yüksel, Ömer 307, 439
Yvuzalp, Okan 185

Z

- Zengin, Kürşad 85, 255, 371,
459, 493
Zeren, Mehmet Fatih 19
Zeren, Sinan 26, 35, 452
Zorlu, Ferruh 3, 90, 91, 98,
100, 109, 249, 259,
279, 336, 400, 446,
474, 497, 499,
518, 544
Zümrütbaş, Ali Ersin 19, 128,
199, 250

