2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

KONGRE BİLİMSEL PROGRAMI VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTAPÇIĞI

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

ÖNSÖZ

Değerli Meslektaşlarım,

Son 2 yıl içinde yaşadıklarımız alışkanlıklarımızda, önceliklerimizde ve yaşam tarzımızda çok önemli değişikliklere yol açtı. Tüm insanlık gibi biz hekimler de bu değişikliklere farklı yöntemlerle adapte olmaya çalıştık. Hasta muayene etmekten bilimsel toplantılarımıza kadar her konuda yaşadığımız anlayış ve davranışlarımızdaki değişiklik bizleri sosyal ortamdan da uzaklaştırmıştı. Kongreler, bilimselliğin paylaşıldığı bir ortam olduğu kadar birebir fikir alışverişlerinde bulunduğumuz, mesleki ve günlük hayatımızdaki tecrübelerimizi de paylaştığımız bir birlikteliktir aslında.

Ürolojik Cerrahi Derneği olarak 2021 yılının sonunda başlattığımız yüz yüze toplantılarımızda meslektaşlarımızın bu ortamları nasıl da özlemiş olduğunu fark ettik. Hazırlıklarına şimdiden büyük bir heyecanla başladığımız **6. Ürolojik Cerrahi Kongre'mizi 09-13 Kasım 2022'de Antalya, Granada Luxury Otel**'de gerçekleştirmeyi düşünüyoruz. Hepinizi bu büyük bilimsel şölende, "Ürolojinin Kalbinin Attığı Yer" de aramızda görmek isteriz. Sizleri çok özledik.

Sevgi ve saygılarımızla,

Dr. H. Serkan Doğan
ÜCD Yönetim Kurulu Başkanı

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

YÖNETİM KURULU

Başkan
H. Serkan Doğan

2. Başkan
Aydın Mungan

Genel Sekreter
Onur Kaygısız

Sayman
Nihat Satar

Web Bazlı Eğitim Faaliyetleri Sorumlusu
Bülent Önal

Bilimsel Araştırma Faaliyetleri Sorumlusu
Levent Sağnak

Üroloji Okulu ve Eğit. Kom. Bşk.
Hayrettin Şahin

Dış İlişkiler Sorumlusu
Burak Argun

İnternet ve Bülten Sorumlusu
Adnan Gücük

Dergi ve Periyodik Yayınlar Sorumlusu
Murat Baykam

Şube ve Üye Sorumlusu
Abdullah Gedik

BİLİMSEL KURUL

Burak Argun

Murat Baykam

H. Serkan Doğan

Abdullah Gedik

Adnan Gücük

Ümit Gül

Onur Kaygısız

Aydın Mungan

Bülent Önal

Levent Sağnak

Nihat Satar

Hayrettin Şahin

Tahsin Turunç

**İsimler soyadı alfabetik sıralanmıştır.*

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

BİLDİRİLERİ DEĞERLENDİREN HAKEMLERİMİZ

İlker Akarken

Ferruh Akay

Nebil Akdoğan

Hacı Murat Akgül

Serkan Akıncı

Mesut Altan

Cemil Aydın

Ozan Bozkurt

Erman Ceyhan

Sertaç Çimen

Mutlu Değer

Tünkut Doğanca

İrfan Dönmez

Elif Altınay Kırlı Egemen

Musa Ekici

Hüseyin Eren

Aşkın Eroğlu

Abdullah Gedik

Alper Gök

Ömer Gülpınar

Hamza Gültekin

Oğuzhan Kahraman

Önder Kara

Erdem Kısa

Murat Koşan

Şakir Ongün

Sedat Öner

Ata Özen

Oktay Özman

Sercan Sarı

Emrullah Söğütdelen

Murat Şahan

Hayrettin Şahin

Çağrı Akın Şekerci

Volkan Şen

Yusuf Şenoğlu

Fatih Şimşekoğlu

Adnan Şimşir

Onur Telli

Bilal Tuna

*İsimler soyadı alfabetik sıralanmıştır.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

BİLİMSEL PROGRAM

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON A

18:15-18:55 AÇILIŞ SEREMONİSİ

18:15-18:35 Açılış Konuşması
Dr. H. Serkan Doğan

18:35-18:55 Üroloji Tarihçesi (**)
Dr. Taner Divrik

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON B

13:25-15:30 TÜRK ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ TOPLANTISI

13:25-13:30 AÇILIŞ

13:25-15:30 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Güven Aslan, Dr. İlker Tinay

13:30-13:45 Prostat Kanseri Tanısında Biyobelirteçler, MRI ve Biyopsi Teknikleri Nerdeyiz Nereye Gidiyoruz?
Dr. Saadettin Eskiçorapçı

13:45-13:50 Tartışma

13:50-14:05 Lokalize Prostat Kanseri Yönetiminde Aktif İzlem: Hasta Seçimi ve Optimal Takip Nasıl Olmalı?
Dr. Serdar Çelik

14:05-14:10 Tartışma

14:10-14:25 De Novo Metastatik Hormon Duyarlı Prostat Kanserinde Optimal Kombinasyon Tedavisi Ne Olmalıdır?
Dr. Mustafa Erman

14:25-14:30 Tartışma

14:30-14:45 Tedavi Uygulamalarındaki Gelişmeler Işığında Kas İnvaziv Mesane Kanserinde Lokal Tedavilerin Karşılaştırılması

a) Radikal Sistektomi: Komplikasyon, Onkolojik ve Fonksiyonel Sonuçlar
Dr. Deniz Bolat

b) Trimodal Tedavi: Toksisite, Onkolojik ve Fonksiyonel Sonuçlar
Dr. Deniz Yalman

14:45-14:50 Tartışma

14:50-15:05 Mesane Kanseri Lokal Evrelendirmede MRI Rolü
Dr. Canan Altay

15:05-15:10 Tartışma

15:10-15:25 Böbrek Kanseri Tanı ve Tedavisinde Yapay Zeka Uygulamaları
Dr. Oktay Üçer

15:25-15:30 Tartışma

15:30-15:45 KAHVE ARASI

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON B

15:45-17:45 TÜRK ÜROONKOLOJİ DERNEĞİ - MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ DERNEĞİ ORTAK TOPLANTI

OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Güven Aslan, Dr. Ender Özden

15:45-16:00 İmmünoterapi Çağında Sitoredüktif Nefrektomi
Dr. Ömer Demir

16:00-17:45 NEDEN VE NASIL OTURUMLARI

16:00-16:15 Laparoskopik / Robotik Adrenalektomi
Dr. Sinan Sözen

16:15-16:30 Robotik Prostatektomi
Dr. Levent Türkeri

16:30-16:45 Laparoskopik Prostatektomi
Dr. Volkan İzol

16:45-17:00 Robotik Parsiyel Nefrektomi
Dr. Cenk Yücel Bilen

17:00-17:15 Laparoskopik Parsiyel Nefrektomi
Dr. Ender Özden

17:15-17:30 Açık Radikal Sistektomi
Dr. Sümer Baltacı

17:30-17:45 Robotik Radikal Sistektomi
Dr. Cemil Uygur

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON C

13:25-15:30 MİNİMAL İNVAZİV ÜROLOJİ DERNEĞİ TOPLANTISI

13:25-13:30 AÇILIŞ

Dr. Ender Özden

13:30-15:30 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Cenk Yücel Bilen, Dr. Atilla Arıdoğan

13:30-13:40 Üreteroskopide Güncel Lazer Kullanma Stratejisi Ne Olmalı?
Dr. Haluk Akpınar

13:40-13:50 Endoürolojide İntrarenal Basıncı ve Isıyı Ölçmeli miyiz?
Dr. Yakup Bostancı

13:50-14:00 Üreter Akses Kılıfı Artıları Eksileri
Dr. Bora Özveren

14:00-14:15 BPH'nın Minimal İnvaziv Tedavisinde TURP Hala Altın Standart mı?

Evet
Dr. Denizhan Demirkıran

Hayır
Dr. Cemil Aydın

14:15-14:30 >120 gr Prostat ve Üriner Retansiyonda Tedavi Seçenekleri

Bipolep
Dr. Ahmet Güdeloğlu

Holep
Dr. Barbaros Başeskioğlu

Basit Prostatektomi (Laparoskopik ve Robotik)
Dr. Yakup Kordan

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON C

14:30-14:40 ECIRS Hasta Seçim Kriterleri
Dr. Volkan Şen

14:40-14:50 ESWL Hasta Seçim Kriterleri ve ESWL Teknolojisindeki Yenilikler
Dr. İlteriş Tekin

14:50-15:05 Bilateral Böbrek Taşı Tedavisinde PNL

Aynı Seansta PNL
Dr. Fatih Gökalp

Ayrı Seanslarda PNL
Dr. Cenk Murat Yazıcı

15:05-15:30 Minimal İnvaziv Cerrahide (MİC) Komplikasyonlarla Baş Etme

MİC Sonrası Ürosepsis: Prediktif Faktörler ve Tedavisi
Dr. Ender Cem Bulut

Stent Enkrüstasyon ve Komplikasyonlarının Yönetimi
Dr. Selçuk Keskin

PNL Komplikasyonları
Dr. Sedat Öner

Laparoskopide Kanama Komplikasyonları
Dr. Mehmet Necmettin Mercimek

15:30-15:45 KAHVE ARASI

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON D

13:55-17:05 KONTİNANS DERNEĞİ TOPLANTISI

13:55-14:00 AÇILIŞ

14:00-14:45 OTURUM - I
AŞIRI AKTİF MESANE MEDİKAL TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Oturum Başkanları: Dr. Oktay Demirkesen, Dr. Abdullah Gedik

14:00-14:15 Antimuskarinik Tedaviler
Dr. Adnan Şimşir

14:15-14:30 Beta3 Agonist Tedavi
Dr. Hasan Deliktaş

14:30-14:45 Kombine Tedaviler
Dr. Alkan Çubuk

14:45-15:45 MEDİKAL TEDAVİYE DİRENÇLİ AŞIRI AKTİF MESANE TEDAVİ SEÇENEKLERİ

14:45-15:00 Dirençli Aşırı Aktif Mesane; Tanım ve Noninvaziv Tedavi Seçenekleri
Dr. Esat Korğalı

15:00-15:15 Posteriortibial Sinir Stimülasyonu
Dr. Şahin Kabay

15:15-15:30 Botilinum Toksin Enjeksiyonu
Dr. Ömer Gülpınar

15:30-15:45 Sakral Nöromodülasyon
Dr. Mutlu Değer

15:45-16:05 KAHVE ARASI

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON D

16:05-17:05 OTURUM - II
MESANE AĞRI SENDROMU (MAS)

Oturum Başkanları: Dr. Aydın Yenilmez, Dr. Ömer Gülpınar

16:05-16:20 MAS Klinik Bulgular ve Tanı
Dr. Ahmet Özgür Güçtaş

16:20-16:35 MAS Noninvaziv Tedavi Yöntemleri
Dr. Kürşad Zengin

16:35-16:50 MAS İnvaziv Tedavi Seçenekleri
Dr. Eyüp Burak Sancak

16:50-17:05 Tartışma

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON E

12:45-17:50 ANDROLOJİ ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

12:45-13:00 AÇILIŞ

13:00-14:00 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Adil Esen, Dr. Ümit Gül

13:00-13:15 Güncel Literatür Bilgileri Eşliğinde Varikosel
Dr. Hasan Deliktaş

13:15-13:30 Erkek İnfertilitesinde Medikal Tedavilerin Yeri
Dr. Mesut Berkan Duran

13:30-13:45 İnfertil Erkek Hastalarda Sperm DNA Hasarı Kimlere Bakılmalı? Nasıl Tedavi Edilmeli?
Dr. Çağrı Doğan

13:45-14:00 Azospermik Erkeğin Değerlendirilmesinde Optimal Yaklaşımlar
Dr. Aykut Başer

14:00-14:15 KAHVE ARASI

14:15-15:15 OTURUM - II

Oturum Başkanları: Dr. Emre Akkuş, Dr. Hamdi Özkara

14:15-14:30 Erkek Cinsel Sağlığı ve Üreme Sağlığının Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişiklikleri (Diyet, Spor, vb)
Dr. Serdar Toksöz

14:30-14:45 Günlük PDE5 İnhibitörleri. Kime? Ne zaman?
Dr. Bahadır Şahin

14:45-15:00 ED Tedavisinden Li-SWT. Hangi Hasta Grubuna? Ne Zaman?
Dr. Eray Hasırcı

15:00-15:15 Erektil Disfonksiyon Tedavisinde Yeni Tedavi Seçenekleri (Botox, PRP ve Diğer Tedaviler)
Dr. Önder Çinar

15:15-15:30 KAHVE ARASI

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON E

15:30-16:35 OTURUM - III

Oturum Başkanları: Dr. Bülent Alıcı, Dr. Ege Can Şerefoğlu

15:30-15:45 Yaşlanan Erkekte Geç Başlayan Hipogonadizmin Tanı ve Tedavi
Dr. Yalçın Kızılkan

15:45-16:00 Kök Hücre Tedavilerinin Androlojik Hastalıklardaki Yeri (Erektil Disfonksiyon, Peyronie Hastalığı)
Dr. Tuncay Toprak

16:00-16:15 Androloji Laboratuarında Hayvan Modelleri ile Yapılan Çalışmalar
Dr. Şakir Ongün

16:15-16:35 Tips and Tricks in Penile Prostheses Surgery(**)
Dr. David Ralph

16:35-16:50 KAHVE ARASI

16:50-17:50 OTURUM - IV

Oturum Başkanları: Dr. Enis Rauf Coşkuner, Dr. Tahsin Turunç

16:50-17:05 Prematür Ejakülasyon Tedavisinde Yeni Çalışmalar (Glans Penis Augmentasyonu, Botox, Transperineal Elektriksel Stimülasyon vb.)
Dr. Ege Can Şerefoğlu

17:05-17:20 Prematür Ejakülasyonda Cinsel Terapi
Dr. Umut Özdemir

17:20-17:35 Gecikmiş Ejakülasyon ve Anorgazminin Şifreleri
Dr. Çağatay Tosun

17:35-17:50 Aşk ve Seks; Robotlar ve Humanoidlerle Gerçekten Sanal Sekse; Dünya Nereye Gidiyor?
Dr. Ahmet Cihan

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON F

13:25-17:30 TÜRK ÇOCUK ÜROLOJİSİ DERNEĞİ TOPLANTISI

13:25-13:30 AÇILIŞ

OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Şaban Sarıkaya, Hasan Orhan Ziylan

13:30-14:00 Çocuk Ürolojisi Yan Dalında Güncel Durum Nedir? Gelecekte Bizi Neler Bekliyor?
Dr. Serdar Tekgül

14:00-14:30 ÇAPRAZ ATEŞ

Moderatör: Dr. Bülent Önal

14:00-14:15 Çocuk Ürolojisini Seçtiğime Pişmanım
Dr. Mücahit Kart

14:15-14:30 Çocuk Ürolojisini Seçtiğime Pişman Değilim
Dr. Elif Altınay Kırlı Egemen

14:30-14:45 İnfantlarda Üriner Sistem Taş Hastalığı Tedavisi
Dr. Onur Kaygısız

14:45-15:00 Proksimal Hipospadiasta Yeni Trendler
Dr. Koray Ağras

15:00-16:15 PANEL: SPİNA BİFİDA

Oturum Başkanları: Dr. Cem Aygün, Dr. Rüknettin Aslan

15:00-15:15 Çocuklarda Ürodinamik Çalışmalar ve Zorlukları
Dr. Çağrı Akın Şekerci

15:15-15:30 Pratikte Geçiş (Hayat Boyu) Ürolojisi, Spina Bifida Özelinde Zorluklar ve Çözümler
Dr. Ali Cansu Bozacı

15:30-15:45 Spina Bifida'da Medikal Tedavi
Dr. İlker Akyol

15:45-16:00 Spina Bifida ve Botolinium Toksin Nerede Durmalı?
Dr. Mehmet Mesut Pişkin

16:00-16:15 Spina Bifida'da Cerrahi Ne Zaman? Hangi Yöntem?
Dr. Berk Burgu

16:15-16:30 KAHVE ARASI

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON F

16:30-17:30 OTURUM - II
YENİDOĞAN HİDRONEFROZA GÜNCEL YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Dr. Nihat Satar, Dr. Hasan Serkan Doğan

16:30-16:45 Fetal Üroloji: Güncel Yaklaşımlar
Dr. Onur Telli

16:45-17:00 Üreterosel'de Güncel Yaklaşım ve Tedavisi
Dr. Tayfun Oktar

17:00-17:15 PUV Güncel Yaklaşım ve Tedavisi
Dr. Cem Akbal

17:15-17:30 UV Darlık Güncel Yaklaşım ve Tedavisi
Dr. Serhat Gürocak

9 KASIM 2022, ÇARŞAMBA SALON G

13:30-17:30 TRANSPLANTASYON ÇALIŞMA GRUBU TOPLANTISI

13:30-13:40 AÇILIŞ

Dr. Fazıl Tuncay Akı

13:40-15:20 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Fazıl Tuncay Akı, Dr. Y. Kamil Yakupoğlu

13:40-14:00 Laparoskopik Canlı Donör Nefrektomi: Teknik Yönler ve Tartışmalı Noktalar
Dr. Hakan Vuruşkan

14:00-14:20 Böbrek Nakli Arka Masa Cerrahisi Sırasında Farklı Damar Rekonstrüksiyon Teknikleri
Dr. Serkan Akıncı

14:20-14:40 Vasküler Problemi Olan Alıcılarda Böbrek Nakli
Dr. Emre Arpalı

14:40-15:00 Canlı Vericide Sağ Böbreğin Seçimi Alıcıda Daha Fazla Cerrahi Morbiditeye Yol Açar mı?
Dr. Aşkın Eroğlu

15:00-15:20 Tartışma

15:20-15:50 KAHVE ARASI

15:50-17:30 OTURUM - II

Oturum Başkanları: Dr. Murat Demirbaş, Dr. Burak Koçak

15:50-16:10 Uygun Renal Transplantasyon Teknikleri ile Komplikasyonların Önlenmesi; Püf Noktaları ve İpuçları
Dr. Bekir Voyvoda

16:10-16:30 Renal Kanser ve Transplantasyon
Dr. Cabir Alan

16:30-16:50 Ogmente Mesanesi Olan Çocuklarda Böbrek Nakli: Uzun Dönem Sonuçlar
Dr. Ali Cansu Bozacı

16:50-17:10 Böbrek Nakli Alıcısında Ürolojik Sorunların Tanı ve Tedavisi
Dr. Mutlu Değer

17:10-17:30 Tartışma

10 KASIM 2022, PERŞEMBE SALON A

08:00-08:30 AÇILIŞ

08:30-08:40 AGEP SUNUMU

Dr. Hüseyin Tarhan

08:40-09:30 OTURUM - I

Oturum Başkanları: Dr. Haluk Özen, Dr. Hasan Serkan Doğan

08:40-09:00 EAU Lecture: EAU Strategy for Education for the Next Generation of Urologists
Dr. James N'Dow

09:00-09:30 ATATÜRK'Ü ANMA PROGRAMI

Türk Ürolojisine Yön Verenler: Yaşam Boyu Başarı Ödül Töreni

09:30-10:00 OTURUM - II

Oturum Başkanları: Dr. Atilla Arıdoğan, Dr. Bora Küpeli

09:30-09:45 Mini PCNL vs RIRS for Renal Stones: Which Will Win the Race
Dr. John D. Denstedt

09:45-10:00 Flexible URS'de Zor Vakalara Yaklaşım
Dr. İlteriş Tekin

10:00-10:20 KAHVE ARASI

10 KASIM 2022, PERŞEMBE SALON A

10:20-10:55 OTURUM - III

Moderatörler: Dr. Serdar Tekgül, Dr. Mustafa Özgür Tan

10:20-10:35 Megaureter and Duplex System: What Should a Urologist Know?
Dr. Emilio Merlini

10:35-10:55 Yaşam Boyu Konjenital Üroloji
Dr. Serdar Tekgül

10:55-11:35 UYDU SEMPOZYUMU

RECORDATI

Aşırı Aktif Mesane Tedavisinde Tek Moleküle İkili Etki

Moderatör: Dr. Ceyhun Özyurt
Konuşmacılar: Dr. Mesut Gürdal, Dr. Cüneyd Özkürkçügil

11:35-12:30 OTURUM - IV

Oturum Başkanları: Dr. Cüneyd Özkürkçügil, Dr. Mesut Gürdal

11:35-11:50 Underaktif Mesane
Dr. Ali Ergen

11:50-12:10 Evaluation and Treatment of Women with Mixed Urinary Incontinence: Changing Paradigm? (**)
Dr. Victor Nitti

12:10-12:30 Role of Guidelines & Real World Data (big data) in Improving and Harmonising Urological Practice
Dr. James N'Dow

12:30-13:15 ÖĞLE YEMEĞİ

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

10 KASIM 2022, PERŞEMBE SALON A

13:15-13:55 OTURUM - V

Vakalar Eşliğinde Robotik Ürolojik Cerrahi
Oturum Başkanları: Dr. Ali Rıza Kural, Dr. Bülent Soyupak

13:15-13:23 Pediatrik Üroloji'de Robotik Uygulamalar
Dr. Bülent Önal

13:23-13:31 4 cm Üzeri Böbrek Tümörlerinde Robotik Parsiyel Nefrektomi
Dr. Haluk Akpınar

13-31:13:39 Robotik Radikal Sistektomi: İpuçları ve Püf Noktalar
Dr. Burak Argun

13:39-13:47 Robotik Radikal Prostatektomi-Anterior Yaklaşım
Dr. Ali Tekin

13:47-13:55 Tartışma

13:55-14:10 *Oturum Başkanı: Dr. Levent Sağnak*

Kadınlarda Tekrarlayan Üriner Sistem Enfeksiyonları: Kılavuzlar Ne Diyor?
Dr. Bedreddin Seçkin

14:10-14:50 OTURUM - VI

Oturum Başkanları: Dr. İlhan Erkan, Dr. Fazıl Tuncay Akı

14:10-14:30 Obez Alıcılarda Robot Yardımlı Böbrek Nakli(**)
Dr. Alp Demirağ

14:30-14:50 Robotik Donör Nefrektomi
Dr. Ali Cansu Bozacı

15:00-16:00 BİLDİRİ OTURUMU - I (SB 1-16, SS 1-2)

Oturum Başkanları: Dr. Cemil Aydın, Dr. Emre Karabay

16:00-17:00 BİLDİRİ OTURUMU - II (SB 17-30, SS 3-6)

Oturum Başkanları: Dr. Rasin Özyavuz, Dr. Metin Onaran

17:00-18:00 BİLDİRİ OTURUMU - III (SB 31-45, SS 7-9)

Oturum Başkanları: Dr. Levent Verim, Dr. Serhan Çimen

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

10 KASIM 2022, PERŞEMBE SALON B

14:15-16:15 ÜROONKOLOJİ - "BEST OF AUA"

Oturum Başkanları: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Aydın Mungan

14:15-14:45 **Panel Discussion:** Management of Incidentally Discovered 3cm Solid Renal Mass Cancer
Moderatör: Dr. Mehmet Dündar
Panelistler: Dr. İlker Akarken, Dr. İbrahim Güven Kartal, Dr. Çağrı Akpınar

14:45-15:05 Clinically Localised Prostate Cancer-AUA/ASTRO Guideline 2022
Dr. Oğuz Özden Cebeci

15:05-15:35 **Survivor Debate:** Non-Muscle Invasive Bladder Cancer Refractory to BCG: Cystectomy, Systemic Immunotherapy, Intravesical Chemotherapy
Dr. Murat Koşan

15:35-15:55 **Panel Discussion:** Radical Prostatectomy with Both Severe Incontinence and Severe Erectile Dysfunction
Moderatör: Dr. Hakan Gemalmaz
Panelistler: Dr. Tünkut Doğanca, Dr. Musa Ekici

15:55-16:10 **State-of-the-Art Lecture:** PSMA Diagnostics and Theranostics
Dr. Ali Ferruh Akay

16:10-16:15 Tartışma

16:15-17:55 TAŞ HASTALIĞI VE LAPAROSKOPİ - "BEST OF AUA"

Oturum Başkanı: Dr. Haluk Akpınar

16:15-16:55 **Cross Fire:** Controversies in Urology Debate: Do We Really Need Stone Analysis and Metabolic Urine Testing? and Metabolic Urine Testing?
Moderatör: Dr. Yakup Bostancı
Panelistler: Dr. Erdem Kısa, Dr. Yusuf Şenoğlu, Dr. Burak Yılmaz, Dr. Volkan Çağlayan

16:55-17:25 **Panel Discussion:** Residual Fragments After Stone Surger
Moderatör: Dr.Adnan Gücük
Panelistler: Dr. Murat Şahan, Dr. Emrullah Söğütdelen

17:25-17:55 **Panel Discussion:** Intraoperative Navigation During Robot Assisted Surgery
Moderatör: Dr. Burak Argun
Panelistler: Dr. Mustafa Bilal Tuna, Dr. Tünkut Doğanca

10 KASIM 2022, PERŞEMBE — SALON C

14:15-16:15 İNTERAKTİF KURS - I, ÇOCUK ÜROLOJİSİ

Oturum Başkanları: Dr. Nihat Satar, Dr. Şaban Sarıkaya

14:15-15:15 KURS 1A: ÇOCUK TAŞ HASTALIĞI

12 mm Renal Pelvis Taşı

Oturum Başkanı: Dr. Nihat Satar

14:15-14:30 SWL
Dr. Hüseyin Tarhan

14:30-14:45 RIRS
Dr. Onur Kaygısız

14:45-15:00 PCNL
Dr. Mehmet Mesut Pişkin

15:00-15:15 Çocuk Böbrek Taşında Metaflaksi
Dr. Varol Nalçacıoğlu

15:15-16:15 KURS 1B: PRENATAL HİDRONEFROZ

Moderatör: Dr. Şaban Sarıkaya

Panelistler: Dr. Çağrı Akın Şekerci, Dr. Elif Altınay Kırlı Egemen, Dr. Taner Ceylan

10 KASIM 2022, PERŞEMBE — SALON C

16:15-17:15 İNTERAKTİF KURS - III, STRES TİPİ İDRAR KAÇIRMA (StİK)

Oturum Başkanları: Dr. Zafer Aybek, Dr. Gökhan Temeltaş

16:15-16:30 StİK Patofizyolojisi, Hastanın Değerlendirilmesi
Dr. Murat Yavuz Koparal

16:30-16:45 StİK'ta Medikal/ Konservatif Tedaviler
Dr. Aykut Başer

16:45-17:00 StİK'ta Orta Üretra Askı Ameliyatları
Dr. Adnan Şimşir

17:00-17:15 When and How to Use Pubovaginal Slings: Tips, Tricks and Complications(**)
Dr. Victor Nitti

17:15-18:15 İNTERAKTİF KURS - IV, GENEL ÜROLOJİ

Oturum Başkanı: Dr. Reşit Tokuç

17:15-17:35 Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Üroloğun Bilinmesi Gerekenler
Dr. Murat Orhan Öztaş

17:35-17:45 Tartışma

17:45-18:05 Mikroskopik Hematüriye Güncel Yaklaşım
Dr. Cengiz Kara

18:05-18:15 Tartışma

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

10 KASIM 2022, PERŞEMBE SALON D

14:15-16:15 İNTERAKTİF KURS - II, ANDROLOJİ

Oturum Başkanları: Dr. Levent Peşkircioğlu, Dr. Önder Çinar

14:15-14:35 Kılavuzlar Eşliğinde Peyronie Hastalığı
Dr. Abdullah Çırakoğlu

14:35-14:55 Kronik Testiküler Ağrı ve Hasta Yönetimi
Dr. Emrullah Söğütdelen

14:55-15:15 Mikropenisli Hastaya Yaklaşım: Çocukluktan Erişkinliğe
Dr. Murat Demir

15:15-15:35 Priapizme Güncel Yaklaşım
Dr. Adem Altunkol

15:35-15:55 PDE5 İnhibitörlerine Yanıtsızlık Durumunda Yapılması Gerekenler
Dr. Abdülmecit Yavuz

15:55-16:15 Zor Olgularda Penil Protez Cerrahileri ve Komplikasyonlarla Başa Çıkma
Dr. Bülent Alıcı

16:15-17:15 BİLDİRİ OTURUMU - IV (SB 46-59, SS 10-11)

Oturum Başkanları: Dr. Cem Aygün, Dr. Çağrı Akın Şekerci

17:15-18:15 BİLDİRİ OTURUMU - V (SB 60-73, SS 12-14)

Oturum Başkanları: Dr. Sedat Öner, Dr. Metin Hasçiçek

10 KASIM 2022, PERŞEMBE SALON E

14:15-15:15 BİLDİRİ OTURUMU - VI (SB 74-88, SS 15-16)

Oturum Başkanları: Dr. Güner Kemal Özgür, Dr. Kağan Aktaş

15:15-16:15 VİDEO OTURUMU - I (VS 1-12)

Oturum Başkanları: Dr. Cem Başataç, Dr. Sedat Eğriboyun

16:15-17:15 VİDEO OTURUMU - II (VS 13-24)

Oturum Başkanları: Dr. Cenk Murat Yazıcı, Dr. Adem Yüce

17:15-18:15 VİDEO OTURUMU - III (VS 25-36)

Oturum Başkanları: Dr. Ali Ferruh Akay, Dr. Yasin Ceylan

11 KASIM 2022, CUMA — SALON A

08:00-08:55 OTURUM - VII

Oturum Başkanları: Dr. Yaşar Bedük, Dr. Feridun Şengör

08:00-08:20 Mesane Kanserinde Neler Değişti? Son Bir Yılın En Önemli Makaleleri
Dr. Yakup Kordan

08:20-08:40 Orthotopic Neobladder Technique
Dr. George Thalmann

08:40-08:55 Kılavuzlar Eşliğinde Testis Tümörlerine Yaklaşım
Dr. Gökhan Toktaş

08:55-10:15 OTURUM - VIII

Oturum Başkanları: Dr. Sinan Zeren, Dr. Çağatay Göğüş

08:55-09:15 Thulium Fiber Laser Lithotripsy: Is It Living Up to the Hype? (Best of AUA)
Dr. John D. Denstedt

09:15-09:35 Bir Kongrenin Anatomisi
Dr. Adil Esen

09:35-09:55 Disposable Ureteroscopes: Pros and Cons
Dr. John D. Denstedt

09:55-10:15 Hypospadias: Lessons Learned from a Pediatric Urologist's Life-Long Experience
Dr. Emilio Merlini

10:15-10:30 KAHVE ARASI

11 KASIM 2022, CUMA — SALON A

10:30-11:00 OTURUM - IX

Oturum Başkanları: Dr. Ferruh Zorlu, Dr. Ahmet Erözenci

10:30-10:45 Prostat Kanserinde Oligometastatik Hastalık Kavramı ve Tedavisi
Dr. Levent Türkeri

10:45-11:00 Üroonkolojide Yapay Zeka Kullanımı
Dr. Aydın Mungan

11:00-11:40 UYDU SEMPOZYUMU

RECORDATI

Prostat Kanseri Hastamızın Bizden Beklentisi: Tıbbi Tedavi ve Daha Fazlası

Üroonkolojik Yaklaşımla Eligard
Dr. Can Öbek

Psikiyatrik Yaklaşımla Eligard
Dr. Nesrin Dilbaz

11:40-12:20 OTURUM - X

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Altuğ, Dr. Erim Erdem

11:40-12:00 Nerve-Sparing Prostatectomy in High-Risk Prostate Cancer
Dr. George Thalmann

12:00-12:20 Presettings: What Does it Mean? (**)
Dr. Olivier Traxer

12:20-13:20 ÖĞLE YEMEĞİ

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

11 KASIM 2022, CUMA SALON A

13:20-14:00 OTURUM - XI

Oturum Başkanı: Dr. Emre Akkuş

13:20-13:40 A Novel Surgical Demonstration of Superiority of MicroTESE Versus TESE in Nonobstructive Azoospermia(**)
Dr. Giovanni Maria Colpi

13:40-14:00 Non-Surgical Treatments for Peyronie's Disease: Up-to-Date (**)
Dr. Javier Romero Ottero

14:00-14:50 KUBİLAY İNCİ GENÇ AKADEMİSYEN OTURUMU

Oturum Başkanları: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Hasan Serkan Doğan, Dr. Onur Kaygısız

14:00-14:08 İleri Evre Prostat Kanseri Olan Hastalarda Sistemik Tedavi Yanıtının Değerlendirilmesinde PSMA PET İdeal Belirteç Olabilir mi?
Dr. Barış Esen

14:08-14:16 Perkütan Cerrahide Bitmeyen Tartışma: Pron mu? Supin mi?
Dr. Engin Denizhan Demirkıran

14:16-14:24 Ev Ortamında Akıllı Telefonlarla Semen Analizi Yapılması Mümkün mü? Fertilite Değerlendirilmesinde Kullanılabilir mi?
Dr. Gökhan Çeker

14:24-14:32 Mesane Kanseri Tedavisinde Yeni Oyuncu: ctDNA
Dr. M. Fatih Şimşekoğlu

14:32-14:40 Prostat Kanserinde Sentinel Lenf Nodu Diseksiyonu; Preklinik Bulgulardan Sağkalım Avantajına
Dr. Oktay Özman

14:50-15:50 BİLDİRİ OTURUMU - VII (VS 37-43, SB 89-91, SS 17-18)

Oturum Başkanları: Dr. Ozan Bozkurt, Dr. Mutlu Değer

15:50-16:50 BİLDİRİ OTURUMU - VIII (SB 92-103, SB 240, SS 19-20)

Oturum Başkanları: Dr. Enis Rauf Coşkuner, Dr. Oğuzhan Kahraman

16:50-17:20 AKILCI İLAÇ SUNUMU

Dr. Yavuz Mert Aydın

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

11 KASIM 2022, CUMA SALON B

07:00-07:45 PRATİK KURS - I, RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ

Oturum Başkanları: Dr. Ali Güneş, Dr. Adnan Gücük

07:00-07:15 >2cm Taşlarda RIRS
Dr. Yusuf Şenoğlu

07:15-07:30 Üriner Diversiyonlu Hastalarda RIRS
Dr. Özer Baran

07:30-07:45 Anomalili Böbreklerde RIRS
Dr. Oktay Özman

15:15-17:15 İNTERAKTİF KURS - V, ÜROTELYAL KARSİNOM

Oturum Başkanı: Dr. Özgür Yaycıoğlu

Olgular Eşliğinde Ürotelyal Kanserlere Yaklaşım

15:15-15:55 Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri
Moderatör: Dr. Uğur Altuğ
Panelistler: Dr. Hayrettin Şahin, Dr. Bülent Günlüsoy, Dr. Alper Özorak

15:55-16:35 Kasa İnvaze Mesane Kanseri
Moderatör: Dr. Cavit Can
Panelistler: Dr. Özdal Dillioğlugil, Dr. Mehmet Dündar, Dr. Deniz Yalman, Dr. Hasan Üstün

16:35-17:15 Üst Üriner Sistem Tümörlerine Yaklaşım
Moderatör: Dr. Bülent Akdoğan
Panelistler: Dr. Cemil Uygur, Dr. Can Öbek, Dr. Volkan Şen

17:15-18:00 İNTERAKTİF KURS - VII, PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

Oturum Başkanları: Dr. İlteriş Tekin, Sedat Öner

17:15-17:30 Prone'da Endikasyon Teknik ve Dikkat Edilecekler
Dr. Volkan Çağlayan

17:30-17:45 Supinde Endikasyon Teknik ve Dikkat Edilecekler
Dr. Adnan Gücük

17:45-18:00 İskelet Anomalili Hastalarda Taşlara Yaklaşım
Dr. Atilla Arıdoğan

11 KASIM 2022, CUMA SALON C

07:00-07:45 PRATİK KURS - II, İDEAL TUR-M NASIL OLMALI?

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Mungan, Dr. Bülent Soyupak

Baştan Sona İndeks Bir Hastada TUR-M nin Aşamalarının Gösterilmesi
Dr. Cavit Can

Divertikül İçi Tümör, Orifisi Tutan Tümör, Ulaşılması Güç Yerlerdeki Tümörler Gibi Tümörlerde Rezeksiyon Örnekleri
Dr. Ata Özen

Re-TUR-M Endikasyonları ve Uygulaması
Dr. Hacı Murat Akgül

TUR-M Komplikasyonları: Önlemler ve Tedavileri
Dr. Hüseyin Eren

14:15-16:05 ANDROLOJİ - "BEST OF AUA"

Oturum Başkanları: Dr. Önder Kayıgil, Dr. Tahir Turan

14:15-14:45 **Point-Counterpoint Debate:** Telemedicine in Reproductive Urology
Panelistler: Dr. İyimser Üre, Dr. Okan Alkış

14:45-15:15 **Crossfire:** Controversies in Urology Debate: Does Exercise, Diet Modification or Antioxidants help improve Male Fertility?
Panelistler: Dr. Burak Elmaağaç, Dr. Kağan Türker Akbaba

15:15-15:35 **State-of-the-art Lecture:** Shockwave Therapy for Erectile Dysfunction and Peyronies Disease - Legitimacy, Efficacy, and Regulatory Commentary
Dr. Ercüment Keskin

15:35-16:05 **Panel Discussion:** The Impact of the Internet on Sexual Medicine
Panelistler: Dr. Erman Ceyhan, Dr. Fatih Gökalp

11 KASIM 2022, CUMA — SALON C

16:15-18:15 FONKSİYONEL ÜROLOJİ - "BEST OF AUA"

16:15-16:45 Should we be Using Anticholinergics in 2022?
Moderatör: Dr. Oktay Demirkesen
Panelistler: Dr. Naşide Mangır, Dr. Esat Korğalı

16:45-17:45 Female Urethra: Short But Not Simple
Moderatör: Dr. Zafer Aybek
Panelistler: Dr. Ali Ersin Zümrütbaş, Dr. Ömer Gülpınar, Dr. Adnan Şimşir, Dr. Alkan Çubuk

17:45-18:15 Radical Prostatectomy with Both Severe Incontinence and Severe Erectile Dysfunction
Moderatör: Dr. Abdullah Gedik
Panelistler: Dr. Sertaç Çimen, Dr. Muhammet Yaytokgil

11 KASIM 2022, CUMA SALON D

07:00-07:45 PRATİK KURS - III: ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARINDA SORGULAMA FORMLARI

Oturum Başkanları: Dr. Fatih Tarhan, Dr. Tarık Yonguç

07:00-07:05 Neden Sorgulama Formları Kullanılmalı?
Dr. Fatih Tarhan

07:05-07:20 AAM ve İdrar Kaçırma, Erkeklerde ve Kadınlarda AÜSS
Dr. Ersin Köseoğlu

07:20-07:35 KPAS, MAS/İS, Nörojenik AÜS Disfonksiyonu
Dr. Reha Girgin

07:35-07:45 Pediatrik AÜSS
Dr. Serdar Kalemci

14:45-16:45 İNTERAKTİF KURS - VI, ÇOCUK ÜROLOJİSİ

14:45-15:40 KURS 2A: VEZİKOÜRETERAL REFLÜ

Oturum Başkanı: Dr. Serdar Tekgül

Risk Gruplarına Göre VUR'a Yaklaşım - Vakalar Eşliğinde

14:45-15:00 Ürolog Gözüyle
Dr. Şaban Sarıkaya

15:00-15:15 Nefrolog Gözüyle
Dr. Nur Canpolat

15:15-15:30 Mesane Rehabilitasyonu Kime, Nasıl?
Dr. Hasan Cem İrkılata

15:30-15:40 Tartışma

11 KASIM 2022, CUMA SALON D

15:40-16:45 KURS 2B: PEDİATRİK VE ADÖLESAN ANDROLOJİK SORUNLAR

Oturum Başkanı: Dr. Demokan Erol

15:40-16:00 Hipospadiasla İlişkili Olmayan Penil Kurvatura Yaklaşım: Erken/Geç Dönem
Dr. Berk Burgu

16:00-16:15 Adölesan Varikosel Değerlendirilmesinde Neler Değişti?
Dr. Cem Aygün

16:15-16:30 Adölesan Varikosel Cerrahisinde İpuçları ve Püf Noktalar
Dr. Rüknettin Arslan

16:30-16:45 Tartışma

16:45-18:15 İNTERAKTİF KURS - VIII, İSTATİSTİK UYGULAMALARI

Oturum Başkanı: Dr. Adil Esen

Ürolojide İstatistik Sihirbazlıkları
Dr. Yasemin Yavuz

11 KASIM 2022, CUMA SALON E

07:00-07:40 PRATİK KURS – IV, VARİKOSELEKTOMİ

Oturum Başkanı: Dr. Hasan Deliktaş

07:00-07:20 Mikroskopik Varikoselektomi (video)
Dr. Mesut Altan

07:20-07:40 Minidoppler Varikoselektomi (video)
Dr. Muhsin Balaban

13:45-14:45 BİLDİRİ OTURUMU - IX (SB 105-118, SS 21-23)

Oturum Başkanları: Dr. Nebil Akdoğan, Dr. Yusuf Şenoğlu

14:45-15:45 BİLDİRİ OTURUMU - X (SB 120-134 ve 239, SS 24-25)

Oturum Başkanları: Dr. Aydın Yenilmez, Dr. Şahin Kabay

15:45-16:45 BİLDİRİ OTURUMU - XI (SB 135-147, SS 26-28)

Oturum Başkanları: Dr. Hakan Gemalmaz, Dr. Yunus Emre Göğer

16:45-17:45 BİLDİRİ OTURUMU - XII (SB 148-157, SS 29-31)

Oturum Başkanları: Dr. M. Ali Kayıkçı, Dr. Yalçın Kızılkan

11 KASIM 2022, CUMA SALON F

07:00-07:45 PRATİK KURS - V, DİSTAL HİPOSPADİASA YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Dr. Rüknettin Arslan, Dr. Berk Burgu

07:00-07:20 Nasıl Yapıyorum?
Dr. Hüseyin Tarhan

07:20-07:30 Mutlaka Yapmalı mıyım?
Dr. Fatih Çanaklı

07:30-07:45 Distal Hipospaidasın Ergenlik Dönem Psikolojik Etkisi (Cerrahi Olan/Olmayan)
Dr. Erim Erdem

11 KASIM 2022, CUMA SALON G

07:00-07:45 PRATİK KURS - VI, REKONSTRÜKTİF ÜROLOJİ - PRİMER ÜRETRA DARLIĞI, MESANE BOYNU DARLIĞI

Oturum Başkanı: Dr. Fatih Yalçınkaya

07:00-07:10 Üretra Darlığında Etyoloji ve Değerlendirme
Dr. İlke Onur Kazaz

07:10-07:20 Üretra Darlığında Güncel Tedavi Yaklaşımları
Dr. Oğuz Özden Cebeci

07:20-07:45 Videolar Eşliğinde Basamak-Basamak Primer Üretroplasti ve Mesane Boynu Rekonstrüksiyonu
Dr. Ozan Bozkurt

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON A

08:00-09:10 OTURUM - XII

Oturum Başkanları: Dr. Aydın Mungan, Dr. Bülent Akdoğan

08:00-08:15 Differences of the EAU Guideline in Bladder Cancer from Other Guidelines and Reasons
Dr. Fred Witjes

08:15-08:30 Böbrek Fonksiyonları Bozuk Hastalarda Ultrasonda Şüpheli Tümöral Lezyon Varlığında Görüntüleme Seçimi
Dr. Banu Alıcıoğlu

08:30-09:10 Ürolojide Kabus Vakalar

Oturum Başkanı: Dr. Burak Argun

Endoüroloji
Dr. Volkan Şen

Laparoskopi
Dr. Cenk Murat Yazıcı

09:10-10:10 OTURUM - XIII

Oturum Başkanı: Dr. Hamdi Özkara

09:10-09:30 Pathogenic Hypotheses of Spermatogenic Damage Induced by Varicocele
Dr.Fabrizio Castiglioni

09:30-09:50 Surgical Treatment of Peyronie's Disease: Tips and Tricks (**)
Dr. Javier Romero Ottero

09:50-10:05 The Role of Antioxidants in Male infertility: Results of Global Survey of Reproductive Specialists and a New Meta-Analysis (**)
Dr. Ashok Agarwal

10:05-10:10 Tartışma

10:10-10:25 KAHVE ARASI

*Not: ** işaretli konuşmalar video kaydı olarak sunulacaktır.*

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON A

10:25-11:05 OTURUM - XIV

Oturum Başkanları: Dr. Veli Yalçın, Dr. Cavit Can

10:25-10:45 Radical Cystectomy in Female: Technical Tips and Tricks
Dr. Fred Witjes

10:45-11:05 Metastatik Mesane Kanserinde Güncel Yaklaşım: Neredeyiz, Nereye Gidiyoruz?
Dr. Saadettin Kılıçkap

11:05-11:45 UYDU SEMPOZYUM

AYMED İLAÇ SANAYİ 1989'dan beri

Ağrılı Mesane Sendromu: Tanı ve Tedavide Değişen Ne Var?

Konuşmacılar: Dr. Ali Ergen, Dr. Tufan Tarcan, Dr. Naşide Mangır

11:45-12:15 OTURUM - XV

KARŞITLIK - I: Üretra Travmasında Erken mi Geç mi Müdahale Edelim?

Moderatör: Dr. Zafer Aybek
Panelistler: Dr. Fatih Yalçınkaya, Dr. Mesut Gürdal

12:15-13:10 ÖĞLE YEMEĞİ

13:10-13:40 OTURUM - XVI

PANEL - I: BPH'da Güncel Minimal İnvaziv Tedaviler

Moderatörler: Dr. Levent Sağnak, Dr. Uğur Üyetürk
Panelistler:

BİPOLEP
Dr. Alper Gök

HOLEP
Dr. Cenk Acar

REZUM
Dr. Selçuk Keskin

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON A

13:40-14:20 OTURUM - XVII

Oturum Başkanı: Dr. Adil Esen

İnfertil Olgularda Kritik Kararlar

ICSI Tedavisi İçin Hangi İnfertil Erkek Hastadan Ejakulat Spermi?
Hangi Hastadan Testiküler Sperm?
Dr. Tahsin Turunç

Nonobstrüktif Azospermik Hastalardaki mikroTESE Başarısızlığında Re-TESE
Kime? Ne Zaman? Artıları? Eksileri?
Dr. Ümit Gül

14:20-14:50 KARŞITLIK II: Stres Tip İdrar Kaçırmada Cerrahi Tedaviler

Moderatörler: Dr. Ali Ergen, Dr. Tufan Tarcan

Panelistler:

Meşli
Dr. Tarık Yonguç

Meşsiz
Dr. Lokman İrkılata

15:00-16:00 BİLDİRİ OTURUMU - XIII (SB 158-167, SS 32-34)

Oturum Başkanları: Dr. Özgür Tan, Dr. Muhammet İrfan Dönmez

16:00-17:00 BİLDİRİ OTURUMU - XIV (SB 168-182, SS 35-37)

Oturum Başkanları: Dr. Murat Koşan, Dr. Oktay Özman

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON B

07:00-07:45 PRATİK KURS - VII, TEMEL LAPAROSKOPİ

Temel Laparoskopi

Moderatörler: Dr. Yakup Kordan, Dr. Cemil Aydın

Laparoskopik Donanım ve Enstürmasyon
Dr. İlker Akarken

Laparoskopik Ameliyat Tipine Göre Port Dizilimi
Dr. Murat Şahan

Laparoskopik Komplikasyonlara Yaklaşım
Dr. Hüseyin Alperen Yıldız

15:00-17:00 İNTERAKTİF KURS - IX, PROSTAT, BÖBREK VE ADRENAL TÜMÖRLERİ

Olgularla Prostat Kanserlerine Yaklaşım

Oturum Başkanları: Dr. Özdal Dillioğlugil, Dr. Gökhan Toktaş

Lokalize Prostat Kanseri

15:00-15:30 Olgular Eşliğinde Lokalize Prostat Kanserine Yaklaşım
Moderatör: Dr. Bülent Akdoğan
Panelistler: Dr. Özgür Çakmak, Dr. Yasin Ceylan, Dr. Serdar Özkök

15:30-16:00 Olgular Eşliğinde Lokal İleri Evre Prostat Kanserine Yaklaşım
Moderatör: Dr. Ahmet Erözenci
Panelistler: Dr. Ali Tekin, Dr. Ali Ferruh Akay, Dr. Serdar Özkök

16:00-16:30 Olgular Eşliğinde Böbrek Tümörlerine Yaklaşım
Moderatör: Dr. Özgür Yaycıoğlu
Panelistler: Dr. Can Öbek, Dr. Yakup Kordan, Dr. Hakan Gemalmaz, Dr. Saadettin Kılıçkap

16:30-17:00 Olgular Eşliğinde Adrenal Kitlelere Yaklaşım
Moderatör: Dr. Hakan Özkardeş
Panelistler: Dr. Hakan Vuruşkan, Dr. Yunus Emre Göğer, Dr. Banu Alıcıoğlu

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON B

17:00-18:00 İNTERAKTİF KURS - XII, MİNİMAL İNVAZİV REKONSTRÜKTİF CERRAHİ

Oturum Başkanı: Dr. Uğur Altuğ

Üst Sistem - Laparoskopi / Robot

Dr. Cemil Aydın, Dr. Bülent Önal

Alt Sistem - Laparoskopi / Robot

Dr. Emre Karabay, Dr. Cem Başataç

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON C

07:00-07:45 PRATİK KURS - VIII, PROSTAT BİYOPSİSİ KURSU

Oturum Başkanları: Dr. Hakan Özkardeş, Dr. Cemil Uygur

Endikasyonlar (mp MRI'in Yeri)
Dr. Banu Alıcıoğlu

Standart Biyopsi
Dr. Mehmet Yarış

Füzyon Biyopsi
Dr. Mustafa Bilal Tuna

15:00-17:00 İNTERAKTİF KURS - X, CİNSEL SAĞLIK

Oturum Başkanları: Dr. Sezgin Güvel, Dr. Atilla Arıdoğan

15:00-15:20 Prostatitler ve Cinsellik
Dr. Tuncer Bahçeci

15:20-15:40 SARS-CoV-2 Virüsünün Erkek Cinsel Sağlığı ve Erkek Üreme Sağlığına Etkileri
Dr. Murat Gül

15:40-16:00 Yaşlanma, Kronik Hastalıklar, Metabolik Sendrom ve Cinsel Sağlık
Dr. Uğur Akgün

16:00-16:20 Penisin Dermatolojik Hastalıkları
Dr. Mehmet Vehbi Kayra

16:20-16:40 Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluklarının Yönetiminde Ürolog Neleri Bilmelidir?
Dr. Selcen Bahadır

16:40-17:00 LGBT Bireyler ve Üroloji
Dr. Özer Ural Çakıcı

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON C

17:00-17:40 ÇOCUK ÜROLOJİSİ - "BEST OF AUA"

17:00-17:20 **Panel Discussion:** Regenerative Medicine in Pediatrics

Moderatör: Dr. Cem Akbal

Panelistler: Dr. Serhat Gürocak, Dr. Çağrı Akın Şekerci

17:20-17:40 **Panel Discussion:** Renal and Ureteral Duplications

Moderatör: Dr. Mehmet Mesut Pişkin

Panelistler: Dr. Taner Ceylan, Dr. Muhammet İrfan Dönmez

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON D

07:00-07:45 PRATİK KURS - IX, NÖROJENİK İŞEME DİSFONKSİYONLARI

Oturum Başkanları: Dr. Gökhan Temeltaş, Dr. Şahin Kabay

07:00-07:15 Nörojenik İşeme Disfonksiyonları ve Uzun Dönem Komplikasyonlar
Dr. Murat Uçar

07:15-07:30 Nörojenik İşeme Disfonksiyonlarının Yönetimi
Dr. Mete Özkıdık

07:30-07:45 Augmentasyon Ne Zaman? Teknik?
Dr. Kerem Teke

15:00-17:00 İNTERAKTİF KURS - XI, ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI

15:00-16:00 Non-nörojenik Alt Üriner Sistem Semptomlarında Medikal Tedaviler
Oturum Başkanları: Dr. Ceyhun Özyurt, Dr. Bedreddin Seçkin

15:00-15:15 Alfa Blokerler
Dr. Burcu Hancı Sevinç

15:15-15:30 5-Alfa Redüktaz İnhibitörleri
Dr. Canan Kula

15:30-15:45 Kombinasyon Tedavileri
Dr. Şahin Bağbancı

15:45-16:00 Non-nörojenik AÜSS Kullanılan İlaçların Ürodinamik Parametreler Üzerine Etkileri
Dr. Lokman İrkılata

16:00-17:00 BPH Cerrahisinin Fonksiyonel Etkileri
Oturum Başkanları: Dr. İlker Şen, Dr. Özbay Aydemir

16:00-16:15 Yaşam Kalitesi / Sorgulama Formları ile Değerlendirme
Dr. Fatih Tarhan

16:15-16:35 Preoperatif ve Postoperatif Ürodinamik Değişiklikler
Dr. Naşide Mangır

16:35-16:55 Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Olan Etkiler
Dr. Eda Tokat

16:55-17:00 Tartışma

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON D

17:00-18:00 REKONSTÜKTİF ÜROLOJİ - "BEST OF AUA"

Panel: Bulbar Urethral Strictures 101

Moderatör: Dr. Ali Ersin Zümrütbaş

17:00-17:20 Overview of Types of Uretroplasty for Bulbar Urethral Strictures
Dr. Ali Ersin Zümrütbaş

17:20-17:30 Patient Reported Outcome Measures in Urethral Reconstruction
Dr. Ozan Bozkurt

17:30-17:45 Bulbar Strictures and Urinary Incontinence
Dr. Sertaç Çimen

17:45-18:00 Sexual Dysfunction After Urethraplasty
Dr. Gürdal İnal

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON E

07:00-07:45 PRATİK KURS - X, PEYRONİE CERRAHİSİ

Oturum Başkanı: Dr. Ümit Gül

07:00-07:25 Penil Plikasyon (video)
Dr. Hamza Gültekin

07:25-07:45 Penil Greft Cerrahisi (video)
Dr. Volkan Şen

13:45-14:45 BİLDİRİ OTURUMU - XV (SB 183-195, SS 38-40)

Oturum Başkanları: Dr. Gökhan Toktaş, Dr. Ata Özen

14:45-15:45 BİLDİRİ OTURUMU - XVI (SB 196-211, SS 41-42)

Oturum Başkanları: Dr. Uğur Üyetürk, Dr. Fatih Çolak

15:45-16:45 BİLDİRİ OTURUMU - XVII (SB 212-227, SS 43-44)

Oturum Başkanları: Dr. Yakup Bostancı, Dr. Erman Ceyhan

16:45-17:45 BİLDİRİ OTURUMU - XVIII (SB 228-240, SS 50, VS 44-45)

Oturum Başkanları: Dr. Bora İrer, Dr. Şahin Bağbancı

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON F

07:00-07:45 PRATİK KURS - XI, İNMEMİŞ TESTİS

Oturum Başkanı: Dr. Ali Güneş

Nonpalpalble Testiste Tek Aşama ve İki Aşamalı Yaklaşım
Dr. Serhat Gürocak

Palpalble Testiste İnguinal veya Yüksek Skrotal (Bianchi) Yaklaşım
Dr. Onur Telli

12 KASIM 2022, CUMARTESİ SALON G

07:00-07:45 PRATİK KURS - XII, GEBELİKTE HİDRONEFROZ VE TAŞ HASTALIĞINA YAKLAŞIM

Oturum Başkanları: Dr. Murat Baykam, Dr. Mehmet Salih Alar

Hidronefroza Yaklaşım

Dr. Süleyman Bulut

Taşa Yaklaşım

Dr. Denizhan Demirkıran

13 KASIM 2022, PAZAR SALON A

08:30- 11:00 OTURUM - XVIII

ÜCD 2022'den MESAJLAR

Oturum Başkanı: Dr. Onur Kaygısız

08:30-08:40 Aşırı Aktif Mesane
Dr. Burcu Hancı Sevinç

08:40-08:50 Stres Tipte İdrar İnkontinansı
Dr. Murat Yavuz Koparal

08:50-09:00 Non-Nörojenik Alt Üriner Sistem Semptomları
Dr. Kasım Ertaş

09:00-09:10 Rekonstrüktif Üroloji
Dr. Burhan Baylan

09:10-09:20 Erkek Üreme Sağlığı
Dr. Ömer Yıldırım

09:20-09:30 Erkek Cinsel Sağlığı
Dr. Gökhan Çeker

Oturum Başkanı: Dr. Hasan Serkan Doğan

09:30-09:40 Laparoskopik ve Robotik Cerrahi
Dr. Hilmi Sarı

09:40-09:50 FURS Uygulamaları
Dr. Burak Yılmaz

09:50-10:00 PCNL Uygulamaları
Dr. Sinan Avcı

10:00-10:10 Prostat Kanseri
Dr. Ata Özen

10:10-10:20 Mesane Kanseri ve Üst Üriner Sistem Tümörü
Dr. İbrahim Güven Kartal

10:20-10:30 Böbrek Tümörleri
Dr. Yunus Emre Göğer

10:30-10:40 Adrenal ve Testis Tümörleri
Dr. İbrahim Güven Kartal

10:40-10:50 Çocuk Ürolojisi
Dr. Fatih Şimşekoğlu

10:50-11:00 KAPANIŞ

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

SÖZLÜ SUNUMLAR

SÖZLÜ SUNUMLAR (SS-1 / SS-*50*)

SS-1

ROBOT YARDIMLI RADİKAL SİSTEKTOMİ VE İNTRAKORPOREAL ÜRİNER DİVERSİYON İLE BİRLİKTE GERÇEKLEŞTİRDİĞİMİZ GENİŞLETİLMİŞ PELVİK LENF NODU DİSEKSİYONU DENEYİMİMİZ

MUSTAFA BİLAL TUNA(1) TÜNKUT DOĞANCA(2) BURAK ARGUN(3) İLTER TÜFEK(3) CAN ÖBEK(3) ALİ RIZA KURAL(3)

1. Acıbadem Maslak Hastanesi Üroloji Departmanı
2. Acıbadem Taksim Hastanesi Üroloji Departmanı
3. Acıbadem Üniversitesi

AMAÇ

Bu çalışmada; kliniğimizde uygulan "Robot Yardımlı Radikal Sistektomi ve İntrakorporeal Üriner Diversiyon" ile birlikte gerçekleştirdiğimiz "Genişletilmiş Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu" operasyonu sonuçlarımızı bildirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Şubat 2018- Haziran 2022 arasında 34(31 erkek, 3 kadın) hastaya invaziv mesane tümörü nedeniyle "Robot Yardımlı Radikal Sistektomi ve İntrakorporeal Üriner Diversiyon" ile birlikte "Genişletilmiş Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu" operasyonu uygulandı. Hastaların demografik, operatif verileri ve postoperatif patolojik sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR

Ortalama hasta yaşı 69,4±7,5'ti. Ortalama operasyon süresi, intraoperatif kan kaybı ve hastanede kalış süreleri sırasıyla 295±137 dk, 274±72 ml, 7,75±2,2 gün'dü. Hastaların 13'ü(%38) neoadjuvan kemoterapi aldı. İntrakorporeal üriner diversiyon 20(%58,8) hastada ortotopik ileal neobladder, 14(%41,2) hastada ise ileal loop olarak gerçekleştirildi. Postoperatif patolojik evre 14(%41) hastada pT0, 3(%9) hastada pT1, 7(%21) hastada pT2, 10(%29) hastada pT3 olarak rapor edildi. Pelvik lenf nodu diseksiyonunda ortalama 21±9,2 adet lenf nodu alındı ve hastaların 4'ünde(%11,7) nihai patolojide lenf nodu pozitifliği bildirildi.(Tablo 1) Postoperatif erken dönemde(0-30 gün) Clavien-Dindo Grade 2 komplikasyon 16 hastada, Grade 3a komplikasyon 1 hastada, Grade 3b komplikasyon ise 1 hastada rastlandı. Postoperatif geç dönemde(31-90) ise Clavien-Dindo Grade 2 komplikasyon 1 hastada, Grade 3b komplikasyon ise 1 hastada rastlandı. (Tablo 2)

SONUÇ

İnvaziv mesane tümörlerinde "Robot Yardımlı Radikal Sistektomi ve İntrakorporeal Üriner Diversiyon"; "Genişletilmiş Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu" ile birlikte uygulandığında onkolojik ve cerrahi sonuçları açısından, etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

Hasta yaşı(yıl±std)	69,4±7,5
Operasyon süresi(dakika±std)	295±137
İntraoperatif kan kaybı(ml±std)	274±72
Hastanede kalış süresi(gün±std)	7,75±2,2
Neoadjuvan kemoterapi(n,%)	13(%38)
Ortotopik ileal neobladder(n,%)	20(%58,8)
İleal loop(n,%)	14(%41,2)
Postoperatif patolojik evre(n,%)	14(%41) pT0 3(%9) pT1 7(%21) pT2 10(%29) pT3
Pelvik lenf nodu diseksiyonunda alınan lenf nodu(n±std)	21±9,2
Nihai patolojide lenf nodu pozitifliği(n,%)	4(%11,7)

'Robot Yardımlı Radikal Sistektomi ve İntrakorporeal Üriner Diversiyon" ile birlikte gerçekleştirdiğimiz "Genişletilmiş Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu" operasyonu yapılan hasta grubuna ait demografik, operatif bulgular ve patolojik sonuçlar

	Postoperatif Erken Dönem (0-30 gün)	Postoperatif Geç Dönem (31-90 gün)
Clavien-Dindo Grade 2	14 hastada Üriner Enfeksiyon 1 hastada Geçici İskemik Atak 1 hastada İleus	1 hastada Üriner Enfeksiyon
Clavien-Dindo Grade 3a	1 hastada yerinden çıkan neobladder kateterinin lokal anestezi altında repozisyonu	-
Clavien-Dindo Grade 3b	1 hastada batın içerisinde kalan drenaj kateterinin genel anestezi altında alınması	1 hastada parastomal herni nedeniyle herni onarımı

Tablo 2: "Robot Yardımlı Radikal Sistektomi ve İntrakorporeal Üriner Diversiyon" ile birlikte gerçekleştirdiğimiz "Genişletilmiş Pelvik Lenf Nodu Diseksiyonu" operasyonu erken ve geç dönem komplikasyonları

SS-2

HOLEP CERRAHİSİNDE GÜÇ AYARLARININ SONUÇLARA ETKİSİ: YÜKSEK GÜÇLÜ CİHAZLARA İHTİYAÇ VAR MI?

ALKAN OKTAR(1) EZEL AYDOG(1) EFE SEMETEY OĞUZ(1) KHALED OBAİD(1) MEHMET İLKER GÖKÇE(1) EVREN SÜER(1) ÖMER GÜLPINAR(1) SÜMER BALTACI(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Holmium lazer prosat enükleasyonu BPH nedeniyle cerrahi planlanan hastalarda etkin bir tedavi yöntemidir. Bu çalışmada cerrahi sırasında yüksek enerji ve düşük enerji ayarlarının tedavi sonuçları açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada kliniğimizde HoLEP uygulanan 525 hastanın verileri prospektif olarak toplanmış ve retrospektif olarak analiz edilmiştir. Hastalar lazer ayarlarına göre iki gruba ayrılmıştır. Cerrahi Grup 1 de düşük enerji (1.5J - 40 Hz ve short pulse) ayarları; grup 2 de ise yüksek enerji (4J – 35 Hz ve long pulse) ayarları ile kullanılmıştır. Gruplar preoperatif veriler, dakikada enükleasyon yapılan doku miktarı, ve komplikasyon oranları açısından karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada 310 hastada en-block, 130 hastada bilober ve 85 hastada trilober yöntem uygulanmıştır. Grup 2 (n=410)'de enükleasyon hızı Grup1 (n=115)'e göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (3.2gr/dk vs. 2.3gr/dk, p=0.02). Enükleasyon sonrasında rezektoskop ile koagulasyon grup 1 de daha yüksek oranda uygulanmıştır (%62.6 vs. %14.9, p<0.0001). Çalışmada hiçbir hastada transfüzyon ihtiyacı olan kanama izlenmemiştir (tablo1). Her iki grupta ortanca sonda çekilme süresi ve hastanede kalış süresi 2 gün olarak bulunmuştur. Gruplar arasında komplikasyon oranları açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

SONUÇ

HoLEP cerrahisinde yüksek enerji ve long pulse kullanılması ile enükleasyon hızının daha yüksek, işlem sonrası görüntüyü engelleyen ve elektro-koagulasyon ihtiyacı olan kanama olma olasılığı daha düşük olduğu görülmüştür. Yüksek güçlü holmium lazer cihazları kullanılması cerrahi etkinliği artırabilmektedir.

Tablo 1

Parameter	Grup 1 (n=115)	Grup 2 (n=410)	P değeri
Yaş (ortalama)	67.3 5.9	68.1 7.2	0.87
Prostat hacmi (ml)	85.2 11.3	96.2 14.3	0.04
Preop Q Max	8.4 7.2	7.9 7.5	0.55
Enükleasyon hızı (gram/dk)	3.2 0.7	2.3 0.7	0.02
Koagülasyon gerekliliği	%62.6	%14.9	<0.0001
Hastanede kalış süresi (ortanca)	2 (1-5)	2 (1-7)	0.64

SS-3

PRUNE BELLY SENDROMU OLAN HASTALARDA BÖBREK TRANSPLANTASYONUN ORTA VE UZUN DÖNEM SONUÇLARI: TEK MERKEZ DENEYİMİ

HAKAN BAHADIR HABERAL(1) RHANA ZAKRİ(1) JONATHON OLSBURGH(1)

1. Üroloji ve Transplant Cerrahisi, Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust, Londra, Birleşik Krallık

AMAÇ

Böbrek ve üriner traktın konjenital anomalilerinden biri olan Prune Belly Sendromu (PBS) olan hastalarda orta ve uzun vadeli böbrek transplantasyonu sonuçlarının ortaya konulması.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 1994 ile Aralık 2020 arasında PBS'li 9 hastaya 13 böbrek transplantasyonu yapılmıştır. Demografik verileri, cerrahi özellikleri, greft ve hasta sağkalım oranları analiz edilmiştir. Sağkalım analizi için yaş ve donör çeşidi eşleştirilmiş ürolojik nedenlere bağlı olmayan patolojilerle böbrek transplantasyonu yapılmış 106 adet hasta kontrol grubu olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

PBS'li hastalarda birinci ve ikinci böbrek transplantasyonu esnasındaki ortanca yaş 19 ve 34 olarak belirlenmiştir. Bir hastada Clavien derece 3a komplikasyon gelişmiştir. Son kontrolde 13 greftten 8'inin halen fonksiyonel olduğu görülmüştür. Sekiz hastanın transplant öncesinde ve 4 hastanın transplant sonrasında ürolojik cerrahi girişim geçirdiği belirlenmiştir. PBS'li hastalarda 5, 10 ve 15 yıllık greft sağkalım oranları %90.9, %57.7 ve %38.5 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise 5, 10 ve 15 yıllık greft sağkalım oranları %89.9, %80 ve %74 olarak belirlenmiştir. İki grup arasında hasta ve greft sağkalımı açısından anlamlı farklılık görülmemiştir (p=0.449, p=0.134, sırasıyla).

SONUÇ

Bu tek merkezli çalışma PBS'li hastalarda böbrek transplantasyonu sonuçlarının ürolojik nedenlere bağlı olmayan patolojiler nedeniyle böbrek transplantasyonu yapılan hastalar ile orta vadede benzer ve cesaret verici olduğunu ancak uzun dönemde daha kötü olduğunu ortaya koymuştur. Bu uzun dönem böbrek fonksiyonlarındaki kötüleşmenin nedenlerinin ve alınabilecek önlemlerin belirlenmesi için çok merkezli çalışmalara ve uluslararası işbirliğine ihtiyaç vardır.

-	Genel	sağkalım	_	__	___	Greft	Sağka-lım	____	_____	_____
-	1	5	10	15	p	1	5	10	15	p
PBS	100	100	88.9	88.9	0.449	100	90.9	57.7	38.5	0.134
Kontrol	100	100	96.6	94.5	-	95	89.9	80	74	-

SS-4

TEK İDRAR NUMUNESİ İLE EŞZAMANLI ÜROFLOWMETRİ VE TAM İDRAR ANALİZİ - ORUBA INALYS; OTOMATİK İDRAR ANALİZÖRÜNÜN PROSPEKTİF DEĞERLENDİRMESİ: ÜROFLOWMETRİ-TAM İDRAR TETKİKİ KOMBİNE CİHAZI

MURAT TOPCUOĞLU(1) ADEM SANCI(2) MURAT CAN KARABURUN(3) ÖZDEN KOKURCAN(4) ERDİNÇ DEVRİM(4) ÖMER GÜLPINAR(3)

1. Alanya Alaaddin Keykubat University School of Medicine, Department of Urology, Alanya, Turkey
2. Kızılcahamam State Hospital, Department of Urology, Ankara, Turkey
3. Ankara University School of Medicine, Department of Urology, Ankara, Turkey
4. Ankara University School of Medicine, Department of Biochemistry, Ankara, Turkey

AMAÇ
Bu çalışmada tek idrar numunesi ile eş zamanlı idrar tahlili ve üroflowmetri yapabilen ORUBA INALYS cihazı (Oruba, Ankara, Türkiye) ile elde edilen idrar tahlili sonuçlarının, SYSMEX UC3500 otomatik idrar analizörü (Sysmex, Kobe, Japonya) ile yapılan analiz sonuçları ile tutarlılığını değerlendirmeyi amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM
Bu prospektif çalışmada alt üriner sistem semptomları olan 50 erkek hastanın idrar tahlili değerlendirildi. ORUBA INALYS ile glukoz, pH, ürobilinojen, bilirubin ve keton, lökosit, protein ve kan parametreleri ölçüldü. ORUBA INALYS'den özel bir düzenekle toplanan idrar örnekleri laboratuarımızda tam idara tetkiki için rutin olarak kullanılan cihaz olan Sysmex UC-3500 ile tam idrar tetkiki açısından tekrar değerlendirildi. İki cihazın sonuçları tutarlılık açısından birbiriyle karşılaştırıldı.

BULGULAR
ORUBA INALYS cihazında glukoz, pH, ürobilinojen, bilirubin ve keton parametreleri açısından yapılan idrar tahlili sonuçlarında SYSMEX UC3500 ile ±1 kategorisinde %100 uyum sağlandı. Lökosit, protein ve kan açısından ise sırasıyla %88, %96 ve %98'e olmak üzere hafif düşük saptandı. Test parametreleri için hesaplanabilir ağırlıklı kappa değerleri arasında en yüksek değer glikoz için bulunmuş ve bunu sırasıyla kan, pH, lökosit ve özgül ağırlık izlemiştir.

SONUÇ
ORUBA INALYS'den elde edilen idrar tahlili sonuçlarının SYSMEX UC3500 cihazından elde edilenlerle önemli ölçüde tutarlılığı, ORUBA INALYS ile yapılan idrar tahlilinin güvenilirliğini göstermektedir. ORUBA INALYS, maliyetleri ve iş yükünü en aza indirebilir, zamandan tasarruf sağlayabilir ve plastik atıkları azaltabilir.

Table 1: Summary of the comparison of ORUBA INALYS and SYSMEX UC3500 results.

	Percent agreement within the same category (%)	Percent agreement within ±1 category (%)	Weighted kappa
Leukocyte	84%	88%	0.5
Nitrite	90%	-	-
Bilirubin	74%	100%	-
Ketone	100%	100%	-
Protein	84%	96%	0.7
Glucose	92%	100%	0.92
pH	82%	100%	0.47
Urobilinogen	100%	100%	-
Blood	84%	98%	0.73
Specific gravity	60%	80%	0.4

SS-5

SIÇANLARDA DENEYSEL BLEOMİSİN, ETOPOSİD VE SİSPLATİN NEFROTOKSİSİTESİ: PİRFENİDON'UN KORUYUCU ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ABDULLAH HIZIR YAVUZSAN(1) SİNAN LEVENT KİREÇÇİ(1) AYŞİM ÖZAĞARI(2) SANİYE ADA(3) MUSTAFA ÇEKMEN(4) MAMMADBAGHİR AGHASİYEV(1) İBRAHİM HALİL BALOĞLU(1) TANER HACIOSMANOĞLU(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği
3. İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı
4. İstanbul Medeniye Üniversitesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

AMAÇ

Bleomisin, Etoposid ve Sisplatin (BEP) kemoterapisi ileri evre testis kanserlerinde orşiektomi sonrasında uygulanan standart tedavilerden birisidir. Fakat bu tedavi sonrası hastalarda %20'ye varan nefrotoksisite izlenebilmektedir ve buna kemoterapinin oksidatif stres ve inflamatuar mekanizmalarla yol açtığı literatürde öne sürülmektedir. Biz bu çalışmamızda antioksidan, antienflamatuar ve antifibrotik etkinliği olan pirfenidon tedavisinin BEP kemoterapisine bağlı oluşan nefrotoksisiteyi engelleyebileceğini veya azaltabileceğini göstermeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Toplam 28 erişkin Sprague Dawley rat random şekilde yanlızca BEP verilen grup (BEP grubu, n=10), BEP ile birlikte pirfenidon verilen grup (BEP+PND grubu, n=13) ve kontrol grubu (n=5) olmak üzere 3 gruba ayrıldı. BEP tedavisi her 3 haftada bir olmak üzere toplamda 9 hafta uygulandı. Pirfenidon tedavisi yanlızca BEP+PND grubuna 9 haftanın tamamında günlük 100 mg/kg olacak şekilde laktatlı ringer solüsyonu içerisinde çözülerek oral gavaj ile verildi. Dokuz haftanın sonunda ratlardan alınan böbrekler ve serum üzerinde çeşitli biyokimyasal, histopatolojik ve immunohistokimyasal incelemeler yapıldı.

BULGULAR

Biyokimyasal incelemede özellikle lipit peroksidasyonu ile ilişkili markerlardan MDA düzeyleri gruplararası istatistiksel farklılık gösterdi ve bu farkın BEP+PND grubunda BEP grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edildi (p=0.03). Diğer oksidasyonla ilişkili markerlardan TOS, MPO ve MMP-2 düzeyleri açısından anlamlı farklılık gözlenmedi. Azalmış oksidasyonla ilişkili markerlardan GSH ve TIMP-2 düzeyleri her ne kadar BEP+PND grubunda daha yüksek seviyelerde izlense de, bu parametreler açısından gruplararası istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmedi. Özellikle inflamatuar süreçlerde tespit edilen markerların oranlarının gruplararası karşılaştırılmasında herhangi bir anlamlı farklılık görülmedi. Bununla birlikte, özellikle TNF-α ve TGF-ß üzerinden etki gösterdiği bilinen pirfenidon tedavisinin uygulandığı grupta her ne kadar istatistiksel anlamlı olmasa da bu markerların daha düşük seviyelerde olduğu görüldü (Tablo 1).

Yapılan histopatolojk incelemelerde tübüler dilatasyon, epitelde basıklaşma ve fırçamsı kenar kaybının BEP+PND grubunda kontrol grubuyla benzer düzeylerde olduğu fakat BEP grubuna göre anlamlı düzeyde daha az miktarda olduğu tespit edildi (sırasıyla p=0.04, p=0.01, p=0.003). Vakuolizasyon açısından her iki kemoterapi alan grup istatistiksel anlamlı farklılık göstermezken, bu parametrenin BEP grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edildi (p=0.001). Ayrıca kemoterapi alan gruplardaki deneklerin tamamında glomerüler konjesyon olduğu kontrol grubunda ise bu parametrenin izlenmediği tespit edildi. Diğer histopatolojik incelemeler ve immunohistokimyasal olarak boyanan TGF-ß düzeyleri açısından gruplararası anlamlı farklılık olmadığı görüldü (Tablo 2).

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçlarına göre BEP kemoterapisine bağlı oluşan nefrotoksisitede pirfenidon tedavisi histopatolojik olarak çeşitli parametrelerde düzelme sağlamıştır. Biyokimyasal incelemeler sonucunda bu etkiyi özellikle antioksidan mekanizma üzerinden gerçekleştirdiği düşünülmüştür. Bu sonuçların prospektif randomize kontrollü klinik çalışmalar ile desteklenmesi gerekmektedir.

Tablo 1

-	BEP+PND grubu (n=13)	BEP grubu (n=10)	Kontrol grubu (n=5)	p değeri
MDA (µMol/g)	20.44 ± 6.8	27.7 ± 4,61	28.4 ± 5.31	0.042
GSH (µg/g)	376.47 ± 43.08	318.30 ± 101.07	277.40 ± 137.97	0.090
TIMP-2 (pg/g)	62371.1 ± 6062.8	60701.6 ± 4063.2	53044.8 ± 16159.4	0.104
IL-1ß (pg/g)	38118.8 ± 2870.5	35625.6 ± 4173.4	30400.0 ± 11319.2	0.064
MPO (U/g)	9.60 ± 1,98	9.66 ± 3,04	11.48 ± 2.67	0.079
TOS (µmol/L)	29.07±5.01	43.5±21.99	31.64±8.63	0.062
TNF-α (pg/ml)	50.39±9.02	62.73±24.17	45.03±12.10	0.107
TGF-ß (pg/ml)	307.63±105.38	327.12±103.25	301.46±30.20	0.851
PAI-1 (pg/ml)	2327.41±514.97	2375.36±556.73	1956.64±293.55	0.298
MMP-2 (pg/ml)	3645.61±3888.81	2591.93±2005.06	3633.88±2453.72	0.697

Tablo 2: Histopatolojik ve immunohistokimyasal incelemelerin gruplararası karşılaştırılması

	BEP+PND grubu (n=13)	BEP grubu (n=10)	Kontrol grubu (n=5)	p değeri
Tübüler diltatasyon	1 [0-1]	2 [1-2]	0 [0-0]	**0.001**
Epitelde basıklaşma	1 [0-1]	2 [1-2]	0 [0-0]	**<0.001**
Fırçamsı kenar kaybı	1 [0-1]	1.5 [1-2]	1 [0-1]	**0.003**
Nükleer irileşme	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	1.000
Mitoz	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	1.000
Vakuolizasyon	1 [1-1]	1.5 [1-2]	0 [0-0.5]	**0.001**
İnterstisyel ödem	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	1.000
İnterstisyel fibrozis	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	1.000
Tübülüs lümeninde epitel hc. n (%)	4 (30.8)	4 (40)	0 (0)	0.356 [f]
Tamm-Horsfall cast, n(%)	1 (7.7)	3 (30)	0 (0)	0.356 [f]
Peritubuler kapillarit	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	0.407
Glomerular konjesyon, n(%)	13 (100) [a]	10 (100) [a]	0 (0) [b]	**<0.001** [f]
Vasküler patoloji	0 [0-0]	0 [0-0]	0 [0-0]	1.000
TGF-β (%)	5 [5-15]	5 [5-12.5]	10 [5-20]	0.609

Bütün değerler median [IQR] veya n(%) olarak ifade edilmiştir. [f]Fisher's Exact test.

SS-6

PEDİATRİK BÖBREK NAKLİ CERRAHİSİNE BAĞLI ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ALİ CANSU BOZACI(1) FAZIL TUNCAY AKI(2)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ
Çocuk yaş grubundaki böbrek nakli cerrahisinin erken dönem komplikasyonlarını irdelemek.

GEREÇ-YÖNTEM
2000-2021 yılları arasında böbrek nakli yapılan 92 çocuk hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Nakil sonrası ilk 3 ayda cerrahiye bağlı gelişen genel komplikasyonlar vasküler, cerrahi alan, idrar yolu enfeksiyonu(İYE) olarak 3 gruba ayrıldı. Komplikasyon görülen ve görülmeyen gruplar hastaların demografik özellikleri, dializ durumu, pre/peroperatif ek cerrahi prosedürler, greft kaynağı, anastomoz sayısı(tek/çok), primer hastalıkları(nefrolojik/ürolojik), uzun dönemde greft sağkalımları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR
Hastaların ortanca yaşı ve takip süresi sırasıyla 12 (2-18) yıl ve 69,5 (3-239) ay olarak bulundu. 40 (%43,6) hastada komplikasyon izlendi. Bunların 8 (%8,7)'i vasküler, 16(%17,4)'sı cerrahi alan, 26(%17,4)'sı İYE ilişkili komplikasyondu. Cerrahi komplikasyon gelişimi ile hasta yaşı, cinsiyeti primer etyoloji, ürolojik cerrahi öyküsü, dializ durumu, greft kaynağı, anastomoz sayısı, perop ek prosedür varlığı, uzun dönem greft kaybı açısından anlamlı ilişki bulunamadı (Sırasıyla p=0,924, p=0,495, p=0,476, p=0,951, p=0,440, p=0,969, p=0,971, p=0,259, p=0,382). onbeş kilonun altındaki çocuklarda %83,3 cerrahi komplikasyon gelişirken bu oran 15 kilo üzerinde %36,7'ye anlamlı olarak gerilemiştir (p=0,027). Komplikasyon gelişimi 20 kg alında %61,1 iken üzerinde %33,3 olarak tespit edilmiştir (p=0,041).

SONUÇ
Çocukluk çağında yapılan böbrek nakillerinde çeşitli cerrahi kompllikasyonlar izlenebilir. Özellikle 15 kg altındaki alıcılarda cerrahi komplikasyonlar konusunda dikkatli olunmalıdır.

SS-7

ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI GECİKMİŞ VE İNTERMİTTAN KANAMA: CORONA MORTİS PSÖDOANEVRİZMASI

MURAT CAN KARABURUN(1) ARAZ MUSAEV(1) EZEL AYDOĞ(1) ORKHAN ALİZADE(1) EVREN SÜER(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Nadir bir komplikasyon olan postprostatektomi psödoanevrizma olgusunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

67 yaşında erkek hasta total/serbest PSA değerleri sırasıyla 5.14/0.98 ng/ml değeri ile üroloji polikliniğine başvuruyor. Digital rektal muayenesinde orta büyüklükte bir prostat ve sağ apeksde nodül saptanıyor. Hastaya multiparametrik MRG yapılıyor ve sağ midgland, apekste PI-RADS 5 lezyon saptanması üzerine targeted+sistemik prostat biyopsisi yapılıyor. Biyopsi patolojisi herpsi sağ tarafta olmak üzere Gleason 4+4, 3+4 ve 3+3 Prostat adenokanser ile uyumlu saptanıyor. Ga68-PSMA PET görüntülemede prostata lokalize tutulum saptanan hastaya tedavi seçenekleri anlatıldıktan sonra radikal prostatektomi ve genişletilmiş Lenf nodu diseksiyonu kararı alınıyor. Hastanın bilinen ek hastalığı ve kullandığı medikal tedavi bulunmuyor. Antikoagülan ve anti-platelet tedavi hikayesi de bulunmuyor.

BULGULAR

Hastaya robot yardımlı radikal prostatektomi anterior yaklaşım ile uygulanıyor. İntraoperatif ve peroperatif komplikasyon görülmeyen hasta postoperatif 3.günde dreni alınarak stabil şekilde taburcu ediliyor. Postoperatif 7.günde idrar rengi berrak. Olan hastanın sondası. Alınıyor ancak 1 gün sonra hematüri nedeniyle tekrar sonda. Takılıyor. Postoperatif 10.günde hasta senkop atağı ile acil servise başvuruyor, hemoglobin değerinde 2 mg/dL düşme saptanan hastaya çekilen IV opaklı BT'de Batın içerisinde pelvik düzey anteriorunda, perihepatik ve perisplenik alanda belirgin, yer yer hemoraji ile uyumlu yüksek dansiteli alanlar içeren serbest sıvı değerleri saptanıyor. Ancak aşikar opak ekstravazasyonu görülmüyor. Konservatif olarak gerekli kan ve sıvı takviyeleri ile hasta takip ediliyor. Daha sonrasında postoperatif 16.günde benzer şekilde ikinci kanama atağı görülüyor. Çekilen BT'de kanama alanlarında artış saptanıyor. Acil diagnostik laparotomi yapılıyor ancak aktif kanama odağı saptanmıyor. Takibe devam edilen hastada postoperatif 28.günde üçüncü kanama atağı görülmesi üzerine acil anjiyografi yapılıyor. Anjiyografide sol inferior epigastrik arterin dalı olan Corona Mortis'de psödoanevrizma saptanıyor ve coil ile embolize ediliyor. Bu aşamadan sonra tekrar kanama atağı görülmüyor.

SONUÇ

Postprostatektomi psödoanevrizmalar nadir görülmekle beraber robotik radikal prostatektomi sonrası corona mortis psödoanevrizması ile ilgili olarak literatürde sadece 1 olgu sunumu vardır. Psödoanevrizmalar mortal olabileceğinden bu vakalarda erken tanı ve selektif embolizasyon yüksek kür oranlarına sahiptir.

SS-8

LOKAL İLERİ EVRE (T3-T4) PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA OPERASYON YÖNTEMİNİN CERRAHİ VE ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

VOLKAN İZOL(1) MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOĞAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) TUNAHAN ATEŞ(1) TÜRKER MURATCAN DÜNDAR(1) YILDIRIM BAYAZIT(1) MUSTAFA ZÜHTÜ TANSUĞ(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi

AMAÇ

Lokal ileri (T3 ve T4) evre prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi yapılan hastaların cerrahi ve onkolojik sonuçlarının karşılaştırılmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2011-2022 yılları arasında prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi operasyonu yapılan 521 hasta retrospektif olarak incelendi. Patolojik evresi T3 ve T4 olan 198 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar LRP ve ARP olarak iki farklı gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri, operasyon süreleri, takip süreleri, kanama miktarları, Clavien komplikasyonları, lenf nodu tutulumları, perop kan transfüzyon durumları, onkolojik sonuçları, dren çekilme, mobilizasyon ve yatış süreleri incelendi. Komplikasyonlar, Clavien Dindo kriterlerine göre sınıflandırılmıştır.

BULGULAR

108 hastanın 38 (%19)'ine açık radikal prostatektomi (ARP), 159 (%81)'ine laparoskopik radikal prostatektomi (LPR) operasyonu yapıldı. Yaş ortalaması APR'de 62,66±6,62, LPR'de 64,59±7,26 yaş idi (p=0,076). Ortalama operasyon süresi ARP'de 232,18 ± 44,9 dk, LRP'de 316,59 ± 87,16 dk idi (p=0,007). Kanama miktarı ARP'de 701,32±479,37 cc, LRP de 289±274,12 cc olarak bulundu (p=0,001). Dren çekilmesi süresi ARP'de 76,15±24,08 saat, LPR'de 82,69±40,5 saat idi (p=0,64). Çıkarılan lenf nodu sayısı ARP'de 12,1±6,4, LRP'de 21,4±17,2 idi (p=0.001). Cerrahi sınır pozitifliği ARP'de %14 iken LRP'de %44'dır (p=0,025). Gruplar arasında ek patolojiler (p=0.271) ve lenf nodu tutulumu (p=0,789) açısından anlamlı farklılık görülmedi. Buna karşılık lenf nodu diseksiyonu (p=0,001), perop kan transfüzyonu (p=0,011) ve cerrahi sınır pozitifliği (p=0,025) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Clavien Dindo sınıflamasına göre Tip 4 ve 5 komplikasyon gözlenmemiş olup, ARP kolunda bir hastada Tip 3B komplikasyon gözlenmiştir. Çalışmamızda Tip 2 ve Tip 3 komplikasyon beraber sınıflandırılmıştır. Komplikasyonlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmiştir (p=0,008)

SONUÇ

Laparoskopik tekniğin minimal invaziv olması nedeniyle kanama miktarı, dren çekilme ve mobilizasyon süresinin daha kısa oluşuyla beraber komplikasyonların daha az görülmesi günlük yaşama dönüşü hızlandırmaktadır. Her iki teknik de deneyimli cerrahlar tarafından başarıyla uygulanabilmektedir.

	ARP (n=39)	LRP (n=159)	p
Yaş	62,77±6,57	64,9±6,68	0,076
Ek Patoloji	VAR (%15) YOK (%75)	VAR (%17) YOK (%83)	0.271
Operasyon Süresi	232,18 ± 44,9	316,59 ± 87,16	0,007
Kanama Miktarı	701,32±479,37	289±274,12	0,001
Dren Çekilme	76,15±24,08	82,69±40,5	0,64
Peroperatif Kan Transfüzyonu	VAR (%28) YOK (%72)	VAR (%11) YOK (%89)	0,011
Mobilizasyon Saati	32,6±15,5	18,1±13,6	0,001
Yatış Süresi	117,2±48,8	132,8±77,4	0,06
Lenf Nodu Diseksiyonu	VAR (%98) YOK (%2)	VAR (%64) YOK (%36)	0,001
Lenf Nodu Sayısı	12,1±6,4	21,4±17,2	0.001
Cerrahi Sınır Pozitifliği	VAR (%28) YOK (%72)	VAR (%44) YOK (%56)	0,025
Lenf Nodu Tutulumu	VAR (%28) YOK (%72)	VAR (%32) YOK (%68)	0,64
Clavien	YOK (%0,7) Tip 1 (%88,6) Tip 2-3 (%0,7)	YOK (%25,4) Tip 1 (%74,5) Tip 2-3 (%0,1)	0,008

SS-9

PRİMER RADYOTERAPİ ALAN LOKALİZE PROSTAT KANSER HASTALARINDA SAĞKALIM ÜZERİNE VARYANT PATOLOJİNİN ETKİSİ

BERRİN YALÇIN(1) HİKMET KÖSEOĞLU(1) MUHAMMET HİLMİ ENES ARACİ(1)

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Lokalize prostat adenokarsinomu ile ilişkili varyant patolojinin primer radyoterapi sonrası sağkalım üzerine olası etkilerinin belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

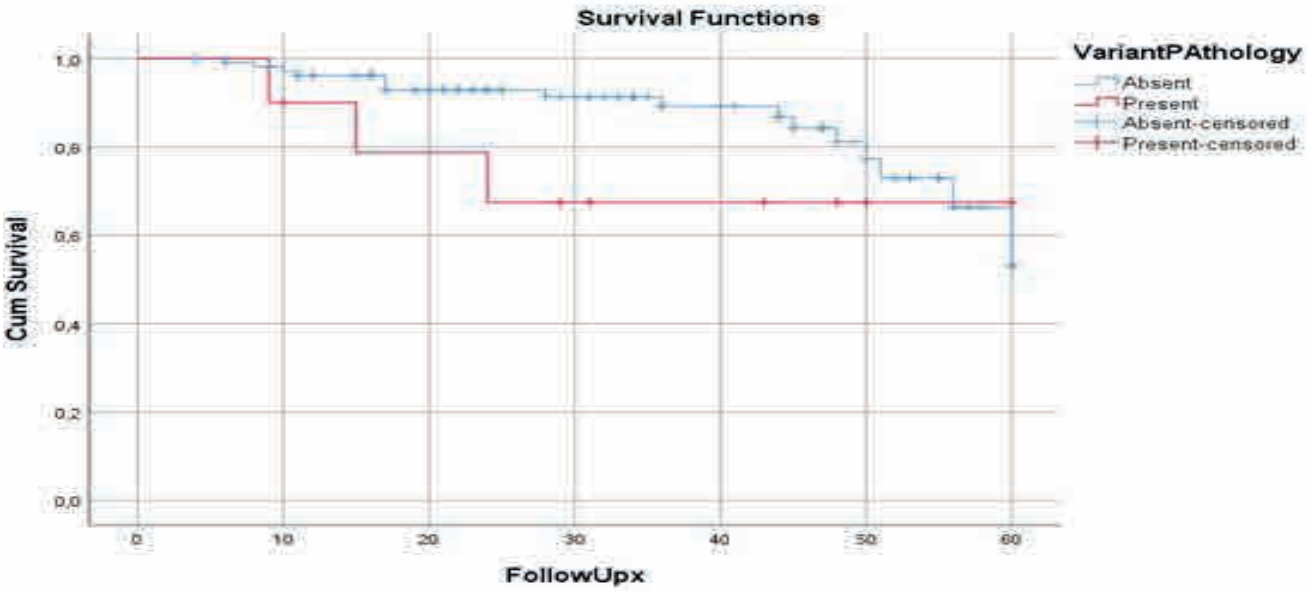
Ocak 2017 ile Aralık 2021 arasında lokalize prostat kanseri nedeniyle primer radyoterapi uygulanan hastalara ait veriler retrospektif olarak analiz edildi. Olguların varyant histopatolojinin varlığına göre sağkalımları karşılaştırıldı.

BULGULAR

Lokalize prostat kanseri nedeniyle primer radyoterapi alan 116 hastanın yaş ortalaması 67.87 ± 7.15, ortalama vücut kitle indeksi 27,41 ± 4.03 idi. Hastaların ortalama takip süreleri 36,27 ± 21,90 ay olup radyoterapi öncesi ortalama PSA değerleri 57,58 ± 257,63 (medyan 11,88) ve tedavi sonrası en son takip PSA değerleri 3,43 ± 16,57 (medyan 0,13) ng/dL idi. Ko-morbid hastalıklar hipertansiyon (%39),diabetes mellitus (%21), CVD(%20) olup hastaların %16.4'ü takip süresinde ex olmuştur. Hastaların (10/116) %9'unda varyant patoloji mevcut olup bunlar köpüksü gland varyant (5/10), nöroendokrin diferansiyon (2/10), pleomorfik dev hücreli varyant(1/10), taşlı yüzük hücre benzeri (1/10) ve yaygın intraduktal karsinom (1/10) idi. Hastaların %33'ünde ISUP 4 ve üzeri olup %36'sında rektal tuşe anormal idi. 61 hastada mpMRI yapılmış olup bu olgularda %82 PI-RADS skoru 4'ün üzerinde idi. Varyant olan ile olmayanların karlışatırmasında demografik veya klinik parametreler açışından istatistiksel anlamlılık saptanmadı. Yapılan survival analizinde 5 yıllık öngörülen sağkalım oranları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,260).

SONUÇ

İlişkili varyant patoloji, standart tedavi olarak primer radyoterapi alan lokalize prostat kanserli hastaların sağkalım oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş göstermemektedir.



SS-10

TÜRKİYE'DE İLK GEÇİŞ ÜROLOJİSİ POLİKLİNİĞİ DENEYİMİ

MUHAMMET İRFAN DÖNMEZ(1) İSMAİL SELVİ(1) SEYFETTİN ANIL TANTEKİN(1) TAYFUN OKTAR(1) ORHAN ZİYLAN(1)

1. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Çocukluktan yetişkinliğe geçiş evresinde konjenital genitoüriner patolojileri olan hastaların yakın takibinin sürdürülebilmesi günümüzün önemli bir sorunudur. Ülkemizde çocuk cerrahisi, çocuk ürolojisi ve yetişkin ürolojisi kliniklerinin yaygınlığına karşılık, bu özel hasta popülasyonunun takibinin multidisipliner bir yaklaşımla devam edebileceği Geçiş Ürolojisi (GÜ) klinikleri sayısı henüz istenen düzeyde değildir. Bu çalışmada, anabilim dalımızda açılan Geçiş Ürolojisi polikliniğimize ilk 1 yıl içinde başvuran hastaların demografik özelliklerini ve klinik durumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Mart 2021 ile Mart 2022 tarihleri arasında GÜ polikliniğimize başvuran toplam 130 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, önceki tıbbi öyküleri ve başvuru sonrasındaki tedavi planları not edildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Grup I: Daha öncesinde bizim çocuk ürolojisi polikliniğimizde takip edilenler (n:81, %62.3) Grup II: Çocukluk dönemindeki takibi başka merkezlerde olup bizim GÜ polikliniğimizde takibe başlayanlar (n:49, %37.7)

BULGULAR
En sık görülen ana tanılar reflü nefropatisi (n:32, %24.6), spina bifidanın eşlik ettiği nörojen mesane (n:31, %23.8), obstrüktif üropati (n:25, %19.2), hipospadias (n:20, %15.3), non-nörojen AÜSS (n:19, %14.6) ve mesane ekstrofisi (n:8, %6.1) olup, iki hasta grubunda primer tanı dağılımı benzerdi (Tablo 1). Grup II'deki hastaların %53.1'i bize diğer kliniklerce yönlendirilirken, %46.9'unun kliniğimizde takipli hastaların tavsiyesi üzerine veya GÜ polikliniğimiz hakkında bilgi edinerek başvurduğu gözlendi.

Grup II'de son üroloji kontrolünden GÜ başvurusuna kadar geçen medyan süre (60 vs 12 ay, p<0.001) ve başvurudaki medyan hasta yaşı (23 vs 21 yıl, p=0.020) anlamlı olarak daha uzundu. Bu sürede acil servise başvuru (%14.3 vs %0) ve hastaneye yatış oranı (%6.1 vs %2.5) Grup II'de anlamlı olarak daha yüksek (p=0.001) saptandı. Rutin/Düzenli bir kontrole girmek için başvuru oranı Grup I'de (%48.1 vs %24.4, p=0.007) daha yüksek iken, Grup II'de hastaların %44.8'inin daha önce takipte oldukları çocuk cerrahisi kliniklerince muayene edilememeleri nedeniyle kliniğimize başvurduğu gözlendi.

Güncel değerlendirmede, yeni ameliyat gereksinimi Grup I'de (%21 vs %38.8, p=0.028) daha az iken, Grup II'de re-do hipospadias üretral dehisans onarımı (%8,6 vs %0, p=0.019), meatoplasti (%8.6 vs %0, p=0.019), üretrokutanöz fistül onarımı (%6.1 vs %0, p=0.024) ve stoma (mitrofanoff/monti) yerine enjeksiyon (%6.1 vs %0, p=0.024) gereksiniminin daha fazla olduğu gözlendi. Grup II ile karşılaştırıldığında, Grup I'de en sık ihtiyaç duyulan operasyonlar mitrofanoff/monti revizyonu (%4.9 vs %0, p=0.297) ve intravezikal botoks uygulaması (%3.7 vs %2.0, p=0.515) idi. Mevcut tedavide değişiklik gereksinimi Grup II'de (%53.1 vs %9.9, p<0.001) daha yüksek saptanırken, Grup II'de en belirgin farklılıklar antikolinerjik değişimi (%18.4 vs %2.5, p=0.002), antikolinerjik değişimi yanı sıra TAK uygulama sıklığında değişim (%12.2 vs %0, p=0.002) şeklinde gözlendi.

SONUÇ
Bulgularımız, çocukluktan yetişkinliğe başarılı bir geçişin sağlanması için, bu özel hasta popülasyonunun takip ve yönetiminde gecikmeden deneyimli merkezlere yönlendirmenin önemini vurgulamaktadır.

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

	Grup I (n: 81, 62.3%)	Grup II (n: 49, 37.7%)	p
Başvuru anındaki hasta yaşı (yıl) min-max	21 (19-24) 18-37	23 (21-29.5) 18-39	† 0.020*
Cinsiyet (n, %)			
• Kadın	35 (43.2)	16 (32.7)	‡ 0.232
• Erkek	46 (56.8)	33 (67.3)	
Primer tanı (n, %)			
• Spina bifidanın eşlik ettiği nörojen mesane	22 (27.1)	9 (18.3)	‡ 0.254
• Non-nörojenik AÜSS	12 (14.8)	7 (14.2)	‡ 0.934
- Monosemptomatik enürezis	-	1 (2.0)	§ 0.377
- Non- monosemptomatik enürezis	1 (1.2)	4 (8.2)	§ 0.067
- Aşırı aktif mesane – ıslak tip	4 (4.9)	1 (2.0)	§ 0.649
- Aşırı aktif mesane – kuru tip	6 (7.4)	1 (2.0)	§ 0.253
- Disfonksiyonel işeme	1 (1.2)	-	§ 0.623
• Obstruktif üropati	14 (17.2)	11 (22.4)	‡ 0.469
- Konjenital UPJ darlık	5 (6.1)	1 (2.0)	§ 0.408
- Edinilmiş UPJ darlık	2 (2.5)	2 (4.1)	§ 0.632
- UVJ darlık (obstruktif megaüreter)	2 (2.5)	-	§ 0.527
- Ureterosel	7 (8.6)	6 (12.2)	‡ 0.507
- Posterior üretral valv	2 (2.5)	3 (6.1)	§ 0.365
• Antenatal Hidronefroz (Fizyolojik)	2 (2.5)	-	§ 0.527
• Hipospadias	9 (11.1)	11 (22.4)	‡ 0.083
• Reflü nefropatisi	20 (24.6)	12 (24.4)	‡ 0.979
• İnmemiş testis	2 (2.5)	2 (4.1)	§ 0.632
• Retraktil testis	1 (1.2)	-	§ 0.623
• Mesane ekstrofisi	5 (6.2)	3 (6.1)	§ 0.991
• İzole male epispadias	1 (1.2)	-	§ 0.623
• Female epispadias	1 (1.2)	-	§ 0.623
• Ambiguous genitalia	1 (1.2)	1 (2.0)	§ 0.614
• Varikosel	3 (3.7)	-	§ 0.290
• Ürolitiyazis	2 (2.5)	-	§ 0.527
- İzole böbrek taşı	1 (1.2)	-	§ 0.623
- Eşlik eden UPJ darlık öyküsü	1 (1.2)	-	§ 0.623
• Renal kist	1 (1.2)	-	§ 0.623
• Renal kitle			§ 0.623
- Metanefrik adenom	1 (1.2)	-	

† *Mann-Whitney U testi;* Veriler "ortanca, (25. - 75. persentil)" olarak gösterilmektedir.
‡ *Ki-kare testi;* Veriler "sayı (yüzde)" olarak gösterilmektedir.
§ *Fisher's exact testi;* Veriler "sayı (yüzde)" olarak gösterilmektedir.
* p <0.05 (*) istatistiksel anlamlılığı göstermektedir.

SS-11

ÇOCUKLARDA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK PYELOPLASTİ: İLK SONUÇLAR

BÜLENT ÖNAL(1) SERHAT GÜROCAK(2) ELİF ALTINAY KIRLI(1) AHMET VURAL(1) AHMET NUR ERÖZENCİ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ
Amacımız üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu nedeni ile robot yardımlı laparoskopik cerrahi (RALS) uygulanan çocuk hastalarımız ile ilişkili ilk deneyimlerimizi paylaşmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
2018-22 yılları arasında iki merkezde hidronefroz nedeni ile değerlendirilen ve üreteropelvik bileşke obstruksiyonu tanısı ile ameliyat edilen çocuk hastalara ait tıbbi kayıtlar, demografik özellikler, ameliyata ait özellikler, radyolojik/semptomatik izlem açısından değerlendirildi. RALS uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların kayıtları RALS öncesi ve sonrası klinik ve radyolojik bulguların değişimi açısından değerlendirildi.

BULGULAR
Ortalama yaşı 120 ay (6-204 ay) olan 33 çocuğa üreteropelvik bileşke obstruksiyonu tanısı ile RALP uygulandı. Takip süresi ortalama 29,5 ay (3-42 ay)'dır. Parankimal fonskiyon kaybı en sık ameliyat endikasyonu idi. Endikasyonu olan 4 hastaya RALP ile eş zamanlı olarak Retrograd intrarenal taş cerrahisi uygulandı. Ortalama ameliyat süresi 160 dakika, docking zamanı 36 dakika (30-60) idi. Ameliyat sonrası erken dönemde RALP uygulanan hastaların üçü erken dönemde İYE tedavisi aldı. Bu hastaların birinde obstrüktif bulguların devam etmesi nedeni ile redo-RALP uygulandı. Diğer hastalarda komplikasyon gözlenmedi. RALP öncesi ve sonrası radyolojik ve sintigrafik değerlendirmeler Tablo'da sunulmaktadır.

SONUÇ
Sonuçlarımız, RALP'in çocuklarda minimal invaziv, güvenli ve etkili bir tedavi yöntemi olduğunu düşündürmektedir. Gelecekte birçok ürolojik cerrahi protokol için tercih edilebilecek bir yöntem olabilir. Diğer yöntemler ile karşılaştırmalı sonuçların değerlendirilmesi gereklidir.

-	_	__	___
-	Ameliyat Öncesi	Ameliyat Sonrası	p
Üriner USG değerlendirme (median, mm)	-	-	-
Böbrek boyutu	82 (62-129)	90 (76-127)	0.126
Böbrek parankim ölçümleri	-	-	-
En ince	5 (1.5-8.0)	8 (2.5-11)	0.018
En kalın	12 (2-16)	14 (7-16)	0.189
Pelvis anterior posterior çap ölçümü	32 (12-65)	18 (8-50)	0.001
Kaliks dilatasyonu ölçümü	11 (7-34)	9 (3-21)	0.007
Laboratuvar değerlendirmesi	-	-	-
Kreatinin (median)	0.45 (0.28-0.83)	0.51 (0.30-0.72)	0.135
Renal Sintigrafik İnceleme (MAG-3)	-	-	-
Fonksiyon	-	-	-
Renal Fonksiyon (median, %)	44 (16-67)	46(10-65)	0.475
İdrar Yolu Enfeksiyonu n(%)	10 (30)	4 (12)	0.020

RALP öncesi ve sonrası klinik ve radyolojik değerlendirme

SS-12

ATNALI BÖBREKLİ OLGULARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMLERİMİZ

ERTUĞRUL KÖSE(1) YAKUP BOSTANCI(1) AHAD SAFARALİYEV(1) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1) ŞABAN SARIKAYA(1) ALİ FAİK YILMAZ(1)
1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ
Bu çalışmamızda, atnalı böbrekli olgularda gerçekleştirdiğimiz perkütan nefrolitotomi (PNL) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2001-Haziran 2022 tarihleri arasında kliniğimizde 2100 olguda PNL operasyonu gerçekleştirildi. Bu olgulardan 42 hastada 53 renal ünitede gerçekleştirilen operasyonda atnalı böbrek anomalisi mevcuttu. Tüm olguların demografik ve operatif verileri retrospektif olarak taranarak kaydedildi. Glomerüler filtrasyon hızı değerleri "Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration" formülüne göre hesaplandı. Postoperatif dönemde gelişen komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirildi. Preoperatif tu¨m hastalara kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme yapıldı. Tam kan sayımı, biyokimya, koagulasyon parametreleri go¨ru¨ldu¨. Tu¨m hastaların operasyon o¨ncesinde idrar ku¨ltu¨rleri steril idi. Hastalarımızda prone pozisyonunda yaklaşım tercih edildi.

BULGULAR
Tablo 1'de olguların demografik ve operatif verileri verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 42,29 ± 10,76 olup 34'ü erkek, 8'i kadın cinsiyetti. 6 hastada bilateral böbrek taşı nedeniyle ardışık bilateral PNL opeasyonu uygulanmışken, 3 hastada aynı böbrekte rekürrens olması üzerine toplamda 5 kez PNL operasyonu uygulandı. Ortanca taş hacmi 373 (100-1600) mm2 idi. 5 olguda (%9,4) "stone free" durumu sağlamak için ekstra ikinci bir akses yapıldı. Ortanca operasyon süresi 70 (20-240) dk idi. 3 olguda klinik önemsiz rezidü taş kaldı, 50 olguda (%94,3) "stone free" durum elde edildi. Hiçbir hastada intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif dönemde 2 olguda (%3,7) grade 2 ve grade 3 komplikasyon gelişti.

SONUÇ
PNL, orta-fazla taş yükü olan atnalı böbrekli hastalarda, minimal komplikasyon ve yüksek taşsızlık oranları açısından birinci basamak tedavi olarak etkin ve güvenilir şekilde uygulanabilir.

Tablo 1: Hastaların demografik, operatif ve postoperatif verileri

Yaş (Yıl)	42,29 ± 10,76
Cinsiyet(E/K)	34/8
Yön (Sağ/Sol)	20/33
Taş Hacmi (mm^2)	373 (100-1600)
Opasite (Opak/ Non-opak)	42/11
Hidronefroz (n) (%)	
• **Yok** • **Grade 1** • **Grade 2** • **Grade 3** • **Grade 4**	20 (37,7) 12 (22,6) 18 (34) 2 (3,8) 0
Litotripsi Türü (n) (%)	
• **Pnömatik Litotripsi** • **Ultrasonik Litotripsi** • **Kombine** • **Lazer Litotripsi**	38 (71,7) 7 (13,2) 5 (9,4) 3 (5,7)
Operasyon Süresi (dk)	70 (20-240)
Skopi Süresi (dk)	3,9 ± 2,8
Rezidü (n) (%)	3 (5,6)
Tubeless (n)(%)	3 (5,6)
Peroperatif Komplikasyon(n) (%)	0
Postoperatif Komplikason(n) (%)	2 (3)
• **Clavien 2** ▪ **Ateş**	1
• **Clavien 3** ▪ **Kolon yaralanması ve hidrotoraks**	1
Preoperatif eGFR(ml/dk)	107,02 ± 0,64
Postoperatif 1.gün eGFR(ml/dk)	100,16 ± 0,64
Hb Düşüşü (g/dL)	0,93 ± 0,65
Diversiyon Çekilme Süresi (Gün)	2,27 ± 0,65
Yatış Süresi (Gün)	3 (2-26)

SS-13

PERKÜTAN BÖBREK PONKSİYONU TEKNİKLERİNDE RADYASYON MARUZİYETİ: "YAU ENDOUROLOGY & UROLİTHİASİS" ORTAK ÇALIŞMASI

TARIK EMRE SENER (1) YİLOREN TANİDİR (1) SERAP KETENCİ(2) MEHMET UMUT KÜTÜKOĞLU(1) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) HUSEYİN CAYİR (3) AMELİA PİETROPAOLO (4) ESTEBAN EMİLİANİ (5)

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
2. Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Fiziği Bölümü, İstanbul, Türkiye
3. Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye
4. Nhs Foundation Trust, Southampton University Hospital, Üroloji Anabilim Dalı, Southampton, Birleşik Krallık
5. Fundación Puigvert. Universidad Autónoma De Barcelona, Üroloji Anabilim Dalı, Barselona, İspanya

AMAÇ

Endoskopik taş cerrahileri esnasında maruz kalınan radyasyon ve bunun yol açtığı durumlar endoürologların en önemli endişeleri arasında yer almaktadır. "ALARA" (As Low As Reasonably Achievable) prensibi sayesinde geliştirilen teknikler ile maruziyet azaltılabilse de özellikle Perkütan Nefrolitotomi (PNL) sırasında ciddi kümülatif radyasyon maruziyeti oluşmaktadır. Bu çalışmada PNL esnasında kullanılan değişik böbrek ponksiyon tekniklerinde cerrahın parmak, göğüs ve lens bölgelerine yerleştirilen dozimetrelerle farklı floroskopi pozisyonlarında oluşan radyasyon maruziyetinin ölçülmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Galdakao-modifiye Valdivia Supin PNL pozisyonunda ve pron PNL pozisyonunda kullanılan 7 farklı C-kollu floroskopi pozisyonunda ölçümler yapıldı. Bu pozisyonlar C-kollu floroskopi cihazının duruş pozisyonuna göre 0 derece, mediolateral (ML) +90 derece, ML -90 derece, ML +30 derece, ML -15 derece, kraniyokaudal (KK) +30 derece, KK +15 derece olarak ayarlandı. Hasta olarak 20 x 20 cm boyutunda insan dokusuyla izodens katı fantomlar kullanıldı. Cerrah olarak 1 adet standart boyutlarda hareketli insan maketi, gerçek hayatta PNL cerrahının ponksiyon yaptığı pozisyon taklit edilerek yerleştirildi. Cerrah maketi üzerine parmak, lens ve göğüs bölgelerine toplamda 3 adet, hasta olarak kullanılan fantomlar üzerine de 1 adet optik uyarımlı lüminesans (OSL) dozimetreleri yerleştirildi. C-kollu floroskopi cihazı standart modda (91 kVp ve 2.7mA/mAs) kullanıldı ve doz ölçümleri millisievert(mSv) ve gray(Gy) olarak hesaplandı. Her pozisyonda 1 kez ölçüm yapılmak üzere 6 dakikada (360 saniye) toplam 111 mGy doz radyasyon verilerek ölçümler yapıldı.

BULGULAR

Tanımlanan parmak, göğüs ve lens noktaları arasında en yüksek radyasyon maruziyeti parmak dozimetrelerinde ölçülmüştür. Farklı pozisyonlarda farklı dozimetrelerde alınan ölçümler tablo 1'de verilmiştir. Farklı C-kollu floroskopi pozisyonlarda en yüksek doz ML +90 derecede 2.88 mSv olarak ve ardından ML +30 derecede 1.72 mSv olarak ölçülmüştür. Tüm pozisyonlar içinde en düşük dozda radyasyon maruziyeti ise ML -90 derecede göğüs bölgesinde ölçülmüştür (0.24 mSv).

SONUÇ

C-kollu floroskopi cihazının x-ray jeneratörünün cerraha doğru baktığı pozisyonlarda, cerrah üzerine yerleştirilen tüm dozimetrelerde ölçülen radyasyon maruziyeti jeneratörün cerrahtan uzağa doğru baktığı pozisyonlara göre yüksektir. Cerrahın el bölgesine alınan radyasyon miktarı, göğüs ve lens bölgelerine göre daha fazladır.

Tablo 1: Pozisyonlara göre doz ölçüm sonuçları (mSV: milisievert, KK: Kraniyokaudal, ML: Mediolateral)

	Lens Dozu (mSv)	Göğüs Dozu (mSv)	Parmak Dozu (mSv)
Pozisyon			
0 derece	0.33	0.34	0.51
ML +90 derece	0.67	1.05	2.88
ML -90 derece	0.5	0.24	0.59
ML -15 derece	0.41	0.47	0.82
ML +30 derece	0.34	0.45	1.72
KK +30 derece	0.34	0.37	0.68
KK +15 derece	0.34	0.33	0.61

SS-14

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ (PNL) SONRASI NEFROSTOMİ KATETERİNİN İNTRAVENÖZ OLARAK YANLIŞ YERLEŞTİRİLMESİ. BİR VAKA SUNUMU

CENGİZ KARA(1) İSMET BİLGER ERİHAN(1) MEHMET USLU(1) MEHMET EZER(1) ÜMİT YILDIRIM (1) ÇAĞLAR UĞURLU(1)

1. Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kars

AMAÇ

PNL sonrası nefrostomi kateterinin intravenöz olarak yerleştirilmesi oldukça nadirdir. Bu yazıda, hastanemizde PNL sonrası nefrostomi tüpünün intravenöz olarak yerleştirildiği görülen nadir bir olgu sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

55 yaşında kadın hastaya 3 cm büyüklüğündeki sağ böbrek taşı nedeniyle floroskopi eşliğinde PNL uygulandı. PNL prone pozisyonda yapıldı. Renal erişim Amplatz dilatörleri yardımı ile kademeli olarak sağlandı (28 F'ye kadar). Dilatasyon işlemi sırasında ciddi venöz kanama kaydedildi. Erişim kılıfı yerleştirildikten sonra, kanama nedeniyle vizualizasyon kaybedildi. İşlem sonlandırıldı ve kanamayı kontrol etmek için 22F nefrotomi kateteri takıldı ve klemplendi. Yoğun kanama nedeniyle antegrad piyelografi yapılmadı.

BULGULAR

Ameliyat sonrası hemoglobin düzeyi 8 g/dL olarak ölçüldü ve hastada hafif hematüri mevcuttu. Hemodinamik göstergeler stabildi. Postoperatif ilk gün ateş oluştu. Postoperatif üçüncü günde nefrostomi klembi açıldı, kateterden kanama olmadı ve BT görüntüleme yapıldı. Nefrostomi kateterinin inferior vena kava (IVC) içine yerleştirildiğini gözlendi (Şekil 1). Nefrostomi tüpü, ameliyat sonrası yedinci günde floroskopi altında IVC'den başarıyla çekildi ve bu esnada cerrahi ekip olası bir müdahale için hazır bulundu. Kateter çekilmesi sırasında veya sonrasında kanama veya derin ven trombozu gibi ciddi bir komplikasyon görülmedi.

SONUÇ

PNL sonrası nefrostomi kateterinin intravenöz olarak yanlış yerleştirilmesi, yatak istirahati, intravenöz antibiyotikler ve kateter çekilmesi ile konservatif olarak tedavi edilebilir. Açık cerrahi müdahale alternatif bir tedavi olarak kullanılabilir.

SS-15

BİLİMSEL TOPLANTILAR İÇİN OBJEKTİF BİR "KALİTE FAKTÖRÜ" MÜMKÜN MÜ?

MESUT ALTAN(1) MÜJDAT AYVA(1) ÖMER FARUK BAHADIR(1) ALP KISIKLI(1) KADİR EMRE BALTACI(1) PARVİZ SHAHASUVARLI(1) ALİ CANSU BOZACI(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Tıp alanında yerel ve uluslararası çok sayıda toplantı düzenlenmektedir. Bu toplantılar güncel bilgileri ve deneyimleri paylaşmanın yanı sıra işbirliklerinin önünü açan bir ortam sağlar. Ancak gelişen tıp dünyasında çok sayıda bilimsel kongre düzenlenmektedir. Bu çokluk içinde zaman, finansal kaynak ve kalite bir kongreye katılmada başlıca endişeleri oluşturmaktadır. Bu bağlamda, kongre kalitesini değerlendirmek için objektif ve güvenilir bir araca ihtiyaç vardır. Çalışmamızda bilimsel kongreleri değerlendiren, nesnel ve anlaşılır bir kalite faktörü (QF) geliştirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ürolojik Cerrahi Derneği'nin (UCD) dört ulusal toplantısının [(2012 (UCD1), 2014 (UCD2), 2016 (UCD3), 2018 (UCD4)] bildiri kitapları gözden geçirildi. Toplam 1436 bildiri incelendi. Bildirilerin bir bilimsel dergide yayınlanma durumu Web of Science veri tabanından tarandı. İlk iki yıl içindeki yayınlanma oranları hesaplandı. Kongre tarihinden üç ay ve daha öncesinde yayınlanan bildiriler hariç tutuldu. Bildirilerin yayınlandığı bilimsel dergilerin impact faktörleri, kongreye konuşmacı olarak davet edilen bilim insanlarının H Indexleri Web of Science veri tabanından alındı. Bu üç parametre göz önünde bulundurarak, bir bilimsel kongre kalite faktörü oluşturduk. QF(Quality Factor) = [(Bildirilerin iki yıl içerisinde yayınlanma oranı x Dergilerin ortalama impact faktorü) + Konuşmacıların ortalama H Indexi]/10.

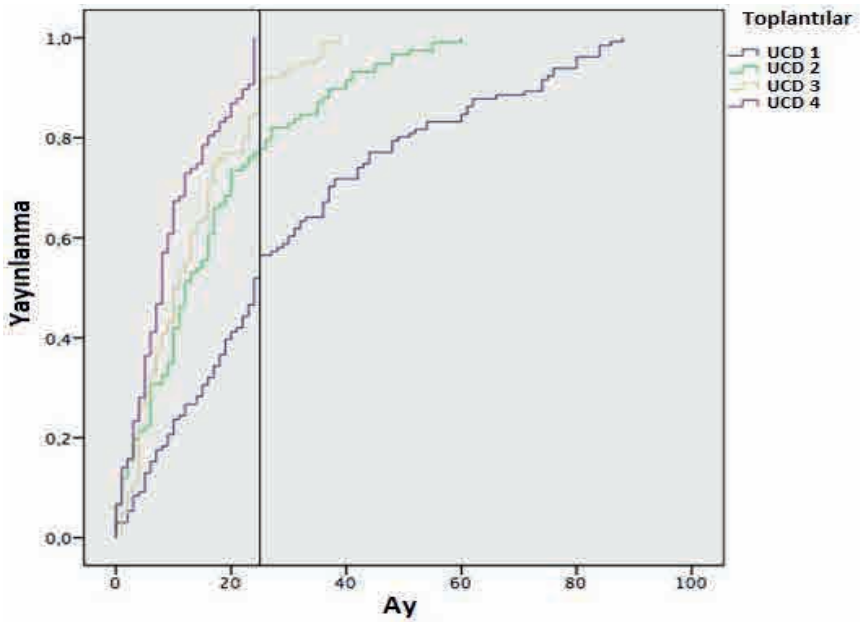
BULGULAR

UCD1, UCD2, UCD3 ve UCD4 sırasıyla 96, 72, 48 ve 24 aylık bir takip süresine sahipti. UCD1, UCD2, UCD3 ve UCD4 deki bildirilerin süre sınırı olmadan bir bilimsel dergide yayınlanma oranları sırasıyla %31.6, %19.9, %13.8 ve %14.1 idi. Süre sınırı olarak ilk iki yıla bakıldığında ise yayınlanma oranları ise sırasıyla %18.8, %16.3, %12 ve %14,1'di. Çalışmamızda en uzun izlem olan UCD1 dâhil tüm yayınların yarısından fazlasının ilk iki yıl içinde olduğunu gözlemledik. İlk iki yıldaki yayın oranının, daha kaliteli bir gösterge olacağı düşünüldü. Bu yüzden formülümüzü daha tutarlı yapmak için bildirilerin yayınlanma oranı hesabında süre sınırı olarak ilk 24 ay sınırını koyduk. UCD1, UCD2, UCD3 ve UCD4 deki bildirilerin medyan yayın süreleri 23 (-2--88), 11 (-2--60), 10.5 (-2--39) ve 7 (-2--24) ay olarak bulundu. UCD1, UCD2, UCD3 ve UCD4 de bulunup daha sonrasında bir dergide yayınlanmış bildirilerin, ilk 24 ay içinde yayınlanma oranları sırasıyla %59.3, %81, %86 ve %100 olarak bulundu. Yayınlanma eğrileri Tablo 1'de verilmiştir. UCD4 toplantısında konuşmacıların ortalama H-endeksi 13.6±11.5, bildirilerin yayınlandıkları dergilerin ortalama impact faktörü 2.029±0.84, bildirilerin 24 aylık süre içinde yayınlanma oranı %14.1 idi. Önerdiğimiz formülle UCD4 toplantısının kalite faktörü 4.22 { [(14.1x2.029)+13.6] / 10 = 4.22 } olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ

Önerdiğimiz kalite faktörünün hesaplanması kolay olup, bilimsel toplantıların kalitesini değerlendirmek için objektif olarak kullanılabilir. Ancak öncelikli hedefimiz bu formülü geliştirmek yerine dikkatleri bu yöne çekmektir. Kongrelerin kalitesini gösteren standart bir hesaplama aracına ihtiyaç olduğunu düşünüyoruz. Bu aracın, hekimlere zamanlarını, enerjilerini ve finansal kaynaklarını yönetmelerinde yardımcı olacağına inanıyoruz.

Tablo 1: Dört UCD kongresi için yayın eğrileri.



SS-16

ÜROLOJİK CERRAHİ DERNEĞİ'NİN İLK 4 TOPLANTISINDA SUNULAN BİLDİRİLERİN YAYINLANMA SÜRELERİ VE ORANLARI

MESUT ALTAN(1) ALP KISIKLI(1) KADİR EMRE BALTACI(1) PERVİZ SHAHSUVARLI(1) ALİ CANSU BOZACI(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Bu çalışma, Ürolojik Cerrahi Derneği'nin ilk 4 toplantısında sunulmuş çalışmaların yayınlanma oranları ve sürelerini belirleme amacı taşımaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

1 Ocak 2012 ve 1 Ocak 2021 arasındaki dernek toplantıları neticesinde yayınlanan dört kitapçık incelenmiş, yazarların bildirilerinin yayınlanma oranı PubMed, Web of Science, Scorpus ve Google Scholar veri tabanları incelenerek analiz edilmiştir. Yayın süresi, dernek toplantısı ile bildirinin veri tabanı web sitesinde yayınlanma tarihi arasındaki süre olarak tanımlanmıştır.

BULGULAR

1,436 makale özeti incelenmiş ve yayınlanma oranı, toplantı sırasına göre, %50,7, %33,4, %28,2, %26,9; ortalama yayınlanma oranı ise %33,4 olarak bulunmuştur. Toplantıdan sonraki ilk 2 yılda yayınlanma oranları sırasıyla %27,6, %25,8, %24,2, %26,9; ortalama yayınlanma oranı ise %26 olarak saptanmıştır. Median yayınlanma süresi, kongrelere göre prospektif hesaplandığında 22(-2-88), 12 (-2-60), 10 (-2-39), 7 (-2-24) ay olarak bulunmuştur. İlk 3 kongredeki çalışmalar incelenerek, toplantı sonrasındaki ilk 2 yılda yayınlanmanın toplam sürede yayınlanmaya oranı sırasıyla %54,3, %77,3, %85,5 olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ

ÜCD toplantılarında sunulan bildirilerin yayınlanma oranları giderek artmakta ve bu yayınların yarısından fazlası ilk 2 yıl içerisinde olmaktadır; ki bu toplantının kalitesi açısından bir indikatör olarak kullanılabilir.

Table 1. Publication rates

Parameters	1st MSUST	2nd MSUST	3rd MSUST	4th MSUST
Overall publication	138 (50.7%)	119 (33.4%)	106 (28.2%)	116 (26.9%)
Follow up, month	96	72	48	24
Indexed publication	86 (31.6%)	71 (19.9%)	52 (13.8%)	61 (14.1%)
International publication	19 (7%)	12 (3.4%)	20 (5.3%)	17 (3.9%)
Turkish publication	33 (12.1%)	36 (10.1%)	34 (9%)	38 (8.8%)

Table 3. Publication rates according to presentation type, study type and study center

Parameters		Total abstracts	Publications
Presentation type	Oral presentation	494	183 (37%)
	Poster presentation	794	276 (34.8%)
	Poster	148	20 (13.5%)
Study type	Prospective	212	101 (47.6%)
	Retrospective	912	280 (30.7%)
	Laboratory	74	50 (67.6%)
	Case report	238	48 (20.2%)
Center of study	University	765	233 (30.5%)
	Multicenter	228	106 (46.5%)
	Training and research hospital	334	116 (23.3%)
	Public hospital	69	10 (14.5%)
	Private hospital	40	14 (35%)

Table 4. Abstract and publication rates by subspecialty

Subspecialty	In abstract	In publication	Rate of publication/ abstract
Andrology	12%	16%	45.7% (85/186)
Pediatric urology	11%	12%	37.6% (62/165)
Transplantation	2%	3%	35.9% (14/39)
Continence	17%	16%	32.1% (85/265)
Urooncology	35%	32%	31.1% (171/549)
Endourology	23%	21%	31.8% (113/355)

SS-17

SEKONDER ÜRETRA DARLIKLARINDA REDO ÜRETROPLASTİ SONUÇLARIMIZ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

ALPER ŞİMŞEK(1) SALİH BÜTÜN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) SİNAN ÇELEN(1) YUSUF ÖZLÜLERDEN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ

Sekonder üretra darlıklarında uyguladığımız redo üretroplasti serisinin sonuçlarının sunulması.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya travmatik ve non-travmatik sebeplere bağlı üretroplasti operasyonu geçirip tekrar üretral darlık gelişen ve tarafımızca 2017 ile 2021 yılları arasında redo üretroplasti yapılan 35 hasta dahil edildi. Opere edilen hastaların tüm verileri prospektif olarak kaydedildi ve retrospektif olarak değerlendirildi. Toplanan verilerde hasta yaşı, darlık etiyolojisi, önceki tedaviler, postoperatif maksimum akış hızı, ameliyat öncesi ve sonrası erektil fonksiyon, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar kaydedildi ve yaşam kalitesi sorgulaması yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 46,6 (11-81) yıl, ortalama darlık uzunluğu 5,3 (1-17) santimetre idi. Çalışmadaki hastaların 8'inde hipopadias cerrahisi, 7'sinde travmaya bağlı pelvik kırık, 5'inde trafik kazasına bağlı üretral travma, 5'inde endoskopik işlem öyküsü, 4'ünde sonda takımı ve 1'inde liken planus mevcuttu. 5 hastada ise sebebi bilinmeyen darlık tespit edildi. Bu hastaların 13'üne anastomotik, 10'una tek bukkal mukoza greft, 7'sine çift aşamalı, 3'üne Asopa tekniği, 2'sine çift bukkal mukoza greft ile üretroplasti yapıldı. Önceden üretra cerrahisi geçiren hastalardan 4'ü daha önce tarafımızca opere edilen hastalardı. Hastaların ortalama açık cerrahi sayısı 1,86 (1-10) olarak hesaplandı, 15 (%42,9) hastanın da ortalama 2,26 (1-15) endoskopik girişim öyküsü mevcut idi. Preoperatif muayenede 7 (%20) hastanın suprapubik sistostomisi ve 3 (%8,6) hastanın ise üretral kateteri vardı.

Operasyon süresi ortalama 160 (135 -200) dakika olarak hesaplandı. Hastalarda perioperatif komplikasyon izlenmedi. Hastaların postoperatif 1. yıl kontrol üroflovmetrilerinde ortalama tepe akım hızı 16,6 (10-35) ml/sn olarak saptandı. Takip süresince 1 hastada nüks görüldü ve üretral dilatasyon yapıldı. Sonraki takiplerinde yeniden darlık oluşmadı.

Çalışmaya dahil olan 6 hastaya memnuniyet anketi yapılamadı. Anket yapılan hastalardan 26'sının (%89,9) ameliyattan memnun kaldığı, 3 hastanın ise ameliyattan memnun kalmadığı öğrenildi. Memnuniyetsizlik nedenleri; 2 hastada ereksiyon kaybı, 1 hastada ise tekrar endoskopik işlem geçirmek zorunda olması idi. Bukkal mukoza greft alınan 22 hastanın hiçbirinde ağız içi komplikasyon izlenmedi. Preoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında 29 hastanın cinsel işlev fonksiyonu iyi, 5 hastanın cinsel fonksiyonu kötü olarak değerlendirildi. 1 çocuk hastanın ise cinsel fonksiyon öyküsü alınmadı. Postoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında cinsel olarak aktif 29 hastanın 23'ünde (%79,3) cinsel fonksiyonda azalma izlenmedi.

SONUÇ

Sekonder üretra darlıklarında tecrübeli merkezlerde yapılan redo üretroplasti yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile hasta memnuniyeti yüksek olan bir cerrahi seçeneğidir.

SS-18

NÜKS VE HASTALIK ETİYOLOJİSİNİ DAHA İYİ ANLAMAK; ÜRETRA DARLIĞININ HİSTOPATOLOJİK ÖZELLİKLERİ

HİLMİ SARI(1) AHMET NİHAT KARAKOYUNLU(1) ALİHAN KOKURCAN(1) DEMET YILMAZER(1) FATİH YALÇINKAYA(1)

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Üretra darlıklarının patolojik özelliklerinin operasyon başarısı üzerine etkisini ve spesifik histolojik parametrelerin hastalık nüksü üzerinde etkili olup olmadığını incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM

2016 ve 2021 yılları arasında üretra darlığı nedenli opere edilen ve üretral spesmenleri patolojik inceleme için gönderilen 44 hasta çalışmaya alındı. Sonuçlar hasta/üretral striktür bilgisine sahip olmayan kör uzman bir patolog tarafından incelendi. Yaş, etyoloji, darlığın lokalizasyonu, patoloji sonuçları, hiperkeratinizasyon, squamöz metaplazi, ülserasyon, epitel kalınlaşması, inflamasyon şiddeti, inflamasyon tipi, kanama, vaskülarizasyon, kollajenizasyon ve operasyon başarısı incelendi. Histolojik parametreler için histolojik skorlama sistemi kullanıldı. Guruplar arasındaki farklı sonuçlar istatiksel olarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlendi.

BULGULAR

Travmatik nedenlerle gelişen üretra darlıklarında ülserasyon gözlenmedi. Operasyon öncesinde direk görüş altında optik üretrotomi (DVIU) yapılan hastalarda zayıf inflamatuar yanıtın ve lenfosit hakimiyetinin olduğu bir inflamasyon tipi görülmekteydi. Başarısız sonuçlanan operasyonlarda lenfosit hücrelerinin hakim olduğu inflamasyon tipi saptandı. Sonuçlar incelendiğinde patoloji sonuçları, hiperkeratinizasyon, squamöz metaplazi, ülserasyon, epitel kalınlaşması, kanama, vaskülarizasyon, kollajenizasyon ile operasyon başarısı arasında ilişki saptanmadı.

SONUÇ

Üretra darlığının histopatolojik parametrelerini incelediğimiz çalışmamızın en önemli bulgusu darlık dokusunda hastaların büyük çoğunluğunda vaskülarizasyonda azalma ve SM olmasıydı. Üretroplasti öncesinde yapılan DVIU'nin spongiyoz doku üzerindeki inflamatuar yanıtı olumsuz etkileyerek, darlık patofizyolojisini kronik bir sürece taşıdığı ve bunun sonucunda üretroplasti başarısını olumsuz etkilediğini düşünmekteyiz. Çalışmamız operasyon başarısını saptamak için yetersiz olsa da kontrollü randomize klinik çalışmalarla desteklenebilir sonuçlar elde ettiğimizi düşünüyoruz.

-	n: 44
YAŞ (ORTALAMA)	51±17
CİNSİYET	43k 1 e
İATROJENİK	21 (% 47,7)
İSKEMİK	1 (% 2,3)
TRAVMATİK	19 (% 43,2)
İDİOPATİK	3 (% 6,8)
NON TRANSECTİNG UC-UCA	11 (%25)
UC-UCA	33 (%75)
ÖNCESİNDE TUR-P	4 (% 9)
ÖNCESİNDE DVİU	31 (% 70,5)
ÖNCESİNDE ÇOKLU DVİU >1	18 (% 40,9)
ORTALAMA DARLIK UZUNLUĞU	2,4±1 CM
ORTALAMA TAKİP SÜRESİ	27,9±17 AY
REKÜRRENS	18 (% 40,9)

demografik veriler

SS-19

ERKEK RATLARIN BULBOSPONGİOZ VE İSCHİOCAVERNOSUS KASLARINA NÖROMUSKÜLER ELEKTRİKSEL STİMÜLASYON UYGULANMASININ EJAKÜLASYON SÜRESİNE ETKİSİ

SEZER ÇİZMECİ(1) ŞAKİR ONGÜN(1) AYBERK SARAÇ(2) EDA SEL(2) SERHAT TOZBURUN(3) NERGİZ DURMUS(2)

1. Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi,Üroloji Anabilim Dalı, Balıkesir
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Farmakoloji Anabilim Dalı,İ zmir
3. İzmir Uluslararası Biyotıp ve Genom Enstitüsü Genom Bilimleri ve Moleküler Biyoteknoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Nöromüsküler elektriksel stimülasyon (NMES), intramüsküler sinir dallarının aktivasyonu nedeniyle kas kasılmalarını tetiklemek amacıyla, kaslara bir dizi aralıklı uyaranın uygulanmasını içerir. Ritmik bulbospongiosus(BS) ve ischiocavernosus(ISC) kas kasılmalarının ejakülasyonun ekspulsiyon fazındaki rolünü göz önünde bulundurarak, bu kaslara nöromüsküler elektrik stimülasyonunu belirli frekans ve akım şiddetinde uygulayarak ejakülasyon parametreleri üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada Wistar-Albino cinsi toplam 24 adet erkek rat kullanıldı. Her bir grupta 8 rat olacak şekilde kontrol grubu, burst grubu ve tens grubu olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Ratlar operasyon aşamasında intraperitoneal (i.p) enjeksiyonla oluşturulan anestezi altında, hava yolu açıklığının sağlanması için trakea kataterizasyonu sonrası 3 cm'lik orta hat alt abdominal insizyonla batına girilerek seminal vezikül (SV) disseke edildi ve basınç ölçümü için 24 G intraket ile kanüle edilip sütür ile tespit edildi. Daha sonra perineal insizyon ile BS ve ISC kasları disseke edildi ve bu kaslara TensCare® Perfect TENS (transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu) cihazı ile akupunktur iğne elektrot kullanılarak 30 dk boyunca burst grubunda burst (patlayıcı) modunda 80 Hz frekansında, tens grubunda manuel modunda, 2Hz frekans ve 200 µs akım geçiş sürelerinde elektriksel stimülasyon uygulanırken, kontrol grubunda elektriksel stimülasyon uygulanmadı. Takiben 15 dk stabilizasyon süresi boyunca SV ve BS-ISC kas elektromiyografi (EMG) monitorizasyonu yapıldı. Daha sonra ise yapılan çalışmalarda medulla spinalis ve daha periferal düzeyde noradrenalin ve serotonin salınımı yoluyla ejakülasyona neden olduğu bilinen p-choloroamphetamine(PCA) i.p. verildi ve 30 dakika boyunca ejakülasyon süresi, SV bazal ve maksimum basınç değerleri, SV kontraksiyon sayısı, BS EMG aktiviteleri hesaplandı

BULGULAR

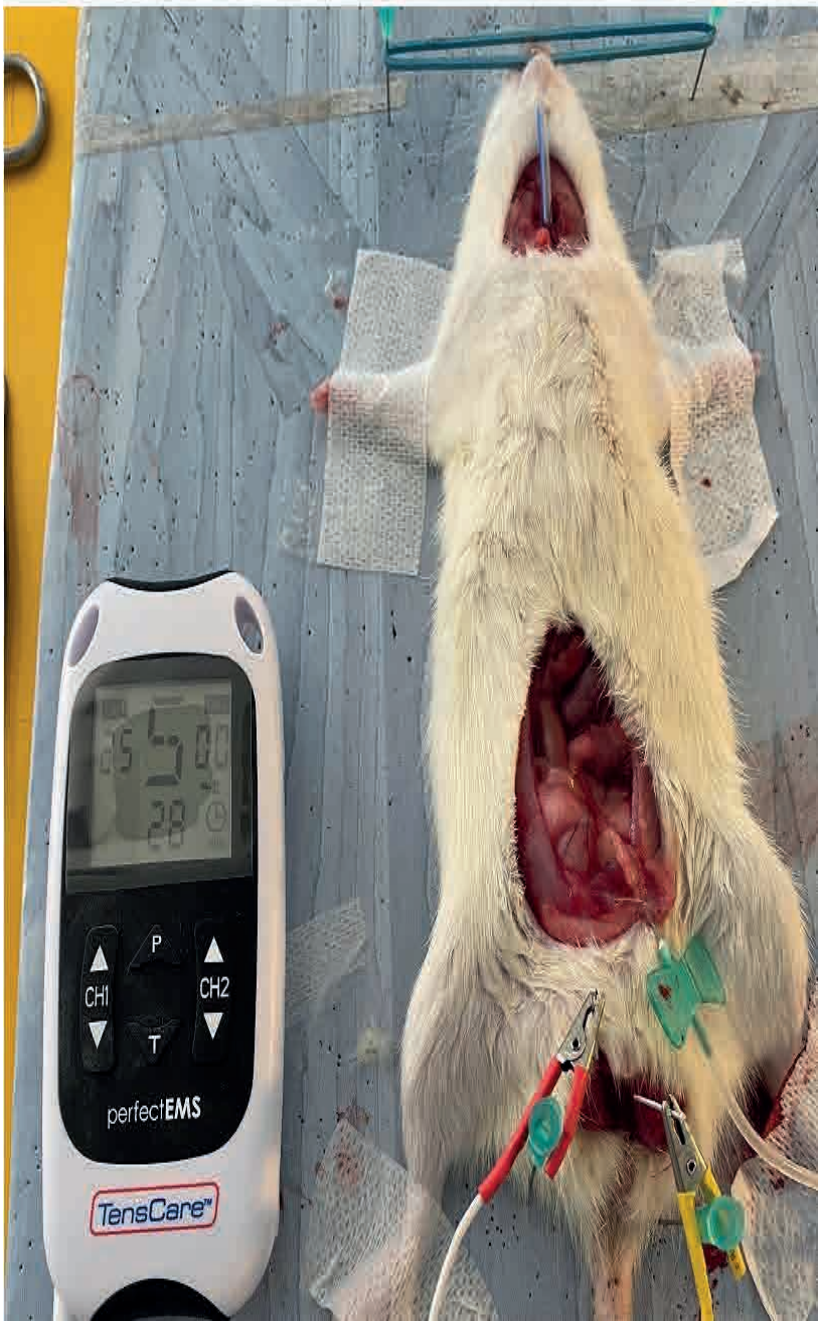
Operasyon sırasında kontrol grubunda durdurulamayan kanama sebebiyle hipovolemik şok ve ölüm gerçekleşti. Burst ve tens grubunda birer sıçanda ejakülasyon gerçekleşmediğinden çalışma toplam 21 sıçan üzerinden değerlendirildi. PCA uygulaması sonrası gözle görülür ilk ejakülasyona anına kadar geçen süre olarak değerlendirilen ejakülasyon sürelerinde anlamlı farklılık saptandı($p< 0.05$). Kontrol, burst ve tens grubunda sırasıyla 672±149,7 sn, 908±62 sn, 1344.71±105.9 sn olarak ölçüldü. Tens grubunda ejakülasyon süresinin kontrol ve burst grubuna göre istatiksel olarak anlamlı derece uzadığı saptandı (Figür-1).

SONUÇ

Sonuç olarak; erkek ratlarda uygulanan düşük frekanstaki (2 Hz)NMES'in ejakülasyon süresini önemli ölçüde uzattığı gösterilmiştir. NMES'in planlanan cinsel aktiviteden önce uygulanması ejakülatuar sürecin tamamlanması için gerekli ritmik kasılmaları subtetanik sürekli kasılmada tutarak engelleyebileceği ve prematür ejakülasyon şikayeti olan hastalarda ejakülasyon süresinin uzatılabileceği düşünülmektedir.

Gruplar	Kontrol	Burst	Tens	p değeri
Ejakülasyon süresi	672±149,7	908±62	1344.71±105.9	0.002
SV bazal basıncı(mm-Hg)	8±1.66	7.25±0.78	7.42±1.61	0.927
SV tonik basınç artışı(mm-Hg)	3.7±0.86	1.7±0.57	1.9±0.46	0.88
SV basınçlarının maximum değerleri(mm-Hg)	13.2±2.2	11.2±1.8	9.5±1.5	0.376
SV kontraksiyon sayısı	9±1.2	9.86±1.6	12.5±2.5	0.399
SV kasılmaları arasındaki interval(sn)	97.6±27.8	77.8±24.6	46.8±7.8	0.283
BS kas kontraksiyonu EMG aktiviteleri (Volt. saniye x 10-4)	4.1±0.98	17.5±6.5	12.6±3.4	0.113

Ejakülasyon süresi
1600
1400
1200
1000
800
600
400
200
0
Saniye
Grup
Kontrol
Burst
Tens


CH1
P
CH2
T
perfectEMS
TensCare™

SS-20

SIÇANLARDA PROSTAT HEDEFLİ PELVİK RADYOTERAPİ SONRASINDA EREKTİL DİSFONKSİYONUN VE KORPUS KAVERNOZUM DOKUSUNDA HİSTOLOJİK/BİYOKİMYASAL DEĞİŞİKLİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ:ÖN SONUÇLAR

GÜNAL ÖZGÜR(1), BESTE M. ATASOY(1), CANBERK TOMRUK(2), CANSIN ŞİRİN(2), BAHADIR ŞAHİN(1), HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(3), ALİ YAMAN(4), CEMİLE CEYLAN(5), ALPER ÖZKAN(5), DENİZ MUKADDES TÜRET(6), GONCAGÜL HAKLAR(1), YİĞİT UYANIKLIGİL(2), HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul
2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir
3. Özel İstanbul Medipol Hastanesi, İstanbul
4. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
5. Özel İstanbul Onkoloji Hastanesi, İstanbul
6. Marmara Üniversitesi Deney Hayvanları Merkezi, İstanbul

AMAÇ

Prostat kanseri erkeklerde en sık kanser olup tedavisinde radikal prostatektomi ve radyoterapi(RT) uygulanmaktadır. RT tedavide sık kullanılır ve RT sonrasında hastalarda zamanla erektil disfonksiyon (ED) gelişmektedir. Sıçanlarda prostat radyoterapisi sonrasında erektil fonksiyonlar ile korpus kavernozum dokusunda meydana gelen histolojik ve biyokimyasal değişiklikleri değerlendirdiğimiz çalışmamızın ön sonuçlarını açıklamaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM

10 haftalık Wistar Albino cinsi sıçanlar sekizer olmak üzere iki gruba ayrıldı. Sham(Sh) grubu sadece anestezi alıp RT grubuna anestezi altında BT çekimi yapılarak mesane, rektum, penis bulb konturlandı, prostat belirlendi. Prostata tek fraksiyonda 12 Gy RT uygulandı. 12 hafta sonra anestezi altında sıçanların internal karotid arteri ve korpus kavernozumu basınç ölümü için kanüle edilerek batın eksplorasyonu ile kavernoz sinire ulaşıldı. Erektil fonksiyonlarının değerlendirilmesi için kavernozal sinirin elektrostimülasyonu sonrasında intrakavernozal basınç (ICP) ölçümü ve eş zamanlı ortalama arteryal basınç ölümü (MAP) yapıldı. Elde edilen korpus kavernozum dokularında histolojik incelemeler ve homojenizat haline getirilerek ELİSA kitleri ile biyokimyasal ölçümler yapıldı.

BULGULAR

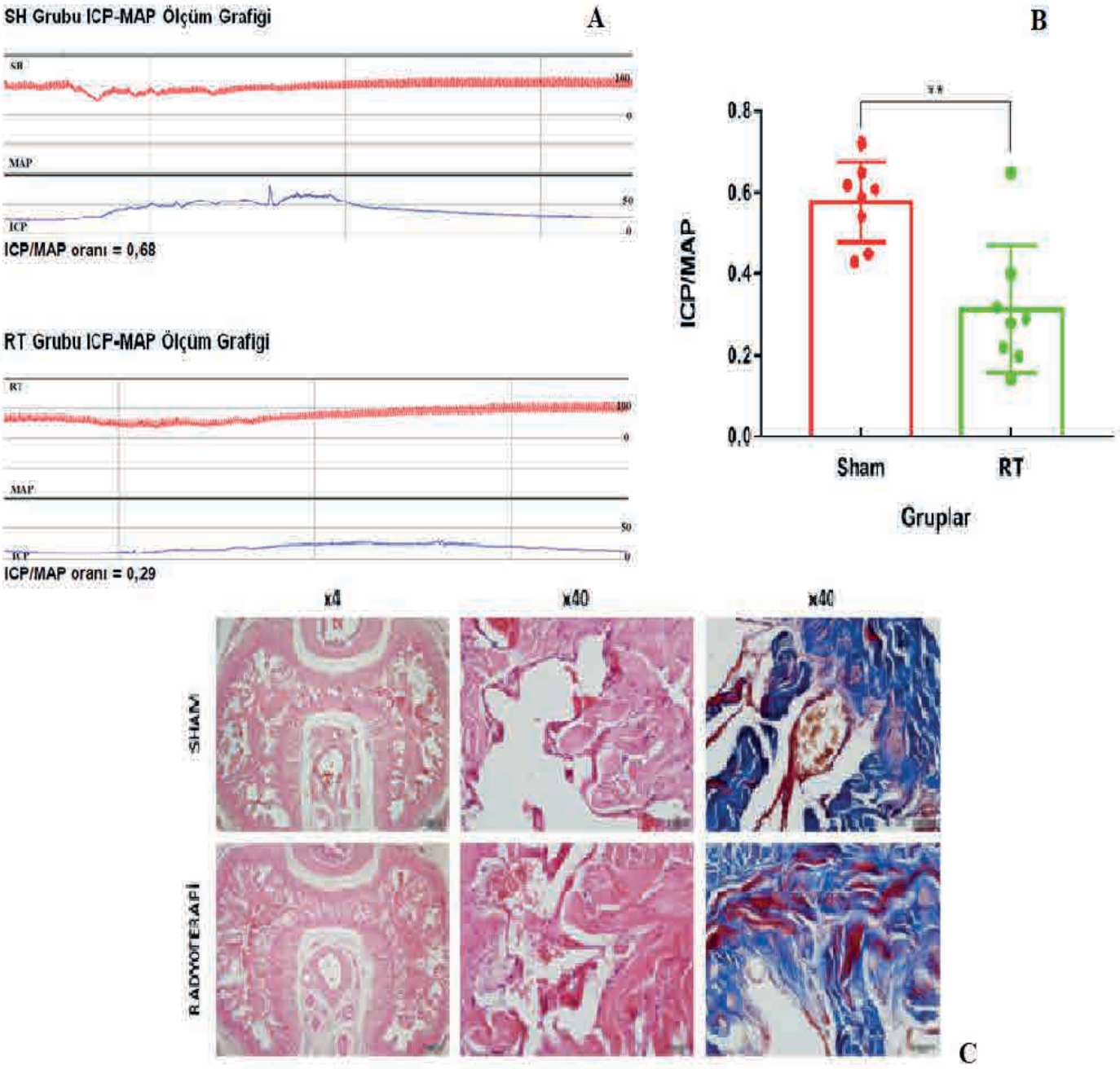
SH grubunda ICP/MAP değerleri 0,71-0,42 aralığında ölçüldü. Ortalama ICP/MAP değeri 0,58 (± 0,035) idi. RT grubunda sadece tek sıçanda en yüksek ICP/MAP değeri 0,64 ölçüldü. RT grubun diğerlerinin ICP/MAP değerleri 0,4-0,14 aralığında ölçüldü. Ortalama ICP/MAP değeri 0,31 (± 0,056) idi. Şekil 1A'da örnek ICP/MAP ölçüm örnekleri gösterilmiş olup iki grup arasında SH grubundaki sıçanlarda ICP/MAP ölçümlerinin istatistiksel anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı (p=0,0013). (Şekil1B)

Dokuların histolojik değerlendirilmesinde RT grubunda tunika albuginea'daki kolajen lif demetlerinin kaba ve dağınık olduğu görüldü. Fibroelastik kavernöz dokuda fibrotik alanlar dikkat çekici olarak saptandı. Kavernöz cisimlerin içini döşeyen endotel hücrelerinde hasarlanma olduğu saptandı. Diğer endoteliyal hücrelerde ödematöz değişiklikler olduğu görüldü. Elastik lif ve düz kaslardaki azalmaya karşılık artan kolajen miktarına bağlı olarak SH grubuna kıyasla düz kas/kolajen lif oranının bu grupta azaldığı görüldü. Fibrozise bağlı kavernöz sinüslerde daralma olduğu saptandı. (Şekil 1C)

Dokuların homojenizat haline getirelerek yapılan ELİSA ölçümlerinde RT alan sıçanların korpus kavernozum dokusunda total oksidan seviyelerinin arttığı, total antioksidan seviyelerinin azaldığı ve Glutatyon (GSH) seviyelerinin azaldığı ancak bu gruplar arasında ilk ölçümlerde istatistiksel anlamlı fark izlenmediği gözlenmiş ölçümler devam etmektedir.

SONUÇ

Sıçanlarda prostat hedefli pelvik RT alan grupta 12 haftada ICP/MAP ölçümlerinde belirgin azalma olduğu gözlenmiştir. RT'nin korpus kavernozumda endotelyal hücrelerde hasarlanma, düz kas/kolajen lif oranınında azalma ve fibrozis gibi etkileri histolojik olarak gözlenmiştir. Dokularda oksidan ve antioksidan düzeylerinde değişiklikler yaratabileceği gözlenmiştir. Ön sonuçlarını yayınladığımız çalışmamızda RT sonrasında gelişen ED gösterilmiş olup ek ölçüm ve boyamalarla ED patogenezi araştırılmaya devam edecektir.


SH Grubu ICP-MAP Ölçüm Grafigi
A
SH
MAP
ICP
100
0
50
0
ICP/MAP oranı = 0,68
RT Grubu ICP-MAP Ölçüm Grafigi
RT
MAP
ICP
100
0
50
0
ICP/MAP oranı = 0,29
B
**
ICP/MAP
0.8
0.6
0.4
0.2
0.0
Sham
RT
Gruplar
x4
x40
x40
SHAM
RADYOTERAPİ
C

SS-21

TEK DOZ FOSFOMİSİN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİDEN SONRA ENFEKSİYÖZ KOMPLİKASYONLARI ÖNLEYEBİLİR: PROSPEKTİF BİR ÇALIŞMA

FATİH GOKALP(1) DENİZ ABAT(2) ÖMER KORAŞ(1) EKREM YILDIRAK(3) HAKAN ŞIĞVA(1) BİLAL KULAK(1) FERHAT UÇURMAK(1) KHALED ALBABA(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay
2. İskernderun Devlet Hastanesi, Hatay
3. Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman

AMAÇ
Bu çalışmada retrograd intrarenal cerrahi öncesi standart sefalosporin kullanımına karşı tek doz Fosfomisinin enfeksiyöz komplikasyonlardan koruyucu etkisini göstermeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
2020-2021 yılları arasında retrograd intrarenal cerrahi uygulanan toplam 186 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar: grup 1(n=49), operasyondan 4-6 saat önce oral 3 g Fosfomisin trometamin dozu uygulanan hastalar; ve grup 2 (n=137): ameliyattan 30 dakika önce Sefalosporin ve ameliyattan 6 saat sonra ek doz alan hastalar olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR
Ortanca yaş ve taş boyutu sefalosporin grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p=0.006 ve p=0.008). Postoperatif ateş ve postoperatifüriner sistem enfeksiyon açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p=0.408 ve p=0.438). Ayrıca hiçbir hastada sepsis gelişmedi ve her iki grupta da herhangi bir ilaca bağlı yan etki görülmedi. Preoperatif üriner sistem enfeksiyonu ve önceki Ekstrakorporeal Şok Dalgası litotripsisibağımsız risk faktörleriydi ve postoperatif enfeksiyöz komplikasyonları artırdığı saptandı (sırasıyla O.R. 2.929 %95 CI 0.723, p<0.001, ve O.R. 2.860 %95 CI 0.985, p=0.004)).

SONUÇ
RIRS sonrası gelişen enfeksiyon hala önemli komplikasyonlardan biridir ve preoperatif ürinersistem enfeksiyonupostoperatifenfeksiyon için bağımsız bir risk faktörüdür. Fosfomisin monoterapisi enfeksiyon komplikasyonu önlemede ve preoperatif kültür pozitif olan hastalarda etkilidir.

SS-22

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ SONRASI ERKEN DÖNEM ATEŞ VE İDRAR YOLU ENFEKSİYONUNU ÖNGÖREBİLİR MİYİZ? RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBU SONUÇLARI

MURAT AKGÜL(1) OKTAY ÖZMAN(2) CEM BAŞATAÇ(3) HAKAN ÇAKIR(4) ÖNDER ÇINAR (5) MEHMET FATİH ŞAHİN(1) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(6) KEREM TEKE(7) CENK MURAT YAZICI(1) EYÜP BURAK SANCAK(8) HALUK AKPINAR(3) BÜLENT ÖNAL(6)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ
2. Gaziosmanpaşa Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul
3. Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul
4. Acıbadem Fulya Hastanesi, İstanbul
5. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak
6. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
7. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli
8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çanakkale

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) sonrası cerrahlar için en can sıkıcı ve istenmeyen durumların başında erken dönem post-operatif ateş ve idrar yolu enfeksiyonu (İYE) gelir. RIRC sonrası gelişen İYE hızlı bir şekilde sepsise ilerleyebilir. Post-operatif ateş ve İYE gelişmemesi için idrar kültüründe üreme olan hiçbir hastaya RIRC önerilmemektedir. Ancak bazı hastalarda idrar kültürü steril olsa bile post-operatif İYE gelişebilir. Bu tür hastaları öngörmek son derece önemlidir. Bu çalışmanın amacı, RIRS sonrası gelişen ateş ve İYE'yi öngören faktörleri araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Proksimal üreter taşı ve/veya böbrek taşı nedeniyle RIRC yapılan 1091 hastanın demografik verileri, pre-op/per-op/post-op verileri ve pre-op/post-op hematolojik parametreleri incelendi. İdrar kültürü steril olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Post-op ateş; RIRC sonrası 72 saat içerisinde 38 ° C ateş olarak tanımlandı. Hastalar ameliyat sonrası ateş ve İYE olan ve olmayan olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik verileri, pre-op/peri-op bulguları ve inflamatuvar indeksleri retrospektif olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

RIRC uygulanan 1091 hastanın 63'ünde (%5,8) ateş ve İYE görüldü. Pre-op ve per-op bulguların postop ateş / İYE oluşmasını öngörme ile ilişkisi incelendiğinde; cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), pre-op ESL uygulanması, pre-op DJ stent varlığı, taş hacmi, pre-op hidronefroz varlığı ile post-operatif ateş / İYE arasında ilişki gözlenmedi. Ancak, Charlson komorbidite indeks yüksekliği, pre-op kreatinin yüksekliği, taş lokasyonu, operasyon süresinin uzaması, erişim kılıfı kullanılmaması, SATAVA ve Clavien skor yükseklikleri post-operatif ateş / İYE öngörmede anlamlı bulundu (Tablo 1). Hematolojik / idrar parametrelerinin ve inflamatuvar indekslerin postop ateş/ İYE oluşmasını öngörme ile ilişkisi incelendiğinde; pre-op TİT eritrosit pozitifliği, SII (PxN/L), Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR), Platelet/Lenfosit Oranı (PLR) yüksekliği ve RDW / Platelet Oranı düşüklüğü post-operatif ateş / İYE öngörmede anlamlı bulundu (Tablo 2).

SONUÇ

İdrar kültürü steril olan hastalarda pratik olarak değerlendirmesi kolay hematolojik indeksler; SII (PxN/L), Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR), Platelet/Lenfosit Oranı (PLR) yüksekliği ve RDW / Platelet Oran düşüklüğü RIRC sonrası ateş ve erken dönem enfeksiyonu öngörmede yardımcı olabilir.

	Postoperatif Ateş / İYE		
	Var (n=63)	Yok (n=1028)	p değeri
Yaş	51,1±16,7	49,5±13,9	0,474
Cinsiyet			
Erkek	35 (%55,6)	582 (56,6%)	0,873
Kadın	28 (%44,4)	446 (43,4%)	
Vücut Kitle İndeksi	27,0±4,7	27,5±4,7	0,470
Pre-op ESL			
Var	17 (27%)	384 (37,4%)	0,106
Yok	46 (73%)	644 (62,6%)	
Pre-op DJS			
Var	28 (44,4%)	342 (33,3%)	0,078
Yok	35 (55,6%)	686 (66,7%)	
Charlson komorbidite indeksi			
0-2	31 (49,2%)	670 (65,2%)	**0,013**
≥3	32 (50,8%)	358 (34,8%)	
Pre-op kreatinin (mg/dL)	1,00±0,37	0,94±0,35	**0,044**
Taş Hacmi (mm^3)	1202,3±1216,3	1233,3±1904,2	0,386
Hidronefroz			
Var	21 (33,3%)	414 (40,3%)	0,288
Yok	42 (66,7%)	614 (59,7%)	
Taş Lokasyonu			
Üst Pol	6	20	
Orta Pol	3	58	
Alt Pol	8	118	**0,030**
Pelvis	14	230	
Üst Üreter	12	236	
Multipl	20	366	
Operasyon Süresi-dk	77,9±34,6	68,4±28,9	**0,024**
Erişim Kılıfı			
Yok	17	40	
9,5-11,5 Fr	2	0	
10-12 Fr	31	826	**0,001**
11-13 Fr	11	162	
12-14 Fr	2	0	
SATAVA Skoru			
0	54	916	**0,022**
1	7	111	
2	3	0	
3	0	1	
Clavien Skoru			
0	0	976	
1	13	2	
2	39	22	**0,001**
3	0	28	
4	11	0	

Tablo 1. Pre-operatif ve per-operatif bulguların postoperatif ateş/ İYE öngörme ile ilişkisi

	Postoperatif Ateş / İYE		
	Var (n=63)	Yok (n=1028)	p değeri
Pre-op Hemoglobin	13,15±1,86	13,53±1,69	0,076
Pre-op TİT Lökosit Pozitifliği			
Var	41 (%65)	556 (%54)	0,054
Yok	22 (%35)	472 (%46)	
Pre-op TİT Eritrosit Negatifliği			
Var	22 (%35)	492 (%48)	**0,049**
Yok	41 (%65)	536 (%52)	
SII (PxN/L)	821,4±913,5	606,9±894,8	**0,001**
Nötrofil/Lenfosit Oranı (NLR)	3,1±3,4	2,3±2,6	**0,002**
Platelet/Lenfosit Oranı (PLR)	12,7±12,9	10,0±11,1	**0,001**
Lenfosit/Monosit Oranı (LMR)	0,33±0,23	0,26±0,16	0,272
Platelet/Ortalama Platelet Hacmi	31,88±13,14	30,30±9,68	0,797
RDW / Platelet Oranı	0,05±0,02	0,06±0,07	**0,012**

Tablo 2. Pre-operatif hematolojik / idrar parametrelerinin ve inflamatuvar indekslerin postoperatif ateş/ İYE öngörme ile ilişkisi

SS-23

ALT POL TAŞLARINDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİNİN ETKİNLİĞİ: DİSPOSABLE FLEKSİBL ÜRETERORENOSKOP MU, REUSABLE FLEKSİBL ÜRETERORENOSKOP MU?

YUNUS EMRE GÖGER(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(2) MUZAFFER TANSEL KILINÇ(2) HAKAN HAKKI TAŞKAPU(1) ESRA GÖGER(2) ARİF AYDIN(1) MEHMET GİRAY SÖNMEZ(1) GİRAY KARALEZLİ(1)

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya
2. Konya Şehir Hastanesi, Konya

AMAÇ

Bu çalışmanın birincil amacı, alt pol böbrek taşı hastalığının tedavisinde tekrar kullanılabilir ve tek kullanımlık fleksible üreterorenoskop (fURS) etkinliğinin karşılaştırılmasıdır. Ayrıca bu çalışmanın ikincil amacı, alt pol taşlarında taşsızlık oranlarını (SFR) etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

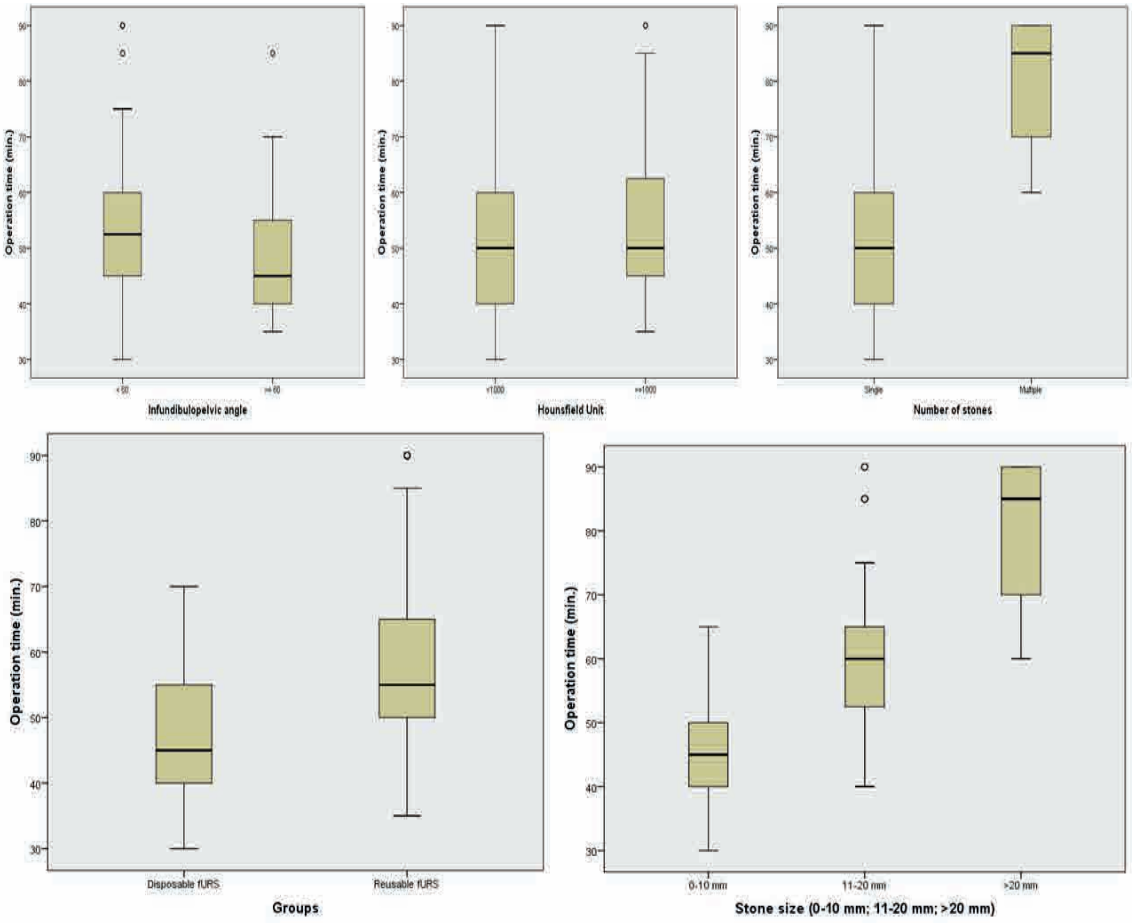
Ardışık 122 üreteroskopik vakanın verilerini kullanan ileriye dönük bir vaka-kontrol çalışması. Hastalar cerrahi girişimde kullanılan üreterorenoskopa göre tek kullanımlık fURS (Grup1, n:52) ve tekrar kullanılabilir fURS (Grup 2, n:70) olarak iki gruba ayrıldı. Demografik özellikler, taş boyutu, infundibulopelvik açı (IPA), SFR, hastanede kalış süresi, intraoperatif komplikasyon oranı (CR), ameliyat süresi, ameliyat öncesi veya sonrası JJ stentleme ve ameliyat sonrası CR analiz edildi.

BULGULAR

Gruplar arasında demografik ve böbrek taşı ile ilgili veriler arasında istatistiksel fark yoktu. Aynı şekilde floroskopi süresi, CR ve hastanede kalış süresi gibi intraoperatif ve postoperatif sonuçlar açısından da gruplar arasında fark görülmedi. Tek kullanımlık fURS grubunda SFR daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak fark yoktu. Ancak tekrar kullanılabilir fURS Grubunda ameliyat süresi daha uzundu (Grup 1'de 47,02±9,91 dk, Grup 2'de 57,97±14,28 idi (p:0,001). Operasyon süresine etki eden faktörleri değerlendirmek için çok değişkenli regresyon analizi sonucu; tek kullanımlık fURS kullanımı, işlem süresinde 10.95 dakikalık bir azalma ile ilişkilendirildi (p< 0.001).

SONUÇ

Tek kullanımlık fURS ve tekrar kullanılabilir fURS, alt kaliks taşlarının RIRS ile tedavisinde benzer klinik etkinlik ve komplikasyon oranlarına sahiptir. Yine de tek kullanımlık fURS, daha kısa ameliyat süresi gibi avantajları nedeniyle artan taş hacmi için faydalı bir tedavi seçeneğidir.



SS-24

ERKEK ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARINDA NON-İNVAZİV TANI METODLARININ DEĞERLERNDİRİLMESİ

İSMAİL EMRE ERGİN(1) HÜSEYİN SAYGIN(1) AYDEMİR ASDEMİR(1) ESAT KORĞALI(1) ABUZER ÖZTÜRK(1) ARSLAN FATİH VELİBEYOĞLU(1)

1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas

AMAÇ

Mesane çıkım tıkanıklığının tespiti günümüzde altın standart olarak basınç-akım çalışması ile yapılmaktadır fakat bu tetkikin invazif bir işlem olmasının yanı sıra spesifik ekipman ve deneyimli personel gerektirmesi ve hastaya kaygı verici bir tetkik olması yaygın kullanımını sınırlamaktadır.Günümüzde çeşitli non-invazif tetkikler mevcut olup bunlar üzerindeki çalışmaların arayışı devam etmektedir. AÜSS değerlendirilmesinde dünya çapında birçok dile çevrilmiş olan IPSS anket formu kullanılır; fakat kullanımındaki zorluklar nedeni ile VPSS, IPSS' e bir alternatif olarak geliştirilmiş kolay doldurulabilir ve pratik bir ankettir. Çalışmamızda IPSS ve VPSS' nin korelasyonunu ve VPSS' nin obstrüksiyonu öngörmedeki başarılarını tespit etmeyi amaçlamaktayız. Biz bu çalışmada IPSS, VPSS, IPP, mesane duvar kalınlığı, prostat hacmi, üroflow gibi non-invazif tanısal parametrelerin Mesane Çıkım Tıkanıklığı (MÇT) 'nın tespitindeki önemini tespit etmeyi amaçlamaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM

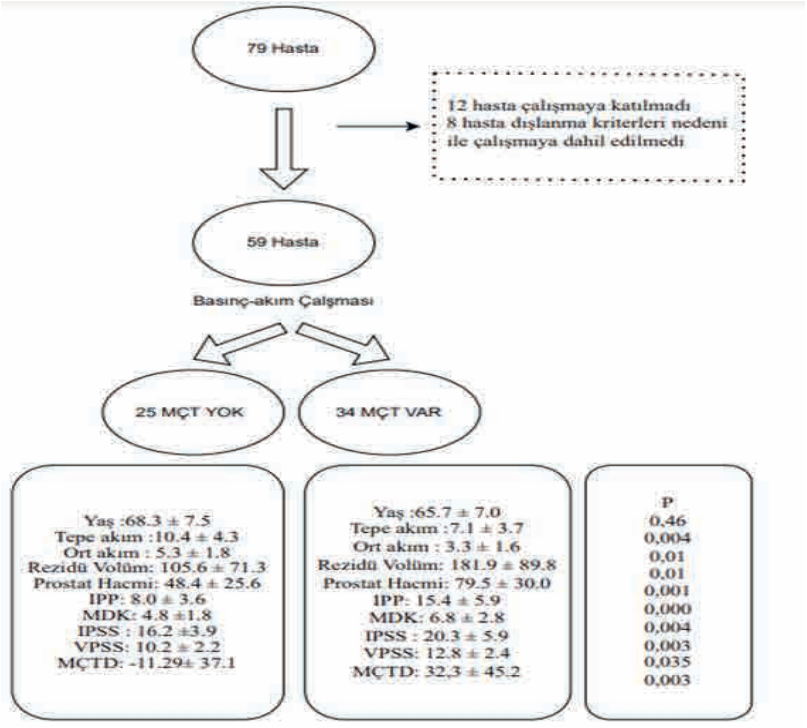
Çalışmaya polikliniğimize AÜSS ile başvuran erkek hastalar yazılı onamları alınarak dahil edildi. Hastaların IPSS ve VPSS anketlerindeki toplam skorları, yaşam kalitesi skorları, dolum ve boşaltım semptom skorları kaydedildi. Hastaların prostat hacimleri, mesane duvar kalınlıkları ve intravezikal prostatik protrüzyon (IPP) mesafeleri, serbest akım üroflow çalışmaları ile tepe akım (Qmax), işenen hacim parametreleri kaydedildi, işeme sonrası rezidü hacimleri ölçüldü. Ürodinamik çalışmaları yapıldı. MÇTİ skorunun 40 ve üzeri hastalar obstrukte, altında olan hastalar non-obstrükte kabul edildi. Non-invazif, obstrüksiyonu öngörme parametresi olan (Mesane Çıkım Tıkanıklık Değeri) MÇTD skorları hesaplandı ve; -20 nin altı non-obstrükte, -20 nin üstü obstrükte olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya 59 hasta dahil edildi. Obstrükte ve non-obstrükte grup arasında Prostat volümü, IPP, MDK, Tepe akım, MÇTD, IPSS ve VPSS parametrelerinde anlamlı farklılık mevcuttu. Non-invazif tanısal metodların obstrükte hastayı öngörmesinde yapılan ROC analizinde eğri altında kalan alanlar sırasıyla; IPP >Tepe Akım > P. Volüm > MDK > Rezidü Hacim MÇTİ parametresi ile prostat hacmi, IPP, MDK, IPSS, VPSS, rezidü volüm ve MÇTD ile pozitif yönde, tepe akımı ile negatif yönde anlamlı olarak korele idi. IPSS ve VPSS skorlarının dolum ve boşaltım septom skorları kendi aralarında anlamlı korele idi. Non-invazif verilerle yapılan regresyon analizinde MÇT'nı öngören en iyi iki parametre ile bir formülizasyon bulunmuştur [= 0,333•(IPP)-0,358•(Tepe Akımı)]. Formül sonucu 1.5 'dan büyük ise 'obstrüksiyon var', küçük ise 'obstrüksiyon yok' olarak değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Çalışmamızda araştırmaya katılan Prostat volümü, IPP, MDK, tepe akım, IPSS ve VPSS parametrelerinin iki grup arasında anlamlı farklılık göstermesi ve obstrüksiyonun şiddeti ile korelasyon göstermesi tanıda kullanılabiliecek non-invazif teknikler olduğu gösterilmiştir. VPSS 'nin, IPSS'e göre daha yüksek p değerine sahip olması ve ROC analizinde eğri altında kalan alanının daha düşük olması VPSS'nin IPSS kadar güçlü olmasa da obstrüksiyonu ve obstrüksiyonun şiddetini öngörmede yardımcı, kolay doldurulabilir bir ankettir.



SS-25

AŞIRI AKTİF MESANE HASTALARINDA BETA 3 AGONİSTİ VE ANTİKOLİNERJİK KOMBİNASYON TEDAVİSİ İLE BETA 3 AGONİSTİ MONOTERAPİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MEHMET VEYSEL TUNCER(1) MERYEM HAN GÖKDEMİR(1) YEKTA BIÇAK(1) ÇAĞDAŞ DİKMEN(2) LEZGİN KIRAN(1) ABDULLAH GEDİK(1)

1. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır
2. Dicle Üniverstiesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır

AMAÇ
Aşırı aktif mesane sendromu, altta yatan metabolik ya da patolojik bir durum olmadan, sık idrara çıkma hissinin olduğu, idrar kaçırma olsun ya da olmasın, artmış idrara çıkma sıklığı ve noktürinin de sıklıkla eşlik ettiği, tedavisinde konservatif, medikal ve cerrahi yöntemlerin uygulandığı bir hastalıktır. Farmakoterapi seçenekleri temel olarak antimuskarinikleri ve beta-3 adrenoreseptör agonisti olan mirabegronu içerir. Çalışmalar, 12 haftalık kombinasyon tedavisinin, monoterapi ile karşılaştırıldığında güvenlik profili üzerinde önemli bir etki olmaksızın iyileştirilmiş etkinliğe yol açtığını göstermiştir. Çalışmamızın amacı mirabegron ve solifenasin kombinasyon tedavisi düzenlenen aşırı aktif mesane tanılı hastaların mirabegron maksimum etkinlik gösterdiği 4-8 haftalık süre sonrasında bir grup hastada kombine tedaviyle devam ederken diğer grup hastada sadece mirabegron tedavisi sonrası semptomlardaki değişiklikleri saptamak ve karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Şubat 2020 – Kasım 2021 tarihleri arasında Üroloji Polikliniği'ne başvuran Aşırı Aktif Mesane tanılı toplam 50 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar 2 grupta incelendi. Bir grup (Grup 1 n=25) 3 ay 5 mg solifenasin ve 50 mg mirabegron kombine tedavi kullanımı sonrası 3 ay sadece 50 mg mirabegron monoterapisi aldı. Diğer grup (Grup 2 n=25) 6 ay süresince 5 mg solifenasin ve 50 mg mirabegron kombine tedavisine devam etti. Her iki grup, hastaların OAB-V8 ve ICIQ-SF değerlendirme formları ile değerlendirilip karşılaştırıldı.

BULGULAR
Grup 2' de değerlendirilen hastaların OAB-V8 ve ICIQ-SF anket formu skorlarının 6 aylık takip sonucunda giderek azalması, kombine-terapinin etkinliğini gösterdi. Grup 1 ve Grup 2' deki hastaların ilk başvuru esnasındaki OAB-V8 anket skorundan 6.aydaki ve 3.aydaki OAB-V8 anket skoru çıkarıldı ve her iki grupta skor farkları karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Yine aynı grup hastalar ilk başvuru anındaki ICIQ-SF anket formu skorundan 6.ay ve 3.aydaki skorları çıkarıldı ve her iki grupta skor farkları karşılaştırıldı. İstatistiksel anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Skor farklarında iki grubunda 6 ay sonunda benzer skor farklılıkları gösterdiği ve her iki grubun etkinliğinin benzer olduğunu gösterdi.

SONUÇ
Aşırı aktif mesane sendromu tedavisinde ilk basamak tedavilerin başarısız olduğu durumlarda farmakoterapi önerilmektedir. Hastalara antimuskarinik, beta 3 agonistler veya kombinasyon (Antimuskarinik + Beta 3 agonist) tedavisi önerilmektedir.

Çalışmamızda karşılaştırılan iki grup hastanın 6. ay değerlendirilmesi sonucunda her 2 grup arasında anlamlı fark bulunmadı. Antimuskarinik ilaç kullanımına bağlı gelişebilecek yan etkiler ve buna bağlı olarak hastaların tedaviye uyumu açısından kombinasyon tedavisi başlanan hast mirabegronun maksimum etkinliği sonrasında sadece mirabegron monoterapisine geçilmesi tedavinin etkinliğini değiştirmediği ortaya konmuştur.

Özetle çalışmamızın sonucuna göre; mirabegron maksimum etkinliğine ulaştıktan sonra, etkisinin kombineterapi ile benzer olduğu ve yan etkisinin plaseboyla benzer olması nedeniyle antimuskarinik ilaçların alternatifi olabileceği gösterilmiştir.

SS-26

MAKİNE ÖĞRENMESİ MODELLERİYLE KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ OLASILIĞINI ÖNGÖRMEK

ÖMER ÖNDER(1) MÜJDAT AYVA(1) VOLKAN GÜRLER(1) AYNUR AZİZOVA(1) BATUHAN BAKIRARAR(2) M. SERTAÇ YAZICI(1) BÜLENT AKDOĞAN(1) ALİ DEVRİM KARAOSMANOĞLU(1) MUŞTURAY KARÇAALTINCABA(1) MUSTAFA NASUH ÖZMEN(1) DENİZ AKATA(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ
Bu çalışmada, klinik ve radyolojik verileri kullanan çeşitli makine öğrenmesi algoritmalarıyla klinik anlamlı prostat kanseri (ISUP >= 2) olasılığını öngörmek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Etik kurul onayının alınmasını takiben, Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde Mayıs 2014-Temmuz 2021 tarihleri arasında prostat kanseri şüphesiyle multiparametrik prostat MRG yapılan erişkin hastaların klinik, biyokimyasal, radyolojik ve histopatolojik verileri toplanmıştır.

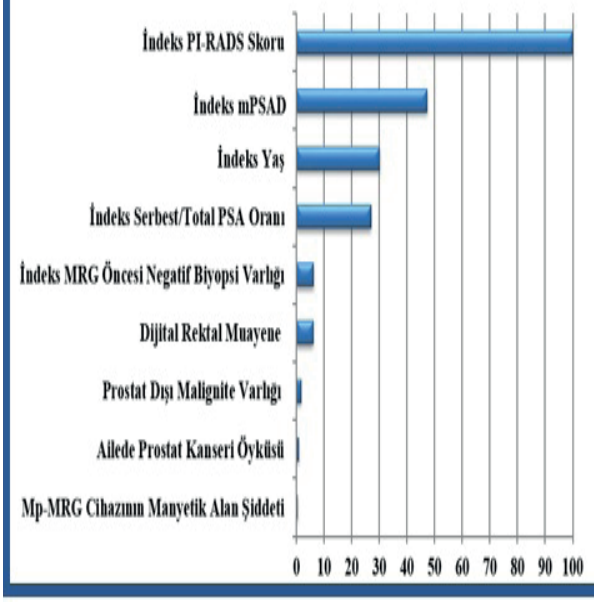
Dışlama kriterleri:
1- İndeks MRG'den önce prostat kanseri tanısı almış hastalar.
2- Nihai histopatolojik tanısı olmayanlar.
3- İndeks MRG ile biyopsi arasındaki süre 1 yılı aşan ve biyopsiyle prostat kanseri tanısı alanlar.

Dahil edilen 826 vakayla veri seti oluşturuldu. Veri setindeki her bir değişkenin klinik anlamlı prostat kanseri (ISUP >= 2) olasılığını öngörmedeki katkısı Gain Ratio ve Information Gain yöntemleriyle hesaplandı. En çok katkı sağlayan 7 değişken analizlere dahil edildi (Figür 1a). Makine öğrenmesi sınıflama modelleri olarak Lojistik Regresyon (LR), Naive Bayes (NB), Çok Katmanlı Algılayıcı (ÇKA), Destek Vektör Makinesi (DVM) ve J48 yöntemleri kullanıldı. LR, NB ve DVM yöntemleri kombine edilerek Hibrit Model oluşturuldu. Veri seti 10 kat çapraz geçerlilik kullanılarak test edildi. Tüm analizler R programlama dili kullanılarak yapıldı ve bu programlama dili içindeki RWeka ve e101 paketlerinden yararlanıldı.

BULGULAR
Ortalama yaş 62,77± 7.97 (41 – 85) idi. 826 vakanın 249'u (%30,1), ISUP >= 2 prostat kanseri tanısı almıştı (Fig. 1b). Klinik anlamlı kanser olasılığına en çok etki eden iki değişken PI-RADS skoru ve mPSAD (MR'daki prostat hacmi kullanılarak hesaplanan PSA dansitesi) idi (Fig. 1c). Tanısal ölçütler dikkate alındığında, tüm makine öğrenmesi modelleri arasında en iyi sonuçlara, %97 özgüllük, %88,2 negatif prediktif değer (NPD), %91,1 pozitif prediktif değer (PPD) ve %89,9 sınıflama doğruluğu ile Hibrit Model ulaştı (Fig. 1d). PI-RADS v2 sistemiyle karşılaştırıldığında, tüm modellerin NPD'leri düşük ancak PPD'leri yüksek olarak bulundu (Fig. 1e).

SONUÇ
Makine öğrenmesi modelleri klinik anlamlı prostat kanseri olasılığını öngörmede umut vadetmektedir. Bu modellerle PI-RADS v2 sisteminin halihazırda yüksek olan NPD'si büyük ölçüde korunurken, PPD'si kayda değer ölçüde yükseltilebilir. Bu sayede yalancı pozitiflikler azaltılarak, gereksiz biyopsilerin önüne geçilebilir.

A. Information Gain Yöntemine Göre Değişken Önemi



B. Dahil edilen vakaların radyo-patolojik çapraz tablosu

	İndeks PI-RADS skoru			
	1-2	3	4	5
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Non-neoplastik	72 (81.8)	164 (70.4)	153 (46.4)	47 (26.8)
ISUP=1 prostat kanseri	12 (13.6)	50 (21.5)	57 (17.2)	22 (12.6)
ISUP ≥2 prostat kanseri	4 (4.6)	19 (8.1)	120 (36.4)	106 (60.6)
Toplam	88	233	330	175

C. PI-RADS v2 + mPSAD Kombinasyonu

	PIRADSv2 grupları ISUP≥2 vaka sayısı / Alt gruptaki toplam vaka sayısı, (ISUP≥2 vaka yüzdesi %)			
mPSAD aralıkları	PI-RADS 1-2	PI-RADS 3	PI-RADS 4	PI-RADS 5
<0,15 ng/mL^2	1 / 61, (%2)	6 / 152, (%4)	51 / 188, (%27)	19 / 54, (%35)
0,15-0,24 ng/mL^2	2 / 23, (%9)	5 / 49, (%10)	30 / 80, (%38)	26 / 46, (%57)
0,25-0,34 ng/mL^2		5 / 19, (%26)	19 / 34, (%56)	19 / 28, (%68)
>0,34 ng/mL^2	1 / 4, (%25)	3 / 13, (%23)	20 / 28, (%71)	42 / 47, (%89)

D. Makine Öğrenmesi Performans Ölçütleri

Yöntemler	Kategoriler	Performans Ölçütleri				
		DSO	F-ölçütü	MCC	PRC Area	ROC Area
Lojistik Regresyon	Negatif	0,880	0,855	0,488	0,920	0,832
	Pozitif	0,586	0,629	0,488	0,640	0,832
	Genel	0,792	0,787	0,488	0,835	0,832
Naive Bayes	Negatif	0,872	0,844	0,444	0,921	0,831
	Pozitif	0,550	0,596	0,444	0,638	0,831
	Genel	0,775	0,769	0,444	0,836	0,831
Çok Katmanlı Algılayıcı	Negatif	0,816	0,834	0,475	0,899	0,802
	Pozitif	0,671	0,640	0,475	0,569	0,802
	Genel	0,772	0,775	0,475	0,800	0,802
Destek Vektör Makinesi	Negatif	0,887	0,852	0,464	0,806	0,717
	Pozitif	0,546	0,604	0,464	0,506	0,717
	Genel	0,785	0,777	0,464	0,715	0,717
J48	Negatif	0,834	0,835	0,455	0,859	0,776
	Pozitif	0,622	0,620	0,455	0,543	0,776
	Genel	0,770	0,770	0,455	0,764	0,776
Hibrit Model	Negatif	0,971	0,924	0,728	0,968	0,886
	Pozitif	0,699	0,791	0,728	0,647	0,886
	Genel	0,889	0,884	0,728	0,871	0,886

DSO: Doğru Sınıflama Oranı, MCC: Matthews Korelasyon Katsayısı, PRC: Precision Recall Eğrisi

E. Makine öğrenmesi modelleri ile PI-RADS v2'nin karşılaştırması

	Tanısal performans ölçütleri	
	Pozitif Prediktif Değer (PPD)	Negatif Prediktif Değer (NPD)
Lojistik Regresyon	%67,9	%83,1
Naive Bayes	%64,9	%81,9
Çok Katmanlı Algılayıcı	%61,2	%85,2
Destek Vektör Makinesi	%67,7	%81,9
J48 Modeli	%61,8	%83,7
Hibrit Model	%91,1	%88,2
PI-RADS v2 (1-2 vs. ≥3)	%33,2	%95,5
PI-RADS v2 (1-2-3 vs. ≥4)	%44,8	%92,8

SS-27

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖNCESİ YAPILAN PROSTAT MR VE GA-68 PSMA PET/BT GÖRÜNTÜLEMELERİ LOKAL-İLERİ HASTALIĞI ÖNGÖREBİLİR Mİ?

BURAK ÇITAMAK(1) ALİ TEKİN(1)

1. Acıbadem Üniversitesi Atakent Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Prostat kanseri nedeniyle robot yardımlı radikal prostatektomi yapılan hastalarda preoperatif yapılan Ga-68 PSMA PET/BT ve prostat MR görüntülemelerinin patoloji sonuçları ile ilişkisini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

2019-2022 yılları arasında prostat kanseri nedeniyle robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi yapılan verileri tam 51 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik bilgileri, biyopsi, muayene bulguları, preoperatif PSA, görüntülemeleri ve cerrahi sonrası patolojik verileri kaydedildi. Prostat MR lokal hastalık, Ga-68 PSMA PET/BT görüntülemesi lenf nodu metastazı ve lokal ileri hastalık taraması amaçlı kullanıldı. Hastaların risk sınıflaması D'amico risk sınıflamasına göre yapıldı. Veriler SPSS 21 ile analiz edildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 63,53 ± 6,3 (50-79) yıl, ortalama preoperatif PSA 10,96 ± 6,84(2,6-33)ng/ml olarak bulunurken, 18 hasta (%35,3) düşük risk, 19 hasta (%37,3) orta risk, 14 hasta (%27,4) yüksek risk grubundaydı. 22 hastaya (%43,1) genişletilmiş pelvik lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Ortalama çıkarılan lenf nodu 22± 7 (13-39) olarak bulundu. 5 hastada (%9,8) cerrahi sınır pozitif bulunurken, 14 hastada (%27,5) ekstrakapsüler uzanım mevcuttu. 40 hastaya (%78,4) prostat MR çekilirken, 37 hastaya (%72,5) preoperatif Ga-68 PET/BT çekilmişti. 26 hastaya (%51) hem PET/BT hem de MR çekilmişti. Çekilen Ga-68 PSMA PET/BT'nin çıkan patoloji ile uyumu %86,5 (32/37) olarak bulunurken, prostat MR'ın patoloji ile uyumu %95 (38/40) olarak saptandı.

Düşük riskli hastalarda PET/BT istenme oranı %28'de kalırken orta riskli de %94,7; yüksek riskli grupta %100 olarak bulundu. Düşük riskli hastalarda MR tüm hastalarda istenirken orta riskli hastalarda %73,7, yüksek riskli hastalarda %50 oranında istenmiştir. Düşük riskli hastalarda PET/BT istenme oranı %28'de kalırken orta riskli grupta %94,7, yüksek riskli grupta %100 olarak bulundu.

MR'ın lokal hastalığı öngörmede sensitivitesi %80 spesifitesi %97,1 olarak bulunurken Ga-68 PET/BT'nin lenf nodu metastazını öngörmedeki sensitivitesi %40, spesifitesi %88,2 olarak bulundu.

SONUÇ

Tedavi planlaması ve evrelemesinde kullanılan MR ve PSMA PET/BT yol gösterici görüntüleme yöntemleridir. Prostat kapsülü ve seminal vezikül tutulumu için prostat MR daha güvenilir bir yöntem iken Ga-68 PSMA PET/BT lenf nodu metastazını öngörmede daha etkilidir. Ancak her iki görüntüleme yönteminin de yanlış pozitiflikler ve negatifler vereceğini göz önünde bulundurmak gerekir.

-	Risk sınıflaması	_	__
Görüntüleme	Düşük	Orta	Yüksek
MR (n=16)	13(%72)	1(%5,3)	0(%0)
PET/BT(n=11)	0(%0)	4(%21)	7(%50)
MR+PET/BT(n=24)	5(%28)	14(%73,7)	7(%50)

Risk sınıflandırma ve görüntüleme yöntemlerinin karşılaştırılması

SS-28

TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU YAPILAN PSA 10 NG/ML'DEN KÜÇÜK OLGULARDA İNSİDENTAL PROSTAT KANSERİ SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

MEHMED EMİN KAYACAN(1) VOLKAN ŞEN(1) MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) BORA İRER(2) OZAN BOZKURT(1) AHMET ADİL ESEN(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir
2. İzmir Büyükşehir Belediyesi Eşrefpaşa Hastanesi, İzmir

AMAÇ
Çalışmamızda transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) sonrası patoloji sonucu prostat kanseri olarak saptanan hastaları ve olası risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamıza Kasım 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında PSA değeri 10 ng/ml'nin altında olan ve alt üriner sistem semptomları nedeniyle TUR-P yapılan hastalar dahil edildi. Preoperatif değerlendirilmelerinde PSA 2.5 ng/ml' nin üzerinde olan ve/veya mpMR sonucu PİRADS 4-5 lezyon saptanan ya da rektal tuşede nodül ya da sertlik saptanan hastalara öncesinde transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi yapıldı ve patolojisi benign olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, rektal tuşe bulguları, ameliyat verileri ve laboratuvar değerleri retrospektif olarak kaydedildi. Hastalar prostat kanseri (+) ve prostat kanseri (-) olmak üzere iki gruba ayrıldı ve gruplar karşılaştırıldı.

BULGULAR
Çalışmaya toplamda 128 hasta dahil edildi ve bu hastaların 16' sında (%12.5) prostat kanseri saptandı. Prostat kanseri (+) ve (-) olan hastaların verileri karşılaştırıldığında; hastalar arasında sigara-alkol kullanımı, vücut kitle indeksleri, serbest/total PSA oranları, PSA dansitesi, prostat volümleri ve preoperatif inflamasyon belirteçleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1). Prostat kanseri saptanan hastaların yaş ortalamaları ve preoperatif kreatinin değerleri saptanmayan hastalara göre anlamlı derecede daha yüksekti (73,1 ± 6,2 vs 68 ± 8,9; 1,2 ± 0,7 vs 0,9 ± 0,2). Hangi yaş üzerindeki hastalarda prostat kanseri saptanma olasılığının daha fazla olduğunu saptamak amacıyla yaptığımız ROC eğrisi analizi sonucu; AUC değeri 0,679 (%95 CI: 0,565-0,792) ve kesme değeri 70.5 yaş olarak hesaplandı ve bu değerin üstündeki değerler prostat adenokarsinomu hastalarını tahmin etmede anlamlı bulundu (p=0.021). İleri yaşın prostat adenokarsinomu saptanmasındaki duyarlılığı %68.8 ve özgüllüğü %61.6 olarak bulundu. Hangi kreatinin değeri üzerindeki hastalarda prostat kanseri saptanma olasılığının daha fazla olduğunu saptamak amacıyla yaptığımız ROC eğrisi analizi sonucu; AUC değeri 0,668 (%95 CI: 0,514-0,822) ve kesme değeri 0.985 mg/dl olarak hesaplandı ve bu değerin üstündeki değerler prostat adenokarsinomu hastalarını tahmin etmede anlamlı bulundu (p=0.030). Hesaplanan kreatinin değeri üzerinde prostat adenokarsinomu saptanmasındaki duyarlılık %68.8 ve özgüllük %67.9 olarak bulundu. ROC eğrisi analizi sonuçlarına göre yaş ve kreatinin kesme değerleri kullanılarak TUR-P patolojisinde prostat adenokarsinomu saptanan ve saptanmayan hastaların karşılaştırılması Tablo 2 de verilmiştir.

SONUÇ
Günümüzde her ne kadar TUR-P öncesinde PSA yüksekliği nedeni ile ya da rektal tuşede nodül ya da sertlik saptanması nedeni ile prostat kanseri olasılığını dışlamak amaçlı prostat biyopsisi yapılsa da literatürde TUR-P patolojilerinde %7 - %15 oranında insidental prostat kanseri saptanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda hasta yaşının yüksek olması ve prostat volümünün küçük olması prostat kanseri için olası risk faktörleri olarak saptanmıştır. Çalışmamızda da ileri yaş ve kreatinin yüksekliğinin prostat kanseri açısından risk faktörü olarak saptanmıştır.

Tablo 1. TUR-P yapılan hastalarda patolojisi prostat kanseri saptanan ve saptanmayan hastaların demografik ve preoperatif verilerinin karşılaştırılması

	Prostat kanseri (-) (n=112)	Prostat kanseri (+) (n=16)	p Değeri
Sigara (n,%)			0,776
Yok	34 (26,6)	4 (3,1)	
Var	78 (60,9)	12 (9,4)	
Alkol (n,%)			0,085
Yok	106 (82,8)	13 (10,2)	
Var	6 (4,7)	3 (2,3)	
AUR (n,%)			0,205
Yok	88 (68,8)	10 (7,8)	
Var	24 (18,8)	6 (4,7)	
KBY (n,%)			-
Yok	110 (85,9)	16 (12,5)	
Var	2 (1,6)	0 (0)	
RT Kıvamı (n,%)			0,085
Benign	106 (82,8)	13 (10,2)	
Sert	6 (4,7)	3 (2,3)	
RT Nodül (n,%)			0,493
Yok	108 (84,4)	15 (11,7)	
Var	4 (3,1)	1 (0,8)	
Alfa bloker kullanımı (n,%)			0,792
Yok	55 (42,9)	7 (5,4)	
Var	57 (44,5)	9 (7,2)	
Dutasterid kullanımı (n,%)			0,706
Yok	96 (75)	13 (10,1)	
Var	16 (12,5)	3 (2,4)	
RT Grade (n,%)			0,785
Grade 1	21 (16,4)	2 (1,6)	
Grade 2	82 (64)	13 (10,1)	
Grade 3	9 (7,1)	1 (0,8)	
Yaş (mean±SD)	68 ± 8,9	73,1 ± 6,2	0,021
BMI (mean±SD)	26,8 ± 3,5	26,5 ± 4,1	0,604
PSA (mean±SD)	3,3 ± 2,4	3,5 ± 2,9	0,931
f/t PSA (mean±SD)	0,29 ± 0,1	0,37 ± 0,25	0,809
Prostat Volüm (mean±SD)	71,1± 33,9	73,2 ± 37,6	0,905
PSA Dansitesi (mean±SD)	0,05 ± 0,03	0,05 ± 0,05	0,775
Neu / Lym (mean±SD)	2,9 ± 1,5	3,2 ± 1,3	0,253
Plt / Lym (mean±SD)	167,6 ± 97,4	187,1 ± 74,6	0,115
Mon / Lym (mean±SD)	0,35 ± 0,17	0,39 ± 0,11	0,058
Preop Kreatinin (mean±SD)	0,9 ± 0,2	1,2 ± 0,7	0,03

Tablo 2 : ROC eğrisi analizi sonuçlarına göre yaş ve kreatinin kesme değerleri kullanılarak TUR-P patolojisinde prostat adenokarsinomu saptanan ve saptanmayan hastaların karşılaştırılması

	Malign patoloji	Benign patoloji	P değeri
Yaş risk grup			0,021
Yüksek risk (>70,5 yaş)	11 (68,8)	43 (38,4)	
Düşük risk (<70,5 yaş)	5 (31,2)	69 (61,6)	
Kreatinin risk grup			0,004
Yüksek risk (>0,985)	11 (68,8)	36 (32,1)	
Düşük risk (<0,985)	5 (31,2)	76 (67,9)	

SS-29

FSH HORMONUNUN GENÇ SAĞLIKLI ERKEKLERDE GLİKOZ METABOLİZMASI ÜZERİNE ETKİSİ

BERK HAZİR(1) ANGEL ELENKOV(2) YVONNE LUNDBERG GİWERCMAN(1) ALEKSANDER GİWERCMAN (2)

1. Translasyonel Tıp Anabilim Dalı, Lund Üniversitesi, İsveç
2. Translasyonel Tıp Anabilim Dalı, Lund Üniversitesi, İsveç; Üreme Tıbbı Merkezi, Skåne Üniversitesi Hastanesi, Malmö, İsveç

AMAÇ
Folikül uyarıcı hormonun (FSH) gonad işlevi üzerinde önemli etkilere sahip olduğu bilinmektedir. Yüksek FSH seviyesinin ayrıca glikoz metabolizmasını etkileyen bir takım ekstragonadal etkilere sahip olduğu öne sürülmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM
On dokuz ile otuz iki yaşları arasında 63 erkekten daha önceden belirlenmiş üç farklı vizitte açlık kan örnekleri alındı (V1-V3). İlk kan örneğinin (V1) alınmasının hemen akabinde gonadotropin salıverici hormon (GnRH) antagonisti tüm deneklere uygulandı. Randomize edilmiş 16 erkeğe rekombinan FSH (rFSH) tedavisi (300 IU, 5 hafta boyunca haftada 3 kez) uygulanmış, kalan 47 hasta ise kontrol grubu olarak izlenmiştir. Birinci vizitten 3 hafta sonra tüm deneklerden ikinci kan örneği (V2) alınmış ve aynı zamanda tüm deneklere 1000mg testosteron undecanoate uygulanmıştır. Bu uygulamadan 2 hafta sonra üçüncü kan örneği (V3) alınmıştır. Alınan kan örneklerinde serum lipid, glikoz ve insülin seviyeleri ölçülmüş ve uzun dönem insülin direnci (HOMA-IR) ile trigliserid-glikoz indeksi (TyG) hesaplanmıştır. Her iki grup arasındaki metabolik belirteçler Mann-Whitney testi yardımıyla karşılaştırılmıştır.

BULGULAR
Çalışmamızda rFSH tedavisi alan erkeklerde serum FSH seviyelerinin V2 ve V3 noktalarında arttığı, kontrol grubunda ise sıfıra yakın olduğu gözlenmiştir. V2'de alınan kan örneğinde, rFSH uygulanmış grupta glikoz (medyan %104'e karşı %98, p=0,003) ve TyG seviyeleri (medyan %103'e karşı %99, p=0,011) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Fakat, testosteron uygulanması sonrası tüm metabolik belirteçlerin seviyeleri benzer bulunmuştur.

SONUÇ
Çalışmamızda farklar küçük olsa da testosteronun eksik olduğu ortamda yüksek FSH'in erkeklerde glikoz metabolizması üzerine olumsuz bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur.

SS-30

NON-OBSTRÜKTİF AZOOSPERMİLİ HASTALARDA MİKROSKOPİK TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONUNUN ERKEN DÖNEM ENDOKRİN FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ

MEHMET VEHBİ KAYRA(1) CEVAHİR ÖZER(1)

1. Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Merkezi, Adana

AMAÇ

Testiküler sperm ektraksiyonu (TESE) prosedürünün endokrin fonksiyonlarda geçici ve nadiren kalıcı bozulma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (1). Biz bu çalışmada, non-obstrüktif azoospermili hastalarda mikroskopik TESE'nin erken dönem endokrin fonksiyonlar üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2014- Haziran 2021 tarihleri arasında non-obstrüktif azoospermi nedeniyle mikroskopik TESE yapılan 510 hastanın sonuçları retrospektif olarak gözden geçirildi. Bu hastalarda yaş, infertilite süresi, testis hacimleri, varikoselektomi öyküsü, orşiopeksi öyküsü, inguinal herni onarımı öyküsü, TESE başarısı, histopatolojik değerlendirme sonuçları, TESE öncesi ve sonrası 3. ayda bakılan total testosteron, follikül stimüle edici hormon (FSH) ve lüteizan hormon (LH) düzeyleri değerlendirildi. TESE öncesi ve TESE işleminden sonraki 3. ayda hormonal değerlendirme sonuçları olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hormonal değerlendirme sonuçları eksik olanlar, TESE öncesi ve/veya sonrası hormonal tedavi verilen hastalar ve soliter testisli hastalar çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR

Araştırma kriterlerine uyan 115 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 32,9 ± 5,5, infertilite süresi 4,3 ± 3,6 yıl idi. Ortalama testis hacmi 9,5 ±6,0 mL idi. Operasyon öncesi median FSH düzeyi 22,4 (1,84-49,37) mIU/mL, LH düzeyi 8,95 (2,64-41,0) mIU/mL, testosteron düzeyi ise 3,82 (0,66-10,59) ng/mL idi. Operasyon sonrasında ise median FSH düzeyi 23,0 (0,5-99,18) mIU/mL, LH düzeyi 8,95 (2,64-41,0) mIU/mL ve testosteron düzeyi 3,34 (0,50-14,51) ng/mL idi. Operasyon sonrası dönemde FSH ve LH düzeyindeki değişiklikler istatiksel olarak anlamlı idi (sırasıyla; p= 0,047 ve p=0,003). Testosteron düzeyinde ise anlamlı düşüş görüldü (p=0.015). Testosteron düzeyindeki ile testis hacmi arasında istatiksel olarak anlamlı ilişki varken, FSH ve LH düzeyindeki değişim ile testis hacmi arasında anlam ilişki mevcut değildi (sırasıyla p=0,004, p=0,356, p=0,432). Genetik bozukluklardan sadece Klinefelter Sendromu olan hastalarda LH düzeyindeki değişim arasında anlamlı farklılık vardı (p=0,031). Diğer parametrelerin endokrin fonksiyonlara etkisi tespit edilmedi.

SONUÇ

Non-obstrüktif azoospermili hastalarda mikroskopik testiküler sperm ekstraksiyonu erken dönem endokrin fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Bu etki, testis hacmi ve Klinefelter sendromu varlığı ile ilişkili görünmektedir. Özellikle riskli hasta grubunda, endokrin fonksiyonlar erken dönemde değerlendirilmeli ve kötüleşme olan hastalar yakın takibe alınmalıdır.

SS-31

EJEKÜLAT SPERMİ İLE BAŞARISIZ İNTRASİTOPLAZMİK SPERM ENJEKSİYONU SONRASI TESTİKÜLER SPERM EKSTRAKSİYONU SPERMİ İLE İNTRASİTOPLAZMİK SPERM ENJEKSİYONU BAŞARILI OLABİLİR Mİ? RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) VOLKAN ŞEN(1) MÜGE KOVALI SEZER(2) ÖMER ERBİL DOĞAN(2) AYKUT KEFİ(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ
Çalışmamızda sadece spermatozoonun elde edildiği kaynağın gebelik sonuçlarına katkısını gösterebilmek ve hasta kaynaklı faktörleri dışlamak için aynı örneklemde ejekülattan elde edilen spermatozoon ile uygulanan başarısız intrasitoplazmik spermatozoa enjeksiyon (ejekülat- ICSI) işlemi sonrası mikro cerrahi yöntemle testiküler spermatozoa ekstraksiyonu (m-TESE) sonrası elde edilen spermatozoon kullanılarak uygulanan ICSI'nin canlı doğum üzerindeki etkisini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
2006 – 2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji polikliniğine başvurmuş erkek hastalar içerisinden OAT veya NOA tanısı almış, en az bir sefer başarısız sonuçlanmış ejekülat–ICSI öyküsü olan, kadın partner kaynaklı infertilitesi ekarte edilmiş primer infertil çiftler çalışmaya dahil edilmiştir. Çiftlerin erkek partnerlerine mikrocerrahi prensipler ile TESE uygulanarak elde edilen erişkin formda spermatozoalar ICSI için kullanılmıştır.

BULGULAR
Çalışmamızda ejekülattan elde edilen spermatozoon kullanılarak ICSI uygulanan grup ile m-TESE sonrası elde edilen spermatozoon kullanılarak ICSI uygulanan grup arasında ICSI öncesi semen analizindeki volüm, sayı (milyon/ml), total sayı, sperm motilitesi ve morfolojik olarak fark saptanmadı (p=0,054; 0,93; 0,62; 0,31; 0,58; sırasıyla). Başarısız ejekülat–ICSI sonrası m-TESE-ICSI sonucunda gebelik gelişen ve gelişmeyen gruplar arasında sosyodemografik veriler, fizik muayene bulguları ve hormonal parametrelerinin canlı doğum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkisi saptanmadı (p>0,05). Ejekülat-ICSI işlemi başarısız infertil çiftlere m-TESE-ICSI prosedürü ile infertil çiftlerin %35'inde canlı gebelik geliştiği tespit edildi. Çalışmamızdaki hastaların 24 (%60) 'ünde hareketli ve morfolojik olarak normal spermatozoa kullanılmış olmakla birlikte 14 (%58,3; n=24) 'ünde klinik gebelik geliştiği gözlendi. Hareketsiz ve/veya amorf saptanabilen spermatozoa kullanılarak uygulanan 16 (%40) ICSI sonucunda ise sadece bir (%6,25; n=16) çiftte klinik gebelik geliştiği saptandı. m-TESE ile elde edilen spermatozoadan hareketli ve morfolojik olarak normal olanların ICSI için kullanılmasının, hareketsiz ve amorf spermatozoanın kullanılmasına kıyasla gebelik gelişimi üzerine anlamlı etkisi olduğu saptandı (p=0,013; 0,001; sırasıyla).

SONUÇ
Hem hasta popülasyonunun çok spesifik ve dış etmenlere bağlı değişiklik gösterme potansiyeli minimalize edilmiş bir gruptan oluşması, hem de literatürde aynı örneklemde spermatozoanın elde edilme şeklinin fertiliteye ve canlı doğum üzerine etkilerini değerlendiren verilerin kısıtlı olması nedeniyle çalışmamızın bulguları önem arz etmektedir. İnfertil erkeklerden alınan hareketli ve morfolojik olarak normal spermatozoon ile uygulanan ICSI işlemleri, immotil veya amorf olarak saptanan spermatozoon ile uygulanan ICSI işlemlerine kıyasla canlı doğum oranları daha yüksektir. Daha öncesinde başarısız tedavi denemeleri olan infertil çiftlere m-TESE-ICSI uygulandığında %35 'inde canlı doğum gerçekleşebildiği çalışmamızda gösterilmiştir. Ejekülat–ICSI uygulamaları erkek partner için non-invaziv ve maliyet etkin olmakla birlikte başarısız siklus sonrası tekrarlayan ejekülat – ICSI denemeleri yerine m-TESE yapılarak ICSI uygulamaları infertil çiftlerin ebeveyn olmasına olanak tanımaktadır.

Tablo 1. m-TESE ile elde edilen spermatozoa kullanılarak uygulanan ICSI sonucunda gebelik elde edilen çiftler ile gebelik gelişmeyen çiftlerin verilerinin karşılaştırılması

Parametre	Gebelik (-) (n=25) (Ort ± SD)	Gebelik (+) (n=15) (Ort ± SD)	p Değeri
Yaş	36,0 ± 5,4	35,0 ± 4,9	*0,624*
Eş yaşı	31,9 ± 5,1	31,1 ± 5,1	*0,695*
Sigara kullanımı (%)			*0,509*
➢ Kullanmamış	11 (%44)	5 (%33,3)	
➢ Kullanıyor	12 (%48)	7 (%46,7)	
➢ Bırakmış	2 (%8)	3 (%20)	
Sigara (Paket/Yıl)	13,1 ± 9,1	10,2 ± 6,6	*0,472*
VKİ	27,3 ± 4,2	29,0 ± 4,5	*0,270*
Spermatozoa Sayı (milyon/ml)	0,3 ± 0,5	0,6 ± 0,8	*0,173*
FSH	14,2 ±12	9,5±8,2	*0,224*
LH	6,2 ± 4,4	4,5 ± 3,6	*0,194*
Östradiol	64,9 ±15,6	33,3 ± 10,1	*0,476*
Total testosteron	283,9 ±124,1	305,3 ± 116,1	*0,645*
ICSI'de kullanılan sperm morfolojisi			*0,001*
➢ Normal	10 (%40)	14 (%93,3)	
➢ Amorf	15 (%60)	1 (%6,7)	
ICSI'de kullanılan sperm motilitesi			*0,013*
➢ Hareketli	13 (%52)	14 (%93,3)	
➢ Hareketsiz	12 (%48)	1 (%6,7)	

SS-32

ÇOCUKLARDA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK CERRAHİDE DOCKİNG SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BÜLENT ÖNAL(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) DENİZ ABDULLAHOĞLU(1) UĞUR AFERİN(1) AHMET ERÖZENCİ(1)

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

AMAÇ

Robot yardımlı laparoskopik cerrahinin (RALS) tüm avantajlarına rağmen çocuklarda uygulanmasında fiziksel özelliklere bağlı olarak zorluklar yaşanabilir. Bu nedenle RALS'e uygun çocukları belirlemek için ölçümsel kriterler tanımlanmıştır. Kliniğimizde RALS uygulanacak hastaları bu kriterlere göre seçmemize rağmen, bazı çocuklarda docking'in teknik zorluk nedeni ile uzun sürdüğünü gözlemledik. Amacımız bilinen kriterler dışında hasta seçiminde faydalı olabilecek çocuklara ait özelliklerin belirlenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya 2018-2021 yılları arasında, iki anterior superior iliak spine arası mesafe> 13 cm ve puboksifoid mesafe>15 cm ölçülen ve RALS uygulanan çocuklar (0-18 yaş) dahil edildi. Prosedürler deneyimli tek cerrah yönetiminde Vinci SI robotik cerrahi sistem kullanılarak transperitoneal yolla gerçekleştirildi. Docking süresi trokar konumlarının planlanması, yerleştirilmesi ve robotik kolların yerleştirilmesi için geçen süre olarak tanımlandı. Gruplar docking süresine göre belirlendi (Grup 1<= 25 dakika, Grup 2> 25 dakika). Süre ile ilişkili olabilecek olası demografik (yaş, cinsiyet, kilo, boy), cerrahi özellikler (yöntem, trokar yerleşimi, ameliyat süresi, yatış süresi) ve komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR

Ortanca yaş 72,6 ay (10-204) olan 20 hastaya (E:K=2.3) RALS yapıldı. Uygulanan ürolojik cerrahiler piyeloplasti (n=11), üreteroneosistostomi (n=4), heminefrektomi (n=3), nefrektomi (n=1) ve divertikülektomidir (n=1). Docking süresi uzun olan çocukların daha küçük yaşa (p=0.006), kiloya (p=0.003) ve boya (p=0.001) sahip oldukları tespit edildi. Trokar yerleşim düzeninin docking ile ilişkisi saptanmadı (p=0.780). Ameliyat süresinin ise docking süresi uzun olan çocuklarda daha uzun (p=0.001) olduğu görüldü.

SONUÇ

Ürolojik cerrahi girişimler için RALS 1 yaşın altında dahi sorunsuz uygulanan bir yöntemdir. Dezavantaj olarak nitelendirilen uzun ameliyat süresi uygun hasta seçimi ile aşılabilir. Hastanın yaşı, boyu ve kilosu RALS kararı verilirken dikkate alınmalıdır.

Docking Süresi	<=25	>25	p
Hasta sayısı (n)	10	10	-
Yaş (ortalama; ay)	104.4 ±17.7	40.9 ±9.43	0.006
Kilo (ortalama; kg)	35.5±4.72	17.18±1.96	0.003
Uzunluk (ortalama; cm)	135.1±5.63	99.5±5.67	0.001
Ameliyat süresi	95±5.16	162±6.75	0.001
Hastanede yatış süresi (ortalama; gün)	2±0.2	2.5±0.26	0.163

Docking zamanını etkileyen faktörler

SS-33

ÇOCUK ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIKLARINDA TEDAVİ YÖNETİMİ ANKET SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLLU DEĞER(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) MERT HAMARAT(1) VOLKAN İZOL(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana

AMAÇ

Bu çalışmamızda çocuk üriner sistem taş hastalığına ürologların tedavi yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Pediatrik taş hastalarını 0-2, 2-6 ve 6-18 olmak üzere 3 yaş grubuna ayırdık. Bu grupları karşılaştırmak üzere EAU 2022 Kılavuzunu esas alarak 42 soruluk bir anket hazırladık ve bu anketi sosyal ağ üzerinden yurt içinde görev yapan ürologlara gönderdik.

BULGULAR

Anketimiz 5 profesör(%5,21), 19 doçent(%19,79), 11 öğretim üyesi(%11,46), 3 öğretim görevlisi(%3,13), 43 uzman(%48,96) ve 11(%11,46) asistan olmak üzere 96 ürolog tarafından değerlendirildi. Katılımcıların 38'i(%39,58) Üniversite Hastanesinde, 24'ü(%25) Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde, 17'si(%17,71) Devlet Hastanesinde, 17'si(%17,71) de Özel Sektörde görev yaptığı görüldü. 96 katılımcının 6'sı çocuk üroloji alanında yandal yaptığı görüldü. 0-2 yaş hastalarda SWL %35,42 oranında uygulanırken bu grupta unvana göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p:0,013). Bu yaş grubunda Mikro PNL %19,79 oranında uygulanırken unvana göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p:0,030). Yine bu yaş grubunda cerrahi uygulamayanların oranı %31,25 olarak görülürken unvana göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p:0,038). 2-6 yaş hastalarda SWL %36,46 oranında uygulanırken bu grupta unvana göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan yüksek düzeyde anlamlı fark bulundu (p:0,004). 6-18 yaş hastalarda SWL %58,33 oranında uygulanırken bu grupta unvana göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu (p:0,011). Aynı grupta mini PNL %65,63 oranında uygulanırken unvana göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan yüksek düzeyde anlamlı fark bulundu (p:0,002). Görev yapılan kuruma göre RIRS yöntemini 0-2 yaş (p:0,029) ve 2-6 yaş(p:0,049) gruplarında uygulanmasında istatiksel açıdan anlamlı fark görülürken 6-18 yaş(p:0,01) grubuna uygulanmasında yüksek düzeyde anlamlı fark görüldü. Staghorn böbrek taşlarında bu 3 yaş grubuna cerrahi tedavi uygulayanlar arasında unvana göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel açıdan yüksek düzeyde anlamlı fark görüldü (p:0,007). Görev yerine göre bakılan karşılaştırmada ise bu 3 grupta cerrahi uygulamanın oranlarının görev yerinden bağımsız olarak benzer olduğu istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görüldü (p:0,364). Günlük pratiğinde 13(%13,54) katılımcının metabolik tarama ya da taş analizi yapmadığı; 57(%59,37) katılımcının hem metabolik tarama hem de taş analizi yaptığı görüldü. Görev yerine göre yapılan karşılaştırmada özel sektör ve üniversite hastanelerinde taş analizi yapılma oranlarının daha yüksek olduğu ve de bunun istatistiksel açıdan yüksek düzeyde anlamlı fark yarattığı görüldü. (p:0,002)

Unvana ve görev yerine göre yapılan karşılaştırmada günlük pratikte metabolik tarama ve taş analizi prosedürlerin birlikte kullanımı arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı farklılık görüldü(p:0,0020,004)

SONUÇ

Bu çalışmamızda çocuk üriner sistem taş hastalarının tedavi yönetiminde anlamlı farlılıklar olduğu görüldü. Bu konuda yurt içi ve yurt dışı daha fazla katılımın olduğu geniş kapsamlı çalışmalar yapılması gerekmektedir.

SS-34

ÇOCUK RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİSİNDE PASİF DİLATASYON İHTİYACINI ÖNGÖREBİLİR MİYİZ? İKİ MERKEZLİ ÇALIŞMA

ONUR KAYGISIZ(1) HAKAN KILIÇARSLAN(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(2) LEVENT TURAN(1) MEHMET MESUT PİŞKİN(3)

1. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa
2. Konya Şehir Hastanesi, Konya
3. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

AMAÇ
Çocuk retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) sırasında yaklaşık yarısında üreterde darlık nedeniyle pasif dilatasyon amacıyla DJ stent takılmakta ve işlem ikinci seansa kalmaktadır. Bu çalışmada çocuk RIRS sırasında pasif dilatasyon gereken çocukları ameliyat öncesi tespit etmektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Çocuk RIRS'ta deneyimli iki merkezden 172 renal sistem çalışmaya alındı. Pasif dilatasyon amacı dışında planlı DJ stent takılan 20 renal sistem çalışma dışı kaldı. 152 renal sistemde çalışmada kaldı. RİRS öncesi DJ stent takılmayan renal istemler Grup 1'i, takılan renal sistemler Grup 2'yi oluşturdu. Grupların verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR
Çocukların ortalama yaşı 7.94± 5 yıl idi. Renal ünitelerin 81'ine (%53.3) işlem öncesi DJ stent takılmıştı. Gruplar arasında cinsiyet, taraf, taş boyutu, taş lokalizasyonu, multipl taş varlığı, hidronefroz derecesi açısından gruplar arasında fark yoktu. Ameliyat öncesi idrar yolu enfeksiyonu (İYE) olmayan hastaların %48.7'sinde işlem öncesi DJ stent uygulanırken, aynı oran İYE hikayesi olanlarda %66.7 idi (p=0.047). Aynı sistemde taşa müdahale hikayesi olmayanlarda RIRS öncesi DJ stent uygulama oranı %34.1 iken, bu oran müdahale hikayesi olanlarda %75.7 idi. Ortalama yaş Grup 1'de Grup 2 'ye göre anlamlı yüksek idi (Grup 1: 9.53± 5.1, Grup 2: 6.54± 4.6, p<0.001). ROC analizi ile yaş için eşik değer 7.5 yıl olarak belirlendi (0.669). Eşik yaşın altında RIRS öncesi DJ stent uygulanma oranı (52/78) %66.7 iken eşik yaş üstünde bu oran (29/74) %39.2 idi (p<0.001). Üç değişkenle yapılan lojistik regresyon testinde geçirilmiş idrar yolu enfeksiyonu RIRS öncesi DJ stent uygulaması ile ilişkisiz çıkarken taşa müdahale hikayesi olan olmayana göre 6.806 kat (3.148-14.714), p<0.001) ve 7 yaş ve altı olmak üstüne göre 3.605 kat (1.680- 7.736, p<0.001) RIRS öncesi DJ stent uygulama riskini arttırmaktadır.

SONUÇ
Daha önce aynı taraf taşa müdahale olması ve hastanın yaşının küçük olması(7 yaş ve altı) RIRS öncesi DJ stent takılma ihtimalini arttırmaktadır. Bu çocuklarda tedavi planı yaparken birden fazla anestezi ihtiyacının olduğu gözönünde bulundurularak tedavi planı yapmak uygun olacaktır.

		Logistik regresyon analizi		
		p-value	OR	95% CI
İYE hikayesi	Yok (ref)	**0.25**		
Taşa müdahale hikayesi	Yok (ref)	**<0.001**	6.806	3.148—14.714
Yaş	>7yaş (ref) ≤ 7 yaş	**<0.001**	3.605	1.680–7.736

SS-35

MESANE KANSERİNDE EVREYİ ÖNGÖRMEDE PREOPERATİF SİSTEMİK İMMÜN İNFLAMATUAR İNDEKSİN ROLÜ

MEHMET SERKAN ÖZKENT(1) MUZAFFER TANSEL KILINÇ(1) MUHAMMED YAŞAYACAK(1) YUNUS EMRE GÖGER(2)

1. Konya Şehir Hastanesi, Konya
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

AMAÇ
Sistemik immün-inflamatuar indek (SII) son zamanlarda pekçok kanserde prognozu öngörmede bir biyobelirteç olarak kullanılmaya başlanmıştır. Fakat, SII'nin mesane kanserindeki rolü belirsizliğini korumaktadır. Bu amaçla, mesane kanserli hastalarda preoperatif SII değerinin tümör evresini öngörmedeki etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Konya Şehir Hastanesinde Ağustos 2020 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-MT) yapılan 18 yaş üstü hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik veriler (yaş, cinsiyet vb), patoloji sonuçları, preoperatif nötrofil, lenfosit ve trombosit değerleri kaydedildi. Patolojisi Ta ve T1 gelen hastalar Grup 1, T2 ve üstündeki hastalar Grup 2 olarak sınıflandırıldı. Patoloji sonucu benign olan veya TUR-MT sırasında tümör izlenmeyen hastalar ise kontrol grubu olarak sınıflandırıldı. SII nötrofil/lenfosit oranının trombosit sayısı ile çarpılmasıyla hesaplanmıştır. Gruplar arasında SII arasındaki fark SPSS te analiz edilmiştir.

BULGULAR
Kliniğimizde bu tarihler arasında 483 TUR-MT yapıldı. Hastaların ortalama yaşı 61,3±15,4 yaştı. 365 hasta (%75,6) erkek iken 118 hasta (%24,6) kadındı. 131 hastada (%27,1) tümör izlenmezken, 46 hasta (%9,5) benign patolojiye sahipti. 252 hasta (%52,2) Grup 1 de iken 54 hasta (%11,2) Grup 2'deydi. Ortalama SII değeri 766,5±278,2 olup gruplar arasında benzer olarak izlendi (Grup 1 için: 602,4±244,3; Grup 2 için: 782,8±268,4; p: 0,237). Her iki grupta ortalama SII değeri kontrol grubundan yüksek olarak izlendi (Grup 1 için p:0,007; Grup 2 için p: 0,001). Tümör büyüklüğü ile SII değeri arasında korelasyon izlenmedi (p:0,675).

SONUÇ
SII pek çok tümör için prognostik belirteç olarak kullanılmaktadır. Mesane kanseri hastalarında prognozun bağımsız bir belirleyicisi olarak kullanılabileceğini destekleyen çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda SII değeri kontrol grubuna göre mesane tümörü mevcudiyetinde yüksek olsa da kas invaziv olan ve olmayan hastalar arasında bir fark izlenmemiştir. Prognozu öngörmede katkı sağlıyor olsa bile evreyi değerlendirmedeki etkisinin sınırlı olduğunu düşündürmektedir.

SS-36

ORTA VE YÜKSEK RİSKLİ KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERİ HASTALARINDA PRİMER TUR-M PATOLOJİSİNDEKİ HİGH GRADE-LOW GRADE TÜMÖR YÜZDELERİNİN PROGNOSTİK ÖNEMİ

MURAT CAN KARABURUN(1) KHALED OBAİD(1) MUAMMER BABAYİĞİT(1) EZGİ DİCLE SERBES(1) SABA KİREMİTÇİ(1) DUYGU ENNELİ(1) ÇAĞATAY GÖĞÜŞ(1) SÜMER BALTACI(1) EVREN SÜER(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

İntravezikal BCG tedavisi alan orta ve yüksek riskli Kasa İnvaze Olmayan Mesane Kanseri (KİOMK) hastalarında primer TUR-M spesmenindeki Low grade – High grade Mesane tümörü yüzdelerinin rekürrens ve proresyona etkisini belirlemek

GEREÇ-YÖNTEM

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda Mesane Kanseri nedeniyle TUR-M yapılmış ve sonrasında BCG tedavisi almış hastalar retrospektif olarak tarandı. 2010-2020 yılları arasında TUR-M yapılmış ve sonrasında BCG tedavisi almış 523 hasta bulundu. Etik kurul onayını takiben Patoloji Anabilim Dalında geriye dönük olarak patoloji preparatları tekrardan incelenmeye başlandı. Kongre bildiri son gönderim tarihinden önceki analize kadar toplamda 148 hastanın primer TUR-M patolojisi değerlendirildi ve bu hastalar çalışmaya dahil edildi ve sonuçlar analiz edilerek "ön çalışma" sonuçları olarak raporlandı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalar en indüksiyon BCG tedavisi ile en az 1 kez idame siklusunu tamamlamış hastalar idi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 148 hastanın 104'ünde primer TUR-M preparatı tamamen high grade tümörden oluşmaktaydı (Grup-1). Geriye kalan 44 hastanın patolojik incelemesinde %5 ila %80 arasında değişen oranda Low grade tümör bulunmaktaydı (Grup-2). Her iki grup için median takip süresi sırasıyla 32 ve 35 ay olarak saptandı. Grup-1 ve Grup-2'den sırasıyla 29 hasta (%27.88) ve 15 hastada (%34.09) rekürrens görüldü(p:0.098). Grup-1 de progresyon 11 hastada (%10.57) görülürken, Grup-2'de 2 hastada (%4.54) progresyon saptandı (p:0.033).

Grup-2 kendi içinde değerlendirildiğinde 23 hastanın (Grup-2A) patolojik incelemesinde low grade tümör oranı %20 ve altında iken 21 hastanın (Grup-2B) low grade tümör oranı %30 ve üzerinde saptandı. Grup-2A ve 2B için rerkürrens oranları sırasıyla 7/23 hasta (%30.43) ve 8/21 hasta (%38.09) olarak saptandı(p:0.103). Progresyon oranları Grup-2A ve 2B için sırasıyla 2/23 hasta (%8.69) ve 0/21 hasta (%0) olarak saptandı(p:0.019). Hasta sayısının az olması sebebiyle bu aşamada Kaplan-Meier sağkalım analizi ile tek ve çok değişkenli regresyon analizi yapılamadı ancak geriye dönük tüm hastalar tarandıktan sonra bu analizlerin yapılması planlandı.

SONUÇ

Ana çalışmamızın ön çalışması niteliğindeki bu analizimizin sonuçlarına göre KİOMK hastalarının primer TUR-M patolojisindeki low grade tümör oranının artması ile progresyon riskinin azaldığı görülmektedir. KİOMK hastalarında birçok prognostik faktör bulunmaktadır, bu bağlamda primer patolojideki High grade- Low grade tümör yüzdelerinin oranı prognostik

SS-37

MESANE TÜMÖRLERİNDE MULTİPARAMETRİK MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEMESİNDE SKORLAMA SİSTEMİNİN (VIRADS) KLİNİK TANI VE TEDAVİ ÜZERİNE ETKİLERİ

HASAN GÜNGÖR(1) AHMET ÇAMTOSUN(1) LEYLA KARACA(2) SERHAT TOPRAK(3) İBRAHİM TOPÇU(1) HÜSEYİN ÇELİK(1) İLHAN GEÇİT(1) ALİ BEYTUR(1) FATİH OĞUZ(1)

1. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Üroloji Anabilim Dalı, Malatya
2. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıpmerkezi Radyoloji Anabilim Dalı, Malatya
3. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Patoloji Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ

Mesane kanseri hastalarında tümörün lokal evrelendirmesi için preoperatif mpMRG (multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme) yöntemi ile değerlendirmeyi ve histopatolojik sonuçlarla karşılaştırarak klinik etkinliğini göstermeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Kasım 2020 ile Nisan 2022 tarihleri arasında mesane tümörü ön tanısı ile sistoskopi planlanan ve daha önce mesane tümörü tanısı almış rezidü tümörü olan 63 hasta dahil edildi. Bu hastalar preoperatif mpMRG yöntemi ile T2 ağırlıklı (T2A) görüntüleme, difüzyon ağırlıklı görüntüleme (DAG), dinamik kontrastlı görüntüleme (DKG) sekansları birlikte değerlendirildi. Tüm MR görüntüleri 'Vesical Imaging Reporting And Data System' (VIRADS) kriterlerine göre incelendi. Tüm lezyonlar 5 kategoriden oluşan VIRADS skorlarına göre sınıflandırıldı. Daha sonra hastalardan alınan biyopsiler histopatolojik olarak incelendi ve radyolojik bulgularla karşılaştırıldı.

BULGULAR

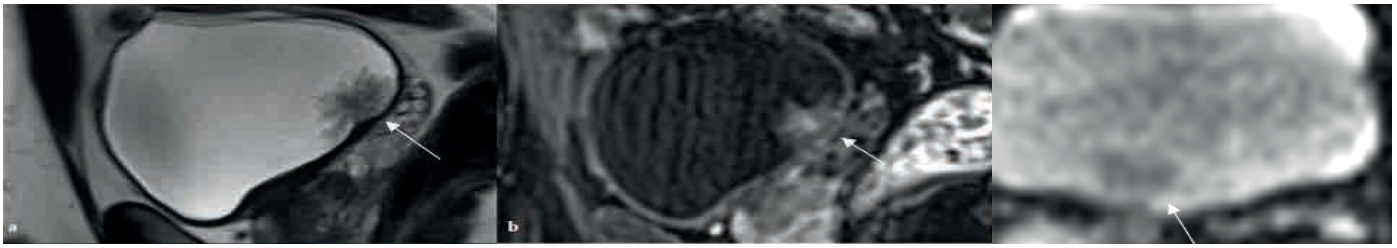
Çalışmaya dahil edilen 63 hastanın 60'ı erkek, 3'ü kadın hasta ve yaş ortalaması 64,2±10,55 olarak hesaplandı. Hastaların 41'i primer mesane tümörü ve 22 hasta nüks mesane tümörü, rezidü tümörü olan ve/veya radikal sistektomi planlanan hasta grubunda yer aldı. VIRADS skoru >3 olan tümörler kasa invaze olarak gruplandırıldığında 63 hastanın 53'ü (%84) radyolojik olarak invaziv mesane tümörü olarak değerlendirildi. Fakat histopatolojik olarak 33 (%52,4) hastada invaziv mesane tümörü saptandı. Bu çalışmada duyarlılık %100, özgüllük %33, negatif öngörü değeri %100, pozitif öngörü değeri %62 olarak hesaplandı. Ayrıca bu çalışma sonucunda VIRADS skorunun kas invazyonunu saptamadaki öngörüsü ile tümör hacmi arasındaki korelasyonun anlamlı olmadığı saptandı (p= 0,529).

SONUÇ

MpMRG kullanılarak elde edilen VIRADS skorlama sisteminin özellikle mesane kas invazyonu olmadığını saptamada başarılı bir yöntemdir. Mesane tümörlerinde kasa invazyonu saptamadaki başarısı daha fazla yapılacak çalışmalar ile tanısal verimliliğin artırılabileceği bir yöntemdir.

VIRADS skoru	Kas invazyonu Var (n (%))	Kas invazyonu Yok (n (%))	Toplam
1	0a (0,0)	4b (13,3)	4
2	0a (0,0)	2a (6,7)	2
3	0a (0,0)	4b (13,3)	4
4	12a (36,4)	15a (50,0)	27
5	21a (63,6)	5b (16,7)	26
Toplam	33 (52,4)	30 (47,6)	63 (100,0)

Toplam hasta sayısı ve VIRADS skorunun kas invazyonunu göstermedeki performansı (Satır bazında kas invazyonu grupları arasındaki aynı harfler (a-a) anlamlı farklılığın olmadığını; farklı harfler (a-b) ise anlamlı farklılığı ifade etmektedir.)



Şekil 1: 36 yaşında erkek hasta, yüksek çözünürlüklü saggital kesitte T2A görüntüde (a) mesane sağ posterolateral duvarda yaklaşık 28 mm ebatlı lümene vejetan uzanım gösteren, submukozal kalınlaşma ya da stalkı bulunmayan ara sinyal intensitesindeki tümörün (ok) musküler tabakanın hipointens sinyalinde kesintiye neden olmadığı saptandı. Aksiyel DKG'de (b) tümörün (ok) erken fazda artmış kontast tutulumu mesane kas tabakası sinyalinde kesintiye uğramadığı saptandı. DAG'de (c) lezyonun (ok) dizfüzyon kısıtlılığı gösterdiği ve mesane kas duvarı sinyalinde kesintiye uğramadığı gözlendi ve nihai olarak VIRADS 3 olarak değerlendirilmiştir.

SS-38

NON-SEMİNOMATÖZ GERM HÜCRELİ TÜMÖRÜ OLAN HASTALARDA KEMOTERAPİ SONRASI ROBOTİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU: ONKOLOJİK VE FONKSİYONEL SONUÇLARI DEĞERLENDİREN BİR TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF ÇALIŞMANIN SONUÇLARI

YAKUP KORDAN(1) ERSİN KÖSEOĞLU(1) BARIŞ ESEN(1) ARİF ÖZKAN(1) MURAT CAN KİREMİT(1) MERT KILIÇ(2) TARIK ESEN(1)

1. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. VKV Amerikan Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ
Retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu (RPLND) non-seminomatöz germ hücreli tümörü (NSGHT) olan hastalarda kemoterapi sonrası rezidü kitleler için önerilmektedir. Yakın zamanda robotik RPLND sonrası anormal rekürrens paternleri bildirilmiştir. Bu çalışmada postkemoterapi robotik RPLND (pcR-RPLND) yapılan hastalarda perioperatif güvenlik, fonksiyonel sonuçlar ve erken onkolojik sonuçların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2011 ve Haziran 2022 tarihleri arası pcR-RPLND yapılmış olan 25 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tüm cerrahiler açık/laparoskopik RPLND ve robotik cerrahi konusunda yüksek deneyimi olan 2 cerrahtan (Y.K ve T.E) biri tarafınca yapılmıştır. Demografik/klinik özellikler, intraoperatif ve postoperatif parametreler için tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Fonksiyonel (ejakülasyon durumu) ve onkolojik sonuçlar değerlendirilmiştir.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen hastaların ortanca yaşı 28.9 (IQR 21.5 – 32.4) yıldır. pcR-RPLND esnasında tüm hastaların tümör markerları normal sınırlar içerisindeydi. Ortanca retroperitoneal tümör boyutu 2.6 (IQR; 1.5 – 3.5) cm'dir. Hastaların büyük çoğunluğu unilateral modifiye şablon cerrahi geçirmişti (20/25, %80). Kalan 5 hastada (%20) ise rezidü kitlenin eksizyonu gerçekleştirilmişti. Ortanca ameliyat süresi 180 dakika (IQR; 150 – 325) ve ortanca tahmini kan kaybı 150 mL (IQR; 50 – 250) olarak bulunmuştur. Yalnızca 1 hastada (%4) intraoperatif komplikasyon izlendi ve 3 hastada (%12) açık cerrahiye dönülme kararı alındı (2 hasta; cerrahi alanın yetersiz ortaya konması, 1 hasta; renal arter yaralanması). Toplamda 7 hastada postoperatif Clavien 2 ve üstü komplikasyon izlendi. 2 hastada Clavien IIIa komplikasyon görüldü; 1 hastada postoperatif pnömotoraks nedeniyle göğüs tüpü takıldı ve diğer hastada konzervatif tedaviye yanıtsız lenforaji sebebi ile lenfanjioembolizasyon uygulandı. Clavien II komplikasyonlar; postoperatif kan transfüzyonu (n=1) ve uzamış lenfatik drenaj için medikal tedavi (n=4) idi. Ortanca hastanede kalma süresi 4 gündü (IQR: 3 - 6). Postoperatif patolojide 16 (%64) hastada teratoma, 8 (%32) hastada nekrotik-fibrotik doku ve 1 (%4) hastada canlı tümör izlendi. Ortanca takip süresi 25.2 aydı (IQR; 14.2 - 37.1). Antegrad ejekülasyon hastaların %85.7'sinde korunmuştu. Takipte 2 hastada nüks gelişti ve ikisi de cerrahi alan dışı beklenmeyen bölgelerde (perinefrik yağ doku ve omentum) gelişti. Bu hastalardan 1'i (%4) kansere bağlı sebeplerle hayatını kaybetti.

SONUÇ
pcR-RPLND iyi perioperatif morbite oranları, düşük komplikasyon oranı ve kabul edilebilir postoperatif antegrad ejakülasyon oranları ile güvenli bir cerrahi yöntemdir. Her ne kadar rekürrens oranı düşük olsa da (%8) rekürrensler beklenmeyen lokasyonlarda görülmüştür. Robotik yöntem ile farklı rekürrens paternleri arası olası bir ilişkinin gösterilebilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

SS-39

ÜST ÜRİNER SİSTEM ÜROTELYAL KANSERLERİNDE MOLEKÜLER SUBTİPLENDİRMENİN PROGNOZA ETKİSİ

MUAMMER BABAYİĞİT(1) UTKU BAKLACI(1) SELİM SEVİM(1) DUYGU ENNELİ(1) EVREN SÜER(1) SÜMER BALTACI(1) ÇAĞATAY MEHMET GÖĞÜŞ(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Bu çalışmada; üst üriner sistem ürotelyal kanserlerinde moleküler subtiplendirme özelliklerinin prognoza etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla; kliniğimizde üst üriner sistem ürotelyal kanseri nedeniyle radikal nefroüreterektomi yapılan hastaların materyalleri CK5/6,CK20, CD44, P53 antikorları ile boyanmıştır. Prognoza olan etkiyi araştırmak için immünhistokimyasal değerlendirmeler ile klinik sonuçlar değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya 2009 – 2019 yılları arasında ÜÜSÜK nedeniyle radikal nefroüreterektomi yapılmış toplam 50 hasta dahil edilmiştir. Materyaller patolojik ve immünhistokimyasal değerlendirmeye tabi tutulmuştur.Bu değerlendirmelerin sonuçları ile hastalara ait klinik parametreleri ve prognostik verileri karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

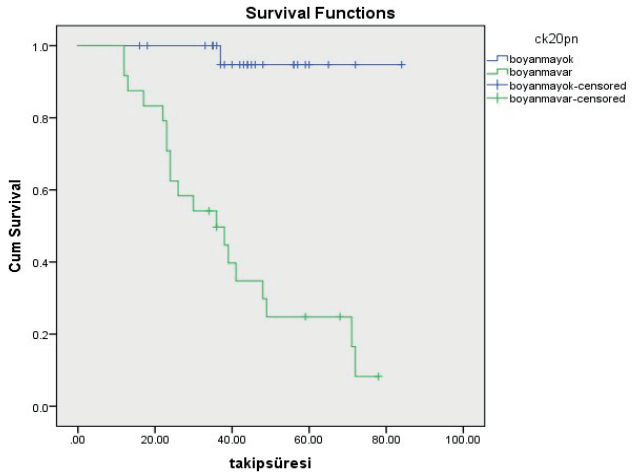
Hastaların ortalama yaşı 67 olup 50 hastanın 39 ‘ u erkektir.İntravezikal rekürrens durumu incelendiğinde takipte vakaların %36’sında (n=18) mesane nüksü saptanmış olup nüks ortalama 7,9 ay içinde ortaya çıkmaktadır. CK5/6 ekspresyonu olmaması ile mesane nüksü arasında anlamlı ilişki görülmüştür(p=0,035). Tümör lokalizasyon ile immünhistokimyasal boyanma özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. CK5/6 (p=0,01) ve CD44 (p=0,04) ekspresyonu olan olgularda hastalığa bağlı sağkalımın daha uzun olduğu, CK20 (p=0,01) ekspresyonu olan olgularda ise daha kısa olduğu görülmüştür. (Grafik 1) P53 ekspresyonun güçlü olduğu grupta hastalığa bağlı sağkalımın daha kısa olduğu görülmüştür.(p=0,02) Yapılan çok değişkenli analizlerde CK20 ekspresyonu olan olgularda hastalığa bağlı sağkalımın anlamlı derecede az olduğu görülmüştür. (p=0,047) (Tablo 1) Yapılan değerlendirmelerde bazal tipte boyanma özelliği gösteren olgularda hastalığa bağlı sağkalımın daha iyi olduğu görülmüştür. (p=0,006)

SONUÇ

ÜÜSÜK için prognoz tayininde immünhistokimyasal incelemelerin rutin pratikte kullanılabileceği görülmüştür. Dolayısıyla CK20 ekspresyonu görülen hastaların diğer gruplara oranla daha kötü hastalığa bağlı sağkalımı olduğu fakat bazal tip boyanma gösteren hastaların hastalığa bağlı sağkalımlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Dolayısıyla moleküler subtiplendirmeyle hastaların ek tedaviler açısından yönlendirilmesi uygun olabilir.

Tablo 1. Hastalığa bağlı sağkalıma etki eden faktörlerin çok değişkenli Cox regresyon analizi

-	Hastalığa bağlı sağkalım	_	__
Faktörler	HR	95 % CI	P değeri
Evre (<T2, >T2)	1,259	0,35-4,532	0,724
Multifokalite	0,603	0,169-2,155	0,436
Boyut (<2 cm, ≥2 cm)	6,455	0,605-68,857	0,123
CK5	0,486	0,104-2,264	0,358
CK20	9,582	1,028-89,318	0,047
CD44	0,277	0,076-1,017	0,053
P53	2,245	0,596-8,457	0,232



SS-40

RADİKAL NEFREKTOMİ YAPILAN HASTALARDA LEİBOVİCH VE SSIGN SKOLAMA SİSTEMLERİNİN PROGNOZU ÖNGÖRMEDEKİ ROLÜ

MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) VOLKAN ŞEN(1) MUSTAFA GÜRSES(1) OZAN BOZKURT(1) ÖMER DEMİR(1) GÜVEN ASLAN(1) MEHMET UĞUR MUNGAN(1)

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

AMAÇ

Nefrektomi yapılarak renal hücreli karsinom (RCC) saptanan olgularda kullanılan farklı skorlama sistemleri ile hastaların takibi, prognozu ve sağkalımları ile ilgili değerlendirmeler yapılabilmektedir. Bu skorlama sistemlerinden günlük pratikte kullanıma uygun olabilecek Leibovich ve SSIGN skorlama sistemlerinin postoperatif hasta izleminde olası lokal nüks, uzak metastaz ve hasta sağkalımını öngörmedeki etkisini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Ocak 2000 – Haziran 2022 yılları arasında kliniğimizde nefrektomi yapılan 898 hastadan tanı anında metastatik olmayan, patolojisi renal hücreli karsinom olarak değerlendirilen ve retrospektif olarak verilerine ulaşılabilen 585 hasta dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, ameliyat verileri, laboratuvar, patoloji ve radyoloji sonuçları, hospitalizasyon sırası ve taburculuktan sonraki kontrol değerleri retrospektif olarak kaydedildi. Radikal ve parsiyel nefrektomi olarak iki farklı grupta değerlendirilen hastalar takipte lokal nüks gelişimi, uzak metastaz gelişimi ve sağkalım açısından Leibovich ve SSIGN skorlarına göre karşılaştırıldı.

BULGULAR

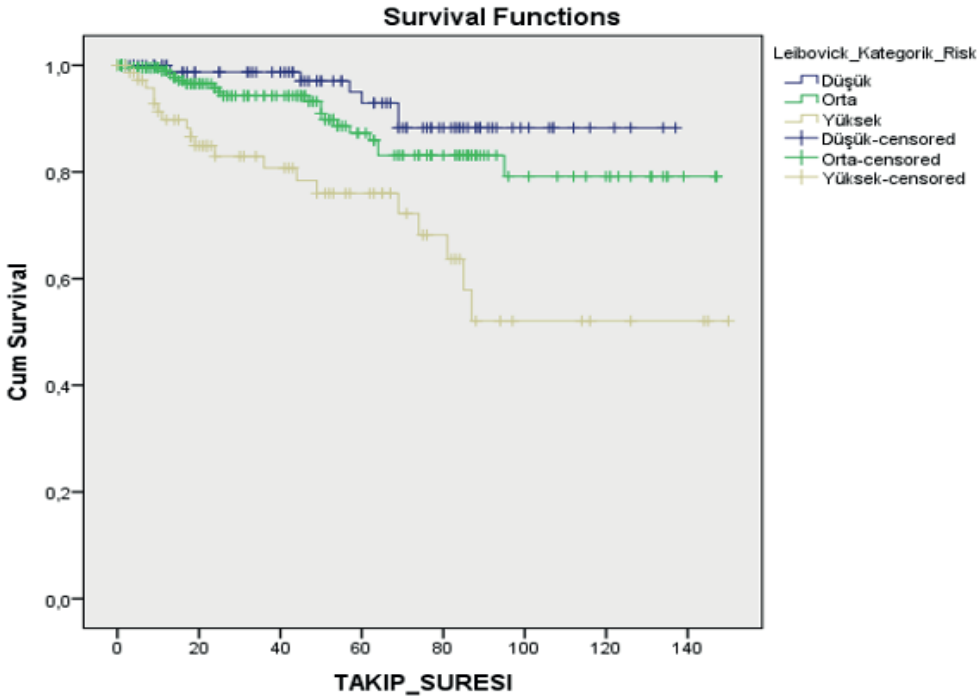
Çalışmaya dahil edilen hastaların 408 'ine (%69,7) radikal nefrektomi, 177'sine (%30,3) parsiyel nefrektomi yapıldı. Radikal nefrektomi yapılan hastaların 269'unda (%65,9) açık, 139' unda (%34,1) laparoskopik, parsiyel nefrektomi yapılan hastaların 116'sında (%65,5) açık, 61'inde (%34,5) laparoskopik teknik uygulandı. Hastaların 436 'sında (%74,5) berrak hücreli RCC, 57 'sinde (%9,8) kromofob RCC, 75 'inde (%12,8) tip 1 papiller RCC, 17 'sinde (%12,9) tip 2 papiller RCC saptandı. Radikal nefrektomi uygulanan grupta SSIGN ve Leibovich skorlama sistemleri ile cerrahi sınır, takipte metastaz gelişimi ve sağkalım arasında anlamlı ilişki saptanırken lokal nüks ile anlamlı ilişki saptanmadı (sırasıyla; p=0,001; 0,001; 0,002; 0,001; 0,001; 0,003; >0,05) (Tablo 1). Parsiyel nefrektomi uygulanan hastalarda skorlama sistemleri ile cerrahi sınır, takipte lokal nüks gelişimi, metastaz gelişimi ve sağkalım arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Patoloji sonucunda mikrovasküler invazyon, sarkomatöz komponent varlığı ve renal sinüs invazyonu varlığının takipte metastaz gelişimi ve sağkalım üzerine anlamlı etkisi saptanmadı. Radikal nefrektomi yapılan ve takipte metastaz saptanan 47 hastanın 44 'ünün (%93,6), takipte eksitus gelişen 47 hastanın ise 39 'unun (%83) Leibovich skorlarına göre orta ve yüksek risk gruplarında olduğu saptandı. Leibovich risk kategorilerinden düşük risk hastalarda ortalama genel sağkalım 127,4 ± 3,7 ay iken yüksek risk hastalarda 102,4 ± 8,7 ay olarak tespit edildi (p=0,001) (Grafik 1).

SONUÇ

Çalışmamızda Leibovich ve SSIGN skorlama sistemlerinin radikal nefrektomi yapılan hastalarda prognozu öngörmede kullanılabileceği saptanmıştır.

-	_	RADİKAL NEFREKTOMİ (n=408)	__	___	____
-	-	SSIGN Skoru	p Değeri	Leibovich Skoru	p Değeri
Cerrahi Sınır	Negatif	2,5 ± 2,0	0,001	3,7 ± 1,9	0,001
-	Pozitif	6,5 ± 2,8	-	6,5 ± 2,1	-
Takipte Lokal Nüks	Yok	2,7 ± 2,2	0,083	3,8 ± 2,0	0,119
-	Var	3,5 ± 1,1	-	4,5 ± 1,0	-
Takipte Metastaz	Yok	2,6 ± 2,2	0,001	3,7 ± 2,0	0,001
-	Var	3,9 ± 2,0	-	4,9 ± 1,8	-
Sağkalım	Yaşayan	2,6 ± 2,2	0,002	3,7 ± 2,0	0,003
-	Eksitus	3,7 ± 2,5	-	4,7 ± 2,2	-

Grafik 1: Hastaların Leibovich kategorik risk skorlamasına göre genel sağkalımlar



SS-41

ÜROLOJİ ASİSTAN EĞİTİMİN MEVCUT DURUMU VE KURUMLAR ARASI FARKLILIKLAR

MÜSLİM DOĞAN DEĞER(1) HÜSEYİN ALPEREN YILDIZ(2) ENGİN DENİZHAN DEMİRKIRAN(3) SERDAR MADENDERE(4)

1. Edirne Devlet Hastanesi, Edirne
2. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu
3. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak
4. Özel Amerikan Hastanesi

AMAÇ

Üroloji asistanlarının uygun ve yeterli eğitimi, yalnızca hasta tedavisi için değil, aynı zamanda uzmanlık alanımızın geleceğini de güvence altına almak açısından önemlidir. Türkiye'deki üroloji uzmanlık eğitimini yeterlilik ve standardizasyon açısından araştırmayı; cerrahi yeterliliği, yayın çıktısını, çalışma koşullarını, gelecek planlarını ve genel memnuniyeti kapsamlı bir şekilde değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Türkiye'deki üroloji asistanları/yeni mezunlar için bir anket hazırladık. Toplam 155 asistan/yeni mezun uzmana telefonla ulaşılmış ve anket doldurulmuştur. Ankete, Google Forms web programı aracılığıyla Haziran ve Temmuz 2020 arasında erişilebilir idi. Ankette cerrahi yeterlilik, yayın çıktısı, çalışma koşulları, gelecek planları ve genel memnuniyeti sorgulayan 22 soru bulunmaktaydı.

BULGULAR

Anket yanıt oranı %96,1 oldu. Kanada ve Avrupa ülkelerine benzer şekilde endoürolojide (%97.3) yüksek yeterlilik mevcuttu. Ancak laparoskopide (%28.9) ve fonksiyonel ürolojide (%26.2) yeterliklerin düşük olduğu izlendi. Ayrıca hiç kimse robotik bir işlemi ilk cerrah olarak yapmamıştı. Toplam yanıtlayanların %75.2'sinin ilk yazar yayını yoktu ve %10.1'inin ilk yazar özet sunumu yoktu. EBU Sertifikalı ve sertifikasız farklı kurum türleri arasında anlamlı bir fark yoktu. Ayrıca eğitim araştırma ve üniversite hastaneleri arasında önemli bir fark yoktu. Katılımcılar arasında üroloji uzmanı olmak açısından %87,2'lik bir memnuniyet oranı vardı.

SONUÇ

Nitelikli ve standardize bir eğitimin sağlanamadığı ve EBU sertifikasyonun muhtemel olumlu etkilerinin henüz görülmediği gözlemlendi. Eğitimde her açıdan modernleşme eksikliği mevcut ve akademik araştırmaya yönelik standart olmayan bir müfredat vardır. Dolayısıyla geleceğin ürologlarının yetersiz becerilere sahip olma riski vardır. Bu çalışmanın üroloji eğitiminde modernizasyon ve standardizasyon için bir rehber olacağını umuyoruz.

Table 1. Comparison of program characteristics, publication output and residents perceived proficiency; in UH vs GBRTH residen programs

		UH	GBRTH	p-value	EBUc	N-EBUc	p-value
Program selection reason n (%)		100(67.1%)	49 (32.9%)	<**0.001**	26 (17.4%)	123 (82.6%)	<**0.001**
	City preference	21 (21.0%)	15 (30.6%)		1 (3.8%)	35 (28.5%)	
	More practice	5 (5.0%)	26 (53.1%)		8 (30.8%)	23 (18.7%)	
	Better education	24 (24.0%)	4 (8.2%)		5 (19.2%)	23 (18.7%)	
	Academic purpose	26 (26.0%)	0 (0.0%)		10 (38.5%)	16 (13.0%)	
	No reason	23 (23.0%)	2 (4.1%)		2 (7.7%)	23 (18.7%)	
	More income	1 (1.0%)	2 (4.1%)		0 (0.0%)	2 (2.4%)	
Didactic education hours n (%)	Literature review	55 (55.0%)	33 (67.3%)	NS	17 (65.4%)	71 (57.7%)	NS
	Multidisciplinary council	80 (80.0%)	41 (83.7%)	NS	26 (100.0%)	95 (77.2%)	<**0.001**
	Uro council	82 (82.0%)	45 (91.8%)	NS	26 (100.0%)	101 (82.1%)	<**0.001**
	Theoretical presentations	63 (63.0%)	43 (87.8%)	<**0.001**	19 (73.1%)	87 (70.7%)	NS
Skills laboratory availability n (%)	Laparoscopy simulator	63 (63.0%)	40 (81.6%)	<**0.001**	18 (69.2%)	85 (69.1%)	NS
Log book n (%)	Availability	81 (81.0%)	45 (91.8%)	NS	26 (100.0%)	100 (81.3%)	<**0.001**
	Proper use	17 (17.0%)	17 (34.7%)	<**0.001**	6 (23.1%)	28 (22.8%)	NS
Medical thesis method n (%)	Retrospective cohort	44 (44.0%)	21 (42.9%)	NS	10 (38.5%)	55 (44.7%)	NS
	Prospective cohort	38 (38.0%)	19 (38.8%)		13 (50.0%)	44 (35.8%)	
	Animal study	16 (16.0%)	8 (16.3%)		3 (11.5%)	21 (17.1%)	
	Cross-Sectional	2 (2.0%)	1 (2.0%)		0 (0.0%)	3 (2.4%)	
Perceived proficiency for surgical procedures n (%)	Endourology	97 (97.0%)	48 (98.0%)	NS	26 (100.0%)	119 (96.7%)	NS
	Open major surgery	52 (52.0%)	25 (51.0%)	NS	13 (50.0%)	64 (52.0%)	NS
	Laparoscopy	20 (20.0%)	23 (46.9%)	<**0.001**	5 (19.2%	38 (30.9%)	NS
	Robotics	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NS	0 (0.0%)	0 (0.0%)	NS
	Functional urology	25 (25.0%)	14 (28.6%)	NS	3 (11.5%)	36 (29.3%)	NS
Career Plans n (%)	Not decided	13 (13.0%)	9 (18.4%)	NS	3 (11.5%)	19 (15.4%)	NS
	Academic Practice	57 (57.0%)	29 (59.2%)		17 (65.4%)	69 (56.1%)	
	Fellowship national	3 (3.0%)	3 (6.1%)		1 (3.8%)	5 (4.1%)	
	Fellowship abroad	13 (13.0%)	6 (12.2%)		2 (7.7%)	17 (13.8%)	
	Private Practice	14 (14.0%)	2 (4.1%)		3 (11.5%)	13 (10.6%)	
Pursuit subspecialty n (%)	Endourology	36 (36.0%)	16 (32.7%)	NS	10 (38.5%)	42 (34.1%)	NS
	Laparoscopy	29 (29.0%)	20 (40.8%)		7 (26.9%)	42 (34.1%)	
	Robotics	10 (10.0%)	2 (4.1%)		5 (19.3%)	7 (5.7%)	
	Andrology	14 (14.0%)	5 (10.2%)		2 (7.7%)	17 (13.8%)	
	Oncology	6 (6.0%)	1 (2.0%)		1 (3.8%)	6 (4.9%)	
	Functional urology	4 (4.0%)	5 (10.2%)		1 (3.8%)	8 (6.6%)	
	Pediatric Urology	1 (1.0%)	0 (0.0%)		0 (0.0%)	1 (0.8%)	
Number of Publication	First authorship n (%) (at least one)*	21 (21.0%)	16 (32.6%)		8 (30.7%)	29 (23.6%)	
	Total Publications Mean±SD	3.21±3.71	6.41±6.2	<**0.001**	5.15±5.07	4.07±4.8	NS
Number of Abstract	First authorship n (%) (at least one)*	75 (75.0%)	42 (85.7%)		25 (96.1%)	92 (74.7%)	
	Total Abstract Mean±SD	12.8±14.7	24.4±22.9	<**0.001**	25.3±20.3	14.7±17.7	<**0.001**

SS-42

FOURNİER GANGRENİ MORTALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE TEDAVİ YÖNTEMLERİNİN MORTALİTEYE ETKİSİ

SERDAR BAYKAL(1) ALİ KEMAL USLUBAŞ(2) NACİ BURAK ÇINAR(1) ENES MALİK AKDAŞ(1) KEREM TEKE(1) ÖNDER KARA(1)

1. Kocaeli Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli
2. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli

AMAÇ

Ürolojik aciller arasında en yüksek mortaliteye sahip hastalıklardan olan Fournier gangreni tanısı ile kliniğimize başvuran hastaları değerlendirerek mortalite üzerine etkili olan faktörleri ve tedavi yöntemlerinin mortaliteyi azaltmadaki etkisini saptamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2006-2021 yılları arasında Fournier gangreni ön tanısıyla kliniğimize başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Verilerine ulaşılabilen 96 hasta çalışmaya katıldı. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeler, laboratuvar parametreleri, klinik parametreler i ve uygulanan tedavileri kaydedildi. Hastalar vefat eden (mortalite var) ve taburcu olanlar (mortalite yok) olarak iki gruba ayrıldı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak karşılaştırılarak analiz edilerek mortalite üzerine etkili olan parametreler saptandı. İstatistiksel olarak $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 57,52±14,44, ortalama vücut kitle indeksi 25,83±3,73'tü. Hastanede kalış süresi medyan değeri 20 (2-130) gün, anestezi altında debritman sayısı medyan değeri 2 (1-23) idi. Kayıtlara geçen en sık morbiditeler diyabetes mellitus (%55,2), hipertansiyon (%38,5) ve kronik böbrek hastalığıydı (%20,8). Hastaların %46,9'u (n=45) vefat ederken taburcu olanların oranı %53,1 (n=51) olarak saptandı. Mortalite var grubundaki hastalarda daha yüksek nötrofil/lenfosit oranı (p=0,034), daha düşük serum albümin düzeyi (p=0,033) ve daha yüksek debridman sayısı (p=0,028) mevcuttu. Yaş, yoğun bakım ihtiyacı, serum CRP düzeyi gibi değerlendirilen diğer parametrelerde iki gurup arasında anlamlı fark saptanmadı(p>0,05). Kolostomi açılan (p=0,068), debridman dışı tedavi alan (hiperbarik oksijen, VAC vs.) ve almayan (p= 0,597) hastalar arasında da mortalite açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 1).

SONUÇ

Fournier gangreni tanısı alan hastaların başvuru anındaki nötrofil/lenfosit oranı, albümin değerleri ve takip sırasında ihtiyaç duyulan debridman sayısı mortaliteyi öngörmede önemli parametreler olarak gözükmektedir. Çalışmamızın sonuçları literatürdeki Fournier mortalite skorlamaları ile karşılaştırılarak mortaliteyi öngörmede daha anlamlı parametreler ve eşik değerlere ulaşılabilir.

Tablo 1: Fournier gangreni nedeniyle tedavi edilen hastaların klinik, takip ve laboratuvar verileri.

		Mortalite yok (n=51)	**Mortalite var** (n=45)	p değeri
Yaş (yıl±ss)		57,96±13,49	58,42±15,05	0,568
VKİ (kg/m²±ss)		26,24±4,0	25,17±3,31	0,446
Diyabetes mellitus, n (%)	Yok	20 (20,8)	23 (24,0)	0,242
	Var	31 (32,3)	22 (22,9)	
Hipertansiyon, n (%)	Yok	32 (33,3)	27 (28,1)	0,783
	Var	19 (19,8)	18 (18,8)	
Kronik böbrek hastalığı, n (%)	Yok	42 (43,8)	34 (35,4)	0,413
	Var	9 (9,4)	11 (11,5)	
Takip ve tedavi özellikleri				
Yatış süresi, gün (IQR25-75)		20 (12,75-30)	20 (13-32)	0,615
Debridman sayısı, n (%)	2≥	41 (42,7)	27 (28,1)	**0,028**
	2<	10 (10,4)	18 (18,8)	
Kolostomi ihtiyacı, n (%)	Yok	44 (45,8)	32 (33,3)	0,068
	Var	7 (7,3)	13 (13,5)	
Yara kültüründe üreme, n (%)	Yok	33 (34,4)	27 (28,1)	0,635
	Var	18 (18,8)	18 (18,8)	
Yoğun bakım ihtiyacı, n (%)	Yok	32 (33,3)	21 (21,9)	0,114
	Var	19 (19,8)	24 (25)	
Debridman dışı tedavi, n (%)	Yok	44 (45,8)	39 (40,6)	0,597
	Var	7 (7,3)	6 (6,3)	
Başvuruda laboratuvar değerleri				
Beyaz küre sayısı, $10^3/\mu L$ (IQR 25-75)		11,2 (7,83-14,05)	12 (7,45-18,65)	0,327
Hemoglobin değeri, g/dL±ss		11,79±2,33	11,23±2,16	0,193
Nötrofil/lenfosit oranı, medyan (IQR 25-75)		5,73(4,14-14,26)	9,32(4,75-17,72)	**0,034**
Platelet/lenfosit oranı, medyan (IQR 25-75)		22,7 (13,75-38,57)	18,62 (12,94-27,38)	0,166
Kreatinin, mg/dl (IQR 25-75)		0,99 (0-8-1,42)	0,9 (0,7-1,5)	0,380
Albümin, g/dl (IQR 25-75)		3,06±0,86	2,7±0,68	**0,033**
C-reaktif protein, mg/L (IQR 25-75)		24,07 (4,9-149,5)	29,22 (18-161,2)	0,105

SS-43

BÜYÜK PROKSİMAL VE ORTA ÜRETER TAŞLARINDA SHOCK WAVE LİTHOTRİPSY, LAPAROSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ VE SEMİ-RİJİT ÜRETERORENOSKOPİK LİTOTRİPSİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRMASI

MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) AHMET VURAL(1) BERİN SELÇUK(2) UĞUR AFERİN(3) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) NUR AHMET ERÖZENCİ(1) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul
2. Özel Optimed Hastanesi, Tekirdağ
3. T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Orta ve proksimal üreter yerleşimli 1.5 cm'den büyük taşların tedavisinde Shock Wave Lithotripsy (SWL), Laparoskopik Üreterolitotomi (LPU) ve Üreterorenoskopik Litotripsi (URS) sonuçlarının karşılaştırılması.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde 2016 ve 2022 tarihleri arasında 1.5 cm ve üzeri proksimal ve orta üreter taşı olan, SWL uygulanan 61, URS yapılan 61 ve LPU yapılan 59 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, taş tarafı, taş konumu, taş boyutu, soliter böbrek ve böbrek anomalisi öyküsü, taşsızlık oranları, peroperatif ve postoperatif komplikasyon parametreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR
SWL grubunun medyan hasta yaşı 43 (19-84) olup bunların 45'i (%73) erkek ve 16'sı (%27) kadındı. URS grubunun ise medyan hasta yaşı 50 (20-84) olup 42'si (%68) erkek ve 19'u (%32) kadın hastaydı. LPU grubunun medyan hasta yaşı 53 (18-82) olup bunların 49'u (%83) erkek ve 10'u (%17) kadındı. Taş boyutu medyan değeri SWL grubunda 15 (15-20) mm, URS grubunda 15 (15-35) mm ve LPU grubunda 20 (15-43) mm olarak hesaplandı (p=0.00). SWL grubunda 46 (%75) hastada, URS grubunda 50 (%81,96) hastada taşsızlık sağlanırken, LPU grubunda ise bütün hastalarda taşsızlık sağlandı (p=0.001). SWL yapılan hastaların alt grup analizinde taşsızlık oranı, orta üreter taşlarında 40/53 (%75.47) ve proksimal üreter taşlarında 6/8 (%75) olarak bulundu (p=0.97). URS yapılan hastaların alt grup analizinde taşsızlık oranı, orta üreter taşlarında 27/30 (%90) ve proksimal üreter taşlarında 23/31 (%74.19) hesaplandı (p=0.10). Perioperatif LPU gurubunda 37 (%62.71) hastaya üreteral double j stent takılırken, URS gurubunda 61 (%100) hastaya double j üreteral stent takıldı (p <0.001). SWL grubunda ise 11 (%18.03) hastada erken dönemde üreteral kataterizasyon sağlandı. Clavien-Dindo sınıflama sistemine göre SWL grubunda 2 (%3.27), URS grubunda 2 (%3.27) ve LPU grubunda 4 (%6.77) hastada majör komplikasyon (≥ 3. derece) gelişti (p=0.60).

SONUÇ
Proksimal ve orta üreterdeki 1,5 cm'den büyük taşlarında tedavisinde LPU çok etkin bir tedavi olmakla birlikte, SWL'de kateterizasyon ihtiyacının az olması, hastane yatışının gerekmemesi ve günübirlik işlem olarak uygulanabilmesi nedeniyle, özellikle cerrahi riskini artıran komorbid hadiseler, hasta tercihi, teknik altyapı ve Covid-19 pandemisi gibi durumlarda tercih edilebilecek güvenli ve non- invaziv bir yöntem olduğu akılda bulundurulmalıdır.

Tablo 1. Demografik veriler ve taş karakteristiği

	ESWL (Grup 1)	LPU (Grup 2)	URS (Grup 3)	p değeri
Hasta sayısı, (%)	61 (33,7)	59 (32,5)	61 (33,7)	
Erkek/Kadın	45/16	49/10	42/19	0.196❤
Yaş, ortanca (min. - maks.)	50,79 ± 15,13	50,79 ± 15,13	49,63 ± 15,63	0.191♠
Taş boyutu, ortanca (min. - maks.)	15 (15-20)	20 (15-43)	15 (15-35)	<0.001♠
Taş Tarafı				0.835❤
Sağ, (%)	32 (52,45)	32 (54,23)	30 (49,18)	
Sol, (%)	29 (47,54)	27 (45,76)	31 (50,81)	
Taş Lokalizasyonu				<0.001❤
Proksimal üreter, (%)	53 (86,88)	40 (65,57)	31 (50,18)	
Orta Üreter, (%)	8 (13,11)	19 (31,14)	30 (49,19)	
Soliter Böbrek, (%)	0 (0)	0 (0)	5 (8,19)	0.011♦
Böbrek Anomalisi, (%)	0 (0)	0 (0)	2 (3,27)	0.330♦

♠ Kruskal-Wallis Testi

♦Fischer's Exact Testi

❤Ki-Kare Testi

Tablo 2. Perioperatif ve Postoperatif verilerin değerlendirmesi

	ESWL (Grup 1)	LPU (Grup 2)	URS (Grup 3)	p değeri
Tedavi sürecinde kataterizasyon, (%)	11 (18.03)	37 (62.71)	61 (100)	
Üreteral DJ kateter, (%)	10 (16.39)	37 (62.71)	61 (100)	
Nefrostomi kateteri, (%)	1 (1.63)	0 (0)	0 (0)	
Taşsızlık oranı, (%)	46 (75)	59 (100)	50 (81,96)	<0.001❤
Majör Komplikasyon* görülen hasta sayısı, (%)	2 (3.27)	4 (6,77)	2 (3,27)	0.600♦
Genel/Sedoanaljezi gerekliliği, %	2 (3.27)	59 (100)	61 (100)	

♦Fischer's Exact Testi

❤Ki-Kare Testi

* Clavien-Dindo Sınıflamasına göre ≥ 3.Derece

Tablo 3. Yöntemlerin kendi içerisinde proksimal ve orta üreter taşı alt gruplarındaki başarısı

	Proksimal Üreter	Orta Üreter	p değeri
ESWL grubunda taşsızlık oranı, (%)	6 (75)	40 (75,47)	1.0♦
LPU grubunda taşsızlık oranı, (%)	40 (100)	19 (100)	
URS grubunda taşsızlık oranı, (%)	23 (74,19)	27 (90)	0.108❤

♦Fischer's Exact Testi
❤Ki-Kare Testi

SS-44

ERİŞKİN HASTALARDAKİ ÜRETER TAŞLARINDA ŞOK DALGA TEDAVİ BAŞARISINI ÖNGÖRMEDE YENİ BİR NOMOGRAM

MUHAMMED FATİH SİMSEKOGLU(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) MUSTAFA ÖZKAYA(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) ALPER OKUR(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) NUR AHMET ERÖZENCİ(1) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Üreter taşlarının tedavisinde vücut dışı şok dalga tedavisi (SWL), üreterorenoskopi, açık veya laparoskopik üreterolitotomi gibi farklı yöntemler bulunmaktadır. Bu yöntemlerin başarı oranlarının bilinmesi hastalara en uygun tedavinin sunulabilmesi açısından önemlidir. Bu çalışma, SWL ile tedavi edilen üreter taşlı erişkin hastalarda ilk seanstaki taşsızlık oranlarına etki eden faktörleri belirlemeyi ve başarıyı öngörmek için yeni bir nomogram geliştirmeyi amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 1993 ile Nisan 2020 tarihleri arasında üreter taşı nedeniyle SWL uygulanan 2366 hastanın verileri geriye dönük incelendi. Eksik verisi ve non-opak taşı bulunan 108 hasta, 18 yaşın altındaki 114 hasta dışlandıktan sonra 2144 hasta çalışmaya dahil edildi. SWL ikinci jenerasyon (Lithostar®, Siemens Medical Solutions, Inc) ve üçüncü jenerasyon (Lithoskop®, Siemens Medical Systems, Erlangen, Germany) elektromanyenik litotriptörler ile tek cerrah tarafından uygulandı (NT). SWL'nin bitiminden 1 ay sonra yapılan vizitteki klinik ve radyolojik (BT, IVP veya USG) veriler kullanılarak hastaların klinik özellikleri ve taşsızlık durumları değerlendirildi. SWL'de taşsızlık durumunun anlamlı ve bağımsız öngörücüleri, tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerle tanımlandı. Çok değişkenli analizde başarı için anlamlı görülen parametreler ile lojistik regresyona bazlı nomogram oluşturuldu. Nomogramın kalitesini belirlemek için Roc eğrisi kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmelerde SPSS (v. 23), STATA (14.1) ve R (4.2.1) programları kullanıldı.

BULGULAR

Tek seans SWL uygulanan hastalarda başarılı grupta yaş ortalaması 41.83±13.96 iken başarısız grupta 45.19±13.62 hesaplandı (p=0.001). Ortalama taş boyutu başarılı grupta 0.66±0.31 cm2 iken başarısız grupta 0.84±0.45 cm2 ölçüldü (p=0.001). Serimizde ilk seans sonrası stone-free oranı 45.89 % ölçüldü. Çok değişkenli analizde hasta yaşı, taş öyküsü, SWL öncesi JJ katater varlığı, taş boyutu ve multipl taş varlığının başarı için istatistiksel anlamlı parametreler olduğu tespit edildi (Tablo 1). Bu parametrelerden yola çıkılarak ilk seansta başarıyı öngörmede kullanılabilecek logistic regresyon bazlı bir nomogram oluşturuldu (Figür 1). Nomogramın güvenilirliğini belirlemek için Roc eğrisi oluşturuldu. AUC' ye ait endeks 0.82 bulundu (%95 CI).

SONUÇ

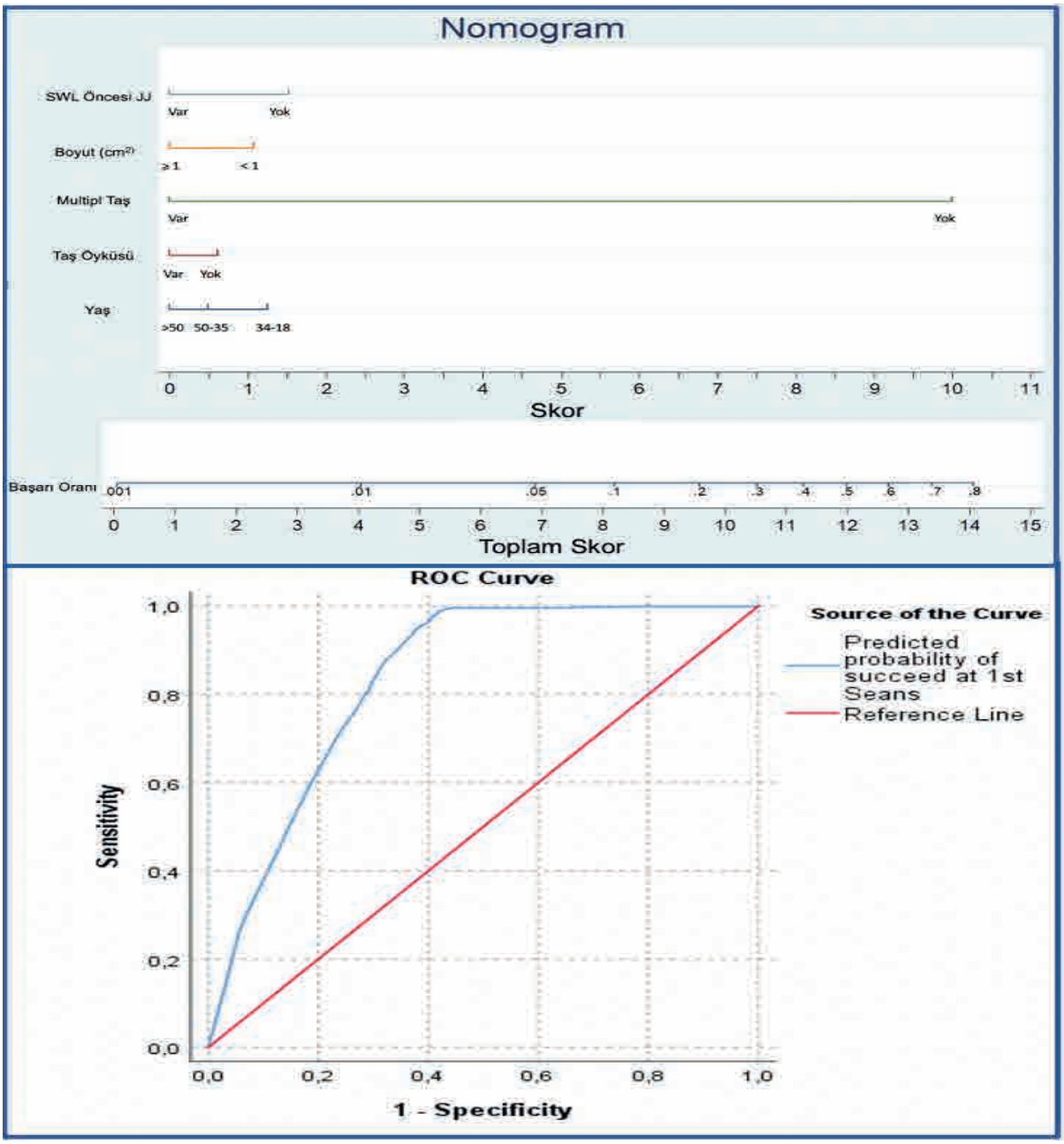
Geniş serimizden elde edilen bulgulardan yola çıkarak SWL uygulanan üreter taşlı hastalarda ilk SWL seansındaki tedavi başarısını öngörmeye yönelik nomogram geliştirildi. Nomogramın değerlendirilmesi neticesinde klinik kullanıma uygun olduğu sonucuna varıldı.

Tablo 1: Çok değişkenli analizde anlamlı çıkan parametrelerin regresyon analizi.

-	_	__	___	____	_____	______	_______	95% C.I.for OR	95% C.I.for OR_	_____	_____
-	-	B	S.E	Wald	df	P	OR	Lower	Upper	-	-
Yaş	-	-	-	28,096	2	0,000	-	-	-	-	-
-	18-34 yaş vs > 50 yaş	,828	,156	28,081	1	0,000	2,289	1,6853,109	3,109	-	-
-	35-49 yaş vs > 50 yaş	,384	,140	7,472	1	0,006	1,468	1,115	1,933	-	-
Tas_ oykusu (Yok vs Var)	-	,354	,149	5,671	1	0,017	1,425	1,065	1,908	-	-
Multipl_ tas (Yok vs Var)	-	6,298	,508	153,611	1	0,000	543,445	200,735	1471,255	-	-

-	_	__	___	____	_____	______	_______	95% C.I.for OR	95% C.I.for OR_	_____	_____
Boyut_ grup (<1 cm vs >=1 cm)	-	,658	,152	18,692	1	0,000	1,931	1,433	2,602	-	-
SWL Öncesi JJ (Yok vs Var)	-	,775	,232	11,117	1	0,001	2,170	1,376	3,421	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Figür 1: İlk seanstaki başarıyı öngörmede yeni bir nomogram ve güvenilirliği gösteren Roc eğrisi.



SS-45

PANÜRETRA DARLIĞI OLAN HASTALARDA KULKARNİ'NİN TEK AŞAMALI ORAL BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ SONUÇLARI: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

SALİH BÜTÜN(1) ALPER ŞİMŞEK(1) MESUT BERKAN DURAN(1) SİNAN ÇELEN(1) YUSUF ÖZLÜLERDEN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ

Panüretral darlıklar için, tek aşamalı oral bukkal mukoza greft üretroplasti serimizin sonuçlarının sunulması.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya 2015 ve 2021 tarihleri arasında, panüretral darlık nedeniyle tek aşamalı ve tek taraflı insizyonlu Kulkarni tekniği ile üretroplasti yapılan 85 hasta dahil edildi. Opere edilen hastaların tüm verileri prospektif olarak kaydedildi ve retrospektif olarak değerlendirildi. Toplanan verilerde hasta yaşı, darlık etiyolojisi, önceki tedaviler, postoperatif maksimum akış hızı, ameliyat öncesi ve sonrası erektil fonksiyon, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar kaydedildi ve yaşam kalitesi sorgulaması yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 48 (23-82) yıl, ortalama darlık uzunluğu 13,5 (8-17) santimetre idi. Çalışmadaki hastaların 31'inde endoskopik işlem, 16'sında sonda takımı öyküsü mevcuttu. 34 hastada ise sebebi bilinmeyen darlık tespit edildi. Çalışmadaki 85 hastanın 16'sında (%18,8) liken planus tanısı mevcuttu ve bu hastaların 7 sinde sebebi bilinmeyen darlık öyküsü vardı. Ameliyat öncesi 77 hastanın ortalama 5,5 (1-60) endoskopik girişim 1 hastanın da açık üretra cerrahisi öyküsü mevcut idi. Preoperatif muayenede 7 (%8,6) hastanın suprapubik sistostomisi ve 3 (%3,7) hastanın ise üretral kateteri vardı.

Operasyon süresi ortalama 160,5 (115-210) dakika olarak hesaplandı. Hastalarda perioperatif komplikasyon izlenmedi. Hastaların postoperatif 1. yıl kontrol üroflovmetrilerinde ortalama tepe akım hızı 20,1 (6-40) ml/sn olarak saptandı. Takip süresince 9 (%10,6) hastada nüks görüldü. Bu hastalardan 7'sine üretral dilatasyon, 2 hastaya ise tekrar oral mukoza ile üretroplasti (1 ventral + 1 dorsal) yapıldı. Sonraki takiplerinde yeniden darlık oluşmadı.

Çalışmaya dahil olan 17 hastaya memnuniyet anketi yapılamadı. Anket yapılan 68 hastadan 63'ünün (%92,6) ameliyattan memnun kaldığı, 5 hastanın ise ameliyattan memnun kalmadığı öğrenildi. Memnuniyetsizlik nedenleri; 2 hastada ereksiyon kaybı, 1 hastada tekrar endoskopik işlem geçirmek zorunda olması, 2 hastada ise penil kruvatür gelişmesi idi. Bukkal mukoza greft alınan hastanın hiçbirinde yakın dönem ağız içi komplikasyon izlenmedi. Yapılan sorgulamada, 10 hastanın, eğer mümkünse -ağızda gerginlik nedeniyle- mukozanın ağızdan alınmamasını talep ettiği öğrenildi.

Preoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında 46 hastanın cinsel işlev fonksiyonu iyi, 16 hastanın cinsel fonksiyonu kötü olarak değerlendirildi. 22 hastanın ise cinsel fonksiyon öyküsü alınamadı. Postoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında cinsel olarak aktif 46 hastanın 38'inde (%82,6) cinsel fonksiyonda azalma izlenmedi.

SONUÇ

Panüretra darlıklarda tecrübeli merkezlerde yapılan oral bukkal mukoza üretroplasti yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile hasta memnuniyeti yüksek olan bir cerrahi seçeneğidir.

SS-46

İLERİ EVRE PROSTAT KANSERİ OLAN HASTALARDA SİSTEMİK TEDAVİ YANITININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE PSMA PET İDEAL BELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?

BARIŞ ESEN

İleri evre prostat kanserli hastalarda tedavi yanıtı geleneksel olarak biyokimyasal yanıt (PSA yanıtı), bilgisayarlı tomografi (BT) ve tüm vücut kemik sintigrafisi (TVKS) gibi konvansiyonel görüntüleme yöntemlerinin yanıtlarına bakılarak değerlendirilir [1]. Ancak BT ve TVKS gibi konvansiyonel görüntülemeler metastatik lezyonların saptanmasında gösterdikleri düşük performans nedeniyle ideal görüntüleme yöntemleri olmaktan uzaktır [2]. Prostat Spesifik Membran Antijen Pozitron Emisyon Tomografisi (PSMA/PET) prostat kanserli hastalarda metastatik lezyonları konvansiyonel görüntüleme yöntemlerinden daha yüksek doğrulukla saptamaktadır [3]. Bu sebeple PSMA/PET kılavuzlarda primer evrelemede ve biyokimyasal nüks değerlendirmesinde sağlam bir yer edinmiştir [4]. Ancak metastatik prostat kanserinin (mPK) takibinde PSMA PET'in rolü ile ilgili literatürde çok kısıtlı bilgi bulunmaktadır. PSMA PET görüntüleme sadece ilk tanı ve biyokimyasal nüks görüntülemesinde değil, ileri evre prostat kanserli hastalarda da metastatik lezyonları saptamada konvansiyonel görüntüleme yöntemlerinden daha üstün tanısal kapasiteye sahiptir. Bu sebeple PSMA PET görüntüleme metastatik prostat kanserli hastalarda uygun tedavinin seçilmesi, tedavi yanıtının değerlendirilmesi ve onkolojik sonuçların öngörülmesi için ideal bir belirteç olabilir. Güncel kılavuzlar PSMA PET görüntülemeyi metastatik hastalığın takibinde görülen "PSMA alevlenmeleri" ve PSA ile uyumsuz tedavi yanıtları sebebi ile önermemektedir [4]. PSMA PET'in metastatik hastalığın takibinde daha etkin bir role sahip olabilmesi için "PSMA alevlenmeleri"nin biyolojik sebepleri ve zamanlamasının anlaşılmasına ve PSMA PET'in üstün tanısal kapasitesinin onkolojik sonuçlara etkisini değerlendiren çalışmalara ihtiyaç vardır.

Seri PSMA PET çalışmaları (tedavi öncesi ve tedavi sonrası en az 1 kontrol PSMA PET görüntüleme) metastatik lezyonların PSMA ekspresyonlarının anti-androjen tedaviler ile nasıl etkilendiği ve PSMA PET görüntülemenin metastatik hastalığın takibindeki rolü hakkında çok değerli bilgiler vermektedir. Çeşitli preklinik çalışmalarda androjen deprivasyon tedavisi ve enzalutamid gibi yeni jenerasyon androjen deprivasyon tedavileri ile PSMA ekspresyonunda alevlenme gerçekleştiği görülmüştür [5-7]. Bu bulgular klinik çalışmalar ile desteklenmiştir. ADT sonrası erken dönemde (tedavi sonrası ilk 3 ay), PSMA alevlenmeleri ya da heterojen PSMA yanıtları görülmüştür [8-10]. Metastatik kastrasyon rezistan prostat kanseri (mKRPK) olan hastalarda kısa dönem abirateron ve enzalutamid sonrası PSMA tutulumunda artış ve heterojen PSMA yanıtları bildirilmiştir [10, 11]. PSMA alevlenmesi ve heterojen PSMA yanıtları, çalışmalarda tedavi sonrası ilk 3 ayda olan erken olaylar olarak görülmektedir. Bu sebeple yakın zamanda yayınlanan bir konsensus bildirisinde PSMA PET görüntülemenin tedavi sonrası ilk 3 aydan sonra çekilmesini önerilmiştir [12]. Literatürde 3 aydan daha uzun süre sonra takip PSMA PET çekilen hastalarda, tedavi yanıtı görülmüş ise PSMA ekspresyonunda anlamlı azalma görülmüştür [13, 14].

Son dönemde yayınlanan faz-3 VISION çalışmasında mKRPK olan hastalarda standart tedaviye 177Lu-PSMA-617 radyoligand tedavi (RLT) eklenmesinin genel sağkalım ve progresyonsuz sağkalım avantajı sağladığı gösterilmiştir ve bu sebeple 177Lu-PSMA-617 RLT FDA onayını almıştır [15]. 177Lu-PSMA RLT alacak hastaların klinik pratikte rutin olarak PSMA PET ile değerlendirilmesi nedeniyle PSMA PET ilişkili parametrelerin tedaviden fayda görecek hastaların seçilmesinde ve tedavi yanıtını değerlendirmedeki rolü sıklıkla bu hasta grubunda araştırılmıştır. Yakın zamanda Gafita ve ark. 177Lu-PSMA-617 RLT alan hastalarda onkolojik sonuçları öngörmek için nomogramlar geliştirmiştir. Tedavi öncesi PSMA PET'teki tümör SUVmax değeri genel sağkalım (GS), PSA-progresyonsuz sağkalım ve ≥%50 PSA yanıtını öngörmek için geliştirilen her 3 nomogramda bağımsız prediktör olarak bulunmuştur [16]. 177Lu-PSMA-617 RLT dışındaki tedavilerin yanıtında PSMA PET ilişkili parametrelerin onkolojik sonuçlara etkisini araştıran birkaç çalışma da yayınlanmıştır. Bu çalışmaların ikisinde mPK için taksan bazlı kemoterapi / yeni jenerasyon anti-androjen tedavi alan hastalarda tedavi sonrası PSMA yanıtının (metabolik tümör volüm yanıtı ve SUVmax yanıtı) daha uzun GS ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [17, 18].

PSMA PET görüntülemenin tedavi yanıtındaki etkinliğini değerlendiren çalışmalarda sıklıkla PSMA yanıtının PSA yanıtı ile uyumu değerlendirilmiştir. Yakın zamanda PSMA yanıtı ile PSA yanıtı arası uyumu değerlendiren bir meta-analizde PSA-PSMA uyumu toplu değerlendirmede 0.73 (%95 GA; 0.67-0.79) bulunmuştur [19]. Hastaların yaklaşık yüzde 25'inde görülen bu uyumsuz yanıtın sebebi metastatik lezyonlarda görülen PSMA "alevlenmeleri" olabileceği gibi çeşitli metastatik lezyonların sistemik tedaviye verdikleri kendi içlerinde uyumsuz yanıt ya da metastaz-primer tümörün tedaviye verdiği uyumsuz yanıt da olabilir. Sistemik tedavi sonrası PSMA PET ile değerlendirme, PSMA kılavuzlu tedavilerin önünü açarak daha iyi onkolojik sonuçların alınmasını sağlayabilir.

Metastatik prostat kanserinde tedavi yanıtını standardize edebilmek için günümüzde çeşitli kriterler öne sürülmüştür. Bu kriterler içinde Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) 1.1, The University of Texas MD Anderson (MDA), metabolic PET evaluation response in solid tumors (PERCIST) ve European Organization for Research and Treatment (EORTC) kriterleri konvansiyonel görüntüleme yöntemleri ve FDG PET/BT için geliştirilmiş ancak tedavi yanıtını değerlendirmek için PSMA PET görüntülemeye uyarlanmıştır [20-23]. PSMA PET Progression (PPP) ve Response Evaluation Criteria In PSMA-Imaging (RECIP) 1.0 kriterleri tedavi yanıtını değerlendirmek için PSMA PET/BT için geliştirilmiştir. Yukarıda bahsedilen çeşitli kriterlerin başarısını karşılaştıran çalışmalarda tedavi yanıtını değerlendirmede moleküler yanıt kriterlerinin morfolojik kriterlerden üstün olduğu göstermiştir [24, 25]. PSMA PET yanıt kriterlerin klinik pratikte daha yaygın kullanılabilmesi için prospektif validasyon çalışmaları ile desteklenmesi gerekmektedir.

REFERANSLAR:

1. Scher HI, Morris MJ, Stadler WM, Higano C, Basch E, Fizazi K, et al. Trial Design and Objectives for Castration-Resistant Prostate Cancer: Updated Recommendations From the Prostate Cancer Clinical Trials Working Group 3. J Clin Oncol. 2016;34:1402-18.
2. Esen T, Kilic M, Seymen H, Acar O, Demirkol MO. Can Ga-68 PSMA PET/CT replace conventional imaging modalities for primary lymph node and bone staging of prostate cancer? Eur Urol Focus. 2020;6:218-20.
3. Hofman MS, Lawrentschuk N, Francis RJ, Tang C, Vela I, Thomas P, et al. Prostate-specific membrane antigen PET-CT in patients with high-risk prostate cancer before curative-intent surgery or radiotherapy (proPSMA): a prospective, randomised, multicentre study. Lancet. 2020;395:1208-16.
4. N. Mottet PC, R.C.N. van den Bergh, E. Briers, Expert Patient Advocate (European Prostate Cancer Coalition/Europa UOMO), M. De Santis, S. Gillessen, J. Grummet, A.M. Henry, T.H. van der Kwast, T.B. Lam, M.D. Mason, S. O'Hanlon, D.E. Oprea-Lager, G. Ploussard, H.G. van der Poel, O. Rouvière, I.G. Schoots. D. Tilki, T. Wiegel Guidelines Associates: T. Van den Broeck, M. Cumberbatch, A. Farolfi, N. Fossati, G. Gandaglia, N. Grivas, M. Lardas, M. Liew, L. Moris, P-P.M. Willemse. EAU - EANM - ESTRO - ESUR - ISUP - SIOG Guidelines on Prostate Cancer. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands; 2021.
5. Vaz S, Hadaschik B, Gabriel M, Herrmann K, Eiber M, Costa D. Influence of androgen deprivation therapy on PSMA expression and PSMA-ligand PET imaging of prostate cancer patients. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2020;47:9-15.
6. Kranzbuhler B, Salemi S, Umbricht CA, Muller C, Burger IA, Sulser T, et al. Pharmacological upregulation of prostate-specific membrane antigen (PSMA) expression in prostate cancer cells. Prostate. 2018;78:758-65.
7. Luckerath K, Wei L, Fendler WP, Evans-Axelsson S, Stuparu AD, Slavik R, et al. Preclinical evaluation of PSMA expression in response to androgen receptor blockade for theranostics in prostate cancer. EJNMMI Res. 2018;8:96.
8. Aggarwal R, Wei X, Kim W, Small EJ, Ryan CJ, Carroll P, et al. Heterogeneous Flare in Prostate-specific Membrane Antigen Positron Emission Tomography Tracer Uptake with Initiation of Androgen Pathway Blockade in Metastatic Prostate Cancer. Eur Urol Oncol. 2018;1:78-82.
9. Ettala O, Malaspina S, Tuokkola T, Luoto P, Loyttyniemi E, Bostrom PJ, et al. Prospective study on the effect of short-term androgen deprivation therapy on PSMA uptake evaluated with (68)Ga-PSMA-11 PET/MRI in men with treatment-naive prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2020;47:665-73.
10. Emmett L, Yin C, Crumbaker M, Hruby G, Kneebone A, Epstein R, et al. Rapid Modulation of PSMA Expression by Androgen Deprivation: Serial (68)Ga-PSMA-11 PET in Men with Hormone-Sensitive and Castrate-Resistant Prostate Cancer Commencing Androgen Blockade. J Nucl Med. 2019;60:950-4.
11. Rosar F, Neher R, Burgard C, Linxweiler J, Schreckenberger M, Hoffmann MA, et al. Upregulation of PSMA Expression by Enzalutamide in Patients with Advanced mCRPC. Cancers (Basel). 2022;14.
12. Fanti S, Goffin K, Hadaschik BA, Herrmann K, Maurer T, MacLennan S, et al. Consensus statements on PSMA PET/CT response assessment criteria in prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2021;48:469-76.
13. Tseng JR, Chang SH, Wu YY, Fan KH, Yu KJ, Yang LY, et al. Impact of Three-Month Androgen Deprivation Therapy on [68Ga]Ga-PSMA-11 PET/CT Indices in Men with Advanced Prostate Cancer-Results from a Pilot Prospective Study. Cancers (Basel). 2022;14.
14. Afshar-Oromieh A, Debus N, Uhrig M, Hope TA, Evans MJ, Holland-Letz T, et al. Impact of long-term androgen deprivation therapy on PSMA ligand PET/CT in patients with castration-sensitive prostate cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2018;45:2045-54.
15. Sartor O, de Bono J, Chi KN, Fizazi K, Herrmann K, Rahbar K, et al. Lutetium-177-PSMA-617 for Metastatic Castration-Resistant Prostate Cancer. N Engl J Med. 2021;385:1091-103.
16. Gafita A, Calais J, Grogan TR, Hadaschik B, Wang H, Weber M, et al. Nomograms to predict outcomes after (177)Lu-PSMA therapy in men with metastatic castration-resistant prostate cancer: an international, multicentre, retrospective study. Lancet Oncol. 2021.
17. Shagera QA, Artigas C, Karfis I, Critchi G, Martinez Chanza N, Sideris S, et al. (68)Ga-PSMA PET/CT for response assessment and outcome prediction in metastatic prostate cancer patients treated with taxane-based chemotherapy. J Nucl Med. 2021.
18. Zukotynski KA, Emmenegger U, Hotte S, Kapoor A, Fu W, Blackford AL, et al. Prospective, Single-Arm Trial Evaluating Changes in Uptake Patterns on Prostate-Specific Membrane Antigen-Targeted (18)F-DCFPyL PET/CT in Patients with Castration-Resistant Prostate Cancer Starting Abiraterone or Enzalutamide. J Nucl Med. 2021;62:1430-7.
19. Han S, Woo S, Kim YI, Lee JL, Wibmer AG, Schoder H, et al. Concordance between Response Assessment Using Prostate-Specific Membrane Antigen PET and Serum Prostate-Specific Antigen Levels after Systemic Treatment in Patients with Metastatic Castration Resistant Prostate Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. Diagnostics (Basel). 2021;11.
20. Schwartz LH, Litiere S, de Vries E, Ford R, Gwyther S, Mandrekar S, et al. RECIST 1.1-Update and clarification: From the RECIST committee. Eur J Cancer. 2016;62:132-7.
21. Wahl RL, Jacene H, Kasamon Y, Lodge MA. From RECIST to PERCIST: Evolving Considerations for PET response criteria in solid tumors. J Nucl Med. 2009;50 Suppl 1:122S-50S.
22. Young H, Baum R, Cremerius U, Herholz K, Hoekstra O, Lammertsma AA, et al. Measurement of clinical and subclinical tumour response using [18F]-fluorodeoxyglucose and positron emission tomography: review and 1999 EORTC recommendations. European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) PET Study Group. Eur J Cancer. 1999;35:1773-82.
23. Costelloe CM, Chuang HH, Madewell JE, Ueno NT. Cancer Response Criteria and Bone Metastases: RECIST 1.1, MDA and PERCIST. J Cancer. 2010;1:80-92.
24. Gafita A, Rauscher I, Fendler WP, Murthy V, Hui W, Armstrong WR, et al. Measuring response in metastatic castration-resistant prostate cancer using PSMA PET/CT: comparison of RECIST 1.1, aPCWG3, aPERCIST, PPP, and RECIP 1.0 criteria. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2022.
25. Gupta M, Choudhury PS, Rawal S, Goel HC, Rao SA. Evaluation of RECIST, PERCIST, EORTC, and MDA Criteria for Assessing Treatment Response with Ga68-PSMA PET-CT in Metastatic Prostate Cancer Patient with Biochemical Progression: a Comparative Study. Nucl Med Mol Imaging. 2018;52:420-9.

SS-47

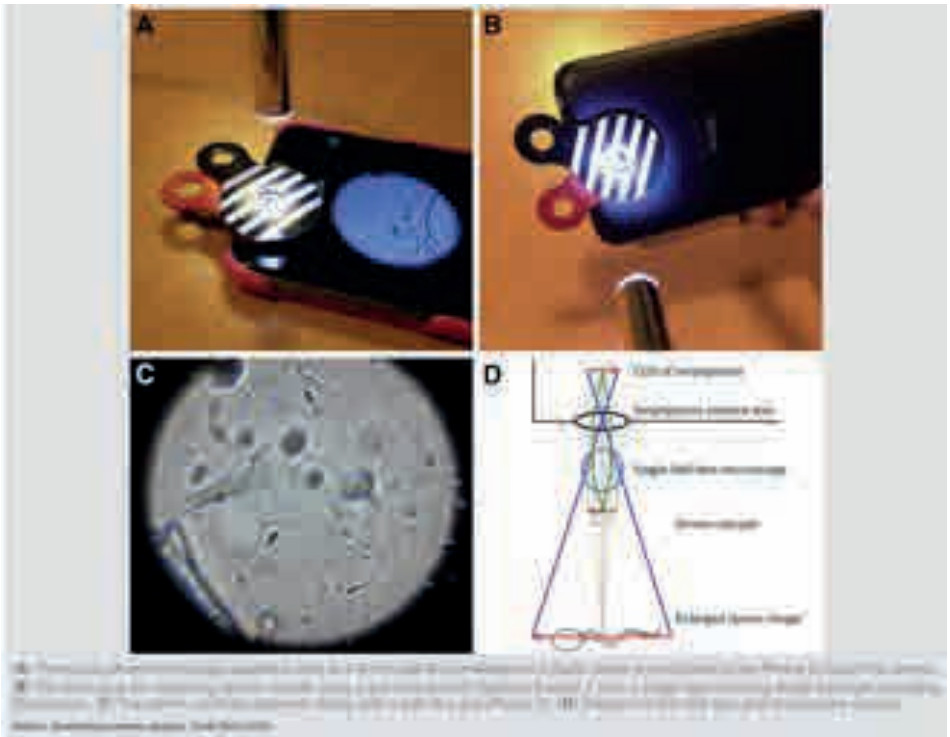
EV ORTAMINDA AKILLI TELEFONLARLA SEMEN ANALİZİ YAPILMASI MÜMKÜN MÜ? FERTİLİTE DEĞERLENDİRİLMESİNDE KULLANILABİLİR Mİ?

GÖKHAN ÇEKER

İnfertilite, cinsel olarak aktif, kontraseptif kullanmayan bir çiftin 1 yıl içinde spontan gebelik elde edememesidir (1). Dünya genelinde çiftlerin %8-12'sini etkilediği ve çiftlerin yaklaşık %50'sinde erkek faktörünün birincil veya katkıda bulunan neden olduğu tahmin edilmektedir (2). Manuel mikroskopik semen değerlendirmesi ve bilgisayar destekli semen analizi (CASA), erkek infertilitesinin teşhisinde kullandığımız mevcut standart yöntemlerdir. Ancak bu yöntemler yoğun iş gücü gerektiren, pahalı ve laboratuvar temelli değerlendirmelerdir. Erkek infertilitesi değerlendirilmesi amaçlı testlere karşı özellikle sınırlı kaynaklara sahip Afrika ülkelerinde kültürel ve sosyal olarak baskın damgalanma korkusu çok sayıda erkeğe infertilite testi yaptırılmasını engellemektedir (3). Araştırmacılar bu sebeplerle temel semen analizinin sperm konsantrasyonu ve hareketliliğinin ev ortamında kişinin kendisi tarafından kantitatif ölçümü için tasarlanmış akıllı cep telefonları tabanlı semen analiz cihazları geliştirmişlerdir. Ev ortamında kişinin kendi başına temel semen değerlendirmesinde bakılan toplam sayı, konsantrasyon ve hareketini akıllı telefonlar, bu telefonlara yüklenen uygulamalar ve telefon kamerası ile bağlantılı semen örneğinin içerisine koyulduğu aparatlar sayesinde bakılabilmektedir. Verileri CASA yöntemi ve manuel mikroskop ölçümleri ile koreledir.

2015 yılından itibaren bu alanda cihazlar üretilmeye başlanmış ve FDA onaylı kullanılanları da mevcuttur. Bu araştırmaların ilkini Yoshitomo Kobori ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada tek küre lensli mikroskop ve akıllı telefon ile erkek infertiltesi değerlendirildi (4). Gönüllülerden elde edilen toplam 50 semen numunesi, 0.8 mm'lik bir top lens ve üç tip akıllı telefon (iPhone 5s, iPhone 6s ve LG Optimus Exceed2) ile total sayı, konsantrasyon ve motilite açısından analiz edildi. Laboratuvar tabanlı bilgisayar destekli sperm analizi (CASA) sistemi ile elde edilen sonuçlarla karşılaştırmalar yapıldı. Sperm konsantrasyonu CASA sonuçlarıyla çok güçlü bir korelasyon gösterdi. Aynı şekilde sperm motilitesi de CASA ile anlamlı korelasyonlar gösterdi.

Ticari bir akıllı telefona takılan plastik bir kılıfın içine yerleştirilmiş 0,8 mm çapında tek küre lens ile oluşturulmuş bir Leeuwenhoek mikroskobu geliştirildi. Tek küreli mercek için, optik performansın temel ölçüleri bilye yarıçapı (r), kırılma indeksi (n), etkin odak uzaklığı (EFL) ve büyütme (MAG) cinsinden tanımlanabilir. 0,8 mm çaplı bir küresel lens için net görüş mesafesi 250 mm olduğundan:



EFL = n x r/2 (n-1) ≈ 0,45
MAG= 250 / EFL≈ 555

Bu yaklaşık olarak 555 katlık bir büyütme sağlıyordu. Küresel mercek küçüldükçe büyütme daha büyük olur. 0,8 mm küresel lens seçildi çünkü bu büyütme sperm boyutunu görmek için yeterliydi. Bu yöntem, ışık kaynağı olarak ortam aydınlatmasını kullanır ve özel bir ışık kaynağının dahil edilmesini gerektirmez. Bu çalışmada, semen örnekleri küçük bir tek ışık yayan diyotlu el feneri ile arkadan aydınlatılmıştır. Akıllı telefonun kamerasında tek küre lensle büyütülmüş bir sperm görüntüsü fotoğraflandı. Resim, bir akıllı telefon kamerasının şarj bağlantılı cihaz görüntü sensörü tarafından 3 saniye boyunca kaydedildi.

Hareketli ve statik spermler, video klipler çekildikten sonra akıllı telefona bağlı büyütülmüş bir kişisel bilgisayar ekranında (MacBook Pro Retina 13 inç; Apple) manuel olarak sayıldı. Kişisel bilgisayar ekranında sadece başı ve kuyruğu olan bütün spermler sayıldı. Motilite, hareketli sperm sayısının toplam sperm sayısına bölünmesiyle hesaplandı. Her numune için üç farklı alanda sperm sayıldı ve sonuçların ortalaması alındı.

Bir iPhone 6s'nin görüş alanında sekiz veya daha az sperm bulunursa, semen örneklerinin, Dünya Sağlık Örgütü 2010 kılavuzunun sperm konsantrasyonu için alt referans sınırının (15 x 106 spermatozoa/mL) altında olduğu kabul edildi. Çalışma sonunda duyarlılık %87,5 ve özgüllük %90,9 idi.

Diğer bir çalışmada Kyu Shik Kim ve ark. tarafından mobil bir uygulama olan O`VIEW-M® sperm testinin COVID döneminde kullanılışı değerlendirildi (5). Oview-M aplikasyonu ile sperm sayı ve hareket değerlendirilmesi mikroskop altında manuel değerlerle kıyas edilmiş ve sonuçlar istatistiki fark olmayacak kadar benzer çıkmıştır. Korelasyon analizi değerlendirmesinde OVIEW-M testleri ($r = 0.893$, $p < 0,01$) ve standart mikroskop muayenesinin ($r = 0.883$, $p < 0,01$) sperm sayısı ve sperm motilitesi arasında önemli korelasyonlar olduğunu gösterdi.

Sonuç olarak akıllı telefonlar, taşınabilir olmaları, mükemmel dijital kameralar içermeleri ve bir mikroskoba kolayca bağlanabilmeleri nedeniyle semen analizinde büyük potansiyele sahiptir. Tek küreli mercek mikroskobu ucuzdur ve dijital mikroskobik filmler elde etmek için kullanımı kolaydır. Küçük boyutu ve ağırlığı göz önüne alındığında, cihaz evde veya sahada erkek fertilitesi değerlendirme testlerini destekleyebilir ve bu da onu mevcut uygulamadan çok daha uygun ve ekonomik hale getirebilir.

REFERANSLAR

1. WHO, 2000, Cambridge University Press: Cambridge. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/9780521431361/en/
2. Agarwal, Ashok, et al. "Male infertility." The Lancet 397.10271 (2021): 319-333.
3. Kanakasabapathy, M. K., Sadasivam, M., Singh, A., Preston, C., Thirumalaraju, P., Venkataraman, M., ... & Shafiee, H. (2017). An automated smartphone-based diagnostic assay for point-of-care semen analysis. Science translational medicine, 9(382), eaai7863.
4. Kobori, Y., Pfanner, P., Prins, G. S., & Niederberger, C. (2016). Novel device for male infertility screening with single-ball lens microscope and smartphone. Fertility and Sterility, 106(3), 574-578.
5. Kim, K. S., Kim, J. H., Roh, J. H., Kim, D., Kim, H. M., & Jo, J. K. (2022). Ability and accuracy of the smartphone-based OVIEW-M® sperm test: Useful tool in the era of Covid-19. PloS one, 17(6), e0269894.

SS-48

PERKÜTAN CERRAHİDE BİTMEYEN TARTIŞMA: PRON MU? SUPİN Mİ?

ENGİN DENİZHAN DEMİRKIRAN

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak

Perkütan renal cerrahi Fernstrom ve Johansson tarafından 1976 yılında tanımlandıktan sonra büyük taşlarda açık cerrahinin yerini almış ve standart tedavi olmuştur. (1) Teknolojideki gelişmeler ve minyatürizasyon süreci sonunda perkütan cerrahi her boyutta renal taşta yapılır hale gelmiştir. 1987 yılında Valdivia Urìa tarafından ürologların daha alışkın olduğu supin pozisyonda perkütan cerrahi yapılmasıyla başlayan tartışma yıllar içinde supin perkütan cerrahinin yaygınlaşmasıyla daha da büyümüştür. (2) Sonrasında supin pozisyonun birçok modifikasyonu tanımlanmış olsa da operasyon aynı temel prensipler içerisinde yapılmaya devam edilmiştir.

Uzun yıllardır pron cerrahi yapılması nedeniyle bu pozisyondaki toplam tecrübe daha fazla olmakla beraber supin pozisyonu tercih edenlerin ön plana çıkardıkları bazı avantajlı durumlar sonrası optimal perkütan cerrahi pozisyonu arayışı ortaya çıkmıştır.

Pron pozisyonun avantajları içerisinde zamanla geliştirilen pron pozisyon modifikasyonları ile hastaların havayolu basınçlarının daha düşük olduğu ön plana çıkarılmıştır. (3) Ayrıca eş zamanlı bilateral perkütan cerrahi uygulanması düşünülen hastalarda pron cerrahi modifiye supin pozisyonlara belirglin üstünlük göstermektedir. Bunların yanında böbreğe ulaşım traktının supin pozisyona göre daha kısa olması nedeniyle özellikle obez hastalarda avantaj sağlamaktadır. (4)

Pron pozisyonun dezavantajları arasında ise eş zamanlı üreteroskopi gerekecek hastalar için Prone-flexed, split-leg gibi modifiye pron pozisyonlar ya da önden yerleştirilen bir üreteral akses kılıf gereksinimi gösterilmektedir. Bunun yanında pozisyona bağlı vena cava inferior basısı sonucunda venöz dönüş bozulur, tromboemboli yatkınlığı artar ve kalp hızı ile kan basıncı düşer. (5) Yine pron pozisyon nedenli göğüs kafesi basısı sonucu solunum kısıtlanır, havayolu tepe basıncı artar ancak bunun yanında sağlıklı ve obezlerde fonksiyonel rezidüel kapasite ve oksijenizasyonun da arttığı bildirilmiştir. (6–8) Pron pozisyondaki bası noktaları nedeniyle yüz ve göz komplikasyonları izlenebilmektedir. Retrorenal kolon ile karşılaşma ve hasarlama ihtimali de pron pozisyonda %3-6.8 iken supin pozisyon için %0-2 olarak saptanmıştır. (9,10)

Supin pozisyonda perkütan cerrahinin avantajları incelenecek olursa operasyonu retrograd intrarenal cerrahi ile destekleyebilme ve kombine intrarenal cerrahi yapabilme kolaylığının yanı sıra hemodinamik ve ventilasyon parametrelerinde daha az değişiklik ortaya çıkması gösterilebilir. (11) Alt pol aksesler ile üst poldeki taşlara ulaşma açısından da supin pozisyonun %80'e %20'lik bir üstünlük sağladığı bildirilmiştir. (12,13) Ponksiyonun artan tecrübe ile birlikte prona göre daha kolay olması ve tekrarlanabilirliğin yüksekliği yanı sıra yerçekimi sayesinde daha düşük böbrek içi basınç ve daha az enfektif komplikasyonlar da görülmektedir. Bir çok çalışmada supin pozisyonda operasyon süresi daha kısa olarak bulunmuştur. Vakum temizleme etkisi ya da girdap etkisi olarak adlandırılan durum ile taş çıkarılması esnasında forseps kullanımı gerekmemesi de yine supin pozisyonun avantajı olarak öne çıkmaktadır. Cerrah konforunu artırmak adına oturarak çalışmaya izin vermesi, operasyon süresince cerrahın radyasyon maruziyetinin azalması ve ellerinin skopi sahasına girmemesi de supin lehine bulgular arasındadır.(14)

Supin pozisyonun dezavantajlı olduğu konuların içerisinde ise tamamen supin pozisyon yerine çoğunlukla modifiye pozisyonlar kullanıldığı için farklı vücut bölgelerinin basıya maruz kalması ve bu modifiye pozisyonlarda eş zamanlı bilateral PCNL yapılamaması göze çarpmaktadır. Bunlara ek olarak supin pozisyonda toplayıcı sistemin daha distandü olması, inferior kalikslerin opak madde ile daha geç dolması, böbreğin hipermobil olması ve giriş traktının daha uzun olması akses aşamasını zorlaştırmaktadır. (15)

Pron perkütan nefrolitotomi öğrendikten sonra supin tekniğe geçmek isteyen bir cerrahın karşılaşacağı zorlukların başında hastaya optimum pozisyonu verebilmek ve operasyon öncesi anatomik işaret noktalarının doğru çizimi gelmektedir. Akses sağlarken skopiyi farklı açılarda kullanmaya alışmak ve alışılagelmişin tam tersi yönde iğne hareketleri de öğrenme eğrisinde karşılaşılan sorunlardandır. Cerrah supin pozisyonda hipermobil böbreği sabitlemeye ve daha uzun akses traktları ile çalışmaya alışkın hale geldiğinde operasyon süresi oldukça kısalmaktadır.

Literatürdeki meta analizler ışığında iki pozisyon karşılaştırıldığında 2011 yılındaki CROES çalışması sonucunda supin kolda daha az vaka (%20) olmasına rağmen ateş ve transfüzyon açısından supin avantajı iken operasyon süresi, taşsızlık ve başarılı cerrahi yönlerinden pron pozisyon ön planda bulunmuştur. Ayrıca coğrafi bölgelere göre pozisyon trendleri incelendiğinde Güney Afrika'dan çalışmaya katılan vakaların %98,5 oranında supin pozisyonda olduğu dikkat çekmektedir. (16)

Falahatkar ve ark. 2016 yılında yayınladıkları meta analizde ise operasyon süresi, taşsızlık, komplikasyon oranları, yatış süresi ve idrar kaçağı benzer bulunurken transfüzyon ve ateş supin kolda daha az bulunmuştur.(17) Aynı yıl Yuan ve ark. tarafından yayınlanan meta analizde ise operasyon süresi ve kan transfüzyon oranları açısından supin; taşsızlık açısından ise pron avantajlı bulunmuştur. (18)

2019'da Li ve ark. meta analizlerinde taşsızlık, yatış süresi ve komplikasyon oranlarını benzer olarak raporlamışlardır. Bunun yanında supin kolda operasyon süresi daha kısa ve postoperatif ateş daha az bulunmuştur. (19) 2020 yılında yayınlanan en güncel meta analizde ise yatış süresi ve operasyon süresi benzer bulunmuştur. Major komplikasyonlar açısından supin, taşsızlık açısından da pron pozisyon avantajlı olarak bildirilmiştir. (20)

Ancak tüm bu veriler sonrasında bile cerrahın tecrübesi ve tercihleri devreye girdiğinde pozisyon ile ilgili net bir sonuca varmak mümkün olmamaktadır. Bu nedenle perkütan cerrahide pozisyon seçiminde tek bir doğru bulunmamaktadır. Cerrah, hasta özelinde optimal sonuca ulaşmak için en uygun perkütan cerrahi pozisyonuna karar vermelidir.

KAYNAKÇA

1. Fernstrom I, Johansson B. Percutaneous pyelolithotomy. A new extraction technique. Scandinavian journal of urology and nephrology. Scand J Urol Nephrol; 1976;10(3): 257–259. doi:10.1080/21681805.1976.11882084
2. Valdivia Uría JG, Lachares Santamaría E, Villarroya Rodríguez S, et al. [Percutaneous nephrolithectomy: simplified technic (preliminary report)]. Archivos espanoles de urologia. Spain; 1987;40(3): 177–180.
3. Shrewsberry A, Gerhard S, Solomon T, et al. 1984 The Effect Of Prone-Flexed Positioning On Airway Pressures During Percutaneous Nephrolithotomy (Pcnl). 2013; doi:10.1016/j.juro.2013.02.2403
4. Fuller A, Razvi H, Denstedt JD, et al. The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study: Outcomes in the morbidly obese patient – a case control analysis. Canadian Urological Association Journal. Canadian Urological Association; 2014;8(5–6): E393. doi:10.5489/CUAJ.2258
5. Edgcombe H, Carter K, Yarrow S. Anaesthesia in the prone position. [Online] British Journal of Anaesthesia. Br J Anaesth; 2008. p. 165–183. doi:10.1093/bja/aem380
6. Pelosi P, Croci M, Calappi E, et al. The prone positioning during general anesthesia minimally affects respiratory mechanics while improving functional residual capacity and increasing oxygen tension. Anesthesia and analgesia. Anesth Analg; 1995;80(5): 955–960. doi:10.1097/00000539-199505000-00017
7. Siev M, Motamedinia P, Leavitt D, et al. Does Peak Inspiratory Pressure Increase in the Prone Position? An Analysis Related to Body Mass Index. The Journal of Urology. No longer published by Elsevier; 2015;194(5): 1302–1307. doi:10.1016/J.JURO.2015.05.015
8. Pelosi P, Croci M, Calappi E, et al. Prone positioning improves pulmonary function in obese patients during general anesthesia. Anesthesia and analgesia. Anesth Analg; 1996;83(3): 578–583. doi:10.1097/00000539-199609000-00025
9. Tuttle DN, Yeh BM, Meng M V., et al. Risk of injury to adjacent organs with lower-pole fluoroscopically guided percutaneous nephrostomy: evaluation with prone, supine, and multiplanar reformatted CT. Journal of vascular and interventional radiology : JVIR. J Vasc Interv Radiol; 2005;16(11): 1489–1492. doi:10.1097/01.RVI.0000175331.93499.44
10. Sharma G, Jangid DK, Yadav SS, et al. Retro-renal colon: role in percutaneous access. Urolithiasis. 2015;43(2): 171–175. doi:10.1007/s00240-014-0733-5
11. Al-Dessoukey AA, Moussa AS, Abdelbary AM, et al. Percutaneous nephrolithotomy in the oblique supine lithotomy position and prone position: a comparative study. Journal of endourology. United States; 2014;28(9): 1058–1063. doi:10.1089/end.2014.0078
12. Sofer M, Giusti G, Proietti S, et al. Upper Calyx Approachability through a Lower Calyx Access for Prone Versus Supine Percutaneous Nephrolithotomy. The Journal of urology. J Urol; 2016;195(2): 377–382. doi:10.1016/J.JURO.2015.07.101
13. Singh V, Garg Y, Sharma K, et al. Prospective randomized comparison between superior calyceal access versus inferior calyceal access in PCNL for inferior calyceal stones with or without pelvic stones. Urolithiasis. Springer Verlag; 2016;44(2): 161–165. doi:10.1007/S00240-015-0805-1/TABLES/3
14. Shoma AM, Eraky I, El-Kenawy MR, et al. Percutaneous nephrolithotomy in the supine position: technical aspects and functional outcome compared with the prone technique. Urology. Elsevier; 2002;60(3): 388–392. doi:10.1016/S0090-4295(02)01738-7
15. Gülpinar B, Akinci A, Süer E, et al. Prospective evaluation of kidney displacement during supine mini-percutaneous nephrolithotomy: Incidence, significance, and analysis of predictive factors. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada. Can Urol Assoc J; 2018;12(11): E475–E479. doi:10.5489/CUAJ.5247
16. Valdivia JG, Scarpa RM, Duvdevani M, et al. Supine versus prone position during percutaneous nephrolithotomy: a report from the clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study. Journal of endourology. J Endourol; 2011;25(10): 1619–1625. doi:10.1089/END.2011.0110
17. Falahatkar S, Mokhtari G, Teimoori M. An Update on Supine Versus Prone Percutaneous Nephrolithotomy: A Meta-analysis. Urology journal. Iran; 2016;13(5): 2814–2822.
18. Yuan DB, Liu Y Da, Rao HF, et al. Supine Versus Prone Position in Percutaneous Nephrolithotomy for Kidney Calculi: A Meta-Analysis. Journal of endourology. J Endourol; 2016;30(7): 754–763. doi:10.1089/END.2015.0402
19. Li J, Gao L, Li Q, et al. Supine versus prone position for percutaneous nephrolithotripsy: A meta-analysis of randomized controlled trials. International journal of surgery (London, England). Int J Surg; 2019;66: 62–71. doi:10.1016/J.IJSU.2019.04.016
20. Birowo P, Tendi W, Widyahening IS, et al. Supine versus prone position in percutaneous nephrolithotomy: A systematic review and meta-analysis. F1000Research. F1000 Research Ltd; 2020;9. doi:10.12688/f1000research.22940.3

SS-49

PROSTAT KANSERİNDE SENTİNEL LENF NODU DİSEKSİYONU; PREKLİNİK BULGULARDAN SAĞKALIM AVANTAJINA

OKTAY ÖZMAN

Pelvik lenf nodu diseksiyonu(PLND) orta-yüksek riskli prostat kanserinin(PK) yönetiminde kritik bir role sahiptir. Görüntüleme yöntemlerinin yetersiz olduğu lenf nodu evrelemesinde altın standart genişletilmiş (g)PLND'dir [1]. Fakat prostat dokusu, %30 oranında genişletilmiş diseksiyon sahası dışında bir lenfatik drenaj paterni gösterebilmektedir [2]. Anormal drenaj yollarına yayılmış kanser dokusunun varlığı, standart yaklaşımla yaklaşık %8-13 oranında yetersiz evrelemeye yol açmaktadır [3]. Bir yardımcı yaklaşım olarak sentinel lenf nodu diseksiyonu(sLND), hastaya özgü lenfatik drenaj yollarının izini sürmek ve sentinel lenf nodunun yerleşimine göre uyarlanmış bir PLND planı geliştirmek için ortaya atılmıştır. Her geçen gün gelişen tracerlar, SPECT-BT ve görüntü yardımlı cerrahi (floresan ya da radyasyon yardımlı) ile desteklenen sLND gerçekten de anatomik ve morfolojik kriterlerin ötesinde bireyselleştirilmiş bir fonksiyonel yaklaşım ihtiyacını karşılayabilecek sonuçlar vaat etmektedir.

Prostat dokusundan genişletilmiş (g)PLND şablonu dışında kalan lenf nodlarına doğru bir lenfatik drenajın varlığı görüntüleme çalışmaları ve hayvan deneyleri ile gösterilmiştir [2,4]. 2018 yılında yayımlanan bir sağkalım çalışmasında gPLND'ye ek olarak sLND uygulanan hastaların biyokimyasal nükssüz sağkalım avantajı elde ettiği saptanmıştır [5]. Yakın zamanda aynı merkezde yürütülen bir başka klinik çalışmanın sağkalım sonuçları mevcut bulguları destekler niteliktedir. Güncel çalışma sağkalım avantajının, gPLND şablonu dışında sentinel lenf nodu saptanan hastalarda daha yüksek olduğu ortaya koymuştur [6].

Yetersiz evrelemeye ve tedaviye yol açması bir yana, bilateral gPLND hastalara yaklaşık %20 oranında komorbidite yüklemektedir. sLND, seçilmiş hastalarda, daha sınırlı ama daha isabetli bir lenf nodu diseksiyonu planı sağlayabilecek tanısal güce sahiptir [7]. Prostatın bir lobunda sınırlı ve tek dominant tümörü olan hastalarda yürütülmekte olan bir çalışmanın erken sonuçları ipsilateral gPLND+kontralateral sLND±PLND yaklaşımının evrelemede standart teknikle kıyaslanabilecek bir doğrulukla uygulanabileceğini göstermektedir [8]. Mevcut bulgulara göre, karşı taraf gPLND kararının çıkarılan sentinel lenf nodlarının frozen-section sonuçlarına göre verilmesi sadece gPLND ile tanı alan pN1 hastaların hepsini bütün pozitif lenf nodlarını yakalayacak şekilde doğru tanılamaktadır.

sLND sadece robot yardımlı radikal prostatektomi (RYRP)+gPLND sırasında değil aynı zamanda definitif radyoterapi(RT) öncesinde de uygulanmakta, böylece tıpkı primer tedavi olarak RP uygulanan hastalar gibi RT öncesi doku tanısı içeren lenf nodu evrelemesi şansı doğmaktadır. sLND ile yapılan lenf nodu evrelemesine göre standart ışınlanma sahasının dışında kalan pozitif lenf nodlarına da RT uygulanmaktadır [9]. Bu yaklaşım ile tedavi edilen hastaların sağkalım sonuçlarının standart RT alan hastalarınki ile karşılaştırıldığı güncel bir çalışmada sLND lehine klinik fayda rapor edilmiştir [10].

Sonuç olarak, sLND prostat kanserinin yönetiminde anlamlı klinik fayda sağlayan ümit verici bir yöntemdir. Fakat mevcut veriler sLND'nin standart bir yaklaşım olarak kabul edilebilmesi için henüz yeterli değildir. Güncel ve devam etmekte olan çalışmaların sağkalım bulguları yakın zamanda bu tekniğin daha yaygın bir şekilde uygulanmasının önünü açabilecek niteliktedir.

REFERANSLAR:

1. Mottet N, van den Bergh RCN, Briers E, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer-2020 Update. Part 1: Screening, Diagnosis, and Local Treatment with Curative Intent. Eur Urol. 2021 Feb;79(2):243-262.
2. Vermeeren L, Meinhardt W, van der Poel HG, Valdés Olmos RA. Lymphatic drainage from the treated versus untreated prostate: feasibility of sentinel node biopsy in recurrent cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging. novembre 2010;37(11):2021–6.
3. Weckermann D, Dorn R, Trefz M, Wagner T, Wawroschek F, Harzmann R. Sentinel lymph node dissection for prostate cancer: experience with more than 1,000 patients. J Urol. marzo 2007;177(3):916–20.
4. Meershoek P, KleinJan GH, van Oosterom MN, et al. Multispectral-Fluorescence Imaging as a Tool to Separate Healthy from Disease-Related Lymphatic Anatomy During Robot-Assisted Laparoscopy. J Nucl Med. 2018 Nov;59(11):1757-1760.
5. Grivas N, Wit EMK, Kuusk T, et al. The Impact of Adding Sentinel Node Biopsy to Extended Pelvic Lymph Node Dissection on Biochemical Recurrence in Prostate Cancer Patients Treated with Robot-Assisted Radical Prostatectomy. J Nucl Med. 2018 Feb;59(2):204-209.
6. Droghetti M, Özman O, Berrens AC, et al. Location-based oncological outcomes of sentinel node dissection during radical prostatectomy: are all sentinel nodes equal? EMUC 2022 Accepted Abstract.
7. Wit EMK, Acar C, Grivas N, et al. Sentinel Node Procedure in Prostate Cancer: A Systematic Review to Assess Diagnostic Accuracy. Eur Urol. 2017 Apr;71(4):596-605.
8. Berrens AC, Droghetti M, Özman O, et al. How to combine lymph node dissection and sentinel node in the best possible way in unilateral prostate cancer: accurate staging and minimal damage. EMUC 2022 Accepted Abstract.
9. Grivas N, Wit E, Pos F, et al. Sentinel Lymph Node Dissection to Select Clinically Node-negative Prostate Cancer Patients for Pelvic Radiation Therapy: Effect on Biochemical Recurrence and Systemic Progression. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2017 Feb 1;97(2):347-354. doi: 10.1016/j.ijrobp.2016.10.016. Epub 2016 Oct 19. PMID: 28068243.
10. H.A. De Barros, N. Grivas, J.J. Duin, et al. A0668 - Oncological outcomes of sentinel lymph node procedure-based radiotherapy versus imaging-based radiotherapy for clinically localized prostate cancer – a multicenter, retrospective, propensity score weighted comparison. European Urology. 2022;81(Supplement 1):996-997.

SS-50

MESANE KANSERİ TEDAVİSİNDE YENİ OYUNCU: ctDNA

M. FATİH ŞİMŞEKOĞLU

Kanser çalışmalarında tarihsel süreçte birkaç alanda paradigma değişimi yaşandı. Bu değişimlerden bir tanesi 1990 yılında başlayan İnsan Genom Projesi'nin 2003 yılında tamamlanması ve genetik temelli birçok çalışmanın kliniğe uyarlanması sayesinde moleküler alanda gerçekleşti. Bu sunumda moleküler kanser çalışmalarında son dönemde etkinliği artan ve kanda serbest dolaşan DNA dizilerinin değerlendirilmesine dayanan circulating tumor DNA (ctDNA) konusu mesane kanseri tedavisi özelinde ele alınmaktadır.

Mesane kanseri erkeklerde en sık görülen yedinci, toplamda ise en sık görülen onuncu kanser türüdür [1]. Hasta karakteristiği, kanser hücrelerine karşı oluşturulan immun yanıt, kanserin genetik altyapısı ve tanı anıda kanserin evresi mesane kanserinde heterojeniteye yol açan önemli faktörlerdir. Bu durum uygun tedavi çeşidi ve tedavi etkinliğinin belirlenmesinde zorluklara yol açmaktadır. Küratif tedavi sonrasında rekürrensin daha spesifik ve erken dönemde tespit edilememesi de bu heterojenitenin bir sonucudur. Moleküler kanser çalışmaları ve ctDNA bu noktada klinisyenlere kanser hücresinin varlığını ve kanserli hücre davranışını daha net bir şekilde ortaya koyma imkânı sunmaktadır.

Klasik moleküler kanser araştırmaları kanserli dokudan alınan biyopsi yoluyla genetik araştırmaların yapılmasına dayanmaktadır. Bu yöntem kendi içerisinde bazı dezavantajlar barındırmaktadır. Doku biyopsisinin kansere dair süreli değil anlık değerlendirme imkânı sunması, kanserli dokuda farklı alanlardaki heterojeniteyi gösterememesi ve zamanla tümör içerisinde gelişebilecek değişimleri saptayamaması bu dezavantajlar arasındadır. Doku biyopsisindeki dezavantajlar moleküler kanser alanında yeni araştırmaların yolunu açmış ve bu sayede ctDNA çalışmaları belirli bir noktaya gelebilmiştir.

Moleküler alanda ctDNA ile ilgili çalışmalar DNA ve nükleik asitlerin hem sağlıklı hem de hasta plazmasında serbest şekilde dolaştığının tespit edilmesi ile ivme kazanmıştır [2]. İnsan plazmasında bu hücre dışı nükleik asitlerin varlığı ilk olarak Mandel ve Metais tarafından 1948 yılında Sistemik Lupus Eritematozis tanılı hastalarda gösterilmiştir [3]. Kanser hastalarında ise ilk olarak 1977 yılında Leon ve arkadaşları plazmada ölçülen ctDNA düzeylerinin kanserli ve sağlıklı kişilerde anlamlı farklılıklar barındırdığını raporlamıştır [4]. ctDNA, ağırlıklı olarak tümör hücrelerinin apoptozu yoluyla salınmakta ve tek bir biyopsiden daha fazla tümör genomunun incelenmesine imkan tanımaktadır. Ayrıca biyopsi yöntemlerine göre non-invaziv olması ve seri ölçümlere imkân sağlaması açısından ciddi avantajlara sahiptir. Günümüzde ctDNA erken tanı, kişiselleştirilmiş tedavi uygulamaları, tedavi direnç mekanizmalarının tespiti, tedavi sonrası rezidüel tümör araştırmaları ve hasta izlemi (rekürrens tespiti) gibi ana alanlarda yaygın olarak kullanılmaktadır.

Kas invaziv mesane kanserinde sistektomi öncesinde neoadjuvan sisplatin bazlı kemoterapi önerilmektedir. Sisplatin bazlı kemoterapi için uygun olmayan hasta grubunda atezolizumab ve pembrolizumab rejimlerinin etkinliklerini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır. Mesane kanserinde neoadjuvan tedavi etkinliğini göstermede ctDNA'nın önemli rolü bulunmaktadır. Neoadjuvan sisplatin için uygun olmayan ve neoadjuvan atezolizumab uygulanan kas invaziv mesane kanserli hastalarda ctDNA'nın etkinliğini araştıran bir çalışmada sıralı ctDNA ölçümlerinin kanser ilişkili sonuçlarla korele olduğu raporlanmıştır. Bu çalışma grubunda ctDNA pozitifliği neoadjuvan öncesi, neoadjuvan sonrası ve sistektomi sonrası sırasıyla %63 (25/40), %47 (14/30) ve %14 (5/36) oranında saptanmıştır. Neoadjuvan tedavi öncesinde ve sonrasında ctDNA negatifliği bulunan hastaların hiçbirinde küratif tedavi sonrası relaps görülmemesi ctDNA'nın prognostik anlamda değerini kanıtlamıştır [5].

Kas invaziv mesane kanserlerinde sistektomi sonrası rekürrens oranları farklı serilerde %20 ile %80 arasında raporlanmıştır [6]. Yine benzer çalışmalarda rekürrensin asemptomatik ve erken dönemde saptanmasının iyi prognoz ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır. ctDNA merkezli çalışmalar sayesinde sistektomi sonrası hasta izlemi ile ilgili önemli gelişmeler sağlanmıştır. Yayımlanan bir diğer çalışmada sistektomi sonrası metastatik relapsı olan hasta grubundaki ctDNA düzeyleri relapsı olmayan gruba göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Bu sayede relapsın ctDNA ölçümleri ile tespitinin mümkün olabileceği vurgulanmıştır [6,7].

Mesane kanseri tedavisinde ctDNA yakın gelecekte daha yaygın ve düşük maliyetle kullanılabilir bir yöntem olma potansiyeli açısından umut vaat etmektedir. Bu sayede kanserin erken evrede tespiti, tespit edilen kanserin kişiselleştirilmiş tedaviler ile ortadan kaldırılması ve tedavi sonrası daha etkin hasta takibi mümkün olabilecektir.

REFERANSLAR:

1. IARC, Estimated number of new cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages.
2. Thierry AR, El Messaoudi S, Gahan PB, et al. Origins, structures, and functions of circulating DNA in oncology. Cancer Metastasis Rev. 2016; 35: 347–376.
3. Mandel P, Metais P. Les acides nucl´eiques du plasma sanguin chez l'homme. C. R. Seances Soc. Biol. Fil.1948; 142: 241–243.
4. Leon SA, Shapiro B, Sklaroff DM, et al. Free DNA in the serum of Cancer patients and the effect of therapy. Cancer Res. 1977; 37: 646–650.
5. Szabados B, Kockx M, Assaf ZJ, et al. Final Results of Neoadjuvant Atezolizumab in Cisplatin-ineligible Patients with Muscle-invasive Urothelial Cancer of the Bladder. Eur Urol. 2022; 82(2): 212-222.
6. Boorjian SA, Tollefson MK, Cheville JC, et al. Detection of asymptomatic recurrence during routine oncological followup after radical cystectomy is associated with improved patient survival. J Urol. 2011;186(5):1796-802.
7. Birkenkamp-Demtröder K, Christensen E, Nordentoft I, et al. Monitoring Treatment Response and Metastatic Relapse in Advanced Bladder Cancer by Liquid Biopsy Analysis. Eur Urol. 2018;73(4):535-540.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SÖZLÜ BİLDİRİLER (SB-1 / SB-240)

SB-1

COVID-19 PANDEMİSİ NEDENİYLE ELEKTİF AMELİYATLARIN DURDURULMASI SIRASINDA KLİNİĞİMİZDE UYGULANAN CERRAHİ PROSEDÜRLERİN TANIMLANMASI VE GEÇMİŞ BENZER DÖNEM İLE KARŞILAŞTIRILMASI

TUNCER BAHÇECİ(1)

1. Şanlıurfa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Şanlıurfa

AMAÇ

Ülkemizde Covid-19 pandemisi nedeniyle Sağlık bakanlığı tarafından mart-haziran 2020 tarihlerinde elektif ameliyatların durdurulması, acil veya semi-elektif vakaların alınması önerilmişti. Biz bu çalışmada bu tarihler arasında hastanemizde acil veya semi-elektif vaka olarak opere edilen hastaların operasyon prosedürlerini tanımlamayı ve Covid-19 öncesi dönemde aynı tarihler arasında yapılan prosedürlerle karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart-Haziran 2019 tarihleri ile Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında hastanemiz üroloji kliniğinde tek doktor tarafından yapılan ameliyatlar retrospektif olarak incelendi. Yapılan ameliyat türleri not edildi. Covid-19 öncesi 3 aylık periyottaki tüm prosedürler (Grup 1) ve Covid-19 döneminde 3 aylık periyottaki acil ve semi-elektif prosedürler (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Ameliyat türleri gruplara göre tanımlandı ve her iki grup karşılaştırıldı.

BULGULAR

Grup 1'de toplam 79 (%76,6) vaka, Grup 2'de 24 (%23,3) vaka saptandı. Covid-19'daki 3 aylık periyotta URS, PNL, internal üretrotomi ameliyatlarında yarıdan fazla azalma izlenirken, endoürolojik prosedürler içerisinde TUR-P ve laparoskopik simple nefrektominin, açık cerrahiler içerisinde ise varikoselektomi ve hidroselektominin elektif prosedürler olmaları nedeniyle yapılmadığı görüldü. Grup 2'de bir hastanın tam obstrükte taşına başarısız URS + JJ stent tatbiki yapılamaması üzerine laparoskopik üreterolitotomi uygulandı. TUR-M operasyon sayısında Grup 2'de ciddi azalma saptandı (sırasıyla %88.8-%11,2). Sistolitripsi ameliyatı her iki grupta eşit saptandı.

SONUÇ

Günlük üroloji pratiğimizde ve azalan sayıda olsa da Covid-19 döneminde de en sık uyguladığımız girişimler endoürolojik prosedürlerdir. Taş hastalıkları ve malignite cerrahileri en sık gerçekleştirdiğimiz semi-elektif cerrahiler olarak saptanmıştır.

-	Grup 1 N, (%)	Grup 2 N, (%)	URS	25 (67.5)
12 (32,5)	PNL	7 (70)	3 (30)	TUR-M
8 (88,8)	1 (11,2)	TUR-P	7 (100)	0 (0)
İnternal üretrotomi	9 (75)	3 (25)	Sistolitotripsi	2 (50)
2 (50)	Laparoskopik Üreterolitotomi	0 (0)	1 (100)	Retrograd Endopiyelolitotomi
0 (0)	1 (100)	Laparoskopik simple nefrektomi	2 (100)	0 (0)
Açık radikal sistektomi	1 (100)	0 (0)	Varikoselektomi	10 (100)
0 (0)	Hidroselektomi	5 (100)	0 (0)	Radikal orşiektomi
2 (66,6)	1 (33,3)	Sistosel onarımı	1 (100)	0 (0)

Operasyon Türleri ve Karşılaştırılması

SB-2

OLGU SUNUMU: ŞİLÖZ KAÇAK, LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİ SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON

SÜLEYMAN ÇAKMAKÇI(1)

1. Özel Bingöl Hastanesi, Üroloji Bölümü, Bingöl

AMAÇ

Laparoskopik nefrektomi sonrası şilöz kaçağa bağlı asit nadir görülen bir durumdur. Şilöz kaçak sisterna şili veya ana lenfatik dalların cerrahi esnasında iatrojenik olarak yaralanması sonucu oluşmaktadır. Önemli sonuçları olabilen şilöz kaçağın erken dönemde tanınması tedavi için önemlidir. Bu olguda taşlı atrofik böbrek nedeniyle transperitoneal laparoskopik nefrektomi yapılan bir hastada postoperatif dönemde görülen şilöz drenajın yönetimini sunmaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM

Yirmisekiz yaşında bayan hasta sol yan ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde daha önce herhangi bir cerrahi müdahale, taş düşürme hikâyesi veya kronik hastalık yoktu. Yapılan sistemik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Rutin laboratuar tetkikleri ve üriner ultrasonografide mikroskopik hematüri ve parankimi incelmiş sol taşlı böbrek saptandı. Bilgisayarlı tomografide solda 7cm staghorn taşı bulunan atrofik böbrek görüldü ve renal dinamik sintigrafi sonrası sol böbrekte renal fonksiyonel katılımın %9 (split renal function) olduğu saptandı.

Hastaya taşlı atrofik böbrek nedeniyle 3 port girişi yapılarak transperitoneal sol laparoskopik nefrektomi uygulandı. Operasyonda üreter psoas kası önünde bulunup askıya alındı. Proksimale doğru yapılan diseksiyonla renal pediküle ulaşıldı. Önce arter sonra ven ligate edilip böbrek çevre dokulardan serbestlenerek nefrektomi tamamlandı

BULGULAR

Postoperatif 1. gün hastanın batın dreninden 900 cc kadar süt renginde kokusuz yoğun bir sıvı geldiği görüldü. Sıvıdan gönderilen kültürde üreme saptanmadı. Sıvının biyokimyasal analizi yapıldığında trigliserid 1420 mg/dL saptanarak şilöz kaçak tanısı kondu. Hastaya 3 gün yağdan fakir diyet verilerek dren takibi yapıldı. Takip eden günlerde drenaj 500-350-300 cc kadar oldu. Postoperatif 5. gün hastanın oral beslenmesi tamamen sınırlanıp 4000 cc/gün dönüşümlü parenteral kristaloid sıvı replasmanına başlandı. Verilen sıvı içeriği serum fizyolojik, %5 dextroz laktatlı ringer solüsyonu şeklindeydi. Postop 6. ve 7. günlerde drenden gelen olmadı. Hastanın tekrar oral beslemesine izin verildi. Normal diyete rağmen drenaj izlenmeyen hastanın postop 8.gün dreni alınarak taburcu edildi.
Operasyondan 3 hafta sonra yapılan kontrol başvurusunda hastanın herhangi bir yakınması yoktu. Yapılan fizik muayenesinde ve laboratuar tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanmadı. Abdomen ultrasonografide batında koleksiyon veya serbest sıvı izlenmedi.

SONUÇ

Şilöz kaçak genellikle geniş lenf nodu disesiyonu yapılan retroperitoneal cerrahi sonrası periton boşluğuna süt kıvamlı, pürülan olmayan yüksek trigliserid içerikli lenfatik sıvının birikmesiyle karakterize bir durumdur. Tanı için gerekli bulgular arasında en az 200 mL/24 saat drenaj olması, dren sıvısının trigliserid konsantrasyonunun 200 mg/dL'den fazla olması, trigliserid için drenaj sıvısı/ serum oranının 1'den büyük olması, negatif kültür sayılmaktadır. Son yıllarda laparoskopik basit nefrektominin birçok merkezde çeşitli endikasyonlarla yaygın olarak uygulanması şilöz kaçak bildirilme sıklığını artırmıştır. Ürolojik cerrahi sonrası görülme sıklığı farklı çalışmalarda 3,8- 7 % olarak bildirilmiştir. Yağ emiliminin bozulması, protein kaybı ve lenfosit kaybına sebep olabildiği için mekanik nutrisyonel ve immunolojik açıdan şilöz kaçağın tanınması önem arzetmektedir.

SB-3

ÜRETEROVAJİNAL FİSTÜL TEDAVİSİNDE ALLİUM ÜRETERAL STENT UYGULAMALARI

ALKAN ÇUBUK(1) AHMET RÜKNETTİN ASLAN(1)

1. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli

AMAÇ

Üreterovajinal fistül çoğunlukla jinekolojik girişimlerden sonra izlenmektedir.Tedavisi hasta, primer cerrah ve ürolog için sıkıntılıdır. Çoğunlukla ikincil rekonstrüktif cerrahiler gerekmektedir. Kliniğimizde uzun zamandır ÜVF hastaları Allium Üreteral Stent (AUS) ile tedavi edilmektedir. Bu çalışmada klinik sonuçlarımız incelenmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

Son üç yıl içinde kliniğimizce UVF nedeniyle AUS taktığımız 12 hastanın verileri incelenmiştir. Bütün hastalara endoskopik olarak floroskopi eşliğinde 12cm, çapalı kendiliğinden genişeleyen ve üreteri içten çepeeçevre (su geçirmez) saran Nitinilol gövdeli Ko-polimer kaplamalı, doku penetrasyon özelliği olmayan AUS takılmıştır ve postop altıncı ayda stentler çekilmiştir. Başarı kriteri idrar kaçağını sonlanması ve üst sistemde dilatasyon olmaması i olarak tanımlanmıştır.

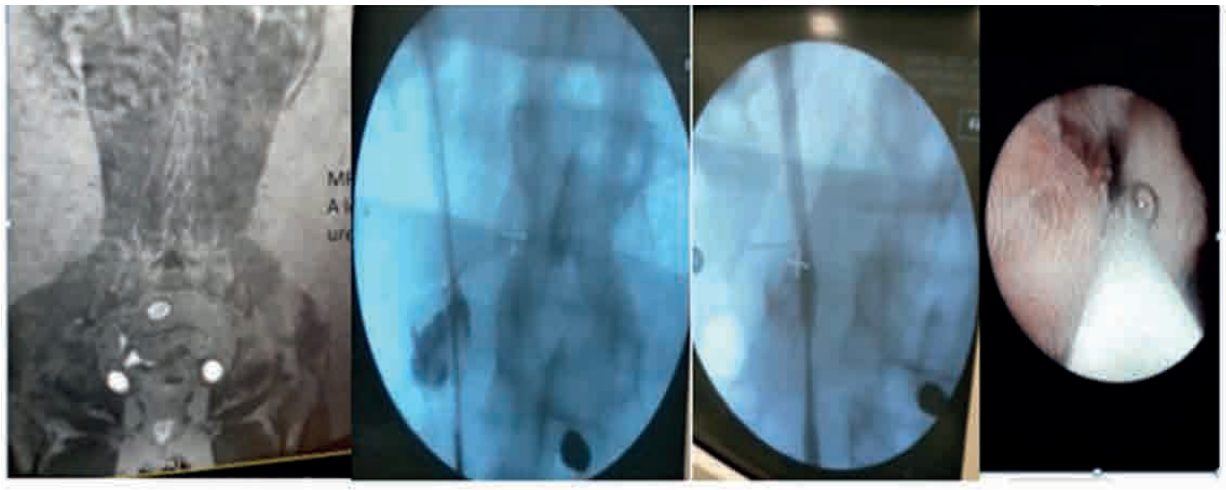
BULGULAR

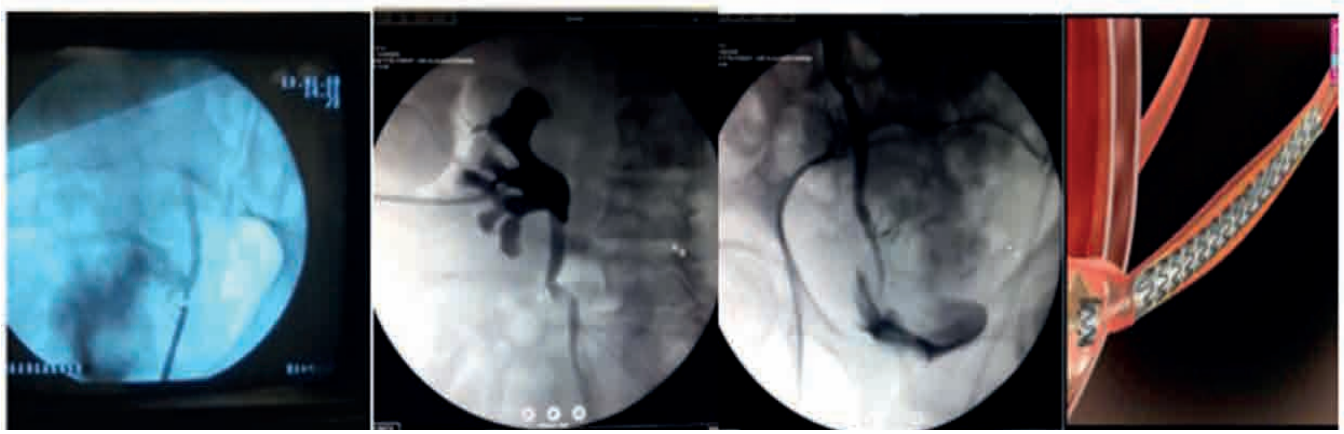
Yaş ortalaması 51,4 olan 12 hasta ortalama postop ikinci haftada total inkontinansla başvurmuştur, iki hasta dışmerkezlerce nefrostomi ile ve dört hasta DJ stentle yönlendirilmiştir. Tanıda bütün hastalara kontrastlı ürografi ve retrograd üreterografi planlandı. Allium takılma işlemi ortalama 30 dakika (15-60 dakika) sürdü, major cerrahi komplikasyon gelişmedi ve ortalama skopi süresi bir dakikadan az olarak ölçüldü. Bir hastada işlem sırasında üreterin komplet avülsiyone olduğu izlendi. İşlem sonrası nefrostomisi olan hastada nefrostografide kaçak izlenmedi, diğer hastalarda da retrograde pyelografide ekstravazasyon olmadığı gösterildi. Postop stentli takiplerde bütün hastalar kontinandı.

AUS çekilmesi sonrasında üç yıla varan takip süresinde idrar kaçağı ya da üreteral darlığa bağlı üst sistem hidronefrozu izlenmedi.

SONUÇ

Allium ureteral stentler deneyimli merkezlerde, iyi bilgilendirilmiş hastalara ÜVF tedavilerinde açık cerrahiye alternatif olarak kullanılabilecek minimal invaziv bir metoddur.





SB-4

LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİDE YATIŞ SÜRESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

ÖMER FARUK AKGÜN(1) KADİR KARKİN(1) EDİZ VURUŞKAN(1)

1. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

AMAÇ
Bu çalışmamızda laparoskopik nefrektomi yapılan hastalarda yatış süresini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2013-Aralık 2021 tarihleri arasında kliniğimizde laparoskopik nefrektomi yapılan 330 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, preoperatif, peroperatif ve postoperatif özellikleri kaydedildi. Çalışmaya dahil edilen hastalar yatış süresi ≤ 4 gün (grup A) ve >4 gün (grup B) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında demografik özellikler, operasyon verileri, peroperatif ve postoperatif komplikasyon durumu karşılaştırılarak yatış süresinin uzaması açısından olası risk faktörleri değerlendirildi.

BULGULAR
Çalışmamızda laparoskopik nefrektomi yapılan 330 hastanın 130'u (%39.3) kadın, 200'ü (%60.7) erkek idi. Grup A'daki hastaların yaş ortalaması 49.1 ± 11.45 yıl iken, grup B'de ise 50.61 ± 11.60 yıl idi. Vücut ağırlığı (kg), BMI (Vücut kitle indeksi) (kg/m2) ve komorbiditeler istatistiksel anlamlı olarak grup B'de daha yüksekti (sırasıyla p=0.003, p=0.016, p<0.001). Operasyon süresi grup A'da 125 dk iken grup B'de 155 dk idi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0.001). Hastaların 220'sinin (%66.7) ≤4 gün, 110'unun (%33.3) ise 4 günden uzun yattığı görüldü. Operasyon süresinin uzun olduğu hastalarda yatış süresinin daha uzun olduğu saptanırken (p<0.001), benzer şekilde peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişen hastalarda da yatış süresi uzun saptandı (sırasıyla: p=0.017, p=0.002).

SONUÇ
Çalışmamız, preoperatif yüksek BMI, yüksek serum kreatinin seviyesi, komorbidite varlığı ve ASA skor yüksekliğinin laparoskopik nefrektomi sonrası yatış süresinin uzamasına neden olabileceğini gösterirken, peroperatif operasyon süresinin uzun olmasının ve peroperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmesinin de yatış süresini arttırdığını göstermiştir.

SB-5

ROBOT YARDIMLI RADİKAL SİSTEKTOMİ SONRASI ÜRETEROENTERİK ANASTOMOZ DARLIĞI: EKSTRAKORPOREAL VE İNTRAKORPOREAL YAKLAŞIMLARIN İNDOSİYANİN YEŞİLİ DÖNEMİNDE KARŞILAŞTIRILMASI

MUSTAFA BİLAL TUNA(1) TÜNKUT DOĞANCA(2) BURAK ARGUN(3) İLTER TÜFEK(3) CAN ÖBEK(3) ALİ RIZA KURAL(3)

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

AMAÇ

Çalışmamızda, robot yardımlı radikal sistektomi ve üriner diversiyon uygulanan hastalarda, erken dönem iyatrojenik benign üreteroenterik anastomoz darlığı gelişiminin; ekstrakorporeal, intrakorporeal(ICG kullanılmadan) ve intrakorporea(ICG kullanılarak) olarak uygulanan üriner diversiyonlarda karşılaştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kas invazif mesane tümörü nedeniyle 2014-2021 yılları arasında robotik radikal sistektomi ile birlikte ekstrakorporeal veya intrakorporeal üriner diversiyon uygulanan toplam 30 hasta (59 renal ünite) çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri ve perioperatif sonuçları değerlendirildi. Çalışmanın birincil sonlanım noktası; single J üreteral kateter çıkarılmasını takiben 6. haftadaki değerlendirmede üreteroenterik darlık gelişimi oranı olarak belirlendi.

BULGULAR

Çalışma grubundaki 13 hastada (26 renal ünite) üriner diversiyon ekstrakorporeal yaklaşımla(Grup 1), 10 hastada (20 renal ünite) intrakorporeal(ICG kullanılmadan) yaklaşımla(Grup 2), 7 (13 renal ünite) hastada ise intrakorporeal(ICG kullanılarak) yaklaşımla(Grup 3) gerçekleştirildi. Tüm hasta grubunda erken dönemde(post-operatif dönemde single J kateter alınmasından 6 hafta sonra) üreteroenterik darlık gelişim oranı %8,5 (5 renal ünitede darlık); ekstrakorporeal yaklaşımda %11,5 (3 renal ünitede darlık), intrakorporeal(ICG kullanılmadan) yaklaşımda %10 (2 renal ünitede darlık) olarak saptandı. İntrakorporeal(ICG kullanılarak) yaklaşım uygulanan hastaların hiçbirinde single J kateter alınmasından 6 hafta sonra üreteroenterik darlık gelişimi gözlenmedi.Çalışmamız için Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu(ATADEK)'ndan etik kurul onayı alındı.(Karar numarası:2021-09/51)

SONUÇ

Robotik intrakorporeal üriner diversiyon sırasında ICG uygulaması benign üreteroenterik anastomoz darlık gelişimini önlemesi açısından ümit vaadetmektedir.

SB-6

PERKÜTAN NEFROSTOMİ UYGULAMASINDA ULTRASONOGRAFİ VE KOMBİNE ULTRASONOGRAFİ+FLOROSKOPİ KULLANIMININ KARŞILAŞTIRILMASI

EMRULLAH DURMUŞ(1) FESİH OK(1)

1. Siirt Devlet Hastanesi, Siirt

AMAÇ

Bu çalışmada kliniğimizde perkütan nefrostomi (PN) uygulanan hastalarda sadece Ultrasonografi (USG) ve USG+Floroskopi kullanımının işlemin başarısı ve diğer parametreler üzerine etkilerini incelemek

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2017 ile Mart 2022 arasında PN uygulanan 65 hasta retrospektif olarak incelendi. Sadece USG kullanılan 42 hasta Grup-1, USG+Floroskopi kullanılan 23 hasta Grup-2 olarak belirlendi. Grup-1'de işlem flank pozisyonunda Grup-2'de modifiye supine pozisyonunda yapıldı. Her iki gruptaki hastalar yaş, işlemin başarısı ve süresi, vücut kitle indeksi (VKİ),komplikasyonlar ve hidronefroz derecesi yönünden karşılaştırıldı.

BULGULAR

Grup-1'de ortalama yaş 42.2±5.6 iken Grup-2'de 43.4±6.1 idi (p=0.598). Grup-1'de 2(%4.76) hastada ve Grup-2'de 1(%4.34) hastada transfüzyon gerektiren kanama izlendi (p=0.743). Grup-1'de 4 (%9.52) hastada işlem sonrası nefrostominin renal pelviste olmadığı tespit edilip işlem başarısız olarak değerlendirildi. Grup-2 de tüm hastalarda nefrostomi kateteri renal pelvise başarılı bir şekilde yerleştirildi (p=0.019). Grup-1'de ortalama işlem süresi 29.4±2.8 dakika iken Grup-2'de 25.7±2.4 dakika olarak hesaplandı (p=0.023). Grup-1'de ortalama pelvis A-P çapı 15.4±2.2 mm iken Grup-2 de 12.4±1.9 mm olarak hesaplandı (p=0.035). Ortalama VKİ Grup-2 de anlamlı olarak daha yükskek saptandı (24.8±5.4 vs 27.7±6.7, p=0.004)

SONUÇ

Obez ve renal pelviste yeterince dilatasyon olmayan hastalarda PN uygulaması için kombine USG+ Floroskopi kullanımı, hem işlemin başarı oranını artırdığı için hem de daha kısa sürede uygulanabilir olması nedeni ile güvenle tercih edilebilir

Anahtar Kelimeler: Ultrasonografi, Floroskopi, Perkütan Nefrostomi

Tablo 1

	USG (n=42)	USG+FLOROSKOPİ (n=23)	P değeri
Yaş (yıl), ortalama±SD	42.2±5.6	43.4±6.1	0.598
Kanama, n (%)	2 (4.76)	1 (4.34)	0.743
Başarı, n (%)	38 (90.47)	23 (100)	0.019
İşlem süresi (dk), ortalama±SD	29.4±2.8	25.7±2.4	0.023
Pelvis AP çapı (mm), ortalama±SD	15.4±2.2	12.4±1.9	0.035
VKİ (kg/m^2), ortalama±SD	24.8±5.4	27.7±6.7	0.004

SB-7

TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONUNUN BAŞARISINI ETKİLEYEN PREOPERATİF PREDİKİTF FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

FESİH OK(1)

1. Siirt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Siirt

AMAÇ

Transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) benign prostat hiperplazisi (BPH) tedavisinde uygulanan altın standart tedavi yöntemlerinden birisidir. Bununla birlikte bazı hastalarda bu tedaviye yeterli yanıt alınamamaktadır. Bu nedenle çalışmamızda TURP operasyonunun başarısını öngörecek preoperatif prediktif faktörleri araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Nisan 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında tek cerrah tarafından plazmakinetik TURP uygulanan 112 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tıbbi verileri eksik olan, önceden mesane, prostat veya üretra cerrahisi geçiren, üretral darlığı olan, prostat kanseri, ürotelyal kanser veya nörojenik üriner sistem hastalığı olan ve takip verileri eksik olan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Toplam 89 hasta çalışmaya dahil edildi.

Hastalar operasyondan üç ay sonra hastaneye çağrıldı, uluslararası prostat semptom skoru (IPSS) ve yaşam kalitesi (QoL) anketi ile takip değerlendirmesi yapıldı. Operasyon sonrası QoL skoru 2 ve daha az olanlar tatmin edici olarak kabul edildi. IPSS skoru %50'den fazla düzelmişse veya postoperatif IPSS skoru 7'den azsa ve QOL skoru genel olarak tatmin ediciyse, operasyon başarılı olarak kabul edildi. Başarılı ve başarısız gruplar preoperatif demografik ve klinik veriler açısından karşılaştırıldı. TURP başarısını öngörecek prediktif faktörleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Başarılı grupta 68 (%76.4) başarısız grupta 21 (%23.6) olmak üzere toplam 89 hasta vardı. İki grup arasındaki demografik ve klinik verilerin karşılaştırılma sonuçları Tablo 1'de özetlendi. Başarılı gruptaki hastaların yaşı anlamlı olarak daha düşüktü (70.4±5.6 vs 74.0±5.6, p=0.005). Başarılı gruptaki hastaların prostat volümü anlamlı olarak daha yüksekti (62.8±12.9 ml vs 55.9±12.3, p=0.038). Başarılı gruptaki hastalar anlamlı olarak daha yüksek IPSS-boşaltım (IPSS-B) (15.4±2.6 vs 12.6±2.4, p<0.001) ve daha düşük IPSS-depolama (IPSS-D) (12.5±2.1 vs 13.7±2.1, p=0.003) skorlarına sahipti. IPSS-B/IPSS-D oranı başarılı grupta anlamlı olarak daha yüksekti (1.27±0.3 vs 0.91±0.21, p<0.001). Başarılı grupta maksimum idrar akış hızı (Qmax) (6.9±2.2 mL/s vs 8.6±1.8 mL/s, p=0.003) ve mesane duvar kalınlığı (MDK) (3.8±0.9 mm vs 4.7±1.1 mm, p<0.001) anlamlı olarak daha düşüktü. Intravezikal prostat protrüzyonu (IPP) başarılı grupta anlamlı olarak daha fazlaydı (3.87±1.9 mm vs 1.81±1.6 mm, p<0.001).

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde IPSS-B/IPSS-D (Ods oranı [OO]: 4.669, p=0.008) Qmax (OO: 0.317, P=0.047), IPP (OO: 4.158, P=0.012) ve MDK (OO: 0.076, p=0.012) TURP cerrahisi başarısını öngörmede bağımsız prediktif değerler olarak belirlendi (Tablo 2).

SONUÇ

TURP operasyonu özellikle boşaltım semptomları baskın, idrar akış hızı düşük, IPP fazla ve MDK daha az olan BPH'li hastalarda daha etkilidir.

Tablo 1. TURP operasyonu başarılı ve başarısız olan hastaların preoperatif demografik ve klinik verilerinin karşılaştırılması

	Başarılı (n=68)	Başarısız (n=21)	P değeri
Yaş (yıl), ±SD **Median (min-max)**	70.4±5.6 69.0 (61.0-87.0)	7a4.0±5.6 75.0 (63.0-82.0)	**0.005**
PSA (ng/dl), ±SD **Median (min-max)**	5.6±2.1 5.1 (2.1-10.7)	6.47±2.5 6.2 (3.0-11.0)	0.185
Prostat volümü (ml), ±SD **Median (min-max)**	62.8±12.9 65.0 (40.0-90.0)	55.9±12.3 55.0 (40.0-80.0)	**0.038**
IPSS, ±SD **Median (min-max)**	27.9±3.7 29.0 (18.0-34.0)	26.1±3.9 26.0 (20.0-34.0)	0.053
IPSS-B, ±SD **Median (min-max)**	15.4±2.6 15.0 (9.0-20.0)	12.6±2.4 12.0 (8.0-19.0)	**<0.001**
IPSS-D, ±SD **Median (min-max)**	12.5±2.1 13.0 (8.0-15.0)	13.7±2.1 15.0 (9.0-15.0)	**0.003**
IPSS-B/IPSS-D, ±SD **Median (min-max)**	1.27±0.3 1.16 (0.87-2.5)	0.91±0.21 0.93 (0.6-1.4)	**<0.001**
QoL, ±SD **Median (min-max)**	4.35±1.0 4.0 (3.0-6.0)	4.38±1.1 4.0 (3.0-6.0)	0.920
Qmax (mL/s), ±SD **Median (min-max)**	6.9±2.2 7.0 (3.0-11.0)	8.6±1.8 9.0 (5.0-11.0)	**0.003**
IPP (mm), ±SD **Median (min-max)**	3.87±1.9 4.0 (0-8.0)	1.81±1.6 2.0 (0-5.0)	**<0.001**
MDK (mm), ±SD **Median (min-max)**	3.8±0.9 4.0 (2.0-6.0)	4.7±1.1 5.0 (3.0-8.0)	**<0.001**
PMR (ml), ±SD **Median (min-max)**	91.5±35.9 80.0 (50.0-170.0)	108.1±35.3 110.0 (50.0-170.0)	0.059

PSA: Prostat spesifik antijen, IPSS: Uluslararası prostat semptom skoru, QoL: Yaşam kalitesi, Qmax: Maksimum idrar akış hızı, IPP: Intravezikal prostat protrüzyonu, MDK: Mesane duvar kalınlığı, PMR: Post miksiyonel rezidü

Tablo 2. TURP başarısını öngörecek klinik verilerin tek ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Değişkenler	**Tek Değişkenli Analiz**			**Çok Değişkenli Analiz**		
	OO	**%95 GA**	**P değeri**	**OO**	**%95 GA**	**P değeri**
Yaş (yıl)	0.869	0.784-0.964	**0.008**	0.754	0.542-1.050	0.095
PSA (ng/dl)	0.838	0.672-1.044	0.115			
Prostat volümü (ml)	1.045	1.002-1.090	**0.040**	1.172	0.967-1.373	0.057
IPSS	1.122	0.992-1.268	0.067			
IPSS-B	1.530	1.223-1.915	**<0.001**			
IPSS-D	0.711	0.522-0.967	**0.030**			
IPSS-B/IPSS-D	2.598	1.615-4.177	**<0.001**	4.669	1.493-14.597	**0.008**
QoL	0.976	0.616-1545	0.916			
Qmax (mL/s)	0.683	0.523-0.893	**0.005**	0.317	0.102-0.985	**0.047**
IPP (mm)	1.760	1.297-2.387	**<0.001**	4.158	1.375-12.575	**0.012**
MDK (mm)	0.434	0.234-0.772	**0.005**	0.076	0.010-0.571	**0.012**
PMR (ml)	0.988	0.974-1.001	0.071			

SB-8

OFF-KLAMP ROBOT YARDIMLI PARSİYEL NEFREKTOMİ: PREOPERATİF VE OPERATİF BULGULAR

TÜNKUT DOĞANCA(1) MUSTAFA BİLAL TUNA(2) İLTER TÜFEK(3) BURAK ARGUN(3) CAN ÖBEK(3) ALİ RIZA KURAL(3)

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

AMAÇ
Off-klamp robot yardımlı parsiyel nefrektomi teknik olarak mümkün olan vakalarda giderek daha çok tercih edilmektedir. Bu çalışmanın amacı tek merkezli serimizdeki off-klamp robot yardımlı parsiyel nefrektomi (ORYPN) vakalarının preoperatif ve operatif bulgularını sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu çalışma Nisan 2008-Temmuz 2022 tarihleri arasında tek bir merkezde ORYPN uygulanan hastaların retrospektif analizidir. Hastaların preoperatif ve operatif bulguları değerlendirildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo sistemi ile değerlendirildi.

BULGULAR
Toplam 342 hastaya robot yardımlı parsiyel nefrektomi uygulandı. Bu hastaların 58'inde ORYPN yapıldı. Ortalama yaş ve vücut kitle indeksi sırasıyla 57.87±12.8 ve 27.36±4.35 kg/m2 idi. Ortalama tümör çapı 30.9±14.16 mm. idi. Ortalama ameliyat süresi 84.43±38.9 dakika, ortalama kan kaybı 294.8±275.2 ml. idi. Ortalama Padua ve nefrometri skoru sırasıyla 7.78±1.67 ve 6.38±1.74 idi. İki hasta tek böbrekli idi. Bir hastada fokal cerrahi sınır pozitifliği mevcuttu. İki hastada komplikasyon (1 Clavien I ve 1 Clavien IIIB) gelişti. Bir hastada postoperatif kan transfüzyonu gerekli oldu. Ortalama hastanede kalış süresi 3.7±0.99 gündü.

SONUÇ
Off-klamp robot yardımlı parsiyel nefrektomi teknik olarak uygun vakalarda deneyimli merkezlerde güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilir.

SB-9

ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA MODİFİYE ÜRETRAL ANASTOMOZ TEKNİĞİMİZ

MUTLU ATEŞ(1) YASİN AKTAŞ(1) KAYHAN YILMAZ(1) MAHMUT TAHA ÖLÇÜCÜ(1) ŞAHİN KILIÇ(1) MURAT ŞAMBEL(1)

1. Antalya Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Antalya

AMAÇ

Robotik sistemler üç boyutlu, büyütülmüş, yüksek çözünürlüklü görüntüleme sistemi ve bilek hareketlerinin kolaylıkla yapılması sayesinde mikrocerrahi işlemlere izin vermektedir. Böylelikle kontinansa katkı sağlayan yapılar açık cerrahi ile karşılaştırıldığında daha kolay korunmaktadır. Literatürde RARP sonrası üriner inkontinansı azalttığı savunulan bazı teknik modifikasyonlar gösterilmiştir. Örneğin ilk olarak Rocco ve arkadaşları tarafından posterior rekonstrüksiyon tekniği tanımlanmıştır. Bu bildiride RARP sırasında mesane boynu daraltma tekniğin uygulamasını ve nasıl yapıldığını açıklıyoruz. Hedefimiz yeterli sayıda vaka sayısına ulaştığımızda bir araştırma makalesi ile sonuçlarımızı yayınlamak olacaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde radikal prostatektomi ameliyatlarında mesane boynu koruyucu, mesane boynu-üretra yaklaştırma(posterior rekonstrüksiyon) ve dorsal ven kompleksinin bağlanarak pubise asılması(anterior rekonstrüksiyon) teknikleri rutin uygulanmaktadır. Laparoskopik radikal prostatektomi'de Heilbronn ascending teknik daha önce tanımlanmıştır.Burada anterior rekonstrüksiyon şeklinde tanımlanan mesane boynu rekonstrüksiyonunda, mesane boynuna tek sıra back flow sütürü uygulanmaktadır. Bu teknikten esinlenerek double backflow atma fikrini hastalarımıza uyguladık. Daha fizyolojik olan dar bir mesane boynu oluşturmak için şekil 1'de gösterildiği gibi modifiye bir üretral anastomoz tekniği uyguluyoruz. Bu amaçla mesane boynunun yaklaşık 1 cm proksimalinden başlanarak 1'er cm aralıklarla mesanenin mümkün oldukça serozal olacak şekilde serozal ve müsküler yüzeylerden geçen multifilament emilebilir sütürle mesane boynu daraltma işlemi yapılmaktadır. Şekil 1'de gösterildiği gibi siyah ok yönünde mesane boynu daraltıldıktan sonra karşı mesane tarafından geri dönülüp bağlanarak işlem başladığı noktada tamamlanır. Böylece mesanenin anastomoza yakın distal kısmı daraltılarak idrar kaçırma riskini arttıran mesane içi basınç sfinkterde en aza indirilmiş olmaktadır.Kontinans sorgulaması International Consortium on Incontinence Questionnare (ICIQ-SF) Türkçe versiyonu ve günlük ped kullanımı ile sorgulanmıştır.

BULGULAR

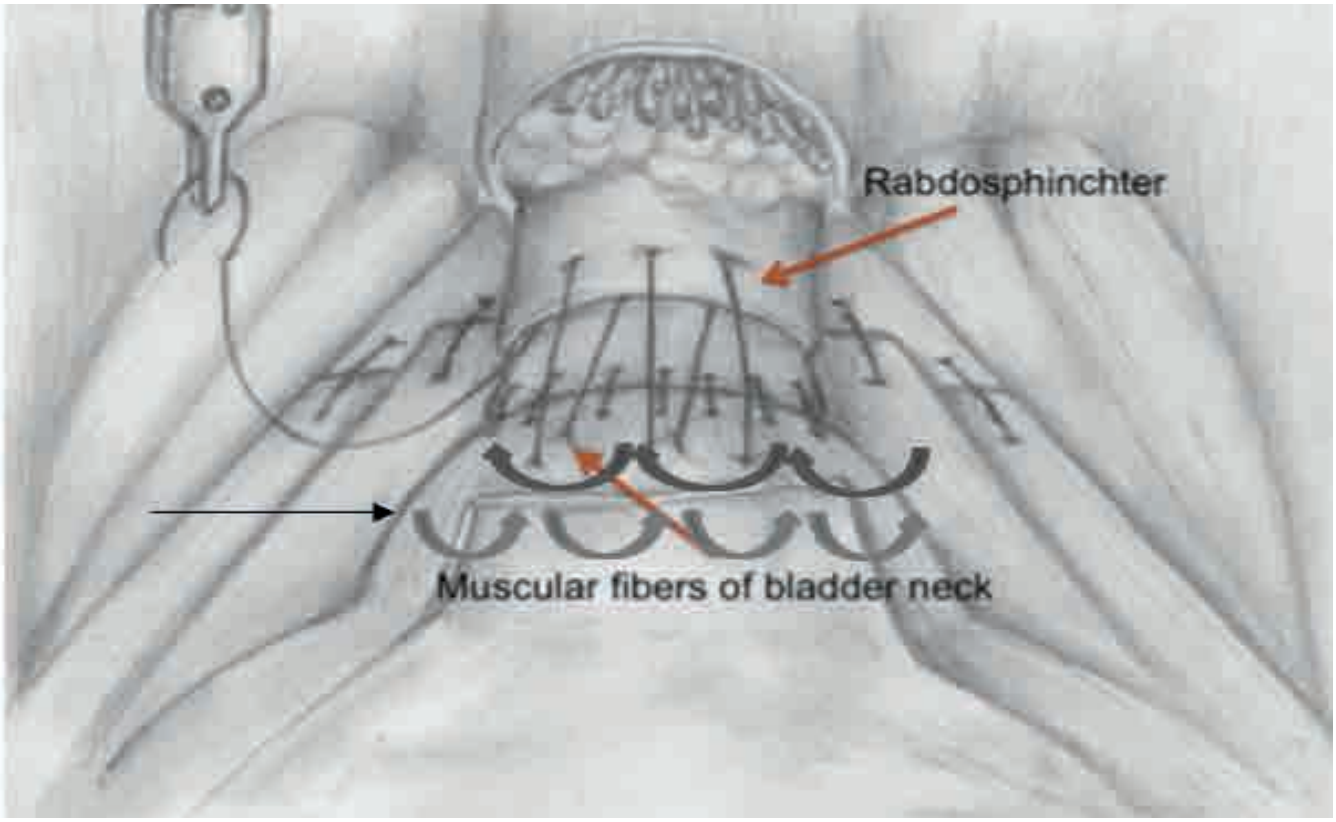
Hastaların demografik, cerrahi ve onkolojik verileri tablo 1'de gösterilmiştir. Hiçbir hastamızda intraoperatif komplikasyon izlenmemiştir. Hastalarımızın drenleri postoperatif ikinci veya üçüncü günlerde çekilmiştir. Üç hasta postoperatif 1. ayda tam kontinansı sağlamıştır. Diğer iki hasta ise 3.ayda tam kontinan olmuştur.

SONUÇ

İlk beş vakamızda elde ettiğimiz olumlu erken kontinans süreleri bizi bu yeni yaklaşımı sürdürmeye teşvik etmektedir. Verilerimizi doğrulamak için kısa ve uzun vadeli takibin gerekli olduğunun farkındayız. Mesane boynu daraltma tekniğimizin kontinans arttırıcı diğer tekniklerle karşılaştırmak için daha iyi tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1: Hastaların demografik, cerrahi ve onkolojik verileri

Feature	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4	Patient 5
Age, yr	63	64	70	65	67
Preoperative PSA, ng/ml	4	8	56	8	9,59
Biopsy Gleason score	3+3	3+3	3+3	4+3	3+3
Clinic TNM category	pT2b	pT2c	pT2c	pT2c	pT1c
Console time, min	240	330	420	210	250
Estimated blood loss, ml	125	200	300	250	250
Complications	ileus	-	-	-	-
Catheterization time, d	8	9	8	8	9
In-hospital stay	4	3	3	3	5
Pathologic TNM category	pT3a	pT3a	pT3a	pT2c	pT2b
Positive margins	no	yes	no	no	yes
Pathologic Gleason score	3+4	3+4	3+4	4+3	3+4
urinary continence	1 month	1 month	3 month	3 month	1 month


Rabdosphinchter
Muscular fibers of bladder neck

SB-10

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI ORGAN ÇIKARIM YERİNİN HERNİ GELİŞİMİNE ETKİSİ

TÜNKUT DOĞANCA(1) MUSTAFA BİLAL TUNA(2) BURAK ARGUN(3) İLTER TÜFEK(3) CAN ÖBEK(3) ALİ RIZA KURAL(3)

1. Acıbadem Taksim Hastanesi, İstanbu
2. Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul
3. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

AMAÇ
Günümüzde prostat kanserinin cerrahi tedavisi için minimal invaziv yöntemler sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak uygulanan bu yöntemlerden sonra insizyonel herni gelişimi henüz yeterince değerlendirilmemiştir. Bu çalışmada robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi sonrası insizyonel herni gelişme riski açısından 3 farklı organ çıkarım bölgesini karşılaştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2018 ile Mayıs 2019 arasında 149 hasta çalışmaya alındı. Organ çıkarım bölgeleri sırasıyla supraumbilikal, sağ abdominal (asistan portundan) ve Pfannenstiel insizyonları olarak belirlendi. Ameliyat sonrası dönemde organın çıkarıldığı bölge ultrasonografi ile değerlendirildi. Ultrasonografik inceleme sırasında valsalva manevrası uygulandı.

BULGULAR
Toplam 20 hastada inisizyonel herni gelişimi gözlendi. Farklı insizyon yerleri için herni gelişim oranları şu şekildeydi: Supraumbilikal 9/49 (%18,3), Assistant port 10/49 (%20,4), Pfannenstiel: 1/51 (%1,9)

SONUÇ
İnsizyonel herni gelişimi kesi yeri ile anlamlı olarak ilişkili gözükmektedir. Pfannenstiel kesi, supraumbilikal ve yardımcı port kesileri ile karşılaştırıldığında herni gelişimi açısından en güvenli bölge olarak gözükmektedir. Port yeri insizyonlarına ek bir insizyon anlamına gelse dahi, postoperatif önemli bir komplikasyon olabilecek insizyonel herniden sakınılması amacıyla bu kesinin seçilmesi uygun gözükmektedir.

SB-11

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ GERİATRİK YAŞ GRUBUNDA GÜVENLİ MİDİR?

BURAK KÖSEOĞLU(1) HÜSEYİN GÜLTEKİN(1) ALİ YASİN ÖZERCAN(1) YALÇIN KIZILKAN(1) TANJU KETEN(1) ÜNSAL EROĞLU(1) ÖZER GÜZEL(1) ALTUĞ TUNCEL(1) CÜNEYT ÖZDEN(1)

1. Ankara Şehir Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Bu çalışmada, kliniğimizde prostat kanseri nedeniyle yapılmış olan robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi (RYLRP) komplikasyonlarının hastaların yaş grubuna göre karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2019 - Temmuz 2022 tarihleri arasında kliniğimizde RYLRP operasyonu yapılan 204 hastaya ait yaş, pre-operatif prostat spesifik antijen (PSA) değerleri, prostat hacmi, D'Amico risk sınıflaması, tahmini kan kaybı, operasyon süresi, Clavien derecelendirmesine göre komplikasyonlar ve hastanede kalış süreleri verileri kaydedildi (Tablo 1). Hastalar 70 yaş ve üzeri (Grup 1) ve 70 yaş altı (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR

Grup 1'de 46 (%22,5), Grup 2'de ise 158 (%77,5) hasta vardı. Grup 1'in yaş ortalaması 61,2 (42-69), Grup 2'nin yaş ortalaması 72,1 (70-77) yıl idi. İki grup arasında prostat hacmi, D'Amico risk sınıfı, operasyon süresi, tahmini kan kaybı, komplikasyon oranı ve hastanede kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p>0,05). Toplam 14 hastada Clavien 1.derece (9 ateş, 5 bulantı/kusma), 23 hastada Clavien 2.derece (4 ileus, 6 anastomoz kaçağı, 13 kan transfüzyonu), 2 hastada Clavien 3. derece (1 fasya açılması, 1 mesane hematomu) komplikasyon geliştiği izlendi (Tablo 2). Grup 1'de PSA değerleri Grup 2'den anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,03).

SONUÇ

RYLRP, geriatrik hasta grubunda düşük morbidite oranları ile güvenli bir minimal invaziv cerrahi işlemdir.

Tablo 1: Hasta gruplarının demografik verileri

-	PSA (ng/mL)	Prostat Hacmi (mL)	Tahmini Kan Kaybı (mL)	Operasyon Süresi (dk)	Komplikasyon Gelişme Oranı	Yatış Süresi (gün)
Grup 1	8,40	49,09	200,43	200,74	%17,3	5,41
Grup 2	9,03	47,46	246,65	205,40	%20,2	5,41
p değeri	0,033	0,489	0,382	0,521	0,857	0,979

Tablo 2: Hasta grupları arasındaki komplikasyonların Clavien skorlama sistemine göre karşılaştırılması

	Komplikasyon İzlenmedi	Clavien Skor 1	Clavien Skor 2	Clavien Skor 3
Grup 1	%82,7	%6,5	%6,5	%4,3
Grup 2	%79,8	%10,1	%7,6	%2,5
p değeri		0,857		

SB-12

SUPİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ: ÖZEL HASTANEDE 34 VAKALIK İLK DENEYİM

JEYHUN HASANOV(1) HİKMAT JABRAYİLOV(2)

1. Özel Ankara Medical Park Hastanesi, Ankara
2. Özel Ankara VM Medical Park Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Supin perk.ütan nefrolitotominin (PNL) potansiyel avantajlarına rağmen, ürologların çoğu bu tekniği uygulama konusunda isteksiz kalmıştır. Bu isteksizlik, pron PNL'nin başarılı sonuçları ve supin PNL'deki teknik zorluklarla ilişkili olabilir. Bu çalışmada, 34 vakalık supin perkütan nefolitotomi (PNL) operasyonuna ait ilk deneyimlerimizin sunulmasını amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022 - Temmuz 2022 tarihleri arasında, böbrek taşı nedeniyle PNL operasyonu yapılan hastalardan supin pozisyonda PNL operasyonu yapılan 34 hastanın (34 renal ünite) yaş, cinsiyet, ortalama taş boyutu, operasyon süresi, floroskopi süresi, hospitalizasyon süresi, taşsızlık oranları ve cerrahi sonrası komplikayonları retrospektif olarak tarandı. Tüm hastalar ameliyat öncesi kontrastsız tüm batın tomografisi, rutin kan ve idrar tahlilleri ile değerlendirildi. Tüm operasyonlar supin pozisyonda "Cross-table Bullseye" giriş yöntemi ile gerçekleştirildi. Taşsızlık, DÜSG, USG ve/veya BT ile belirlendi. Dört mm altında taşları olanlar taşsız olarak kabul edildi.

BULGULAR

Supin PNL yapılan hastaların 21'i erkek, 13'ü kadındı. Hastaların %48.3'i sağ taraf, %51.7'i sol taraf, ortalama taş yükü 7.56 ± 5.73 cm^2 olarak tespit edildi. Hastaların ortalama yaşı 56±13.7, ortalama operasyon süresi 59.6±18.32 dk olarak hesaplandı. Floroskopi süresi 3.61±1.35 dk, ortalama hospitalizasyon süresi ise 2.9 (1-7) gün olarak saptandı. Hastalarımızın 4'ünde (%11.8) aynı taraftan geçirilmiş cerrahi hikayesi mevcuttu. Hastaların 16'ünde basit taşlar mevcutken, 18'inde ise kompleks taşlar mevcuttu. Olguların hiçbirinde operasyon esnasında ölüm gerçekleşmedi. Bir olguda hidrotoraks nedeni ile göğüs tüpü takılarak drenaj sağlandı.. Cerrahi sırasında ortalama 12,3 lt irrigasyon sıvısı kullanıldı. Postoperatif dönemde 2 (%,5.9) hastaya toplam 3 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Total taşsızlık oranı %88.53 olarak hesaplandı.

SONUÇ

Kısıtlı tecrübemiz böbrek taşı tedavisinde supin PNL'nin işlem sırasında eş zamanlı kombine üretral girişim imkanı olan, yüksek taşsızlık oranları ve düşük komplikasyon oranları ile etkin ve güvenilir şekilde tercih edilebileceğini göstermektedir.

-	Supin PNL (n34, renal ünite 34) [ort.±SS (dağılım) ya da %]
Yaş (yıl)	56±13.7
Operasyon süresi (dakika)	59.6±18.32
Taş boyutu (cm2)	7.56 ± 5.73
Taşsızlık oranı (%)	88.53
Yatış süresi (gün)	2.9 (1-7)

Supin PNL vakalarının genel özellikleri

SB-13

NEUROSAFE TEKNİĞİ İLE BİLATERAL SİNİR KORUYUCU RARP: PREOPERATİF GÖRÜNTÜLEMEYE ÜSTÜN MÜ?

ERSİN KÖSEOĞLU(1) İBRAHİM KULAÇ(2) AYŞE ARMUTLU(3) KAYHAN TARIM(1) YAKUP KORDAN(1) MEVLANA DERYA BALBAY(1) FİKRİ OKAN FALAY(4) BENGİ GÜRSES(5) TARIK ESEN(1) DERYA TİLKİ(6) DİLEK ERTOY BAYDAR(7) ABDULLAH ERDEM CANDA(1)

1. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
2. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloj Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
3. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji, İstanbul, Türkiye
4. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Nükleer Tıpi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
5. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
6. Martini-Klinik, Prostate Cancer Center, University Hospital Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany
7. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ

Robotik radikal prostatektomi (RARP) esnasında yapılan frozen incelemenin ameliyat öncesi mpMRI ve Ga-68 PSMA PET bulguları ile kıyaslanması

GEREÇ-YÖNTEM

Mayıs 2019 ile Haziran 2022 tarihleri arasında RARP yapılan toplam 274 hastadan, bilateral nörovasküler demeti(NVD) korunan, rektal muayenesi normal ve Neurosafe (NS) tekniği ile intraoperatif frozen inceleme yapılan 79 hasta dahil edildi. RARP öncesi tüm hastaların mpMRI, 64 hastanın Ga-68 PSMA PET tetkiki bulunuyordu. NS tekniği ile yapılan intraoperatif değerlendirmede cerrahi sınır pozitifliği (CSP) bildirilmesi durumunda, CSP bildirilen taraftaki NVD tümüyle eksize edildi. Neurosafe de patolojik inceleme öğrenme eğrisinin değerlendirilmesi için ilk 40 olgu ile 2. 39 olgu karşılaştırıldı. Olgular NS (-) ve NS(+) olarak 2 grupta incelendi.

BULGULAR

Ortalama hasta yaşı 63.3 ± 0.7 (46-76); serum PSA değeri 6.8 ± 0.5 (2.3-40) ng/ml idi. Nihai patolojik değerlendirmede 48 hastanın prostat kanseri (PCa) organa sınırlı iken; 31 hastada kapsül-dışı hastalık (ECE) bildirildi. NS(-) gruptaki (n=54) hiçbir hastada NS yanlış negatifliğine rastlanmaz iken 7 olguda NS dışı alanlarda (MR ve PET te hepsi cT2) CSP belirlendi. Geriye kalan 47 CS- hastanın 11 inde (% 29) mpMR ve/veya PSMA PET ECE şüphesi belirtmiş idi. NS(+) olan 25 hastanın 12 sinde PT2 hastalık saptanırken, eksize edilen NVD den sadece 3 tanesinde PCa varlığı gösterilebildi. pT2 varlığında NS(+) olma oranı ilk 40 hasta için % 12.5 (3/24) iken ikinci 39 hasta için %37.5 (9/24) bulundu. Bu 12 hastanın hiçbirinde mpMR ve/veya PSMA ECE şüphesi belirtmemiş idi. 13 pT3 olgunun ise 5 tanesinde görüntüleme ile NVD rezeke edilmesi gerekecekti. Sonuçta, Neurosafe yapılarak 31 ECE li hastanın 18 inde (%58) CS(-) tutulabildi. NVD rezeksiyonu yapılan diğer 13 ünde ise teoriken geriye tümör bırakılmadığı düşüldü. Buna karşın pT2 hastalığı olan 48 hastanın 12 sinde (%25) tek taraflı NVD kaybedilmiş oldu. mpMRI/PSMA bulguları sonucu ECE varlığında sinir korunmayacağı varsayımı ile pT2 hastalıkta gereksiz hiçbir NVD rezeksiyonu yapılmayacak iken pT3 hastalıkta ise 31 hastanın 12 sine NVD rezeksiyonu yapılacak, diğer 19 unda sinir korunması halinde CS + kalabilecek idi. Ortalama 18 aylık (aralık: 1-38 ay, SD ±1.2) takip süresince iki hastada PSA persistansı görüldü. Adjuvan tedavisiz izlenen hiçbir hastada PSA nüksü belirlenmedi.

SONUÇ

Bulgularımız NS de ilerleyen tecrübe ile dahi intraoperatif pT2-pT3 hastalık ayırımında ve CS(+) ama NVD rezeksiyonu (-) hastaların kategorizasyonunda zorlanıldığını göstermiştir. Preoperatif görüntüleme yöntemlerinin cT2 düşündürdüğü olgularda NS(+) bulunması patolog ve üroloğu NVB rezeksiyonu öncesi durumu tekrar değerlendirmeye itmelidir. Özellikle görüntüleme yöntemlerinin yaygın ECE ye işaret ettiği durumlarda ise neurosafe gereği sorgulanabilir, NS yapılmış ve (+) bulunmuş ise komplet NVD rezeksiyonu bir zorunluluk haline gelebilir,olguya planlanmamışsa lenfadenektomi eklenebilir.Bunun dışında görüntülemenin daha masum olduğu durumlarda fokal CS (+) liklerinin kısıtlı NVD rezeksiyonuna dönüşmesi düşünülebilir.

SB-14

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA APEKS ŞEKLİNİN FONKSİYONEL VE ONKOLOJİK SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ

MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) MUSTAFA ÖZKAYA(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) KADİR CAN ŞAHİN(1) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Prostat kanseri, erkeklerde görülen en sık ikinci kanserdir. PSA'nın kullanıma girmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması gibi faktörlerle prostat kanseri tanısında artış ve hasta yaşında düşüş göze çarpmaktadır. Bu hastaların büyük kısmı cerrahi adayıdır. Gelişen teknoloji ile farklı cerrahi yöntemler kullanıma girmiştir. Bunlardan biri olan robotik cerrahi de 2000'li yılların başından itibaren prostat kanseri hastalarında başarılı şekilde uygulanmaktadır.

Hastaların tanı aldığı yaşın düşmesi postoperatif potensi ve kontinansı daha önemli hale getirmiştir. Robotik yardımlı Laparoskopik Radikal Prostatektomi (RaLRP), potens ve kontinans için oldukça önemli olan sinir koruma ve apikal disseksiyonu kolaylaştırmaktadır. Bu çalışmada, hastaların preoperatif dönemde yapılan Multiparametrik Prostat MR'larında (MpMR) apeks şekillerinin cerrahi sınır pozitifliği, postoperatif kontinans ve potens üzerine etkisi irdelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde yapılan ve en az bir yıllık postoperatif takibi olan 90 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar, MpMR görüntülerinde prostat apeks şekillerine göre 4 gruba ayrıldı: Grup 1 (anterior ve posteriorda membranöz üretrayı saran apeks şekli), Grup 2 (anteriordan membranöz üretrayı saran apeks şekli), Grup 3 (posteriordan membranöz üretrayı saran apeks şekli) ve Grup 4 (membranöz üretraya uzanım yok). Tüm gruplarda yaş, beden-kitle endeksi, prostat volümü benzer görüldü. Hiç kaçırması olmayan, yalnızca güvenlik pedi kullanan ve günlük 1 pedden fazlasına ihtiyaç duymayan hastalar kontinan kabul edildi. Spontan ereksiyonu olan ve PDE5 inhibitörü ile penetrasyon sağlayabilen hastalar, erektil disfonksiyonu yok olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Toplamda 90 hastanın 14'sinde (%15,55) postoperatif inkontinans saptandı. İnkontinans saptanan grupta yaş ortalama değer 63,21 ± 6,36 iken, saptanmayan grupta yaş ortalama yaş 64,28 ± 8,37 olarak bulundu (p= 0.582). Toplamda 90 hastanın 46'sinde (%51,11) postoperatif erektil disfonksiyon saptandı. Erektil disfonksiyon saptanan grupta yaş ortalama değeri 64,59 ± 6,36 iken, saptanmayan grupta yaş ortalama değeri 62,00 ± 7,14 olarak bulundu (p= 0.055). Toplamda 90 hastanın 36'sinde (%40) postoperatif apeks cerrahi sınır pozitifliği saptandı. Apeks cerrahi sınır pozitifliği saptanan grupta yaş ortalama değeri 64,02 ± 7,34 iken, saptanmayan grupta yaş ortalama değeri 62,94 ± 6,31 olarak bulundu (p= 0.454). İnkontinansı olan, erektil disfonksiyonu olan ve apikal cerrahi sınır pozitifliği olan hastalarda apeks konfigrasyonlarının dağılımı tablo 1'de verilmiştir.

SONUÇ

Çalışmamızda RaLRP'de apeks şeklinin, cerrahi sınır pozitifliği, postoperatif potens ve kontinans durumu üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi görülmemiştir. Robotik cerrahide daha iyi apikal disseksiyon ve daha uzun üretra korumanın mümkün olduğunu düşünmekteyiz. Prostat apeks şeklinin onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar üzerine etkisinin gösterilmesi için daha ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır.

Tablo 1: Apeks şeklinin İK, ED ve Apeks Cerrahi Sınıra olan etkisi

	İNKONTİNANS (+)	ED (+)	APEKS CERRAHİ SINIR (+)
Hasta sayısı, (%)	14	46	36
Apeks Şekli			
1 (A+P), (%)	3 (21,42)	19 (41,30)	18 (50)
2 (A), (%)	5 (35,71)	12 (26,08)	7 (19,44)
3 (P), (%)	5 (35,71)	10 (21,73)	9 (25)
4 (NO), (%)	1 (7,14)	5 (10,86)	2 (5,55)
p değeri	0,162♦	0,857♥	0,221♥

♠ Independent Samples T Test

♦Fischer's Exact Testi

♥Ki-Kare Testi

SB-15

OMURGA ANOMALİSİ OLAN HASTADA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ DENEYİMİ

JAVANSHİR BAKİROV(1) LEVENT TURAN(1) ONUR KAYGISIZ(1)

1. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

AMAÇ

Belirgin omurga deformitesi olan hastada retrograd intrarenal cerrahi(RIRC) deneyimimizin paylaşılması.

GEREÇ-YÖNTEM

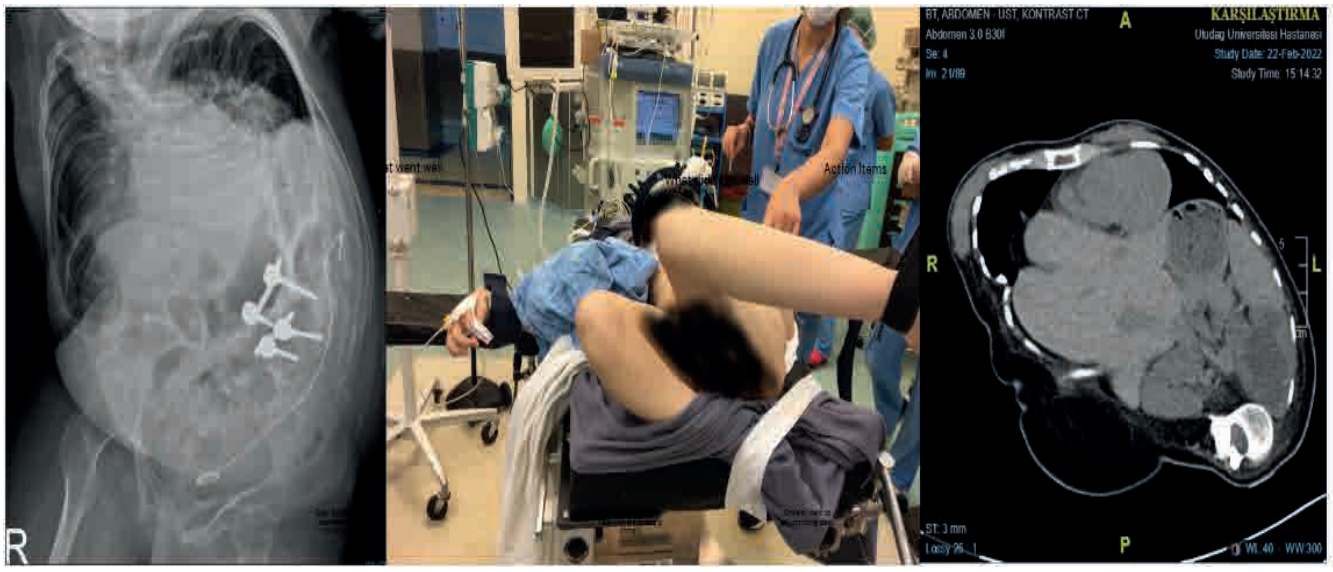
Ullrich konjenital muskuler distrofi tanılı belirgin nöromuskuler skolyozu olan 22 yaş kadın hasta,skolyoz için yapılan görüntülemede sol proksimal üreterde 12 mm 1100 HU dansiteli taş saptanmış. Grade 4 hidronefrozu olan hastaya RIRC planlandı.

BULGULAR

Sağ kalçada 1/5 sol kalçada 2/5 abduksiyon hareketi olan hasta deformitesi sebebi ile sağa rotasyona alınarak pozisyon verildi. Sağ bacağa abduksiyon yaptırılamadı. Sol bacak ayak bileğinden askı ile 15 20 derece abduksiyona alınabildi. Hastanın üreterovezikal bileşkede belirgin darlık saptanması sebebi ile DJ stent takıldı. Operasyon esnasında pnömotoraks gelişen hasta 2 gün yoğun bakım ünitesinde takip edildi. Sol böbrek lokalizasyonunun vertebranın üstünde yereşik olması ve taş dansitesinin yüksek olması sebebi ile SWL düşünülmedi.60 gün sonra hasta yine aynı pozistona alındı. RIRC uygulandı. Taşsızlık sağlandı. RIRC süresi 60 dk sürdü.

SONUÇ

Hastanın sol böbreğinin omurga anomalisi sebebi ile vertebranın üstünde olduğu görüldü. Bu yüzden SWL düşünülmedi. Yine böbrek yerleşim yeri ve hastanın pozisyon kısıtlılığı sebebi ile PNL ve açık cerrahi de uygun görülmemiştir. İleri derece omurga deformiteli hastalarda RIRC güvenli ve uygulanabilir, etkin bir cerrahi tekniktir.



SB-16

BİLATERAL ADRENALEKTOMİ OLGUSU EŞLİĞİNDE LAPAROSKOPİK ADRENALEKTOMİ DENEYİMLERİMİZ

KEMAL ULUSOY(1) BURHAN BAYLAN(1) ABDULLAH GÜREL(1)

1. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar

AMAÇ

Bilateral adrenalektomi (BAD), Cushing hastalığının (CH) hipofiz cerrahisi ile tedavi edilemediği durumlarda tercih edilebilecek bir yöntemdir. Ayrıca CH'da odak tespit edilemediği zaman medikal tedaviye cevap vermeyen hastalarda da BAD uygulanabilecek bir yöntemdir. CH nedeniyle yapılan incelemelerde odak tespit edilemeyen ve BAD yaptığımız hastamız eşliğinde Laparoskopik adrenalektomi deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2019-2022 yılları arasında 29 hastaya uyguladığımız laparoskopik adrenalektomi ve bir hastaya uyguladığımız BAD olgusu tartışılacaktır.

BULGULAR

3 yıllık süreçte 29 hastaya laparoskopik adrenalektomi uygulandı. 3 hastaya böbrek tümörü yapılırken eş zamanlı sürranelektomi yapıldı. 4 hasta radyolojik olarak malignite bulgusu olması nedenli, 22 hasta fonksiyonel sürrenal adenom nedenli opere edildi. Ortalama radyolojik boyut 44,42±18.87 mm'ydi. Ortalama cerrahi süresi 107.59±41.80 dk idi. Postoperatif dönem majör cerrahi komplikasyon saptanmadı. 1 hastada cerrahi gerektirmeyen paralitik ileus ve bir hastada atelektazi tablosu izlendi.

BAD yaptığımız 62 Yaş erkek hasta, 3 yıl öncesinde Lokalize Prostat Adenokarsinomu nedenli Radikal Prostatektomi operasyonu uygulanmış ve halen nükssüz takip edilmekte. Hasta COVID-19 pnömoni nedenli yoğun bakımda takibi sırasında derin hipokalemi ve hipertansiyon gözlenmesi nedenli Conn Sendromu ön tanısıyla yapılan tetkiklerde Renin ve Aldosteron seviyeleri normal olarak değerlendirildi. Hipertansiyon etiyolojisi için kan ve idrar katekolamin seviyeleri incelenen hastanın tetkikleri normal olarak değerlendirildi ve Feokromasitoma dışlandı. Hastanın çekilen Renal Doppler Ultrasonografisinde Renal arter stenozu olmadığı görüldü.
Turunkal obezite, aydede yüzü; proksimal kaslarda güçsüzlük gibi cushingoid belirtileri de olan hastada diürnal ritim değerlendirildi. Cushingoid görünüme sebep olan eksojen steroid alımının olmadığı, alkol kullanımının olmadığı ve hastanın psikiyatrik değerlendirilmesinde majör depresyonunun olmadığı görüldü. 00:00, 01:00 ve 08:00 da bakılan kortizol değerleri sırasıyla 19.43, 21.92 24.71 mcg/dl olarak ölçüldü. Hastaya yapılan 1 mg dexametazon supresyon testi (DST) sonrası kortizol değeri 36 mcg/dl Plazma ACTH değeri 109ng/l olarak ölçüldü. 2 gün 8 mg DST sonrası kortizol değeri 34,64 mcg/dl olarak ölçüldü. 24 saatlik idrarda serbest kortizol(UFC) 2100/2289mcg/dl olarak değerlendirildi.

Hastanın çekilen Hipofiz MR'ında da patoloji izlenmedi. Hastada Ektopik Cushing Sendromu düşünüldü.
Ektopik Cushing Sendromu etiyoloji araştırılması için PET/CT çekildi. Her iki akciğer alt lob süperior segmentte izlenen buzlu cam dansitesindeki infiltrasyon alanlarında patolojik FDG tutulumu (SUVmaks:3,6) olması nedenli hastaya bronkoskopi ve Bigisayarlı tomografi klavuzluğunda biyopsi işlemi yapıldı. Patoloji sonucu organize pnömoni olarak raporlandı.
Yapılan incelemelerde ektopik cushing odağı bulunamayan hastaya medikal tedavi (metirapon) başlandı. Takiplerinde yan etkiler nedenli tedaviye uyumu iyi olmayan hastaya BAD uygulandı. Hasta BAD sonrasında adrenal hormon replasmanı almakta ve takiplerinde Cushingoid görünümü geriledi ve tansiyon değerleri normale geldi.

SONUÇ

Laparoskopik BAD, olgumuzda olduğu gibi seçilmiş refrakter CH'da gerçekleştirilebilecek, etkili ve güvenli bir tedavi yöntemidir.

Tablo: Operasyon sonuçları

Yaş (yıl)	53.14±12.93
Radyolojik Boyut (mm)	44.42±18.87
Operasyon Süresi (dk)	107.59±41.80
Postoperatif 1. Günde Hgb Düşüş Miktarı (g/dL)	1.01±0.70
Dren Miktarı (ml)	105±73.41
Taburculuk Süresi (gün)	3.66±1.20
Normal Hayata Dönüş Süresi (gün)	9.86±2.73
Kan Transfüzyon Miktarı (ünite)	0.45±0.91
Toplam hasta sayısı	29

SB-17

RATLARDADEKSPANTENOL TEDAVİSİNİN RENALPARANKİMAL YARALANMA ÜZERİNE ETKİSİ

MURAT ÇAĞLAYAN(1) ERKAN ARSLAN(2) HAKAN TÜRK(2) ATAMAN GÖNEL(3) CÜNEYT TAYMAN(4)

1. Department of Medical Biochemistry, University of Health Sciences, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, Ankara, Turkey
2. Department of Urology, Uşak University, Faculty of Medicine, Uşak, Turkey
3. Hasan Kalyoncu University Health Science Faculty, Departmant of Nutrition and Dietetics, Gaziantep, Turkey
4. Department of Neonatology, University of Health Sciences, Ankara City Hospital, Cankaya, Ankara, Turkey

AMAÇ

İskemi-reperfüzyona (IRI) bağlı böbrek hasarı ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. İntraperitonealdekspantenol verilen sıçanlarda deneysel bir böbrek iskemi-reperfüzyon modeli oluşturduk ve oksidatif stres, tübüler hasar, apoptoz ve böbrek iltihabı üzerindeki etkisi açısından kontrollerle karşılaştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM

Deneysel modelin oluşturulmasında 12 haftalık erkek albino Wistarratlar kullanıldı ve çalışma örneği kontrol (intraperitoneal 2cc/kg salin enjekte edildi), intraperitoneal enjeksiyon ile IRI ve IRI+deksantenol olmak üzere üç gruba ayrıldı (n=16).. Perfüzyondan 24 saat sonra sıçanlardan kan örnekleri alındı ve sol böbrekleri çıkarıldı. Apoptotik hücre yüzdesini belirlemek için her bölgede toplam 100 hücre sayıldı ve her bölge için kaspaz-3 pozitif hücre sayısı kaydedildi.

BULGULAR

Mortalite, dekspantenol+iskemi-reperfüzyon grubunda (3 (%18.8)), iskemi-reperfüzyon grubuna (6 (%37.5) (p=0.015) göre anlamlı olarak daha düşüktü.Ayrıca, dekspantenol grubunda, iskemi-reperfüzyon grubuna göre böbrek parankim ve tübüler hasar anlamlı olarak daha düşüktü (p<0.05).Dekspantenoloksidatif stres ve inflamasyonu anlamlı olarak azalttı Kaspaz-3 pozitif boyalı hücre sayısı dekspantenol grubunda daha düşüktü ve apoptoz oranları da anlamlı olarak daha düşüktü (p<0.05).

SONUÇ

Böbrek iskemi-reperfüzyon modellerinde dekspantenol tedavisi, böbrek tübüler hücre ve parankim hasarlarında, apoptoz, oksidatif stres ve iltihaplanmada önemli iyileşme gösterdi. Bu sonuçlar bize dekspantenol tedavisinin böbrek IRI'si olan yetişkinlerin prognozunu iyileştirmede umut verici bir ajan olabileceğini göstermektedir.

Tablo 1: Grupların Mortalite ve Histopatolojik Analizi

Variables	Control (n=16) Median(IQR)	IRI (n=16) Median(IQR)	IRI+ dexpanthenol (n=16) Median(IQR)	P
Death	0	6 /37.5%	1(%)	0.015
Histopathologic score	1(0)	3(2)	2(1)	0.023
Caspase-3-positive cell (%)	0.5	17.3	8.2	0.001

Tablo 2: Böbrek Dokusu ve Serum Örneklerinin Biyokimyasal Analizi

Variables	Controls (N=16)	IRI (N=10)	Dexpanthenol (N=13)	p
TAS (mmol Trolox equivalent/g protein)	9.23±0.91	3.13±0.51	6.34±0.82	<0.001
TOS (umol H2O2 equivalent/g protein)	5.77±1.95	53.67 ±16.67	29.32±5.33	<0.001
OSI (Arbitrary Units) *	0.65±0.21	18.36±6.48	4.76±1.65	<0.001
GSH (nmol/g)	13.78±3.89	4.34±1.94	8.98±1.57	<0.001
AOPP (ng/mg protein) *	4.87±1.76	21.44±6.83	13.45±5.56	<0.001
Lipid hydroperoxide (nmol/l)	0.376±0.0651	1.57±0.622	0.86±0.32	<0.001
8-OHdG (ng/ml) *	1.67±0.51	9.47±1.87	4.57±1.89	<0.001
Total thiol (µmol/L)	0.984±0.265	0.186±0.132	0.657±0.064	<0.001
MPO (ng/mg protein)	23.49 ±10.76	183.54±40.51	87.56±18.37	<0.001
TNF-α (pg/mg protein) †	32.31±6.2	189.5±29.7	79.34±15.5	<0.001
IL-6 (pg/mg protein) *	16.8± 4.9	97.8±18.1	35.9±8.4	<0.001
Caspase-3 (ng/g protein) *	9.2±3.5	79.4±12.6	30.6±6.9	<0.001
NFR2 (pg/mg protein)	128.32±33.56	269.65±17.56	495.26±64.28	<0.001
Hsp70 (ng/mg protein)	136.65.±39.37	534.57±55.34	296.71±42.21	0.002
Serum Creatinine (µmol/L)	48.89±7.02	158.45±41.26	69.35±5.34	<0.001
Serum BUN (mmol/L)	12.56±3.45	49.6±5.78	24.3±6.3	0.001

TAS Tissue total antioxidant status, TOS Total oxidant status, OSI Oxidative stress index, GSH Glutathione, AOPP Advanced oxidation protein products, 8-OHdG 8-Hydroxydeoxyguanosine, MPO Myeloperoxide, NFR2 nuclear factor erythroid 2-related factor 2, Hsp70 Heat shock protein 70.

SB-18

SIÇANLARDA DENEYSEL TESTİS TORSİYON MODELİNDE İSKEMİ/REPERFÜZYON HASARI ÜZERİNE PİRFENİDONUN KORUYUCU ETKİSİ

SEMİH TÜRK(1) MUSTAFA BAKİ ÇEKMEN(2) AYŞİM ÖZAĞARI(3) SANİYE ADA(4) AHMET TEVFİK ALBAYRAK(5) KADİR CEM GÜNAY(5) ABDULLAH HIZIR YAVUZSAN(1) SİNAN LEVENT KİREÇÇİ(1)

1. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
2. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul
3. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul
4. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul
5. Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ
Pirfenidon testiste I/R hasarına karşı anti-inflamatuar etkinliği daha baskın olmak üzere hem anti-inflamatuar hem antioksidan etkinlik göstermektedir. Testis torsiyonu sonrası testiste koruyucu etkisinin olup olmayacağının tam olarak anlaşılması için ise yeterli hasta üzerinde yapılacak olan klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

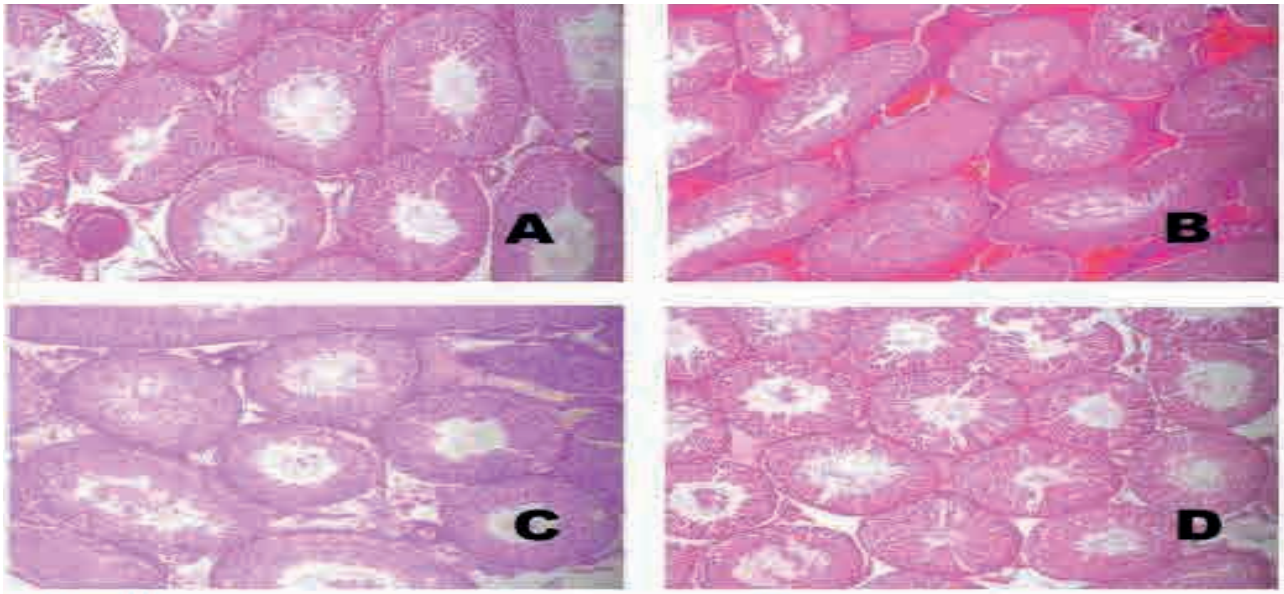
GEREÇ-YÖNTEM
21 adet yetişkin erkek Sprague Dawley sıçan randomize edilerek, Kontol (n=5), Sham (n=5), Torsiyon/Detorsiyon (T+D) (n=6) ve T/D+Pirfenidon (PFD) (n=5) olmak üzere 4 grupta incelendi. T/D ve PFD gruplarına 4 saat iskemi ve ardından 24 saat reperfüzyon uygulandı. PFD grubuna ek olarak reperfüzyondan 30 dakika önce oral 500mg/kg Pirfenidon tedavisi verildi. Biyokimyasal değerlendirme için toplanan doku örneklerinden, MDA, GSH, MPO, IL-1ß, TIMP-2 ve CTGF; serum örneklerinden ise TAS, TOS, TNF-a, TGF-ß, PAI-1 ve MMP-2 çalışıldı. İmmünohistokimyasal boyama yapılarak TGF-ß antikorunun ekspresyonu değerlendirildi. Histopatolojik olarak testis dokularının direkt mikroskobik bulguları incelendi. Spermatogenezi değerlendirmek için Johnsen Skoru kullanıldı.

BULGULAR
Biyokimyasal değerlendirmede; IL-1ß, TNF-a, TGF-ß ve TIMP-2 ve PAI-1 değerlerinin T+D grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığı görüldü (sırasıyla; p=0.001, p=0.017, p=0.<001, p=0.015, p=<0.001). Ayrıca post hoc analizlerde Pirfenidon tedavisi alan PFD grubunda, T/D grubuna kıyasla IL-1ß ve TGF-ß değerlerinde anlamlı seviyelerde azalma görüldü (sırasıyla p=0.003, p=<0.001). GSH, MPO, TOS, CTGF ve MMP-2 değerlerinin T/D grubunda kontrol grubuna kıyasla artmış olduğu, TAS değerinin ise azalmış olduğu izlendi. Ayrıca PFD tedavisi alan grupta bu değerlerin azaldığı, TAS açısından ise arttığı gözlendi. Fakat istatistiksel olarak bu parametreler açısından gruplar arası anlamlı sonuçlar elde edilemedi.
İmmünohistokimyasal değerlendirmede; TGF-ß ekspresyonunun, PFD tedavisi alan grupta azaldığı görülse de istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı. Johnsen skoru açısından gruplar kıyaslandığında sonuçlar anlamlılığa yakın olsa da istatistiksel olarak farklılık görülmedi.

SONUÇ
Pirfenidon testiste I/R hasarına karşı anti-inflamatuar etkinliği daha baskın olmak üzere hem anti-inflamatuar hem antioksidan etkinlik göstermektedir. Testis torsiyonu sonrası testiste koruyucu etkisinin olup olmayacağının tam olarak anlaşılması için ise yeterli hasta üzerinde yapılacak olan klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	PFD grubu (n=5)	T/D grubu (n=6)	Sham (n=5)	Kontrol (n=5)	p değeri
IL-1ß (pg/g)	1926,4 ± 788	3997,0 ± 928	2760,0 ± 812	1554,9 ± 666	0,001
TNF-a (pg/ml)	62,6 ± 7,0	129,5 ± 56,9	59,5 ± 8,9	45,0 ± 12,1	0,017
TGF-ß (pg/ml)	252,9 ±42,0	484,9 ± 70,0	333,6 ± 80,8	301,5 ± 30,2	<0,001

Gruplar arasında IL-1ß, TNF-a, ve TGF-ß değerlerinin karşılaştırılması



Şekil-7: Testis doku kesitlerinin mikroskopi bulguları

Şekil-7A: Kontrol grubuna ait testis dokusu kesiti. Seminifer tubuluslarda normal spermatogenez, interstisyel alanda hafif derecede ödem ve konjesyon (H&E x10).
Şekil-7B: T/D grubuna ait testis dokusu kesiti. İnterstisyel alanda belirgin hemoraji (H&E x10).
Şekil-7C: PFD grubuna ait testis dokusu kesiti. İnterstisyel alanda hafif derecede ödem ve konjesyon (H&E x10).
Şekil-7D: Sham grubuna ait testis dokusu kesiti. İnterstisyel alanda hafif derecede ödem (H&E x10).

SB-19

BÖBREK NAKLİ SONRASI GREFT SAĞKALIMI SONUÇLARIMIZ

ANIL ERKAN(1) ATİLLA SATIR(1) MURAT ÖZTÜRK(1) ÇAĞLAR BOYACI(1) SALİM ZENGİN(1) MURAT DEMİRBAŞ(1)

1. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

AMAÇ

Böbrek nakli yapılan hastalarda greft sağ kalımını etkileyen faktörlerin analiz edilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz 2017-Temmuz 2022 tarihleri arasında böbrek nakli yapılan hastaların verileri incelendi. Organ reddi görülmeyen hastalar Grup 1, organ reddi görülen hastalar Grup 2 olarak ayrıldı. Grupların demografik özellikleri, komorbiditeleri, BK virüs, sitomegalovirüs (CMV) serolojileri, diyaliz tipi ve süresi, nakil tipi karşılaştırıldı.

BULGULAR

Üç hastada hiperakut, 5 hastada akut, 1 hastada kronik olmak üzere toplam 9(%11,7) hastada organ reddi görüldü. Ortalama takip süresi 36,4±17,2 ay olan serimizde, ortalama greft sağ kalımı 31,6±19,3 ay saptandı. Grup 2'de ki hastaların 8'i(%89) kadın, 1'i(%11) erkek idi. Greft kaybı görülen olguların çoğunluğunu kadın cinsiyette olmasına rağmen risk faktörü olarak değerlendirilmesinde istatistiksel açıdan anlamlı saptanmadı (p=0,058). Grup 1 ve 2 yaş ortalaması sırası ile 43,8±12,3, 40,3±11,9 yıl idi (p=0,42). Nakil öncesi diyaliz süresi sırası ile 72,1±62,6, 54±48,8 ay saptandı (p=0,44). Gecikmiş greft fonksiyonu ile de ilişkilendirilen nötrofil-lenfosit oranı gruplarda sırası ile, 4,6±3,5, 2,8±0,9 saptandı, ancak aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildi (p=0,13). Grupların komorbidite durumu, BK ve CMV serolojisi Tablo 1'de gösterilmiştir.

SONUÇ

Transplante edilen böbreğin fonksiyonlarının, hastanın yaşamı süresince korunması en önemli amaç iken çalışmamızda incelenen parametreler ile greft sağ kalımını öngörebilecek bir belirteç saptanmamıştır.

-	Grup 1(n=68)	Grup 2(n=9)	p değeri
Hipertansiyon	41	6	0,731
Diyabetes mellitus	41	5	0,785
Polikistik böbrek hastalığı	13	2	0,825
BK virüs pozitifliği	14	1	0,5
CMV pozitifliği	27	3	0,713
HD/PD sayısı	43/25	7/2	0,66
Canlı/kadavradan nakil	10/58	0/9	0,217

SB-20

RENAL TRANSPLANTASYON: TEK MERKEZ 5 YILLIK DENEYİMLERİMİZ

ATİLLA SATIR(1) MURAT DEMİRBAŞ(1)

1. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

AMAÇ
Yaklaşık 5 yıldır kliniğimiz bünyesinde gerçekleştirilen renal transplantasyon ile ilgili deneyimlerimizi paylaşmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM
Temmuz 2017- Temmuz 2022 tarihleri arasında renal transplantasyon yapılan hastaların verileri incelendi. Hastaların demografik özellikleri, komorbiditeleri, nakil özellikleri, transplantasyon sonrası ilk 3 ayda gelişen komplikasyonları analiz edildi.

BULGULAR
Kırk altı(%59) kadın, 31'i(%41) erkek olmak üzere toplam 77 hastaya renal transplantasyon yapıldı.
Kadınların yaş ortalaması 43,22±12,8, erkeklerin ise 43,7±11,6 yıl idi. Ortalama diyaliz süresi 69,17±61 (1-288) ay idi. 50(%65) hastaya hemodiyaliz, 27(%35) hastaya ise periton diyalizi alırken renal transplantasyon gerçekleştirildi. 47(%60,3) hastada hipertansiyon, 46(%59) hastada diyabetes mellitus(DM), 5(%6,5) hastada kronik tıkayıcı akciğer hastalığı, 4(%5,1) hastada ise koroner arter hastalığı (KAH) mevcuttu. 15(%19,2) hastada polikistik böbrek hastalığı olup bunların 10'ine(%66,6) eş zamanlı nefrektomi yapılmıştır. Renal transplantasyon vakalarının 10'u (%12.8) canlı donörden, 67'si ise (%85,9) kadavradan alınan böbrekler ile gerçekleştirilmiştir. Transplantasyon sonrası erken dönemde görülen komplikasyonlar tablo 1'de özetlenmiştir. Takiplerde 7(%9) hasta exitus olmuştur. 7 hastadan 4'ünde(%57,1) Korona virüs hastalığı nedeni ile, 1'inde(%14,2) rinoserebral mikormikoz, 1'inde(14,2) sepsis, 1'inde ise KAH nedeniyle exitus görülmüştür.

SONUÇ
Renal transplantasyon son dönem böbrek hastalığı olanlarda en uygun tedavi seçeneğidir. Ancak hem cerrahinin kompleks oluşu, hem de ameliyatın yapıldığı hastaların genel durumları itibarı ile postoperatif dönemde komplikasyonlar görülebilmektedir. Deneyimli merkezlerde komplikasyonların doğru yönetimi ile mortalite oranları azalmaktadır. Kliniğimizde gerçekleştirilen renal transplantasyonların hiçbirinde cerrahi kaynaklı mortalite görülmemiştir.

Tablo 1: Renal transplantasyon sonrası erken dönem komplikasyonlar, CDS:Clavien-Dindo Sınıflaması

Komplikasyon	hasta sayısı(n=77)
CDS 1	10 (%12,9)
CDS 2	42 (54,5)
Kan transfüzyonu	37 (%48)
Yara Yeri Enfeksiyonu	2 (%2,6)
Derin Ven Trombozu	1 (%1,3)
IgA Nefropatisi	1 (%1,3)
Delirium	1 (%1,3)
CDS 3A	4 (5,2)
Lenfosel	2 (%2,6)
Eviserasyon	1 (%1,3)
Perinefritik Abse	1 (%1,3)
CDS 3B	11 (14,4)
Lenfosel	3 (%4)
Operasyon lojunda hematom	4 (%5,2)
Üriner ekstravazasyon	1 (%1,3)
İleus	2 (%2,6)
Vezikoüreteral reflü	1 (%1,3)
CDS 4A	8 (%10,4)
Hiperakut rejeksiyon	3 (%4)
Akut rejeksiyon	5 (%6,4)
CDS 5	2 (%2,6)
Rinoserebral mukormikoz	1 (%1,3)
Sepsis	1 (%1,3)

SB-21

RAT MESANELERİNDE DIABETES MELLITUS VE İNFRAVEZİKAL OBSTRÜKSİYONA BAĞLI GELİŞEN SİSTOPATİDE B3 RESEPTÖR DÜZEYLERİNİN DEĞİŞİMİ

SEYHAN TEZCAN(1) MURAT KOŞAN(1) AYSEL GÜVEN BAĞLA(1) EYÜP BURAK SANCAK(1) SAİT ELMAS(2)

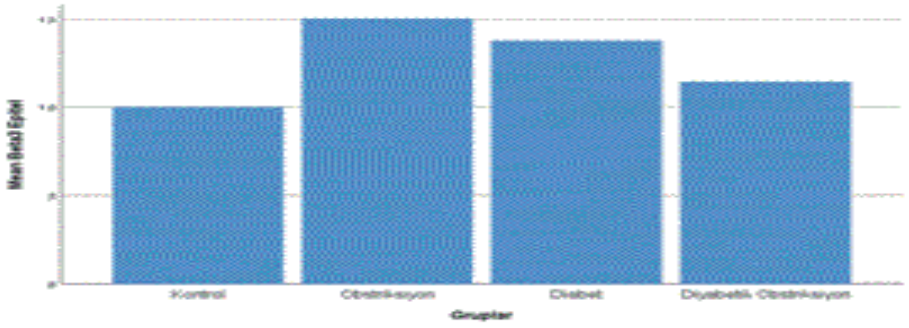
1. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çanakkale
2. ÇOMÜ, Deneysel Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çanakkale

AMAÇ
Bu çalışmada, yaşlanma ile birlikte görülme sıklığı artan diabet ve mesane çıkım obstrüksiyonuna (MÇO) bağlı olarak Beta3 reseptör sayısındaki olası değişimi immunohistokimyasal olarak tespit etmeyi amaçladık.

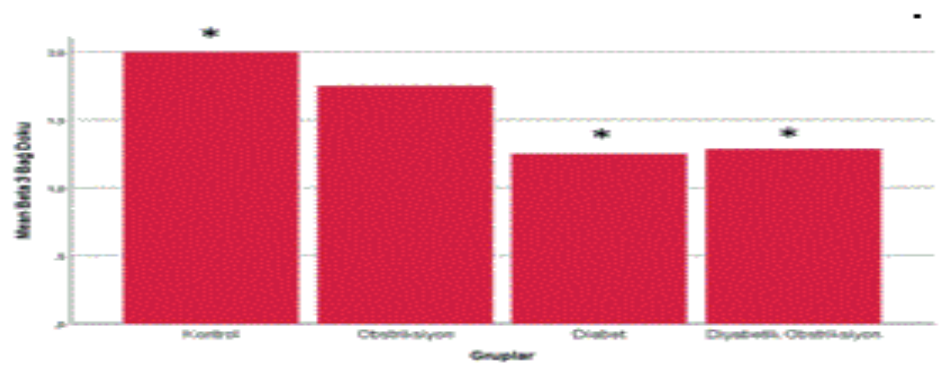
GEREÇ-YÖNTEM
Kontrol, diabetik, obstrüktif ve diabetik obstrüktif şeklinde her grupta 12 rat olacak şekilde 4 grup oluşturuldu. Ilımlı obstrüksiyon oluşturulması amacıyla ratların mesane boynuna 5 Fr kateter yerleştirilerek mesane boynu emilmeyen sütürle bağlandı. Ilımlı diabet oluşturulması amacıyla 50 mg/kg STZ intraperitoneal olarak ratlara uygulandı. Kan şekeri, vücut ağırlıkları ölcülen ratlar 8 hafta süreyle izlendi. Sakrifiye edilen rat mesaneleri çıkarılarak histolojik ve imminohistokimyasal değerlendirmeler için ayrıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve $p<0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR
Ratlarda kan şekerleri, deney sonunda vücut ağırlıkları ve mesane ağırlıkları istatistiksel açıdan anlamlı değişiklikler gösterdi. Yapılan histopatolojik incelemede gruplar arasında, ürotelyal hiperplazi ve inflamasyon da istatiksel açıdan fark bulundu. B3 reseptör sayısında kontrol grubuna kıyasla obstrüktif grupta artış, diabetik ve diabetik obstrüktif grupta azalma izlendi.

SONUÇ
MÇO'na bağlı gelişen sistopatide beta3 reseptör sayısındaki artışa bağlı olarak beta3 agonistine yanıt verirlilikte artış beklenmekte olup diabetik ve diabetik obstrüktif grupta reseptör sayısında azalmaya bağlı beta3 agoniste yanıtta azalma beklenmektedir. Fakat reseptör sayısındaki artış veya azalma reseptör fonksiyonunda da aynı değişimi göstereceği konusunda yorum yapılamadığından reseptör fonksiyonunu değerlendirmek için farklı invivo ve invitro çalışmalar (elektrofizyolojik- organ banyosu vb) çalışmaların yapılması gerekmektedir.



Mesane üretelyum tabakasındaki β3 reseptör boyanmasının gruplar arasındaki dağılımı.



Grupların mesane subüroteliyum ve detrusör arası seyreden bağ dokuda β3 reseptör boyanmasının ortalama verileri, *, kontrol ile diabetik ve diabetik obstrüktif gruplar arasındaki farkı göstermektedir. ($p<0.050$).

SB-22

DÜŞÜK RİSKLİ MESANE KANSERİNDE NÜKSÜ ÖNGÖRMEDE YENİ BİR BELİRTEÇ: ELF-3 VE TSC-1 RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

ENES ALTIN(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) AYŞEGÜL İSAL ARSLAN(1) MURAT AKGÜL(1) CENK MURAT YAZICI(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

Mesane kanseri moleküler patogenezinde farklı genetik yolaklara tanımlanmıştır. İlk grup; ürotelyal hiperplaziden kaynaklanan papiller ve düşük dereceli invaziv olmayan kanserler (İOMK) olup daha iyi seyirli olup; mutant Fibroblast Büyüme Faktörü Reseptör-3 gen ekspresyonu ile ilişkilidir. İkinci grup; mesane kanseri non-papiller ve yüksek dereceli kanserlerden oluşmaktadır.Bunlar ürotelyal displazi zemininde gelişmektedir.Yüksek progresyon hızı ve kas invazyon oranları nedeniyle bu kanserlerin uzun dönem sağ kalımının düşük olduğu saptanmıştır.Bu farklı genetik yolaktan gelişen kanserlerin ayrımında sıklıkla kullanılan immunohistokimyasal(İHK) CK5/6, CK20(sitokeratin5/6,20), TP53 (tumor protein 53) ve CD44 (küme farklılaşma antijeni 44) tür. Bu kullanılan belirteçler genetik olarak iki farklı mesane kanseri grubunun ayrımında kullanılsa da bu ayrım için altın standart bir belirteç tanımlanmamıştır. Nüks gelişiminin non-invaziv tekniklerle önceden öngörülmesi bu hastaların daha yakından takip edilmesi ve bir sonraki tedavi basamağına daha erken geçilebilmesini sağlayabilir. Biz de CD44, CK5/6, CK20, GATA3, Cerb-B2, ELF3 ve TSC-1 belirteçlerini kullanarak İOMK 'de nüks gelişimini öngörebilmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamızda 2011-2019 yılları arasında Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı'nda TUR-M operasyonu yapılmış toplam 320 hastanın verileri retrospektif incelendi ve çalışmaya toplam 40 hasta dahil edildi. Hastaların 20 tanesinin 3 yıllık takiplerinde nüks geliştiği gözlenirken, diğer 20 hastada ise herhangi bir nüks gelişmediği görüldü.Hastaların ilk TUR-M operasyonlarına ait parafine gömülü formalin ile fikse blokların hepsi aynı uzman üropatolog tarafından tekrar değerlendirildi. Blokların tamamına ürotelyal karsinomun büyüme paternlerinin tespit edilmesi için CK4, CK5/6, CK20, CD44, GATA3, Cerb-B2, ELF-3 ve TSC-1 İHK belirteçler kullanılarak boyama gerçekleştirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastalar değerlendirildiğinde nüks durumu ile yaş, cinsiyet, vki, meslek, sigara, devam eden sigara kullanımı, tümör lokalizasyonu, en büyük tümör boyutu ve post-op erken epirubisin kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir (p>0,05). Nüks durumu ile tümör sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p=0,036). Nüks durumu ile CK5/6, GATA3, CerbB2, CK20 ve ELF3 parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir (p>0,05). Nüks durumu ile CD44ve TSC1 durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir (p=0,022, p=0,003;sırasıyla). Yapılan regresyon analizi sonucunda CD44 pozitif olanların, negatif olanlara göre nüks olma riski 0,858 kat (%85,8) daha az olarak saptanmıştır (OR=0,858). TSC1 pozitif olanların, negatif olanlara göre nüks olma riski 21,871 kat daha fazla olarak saptanmıştır (OR=21,871). Üreter orifisinde tümörü olanların, olmayanlara göre nüks olma riski 0,902 (%90,2) kat daha az olarak saptanmıştır (OR=0,902)

SONUÇ

İOMK hastalarında değerlendirilen İHK belirteçlerden CD44'ün düşük ekspresyonu ve TSC-1'in yüksek ekspresyonunun nüks gelişimini öngörmede bir belirteç olarak kullanılabileceği kanaatindeyiz. Bu belirteçler ile yapılan analiz ile nüks gelişimin öngörülerek bu hastalar daha yakından takip edilebilir ya da bir sonraki tedavi aşamalarına daha erken yönlendirilebilir.

Nüks ile İHK boyanma durumu arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi

Nüks durumu	Yok (n=20)		Var (n=20)		İstatistiksel analiz*
Değişken	**N**	**%**	**N**	**%**	**Olasılık**
CD44					
Pozitif	11	55,0	4	20,0	
Negatif	9	45,0	16	80,0	**p=0,022**
CK5/6					
Pozitif	8	40,0	8	40,0	
Negatif	12	60,0	12	60,0	p=1,000
GATA3					
Pozitif	20	100,0	17	85,0	
Negatif	-	-	3	15,0	p=0,072
CerbB2					
Pozitif	5	25,0	5	25,0	
Negatif	15	75,0	15	75,0	p=1,000
CK20					
Pozitif	9	45,0	10	50,0	
Negatif	11	55,0	10	50,0	p=0,752
ELF-3					
Pozitif	20	100,0	20	100,0	#
TSC-1					
Pozitif	11	55,0	19	95,0	
Negatif	9	45,0	1	5,0	**p=0,003**

*İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson-χ^2 çapraz tabloları" kullanılmıştır

Tümör nüks durumunu etkileyen parametrelerin lojistik regresyon modeli

Değişken	B	S.H.	Wald	Sd	p	OR	95% Güven Aralığı (OR)	
							Alt	Üst
CD44 [A]	-1,951	0,824	5,615	1	**0,018**	0,142	0,028	0,714
TSC1 [A]	3,085	1,190	6,726	1	**0,010**	21,871	2,125	115,15
Üreter orifisi [B]	-2,325	1,128	4,250	1	**0,039**	10,231	1,121	93,341
Sabit	-1,732	1,081	2,568	1	0,109	0,177		

***Referans kategori, A:Negatif - B:Olmayan** CCR=77,5% $\chi^2_{(2)}$=0,120; p=0,942

SB-23

PRİMER MESANE TÜMÖRÜNDE ALBÜMİN GLOBÜLİN ORANININ PATOLOJİK SONUÇLAR AÇISINDAN PROGNOSTİK DEĞERİ

MEHMET ERHAN AYDIN(1) İSMAİL BASMACI(2) GÜRKAN CESUR(3) İBRAHİM HALİL BOZKURT(3) ERTUĞRUL ŞEFİK(4) SERDAR ÇELİK(3) DENİZ BOLAT(3) AYKUT AYKAÇ(1) TANSU DEĞİRMENCİ(3)

1. Eskişehir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Eskişehir
2. Basmacı Özel Üroloji Kliniği, Mardin
3. SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir
4. Özel Tınaztepe Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

AMAÇ

Mesane kanseri dünyada görülen en sık 10. kanser ve kansere bağlı ölümlerin en sık 13. nedenidir (1). Hastalarının yaklaşık %70-80'i başlangıçta kas invaziv olmayan mesane kanseri olarak tanı alır (2). Bu hastalar için standart tedavi transüretral rezeksiyon (TUR) ve hastanın risk grubuna göre verilen intravezikal tedavilerdir. Kas invaziv mesane tümörü olan hastalarda ise hastalığın klinik evresine göre radikal sistektomi, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedavi seçenekleri vardır.

Albümin ve globülin, serum proteinlerinin ana bileşenleridir. Bu proteinler immünite ve inflamasyonda önemli bir rol oynar. Albümin-globulin oranının (AGO) çeşitli kanserlerde potansiyel bir prognostik biyobelirteç olduğu bildirilmiştir. Mide kanseri ve akciğer kanseri hastalarında düşük AGO olanlarda genel sağkalım düşük bulunmuş (3,4), kas invaziv olmayan mesane kanseri hastalarında ise düşük AGO'nun progresyon riskini artırdığı gösterilmiştir (5).

Çalışmamızda primer mesane tümörü olan hastaların düşük preoperatif AGO ile patolojik sonuçları arasında ilişkili olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2017-Mart 2020 tarihleri arasında primer mesane tümörü nedeniyle transüretral mesane tümörü rezeksiyonu (TUR-MT) yapılan hastalar çalışmaya alındı. Re-TUR-MT operasyonu EAU kılavuzuna göre endikasyonu olan (inkomplet rezeksiyon, patolojide kas doku olmaması, T1 tümör) hastalara uygulandı. Re-TUR-MT yapılan hastalarda ileri evre olan patoloji sonucu kaydedildi. Patoloji örnekleri, 2004/2016 WHO sınıflandırmasına göre değerlendirilerek evrelendirildi ve derecelendirildi.

Serum albümin ve globülin değerleri operasyon öncesi son 1 ay içerisinde bakıldı. Sistemik inflamatuar hastalık, başka onkolojik hastalık, karaciğer hastalığı, enfeksiyon hastalığı tanısı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Ameliyat öncesi AGO kesim değeri, ROC eğrisi analizi ve Youden endeksi kullanılarak ≥1,344 olarak belirlendi.

BULGULAR

Çalışma kriterlerine uyan 153 hasta çalışmaya alındı. AGO değeri ≥1,344 olan 73 hasta (%47,7) 'normal preoperatif AGO', <1,344 olan 80 hasta (%52,3) 'düşük preoperatif AGO' olarak değerlendirildi. Düşük AGO grubunda yaşın daha ileri olduğu görüldü. Diğer demografik ve klinik özellikler açısından farklılık saptanmadı. Patolojik incelemelere bakıldığında normal AGO grubunda Ta evrenin daha sık, düşük AGO grubunda ise T1 ve T2 evrenin istatistiksel olarak anlamlı derecede daha sık olduğu görüldü (p=0,006). Düşük AGO grubunda yüksek dereceli tümör görülme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulundu (p<0,001).

SONUÇ

Sistemik inflamatuar belirteçler kanser evrelemesinde öngörüde bulunmak için kullanılabilir. Düşük AGO, primer mesane tümörü olan hastalarda ileri evre ile ilişkilendirilebilir. Mesane tümörü evresini öngörüde bulunabilecek uygun bir model oluşturmak için bu belirteci tek başına veya diğer sistemik inflamatuar belirteçlerle kombinasyon halinde değerlendirmek için çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo-1: Primer mesane tümörü olan hastaların ameliyat öncesi serum albümin-globülin oranına göre klinik ve patolojik bulgularının karşılaştırılması.

-	Tüm hastalar (n=153)	Normal AGO (n=73)	Düşük AGO (n=80)	p
Yaş (ortanca,minimum-maksimum)	68 (41-92)	63 (41-89)	70 (46-92)	0,018*
Cinsiyet (n, %) Erkek Kadın	136 (%88,9) 17 (%11,1)	67 (%49,3) 6 (%35,3)	69 (%50,7) 11 (%64,7)	0,313**
Sigara kullanımı (n, %)	93 (%60,8)	49 (%52,7)	44 (%47,3)	0,138**
VKİ (ortanca, minimum-maksimum)	26,61 (14,7-44,44)	26,37 (18,11-44,44)	26,9 (14,7-44,07)	0,983*
Patolojik T evresi (n, %) Ta T1 T2	61 (%39,9) 61 (%39,9) 31 (%20,3)	38 (%62,3) 26 (%42,6) 9 (%29)	23 (%37,7) 35 (%57,4) 22 (%71)	0,006**
Patolojik tümör derecesi (n, %) DMPUN/ Düşük derece Yüksek derece	87 (%56,9) 66 (%43,1)	53 (%60,9) 20 (%30,3)	34 (%39,1) 46 (%69,7)	<0,001**
CIS varlığı (n, %)	8 (%5,2)	3 (%37,5)	5 (%62,5)	0,722**
Tümör Boyutu (n, %) <3 cm ≥3 cm	Tümör Boyutu (n, %) <3 cm ≥3 cm	18 (%50) 55 (%47)	18 (%50) 62 (%53)	0,849**
Tümör Sayısı (n, %) 1 1-4 ≥5	63 (%41,2) 66 (%43,1) 24 (%15,7)	35 (%55,6) 27 (%40,9) 11 (%45,8)	28 (%44,4) 39 (%59,1) 13 (%52,3)	0,245**

SB-24

KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİYLE DİALİZE GİREN HASTALARDA EREKTİL FONKSİYON DEĞERLENDİRMESİ

ABDURRAHMAN ÖZGÜR(1) KAZIM KIYMAZ(2)

1. Başkent Üniversitesi İstanbul Suam Hastanesi, İstanbul
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan 2. Abdülhamidhan Hastanesi, İstanbul

AMAÇ
Ülkemizdeki Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY) nedeniyle dializ tedavisinde olan hastaların erektil fonksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Dializ merkezlerinde (Özel Dializ Merkezleri, Devlet Hastaneleri Dializ Merkezleri), en az üç aydır düzenli olarak hemodialize girmekte olan 150 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmada 'Uluslar Arası Erektil İşlev Formu'nun (IIEF) bir, iki, üç, dört, beş ve 15. sorularından oluşan altı soruluk erektil fonksiyonu değerlendirme formu kullanılmıştır. Şubat-Ağustos 2019 tarihleri arasında dializ merkezlerindeki tedavileri devam etmekte olan hastalara yüz yüze görüşülerek, hastanın gönüllü rızası alındıktan sonra, IIEF altı soruluk ereksiyon değerlendirme bölümü doldurulmuştur.

BULGULAR
Toplam hasta grubunda %84 hastada çeşitli derecelerde erektil disfonksiyon (ED) yakınmaları mevcuttu ve bunların da %75,3 ünü 50 yaş üstü hastalar oluşturmaktaydı. Hiçbir ED yakınması olmayan grubun ise %33 ünü özellikle 40 yaş altı hastaların oluşturduğu gözlemlendi.

SONUÇ
Özellikle ileri yaş grubundaki dializ hastalarında ED yakınmaları oranları oldukça yüksektir. Bu nedenle hastaların poliklinik takiplerinde ED mutlaka sorgulanmalıdır. Bu çalışmanın ışığında, bu hasta grubunda ED nedenlerinin de araştırılmasını içeren ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

SB-25

TRANSPLANTE BÖBREKTE KAPOSİ SARKOMU: ATİPİK BİR OLGU SUNUMU VE LİTERATÜR DEĞERLENDİRMESİ

SERKAN AKINCI(1) ONUR AÇIKGÖZ(1) MERT ALTINEL(1)

1. Memorial Hizmet Hastanesi, Üroloji ve Transplantasyon Ünitesi, İstanbul

AMAÇ

Böbrek transplantasyonu sonrası birçok malignite riskinde artış olduğu bilinmektedir. Bu maligniteler içinde Kaposi Sarkomu (KS) en belirgin risk artışına sahip hastalıkların başında gelmektedir. KS, Human Herpes Virüs-8 (HHV-8) ile ilişkili vasküler bir malignitedir ve başta cilt olmak üzere akciğerler, gastrointestinal sistem ve lenfoid dokularda soliter veya multiple lezyonlar olarak görülür. Genellikle immun yetmezlik sendromlarında görülmekle birlikte, immunosupresif tedavi de etyolojide belirgin rol oynamaktadır. Böbrek transplantasyonu sonrası görülen Kaposi Sarkomları da genellikle cilt lezyonları ile klinik bulgu vermektedir. Ancak literatürde sınırlı sayıda da olsa cilt lezyonları olmaksızın viseral organlarda görülen KS olgusu bulunmaktadır. Biz bu olgu sunumunda böbrek transplantasyonu sonrası, herhangi bir cilt lezyonu olmaksızın greft böbrekte KS saptanan olguyu sunmayı ve transplantasyon sonrası KS tanı ve tedavi yaklaşımını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

OLGU : 57 yaşında, hipertansif nefropatiye bağlı Son Dönem Böbrek Yetmezliğ (SDBY) sebebiyle 10 yıldır rutin hemodiyaliz (HD) programında olan erkek hastaya kadavradan renal transplantasyon yapıldı. Özgeçmişinde HT ve SDBY dışında başka bir hastalığı yoktu.

İmmunsupresif tedavi olarak ATG 3mg/kg (200mg, 5 doz, kümülatif doz 1000mg, hedef total CD3 düzeyi 20-50), mikofenolat mofetil (2x1000mg), prednizolon 500mg (Postop 1. gün 250mg, 2. gün 125mg, 4.gün 50mg) başlandı. Postoperatif 1.gün idrar çıkışı başlayan hastaya, postoperatif 3. gün takrolimus başlandı (hedef kan düzeyi 8-10 ng/dL). Postoperatif 10.gün kreatinin değeri 2,45mg/dL olan hasta, medikal tedavi (takrolimus 2x7mg, mikofenolat mofetil 2x1000mg, prednizolon 1x15mg) eşliğinde taburcu edildi.

BULGULAR

Poliklinik takibinde postoperatif 5. ayda 1,5ng/dL olan kreatinin değeri, 6. ay kontrolünde 3ng/dL'ye yükselmesi üzerine hasta servise yatırıldı. Yapılan doppler USG'de RI değeri normal ve greft böbrekte grade 1 hidronefroz saptandı. Olası akut rejeksiyon şüphesi ile ampirik pulse steroid (Prednizolon 500mg) başlandı. Hastanın anüriye girmesi üzerine yapılan böbrek biyopsi sonucu 'Akut T aracılı rejeksiyon (Tip Ia), Böbrek kapsülü kalın olup çevresinde granülasyon dokusu benzeri kapiller damar proliferasyonu mevcuttur' şeklinde raporlandı. Çekilen MRI'da böbrek kapsülü ve üreter çevresinde non-homojen infiltrasyon ve grade 1 hidronefroz saptandı. Bunun üzerine hastaya nefrostomi kateteri yerleştirilerek biyopsi tekrarı yapıldı. Nefrostomi kateteri sonrası hasta poliüriye girdi ve kreatinin değeri geriledi, tekrar diyaliz ihtiyacı olmadı. İkinci biyopsi sonucu "transplante böbrekte KS" olarak yorumlandı. Olası sindirim sistemi tutulumu için gastroskopi-kolonoskopi yapıldı ve patoloji saptanmadı. Hastanın immunsupresif tedavisi kademeli olarak azaltıldı. Organ nakli konseyinde değerlendirilen hastaya greft nefrektomi yapılmasına karar verildi.

SONUÇ

Böbrek transplantasyonu sonrası görülen KS'ye klinik yaklaşımda, immunsupresyonun azaltılması ve/veya mTOR inh'e geçilmesi ile başarılı sonuçlar alınmaktadır. İmmunsupresif tedavi değişikliğine yanıt alınamayan olgularda, sistemik kemoterapi seçeneği ile de başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Ancak transplante böbrekte KS literatürde anektodal birkaç vaka olarak bildirildiğinden, takip ve tedavisi üzerinde net bir görüş birliği sağlanması için belirli sayıda bir olgu birikimine ihtiyaç vardır.

SB-26

MESANE KANSERİNİN KLİNİK VE ETYOPATOGENEZİ AÇISINDAN YÜKSEK PLAZMA ÇÖZÜNÜR CD40 VE ÇÖZÜNÜR CD40-L SEVİYELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

LEVENT VERİM(1) KEMAL KAYAR(1) DİLARA SÖNMEZ(2) ŞEYDA DEMİRKOL(2) MEHMET TOLGAHAN HAKAN(2) ÇAĞATAY TOSUN(1) EMRE KARABAY(1) ÖMER YÜKSEL(1) FATİH ÖZDEMİR(1) İLHAN YAYLIM(2)

1. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
2. İstanbul Üniversitesi, İstanbul

AMAÇ
sCD40 ve sCD40L'nin mesane kanseri tanısını ve hastalığın ilerlemesini tahmin etmedeki rolünü araştırmayı amaçlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya toplam 23 mesane kanserli hasta ve 43 yaş ve cinsiyet uyumlu kontrol deneği alındı. Laboratuvar ölçümleri mesane tanısı anında ve tümörün cerrahi olarak çıkarılmasından 1.5 ay ve en az 6 ay sonra yapıldı. Plazma sCD40 ve sCD40L, enzime bağlı immünosorbent metodu (ELISA) yoluyla ölçüldü.

BULGULAR
Hasta grubumuzda plazma sCD40 düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekken, sCD40L düzeyleri anlamlı olarak daha düşüktü (p=0.012; p=0.017). 23 mesane kanseri hastasının 17'sinde (%73.9) yüksek dereceli tümörler vardı. Sırasıyla yüksek dereceli tümörlerde önemli ölçüde daha yüksek sCD40 ve ayrıca sCD40L bulundu (P = 0.036; P = 0.039).

SONUÇ
sCD40 ve sCD40L seviyeleri mesane kanseri patogenezinde önemli biyobelirteçler olabilir ve yüksek dereceli tümörleri olan mesane kanserli hastaları belirlemede faydalı olabilir.

Anahtar Kelimeler: sCD40; sCD40 ligandı; Mesane kanseri; ELISA

SB-27

NADİR BİR OLGU: MESANEDE PLAZMA HÜCRELİ NEOPLAZİ

EMİN CENAN COŞKUN(1) RECAİ GÜRBÜZ(1) BAYRAM DOĞAN(1) YILDIRIM ÖZER(1) BEDRİYE MÜGE KAYNAR(1) İBRAHİM OLĞUN(1) YUSUF ÖZLEM İLBEY(1)

1. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Plazma hücreli neoplaziler (PHN), immünoglobulin sentezleyen plazma hücrelerinin kontrolsüz çoğalması sonucunda ortaya çıkan bir hastalık grubudur. Multiple myelom, plazma hücreli lösemi, ekstrameduller plazmositom ve birkaç hastalık daha bu grubun içerisinde yer almaktadır. PHN'ler tüm kanserlerin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır. Ekstramedüller belirtiler, sistemik multipl miyelomun bir parçası veya primer olarak herhangi bir organdan kaynaklanabilir. En sık iskelet dışı tutulum yerleri: dalak, karaciğer, lenf düğümleri ve böbrek olarak sıralanabilir. Mesanede görülmesi ise çok nadir karşılaşılan bir durumdur. Bu vaka sunumunda mesanede plazma hücreli neoplazi tesbit edilen bir olgu tartışılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

78 yaşında hematüri ile kliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler ve operasyon neticesinde mesanede plazma hücreli neoplazi tesbit edilen kadın hasta bu vaka sunumunda takdim edilmiştir.

BULGULAR

78 yaşında bel ağrısı, yan ağrısı ve urge inkontinans şikayetleri olan kadın hasta dış merkezde üroloji kliniğine başvurmuş. Başvuru anında kreatin 0,95 mg/dl, üre 48 mg/dl, Hb 11,63 g/dl, Plt 151 10*3/uL saptanmış. Tam idrar tahlilinde ise 8 hpf RBC saptanmış. Hastaya BT çekilmiş. Çekilen kontrastlı BT'de sol böbrek perirenal alanda, fasyaları da içine alan, kontrast tutan ve büyüğü yaklaşık 2 cm olan nodüler lezyonlar gözlenmiş. Böbreklerde ve mesanede ek patoloji gözlenmemiş. Ardından tarif edilen retroperitonel kitleden lenfoma ön tanısı ile tru-cut biyopsi yapılmış. Patoloji sonucu "Atipik plazmasitoid lenfoid proliferasyon. Ki-67 ile proliferasyon indeksi % 90. Monoklonal lambda hafif zincir : pozitif. Monoklonal kappa hafif zincir: negatif. Tanı: Ön planda plazma hücreli myeloma" olarak raporlanmış.

Hematoloji kliniğine yönlendirilen hastaya yapılan protein elektroforezinde hipergamaglobunemi saptanmış. Kemik iliği biyopsisinin yapılmasını kabul etmeyen hasta takipten çıkmış. İlk şikayetinden yaklaşık 7 ay sonra ise makroskobik hematüri şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastaya yapılan üriner sistem ultrasonografide mesane tabanında 15 mm'lik saplı polipoid lezyon saptanması üzerine hastaya TUR-MT operasyonu uygulandı. Patoloji sonucu :kappa monotipik pozitif atipik plazma hücre infiltrasyonu olarak neticelendi. Ayrıcı tanıda ekstramedüller plazmasitom ve plazma hücreli myelomun mesane yayılımı düşünüldü.

SONUÇ

Mesanede plazma hücreli neoplaziler son derece nadir görülmektedir. Çoğu, multipl miyelomun (MM) mesane tutulumu olarak ortaya çıkar, bazen de primer olarak mesanede görülebilmektedir. Literatürde mesanenin plazma hücreli neoplazileriyle ilgili şimdiye dek çok fazla yayın bulunmamaktadır. Ekstrameduller plazmositomanın mesanede gözlendiği yaklaşık 30 vaka bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda MM tanısı olan ve sonrasında hematüri veya hidronefroza bağlı postrenal akut böbrek yetmezliği şikayetleri ile gelen ve yapılan tetkikler neticesinde mesanede kitle çıkan hastalar bildirilmiştir. Bu hastalara yapılan TUR operasyonunda rezeke edilen materyallerde ekstrameduller plazmasitoma tesbit edilmiştir. Bizim vakamızda, önceden kesin tanı almamış olan hastaya hematüri şikayeti neticesinde sistoskopi yapılarak mesanede tümör gözlendi. Rezeke edilen tümör patolojisinde plazma hücreli neoplazi saptanmış olup ön planda nadir gözlenen ekstramedüller plazmasitom ve plazma hücreli myelomun mesane yayılımı düşünülmüştür.

SB-28

ÜRETRAL MONOPOLAR KOTERİZASYON ERKEK SIÇANLARDA STANDART İNFRAVEZİKAL OBSTRUKSİYON MODELİ OLUŞTURMAK İÇİN PARSİYEL LİGASYONA ALTERNATİF OLABİLİR Mİ?

SERKAN AKAN(1) HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(2) İBRAHİM SÖĞÜT(3) AYŞE GÖKÇE SUDE(2) YUNUS EMRE KIZILKAN(2) CANER EDİZ(2) ÖMER YILMAZ(2)

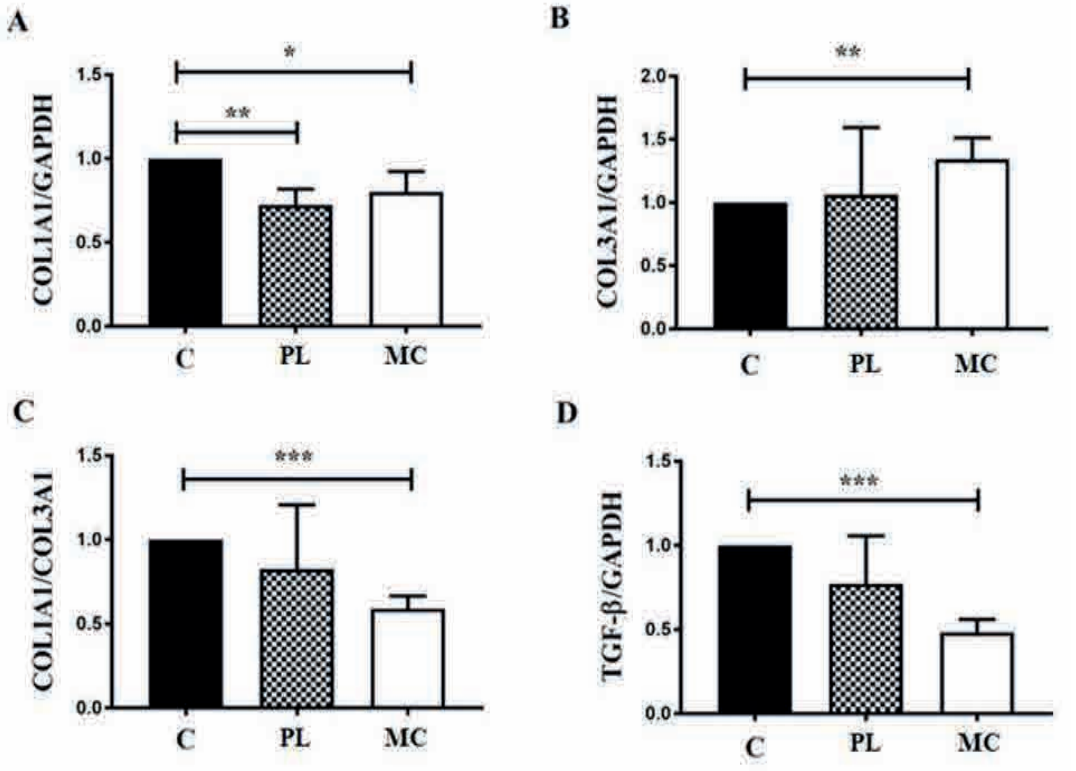
1. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
2. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
3. İstanbul Bilim Üniversitesi, İstanbul

AMAÇ
Kısmi üretral ligasyon yöntemi, erkek sıçanlarda standart infravezikal obstrüksiyon modeli olmuştur ve uzun yıllardır kullanılmaktadır. Standart üretral kısmi ligasyon (PL) veya üretral monopolar koterizasyon (MC) olmak üzere iki infravezikal obstrüksiyon yönteminden hangisinin en tutarlı sonucu ürettiğini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Otuz erkek sıçan rastgele kontrol (C), standart üretral kısmi ligasyon (PL), üretral monopolar koterizasyon (MC) gruplarına ayrıldı. 6 hafta sonra sistometrik inceleme, histolojik ve moleküler değerlendirmeler incelendi. Quantitative Real-Time Polymerase Chain Reaction (qRT-PCR) yöntemi ile Collagen type I (COL1A1), collagen type III (COL3A1), transforming growth factor-ß (TGF-ß), and Glyceraldehyde-3-phosphate dehydrogenase (GAPDH) molekülleri değerlendirildi. Dokularda malondialdehyde (MDA) seviyeleri incelendi.

BULGULAR
Histolojik incelemede MC grubunda lamina propriada fibrozis ve konjesyon daha belirgindi ve sistometrik incelemede korele olarak diğer gruplara göre kas kalınlığı biraz daha yüksekti. Maksimum mesane kapasitesi (BC) ve kompliyans değerleri PL ve MC gruplarında C grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. COL3A1 ekspresyonu, qRT-PCR sonuçlarında mesane dokularında C grubuna göre PL ve MC gruplarında anlamlı derecede yüksek bulundu (Şekil 1). COL1A1 / COL3A1 ekspresyonu, qRT-PCR sonuçlarına göre prostat dokularında C grubu ile karşılaştırıldığında sadece MC grubu için anlamlı olarak daha yüksekti. PL ve MC gruplarında mesane, prostat ve böbrek dokularındaki MDA seviyeleri, anlamlı derecede yüksekti ve C grubuna kıyasla MC grubunda daha yüksek bulundu. Oksidatif stresin biyobelirteçleri MC grubunda C grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti. TOS, TAS ve OSI parametreleri incelendiğinde böbrek dokularında spektrofotometrik analizlerle sadece MC grubunda C grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

SONUÇ
Sistometrik, histolojik ve moleküler analizlerimizin tüm sonuçlarına göre, MC yöntemi daha güçlü obstrüksiyon bulguları ile sonuçlanmakta ve PL yöntemine daha hızlı ve daha basit bir alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır. Standart yöntem (PL) ile karşılaştırıldığında, MC yöntemi prostat dokusunda daha yüksek oranlarda fibrozis sağlarken, mesane dokusu sonuçları fibrozisin kronik evresi olarak kabul edildi. Posterior üretranın MC'si, erkek sıçanlarda bir kronik infravezikal obstrüksiyon modeli oluşturmak için tercih edilen yöntem olabilir.



SB-29

RENAL KOLİK TAKLİT EDEN RENAL ARTER TROMBOZU

ÖMÜR MEMİK(1) BEKİR VOYVODA(1)

1. Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli

AMAÇ

Renal arter trombozu (RAT) sıklıkla akut flank ağrısı kliniği ile ortaya çıkan, acil tedavi gerektiren böbrek parankim kaybının ender ama önemli bir nedenidir. Görülme sıklığının az olması ve başvuru şikayetlerinin nonspesifik olması nedeniyle tanısı sıklıkla gecikir ve zaman zaman atlanır. Önceki tromboembolik olaylar, kardiyovasküler hastalık, kronik atriyal fibrilasyon, travma ve aort müdahaleleri yaygın risk faktörleridir. Bu bildiride acil servise yan ağrısı ile başvuran hastalarda RAT olasılığının akılda tutulması gerektiğini hatırlatmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

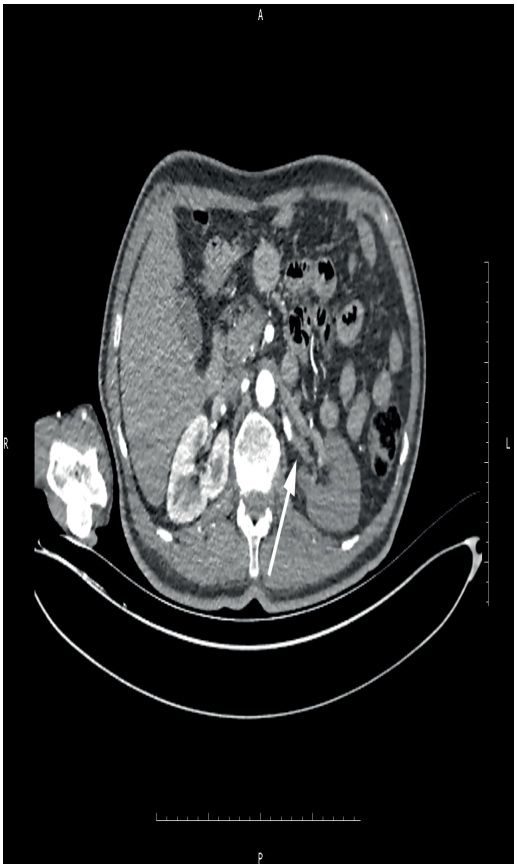
2014-2022 yılları arasında hastanemiz acil servisine başvuran ve kliniğimize yatırılan 1700 hastanın epikriz ve tomografi raporları 'renal arter trombozu' ve 'renal kolik' anahtar kelimeleri kullanılarak geriye yönelik tarandı. Tarama sonrası 11 hastanın renal arter trombozu nedeniyle servisimize yatırıldığı bulundu. Hastaların tıbbi geçmişleri, fizik muayene bulguları, görüntüleme yöntemleri ve kan tahilleri kaydedildi.

BULGULAR

Toplam 11 hastada RAT tespit edildi. Hastaların tümünün hikayelerinde öncelikle renal kolik olarak değerlendirilip işlemler yapıldığı, kolik ağrının geçmemesi üzerine ilerleyen saatlerde ileri tetkik sonrası kontrastlı bilgisayarlı tomografide RAT tespit edilip Üroloji konsültasyonu istendiği tespit edildi. Hastaların anamnezleri incelendiğinde 3'ünde atrial fibrilasyon, 3' ünde aritmi, 2'sinde koroner arter hastalığı tespit edildi. 3 hastanın anamnezinde kardiyak öykü saptanmadı. Bu 3 hastanın yatışı sonrası yapılan Kardiyoloji konsültasyonlarında; 2'sinde aritmi 1 tanesinde ise kardiyomyopati saptandı. Koroner arter hastalığı öyküsü olan bir hastanın acil başvurusundan 2 ay önce ilaçlarını tamamen kestiği, 3'ünün ise ilaçlarını düzensiz kullandığı tespit edildi. Hastalar servise yatırıldıktan sonra Kardiyoloji konsültasyonları yapılarak antikoagülan tedavileri düzenlerek takip edildi.

SONUÇ

RAT nadir olarak görülen nonspesifik klinik ve laboratuar bulguları olması nedeniyle geç tanı konulan ve böbrek parankim hasarı ile sonuçlanabilen acil bir durumdur. Kardiyovasküler hastalık veya aritmi öyküsü olan ve renal kolik ile acil servise başvuran hastalarda ayırıcı tanıda renal arter trombozu akılda tutulmalı ve bu hastalarda acil kontrastlı bilgisayarlı tomografik inceleme yapılmalıdır. Zaman kaybetmeden başlanacak antikoagülan tedavinin oluşabilecek böbrek parankim hasarını ve kaybını belirgin derecede azaltacağı unutulmamalıdır.



SB-30

ETİLEN GLİKOLLE İNDÜKLENMİŞ NEFROLİTİYAZİSLİ RATLARDA MORUS NİGRA EKSTRESİNİN TAŞ OLUŞUMUNDA KORUYUCU ETKİNLİĞİ

MUHAMMET DEMİR (1) EMRULLAH SÖĞÜTDELEN(1) ERAY KEMAHLI(1) ALİ CAN ÖNAL(2)

1. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bolu
2. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak

AMAÇ
Morus nigra (Kara dut) meyve ekstresinin antioksidan özelliğinin böbrek koruyucu etkisi olup olmadığı, böbrek taşı oluşumunun engellenmesinde etkin olup olmadığının potasyum sitrat ile karşılaştırılarak araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
28 adet Wistar tipi erişkin erkek rat 4 gruba ayrıldı. Birinci grup sadece su, ikinci grup etilen glikol, üçüncü grup etilen glikol ve potasyum sitrat (0,4 mEq/gün), dördüncü grup ise etilen glikol ve M. nigra ekstresi (800 mg/kg/gün) ile beslendi. 28 gün sonunda ratlar sakrifiye edilerek idrar, kan ve böbrek dokusu örnekleri toplandı. Serum, idrar biyokimyasal parametreleri ve böbrek patolojileri incelendi. Veriler SPSS 22.0 programıyla analiz edildi.

BULGULAR
Gruplardaki ratların ortalama ağırlıkları benzerdi. Bakılan serum parametrelerinde; disülfit seviyesi Grup I, Grup II, Grup III ve Grup IV'te sırasıyla 32,48±2,91, 40±6,33, 32,17±4,48 ve 37,67±6,09 µmol/L bulundu. Disülfit değeri Grup III'te Grup II ye göre daha düşüktü (p=0,04). Grup IV te ise anlamlı bir fark olmasa da Grup II'den daha düşük bulundu. Serum kalsiyum seviyesi Grup II'de diğer gruplara göre daha anlamlı derecede yüksekti (Tablo 1). Ratların serum parametreleri Tablo 1 de özetlenmiştir. Yapılan idrar analizinde pH değerlerine bakıldığında Grup III ve Grup IV, Grup II'ye göre daha yüksek saptandı)(sırasıyla pH: 8,8±0,27 vs 8,25±0,28 (p=0,05); 9±0 vs 8,25±0,2 (p=0,005)). İdrardaki kristal yoğunluğu Grup IV'te Grup II'ye göre anlamlı oranda düşüktü ((289(19-340) n/µL vs 1099 (507-1178) n/µL (p=0,016)). Grup III'te (281(142-143) n/µL) ise anlamlı bir fark olmasa da Grup II'ye göre kristal yoğunluğunun düştüğü gözlendi (Tablo 1).

SONUÇ
Morus nigranın idrarda ve böbrek patoloji kesitlerinde kristal yoğunluğunu anlamlı derecede azalttığı, antioksidatif etkinliği sayesinde serum analizinde oksidatif parametrelerde düşüş sağladığı gözlenmiştir.

Tablo 1: Grupların serum ve idrar parametrelerine göre karşılaştırılması

	Grup I (n=7)	Grup II (n=7)	Grup III (n=7)	Grup IV (n=7)	p
Kreatinin (mg/dL), Ort±SS	0,49±0,02	0,49±0,02	0,46±0,03	0,45±0,03	0,07
Kalsiyum (mg/dL), Ort±SS	10,32±0,97	10,55±0,23	10,11±0,18	10,11±0,21	**0,007$^{\#}$ 0,009$^{\#\#}$ 0,032$^{\#\#\#}$**
Magnezyum (mg/dL), Ort±SS	3,32±0,69	3,18±0,23	2,89±0,15	2,80±0,22	**0,023^{+} 0,007^{++} 0,041^{+++}**
Total Tiyol (µmol/L), Ort±SS	235,30±33,27	261,24±21,50	232,63±19,23	251,87±15,54	0,09
Nativ Tiyol (µmol/L), Ort±SS	170,33±29,10	181,22±16,11	168,28±18,58	176,51±17,81	0,65
Disülfit (µmol/L), Ort±SS	32,48±2,91	40±6,33	32,17±4,48	37,67±6,09	**0,04$^{\wedge}$**
İdrar hacmi (cc), Ort±SS	12±2,91	17±7,48	15±4,95	12,4±2,3	0,12
İdrar pH, Ort±SS	8,6±0,54	8,25±0,28	8,8±0,27	9±0	**0,005$^{\times}$ 0,05$^{\times\times}$**
Kristal yoğunluğu (n/µL),	126,8 (94-425,6)	1099 (507-1178)	281(142-1433)	289 (19-340)	**0,007* 0,016****

Kısaltma: n/µL,number/mikrolitre; cc, kübik santimetre; mg/dL, miligram/desilitre; mmol/L, milimol/litre; µmol/L, mikromol/litre; Ort±SS, Ortalama±standart sapma; (min-max), (minumum-maksimum İstatistiksel anlamlı farklar bold işaretlenmiş ve anlamlılığı sağlayan gruplar aşağıda belirtilmiştir.

$^{\wedge}$ *: Grup II vs Grup III*
$^{\#}$ *: Grup II vs Grup III*
$^{\#\#}$*: Grup II vs Grup IV*
$^{\#\#\#}$*: Grup II vs Grup I*
$^{+}$ *: Grup IV vs Grup I*
$^{++}$*: Grup II vs Grup IV*
$^{+++}$*: Grup II vs Grup III*
*: Grup II vs Grup IV
$^{\times\times}$: Grup II vs Grup III
*: Grup I vs Grup II
**: Grup II vs Grup IV

SB-31

LOKALİZE PROSTAT KANSERİNDE VOLÜMETRİK MODÜLASYONLU ARK TEDAVİSİNDE BİYOKİMYASAL NÜKS BELİRTEÇLERİ

BERRİN YALÇIN(1) HİKMET KÖSEOĞLU(2) EMRE ARI(2) TOLGA EROĞLU(2)

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
2. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ
Lokalize prostat kanserinde volümetrik modülasyonlu ark tedavisi (VMAT) sonrası biyokimyasal nüks için olası belirteçlerin saptanması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2010 ile 2019 arasında lokalize prostat kanseri için VMAT uygulanan olgular retrospektif olarak analiz edildi. Klinik veriler ve demografik özellikleriyle birlikte biyokimyasal nüks ve sağ kalımlar analiz edildi.

BULGULAR
Lokalize prostat adenokarsinomu için toplam 141 hastaya VMAT uygulandı. Yaş ortalamaları 71.71±4.34 yıl idi. Ortalama başlangıç PSA değerleri 21.16±25.94 (2-131) ng/dl idi. Gleason skoru %40'ında 7'den az, %46'sında 7'ye (%29'unda ISUP 2, %17'sinde ISUP 3) ve %14'ünde 7'den fazlaydı. NCCN risk skoru %53'ünde yüksek, %37'sinde orta ve %11'inde düşüktü. VMAT sonrası ulaşılan ortalama en düşük PSA değeri 0,25±0,96 (0,00-9,80) idi. Hastaların %12'sinde ortalama 38.00±20.68 ay nüks süresi ile biyokimyasal nüks mevcuttu. VMAT hastaların %57'sinde sistit, %10'unda proktit, %6.4'ünde diyare ve %5'inde anemi ile sonuçlandı. Ortalama takip süresi 36.32±20.81 (4-72) aydı ve ortalama son PSA değeri 1.25±7.52 (0.01-80.80) ng/dl idi. Ortalama 28.00±15.73 (9-54) aylık metastaz süresi ile %6'sı metastatik hastalığa ilerledi. Gleason skorlarının, ISUP skorlarının veya NCCN risk sınıflandırmasının hiçbirinin, biyokimyasal nüks, metastaz veya mortalite varlığı veya yokluğu açısından farklı olduğu görülmedi. Ayrıca, başlangıç PSA değerleri veya en düşük PSA değerleri, gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık göstermedi.

SONUÇ
VMAT, lokalize prostat kanseri için etkili bir tedavidir. Serimizde klinik parametrelerin hiçbirinin biyokimyasal nüks, metastaz veya mortalite için net bir belirteç olmadığını tespit ettik.

SB-32

PROSTAT KANSERİ CERRAHİSİ SONRASI TEKRARLAYAN MESANE BOYNU DARLIKLARINDA ALLİUM RPS UYGULAMALARI

ALKAN ÇUBUK(1) JOERG NEYMEYER(2) SARAH WEİMBERGER(2) DİANA MOLDOVAN(2) AHMET RÜKNETTİN ASLAN(3) THORSTEN SCHLOMM(2)

1. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kırklareli
2. Charite Universitatmedizine, Department of Urology, Berlin, Germany
3. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli

AMAÇ

Prostat kanseri cerrahileri sonrasında tekrarlayan mesane boynu darlıkları (MBD)%2-7 arasında görülmektedir. Endoskopik dilatasyon, insizyon ya da rezeksiyonlar ilk tedavi seçeneği olmakta ve başarı şansı sınırlı kalmaktadır. Açık, laparoskopik/robotik mesane boynu rekonstrüksiyonları ise teknik olarak zor, komplikasyonlara açık ve deneyimin az olduğu cerrahilerdir. Bu çalışmada tekrarlayan MBD için geçici Round Posterior Stent (RPS) (Allium™ Medical, Caesarea, Israel) uygulamalarından elde ettiğimiz sonuçlar tartışılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

MBD nedeniyle en az 2 defa endoskopik girişim yapılan ve şikayetleri devam eden hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar bazal demografik verilerin kaydedilmesi sonrası anamnez, üroflovmetri+ rezidü idrar ölçümü ve retrograde üretrografi ile değerlendirildi. Anterior üretrada eşlik eden darlığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldılar.

Cerrahi Teknik: Uygun anestezi koşullarında 24 f rezektoskopla üretradan geçilerek anastomoz bölgesine ulaşıldı. Anastomoz monopolar insizyon bıçağıyla 30-40 Fr çapa ulaşılana dek sirküler olarak insize edildi. Mesane boynu ve sfinkter lokalizasyonları floroskopide işaretlendi.

RPS, kendi kendine genişleyebilen, metalik (Nitinol) gövdeli, doku penetrasyonunu önleyen Kopolimer ile tamamen kaplanmış bir stenttir. Transsfinkterik bir tel ve telin ucunda migrasyona engel olan bir çapa bulunmaktadır. RPS 30-40 mm uzunluğundadır ve yerleştirildikten sonra 45 Fr çapa kadar ulaşabilmektedir. Cerrah taşıma sistemini endoskopik olarak konumlandırıp floroskopi ile pozisyonu kontrol ettikten sonra kilit açılır ve stent bir tetik mekanizması ile kademeli olarak serbest bırakılır. Yerleştirmeden sonra sistem kolayca çıkarılır ve stentin konumu floroskopi altında kontrol edilir.

İşlem süresi, dar segment uzunluğu ve floroskopi süreleri kontrol edildi. Stent çekimi sonrası objektif kür MBD için tedavi gerekmemesi olarak tanımlandı. Hastalar PGI-I skalası ile de değerlendirildi. Subjektif kür ise PGI-I skoru üç ve daha az olması olarak tanımlandı.

BULGULAR

Yaş ortalaması 72(54-81) olan 32 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 16'sı açık radikal prostatektomi olurken altısı laparoskopik ve 10'u robotik metotla opere edilmişlerdi.. Hastaların başvuru anından ortalama üç(2-5) endoskopik girişim öyküleri mevcuttu, 9 hastaya retansiyon nedeniyle sistostomi katateri ve 8 hastada 10Fr üretral katater takılıydı. Üroflovmetride ortalama tepe akımı 6ml/sn(2-10) olarak ölçülürken rezidü idrar 100-150 ml ve işeme süreleri 45-240 saniye ölçüldü.

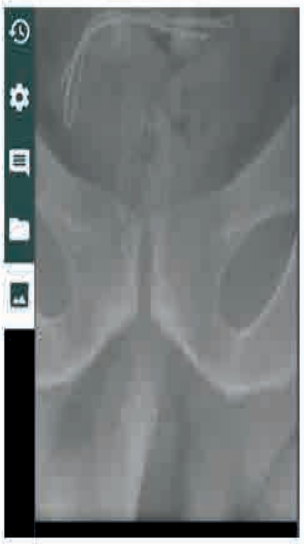
Ortalama işlem süresi ve ortalama floroskopi süresi sırasıyla 25 dakika(20-35) ve 5 saniye(3-30) idi. Ortalama darlık uzunluğu 2.3cm (1.5-4) idi. Takip süresi boyunca herhangi bir stent migrasyonu kaydedilmedi. De-novo stres üriner inkontinans görülmedi Tüm stentler postoperatif 12. ayda komplikasyonsuz olarak çıkarıldı. Ortalama takip süresi çıkarıldıktan sonra 30 aydı(4-72).

Stent çekilmesi sorası objektif kür ve subjektif kür oranları %78 olarak hesaplandı(25/32). Başarı elde edilemeyen yedi hasta periodik stent değişimleriyle yaşam boyu stentli kalmak üzere takip programına alındı. Başarı elde edilen 25 hastanın üroflovmetri değerlendirmesinde ortalama tepe akımı 18ml/sn (15-25), rezidü 50-100ml olarak ölçüldü.

SONUÇ

Tekrarlayan MBD'ında RPS uygulamaları efektif, güvenli bir minimal invaziv metoddur.

Allium's One Platform Delivery System
(OPS) for Urethral Stents



SB-33

RADİKAL PROSTATEKTOMİ İLE TANI ALAN T4N2M0 ÜROTELYAL KARSİNOM VE IMMUNMODULASYON

TALHA MÜEZZİNOĞLU(1) OSMAN UMUR BAŞARAN(1) NALAN NEŞE(1) OKTAY ÜÇER(1)

1. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Manisa

AMAÇ

Ürotelyal karsinom (UCa) nedeni ile transüretral mesane tümörü (TUR-MT) rezeksiyonu ve intravezikal BCG uygulaması sonrası takipten çıkarılmış ve 6 yıl sonra radikal retropubik prostatektomi (RRP) ve pelvik lenf nodu diseksiyonu (PLND) uygulanan 68 yaşında erkek olguyu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

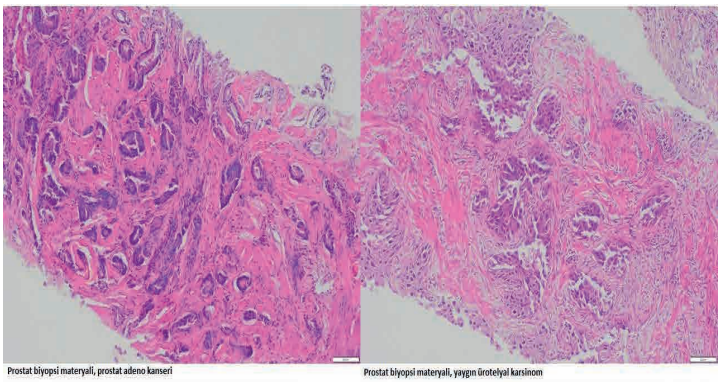
2017 yılında PSA değeri 8,1 ng/ml olarak ölçülmesi üzerine prostat biyopsisi (PBx) yapılan ve prostat kanseri (PCa), Gleason Score (5+5) 10/10 olarak sonuçlanan, dahili ek hastalığı olmayan ve travma nedeni ile splenektomi öyküsü olan hasta tarafımıza yönlendirildi ve hastaya RRP ve PLND uygulandı. RRP ve PLND materayaline ek olarak sağ ve sol seminal vezikül ile mesane komşuluğundan, mesane boynu saat 1,5,7,11 ve 12 hizasından örneklem yapıldı. Periprostatik bölgede şüpheli oluşum eksize edildi.

BULGULAR

RRP sonucu, yaygın UCa ve PCa, Gleason skoru (3+4) 7/10 olarak ve PLND materyalleri ise UCa metastazı olarak sonuçlandı.
UCa, kapsüle kadar tüm alanları tutmuş, periprostatik yağ doku invazyonu yapmış ve yaygın lenfovasküler ve perinöral invazyon özellikleri göstermekteydi. Taban cerrahi sınırlarda UCa sürmekte, sağ veziküla seminalis stromasını invaze etmişti. Sol duktus deferens cerrahi sınırında UCa sürmekteydi ve prostatik üretra posterior ve anteriorunda UCa görüldü. Mesane boynu örneklemlerinde de Uca sürmekteydi. RRP ve PLND sonrasında, hastaya dış merkezde yapılan biyopsi materyalleri merkezimizde tekrar incelendi. Gleason (3+3) 6/10 prostat adeno kanseri ve yaygın UCa olarak sonuçlandı.Kesitsel görüntülemede mesane duvarı diffüz kalın, sağ yan duvarda periserozal uzanım ve bilateral iliak lenf nodları saptandı. Gemsitabin-Sisplatin kemoterapi protokolü uygulandı. Rutin takip şemasına ek olarak yıllık PET-BT kontrollerinde nüks kitle ve metastaz görülmedi. İlk PET-BT incelemesinde, sol PLND sahasında hipermetabolik dansite artışı izlenen hastanın takip eden yıllarda kontrol görüntülemelerinde sol PLND sahasının aktivitesi öncekilere benzer ölçüldü. Uzak organ metastazına rastlanmadı.

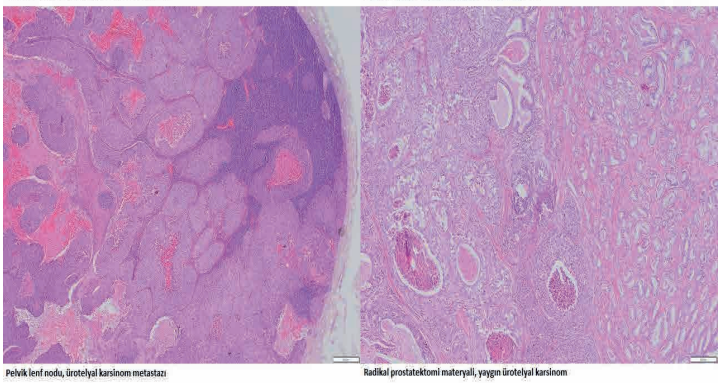
SONUÇ

RRP ile T4N2 ürotelyal karsinom olarak sınıflandırılan ve radikal sistektomi uygulanmamış hastanın nüks ve metastaz süreci, beklenen seyrinden farklı ilerlemektedir. Metastazda tümör ilişkili makrofajlar (TAMs), tümör ilişkili nötrofiller (TANs) ve tümör-infiltre eden dendrtik hücreler (TIDCs) metastaz alanının hazırlanmasında rol oynamaktadır. Dalak, bu hücreler için kaynak ve rezervuar görevi görmektedir. In-vivo çalışmalarda, akciğer ve meme kanseri modellerine uygulanan splenektominin, primer tümörün büyümesine etki etmediği ancak primer tümördeki TAMs, TANs ve TIDCs sayısı azalttığı, lenf nodu metastazlarına her hangi bir etki göstermemesine rağmen hematojen metastazları azalttığı gösterilmiştir. Üroonkoloji alanında da radikal pelvik organ ektomilerine ve PLND'ye ek olarak uygulanacak splenektominin, primer hastalığın uzak metastaza etkisinin in-vivo araştırılması gerektiğini düşünmekteyiz.



Prostat biyopsi materyali, prostat adeno kanseri

Prostat biyopsi materyali, yaygın ürotelyal karsinom



Pelvik lenf nodu, ürotelyal karsinom metastazı

Radikal prostatektomi materyali, yaygın ürotelyal karsinom

SB-34

T3B PROSTAT KANSERİNDE DUCTUS DEFERENS İNVAZYONU PROGNOSTİK BİR FAKTÖR OLARAK DEĞERLENDİRİLEBİLİR Mİ?

EZGİ SERBES(1) SELİM SEVİM(1) EDA NUR KOZAN(2) MURAT CAN KARABURUN(3) EVREN SÜER(3) SABA KİREMİTÇİ(4) DUYGU ENNELİ(4)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara
3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
4. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Seminal vezikül invazyonu(SVİ) prostat kanserinde(PCa) iyi bilinen bir prognostik faktördür. Duktus deferens invazyonuna (DDİ) odaklanan az sayıda çalışma bulunmasına rağmen, DDİ'nin prognoza etkisi net olarak belirlenememiştir. Bu çalışmada DDİ'nin prostat kanseri prognozu üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2005-2022 yılları arasında Ankara Üniversitei Tıp Fakültesi'nde yapılan 1259 radikal prostatektomi vakasının spesmenleri incelendi. DDİ pozitif olan 43 pT3b hasta ve kontrol grubu olarak pT3b olup DDİ negatif olan hastalar arasından propensity-match analizi kullanılarak seçilen 28 hasta olmak üzere toplamda 71 hasta çalışmaya dahil edildi. Klinikopatolojik özellikler (tümör hacmi, gleason skorları, ISUP gradeleri, pozitif cerrahi sınır, ekstraprostatik yayılım(EPE), intraduktal karsinoma, lenfovasküler invazyon(LVİ), perinöral invazyon(PNİ), lenf nodu metastazı, biyokimyasal rekürrens(BCR), biyokimyasal rekürrense kadar geçen süre) her iki grup arasında karşılaştırıldı. İstatistiksel analizler için Pearson ki-kare, McNemar ve Fischer's exact test kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 1259 radikal prostatektomi yapılan hastanın 46'sında(%3.6) DDİ pozitifti, 136 hastada (%10.8) SVİ pozitifti ve 43 hastada (%3.4) da hem DDİ hem SVİ pozitifti. Çalışmaya dahil edilen 71 vakanın 31'inde(%43.6) BCR vardı. Yirmi iki vakada(%31) tek taraflı SVİ pozitifliği vardı. On yedi vakada(%39,5) tek taraflı DDI, 26 vakada(%60,4) bilateral DDİ saptandı. Tek taraflı DDİ olan iki vakada kontralateral SVİ görüldü. Bilateral SVİ olan vakalarda, daha yüksek oranda bilateral DDİ görüldü(p=0.021). DDİ pozitif vakalarda daha fazla EPE ve cerrahi sınır pozitifliği görüldü(p=0.021, p=0.02). BCR, BCR'ye kadar geçen süre, LVI, PNI, lenf nodu metastazı, Gleason skorları, ISUP gradeleri, tümör hacmi, intraduktal karsinom varlığı gibi değişkenler açısından DDİ pozitif olan ve olmayan pT3b-PCa olguları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ

SVİ; prostat kanserinde prognoz açısından olumsuz sonuçlarla ilişkilidir. Ancak DDİ'ye odaklanan az sayıda çalışma olduğu için DDİ'nin prognostik önemi halen tartışmalıdır. Sonuçlarımıza göre DDİ, BCR ile ilişkili görünmüyor. Ayrıca, DDİ'li vakalarda EPE'nin önemli ölçüde daha sık görülmesi, en yaygın seminal vezikül invazyon yolunun büyük olasılıkla PCa'nın ekstraprostatik yayılımı olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte, onkolojik sonuçlar açısından daha iyi bir gösterge olan kansere özgü sağkalım analizi yapılması ilişkiyi daha net ortaya koyabilir. Hasta sayımızı artırdığımızda sağkalım analizimizi ve sonuçlarımızı güncelleyerek tekrar yayınlamayı da planlıyoruz.

SB-35

ROBOT YARDIMLI RADİKAL PROSTATEKTOMİ SIRASINDA YAPILAN MESANE BOYUN PLİKASYONU İLE KLİMAKTÜRİ ÖNLENEMEZ

EREN ERDİ AKSARAY(1) SELİM TAŞ(1) ALİ ERHAN EREN(1) MEHMET SALİH BOĞA(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

AMAÇ

Transperitoneal robot yardımlı radikal prostatektomi (tRYRP) sırasında mesane boynu plikasyonunun orgazma bağlı inkontinans (klimaktüri) üzerindeki etkisini ve Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi 5 (IIEF-5) skorları ile klimaktüri arasındaki ilişkiyi araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde sinir koruyucu tRYRP uygulanan ve ameliyat sonrası birinci yılı aşan 118 hastayı değerlendirdik. Hastalar mesane boynu plikasyonu yapılanlar (Grup 1, n=58) ve yapılmayanlar (Grup 2, n=60) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Çalışmamızda klimatüri açısından gruplar arasında fark olup olmadığı veya IIEF-5 puanları ile klimatüri arasında bir ilişki olup olmadığı araştırıldı.

BULGULAR

Grup 1'deki hastaların %10,3'ünde inkontinans, %13.8'inde klimaktüri vardı. Grup 2'de mesane boynu plikasyonu olmayan hastaların %10'unda inkontinans, %15'inde klimaktüri vardı. Klimatüri açısından gruplar arasında fark yoktu (p > 0.825). Grup 1'de 3 hasta (%5,2) ve Grup 2'de 4 hasta (%6,6) tedavi talebinde bulundu. Her iki grupta da IIEF-5 skorları ile klimatüri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (Grup 1, p >0.208; Grup 2, p >0.508).

SONUÇ

Çalışmamızda tRYRP sırasında mesane boynu plikasyonu yapılan hastalarda klimaktüri sıklığı literatürle uyumluydu ve mesane boynu plikasyonu yapılmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermedi. Uzun süreli kontinansa etkisi olmayan mesane boynu plikasyonunun klimaktürinin önlenmesine katkı sağlamadığı gözlemlenmiştir. IIEF-5 skorları ile klimaktüri arasında ilişki bulunamadı.

	Group 1	Group 2	P-value
Number of patients	58	60	
Age	62.48 ± 5.9	63.48 ± 4.8	0.657
Postoperative mean follow-up time	47±5.5 months	51±6.3 months	0.856
Preoperative mean IIEF-5 score	23.3±0.7	23.8±0.5	0.224
Median Gleason score	6 ±1	6 ±1	0.356
Number of patients treated for LUTS preoperatively	47	54	0.203
Additional disease	51	49	0.340
Preoperative PSA level	7.4±1.1	7.7±0.9	0.460

	1. Group	2. Group	P-value
Incontinence	6 (%10.3)	6 (10%)	0.951
Climacturia	8 (13.8%)	9 (15%)	0.825
Treatment request	3 (5.2%)	4 (6.6%)	
Combination of I+C	2	3	1000

Frequency of climacturia	At every sexual intercourse	About half	Less than half
Group 1	4	2	2
Group 2	4	2	3

Group 1	Climacturia (+)	Climacturia (-)	P-value
Postoperative IIEF-5 score	21.3 ± 1.3	21.9 ± 0.9	0.208*
Group 2	Climacturia (+)	Climacturia (-)	
Postoperative IIEF-5 score	21.9 ± 0.9	21.6 ± 1.0	0.508*

SB-36

HEMATOLOJİK PARAMETRELER RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA EKSTRAPROSTATİK UZANIMI ÖNGÖREBİLİR Mİ?

HÜSEYİN GÜLTEKİN(1) SERKAN ÖZEN(1) SÜLEYMAN BULUT(1) FERHAT ÇELİKKALELİ(1) ALİ YASİN ÖZERCAN(1) BURAK KÖSEOĞLU(1) BİNHAN KAĞAN AKTAŞ(1)

1. Ankara Şehir Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Kliniğimizde prostat kanseri (PK) nedeniyle robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi (RYLRP) yapılmış hastalarda, preoperatif hematolojik parametreler, yaş, prostat spesifik antijen (PSA) değerlerinin ekstraprostatik uzanım varlığını öngörmedeki etkilerini retrospektif olarak değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2019 - Temmuz 2022 tarihleri arasında kliniğimizde RYLRP yapılan 203 hastaya ait yaş, preoperatif PSA değerleri, Nötrofi l/ Lenfosit oranı, Lenfosit/Monosit oranı, Platelet/Lenfosit oranı, operasyondaki kan kaybı, cerrahi süresi ve rektal tuşe verileri kaydedildi. Hastalar Grup 1 (T2 evre) ve Grup 2 (T3 ve üzeri evre) olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR

RYLRP yapılan 203 hastanın yaş ortalaması 62.87(45-75) idi. Hastaların 108'i (%53) T2 (Grup 1); 95'i (%47) T3 ve üzeri (Grup 2) idi. İki grup arasında yaş, nötrofil/lenfosit oranı, lenfosit/monosit oranı, platelet/lenfosit oranı, kanama miktarı, operasyon süresi açısından anlamlı fark görülmedi.

Grup 1'de prostat hacmi Grup 2'ye oranla anlamlı derecede daha büyük bulundu. (p:0.039) Grup 1'deki hastaların rektal tuşe bulgusu varlığı Grup 2'ye göre anlamlı derecede daha az idi (p:0.041). Grup 1'de preoperatif PSA Grup 2'ye oranla anlamlı derecede daha düşük bulundu. (p:0.0)

SONUÇ

Çalışmamızda hematolojik parametrelerin ekstraprostatik yayılımı öngörmede anlamı saptanmamış olmasına rağmen daha geniş serili prospektif çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

Bulgular	PSA (ng/mL)	Prostat Hacmi (mL)	Kanama Miktarı (mL)	Cerrahi Süresi (dk)	RT Bulgusu Olmaması
Grup 1	8,29	51.39	250.93	198.25	%65,7
Grup 2	11.53	47.67	219.37	211.33	%51.6
p değeri	0	0,04	0,19	0,1	0,04

Hasta gruplarının demografik verileri

SB-37

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI CERRAHİ SINIR POZİTİFLİĞİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

KADİR EMRE BALTACI(1) HAKAN KESKİN(1) MÜJDAT AYVA(1) KADER KESKİN(1) HAKAN BAHADIR HABERAL(2) AHMET AŞÇI(1) AHMET GÜDELOĞLU(1) BÜLENT AKDOĞAN(1) CENK YÜCEL BİLEN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara
2. Ardahan Devlet Hastanesi, Ardahan

AMAÇ
Bu çalışmada, robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi yapılan hastalarda ameliyat sonrasında cerrahi sınır pozitifliğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2017- Temmuz 2022 arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi yapılan 254 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların preoperatif ve intraoperatif klinik, cerrahi ve tümör patolojisi özelliklerinin cerrahi sınır pozitifliği üzerine olan etkisi tek değişkenli ve çok değişkenli analiz ile değerlendirilmiştir. Transrektal prostat biyopsisi patolojisindeki Gleason evrelendirmesine göre hastaların tümörleri ISUP sınıflamasıyla gruplandırılmış ve ISUP 1-2-3 hastalar düşük-orta dereceli, ISUP 4-5 hastalar yüksek dereceli olarak sınıflandırılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 24.0 (IBM Corp., Chicago) programı kullanılmış ve $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR
Hastaların cerrahi esnasındaki ortalama yaşı 62,95±7,30 yıl ve ortanca tanı PSA düzeyi 8,0 ng/mL olarak bulunmuştur. Hastaların demografik, klinik, intraoperatif ve postoperatif verileri Tablo 1'de verilmiştir. Cerrahi sınır pozitifliği oranı %20,6 olarak belirlenmiştir. Post operatif ISUP grubu, prostat biyopsisi pozitif kor sayısı, klinik evre, patolojik evre, D'Amico Risk Grubu, neoadjuvan kemoterapi öyküsü ve lenf nodu diseksiyonu yapılmış olması tek değişkenli analizde cerrahi sınır pozitifliği ile ilişkili olarak bulunmuştur (p=0,003, p=0,000, p=0,005, p=0,000, p=0,001, p=0,003, p:0,018 sırasıyla). Çok değişkenli analizde ise patolojik evre ve neoadjuvan kemoterapi almış grubun cerrahi sınır pozitifliği ile ilişkili olduğu görülmüştür (p=0,004, p:0,042 sırasıyla)

SONUÇ
Robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi sonrasında patolojik evresi T3 olan ve neoadjuvan kemoterapi almış olan hasta grubunun cerrahi sınır pozitifliği riski anlamlı düzeyde yüksektir. Tanı PSA düzeyi, preoperatif ISUP grubu, klinik evre, neoadjuvan kemoterapi, prostat biyopsisindeki pozitif kor sayısı ve pozitif kor oranı tek başına cerrahi sınır pozitifliği ile anlamlı ilişkisi görülmemiştir.

SB-38

POZİTİF CERRAHİ SINIR GLEASON PATERNİ VE BİYOKİMYASAL NÜKS İLİŞKİSİ

MEHMET SERKAN ÖZKENT(1) ÖMER FARUK ÇAVDAR(2) ABDULLAH ALTUNHAN(2) FURKAN GÜLDİBİ(2) GİRAY KARALEZLİ(2) YUNUS EMRE GÖGER(2)

1. Konya Şehir Hastanesi, Konya
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

AMAÇ

Prostat kanseri erkeklerde ikinci en sık görülen kanser türüdür. Özellikle gelişmiş ülkelerde, genel popülasyonun büyük bir kısmını yaşlı erkeklerin oluşturması nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. PKa için üç iyi bilinen risk faktörü mevcuttur: ileri yaş, etnik köken ve genetik yatkınlık. Düşük-orta riskli ve seçilmiş yüksek riskli hastalarda Radikal Prostatektomi+PLND altın standart tedavi seçeneğidir. Radikal prostatektomi sonrası PSA ölçülemeyen seviyede olmalıdır (< 0.1 ng/mL). RP sonrası PSA >0,1 ng/ml olması rezidü prostat dokusuna işaret eder. Bu çalışmanın amacı cerrahi sınır pozitif gleason paterni ile biyokimyasal nüks arasında ilişki olup olmadığını ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmada 2017-2022 arasında merkezimizde Radikal Prostatektomi yapılan toplam 235 hasta incelendi. Bu hastalardan 130 tanesinin cerrahi patolojisi cerrahi sınır pozitif olarak raporlandı. İlk etapta 125 hasta araştırıldı. 5 hasta takipsiz olduğu için çalışmaya dahil edilmedi. Biyokimyasal rekürrensi belirlemek için radikal prostatektomiden sonra takip süresi 6 ay olarak belirlendi.Bu 125 hastadan 72 tanesi T3(31 i T3a,41 i T3b), 52 tanesi T2 patolojik evreye sahipti.

BULGULAR

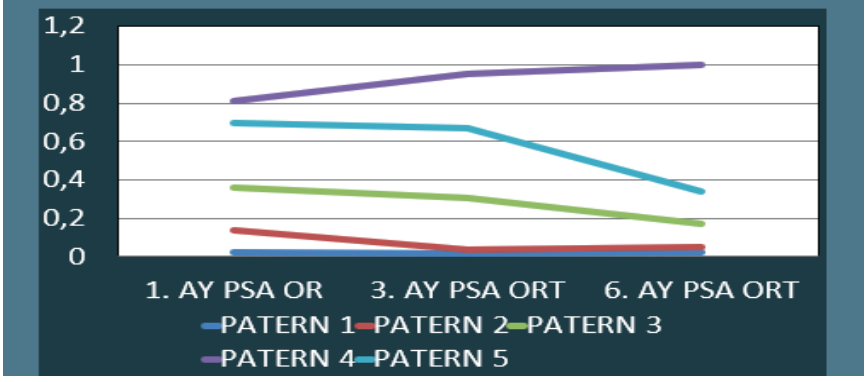
Yaptığımız araştırma sonucunda cerrahi sınır pozitif olan 125 hastanın 20 tanesi patern 1,16 tanesi patern 2, 44 tanesi patern 3, 30 tanesi patern 4, 15 tanesi patern 5 olarak raporlandı. Patern 1 olanların 1.ay psa ortalaması 0.025, 3.ay psa ortalaması 0,014, 6.ay psa ortalaması 0,021 olarak hesaplandı. Patern 2 olanların 1.ay psaortalaması 0.138, 3.ay psa ortalaması 0,034, 6.ay psa ortalaması 0,048 olarak hesaplandı.Patern 3 olanların 1.ay psa ortalaması 0.360, 3.ay psa ortalaması 0,308, 6.ay psa ortalaması 0,168 olarak hesaplandı. Patern 4 olanların 1.ay psa ortalaması 0.814, 3.ay psa ortalaması 0.955, 6.ay psa ortalaması 1.04 olarak hesaplandı. Patern 5 olanların 1.ay psa ortalaması 0.696, 3.ay psa ortalaması 0.668, 6.ay psa ortalaması 0,341 olarak hesaplandı.

SONUÇ

Pozitif cerrahi sınır Gleason paterni radikal prostatektomi sonrası biyokimyasal rekürrensin güçlü bir göstergesiydi ve bunların tümör derecesi, evresi ve düzeyi de dahil olmak üzere diğer yaygın göstergelerle birlikte kullanılması prostat kanserli hastalarda risk değerlendirmesinin doğruluğunu artırabilir.

pozitif patern	HASTA SAYISI	preop PSA	1. AY PSA OR	3. AY PSA ORT	6. AY PSA ORT
1	20	7,85	0,025	0,014	0,021
2	16	9,425	0,138	0,034	0,048
3	44	12,025	0,36022	0,308781	0,16821
4	30	14,211	0,814086	0,9553	1
5	15	21,458	0,696153	0,668858	0,341909

POZİTİF PATERN	ISUP GRADE 1 (3+3)	ISUP GRADE 2 (3+4)	ISUP GRADE 3 (4+3)	ISUP GRADE 4 (3+5,4+4,5+3)	ISUP GRADE 5 (4+5,5+4,5+5)	T2	T3A/T3B
1	10	7	3	0	0	16	3/1
2	6	7	1	1	0	14	1/0
3	13	19	8	2	2	11	17/16
4	3	3	6	8	10	6	7/17
5	1	2	3	1	8	5	3/7



SB-39

RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖNCESİ LENF NODU METASTAZINI SAPTAMADA PSMA PET VE MPMR SONUÇLARI

YUNUS EMRE GÖGER(1) ÖMER FARUK ÇAVDAR(1) HAİDER NİHAD İZADDİN ALALAM(1) MUZAFFER TANSEL KILINÇ(2) İBRAHİM GÖKSOY(1) MEHMET MESUT PİŞKİN(1) MEHMET BALASAR(1)

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya
2. Konya Şehir Hastanesi, Konya

AMAÇ

Prostat kanseri erkeklerde ikinci en sık görülen kanser türüdür. Prostat Kanseri'nin tanısı genellikle şüpheli parmakla rektal muayene ve yüksek kan PSA düzeyleri zemininde, transrektal ultrason kılavuzluğunda yapılan prostat biyopsisi ile konur. Günümüzde prostat dokusu hakkında anatomik ve fonksiyonel bilgi sağlayan, prostat kanserini saptamada ve lokalize etmede multiparametrik MpMR kullanılmaktadır. Ayrıca PSMA, nükleer tıp uygulamalarında prostat kanserinin hem tanı, hem de tedavisi açısından ideal bir moleküler hedef olmuştur. Bu çalışmanın amacı radikal prostatektomi+PLND sonrası raporlanan lenf nodu tutulumu ile MpMR da ve PSMA da raporlanan lenf nodu pozitifliği karışılaştırarak, bu görüntüleme yöntemlerinin LAP saptama oranını ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

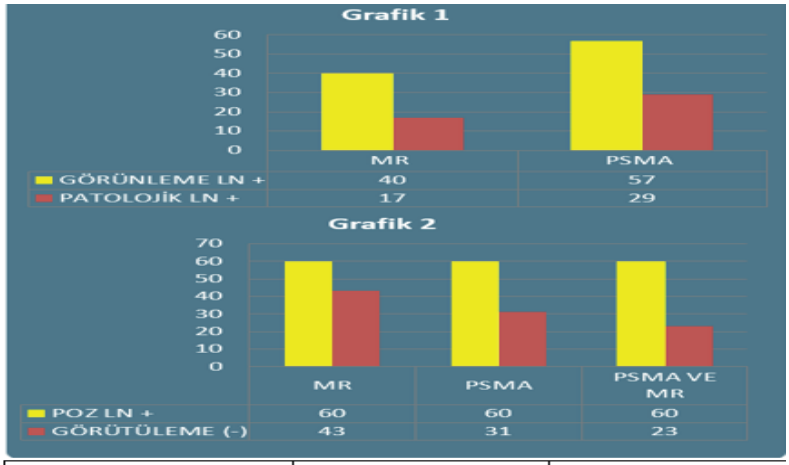
Bu çalışmada 2017-2022 arasında merkezimizde RP yapılan toplam 235 hasta incelendi. Bu çalışmaya MpMR görüntülemesinde pozitif LN raporlanan 17, PSMA görüntülemesinde pozitif LN raporlanan 29 ve cerrahi patolojisinde pozitif LAP raporlanan 60 hasta dahil edildi. Çalışmaya yalnızca pelvik LN pozitif olan hastalar dahil edildi. LN+ saptanan 60 hastadan 39 tanesi T3(14 tanesi T3a,25 tanesi T3b), 21 tanesi ise T2 patolojik evreye sahipti.

BULGULAR

MpMR görüntülemesinde LN + raporlanan 40 hastanın 17'sinde patolojik LN saptanırken, PSMA görüntülemesinde LN+ raporlanan 57 hastanın 29'Unde patolojik LN saptandı.(Grafik1) MpMR da LN + olan 40 hastadan 14'ü sağ eksternal iliak,sol eksternal iliak,10'u sol obturatuar,sağ obturatuar,11'i sağ internal iliak, sol internal iliak ve 5'i de common iliak lenf nodu pozitif saptanırken patoloji lenf nodu olarak pozitif olan 17 hastanın MpMR ile korele olarak 6'sı sağ eksternal iliak ve sol eksternal iliak, 5'i sağ obturatuar ve sol obturatuar, 5'i sağ internal iliak ve sol internal iliak, 2'si de common iliak lenf nodu pozitif saptandı. PSMA PET'te LN + raporlanan 57 hastanın ise 21'inde sağ eksternal iliak, sol eksternal iliak,13'ü sol obturatuar, sağ obturatuar, 16'sı sağ internal iliak, sol internal ve 7'sinde common iliak lenf nodu pozitif saptanırken patoloji lenf nodu olarak pozitif saptanan 29 hastanın MpMR ile korele olarak değerlendirildiğinde 12'si sağ eksternal iliak ve sol eksternal iliak, 6'sı sağ obturatuar ve sol obturatuar, 8'i sağ internal iliak ve sol internal iliak, 3'ü de common iliak lenf nodu pozitif saptandı. RP sonrası patolojik incelemede LN + saptanan 60 hastanın 43'ünde LN+ MpMR bulgusu yokken, bu hastaların 31inde PSMA'DA LN+ bulgusu raporlanmadı. Toplamda 23 cerrahi LN + hastada hem MpMpMR hem de PSMA LN+ raporlanmadı.(Grafik 2) Ayrıca MpMR ın lenf nodu pozitif dediği 7 hastanın patoloji preparatında LN+ saptanmazken, PSMA PET te pozitif LN denen yalnızca 3 hastada patolojik preparatta LN+ saptanmadı. MpMR için çalışmanın duyarlılığı 0,283, özgüllüğü 0,883 iken, PSMA PET için duyarlılık 0,483, özgüllük ise 0,864 olarak saptandı.

SONUÇ

Prostat Kanserinde cerrahi öncesinde ve sonrasında LAP varlığı, hastalığın riskini, evresini ve prognozunu belirlemede önemli bir parametredir. Bu parametre cerrahi öncesinde MpMR ve PSMA görüntüleme yöntemleriyle saptanabilmektedir. Yaptığımız çalışma sonucunda elde ettiğimiz veriler gösterdi ki PSMA görüntülemesi MpMR'a göre cerrahi patolojik LN saptamada daha güvenilir ve doğruluk oranı daha yüksek bir yöntemdir.



	PATOLOJİ LN+	PATOLOJİ LN-
PSMA PET LN+	29	28
PSMA PET LN-	31	172

	PATOLOJİ LN+	PATOLOJİ LN-
MpMR LN+	17	23
MpMR LN-	43	168

SB-40

RADİKAL SİSTEKTOMİ OPERASYONUNDA ERKEN DÖNEM KOMPLİKASYONLARI BELİRLEYEN FAKTÖRLER

EMRE ALBAYRAK(1) RABİA HIZARCI(1) TURAN MAMMADALİYEV(1) MESUT ALTAN(1) BÜLENT AKDOĞAN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Radikal sistektomi ve üriner diversiyon ameliyatları sonrasında erken dönem komplikasyonlar ile ilişkili faktörlerin araştırılmasını amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2009 ile Aralık 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Üroloji Kliniği'nde Radikal sistektomi ve üriner diversiyon yapılan 405 hastanın verileri retrospektif olarak karşılaştırıldı. Post operatif ilk 90 gün içinde olan komplikasyonlar Modifiye Clavien-Dindo sınıflandırılmasına göre skorlandı. Modifiye Clavien-Dindo sınıflamasına göre grade 3a ve üzeri komplikasyonlar, majör komplikasyon olarak değerlendirildi. Hastaların demografik verileri, komorbidite durumu, neoadjuvan kemoterapi alıp almaması, hemoglobin ve albümin düzeyleri, anestezi süresi ile komplikasyonlar arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 62,9±9,7 yıldı. 405 hastanın 43'ü (%10,6) kadın, 362'si (%89,4) erkekti. Üriner diversiyon yöntemi olarak 70 (%17,3) hastaya ortotopik diversiyon, 335 (%82,7) hastaya ileal loop uygulandı. 256 (%63,2) hastada ürolog, 49 (%36,8) hastada genel cerrah tarafından ileoileal anastomoz yapıldı. 240 (%59,3) hastada en az bir komplikasyon görülürken, 165 (%40,7) hastada komplikasyon izlenmedi. Majör komplikasyon oranı %15,1 idi (61 hasta). Hastaların cinsiyetleri, yaşları, vücut kitle indeksleri, komorbidite durumları, neoadjuvan kemoterapi alıp almamaları, hemoglobin ve albümin düzeyleri, üriner diversiyon şekli ile komplikasyon arasında ilişki bulunmadı (p=0,618, p=0,692, p=0,071, p=0,478, p=0,078, p=0,058, p=0,227). Tek değişkenli analizde anestezi süresi ve ileoileal anastomozu yapan bölüm ile komplikasyon gelişimi arasında anlamlı ilişki bulundu. (p<0,001, p=0,002). Çok değişkenli analizde ise sadece anestezi süreleri gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (p<0,001, OR: 1,007 (1,003-1,010)).

SONUÇ

Radikal sistektomi ve üriner diversiyon komplikasyonlara açık majör bir cerrahidir. Anestezi süresinin uzaması komplikasyon gelişimi için bir risk faktörüdür.

SB-41

RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI CERRAHİ SINIR POZİTİF HASTALARDA KRİBRİFORM PATERN VARLIĞININ ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ

MÜBARİZ AYDEMİROV(1) VOLKAN İZOL(2) MUTLU DEĞER(2) NEBİL AKDOĞAN(2) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(3) ANIL ELDEMİR(2) YILDIRIM BAYAZIT(2) MUSTAFA ZÜHTÜ TANSUĞ(2)

1. Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Alanya
2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana
3. Ceyhan Devlet Hastanesi, Adana

AMAÇ

Prostat kanseri (PK) erkeklerde en sık görülen kanserdir ve akciğer kanserinden sonra ikinci ölüm nedenidir. Cerrahi tedavi sonrası hastaların %8 ila %34'ünde cerrahi sınır pozitifliği (CSP) görüle bilmektedir. PK'da tümörün mimari büyüme paternine dayanan Gleason derecelendirmesi (GD), tedavi kararlarını belirlemekte ve hastaların prognozlarını tahmin etmek için esas parametrelerden biridir. Çalışmamızda RP sonrası CSP görülen hastalarda hem primer tümörde hem de PCS'de KP'nin klinik önemini ve onkolojik sonuçlara etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda Şubat 2011-Aralık 2019 tarihleri arasında prostat kanseri nedeniyle RP ameliyatı yapılan 421 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. CSP görülen 125 hasta belirlendi. Bu hastalardan neoadjuvan tedavi alan 5 hasta, metastatik olan 2 hasta, patolojik evre 4 olan 2 hasta, patoloji verilerine ulaşılamayan 11 hasta, postoperatif takip verileri olmayan 10 hasta çalışma dışı bırakıldı. CS (+) 95 hasta çalışmaya dahil edildi. Operasyonların tamamı üroonkoloji alanında deneyimli 3 cerrah tarafından açık veya transperitoneal laparoskopik yöntemle yapıldı. Çalışmanın primer sonlanım noktası KP'nin BKR'siz sağkalıma etkisi, sekonder sonlanım noktası ise metastazsız sağkalıma etkisi olarak belirlendi. BKR; postoperatif takiplerde art arda iki ölçümde PSA'nın 0,2 ng/ml veya üzerinde saptanması olarak kabul edildi. Metastaz, RP sonrası takiplerde radyolojik veya patolojik doğrulama ile lenf nodunda veya uzak bir bölgede prostat kanseri varlığı olarak tanımlandı. BKR'siz sağkalım RP sonrası BKR'ye kadar geçen süre olarak, metastazsız sağkalım ise RP sonrası uzak metastaz gelişimine kadar geçen süre olarak tanımlandı.

BULGULAR

Hastaların 44'ünde (%46,3) primer tümörde, 11 (%11,6) hastada ise hem primer tümörde hem de PCS'de KP olduğu görüldü. Primer tümörde KP olan ve olmayan hastaların klinik ve histopatolojik verileri tablo 1'de özetlenmiştir. Primer tümörde KP olan hastaların yaş ortalaması olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,042). Preoperatif PSA düzeyi KP olanlarda yüksek olmasına rağmen istatiksel olarak anlamlı değildi (p=0,078). Her iki grupta hastaların BMİ benzer olarak izlendi (p=0,878). KP olan hastaların tümör völümü anlamlı şekilde daha fazlaydı (p=0,045). Cerrahi tedavi yöntemi açısından karşılaştırdığımızda gruplar arasında herhangi bir fark izlenmedi (p=0,278). RP sonrası Gleason skoru, patolojik tümör evresi ve lenf nodu invazyonu KP olanlarla istatiksel anlamlı olarak ilişkiliydi (sırasıyla p=0,001; p=0,001; p=0,008). KP varlığında BKR'ye kadar geçen ortalama süre kısa olmasına rağmen istatiksel olarak bu fark anlamlı değildi (74,96±6,45 aya karşın 96,34±6,71 ay; p=0,095; şekil 1). Metastaza kadar geçen süre ise KP olanlarda istatiksel anlamlı olarak daha kısa bulundu (101,29 aya karşın 122,88 ay; p=0,01; şekil 2). Primer tümörde KP olan hastalarla CS'de KP görülen hastaları BKR açısından karşılaştırdığımızda BKR'ye kadar geçen süre benzerdi (74,9±6,4 ve 78±7,6; p=0,418; şekil 3).

SONUÇ

Kribriform büyüme, RP sonrası CSP görülen hastalarda metastazsız sağkalım için bağımsız bir histopatolojik öngördürücüdür. Sonuç olarak patolojik incelemelere KP varlığının dahil edilmesi ve CS (+) hastalarda KP görülmesi adjuvan tedavi ve kişiselleştirilmiş tedavi optimizasyonu açısından yol gösterici olabilir.

Tablo 1: Primer tümörde kribriform patern olan ve olmayan hastaların klinik ve histopatolojik verileri

	Primer tümör KP + (n=44)	Primer tümör KP- (n=51)	P
Yaş (yıl)	64,37±6,3	60,6±6,7	**0,042**
BMİ (kg/m²)	27,8±3,6	27,8±3,6	0,878
Preoperatif PSA (ng/ml)	16,78±19,84	11,38±9,55	0,078
Tümör volümü, ml	9,037±1,26	5,23±0,82	**0,045**
Cerrahi yöntem (n)			
Açık	16 (41)	23 (59)	0,278
Laparoskopik	28 (50)	28 (50)	
Postoperatif Gleason skoru			
6	0	25 (100)	**0,001**
7 (3+4)	6 (23,1)	20 (76,9	
7 (4+3)	11 (73,3)	4 (26,7)	
8 (4+4)	14 (100)	0	
9 (4+5)	10 (83,3)	2 (16,7)	
9 (5+4)	3 (100)	0	
Patolojik evre			
T2	12 (25,5)	35 (74,5)	**0,001**
T3a	12 (52,2)	11 (47,8)	
T3b	20 (80)	5 (20)	
Cerrahi sınır lokalizasyonu			
Apeks	10 (50)	10 (50)	0,803
Posterolateral	10 (26,3)	28 (73,7)	**0,002**
Mesane boynu	5 (45,4)	6 (54,6)	0,604
Multifokal	19 (73,1)	7 (26,9)	**0,002**
Tarafı			
Unilateral	31 (40,2)	46 (59,8)	**0,019**
Bilateral	13 (72,2)	5 (27,8)	
Pozitif cerrahi sınır kümülatif uzunluğu (mm)	6,19±5,8	4,29±2,5	**0,045**
Cerrahi sınır Gleason derecesi			
3	5 (10,9)	41 (89,1)	**0,001**
4	28 (73,7)	10 (22,3)	
5	11 (100)	0	
BKR			
Yok	27 (41,5)	38 (58,5)	0,190
Var	17 (56,7)	13 (43,3)	
BKR'ye kadar geçen süre (ay)	40,29±0,05	34,92±30,54	0,602
Metastaz			
Yok	37 (42,5)	50 (57,5)	**0,023**
Var	7 (87,5)	1 (12,5)	
Lenf nodu invazyonu			
Yok	32 (39)	48 (61)	**0,008**
Var	12 (80)	3 (20)	

SB-42

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA İNTRAVEZİKAL PROSTATİK PROTRÜZYON DERECESİNİN POSTOPERATİF FONKSİYONEL VE ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ

MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) MUSTAFA ÖZKAYA(1) ALPER OKUR(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) ÇETİN DEMİRDAĞ(1) BÜLENT ÖNAL(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Radikal prostatektomi, lokalize ve lokal ileri prostat kanserinin seçkin tedavi yöntemlerinden birisidir. Minimal invaziv tekniklerin rutin üroloji pratiğinde genişleyen kullanımıyla beraber robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi (RaLRP) sık kullanılan bir cerrahi teknik halini almıştır. Radikal prostatektomi sonrası hastaların yaşam kalitesini ve onkolojik takibini etkileyen antitelerden başında hastaların potens ve kontinans durumu, cerrahi sınır pozitifliği bulunmaktadır. Biz bu çalışmamızda prostat glandının mesaneye protrüzyon derecesinin (IPP) RaLRP sonrası fonksiyonel ve onkolojik sonuçlara etkisini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Kasım 2017 ve Aralık 2021 tarihleri arasında RaLRP operasyonu yapılan ve postoperatif en az 1 yıllık takibi olan 106 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Multiparametrik prostat MR görüntülerinde sagittal planda mesane boynundan geçen doğrunun mesane içine uzanım gösteren prostat gland tabanına dikey uzunluğu ölçüldü (Şekil 1). IPP ölçümü ise Grade I (<5 mm), Grade II (5 - 10 mm) ve Grade III (>10 mm) şeklinde derecelendirildi. Hastaların kontinans ve potens durumu, RaLRP'den 1, 3, 6 ve 12. Aylarda yapılan poliklinik kontrolleri ile değerlendirildi. Çalışmamızda hiç ped kullanmayan veya günlük bir tane güvenlik pedi kullanan hastalar kontinan, 1 yıllık takipte PDE-5 inhibitörü kullanımıyla veya kullanmadan ilişki için yeterli sertlik sağlayan hastalar potent olarak kabul edildi. Cerrahi spesmenin histopatolojik incelemesinde cerrahi sınır pozitiflik ve lokalizasyonları tarandı.

BULGULAR

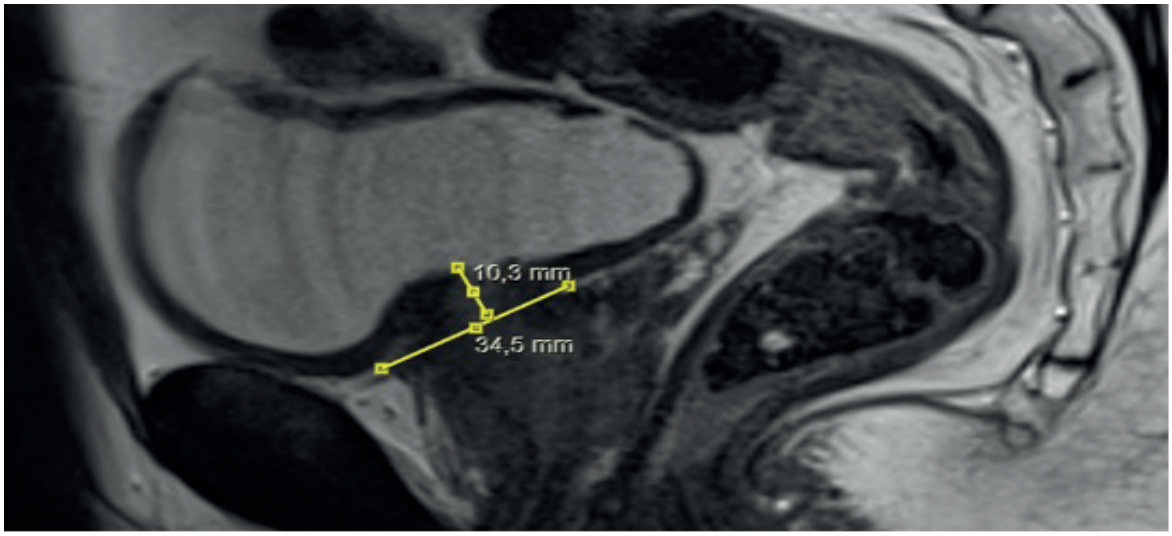
Toplamda 106 hastanın 22'sinde (%20.74) post-operatif 1 yıllık dönemde inkontinans saptandı. İnkontinans saptanan grupta yaş medyan değer 67 [46-75] iken, inkontinans saptanmayan grupta yaş ortanca değer 63.5 [49-76] olarak bulundu (p= 0.130). İnkontinans saptanan grupta medyan İPP uzunluğu 9.47 [2,20-15,18] İnkontinans saptanmayan grupta ise medyan İPP uzunluğu 7,83 [2,40 - 22,91] ölçüldü (p=0.723). İnkontinans saptanan hastalarda İPP derecelendirmesi 1. Grupta olan 5 hasta, 2. Grupta olan 9 hasta, 3. Grupta olan 8 hasta mevcuttu. (p= 0,449)

106 hastanın 56'sında (%52,83) erektil disfonksiyon (ED) saptandı. ED saptanan grupta medyan yaş 65 [54-76] iken, saptanmayan grupta 62 [46-76] idi (p= 0.119). İnkontinans saptanan hastalarda İPP derecelendirmesi 1. Grupta olan 9 hasta, 2. Grupta olan 35 hasta, 3. Grupta olan 12 hasta mevcuttu. (p= 0,120)

106 hastanın 51'inde (%48,11) cerrahi sınır (CS) pozitifliği saptandı. CS pozitifliği saptanan hastaların 6'sında (%11.76) mesane boynunda cerrahi sınırında pozitiflik mevcuttu. Mesane boynu cerrahi sınır pozitif olan hastaların medyan IPP uzunluğu 6,34 [3,0-10,48], olmayan hastaların 8,0 [2,20-22,91] ölçüldü (p=0,161).Mesane boynu cerrahi sınırı pozitif olan 6 hastanın 3 tanesinin İPP derecesi grade 1, 2 tanesinin grade 2, 1 tanesinin de grade 3 olarak hesaplandı (p=0,176)

SONUÇ

Bu çalışmada RaLRP yapılan hastalarda; İPP uzunluğu ve derecelerinin post-operatif 1 yıllık dönemde idrar kaçırma, erektil disfonksiyon ve mesane boynu cerrahi sınır pozitifliği üzerinde istatiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı saptandı.



Tablo 1. IK

	INKONTINANS (+)	INKONTINANS (-)	p değeri
Hasta sayısı, (%)	22 (20,75)	84 (79,24)	
Yaş, ortanca (min. - maks.)	67 (46-75)	63,5 (49-76)	0,130#
IPP cm, ortanca (min.-maks.)	9,47 (2,20 - 15,18)	7,83 (2,40 - 22,91)	0,723#
IPP Derece			0,449❤
1, (%)	5 (25)	15 (75)	
2, (%)	9 (16,07)	47 (83,92)	
3, (%)	8 (26,66)	22 (73,33)	

#Mann Whitney-U Testi
♦Fischer's Exact Testi
❤Ki-Kare Testi

Tablo 2. ED

	ED (+)	ED (-)	p değeri
Hasta sayısı, (%)	56 (52,83)	50 (47,16)	
Yaş, ortanca (min. - maks.)	65 (54-76)	62 (46-76)	0,119#
IPP cm, ortanca (min.-maks.)	7,71 (2,20 - 21)	8,45 (2,40 - 22,91)	0,374#
IPP Derece			0,120❤
1, (%)	9 (45)	11 (55)	
2, (%)	35 (62,50)	21 837,50)	
3, (%)	12 (40)	18 (60)	

#Mann Whitney-U Testi
❤Ki-Kare Testi

SB-43

RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI CERRAHİ SINIRDAKİ ÖZELLİKLERİN ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ

MUBARIZ AYDAMIROV(1) VOLKAN İZOL(2) MUTLU DEĞER(2) NEBİL AKDOĞAN(2) CEVDET ANIL ELDEMİR(2) YILDIRIM BAYAZIT(2) MUSTAFA ZÜHTÜ TANSUĞ(2)

1. Başkent Üniversitesi Alanya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Alanya
2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana

AMAÇ
Çalışmamızda cerrahi sınır (CS) (+) hastalarda ek CS parametrelerinin (pozitif cerrahi sınır'ın (PCS) apeks, posterolateral ve mesane boynu lokalizasyonu, unifokal, multifokal, unilateral ve bilateral yerleşimi, PCS'de en yüksek Gleason derecesi (GD) ve CS uzunluğu) biyokimyasal rekürrens'e (BKR) etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda Şubat 2011-Aralık 2019 arasında prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi (RP) yapılan 421 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. CS (-) olan, neoadjuvan ve adjuvan kemoterapi, radyoterapi ve hormonoterapi alan, preoperatif PSA değeri 50 ng/ml ve üzeri, metastatik, patolojik T4 evre olan ve postoperatif PSA takip verileri olmayan toplam 364 hasta çalışma dışı bırakıldı.

BULGULAR
Cerrahi sınır pozitifliği (CSP) olan 57 hasta çalışmaya alındı. 7 hastanın ek CS parametrelerine ulaşılamadı. Yaş ortalamaları 63,6±6,9 (ortanca 62) yıldı. 40(%70,2) hastaya laparoskopik, 17(%29,8) hastaya ise açık RP uygulandı. Ortalama takip süresi 57 (24-125) ay idi. Takip sırasında 14 (%24,6) hastada BKR gelişti. Ek CS parametreleri olan 50 hastanın 36'sında (%72) CS uzunluğu 3 mm ve üzeri, 17'sinde (%34) CS Gleason derecesi (CSGD) 4 ve üzeri idi ve 8'inde (%16) multifokal CSP vardı. Ortalama BKR'siz sağkalım süreleri CS uzunluğu 3 mm ve üzerin olan olgularda <3 mm olanlara kıyasla (90,4'e karşı 108,2 ay), multifokal olgularda unifokallere kıyasla (62'ye karşı 97,4 ay) ve CSGD 4 ve üzeri olanlarla CSGD 3 olanlara kıyasla (87,4'e karşı 97,5 ay) düşük bulunsa da aradaki fark istatistiksel anlamlı değildi (sırasıyla p=0,251, p=0,509, p=0,317). Çokdeğişkenli Cox analizinde RP Gleason skoru'nun (GS) BKR'siz sağkalım ile ilişkili tek anlamlı risk faktörü olduğu belirlendi (HR=4,75, %95 GA=1,026-21,3; p=0,041) (Tablo 1).

SONUÇ
Ek CS parametrelerinin hiçbirinin BKR'yi istatiksel anlamlı şekilde etkilemediği görüldü. RP sonrası GS'yi BKR için prediktif faktör olarak bulduk. Onkolojik sonuçlar üzerinde birden çok parametrenin etkili olduğu göz önünde bulundurularak, takiplerde kişiselleştirilmiş bir tedavi yaklaşımı planlanmalıdır.

-	TEKDEĞİŞKENLİ	_	MULTİPL	__
-	HR(95% GA)	p	HR(95% GA)	p
Yaş	0.95(0.87-1.03)	0.246	0.95(0.86-1.04)	0.268
PSA	1.03(0.97-1.12)	0.304	-	-
Pozitif.kor yüzdesi	1.03(1.00-1.07)	0.051	1.03(0.99-1.06)	0.069
Ameliyat Yöntemi (Açık)	0.98(0.33-2.96)	0.979	-	-
Taraf (Bilateral)	3.11(0.85-11.37)	0.086	-	-
Patolojik tümör evresi(≥T3a)	1.59(0.55-4.61)	0.394	-	-
Tümör yaygınlığı (Multifokal)	1.53(0.43-5.54)	0.513	-	-
CSP uzunluk	1.16(0.99-1.35)	0.052	-	-
Tümör volümü	1.05(1.01-1.09)	0.008	-	-
RP Gleason skoru (≥8)	4.37(1.37-14.02)	0.013	4.75(1.026-21.3)	0.041
CSGD (≥4)	1.71(0.59-4.93)	0.324	-	-
PNİ	1.04(0.13-8.6)	0.970	-	-
LN invazyonu	1.66(0.35-7.83)	0.519	-	-

BKR'siz sağkalım için potansiyel faktörlerin tek değişkenli ve multipl analizi

SB-44

RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA ÖSTROJEN RESEPTÖRÜ α VE β'NIN BİYOKİMYASAL REKÜRRENSE ETKİSİNİN ANALİZİ

YAVUZ MERT AYDIN(1) AHMET BİLGEHAN ŞAHİN(1) RABİA DÖLEK(1) BERNA AYTAÇ VURUŞKAN(1) GÖKHAN OCAKOĞLU(1) HAKAN VURUŞKAN(1) İSMET YAVAŞCAOĞLU(1) BURHAN COŞKUN(1)

1. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

AMAÇ

Prostat kanseri 50 yaşından itibaren erkeklerde en sık görülen ve başlıca androjen bağımlı bir kanser türüdür. Ancak prostat kanseri gelişiminde östrojenin de etkili olduğu gösterilmiştir. Östrojen reseptör alt tiplerinin nonmetastatik prostat kanseri hastalarındaki etkisi açısından literatürde çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bu çalışma östrojen reseptörlerinin nonmetastatik prostat kanserinde, cerrahi sonrası biyokimyasal rekürrens üzerine etkisinin olup olmadığını göstermek için planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

01.01.2011 ile 31.12.2019 tarihleri arasında laparoskopik radikal prostatektomi uygulanan 514 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Tıbbi kayıtlarına ulaşılamayan, cerrahi sonrası patolojisi pT4 olan, cerrahi sınırı pozitif olan, lenf nodu tutulumu olan ve adjuvan hormonoterapi ve/veya radyoterapi alan hastalar çalışmadan dışlandı. Biyokimyasal rekürrens olan hastalar belirlendi. Kontrol grubu biyokimyasal rekürrens üzerine etkisi kanıtlanmış parametrelerin dahil edildiği ''Propensity Score Mathcing'' yöntemi ile 1:2 oranında oluşturuldu. İki gruptaki hastaların spesmenlerine östrojen α ve ß antikorları kullanılarak immünohistokimyasal boyama uygulandı. Biyokimyasal rekürrense etkili bağımsız risk faktörlerini belirlemek için lojistik regresyon analizi uygulandı. Lojistik regresyon analizinde anlamlı çıkan değerler ile sağkalım analizi uygulandı.

BULGULAR

Medyan takip süresi 69,7 (30-130) ay idi. Hastaların klinikopatolojik özellikleri açısından iki grup arasında fark yoktu (p; >0,05). Lojistik regresyon analizinin sonucunda ERα negatif boyanıp ERß pozitif boyanma istatistiksel olarak anlamlıydı (p: 0,048) ve bu grupta biyokimyasal rekürrens riskinin 5,8 kat azaldığı saptandı. Ayrıca bu grupta 5 yıllık biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım oranı (%85,7' ye %66,1) anlamlı olarak daha yüksekti (p: 0,031).

SONUÇ

Östrojen reseptörlerinin biyokimyasal rekürrens için prediktif değeri mevcuttur. Ayrıca ERα negatif boyanıp ERß pozitif boyanan grupta 5 yıllık biyokimyasal rekürrenssiz sağkalım oranı anlamlı olarak daha iyidir.

Tablo 1: Lojistik regresyon analizi

		TEK DEĞİŞKENLİ ANALİZ				ÇOK DEĞİŞKENLİ ANALİZ			
				%95 GA				%95 GA	
		TRR	p DEĞERİ	EN DÜŞÜK	EN YÜKSEK	TRR	p DEĞERİ	EN DÜŞÜK	EN YÜKSEK
Preop PSA (ng/ml)		1,026	0,511	0,956	1,109				
Tanı Yaşı		0,972	0,401	0,908	1,039				
VKİ (kg/m^2)		0,994	0,920	0,890	1,111				
ISUP Grade Grup	ISUP 1		0,853						
	ISUP 1' e karşı ISUP 2 ve 3	1,081	0,895	0,342	3,412				
	ISUP 1' e karşı ISUP 4 ve 5	1,650	0,592	0,264	10,313				
pT	pT2' ye karşı pT3	1,102	0,858	0,381	3,188				
PNİ	Negatif' e karşı pozitif	1,984	0,318	0,517	7,614				
LVİ	Negatif' e karşı pozitif	2,059	0,480	0,278	15,248				
ERα	Negatif boyanmaya karşı pozitif boyanma	1,692	**0,216**	0,735	3,895	0,665	0,495	0,206	2,149
ERβ	Pozitif boyanmaya karşı negatif boyanma	1,852	**0,136**	0,823	4,164	0,913	0,862	0,329	2,539
ERα:- ERβ:+ boyanan hastalara karşı diğerleri		4,0	**0,018**	1,268	12,622	**5,840**	**0,048**	1,012	33,706
ERα: + ERβ: - boyanan hastalara karşı diğerleri		1,285	0,561	0,552	2,990				

GA: Güven Aralığı, PSA: Prostat Spesifik Antijen, ng: nanogram, ml: mililitre, ISUP: International Society for Urological Pathology, pT: Patolojik Tevresi, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, kg: Kilogram, m^2: metrekare, PNİ: Perinöral İnvazyon, LVİ: Lenfovasküler İnvazyon, ER: Östrojen Reseptörü, TRR: Tahmini Rölatif Risk

SB-45

PROSTAT POSTERİOR YERLEŞİMLİ PİRADS IV-V LEZYONU OLAN HASTALARDA 12 KADRAN SİSTEMATİK BİYOPSİ İLE MR – USG FÜZYON BİYOPSİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

BURÇİN TUNÇ(1) MUHAMMED FATİH SİMSEKOGLU(2)

1. Surp Pırgıç Hastanesi, İstanbul
2. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ
Prostat kanseri tanısında multiparametrik MR kullanımının artması ile standart biyopsiden MR-USG füzyon biyopsiye yönelim hızlanmıştır. Sistematik prostat biyopsilerinde prostatın anterior bölümünün örneklenmesinin zorluğu nedeni ile özellikle anterior yerleşimli lezyonlarda MR-USG füzyon biyopsi altın standart haline gelmiştir. MR-USG füzyon biyopsilerin anterior lezyonlardaki üstünlüğüne karşın, posterior lezyonlarda bu üstünlük azalmaktadır. Bu çalışmada MR sonucunda yüksek kanser riski taşıyan posterior yerleşimli lezyonlarda (PIRADS IV-V) 12 kadran sistematik biyopsi ile MR-USG füzyon biyopsi sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2018 ve Ekim 2020 tarihleri arasında 3,0 Tesla multiparemetrik prostat MR (SignaTM Pioneer AirTM, GE Healthcare, United States) ile değerlendirilip PIRADS 3 ve üzeri lezyon görülen 220 hastaya transrektal USG eşliğinde füzyon yazılımı (LOGIQ E9; General Electric, MA, USA) kullanılarak hedefe yönelik füzyon biyopsileri ve standart 12 kadran prostat biyopsisi yapıldı. Sedoanaljezi altında biyopsi uygulanan hastaların hepsi aynı gün taburcu edildi. Prostat posteriorunda lokalize PIRADS 4 ve 5 lezyonu olan 86 hastanın patoloji sonuçları retrospektif olarak incelendi. Sistematik 12 kadran biyopsi ile MR – Füzyon biyopsi sonuçları ayrı ayrı değerlendirilerek biyopsi yöntemleri arasında kanser tanısı açısından farklılık araştırıldı.

BULGULAR
Hastaların yaş ortancası 67 (46-86) ve ortanca PSA değeri 11.8 ng/ml (2,6-40,8) ve ortanca prostat hacmi 46 cm3 (28-75) olarak hesaplandı. Multiparametrik prostat MR incelemesinde 72 hastada PIRADS 4, 14 hastada da PIRADS 5 lezyon izlendi. MR'de ölçülen lezyonların boyutunun ortancası 14 mm (4-45) olup lezyondan alınan biyopsi ortancası 5 (3-10) saptandı. Patolojik inceleme sonucu 23 hastada (%27) prostat kanseri izlenmez iken, 63 hastada (%73) prostat kanseri tespit edildi. Tespit edilen kanserlerin %40'ı (24 hasta) Gleason 3+3 prostat kanseri iken, hastaların %60'ında (39 hasta) Gleason 3+3 üzeri kanser tespit edildi. Prostat kanseri tespit edilen hastaların %13'ünde (8 hasta) kanser sadece 12 kadran biyopsilerde tespit edildi. Hastaların %16'sında (10 hasta) sadece MR-Füzyon biyopsilerde tümör bulunurken, %71 'inde (45 hasta) ise hem 12 kadran hem de lezyon biyopsilerinde kanser tespit edildi. PIRADS 4 lezyonu olan 72 hastanın %72'sinde (52 hasta) prostat kanseri saptanırken bu hastaların %38'inde Gleaseon 3+3, %62'sinde ise Gleason 3+3 üzeri prostat kanseri tespit edildi. PIRADS 5 lezyonu olan 14 hastanın ise %86'sında kanser tespit edilirken, bu kanserlerin %42'sinde Gleason 3+3, %58'inde Gleason 3+3 üzeri kanser tespit edildi. PIRADS 4 lezyonu olan hastaların %11'inde (8 hasta), PIRADS 5 lezyonu olanların ise %14'ünde (2 hasta) sadece lezyon biyopsilerinde prostat kanseri saptandı. Bu kanserlerin tamamı klinik önemli kanser olup MR-USG füzyon biyopsisi yapılmamış olsa saptanamayacaklardı.

SONUÇ
Multiparamerik prostat MR'ında posterior PIRADS 4 ve üzeri lezyonu olan hastalarda MR-USG füzyon biyopsi anterior lezyonlara benzer şekilde prostat kanseri tanısını artış ile ilişkildir.

SB-46

PRİMER VEZİKOÜRETRAL REFLÜNÜN TEDAVİSİNDE VURX SEMPTOM SKORU VE ÜRETERAL ÇAP ORANI SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YUSUF ATAKAN BALTRAK(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) VOLKAN İZOL(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1) NİHAT SATAR(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana

AMAÇ

Vezikoüreteral reflü (VUR) idrarın mesaneden üreter ve böbreğe geri akışı ile karakterize, çocuk yaş grubunun en yaygın ürolojik tanılardan biridir. VUR'un klinik seyrinde birçok faktör rol oynamasına rağmen, reflünün gerileme veya düzelme öngörüsü için en belirleyici faktör hala reflü derecesidir. Distal üreter dilatasyonu (UÇO), üst üriner sistem dilatasyonuna kıyasla primer VUR'un klinik seyrinde daha belirleyici bir faktör olabilir. Bu geriye dönük çalışma ile kliniğimizde çocuk yaş grubunda primer VUR nedeni ile tedavi edilen hastaların, UÇO ve VURx semptom skorları hesaplanarak primer VUR'un tedavisinde endoskopik ve cerrahi tedavi uygulanan hastaların sonuçları karşılaştırılması, ortaya çıkan sonuçların güncel literatür bilgisi eşliğinde tartışılması ve paylaşılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma için Ocak 2011- Eylül 2021 tarihleri arasında üroloji kliniğinde primer veziko üretral reflü nedeniyle subüreterik enjeksiyon yöntemi (STING) ve üreteroneosistosmi yöntemi (UNS) ile tedavi edilen 18 yaş altı çocuk yaş grubundaki hastalar çalışma grubu olarak belirlendi. İSUG ile VUR semptom skoru (VURx) ve distal üreter çapının (UÇO) hesaplanabildiği primer VUR olan çocuklar çalışma grubu olarak belirlendi. Çalışmaya dahil edilen olgular endoskopik subüreterik enjeksiyon yöntemi (Grup STING) ve üreteroneosistosmi yapılan olgular (Grup UNS) olarak iki gruba ayrıldı. Sonuçlar parametrik ve non parametrik testler ile analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması 76.5 ± 42.6 (3.0-204.0) ay olan 60'ı (%23,5) erkek 195'i kız (%76,5) toplam 255 hasta dahil edildi. Sekonder VUR, ektopik üreter, üreterosel, eşlik eden üreteropelvik bileşke veya üreterovezikal bileşke obstrüksiyonu olan, klinik sonucu bilinmeyen ve İSUG'si olmayan olgular (n=48) çalışma dışı bırakıldı. Primer VUR nedeniyle hastaların 130'una (%50,9) STING, 125'ine (%49,1) UNS uygulandı. Düşük dereceli ve yüksek dereceli STING ve UNS grupları karşılaştırıldığında UÇO, UNS grubu lehine yüksek idi (p <0,001). Düşük dereceli ve yüksek dereceli STING ve UNS grupları karşılaştırıldığında VURx skoru UNS grubu lehine anlamlı idi (p <0,001). Distal üreter çapı oranı için optimal kesim noktası %73,0 duyarlılık, %63,0 özgüllük ile 0,17 olarak elde edildi. Pozitif prediktif değer ve negatif prediktif değer sırasıyla % 66.0 ve %70.0 idi.

SONUÇ

Primer VUR'lu hastaların optimal yönetimi hala tartışmalıdır. Çocuk yaş gurubu primer VUR cerrahi tedavisinde artmış distal üreter çap oranı ve VURx semptom skoru birlikte değerlendirildiğinde, hastalığın klinik seyrini öngörmede ve cerrahi tedavi seçeneklerini değerlendirmede faydalı olabileceği düşünülmektedir.

SB-47

NÖROJENİK VE NON-NÖROJENİK ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONU OLAN ÇOCUKLARDA MESANE VE SFİNKTERE BOTULİNUM TOKSİN ENJEKSİYONU SONUÇLARI

KAMRANBAY GASİMOV(1) RUSLAN JAFAROV(1) VASILEIOS TATANIS(1) ALI CANSU BOZACI(1) ERMAN CEYHAN(1) TURAN MAMMADALIYEV(1) RABİA HİZARCI(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD), mesanenin normal fizyolojik depolama ve boşaltma işlevlerinden herhangi bir sapmayı ifade eder. Bu çalışmadaki hipotezimiz detrusor ve/veya sfinktere botulinum toksin (BTx) uygulamasının non-nörojenik ve nörojenik AÜSD'de etkili ve güvenli bir tedavi olduğudur. Bu amaçla BTx tedavisi alan çocuk hastaları retrospektif olarak değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu retrospektif klinik çalışmaya (yerel etik kurul onay numarası: GO-18/449), Mayıs 2007 ile Aralık 2019 arasında mesane veya sfinkter botulinum toksin A (BTX) enjeksiyonu ile tedavi edilen 89 hasta dahil edildi. Hastalardan aydınlatılmış onam alındı.
BTx enjeksiyonu, steril idrar varlığında, genel anestezi altında rijit sistoskopi eşliğinde yapıldı. Toplamda 150-200 IU BTx (10IU/kg, toplam maksimum doz 200 IU), trigon korunarak mesane içerisinde 20 farklı noktaya, ve 50 IU sfinktere uygulanacak şekilde, 4 kadranda (saat 3,6, 9 ve 12 yönünde) enjekte edildi.

BULGULAR

Ortalama ilk başvuru yaşı ve takip süresi sırasıyla 123.0±48.3 ve 30.1±5.8 aydı. Kadın/erkek oranı 44/36 idi. Çocukların %58'inde AÜSD, %42'sinde NM vardı. Median 1 (1-3) enjeksiyon sonrasında, mesaneye BTx enjeksiyonu (BTx-B) yapılmış olan çocukların %83.3'ünde (40) klinik iyileşme gözlendi. Nörojenik mesanesi olan hastalarda daha kısa sürede tedavi yanıtı (32 vs 87 hafta) izlendi ve bu hastalarda AÜSD olan hastalara kıyasla daha fazla sayıda enjeksiyon ihtiyacı oldu (%55 vs %23).
Sfinktere botoks enjeksiyonu (Btx-S) sonrası median 1(1-2) enjeksiyon ve 27.8 ± 25.7 hafta etki süresi ile çocukların %75'inde (24) klinik iyileşme izlendi. NM (n=13) ve AÜSD (n=19) olan hastalar arasında cevap parametreleri açısından istatistiksel açısından anlamlı farklılık yoktu. BTx-B ve BTx-S uygulanan AÜSD grubunun DVISS ve QoL skorları postoperatif dönemde anlamlı olarak azaldı. NM hastaları, BTx enjeksiyonundan önce ve sonra TAK arasındaki kuruluk durumu ile değerlendirildi. Sonuçlar istatistiksel olarak BTx-B ve BTx-S grubunda sırasıyla %82.1 (öncesi:%3.2, sonrası:%82.1, p<0.05,Ki-kare testi) ve %100 (öncesi:%,sonrası:%100, p<0.05,Ki-kare testi) kuruluk ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. 29 çocukta ameliyat öncesi ve sonrası ürodinamik çalışmaların karşılaştırılması ile artmış mesane kapasitesi (Vmax) ve azalmış Pdetmax ve Pvesmax gösterildi. Ancak AÜSD hastalarında Pdetmax ve Pvesmax'taki düşüş anlamlıyken, NM hastalarında sadece Vmax'taki artışın anlamlı olduğu görüldü. Bu hastalarda ürodinami ile detrusor aşırı aktivitesinde (aşırı detrusor aktivite varlığı, preoperatif:%71.1'e karşı postoperatif: %55.6, p=0.037, Mc Nemar testi) ve kompliyansta (hipokomplians varlığı, preoperatif:%71.4'e karşı postoperatif: %52, p=0.039, McNemar testi) iyileşme olduğu ortaya konuldu.

SONUÇ

Bu çalışma AÜSD hastalarında BTx enjeksiyonlarının etkisinin daha uzun sürdüğünü ve bu popülasyonun NM grubuna göre daha az sayıda müdahale gerektirdiğini objektif olarak gösteren ilk çalışmadır. Bulgularımızın, daha ayrıntılı ürodinamik değerlendirme ile daha geniş hasta gruplarında daha uzun takipli gelecek çalışmalarla doğrulanması gerekmektedir.

SB-48

ELASTOGRAFİ, PREPUBERTAL VARİKOSEL ONARIMINDAN SONRA TESTİKÜLER YAKALAMA BÜYÜMELERİNİ (CATCH-UP GROWTH) İNTRATESTİKÜLER ÖDEME BAĞLI OLAN HİPERTROFİDEN AYIRT EDEBİLİR Mİ?

AYKUT AKINCI(1) MURAT CAN KARABURUN(1) ERALP KUBİLAY(1) MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

Deneysel prepubertal sıçanlarda elastografinin gerçek büyümeyi tahmin edip edemeyeceğini ve bunu varikosel onarımından sonra intratestiküler ödemden ayırt edip edemeyeceğini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

A ve B grubunda, sol renal venin parsiyel bağlanmasıyla deneysel bir varikosel modeli başarıyla oluşturuldu. Varikosel modelinin cerrahi indüksiyonundan altı hafta sonra, tüm sıçanlara dilate sol spermatik damarların ligasyonu için ikinci laparotomi uygulandı. Grup A'da mikroskobik lenfatik koruyucu varikoselektomi yapıldı. Her vaka için, testiküler lenfatik drenaj paternleri testis parankimi içine lokal mürekkep enjeksiyonu yapılarak incelendi. Grup B'de ise varikosel onarımı sırasında ana lenfatikler bağlanarak lenfatik koruyucu olmayan bir varikoselektomi modeli oluşturuldu. Her grup 25 prepubertal Wistar-Albino sıçandan oluşmaktadır. varikosel indüksiyonundan önce, varikoselektomiden önce ve varikoselektomiden 6 hafta sonra, iki taraflı testis hacimleri ve testis elastisitesi shear-wave-elastografi ile ölçüldü.Her olgu için kontralateral testis kontrol için kullanıldı. Varikoselektomiden 6 hafta sonra orşiektomi ve ardından histopatolojik değerlendirme yapıldı.

BULGULAR

Varikoselektomiden 6 hafta sonra, Grup A'da 20 sıçanda (%80), Grup B'de 23 sıçanda(%92) testis hacminde istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı ($p< 0.05$). Testis (varikosel ile indüklenen) boyutundaki ortalama artış sırasıyla %18.7 ve %20.9 olarak ölçüldü. Grup A'da varikoselektomi yapılan testisin ortalama elastisitesi Grup B'ye göre daha yüksekti. (1,99±0,56kPa vs.1,48±0,37kPa,p:0,019). Grup A'da kontralateral kontrol testislerinden elastisite sapma ortalaması Grup B'den istatistiksel olarak anlamlı derecede büyüktü. (0,29±0,14kPa Grup A için ve 0,18±0,11 kPa grup B için). Orşiektomi sonrası Grup B'de intratestiküler ödem insidansının daha yüksek olduğunu gösteren histolojik bulgular elastografi bulgularını destekledi.

SONUÇ

Elastografi, testis boyutlarındaki gerçek büyümeyi intratestiküler ödemden ayırt edebilir ve prepubertal varikoselektomi sonrası testis hacmindeki artışın nedenine cevap verebilir.

SB-49

İKİ BASAMAKLI HİPOSPADİAS ONARIMINDA DHT: HORMONAL TEDAVİYE BAŞLAMANIN İLK AŞAMADAN SONRASINA ERTELENMESİ KOMPLİKASYON ORANLARINI AZALTIR MI?

AYKUT AKINCI(1) KHALED OBAİD(1) MURAT CAN KARABURUN(1) ERALP KUBİLAY(1) MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) FURKAN ÖZSOY(1) TARKAN SOYGUR(1) BERK BURGU(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

Bu prospektif randomize çalışmada 2 basamaklı proksimal hipospadias onarımında preoperatif hormonal tedavinin başlangıç zamanının cerrahi sonuçlar üzerine etkisi incelendi.Bizim hipotemize göre; birinci basamaktan sonra topikal hormonal tedavinin ertelenmesi komplikasyon oranlarını azaltabilir.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışma Ocak 2011 ve Aralık 2020 arasında 2 basamaklı hipospadias onarımı yapılan 134 hasta dahil edildi. Preoperatif topikal DHT tedavisi 44 hastada kullanıldı. Hormonal tedavi için dahil edilme kriterleri; glans çapının 14mmden küçük olması, gerilmiş penisin uzunluğun 2 cm'den kısa olması ve GMS skorunun 10'dan yüksek olması. Hormon uygulanan 44 hasta A ve B grubu olarak iki gruba randomize edildi. 22 hastaya topikal DHT (%2.5 transdermal DHT jel penil şafta ve glansa günlük, 2 ay boyunca) birinci basamaktan önce uygulanmış olup A grubu olarak kabul edildi. Birinci basamak ile ikinci basamak arasında(chordee düzeltmesi sonrası) aynı süre ve dozda DHT uygulanan diğer 22 hasta ise B grubu olarak kabul edildi. Preoperatif hormon kullanımı için kriterleri karşılamayn 90 hasta ise C grubu olarak kabul edildi. Tüm vakalarda hormonal tedavinin tamamlanmasından en az 8 hafta sonra sonra cerrahi uygulandı. Bütün birincil basamak onarımlar Byars Flap olarak yapıldı. Gruplar başarı ve komplikasyon oranlarına göre karşılaştırıldı.

BULGULAR

Birinci basamak öncesi hormon 22 hastada, ikinci basamak öncesi hormon 22 hastada kullanıldı. Kalan 90 hasta ise hormon kullanmadı. Tüm hastaların ortalama yaşı 37.4±7.6 aydır. A ve B grupları arasında ortalama yaş,glans boyutu ve GMS skoru arasında fark yok.(p 0.78; 0.71; 0.68) Bu gruplar arasında fistül, glansta ayrılma, meatal stenoz, kanama ve diğer komplikasyonlarda fark yok. (p 0.88 ;0.92; 0.61; 0.48; 0.60) İkinci basamak sonrası rezidüel kordi Grup B'de göreceli olarak daha yüksek ancak istatistiksel anlamlılık yok. Grup A ve Grup B genital pigmentasyon ve pubik kıllanma artışı açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunamadı. (p 0.53; 0.45) Hormon kullanılmayan Grup C hastaları ise daha iyi sonuçlara sahip olduğu izlendi.

SONUÇ

2 basamaklı hipospadias onarımı yapılan hastalarda hormon tedavisinin başlama zamanının, cerrahinin başarısı üzerine etkisi yoktur. Birinci basamaktan sonrasına hormon tedavisinin ertelenmesi komplikasyon oranlarını etkilemez.

SB-50

SANAL GERÇEKLİK ÇOCUKLARDA VİDEOÜRODİNAMİK ÇALIŞMALAR ESNASINDA KULLANILAN ANESTEZİ İHTİYACINI AZALTABİLİR Mİ?

CAN UTKU BAKLACI(1) AYKUT AKINCI(1) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

Sedoanaljezi, nörojen mesanenin değerlendirilmesi için invaziv ürodinamik incelemesi yapılacak çocuklarda, hastaların hareketlerini kısıtlayıp optimal bir videoürodinami testi sağlamak amacıyla verilir. Bu çalışmada, VR teknolojisi kullanımının optimal test koşullarını koruyarak sedoanaljezi ihtiyacının azaltabileceğini göstermek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2020-Aralık 2021 tarihleri arasında nörojenik mesane ile takip edilen, TAK kullanan ve rutin dolum sistometrisi yapılan toplam 66 çocuk çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalar 6 yaşından büyüktü. Hastalar sedoanaljezi, TV ve VR grupları olmak üzere üç gruba ayrıldı. Sedoanaljezi grubuna sedoanaljezi altında işlem yapılırken, TV grubundaki çocuklar TV seyrederken ve VR grubundaki hastalar VR gözlük kullanırken dolum sistometrisi yapıldı. Yaş, cinsiyet, işlem sırasındaki artefakt sayısı, maksimum mesane kapasitesi ve çalışmanın başarılı bir şekilde sonlandırılması karşılaştırıldı

BULGULAR

Hastaların demografik verileri benzerdi. TV grubunda 10/22, VR grubunda 3/22 hasta teste uyum sağlayamadı ve sedoanaljezi verilerek işlem bu şekilde yapıldı. Sedoanaljezi grubundaki tüm hastalarda inceleme başarıyla sonlandırıldı. Sedoanaljezi ve VR gruplarının başarısı TV grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Sedoanaljezi ve VR grupları arasında anlamlı fark saptanmadı($p=0,77$). Ortalama artefakt sayısı sedoanaljezi grubunda 0,59, TV grubunda 1,31 ve VR grubunda 0,89 idi. Artefakt sayısı TV grubuna göre hem sedoanaljezi hem de VR gruplarında anlamlı derecede daha düşük izlendi($p=0.001$, $p=0.025$). Artefakt sayıları açısından sedoanaljezi ve VR grupları arasında anlamlı fark yoktu($p=0,77$).

SONUÇ

VR teknolojisinin yardımcı olabileceği ve çocuklarda ağrılı ve invaziv prosedürleri kolaylaştırabileceği bilinen bir konudur. Bu çalışmada pediatrik ürolojide ürodinami işlemi sırasında VR gözlük kullanımının sedoanaljezi ihtiyacını azalttığı gösterilmiştir.

SB-51

HİPOSPADİAS ONARIMININ PERİOPERATİF VE POSTOPERATİF DÖNEMİ İLE İLGİLİ HAZIRLANMIŞ VİDEO BİLGİSİ EBEVEYN KAYGILARINI AZALTIR MI?

AYKUT AKINCI(1) MURAT CAN KARABURUN(1) ERALP KUBİLAY(1) KHALED OBAİD(1) MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) ARAZ MUSAEV(1) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

Bu çalışmada, ameliyat sürecini ve post operatif dönemi anlatan ve görseller içeren bilgilendirici bir video sunmanın ebeveynlerin kaygı düzeylerini azaltabileceği varsayılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Haziran ve Kasım 2021 tarihleri arasında distal hipospadias onarımı yapılan 40 hasta dahil edildi. 80 ebeveyn preoperatif ilk vizitte STAI-FORM TX - I(State-Trait Anxiety Inventory-STAI Form) ile değerlendirildi. Daha sonra 80 ebeveyn iki farklı gruba randomize edildi ve ailelerle ikinci görüşme gerçekleştirildi. (Grup 1: Hazırlanmış video ile bilgilendirilen n: 40 ebeveyn; Grup 2: klasik bilgilendirici konuşma yapılan n: 40 ebeveyn). Her iki grupta da ziyaret süreleri aynıydı. Bilgilendirici videoda operasyon süresi ve postoperatif 2 aylık periodta ortaya çıkabilecek durumlar açıklandı. Ameliyat sonrası farklı dönemlere ait hasta fotoğrafları ve videoları dahil edildi. Bilgilendirme visitlerinin ardından tüm ebeveynlere ameliyat öncesi ve sonrası STAI-FORM-TX-I tekrar uygulandı.

BULGULAR

Ebeveynlerin ortalama yaşı 34.8±3.9 (21-45). İlk görüşmeden STAI TX-1 skoru her iki grupta benzerdi. (grup-1:53.53±13.78, grup-2: 54.18±15.14; p:0,354). Bilgilendirme görüşmelerinden sonra STAI TX-1 skoru grup 1 ve grup 2 için sırasıyla 44.45±15.03 ve 48.89±13.20 idi.Her iki grupta preoperatif anksiye seviyelerinin bilgilendirmeler sonrası istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaldığı gözlendi. (grup-1:p:,006 ve grup-2:p:,028). Bununla birlikte, grup-1'deki azalma grup-2'ye göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu izlendi(p:,034). Grup 1 ebeveynlerde post operatif dönemde STAI TX-1 skorları anlamlı olarak daha düşüktü.

SONUÇ

Çocukların ebeveynlerine hipospadias onarımı öncesi hazırlanmış bir video ile bilgi verilmesi ameliyat öncesi ve sonrası dönemde kaygı düzeylerini azaltabilir.

SB-52

PEDİATRİK ÜROGENİTAL PATOLOJİLERDE INDİANA POŞ PROSEDÜRÜNÜN ÇOK UZUN DÖNEM SONUÇLARI

AHMET AŞCI(1) MESUT ALTAN(1) EMRE ALBAYRAK(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Çeşitli alt üriner sistem patolojileri düşük kapasiteli, hipokompliyan mesanelerin görülmesine sebep olabilir. Bu durum da üst üriner sistemin etkilenmesine ve inkontinansa yol açabilir. Bu hasta grubunda mesane augmentasyon teknikleri kullanılabilir. Augmentasyon prosedürlerinin başarısız olduğu ya da hastanın bu ameliyatlar için uygun olmadığı durumlarda kontinan üriner diversiyon işlemi uygulanabilir. Biz bu çalışmada, pediatrik ürogenital patolojiler nedeniyle Indiana Poş(IP) prosedürü ile kontinan üriner diversiyon uygulaması üzerine 23 yıllık deneyimimizi aktarmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

01.01.1996 ile 01.01.2019 tarihleri arasında IP ameliyatı geçiren hastaları belirlemek için hastane tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Pediatrik ürogenital bir patoloji nedeniyle IP işlemi yapılan ve uzun süre takip bilgisi mevcut olan 11 hasta belirlendi ve çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, primer etiyolojileri, preoperatif ve postoperative hidronefroz durumları, postoperatif erken ve geç komplikasyonlar, taş oluşumu, inkontinans durumları ve postoperatif metabolik durumları not edildi.

BULGULAR

Ameliyat esnasında ortanca hasta yaşı 15(7-28) yıl ve ortanca takip süresi 122(20-243) ay olarak bulundu. 9 hastada ekstrofi vezika, 1 hastada radyoterapiye bağlı nörojen mesane, 1 hastada ise ürogenital sinüs anomalisi, bilateral mustikistik displastik böbrek ve hipoplastik mesane mevcut idi. 9 hastada preoperatif hidronefroz mevcuttu ve 6'sında ameliyat sonrası azaldı veya kayboldu (%66). Clavien-Dindo skorlama sistemine göre evre 3 veya üzeri komplikasyon görülmedi. 7 hastada poşta taş gelişimi izlendi (%63). Postoperatif dönemde 3 hastada kronik böbrek hastalığı gelişti, renal replasman tedavisine ihtiyaç duyan hasta ise mevcut değildi.

SONUÇ

Kompleks pediatrik ürogenital patolojileri olan hastalar için, IP ameliyatı kontinan üriner diversiyon sağlamak ve üst üriner sistemi korumak için uygun bir tercih olabilir. Poşta taş gelişimi sıklıkla karşılaşılan bir sonuç olarak görülüyor, bu nedenle uygun tedavi yöntemlerine ek olarak taş gelişimini önleyici müdahaleler de uygulanmalı. Bu hastaların çok uzun dönem takip sonuçları ciddi metabolik komplikasyonlar ile karşılaşılmadığını ortaya koyuyor.

SB-53

ÇOCUK HASTA GRUBUNDA İLEAL AUGMENTASYON AMELİYATININ UZUN DÖNEM SONUÇLARI

AHMET AŞCI(1) MESUT ALTAN(1) ÖMER FARUK BAHADIR(1) ALİ CANSU BOZACI(1) HASAN SERKAN DOĞAN(1) SERDAR TEKGÜL(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

AMAÇ

İleal augmentasyon sistoplasti operasyonu yapılan pediatrik yaş grubu hastaların uzun dönem takip sonuçlarının ortaya konulması ile inkontinans, üst üriner sistem tutulumu (ÜÜST) ve reoperasyonu etkileyen klinik faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

1991-2020 yılları arasında kliniğimizde ileal augmentasyon sistoplasti operasyonu yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Diyaliz sürecinde olan ve transplantasyon öncesi augmentasyon yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların demografik verileri ile inkontinans, ÜÜST, ve re-operasyon oranlarını etkileyen klinik faktörler retrospektif olarak incelendi. Analiz edilen parametler arasında cinsiyet, yaş, etyoloji, reflü varlığı, pre-operatif böbrek fonksiyonları, anti-reflü cerrahisi, mesane boynuna müdahele, Mitrofanoff/Monti prosedürü gibi faktörler mevcuttu.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 9,5 ± 4,95 yıl, ortanca takip süresi 65 ay (3-289) olarak bulundu. İnkontinans 34 (%25.9) hastada mevcuttu. Çok değişkenli analizde inkontinans için mesane ekstrofisi/epispadias kompleksi(MEEK) anlamlı bulundu (p<0.001, OR: 9.493 %95 CI 3.042 – 29.623).

ÜÜST 33 (%25.2) hastada izlendi. Çok değişkenli analizde anti-reflü cerrahisi (p=0.051, OR: 2.287 %95 CI 0.997 – 5.249) ve pre-op KBY durumu (p=0.056, OR:3.107 %95 CI 0.973 – 9.917) istatistiki anlamlılık sınırında bulundu.

45 (%34.3) hastaya, toplamda 91 re-operasyon gerçekleştirildi. Çok değişkenli analizde MEEK (p=0.013, OR 4.235 %95 CI 1.361 – 13.181) ve eş seanslı Mitrofanoff/Monti prosedürü (p=0.022, OR 3.353 %95 CI 1.187 – 9.468) reoperasyon için anlamlı bulundu.

SONUÇ

İleal augmentasyon sistoplasti yeterli mesane kapasitesi olmayan, yüksek depolama basınçları olan ve kontinans sağlayamayan pediatrik hastalarda önemli bir cerrahi tedavi seçeneğidir. MEEK hastaları inkontinans ve reoperasyon için risk altındadır. Eş seanslı Mitrofanoff/Monti prosedürü yapılan hastaların reoperasyon riski de daha yüksektir.

SB-54

ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONU OLAN ÇOCUKLARDA KABIZLIĞIN KANTİTATİF DEĞERLENDİRİLMESİNİN ÖNEMİ

TARİK EMRE SENER(1) DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) SEBAHAT ÇAM(2)

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Alt Üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD) ve kabızlık arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada AÜSD olan çocuklarda işeme ve bağırsak semptomları arasındaki bağlantıyı araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Alt üriner sistem disfonksiyonu olan çocuklar çalışmaya alınarak prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar tarafından "Pediatric Lower Urinary Tract Symptom Score" (P-LUTSS) ve "Constipation and Fecal Incontinence Symptom Severity" (CFISS) formları doldurdu ve semptom skorları arasındaki ilişki klinik bulgularla birlikte değerlendirildi.

BULGULAR
Çalışmaya 76 hasta dahil edildi. Ortalama P-LUTSS 11±7.1; CFISS ise 7.7±7.5 olarak ölçüldü. P-LUTSS risk grupları göz önüne alınarak değerlendirildiğinde ortanca CFISS skoru arttıkça risk grubunun arttığı görüldü. Tüm hastalarda P-LUTSS ve CFISS arasında direkt korelasyon olduğu görüldü. P-LUTSS skorunun 6,7,8,9,10 ve 13. sorularının CFISS ile, CFISS skorunun 1 ve 7. sorularının P-LUTSS ile korele olduğu izlendi. P-LUTSS sorgulamasında kabızlık şikayeti olmayan hastaların CFISS skorunun daha düşük olduğu görüldü. CFISS skoru 0 olan hastaların ortalama P-LUTSS skorunun 7.7±6.2 olduğu ve bu hastaların düşük risk grubunda olduğu izlendi.

SONUÇ
Alt üriner sistem disfonksiyonu ile bağırsak semptomları arasındaki ilişki ve P-LUTSS ile CFISS arasındaki pozitif korelasyon gösterilmiştir. Alt üriner sistem disfonksiyonu olan hastaların semptom skorları aracılığıyla titizlikle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tablo: CFISS ile ilişkili olan P-LUTSS sorularının istatistiksel değerlendirilmesi

P-LUTSS		CFISS	p değeri	Pearson Correlation Coefficient
6. soru	Evet (n: 29)	11.4 ± 8.4	0.001	0.389
	Hayır (n: 47)	5.4 ± 6		
7. soru	Evet (n: 26)	10.7 ± 8.6	0.01	0.295
	Evet (n: 50)	6.1 ± 6.5		
8. soru	Yes (n: 33)	10.5 ± 7.9	0.003	0.333
	Evet (n: 43)	5.5 ± 6.6		
9. soru	Evet (n: 17)	11.4 ± 6.2	0.019	0.268
	Hayır (n: 59)	6.6 ± 7.6		
10. soru	Evet (n: 55)	6.6 ± 5.9	0.107	-0.239
	Hayır (n: 21)	10.6 ± 10.4		
13. soru	Evet (n: 26)	11.8 ± 8.5	<0.001	0.395
	Hayır (n: 50)	5.5 ± 6		

SB-55

BİR OLGU NEDENİYLE KIZ ÇOCUKTA ÜRETROPLASTİ

MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOĞAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) TUNAHAN ATEŞ(1) NİHAT SATAR(1)

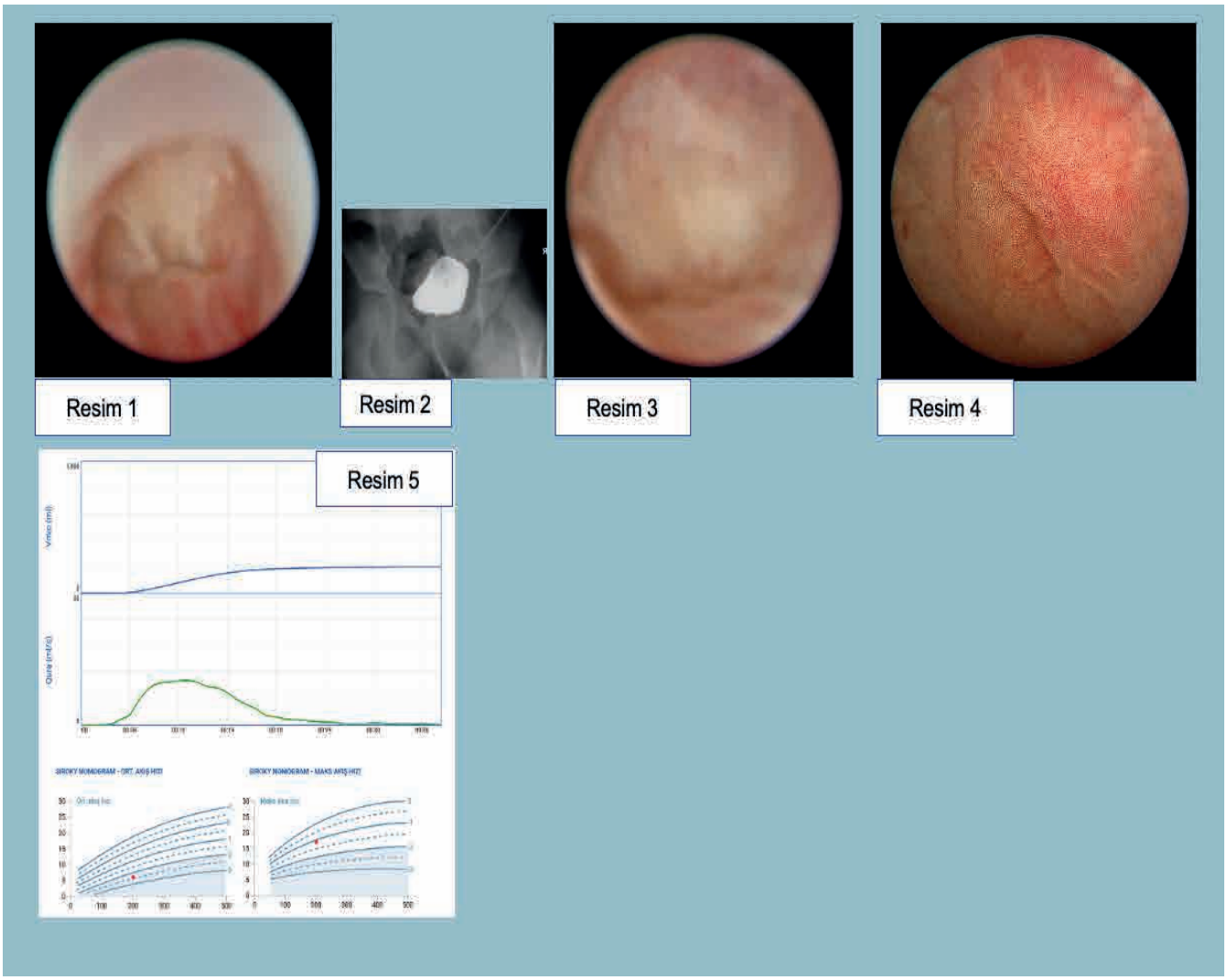
1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana

AMAÇ
Ülke dışında trafik kazası neticesinde komplet üretra rüptürü olan 5 yaşındaki kız çocuğuna yapılan üretroplastiyi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Yaklaşık 8 ay önce ülke dışında trafik kazası sonrası pelvis fiksasyonu+sistostomi açılması yapılan 5 yaşındaki kız çocuğu tarafımıza üretra onarımı için başvurdu

BULGULAR
Çekilen grafilerde üretra komplet kapalıydı. Hastaya diagnostik amaçlı antegrad ve retrograd üreterosistoskopi yapıldı. Retrogradf yapılan sistoskopide üretra distalden 1,5 cm sonra kör sonlanıyordu (Resim 1-2-3). Antegrad sistoskopide mesane boynu intaktı ancak yaklaşık 1 cm sonra kör sonlandığı görüldü (Resim 4). Çekilen üretrografide, üretranın 2 ucunun aynı düzlemde olmadığı görüldü. Hastaya üretroplasti kararı alındı. Üretranın distali serbestlendi. Ancak proksimali suprapubik yaklaşımla serbestlenebildi. Sol yanak mukozası kullanılarak distal ve proksimal uç birbirine anostomoz edildi. Üretral katater 3 hafta kaldı. Postoperatif 3.haftada üretral katater genel anestezi altında çekildi ve üretroskopi yapıldı. Üretroskopisinde, üretral yolun oluştuğu gözlendi, darlık görülmedi. Üretral katater çekildikten sonra yapılan üroflowmetride Qmax:17 ml/sn, işenen hacim:201 mm3, Postvoiding rezidü:4 ml olarak görüldü (Resim 5)

SONUÇ
Kız çocuklarında, travma sonrası görülen üretral rüptürler açık cerrahi ile deneyimli merkezler tarafından başarıyla onarılmaktadır.



SB-56

DİSTAL HİPOSPADİAS ONARIMI SONRASI EBEVEYN MEMNUNİYETİNİN DEĞERLENDİRİLDİĞİ PEDİATRİK PENİL ALGI SKORU, EBEVEYNİN PRE-OPERATİF DÖNEMDEKİ KAYGI VE İLETİŞİM DÜZEYİ İLE İLİŞKİLİ MİDİR?

ERALP KUBİLAY(1) AYKUT AKINCI(2) MURAT CAN KARABURUN(1) MEHMET FATİH ÖZKAYA(1) TARKAN SOYGÜR(2) BERK BURGU(2)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Ankara
2. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Hastanesi, Ankara

AMAÇ
Hipotezimize göre Pediatrik Penil Algı Skoru (PPPS) post-operatif kozmetik sonuçları değerlendirebilen objektif bir araç değildir ve çeşitli parametrelerden etkilenmektedir. Ameliyat öncesi ebeveynlerin anksiyete düzeyleri, iletişim becerileri ve şekilleri, ameliyat sonrası aynı ebeveynlerce değerlendirilen PPPS skorunun sonucunu öngörebilmektedir. Burdan yola çıkarak preoperatif anksiyete ve iletişim becerileri düzeylerinin PPPS'unu nasıl etkilediğini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM
Prospektif olarak planlanan bu çalışmada, başarılı distal ve primer hipospadias onarım cerrahisi geçirmiş 132 çocuk ve ebeveynleri ele alınmıştır. Postoperatif komplikasyon gelişmiş olan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Ebeveynlere ameliyatın öncesinde Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) & İletişim Becerileri Envanteri (İBE) uygulanmıştır. Ameliyat sonrası döneme ait iki farklı zaman diliminde cerrahi ekibin dışında yer alan, kör bağımsız bir çocuk üroloğu tarafından her çocuk için PPPS değerlendirilmiştir.

BULGULAR
Hastalar için ortalama yaş 21 ay ±11ay olarak izlendi. Minimal(0-7) & Hafif(8-15) anksiyete düzeyi ölçülen ebeveynlerin postoperatif dönemde kozmetik sonuçlardan daha memnun kaldığı ve postoperatif PPPS skorlarının daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$) ve bağımsız değerlendirici ile benzer olarak izlendi ($p<0.05$). Anksiyete düzeyleri ile total PPPS arasında ciddi bir negatif korelasyon ($r:-0.78, p<0,05$) izlendi ve bağımsız değerlendirici ile aralarında uyumsuzluk görüldü. Düşük anksiyete seviyelerine sahip ebeveynlerin PPPS değerlendirmelerinin ardışık vizitlerde arttığı görüldü. Ek olarak İBE değerlendirmesi daha yüksek olan ebeveynlerin ameliyatın kozmetik sonuçlarıyla daha tatmin olduğu ve bunun da bağımsız değerlendirmeyle uyumlu olduğu görüldü.

SONUÇ
Ebeveynlerin PPPS değerlendirmesi, preoperatif anksiyete düzeylerinden etkilenebileceği gibi ailenin iletişim beceri düzeyi ile de öngörülebilir. Ameliyat öncesi ailenin anksiyete seviyelerini düşürmek, postoperatif daha iyi kozmetik algı ve memnuniyet elde etmek için etkili bir yöntem olabilir.

SB-57

KONVANSİYONEL DİNAMİK BÖBREK SİNTİGRAFİSİNDE YENİ BİR YÖNTEM: DİNAMİK 99MTC-MAG-3 SPECT/CT-İLK SONUÇLAR

BÜLENT ÖNAL(1) FATİH BEYTUR(2) ELİF ALTINAY KIRLI(1) KADİRCAN ŞAHİN(1) EZGİ KAZANASMAZ(3) HALUK BURÇAK SAYMAN(2)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul
3. Siemens-Healthineers Turkey

AMAÇ
Obstrüktif üropatiden şüphelenilen çocuklarda renal parankimal fonksiyon ve drenaj paterni merkaptoasetiltriglisin sintigrafisi (99mTc-MAG3 sintigrafisi) ile, çaprazlayan damar ve diğer anatomik yapılar manyetik rezonans ürografi (MRÜ) veya kontrastlı bilgisayarlı tomografi (kBT) ile değerlendirilir. Dinamik SPECT görüntüleme ise, dokulara dağılan ve dokulardan ekskrete edilen radyoizotopun dinamik sürecini yansıtmaktadır. Bu çalışma, böbreğin anatomik yapısını, drenaj paternini ve separe böbrek fonksiyonunu tek bir görüntüleme tekniği kullanarak ortaya koyan ve konvansiyonel planar sintigrafinin kalitesini artırıp tanı kolaylığı sağlayan bir metodu, Dinamik 99mTc MAG-3 SPECT/CT (DyMAG3 SPECT/CT), tanımlamayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
Utrasonografik incelemesinde renal parankimde incelme saptanan ve 99mTc-MAG3 sintigrafide fonksiyonel kayıp ve obstrüktif drenaj eğrisi izlenen üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu (UPBO, n=2, 7 yaş erkek ve 1 yaş erkek) ve üreterovezikal bileşke obstrüksiyonu (UVBO, n=2, 2 yaş kız) tanısı alan dört indeks olguya DyMAG3 SPECT/CT uygulandı. UVBO olan hastalarda MRÜ ve UPBO olan hastalarda kBT ile anatomik görüntüleme yapıldı. Cerrahi öncesinde hastalara rekonstruktif DyMAG3 SPECT/CT görüntülemesi yapıldı ve diğer görüntülemelerden elde edilen verilerle karşılaştırıldı (Anderson Hynes pyeloplasti, n=2 ve üreteroneosistostomi, n=2).0.1mCi/kg 99mTc-MAG3 bolus enjeksiyonundan sonra, 1 dakika boyunca 2 sn/fr ile düzlemsel bir perfüzyon fazı elde edildi. Sonrasında 20 dakika boyunca 2 dakikalık döngülerle SPECT görüntüler alındı ve protokol BT çekimi ile tamamlandı. 1 mg/kg furosemid enjeksiyonu yapıldı ve aynı parametrelerle tekrar SPECT görüntüler alındı. Kontrast maddeden kaynaklanabilecek artefaktları önlemek için SPECT için BT atenüasyon düzeltmesi kullanılmadı. Zaman aktivite eğrileri (ZAE), ilgili bölgenin izole aktivitesinden zemin aktivitesini çıkarılması ile elde edildi. Separe böbrek fonksiyonları, geleneksel 99mTc-DMSA sintigrafisi gibi her böbreğin ZAE'sinin 2-4. dakikalar arasındaki integral hesaplaması ile elde edildi. Elde edilen sonuçlar hastaların klinik radyolojik ve mevcut sintigrafik değerlendirmeleri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR
Dört olguda obstrüktif üropatilerin değerlendirilmesinde 99mTc-MAG3 sintigrafisi, USG, BT ve MRÜ gibi konvansiyonel tekniklerle elde edilen anatomik ve fonksiyonel verilerin DyMAG3 SPECT/CT gibi tek bir görüntüleme tekniği ile elde edilebileceğini gözlemledik. Ameliyat bulguları da obstrüktif patolojileri desteklemektedir. Ayrıca, DyMAG3 SPECT/CT, separe böbrek fonksiyonunun voksel bazlı hesaplanmasıyla 99mTc-DMSA sintigrafisine alternatif olarak 99mTc-MAG3 sintigrafisinin tanısal özgüllüğünün artmasına katkıda bulunmaktadır.

SONUÇ
Bu ön çalışma, DyMAG3 SPECT/CT böbrek görüntülemesinin obstrüktif üropatilerin ameliyat öncesi değerlendirilmesi için tek görüntüleme ile yeterli anatomik ve fonksiyonel bilginin elde edilmesini sağlayan bir tanı yöntemi olabileceğini göstermektedir. Ancak daha iyi değerlendirme için çok merkezli, randomize kontrollü, kör çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-58

PRİMER MONOSEMPTOMATİK NOKTÜRNAL ENÜREZİSLİ ÇOCUKLARDA PELVİK TABAN KAS BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

CANAN SEYHAN(1) EMRE SERDAR ATALAY(1) ENGİN KAYA(2) ASLI ÖZTÜRK(3) ECE ÖZKAN(3) HASAN CEM IRKILATA(4) MURAT DAYANÇ(3)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
2. İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul
3. Özel Dayanç Üroloji Merkezi
4. Özel Davraz Yaşam Hastanesi, Isparta

AMAÇ
Son çalışmalar pelvik taban kas (PTK) zayıflığının enürezisin nedensel faktörlerinden biri olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada, primer monosemptomatik noktürnal enürezisli (PMNE) çocuklarda PTK fonksiyonlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya dahil edilme kriterlerine göre PMNE tanısı alan 5-18 yaş aralığında gönüllü (n=48) çocuk alındı. Katılımcıların PTK aktiviteleri Modifiye Oxford Skalası ve yüzeyel elektromiyografi (EMG) (NeuroTrac Myoplus Pro) ile değerlendirildi. Work Average ve Rest Average EMG değerleri ve bu değerlerin farkı kaydedildi.

BULGULAR
Çocukların yaş, Work Average, Rest Average, Modifiye Oxford Skalası ortalamaları sırasıyla 10,12±3,25; 7,11±3,10; 3,59±2,14; 1,63±1,14'tü. PMNE'li çocukların %81,3'ünün PTK'leri aşırı aktif, %71,14'ü zayıf bulundu. Work Average; Wa-Ra farkı ve Modifiye Oxford Skalası pozitif ilişkili (p=0,001); Wa-Ra farkı ile Modifiye Oxford Skalası pozitif ilişkili iken, her ikisi Rest Average ile negatif ilişkiliydi (p=0,001, p=0,001, p=0,001). PTK bulguları ile yaş ve cinsiyet grupları arasında ilişki bulunmadı (p>0,05).

SONUÇ
PMNE'li çocukların PTK'lerinde aşırı aktivite ve zayıflık yaygındır.

PMNE n=48	Ort.±SS	Ortanca	Minimum-Maksimum
Work average (µV)	7,11±3,10	6,35	2,90-14
Rest average (µV)	3,59±2,14	3,65	0,70-14
Wa-Ra Farkı (µV)	3,52±3,35	2,1	2,1-12,20
Modifiye Oxford Skalası	1,63±1,14	1,5	0-3,50

PMNE'li çocukların pelvik taban kas bulgularının incelenmesi

SB-59

İNVAZİV VE NON-İNVAZİV ÜRODİNAMİK ÇALIŞMALAR UYGULANAN ÇOCUKLARDA KAYGI DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) ONUR CAN ÖZKAN(2) YILÖREN TANIDIR(1) TUFAN TARCAN(1) SELÇUK YÜCEL(1)

1. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
2. Ceylanpınar Devlet Hastanesi, Şanlıurfa

AMAÇ
Alt üriner sistem disfonksiyonu olan çocukların değerlendirilmesinde ürodinamik çalışmalar önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada, bir kaygı ölçeği yardımıyla invaziv ve non-invaziv ürodinamik çalışmaların çocukların kaygı düzeylerine etkisini incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
İlk kez üroflovmetri veya dolum sistometrisi uygulanacak olan ve anksiyete ölçeği doldurmayı kabul eden 8-17 yaş arası çocuklar çalışmaya dahil edildi. Değerlendirmede 41 sorudan oluşan SCARED (The Screen for Child Anxiety Related Disorders) formu kullanıldı ve çalışmaya dahil edilen tüm çocuklardan formu kendilerinin doldurması istendi. Adından uroflowmetri ve dolum sistometrisi uygulanan çocukların SCARED sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR
Çalışmaya yaş ortalaması 10.85+/-2.98 yıl olan toplam 56 çocuk dahil edildi. Çocukların 31'i (%55,4) kız, 25'i (%44,6) erkekti. Uroflovmetri uygulanan çocuk sayısı 26 (%46,4; 8,5 (8-14) yıl); dolum sistometrisi uygulanan çocuk sayısı ise 30'du (%53,6; 11,5 (8-17) yıl). Uroflovmetri ve dolum sistometrisi uygulanan çocukların toplam SCARED skorları sırasıyla 26.5 (5-75) ve 27 (2-57)'di ve istatistiksel fark yoktu (p=0.980) (Tablo 1). Alt puan değerlendirmeleri arasında sadece Ayrılık Kaygısı Bozukluğu'nda anlamlı fark bulundu (p=0,049) (Tablo 1). Dolum sistometrisi yapılan çocuklarda temiz aralıklı kateterizasyon yapan ve yapmayanlar arasında toplam SCARED skorunda istatistiksel olarak fark bulunmadı (sırasıyla 28 (3-41); 27 (2-57)) (p=0,860).

SONUÇ
Yirmi beş ve üzerindeki SCARED skorlarının bir anksiyete bozukluğuna işaret ettiği kabul edilmektedir. İlginç bir şekilde, bu çalışmada, hem invaziv hem de invaziv olmayan ürodinamik çalışma gruplarının anksiyete skorlarının 25'in üzerinde olduğu gözlenmiştir. İnvaziv olmayan ürodinamik testlerin de çocuklar üzerinde invaziv testler kadar strese neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 1: Üroflovmetri ve dolum sistometrisi uygulanan çocuklar arasındaki SCARED skorlarının karşılaştırılması

	Uroflovmetri (n:26)	**Dolum Sistometrisi (n:30)**	**P değeri**
PB	5,5 (1-21)	4 (0-22)	0,656
GA	3,5 (0-16)	5,5 (0-14)	0,192
AA	9 (2-16)	7 (0-14)	**0,049**
SAB	7 (2-14)	8 (0-14)	0,302
COK	1 (0-8)	1 (0-4)	0,257
Toplam Skor	26,5 (5-75)	27 (2-57)	0,980

(PB= Panik Bozukluk veya Ciddi Somatik Semptomlar (Soru: 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38)

GA= Genel Anksiyete Bozukluğu (Soru: 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37)

AA= Ayrılık Anksiyetesi (Soru: 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31)

SAB= Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Soru: 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41)

COK= Ciddi Okul Korkusu (Soru: 2, 11, 17, 36)

SB-60

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE İNTERKOSTAL GİRİŞLERDE SPİNAL ANESTEZİ AVANTAJLI MI?

MÜSLÜM ERGÜN(1) SÜLEYMAN SAĞIR(2)

1. İstanbul Atlas Üniversitesi, İstanbul
2. Islahiye Devlet Hastanesi, Gaziantep

AMAÇ
Çalışmamızda PNL ameliyatlarında perkütan interkostal giriş yapılan hastalara uygulanan anestezi şekline göre (spinal aneztezi ve genel anestezi) opere edildikten sonra postoperatif pulmoner komplikasyon gelişme durumunu araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
İki merkezde böbrek taşı nedeniyle Mart 2017- Nisan 2022 tarihleri arasında başvuran hastalar retrospektif olarak tarandı. Kontrastsız bilgisayarlı tomografide taş boyutu 2 cm ve üstü olan ve interkostal giriş yapılan 102 hasta çalışamaya dahil edildi. Bu hastaların 45'i spinal anestezi altında (SAA) ve 57'si ise genel anestezi altında (GAA) opere edilmişti. Hastalar postoperatif pulmoner komplikasyon açısından değerlendirildi.

BULGULAR
Her iki grupta benzer oranlarda en sık görülen komplikasyon ateş olarak görüldü (%21). SAA opere edilen hastaların 7 (%15) sinde pulmoner komplikasyon görüldü. Pulmoner komplikasyon görülen hastaların 3 (%42) ünde minimal plevral efüzyon, 2 (%28) sinde diyafram yükselmesi, 1 (%14) inde atelektazi, 1 (%14) inde pulmoner konsolidayon görüldü. GAA opere edilenlerden 13 (%22) ünde pulmoner komplikasyon görüldü. Pulmoner komplikasyon görülen hastaların 7 (%53) sinde minimal plevral efüzyon, 3 (%23) ünde diyafram yükselmesi, 1 (%7) inde atelektazi, 1 (%7) inde pulmoner konsolidayon, 1 (%7) inde de aynı taraf diyafram sinir paralizisi görüldü. Pulmoner komplikasyon açısından anlamlı istatistisel fark bulundu (p=0.025). Komorbidite açısından anlamlı fark yoktu. Yaş, vücut kitle indeksi, geçirilmiş cerrahi, anestezi süresi, taş yerleşim yeri, kan transfüzyon ihtiyacı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu.

SONUÇ
SAA yapılan PCNL yapılan hastalarda hastanın tidal akciğer volümünün daha iyi kontrol edildiğini ve bu nedenle daha düşük pulmoner komplikasyon oranına sahip olduğunu düşünüyoruz.

SB-61

GERİATRİK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ GENÇ HASTALARDA OLDUĞU GİBİ ETKİN VE GÜVENLİ MİDİR?

BUĞRA AKSAY(1) KADİR KARKİN(1) EDİZ VURUŞKAN(1) HAKAN ERÇİL(1) ZAFER GÖKHAN GÜRBÜZ(1)

1. Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

AMAÇ
Geriatrik (>75y) hastalarda perkütan nefrolitotominin güvenli ve etkin bir yöntem olduğunu ortaya koymak.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2013- Ekim 2021 tarihleri arasında perkütan nefrolitotomi uygulanan geriatrik (>75y) ve genç (18-65y) hastaların verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar iki yaş grubuna göre sınıflandırıldı. [>75y (grup-1), 18-65 (grup-2)]. Gruplar taş boyutu, ortalama ameliyat süresi, ortalama giriş sayısı, ortalama nefrostomi çıkarma süresi, hastanede kalış süresi, taşsızlık oranı ve komplikasyon oranı açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR
Grup 1 ve 2'deki hastaların yaş ortalamaları sırasıyla 76.5±4.6 ve 42.5±22.1 idi. Ortalama taş boyutu grup 1 ve grup 2'de sırasıyla 28.5±7.1 ve 27.0±5.2 mm idi (p= 0.59). İki grup arasında hidronefroz derecesi açısından derecesi açısından istatistiksel anlamlı farklılık yokken, ASA skoru Grup 1 lehine anlamlı şekilde daha yüksekti (sırasıyla p= 0.49, p<0.001). Ortalama ameliyat süresi, giriş sayısı, perioperatif kan transfüzyonu, kanama miktarı, nefrostomi çıkarma süresi ve hastanede kalış süresi açısından iki grup arasında istatistiksel fark görülmedi (p>0.05). Grup 1 ve 2'deki SFR oranları %90.3 ve %91.2 idi (p= 0.987).

SONUÇ
Sonuçlarımız, geriatrik hastalarda perkütan nefrolitotominin genç hastalara olduğu gibi etkin ve güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir.

SB-62

MİKRO-PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ VS ESWL: TEDAVİ ETKİNLİKLERİ VE KOMPLİKASYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

ÖZGÜR KAZAN(1) OKAN ALKIŞ(1) MEHMET SEVİM(1) ŞEREF COŞER(1) HÜSEYİN AKMAN(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1) BEKİR ARAS(1)

1. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kütahya

AMAÇ

Böbrek taşı hastalarında uygulanan mikro-perkütan nefrolitotomi (mikro-PNL) ve ESWL tedavi etkinlikleri ve postoperatif komplikasyonlarını karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza ocak 2020 ve haziran 2022 arasında böbrek taşına yönelik mikro-perkütan nefrolitotomi yapılan 18 hasta ve ESWL uygulanan 36 hasta dahil edildi. Mikro-PNL ve ESWL hastaları taş boyutu ve taş yerleşimi açısından bire iki oranında eşleştirildi. Taş boyutu olarak 10-20 mm arasında tek taşı olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Birden fazla taşı olanlar, üreter taşı olan hastalar ve kanama diatezi olan, kan sulandırıcı kullanan hastalar çalışmadan dışlandı. Hastaların demografik özellikleri, postoperatif karakteristikleri hastane veri sisteminden retrospektif olarak tarandı. Rezidü taş varlığı işlemden 1 ay içerisinde değerlendirilirken, taşsızlık durumu işlem sonrası üçüncü ayda değerlendirildi. Taşsızlık değerlendirilmesinde 4 mm ve altındaki taşlar klinik anlamsız olarak kabul edildi.

BULGULAR

Mikro-PNL ve ESWL yapılan hastaların yaş ortalamaları, cinsiyet dağılımı, taş yönü, taş yerleşimi ve taş boyutu benzerdi. ESWL yapılan hastaların vücut kitle indeksi, mikro-PNL yapılanlara göre daha düşüktü (24,5 vs 27,6 kg/m2, p=0,002) (Tablo-1). ESWL yapılan hastalarda istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek düzeyde rezidü taş varlığı saptandı (77,8% vs 16,7%, p= 0,001). Birinci ayda yapılan değerlendirmede taşsızlık oranı mikro-PNL grubunda daha yüksek oranda olsa da istatistiksel olarak benzerdi (83,3% vs 63,9%, p= 0,140). Ek girişim mikro-PNL grubunda 1 (5,6%) hastada uygulanırken, ESWL grubunda 14 (38,9%) hastada ek girişim gerekliliği oldu. Her iki grupta postoperatif komplikasyon benzer düzeyde görülürken, mikro-PNL grubunda 1 hastada kan transfüzyonu ihtiyacı olan Clavien ikinci derece komplikasyon izlendi (Tablo-2).

SONUÇ

Mikro-PNL ve ESWL, 10-20 mm arası böbrek taşlarında düşük komplikasyon oranlarıyla uygulanabilecek yöntemlerdir. Mikro-PNL uygulanan hastaların erken dönem tedavi etkinliği ESWL'ye göre daha yüksektir.

-	ESWL N=36	MicroPNL N=18	p
Yaş, yıl Ort (SS)	51,5 (10,2)	49,9 (8,1)	0,282a
Cinsiyet -Erkek -Kadın	24 (66,7%) 12 (33,3%)	13 (72,2%) 5 (27,8%)	0,679 b
VKİ, kg/m2 Ort (SS)	24,5 (2,9)	27,6 (4,6)	0,002 a
Taş yönü -Sol böbrek -Sağ böbrek	18 (50,0%) 18 (50,0%)	9 (50,0%) 9 (50,0%)	1,000 b
Taş yerleşimi -Alt pol -Orta zon -Üst pol -Renal pelvis	10 (27,8%) 5 (13,9%) 1 (2,8%) 20 (55,6%)	7 (38,9%) 2 (11,1%) 1 (5,6%) 8 (44,4%)	0,782 b
Taş boyutu, mm Ort (SS)	14,3 (2,4)	15,1 (1,6)	0.128 a

Hasta demografikleri ve radyolojik özellikler

Tablo-2: Postoperatif özellikler

		ESWL N=36	MicroPNL N=18	p
Rezidü taş				
-Yok		8 (22,2%)	15 (83,3%)	
-Var		28 (77,8%)	3 (16,7%)	***0,001*** [b]
Rezidü taş boyutu ,mm	Ort±SS	6,4±4,8	0,9±2,5	***0,001*** [a]
Taşsızlık				
-Başarılı		23 (63,9%)	15 (83,3%)	
-Başarısız		13 (36,1%)	3 (16,7%)	0,140 [b]
Ek girişim				
-Yok		22 (61,1%)	17 (94,4%)	
-RIRS		5 (13,9%)	0 (0%)	
-Standart PNL		2 (5,6%)	0 (0%)	
-URS		7 (19,4%)	1 (5,6%)	0,075 [b]
Komplikasyon				
-Yok		35 (97,2%)	16 (88,9%)	
-Var		1 (2,8%)	2 (11,1%)	0,208 [b]
Kan transfüzyonu				
-Yok		36 (100%)	17 (94,4%)	
-Var		0 (0%)	1 (5,6%)	0,153 [b]

Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

[a:] Bağımsız örneklem t-test, [b:] Ki-kare testi

SB-63

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI REZİDÜ TAŞ VARLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ALPEREN BALABAN(1) METE ÖZKIDIK(1) ATA ÖZEN(1) AYDIN YENİLMEZ(1)

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi yapılan hastalarda rezidü taş varlığını etkileyen faktörleri ortaya koymak.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde >2 cm den büyük ve semptomatik böbrek taşları nedeni ile prone PNL yapılan 791 hasta retrospektif olarak incelendi. Preoperatif BT de taş boyutu, yerleşimi ve sayısı doğrulanmış, operasyon sonrası ise ilk bir ay içinde yapılan kontrol görüntülemede (BT ya da USG) rezidü taş saptanan hastalarda rezidü taş varlığını etkileyen faktörler araştırıldı. Tek değişkenli analizde anlamlı çıkan değişkenler çok değişkenli analiz yapılarak tekrar değerlendirildi, p değeri <0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Taş boyutu, taş sayısı, farklı kalikslerde taş varlığı, staghorn taş varlığı, yüksek vücut kitle indeksi, yüksek komorbidite indeksi hastalarda rezidü taş varlığına anlamlı olarak katkıda bulunan faktörler olarak bulundu. Ortalama yaş, Hounsfield Unit ve cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ

Staghorn taşı olan, yüksek vücut kitle indeksli (>32) ve yüksek komorbidite indeksli (CCI>3) hastalarda, ayrıca taş boyutu ve sayısı arttıkça, taşlar farklı kalikslerde bulunuyorsa, bu hasta popülasyonlarında PNL sonrası rezidü taş kalma olasılığı bu değişkenler açısından negatif olan hasta gruplarına göre daha fazla olabilir, operasyon öncesi hastalar bu risk ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir.

Tablo 1: Hasta gruplarında tek ve çok değişkenli analiz sonuçları.

Değiş-kenler ve hasta grupları	Hasta Sayısı (n)	Ort Yaş (yıl)	K/E oranı (%)	Ort Taş Boyutu (mm)	Ort Taş Sayısı	Farklı Kaliks-lerde Taş Varlığı (%)	Sta-ghorn Taş Varlığı (%)	Median Houns-field Unit (HU)	Ort VKİ (kg/m2)	Ort CCI
Rezidü (-)	607	63.7	94%	34	2.3	17	3	1247,3	29,3	2.2
Rezidü (+)	184	64.2	85%	48	3.7	30	15	1269,1	32,7	2.8
p	-	0,36	0,15	0,009	0,019	0,024	0,026	0,87	0,021	0,041
Çok değişkenli analiz p	-	-	-	0,01	0,02	0.03	0.032	-	0,029	0,047

SB-64

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE POZİSYONUN ÖNEMİ

MUSTAFA KÜÇÜKYANGÖZ(1) ADNAN GÜCÜK(2)

1. Kahramanmaraş Necip Fazıl Hastanesi, Kahramanmaraş
2. Özel Bolu Çağsu Hastanesi, Bolu

AMAÇ
Perkütan nefrolitotomide pron pozisyonundan supin pozisyonuna geçtikten sonra, supin pozisyonun uygulamada getirdiği kolaylıklar ve avantajları değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya Şubat 2018-Haziran 2020 tarihleri arasında supin PNL uygulanan 94 hasta (grup-1) ve pron PNL uygulanan 93 hasta (grup-2) dahil edildi. Bu gruplar kendi aralarında demografik özellikleri, operatif verileri ve operasyon sonrası parametreleri açısından incelendi.

BULGULAR
İki grup karşılaştırıldığında cinsiyet, yaş, üriner anomali, hasta sayısı, geçirilmiş pnl öyküsü, taş boyutu modifiye clavien komplikasyon skorlaması, hospitalizasyon süresi ve hemoglobin düşüşü açısından anlamlı fark saptanmadı.

Operasyon süresi, skopi süresi, perop djs gereksinimi açısından supin pozisyon lehine anlamlı fark saptandı (p: <0.001, p: <0.001, p:0.029).

Ağrı skorları açısından karşılaştırıldığında postop 6. Saat VAS skoru ve postop 24. Saat VAS skoru arasında istatistiksel olarak yine supin pozisyon lehineydi (p: <0.001, p: <0.001).

Supin pozisyondaki hastaların %81.9'una, pron pozisyondakilerin %57'sine mini PNL uyguladığımızı ve bunun supin pozisyon lehine anlamlı olduğunu saptadık (p:<0.001).

SONUÇ
Gruplar arasında başarı açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p:0.834).

Supin pozisyonundaki hastaların %81.9'u, pron pozisyonundaki hastaların %57'sine mini PNL yapılmış olup istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür (p:<0.001).

Supin PNL'nin operasyon süresi, skopi süresi ve stent gereksinimini azaltması yanında uygulamada getirdiği avantajlar nedeniyle önemli ölçüde invaziviteyi azaltmakta, mini PNL uygulamasının başarısını yükselterek uygulama pratiğimizi değiştirmektedir.

SB-65

TOTALLY TUBELESS PCNL'İN ETKİNLİK VE GÜVENİLİRLİĞİ

CENGİZ KARA(1) MEHMET USLU(1) MEHMET EZER(1) ÜMİT YILDIRIM(1) ÇAĞLAR UĞURLU(1) BUMİN ÖRS(2)

1. Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kars
2. İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ
Totally Tubeless perkütan nefrolitotominin güvenilirliğini ve etkinliğini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2015-Haziran 2022 tarihleri arasında deneyimli bir cerrah tarafından total tüpsüz perkütan nefrolitotomi (PNL) uygulanan toplam 25 böbrek taşı hastası retrospektif olarak değerlendirildi. Soliter böbrek, bilateral böbrek taşları, multipl renal access, staghorn taşlar, geçirilmiş böbrek cerrahisi ve ESWL dışlama kriterlerimizdi. Ayrıca rezidüel fragman varlığı, kanama ve ekstravazsyon olan hastalar intraoperatif olarak dışlandı. Operasyonların sonunda ne nefrotomi tüpü, JJ ne de üreteral stent takılmadı. Ameliyat sırasında ve sonrasında elde edilen sonuçlar, komplikasyonlar ve başarı oranı analiz edildi.

BULGULAR
Ortalama taş boyutu 32 mm idi ve 8 hastada birden fazla taş vardı. İki hastada suprakostal access ihtiyacı vardı. Hemoglobindeki ortalama azalma 1.2 g/dL idi ve hastaların hiçbirinde kan transfüzyonu gerekmedi. PNL'den sonra idrar ekstravazasyonu veya ürünom oluşumu gözlenmedi. 19 hastada taşlar tamamen temizlendi ve 5'inde 4 mm'lik rezidüel fragmanlar vardı. Sadece dört hastada analjezi ihtiyacı oldu. Tüm hastalar ameliyattan sonraki ertesi gün taburcu edildi.

SONUÇ
Tubeless PNL, renal taşı olan seçilmiş hastalarda güvenli ve etkilidir.

SB-66

İKİ YAŞ ALTI HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİDE DİLATASYON BOYUTU VE TAŞSIZLIK ORANI

NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(2) SÜMEYYE SEDAY(1) VOLKAN İZOL(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana
2. Ceyhan Devlet Hastanesi, Adana

AMAÇ
Çocuklarda üriner sistem taş hastalığının insidansı dünya genelinde ve ülkemizde artış göstermektedir. Tedavide amaç böbrek fonksiyonlarını korumak için taşın ortadan kaldırılması, nükslerin engellenmesi ve metabolik problemlerin düzeltilmesidir. Çocuk hastalarda yüksek nüks oranı nedeni ile tekrarlayan girişim gerekmektedir. En etkili minimal invaziv yöntem Perkütan nefrolitotomi çocuk hastalarda 15 mm ve üzeri taşlarda güvenle tercih edilebilmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM
2007-2020 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi'nde 2 yaş altında PNL yapılan 154 hasta retrospektif olarak tarandı.

BULGULAR
80 erkek, 74 kız toplam 154 hastanın 76'sına sol PNL, 78'ine sağ PNL işlemi yapıldı. 16-20F amplatz dilatasyon yapılan hastaların toplam sayısı 67 iken bunların 61'inde (%91,04) tam taşsızlık sağlandı (p=0,88). 22-30F arası amplatz dilatasyon yapılan hastaların toplam sayısı 87 iken bunların 79'unda (%90,8) tam taşsızlık sağlandı. 16-20F amplatz dilatasyon yapılan hastaların ortalama nefrostomi çekilme süresi 2,56 gün taburculuk süresi 4,76 gün; 20-30F amplatz dilatasyon yapılan hastaların ortalama nefrostomi çekilme süresi 2,29 gün taburculuk süresi 4,48 gün olarak hesaplandı.

SONUÇ
Üriner sistem hastalarında nüksü engellemek için tam taşsızlığa ulaşmak çok önemlidir. 2 yaş altı çocuk hastalarda daha invaziv olan mini PNL'nin etkinliği standart PNL ile benzer olduğu görülmektedir. Mini PNL 2 yaş altı çocuklarda etkin bir şekilde kullanılabilmektedir.

SB-67

2 CM'DEN KÜÇÜK BÖBREK TAŞLARINDA MINI PCNL VS RIRS: RETROSPEKTİF ÇALIŞMA

MERYEM HAN GÖKDEMİR(1) LEZGİN KIRAN(1) YEKTA BIÇAK(1) ÇAĞDAŞ DİKMEN(1) ABDULLAH GEDİK(1) KAMURAN BİRCAN(1)

1. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır

AMAÇ

Üriner sistem taş hastalığı antik dönemlerden beri insanlığı etkileyen önemli bir sorundur. Hayat boyu taş hastalığı görülme prevelansı %1-20 arasında değişmektedir. Ülkemiz, özellikle de Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgesi taş hastalıkları için endemik bir bölge olup, taş görülme insidansı %11,2'dir.

Son yıllarda minimal invaziv tedavi seçeneklerinin artması ile ESWL, PCNL, RIRS yaygınlaşmıştır. Seçilecek tedavi modalitesi taşın boyutu, lokalizasyonu, opasitesi, hastaya bağlı faktörlere göre değişmekle beraber cerrahın deneyimi de tedavi modalitesini belirleyen önemli parametrelerdendir. Biz bu çalışmamızda 2 cm'den küçük böbrek taşlarında iki minimal invaziv tedavi modalitesi olan Mini-PCNL ve RIRS'ı karşılatırdık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamızda Dicle Üniversitesi Üroloji Kliniğine, Ocak 2020 ve Mart 2022 tarihleri arasında başvuran hastalar retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalarımız 18 yaş üstü, böbrekte 2 cm altı taşı olan hastalardan seçilmiştir. Bilinen sistin taşı, renal malformasyonu olan, antikoagulan-antiagregan kullanan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Yine operasyon öncesi idrar kültürü steril olan hasta grubu seçilmiştir.

Taş boyutu kontrastsız BT ile ölçülmüş olup, DÜSG ile taşın opasitesi değerlendirilmiştir.

Tüm işlemler genel anestezi altında yapılmıştır.

Hastalara proflaktik olarak seftriakson verilmiş olup postop 2.güne kadar paranteral tedavi devam edilmiştir, takibinde ise 5 gün oral sefuroksim verilmiştir.

Rezidü taşlar kontrastsız BT ile kontrol edilmiş, 5 mm altındaki rezidü taşlar anlamsız kabul edilmiştir.

Mini PCNL grubunda 24 hasta, RIRS grubunda 21 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

İstatistik çalışması için SPSS kullanılmıştır.

BULGULAR

Mini PCNL grubunda 24, RIRS grubunda 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Mini PCNL grubunda yaş ortalaması 40,8 iken, RIRS grubunda 44,9 idi. Mini PCNL grubunda hastaların %41,7si kadın, 58,3 ü erkek; RIRS grubunda ise hastaların %38,1 i kadın, %61,9u erkekti.

Mini PCNL grubunda ortalama taş boyutu 16,9 mm, RIRS grubunda 15,6 mm idi. Operasyon sırasında JJ stent kullanılma oranı mini PCNL grubunda %79,2, RIRS grubunda %100 olarak hesaplanmıştır. (P=0,027) Taşsızlık oranı mini PCNL grubunda %91,7, RIRS grubunda ise %52,4 olarak hesaplanmıştır. (P=0,003) Ameliyat öncesi ve sonrasındaki hemoglobin (g/dL) değerleri karşılaştırıldığında ise mini PCNL grubunda 1,467 RIRS grubunda 0,933 birimlik bir düşüş olduğu görülmüştür. (P=0,005)

SONUÇ

Minimal invaziv tedavi modalitelerinin gelişmesi ile taş yükünün fazla olmadığı hasta grubunda mini PCNL ve RIRS iki önemli seçenek halini almıştır. Kliniğimizde mini PCNL hastalarına postop dönemde transfüzyon ihtiyacı olmamakla birlikte hemoglobin düşüş oranlarına baktığımızda RIRS'ın bu açıdan mini PCNLye üstün olduğunu görülmektedir. Ancak hemoglobin düşüşünün transfüzyon ihtiyacına neden olmayacak kadar az olması RIRS'ın bu konudaki üstünlüğünün sadece istatistiksel bir üstünlük olduğunu g östermektedir.

Hasta ve hekim için bir diğer önemli konu olan taşsızlık oranına baktığımızda ise mini PCNL lehine, anlamlı bir fark olduğunu görüyoruz. Böbrek taşı cerrahilerinde ideal seçeneğin, taşsızlık oranının en yüksek olduğu, komplikasyon oranının en düşük olduğu seçenek olduğunu biliyoruz. Bu iki önemli tedavi modalitesini karşılaştırmak için daha geniş çaplı, randomize, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-68

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI EMBOLİZASYON UYGULANAN HASTADA COİL MİGRASYONU VE COİL ETRAFINDA OLUŞAN KALKÜLE BAĞLI ÜROSEPSİS

ENGİN DEREKÖYLÜ(1) ALPER OKUR(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) BÜLENT ÖNAL(1) NUR AHMET ERÖZENCİ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Renal arter embolizasyonu renal arter kanamalarında minimal invaziv ve etkili bir tedavi yöntemidir. Bu işlemin komplikasyonları erken ve geç olarak ikiye ayrılır. Erken komplikasyonlar yetersiz embolizasyon, renal hematom ve coilin istenilen bölgeye yerleştirilememesidir. Geç komplikasyonlar daha nadirdir ve çoğunun sebebi coilin yerleştirilen yerden göçüdür. Bu bildiride böbrek taşı nedeniyle PCNL uygulanan, sonrasında gelişen A-V fistülü embolizasyon ile tedavi edilen hastada geç dönem coil migrasyonu olgusu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Elli iki yaşında erkek hasta acil polikliniğe 3 gündür olan sağ yan ağrısı, üşüme, titreme ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. Son 6 ayda tekrarlayan 2 kez daha idrar yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Özgeçmişinde kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı, kontrollü diyabetes mellitus ve regüle hipertansiyonu mevcuttu. Ayrıca 3 yıl önce sağ pelvis renalis taşı nedeniyle peruktan nefrolitotomi, postoperatif ikinci günde 4 ünite eritrosit süspansiyonu tedavisine rağmen hemoglobin düşmesi ve sağ segmental renal arter embolizasyonu öyküsü bulunmaktaydı.

BULGULAR

Tetkiklerinde kreatinin 4,28 mg/dl (bazal değeri 1), CRP 328, Prokalsitonin 72, açlık kan şekeri 269, idrar analizinde piyüri ve bakteriüri saptandı.

Acil Servis'te çekilen bilgisayarlı batın tomografide sağ proksimal üreterde 14x13 mm tıkayıcı kalkül, proksimalinde hava imajları ve grade 2 hidronefroz saptandı. Taşın proksimalinde artefakta yol açan görünüm izlendi. Taşın Hounsfield Ünitesi 390 olarak ölçüldü. Hastaya 2 günlük piperasilin tazobaktam tedavisi sonrası, septik tablonun gerilemesiyle sağ 4,8 fr 26 cm jj üreteral stent yerleştirildi. İki hafta antibiyoterapi sonrası idrar kültürü steril olan hastaya daha sonra sağ retrograd intrarenal cerrahi yapıldı. Operasyon sırasında taş, lazer ile fragmante edildikten sonra santralde helezonik yapıda metal coil görüldü. Görülen coil basket ile tutularak vücut dışına alındı.

SONUÇ

Böbreğe yerleştirilen coillerin komplikasyonlarından biri bu coillerin pelvikalisyel sisteme göçüdür. Bu şekilde prezente olan tıkayıcı taşlar için en uygun tedavi yöntemi uygun antibiyoterapi baskısı altında öncelikle hidronefrozun nefrostomi/jj kateter yardımıyla giderilmesi sonrasında mevcut taşa; taş boyutu, taşın yeri, hastanın komorbiditeleri gibi faktörler göz önüne alınarak flexible üreterorenoskopi veya perkütan nefrolitotomi gibi uygun cerrahi yöntemlerle müdahale edilmesidir.

Resim 1. BT'de pelvikalisvel sistemde yerleşimli taş görünümü

Resim 2. URS'de migrate olan ve vücut dışına alınan coil.

SB-69

20-40 MM RENAL PELVİS TAŞ TEDAVİSİNDE PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ VE RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİNİN KARŞILAŞTIRILMASI; TEK MERKEZ DENEYİMİ

DEMİRHAN ÖRSAN DEMİR(1) ÇAĞRI AKPINAR(2) EMRE HEPŞEN(2)

1. Karabük Üniversitesi, Karabük
2. Halil Şıvgın Çubuk Devlet Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Renal pelvis taşı (20-40mm) olan hastalarda perkütan nefrolitotomi (PNL)' ye kıyasla retro grade intrarenal cerrahi (RIRC) tedavisinin etkinliğini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2016 ile Aralık 2020 tarihleri arasında, 124'ü PNL ve 223'ü RIRC olmak üzere, renal taş nedeniyle cerrahi tedavi uygulanmış toplam 347 hasta retrospektif olarak tarandı. Bu hastalardan 20-40 mm renal pelvis taşı nedeniyle PNL (n=32) ve RIRC (n=36) prosedürü uygulanan toplam 68 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, VKİ (Vücut Kitle İndeksi), ASA (Amerikan Anesteziyoloji Derneği) skorları, taş boyutu, operasyon tarafı, HU (HounsfieldUnit) değerleri, cerrahi süresi, floroskopi süresi, hastanede kalış süresi, taşsızlık oranları, Clavien-Dindo derecelendirme sistemine göre komplikasyon oranları karşılaştırıldı. Taşsızlık durumu, postoperatif 1. ayda bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilen, taş parçası kanıtı olmaması veya 4 mm'den küçük semptomatik olmayan rezidü fragman varlığı olarak tanımlandı.

BULGULAR

Her iki grup yaş, cinsiyet, VKİ, ASA skoru operasyon tarafı, median taş boyutu ve HU değerleri açısından benzer özelliklere sahipti. RIRS ve PNL grupları için taşsızlık oranları sırası ile % 72.2 ve %93.7 idi. (p=0.042). Operasyon süresi, floroskopi süresi ve hastanede kalış süresi PNL grubunda anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla p=0.012, p < 0.001, p<0.001). Clavien derece 1-2 komplikasyon oranları açısından istatistiksel olarak fark gözlenmedi.

SONUÇ

RIRS daha düşük operayon ve floroskopi süresi, hastanede kalış süresinin kısalığı açısından avantajlı gözükmekle birlikte, taşsızlık oranlarının PNL'ye kıyasla daha düşük olması nedeniyle PNL'ye göre daha az etkin bir cerrahidir. Seçilmiş hastalarda, RIRS,daha az radyasyon maruziyeti ve hastanede kalış süresi ile yararlı bir tedavi seçeneği olabilir.

Parameterler	RIRS (n=36)	PNL (n=32)	P*
Yaş (mean ± SS)	46.49 ± 1.85	48.37 ± 2.41	0.541
Cinsiyet Erkek (n=40, %57.3) Kadın (n=28%42.7)	 19(%52.6) 17 (%47.4)	 21 (%65.6) 11 (%34.4)	0.234
Vücut Kitle İndeksi(mean ± SS)	27.66± 4.14	27.21± 3.82	0.588
ASA skor Skor 1(n=18, %26.4) Skor 2(n=41, %60.2) Skor 3(n=9, %13.4)	 9 (%24.6) 24 (%66.7) 3 (%8.8)	 9 (%28.1) 17 (%53.1) 6 (%18.8)	0.307
Operasyon taraf, n (%) Sol (n=29, %42.6) Sağ(n=39%57.4)	 16 (%44.4) 20 (%55.6)	 13 (%40.6) 19 (%59.4)	0.888
Taş boyutu, mm (median,range)	23.5 (20-32)	26.1 (22-38)	0.071
Hounsifeld ünitesi	887 ± 292	1091± 237	0.21
Cerrahi Süresi, dk (median, range)	51 (40-120)	66 (50-135)	0.012*
Floroskopi süresi, sn	12.25 ± 4.81	56 ± 18.2	<0.001*
Hastanede Kalma Süresi, gün (mean	1.22 ± 0.85	3.32 ± 1.67	<0.001*
Tam taşsızlık oranı (%)	26/36 (%72.2)	29/32 (%93.7)	0.042*
Postoperatifkomplikasyon, n (%) Claviangrade I, II (n=8, 11.7%)	 3 (%8.3)	 5 (%15.6)	0.413

* Student's t, Mann Whitney u ve Ki-kare testleri

SB-70

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YAPILAN SOLİTER BÖBREKLİ HASTALARDA POSTOPERATİF BÖBREK FONKSİYONLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) VOLKAN ŞEN(1) SÜMEYYE TERZİ(1) OZAN BOZKURT(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

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

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi sırasında yapılan renal giriş ve dilatasyon işlemleri renal parankim hasarlarına yol açabilmektedir. Soliter böbrekli hastalarda yapılan perkütan nefrolitotominin glomerüler filtrasyon hızı üzerindeki etkilerini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimize Ocak 2012 – Haziran 2022 tarihleri arasında başvurmuş ve renal taş nedeniyle perkütan nefrolitotomi yapılmış olan 862 hastanın demografik bilgileri, ameliyat verileri, laboratuvar değerleri ve hospitalizasyon süreleri retrospektif olarak kaydedildi. Soliter böbrekli olan perkütan nefrolitotomi yapılan hastalar (n=30) diğer hastalar (n=832) ile karşılaştırıldı. Soliter böbrekli olan perkütan nefrolitotomi uygulanan hastaların verileri kendi içlerinde karşılaştırılarak böbrek fonksiyonları üzerinde etkili faktörler belirlendi. Böbrek fonksiyonlarını değerlendirmek için CKD-EPI GFR kullanıldı.

BULGULAR

Soliter böbrek perkütan nefrolitotomi yapılan hastaların yaş ortalaması 53,9 ± 11,4, ortalama taş boyutu ise 21,5 ± 7,1 mm olarak saptandı. Soliter böbrekli hastaların 2 'sinin (%6,67) daha önceden geçirilmiş perkütan nefrolitotomi öyküsü olduğu tespit edildi. Hastaların 4 'ünde (%13,3) giriş hattının dilatasyonu için balon dilatatör, 26 'sında (%87,7) amplatz dilatatör kullanıldı. Hastaların 6 'sında (%20) interkostal, 24 'ünde (%80) subkostal giriş uygulandı. Postoperatif değerlendirmede 5 (%16,7) hastada rezidü taş nedeniyle nefrostomi çekilmesi sonrası uzamış drenaja bağlı Clavien–Dindo Grade 3A komplikasyon geliştiği saptanmış olup diğer hastalarda rezidü taş ve komplikasyon gözlenmedi. Soliter böbrekli hastalarda perkütan nefrolitotomi öncesi ve sonrası ölçülen glomerüler filtrasyon hız farkı 10,9 ± 14,6 ml/dk/1,73m2, diğer grupta ise 9,4 ± 12,5 ml/dk/1,73m2 olarak saptandı ve anlamlı farklılık gözlenmedi (p=0,713) (Tablo 1). Soliter böbrekli hastalarda yapılan değerlendirmede glomerüler filtrasyon hız farkı ile hastaların yaşları arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (rho:-0,608; p=0,001). Glomerüler filtrasyon hız farkı üzerinde kilo, vücut kitle indeksi, taş boyutu, operasyon süresi, giriş traktı uzunluğu, nefrostomili takip süresi, CROES skoru, STONE skoru ve GUY skoru arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

SONUÇ

Soliter böbrekli hastalarda perkütan nefrolitotomi uygulamaları böbrek fonksiyon değerlerinde bir miktar düşüşe neden olsa da diğer hastalar ile karşılaştırıldığında bu fonksiyon kaybının benzer olduğu gözlenmiştir. Ancak soliter böbrekli hastalarda böbrek fonksiyonlarının rezervi oldukça önem arz etmektedir. Yaş ile GFR arasında saptanan anlamlı korelasyondan yola çıkarak ileri yaşlı hastalarda rezervi korumak adına perkütan nefrolitotomi uygulamaları yerine retrograd intrarenal girişimler ön planda düşünülebilir.

-	_	Yaş	VKİ	Taş Boyutu	STONE Skoru	CROES Skoru	GUY Skoru
GFR Farkı	Rho	0,608	-0,009	0,154	0,142	-0,322	0,197
-	p	0,001	0,961	0,417	0,455	0,083	0,296

Soliter böbrekli hastalarda preoperatif ve postoperatif glomerüler filtrasyon hızına etki eden faktörler

Tablo 2: Soliter böbrekli hastalar ile diğer hastaların karşılaştırmalı verileri

	Soliter Böbrek (n=30) (Ort±SD)	**Diğer (n=832) (Ort±SD)**	**p Değeri**
Yaş	53,9 ± 11,4	45,4 ± 18,2	*0,008*
Cinsiyet (%)			*0,261*
Erkek	21 (%70)	492 (%59,1)	
Kadın	9 (%30)	340 (%40,9)	
Vücut Kitle İndeksi	26,2 ± 4,1	25,6 ± 5,4	*0,626*
ESWL Öyküsü (%)			*0,002*
Yok	29 (%96,7)	613 (%73,7)	
Var	1 (%3,3)	219 (%26,3)	
Taş Boyutu (mm)	21,5 ± 7,1	21,2 ± 8,9	*0,500*
Hounsfield Ünitesi	862,9 ± 331,3	905,9 ± 290,9	*0,529*
GUY Skoru (%)			*0,318*
1	8 (%26,7)	308 (%37,1)	
2	14 (%46,7)	289 (%34,7)	
3	5 (%16,6)	95 (%11,4)	
4	3 (%10)	140 (%16,8)	
CROES skoru	159,3 ± 49,8	164,7 ± 49,6	*0,494*
STONE skoru	9,5 ± 2,1	8,9 ± 2,0	*0,183*
Preop Kreatinin	1,25 ± 0,51	0,84 ± 0,52	*0,001*
Preop GFR	64 ± 26,5	91,1 ± 22,8	*0,001*
Access Lokasyonu			*0,104*
Alt Kaliks	17 (%56,7)	541 (%65)	
Orta Kaliks	11 (%36,7)	256 (%30,8)	
Üst Kaliks	1 (%3,3)	32 (%3,8)	
Çoklu Giriş	1 (%3,3)	3 (%0,4)	
Postop Kreatinin	1,39 ± 0,46	0,91 ± 0,35	*0,001*
Postop GFR	53,1 ± 17,8	81,7 ± 22,4	*0,001*
Operasyon Sonrası GFR Farkı	10,9 ± 14,6	9,4 ± 12,5	*0,713*
Nefrostomi Süresi	3,37 ± 1,75	2,7 ± 1,4	*0,058*

SB-71

BÖBREK PARANKİM KALINLIĞI PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ İÇİN KANAMA RİSKİNİ ARTIRIR MI?

MUAMMER BOZKURT(1) GÖKHAN ÇEKER(1)

1. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Perkütan nefrolitotomi (PNL) sırasındaki kanama ile böbrek parankim kalınlığı arasındaki ilişkiyi araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022- Haziran 2022 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'nde PNL yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların ameliyat öncesi Bilgisayarlı Tomografi (BT) görüntülemesinde böbrek parankim kalınlıkları ölçüldü. Böbrek parankim kalınlığına göre 2 gruba ayrıldı (parankim kalınlığı <2 cm'den küçük ve parankim kalınlığı >2 cm'den büyük). Birden fazla akses yapılan hastalar, daha önceden PNL hikayesi olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Preoperatif (Yaş, cinsiyet, hemogram (Hb), taş boyutu, taşın tarafı, taş yoğunluğu (HÜ)) ve postoperatif Hb dataları hasta dosyasından alınarak incelendi.

BULGULAR

Çalışmamıza 71 hasta dahil edildi. 30 hastanın parankim kalınlığı 2 cm'den küçüktü, 41 hastanın ise parankim kalınlığı 2 cm'den büyüktü. Her iki grup taraf ve cinsiyet dağılımı, yaş, taş boyutu ve taş yoğunluğu ortalama değerleri benzerdi. Hb değişimi (postoperatif Hb-preoperatif Hb), preoperatif ve postoperatif Hb değerleri arasında her iki grupta istatistiksel olarak fark bulunmadı (sırasıyla, p=0.23, p=0.67 ve p=0.56).

SONUÇ

Böbrek parankim kalınlığı ile PNL sırasındaki kanama arasında istatiksel bir ilişki saptamadık.

-	Parankim kalınlığı < 2cm (n=30)	Parankim kalınlığı>2 cm (n=41)	p
Yaş (ortalama±SD)	47.67±16.27	47.21±13.37	0.92
Cinsiyet (E/K)	12/18	15/26	0.77
Taraf (Sağ/Sol)	13/17	17/24	0.88
Preoperatif Hb (ortalama±SD	13.87±1.78	14.01±1.91	0.67
Postoperatif Hb (ortalama±SD)	12.92±1.78	12.67±1.68	0.56
Hb değişimi (Delta Hb) (ortalama±SD)	1.06±0.97	1.30±0.93	0.23
Taş yoğunluğu (HÜ) (ortalama±SD)	930.22±346.11	1089.10±412.03	0.18
Taş boyutu (mm) (ortalama±SD)	21.43±5.78	20.37±4.85	0.50

SB-72

PEDİATRİK HASTALARDA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

VOLKAN ŞEN(1) SEYİT HALİL BATUHAN YILMAZ(1) SÜMEYYE TERZİ(1) AYKUT KEFİ(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir

AMAÇ

Pediatrik hasta grubunda perkütan nefrolitotomi başarısını etkileyen faktörleri değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi üroloji kliniğinde Ocak 2010 ve Haziran 2022 tarihleri arasında perkütan nefrolitotomi yapılan 18 yaşından küçük olan hastalar dahil edildi. Preoperatif nefrostomi kateteri takılan, eş zamanlı bilateral perkütan nefrolitotomi yapılan ve preoperatif bilgisayarlı tomografisi, tam idrar tetkiki, idrar kültürü, kreatinin değeri, tam kan sayımı olmayan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Hastaların demografik verileri, taşın tarafı, boyutu, alanı, miktarı, yoğunluğu, lokalizasyonu, cilt taş mesafesi, hidronefroz, opasite gibi radyolojik parametreler ve tam kan sayımı, kreatinin değeri, tam idrar tetkiki ve idrar kültürü gibi laboratuvar parametreleri kaydedildi. Operasyon sonrası rezidü taş durumu peroperatif floroskopi ya da postoperatif direkt üriner sistem grafisi ve radyolüsen taşlar için kontrastsız bilgisayarlı tomografi ile değerlendirildi. Perkütan nefrolitotomi sonrası tam taşsızlık sağlanan hastaların operasyonu başarılı; rezidü taş kalan hastaların operasyonu başarısız olarak kabul edildi. Operasyonu başarılı olan ve başarısız olan grupların preoperatif, peroperatif ve postoperatif verileri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan toplamda 78 hasta dahil edildi. Hastaların 34 (43.6%)'ü kadın, 44 (56.4%)'ü erkekti. Tüm hastalar değerlendirildiğinde operasyon başarısı %82 olarak hesaplandı. Operasyon başarı olan grup ile başarısız olan grup karşılaştırıldığında taş miktarı arttıkça operasyon başarısının anlamlı olarak düştüğü (87.2 vs 77.7 vs 40, p=0.027); üst pol taşları ve staghorn tipi taşlarda da başarı oranlarının anlamlı olarak düşük olduğu gözlendi (Tablo 1). Operasyon başarısız olan grupta taş boyutu ve taş alanının anlamlı olarak daha büyük olduğu saptandı (12.9 mm vs 19.1mm, p=0.026; 65.4 mm2 vs 136.3 mm2, p= 0.006) (Tablo 1). Multivariate analizde sadece preoperatif taş boyutu operasyon başarısını etkileyen bağımsız risk faktörü olarak saptandı (OR: 0.884; %95 [GA]: 0.805-0.972; p=0.011).

Hastaların peroperatif verileri karşılaştırıldığında ise amplatz dilatatör ve lazer litotriptör kullanılanlarda operasyon başarısı anlamlı olarak daha yüksekti ve operasyon başarısız olan grupta operasyon süresi ve skopi süresi anlamlı olarak daha fazla saptandı (Tablo 1).

SONUÇ

Perkütan nefrolitotomi pediatrik hastalardaki böbrek taşlarında yu¨ksek başarı oranıyla uygulanabilecek bir tedavi yöntemidir. Çalışmamızda taş boyutunun operasyon başarısını etkileyen bağımsız risk faktörü olduğu saptandı; taş boyutu büyük olan hastalar preoperatif dönemde rezidü taş kalma olasılığının daha fazla olabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

	Operasyon başarılı (n:64)	Operasyon başarısız (n:14)	p
Taş miktarı (n, %)			
Tek	48 (87.2)	7 (12.8)	
Birden çok	14 (77.7)	4 (22.3)	0.027
Staghorn	2 (40)	3 (60)	
Taş lokalizasyonu (n, %)			
Üst pol	1 (33.3)	2 (66.7)	
Renal pelvis	39 (86.6)	6 (13.4)	
Alt pol	9 (100)	0 (0)	0.017
Proksimal ureter	1 (100)	0 (0)	
Staghorn	2 (40)	3 (60)	
Parsiyel staghorn	12 (80)	3 (20)	
Dilatator tipi (n, %)			
Amplatz	59 (89.3)	7 (10.7)	<0.05
Balon	5 (41.6)	7 (58.4)	
Litotriptör tipi (n, %)			
Pnömotik	1 (33.3)	2 (66.7)	
Ultrasonik	7 (70)	3 (30)	0.016
Lazer	54 (88.5)	7 (11.5)	
Kombine	2 (50)	2 (50)	
Kan transfüzyonu (n, %)			
Yok	64 (83.1)	13 (16.9)	0.031
Var	0 (0)	1 (100)	
Taş boyutu (median, min-max)	12,9 (7-30)	19.1 (6-40)	0.026
Taş alanı (median, min-max)	65,48 (18-330)	136.36 (10-418)	0.006
Operasyon süresi (dk) (median, min-max)	81 (30-150)	127 (60-240)	<0.05
Skopi süresi (median, min-max)	56 (10-600)	91 (10-180)	0.006
Yatış süresi (median, min-max)	3,4 (2-6)	5 (3-11)	0.021

SB-73

SPİNAL KORD YARALANMALI HASTALARIN MESANE TAŞLARI TEDAVİ SONUÇLARI

AHMET ÖNDER ÖRS(1) HASRET TOPAÇ(2) ENDER ORAL(3) KORAY ERTEN(4)

1. Marmaris Devlet Hastanesi, Muğla
2. Milli Savunma Üniversitesi Hava Harp Okulu, İstanbul
3. Milli Savunma Bakanlığı, Ankara
4. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Ankara

AMAÇ
Üriner sistem taşlarının %5 ini oluşturan mesane taşları, alt üriner sistem obstrüksiyonu, tekrarlayan enfeksiyon ve nörojen mesane disfonksiyonuna bağlı oluşur. Spinal kord yaralanmasına(SKY) bağlı nörojen mesane tanılı hastalarda mesane taşı olgularını değerlendirdik

GEREÇ-YÖNTEM
2013-2015 yılları arasında mesane taşı saptanan SKY'lı 38 hasta(21-67 yaş aralığı) çalışmaya dahil edildi

BULGULAR
. 24 (%63) hastada mesane taşı 1-2,5 cm arasında, 10 (%26) hastada 2,5-4 cm arasında, 4 (%11) hastada cm üzerinde idi. 8 hastada multipl taş mevcuttu. 3(%8) hastaya Sistolitotomi operasyonu uygulandı(1 hastaya üretra darlığı nedeni ile, 2 hastaya taş boyutunun 5 cm'den büyük olması nedeni ile), 18(%47) hastanın taşları mekanik litotriptör ile, 17(%45) hastanın taşları pnömotik litotripsi +mekanik litotriptör ile kırıldı. Ellik ile irrige edilerek veya basket kateter ile taşlar alındı.

SONUÇ
SKY bağlı nörojen mesaneli hastalarda gelişen mesane rehabilitasyonu uygulamaları ile üriner sistemin korunması ve komplikasyon oranlarının azalması sağlanmıştır. Takiplerin düzenli yapılmaması, oluşan enfeksiyonlar, mesanede oluşan rezidüel idrar gibi etkenlerle mesane taşı oluşumu riski artmaktadır. SKY sonrasında mesane taşı gibi komplikasyon gelişmesi riskinden dolayı periyodik üriner sistem takibinin önemi unutulmamalıdır

SB-74

MİKROSKOBİK HEMATÜRİ: MODERN LABORATUVAR ÇAĞINDA KLASİK BİR TANIMLAMA

HİKMET KÖSEOĞLU(1) SEMİH AKTAŞ (1) TAHA BURAK BULUT(1) BÜLENT MANSUROĞLU(1)

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Klasik olarak =>3 RBC/hpf olarak tanımlanan mikroskobik hematürinin otomatik sistemlerde ölçülen değerinin malign patolojiyi belirlemedeki tanısal değerini yeniden değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2017-2020 yılları arasında mikroskobik hematüri nedeniyle tanısal sistoskopi yapılan hastaları retrospektif olarak inceledik. Tüm idrar analizleri otomatik sistem (dipstick ve mikroskopi) aracılığıyla yapıldı. Tüm olgular sigara içicisiydi ve hepsine ultrasonografik görüntüleme yapılmıştı. Dışlama kriterleri; mesane kanseri, interstisyel sistit, ürolitiyazis, son bir yıl içinde endoürolojik cerrahi öyküsü, üriner sistem enfeksiyonu veya görüntülemede herhangi bir lezyon saptanan hastalar olarak belirlendi. Malignite tespit edilen olgular ve benign olgular arasında ölçülen hematüri düzeyleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

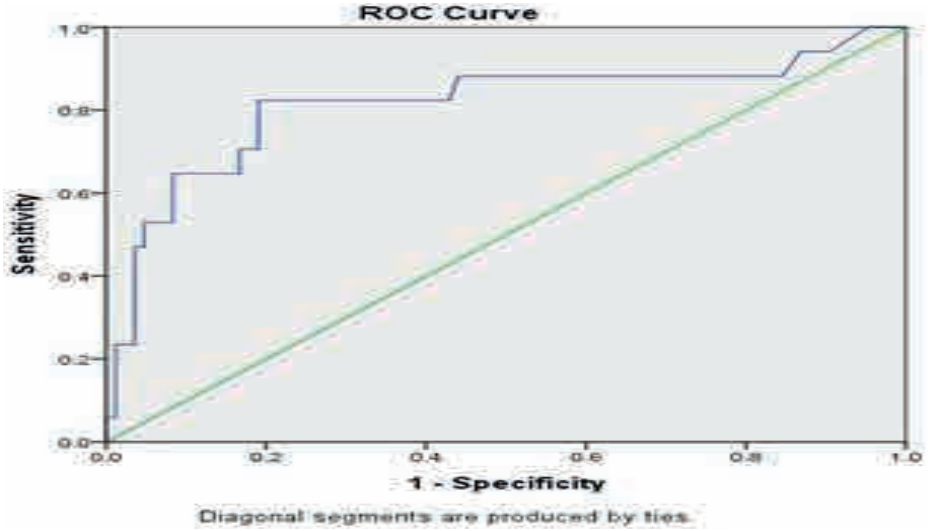
Toplam 101 hasta çalışmaya dâhil edildi. Yaş ortalaması 53.06±11.56 idi. %37'si kadındı ve kadınların yaş ortalaması erkeklere göre daha düşüktü (48.00±10.89'a karşılık 55.98±10.98). Olguların %17'sinde sistoskopide lezyon saptandı ve endoskopik olarak rezeke edildi. Lezyon olmaması durumunda idrar sitolojileri örneklendi. RBC/hpf dağılımı homojen değildi (3-10518 RBC/hpf). Dipstick'lerin ortalama ve medyan RBC/hpf değerleri RBC+ için 8.93±3.78 (24.61), RBC++ için 22.08±12.30 (52.77) ve RBC+++ için 763.56±1993.63 (78.08) idi. Sitolojilerin %1'inde atipi vardı. Lezyon saptanan hastaların %23'ünde benign patoloji vardı. Geri kalan %77'inde (kohortun %13'ü) üretelyal karsinom vardı. Bu olguların %54'ünde yüksek dereceli ürotelyal karsinom, %54'ünde pTa, %31'inde pT1 ve %15'inde pT2 vardı. pT2'li hastaların biri hariç hepsi erkekti. T evreleri veya histolojik dereceler arasında ölçülen RBC/hpf seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı değildi. Lezyon mevcut olan olgular ile olmayan olgular arasında ölçülen medyan RBC/hpf seviyeleri sırasıyla 77.38'e karşı 45.66 idi (p=0.001). ROC analizinde eğri altında kalan alan 0,814 p=0,001 (%95 GA 0,677-0,952) idi. Ancak, kestirim değeri düşük olarak ayarlandığında tanı değeri düşüktü ve 35-40 RBC/hpf arasında ayarlandığında uygun değer olduğu gözlendi.

SONUÇ

Ürotelyal karsinomun tanısında gereksiz sistoskopileri azaltmak için otomatik sistemlerde bulunan mikroskobik hematürinin kestirim değerinin yeniden tanımlanmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Eşit veya büyükse Pozitif	Sensitivite	Spesifite
3.50	1.000	.952
6.50	.882	.845
35.50	.824	.214
37.50	.824	.202
40.50	.824	.190
42.50	.706	.190

Sensitivite ve Spesifisite Tablosu



SB-75

PSÖDOTESTİKÜLER TORSİYON: İNGUİNAL KOMPARTMAN SENDROMU OLGUSU

MEVLÜT KELEŞ(1) ERDAL BENLİ(1) ABDULLAH ÇIRAKOĞLU(1) İBRAHİM YAZICI(1)

1. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ordu

AMAÇ

Akut skrotum inguino-skrotal bölgede ani başlayan kızarıklık, ağrı, şişlik gelişmesiyle başlayan tüm yaş grubunda görülebilen acil durum olarak tanımlanır. En sık ve en önemli nedenleri, testis torsiyonu, apendiks testis/epididim torsiyonu, orşit ve epididimit olarak sıralayabiliriz. Daha nadir olarak da kompartman sendromuna bağlı kord basısı ve fournier gangreni görülebilir. Bu yazıdaki amacımız torsiyon şüphesiyle yapılan operasyonda geçirdiği inguinal herni operasyonu sonucu gelişen kord boğulması komplikasyonuna dikkat çekmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

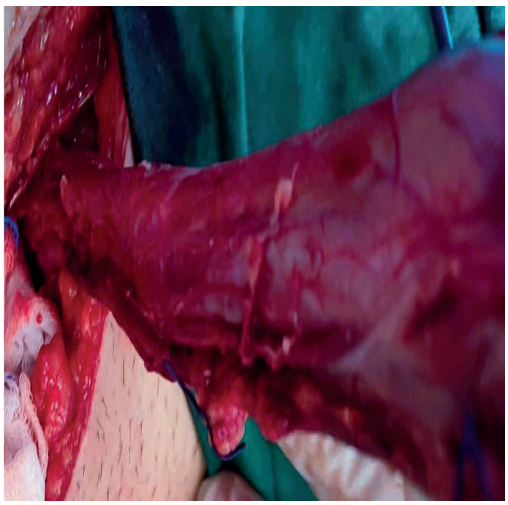
20 yaşında erkek hasta acil servise sağ testiste şiddetli ağrı şikayeti ile geldi. Hasta şikayetinin 2 gün önce başlayip ve son 24 saattir şiddetinin arttığını belirtti. Hasta acilde serviste saat 16.00'da görüldü. Öyküsünde 4 gün önce sağ taraf kasık fıtığından opere olduğunu belirtti. Fizik muayenesinde sol testis doğal, hassasiyet ve şişlik yoktu. Sağ testis sert, hassas, ödemli ve morarmış izlendi. Sağ inguinal bölgede oblik insizyon izlendi. Skrotumun doppler ultrasonagrafisinde sol testit boyut ve parankimi doğal izlenmişti. Sağ testiste ise vaskülarizasyon izlenmemişti. Ayrıca inguinal kanal distalinde arter ve ven dolumu normal olarak değerlendirildi. WBC:14 bin, CRP:19 mg/dl ölçüldü. Hastada öncelikle geçirdiği operasyona sekonder kord basısı düşünüldü. Hastaya acil cerrahi ekplorasyon/ detorsiyon/ orşioektomi önerildi.

BULGULAR

Onamları alındıktan sonra ilk opere eden genel cerrah ile beraber operasyona alındı. Önce sağ inguinal bölgedeki prolen sutur bistüri ile açıldı. Cilt altı dokular keskin diseksiyonla açıldı. İnguinal herni onarımında konulan suturler açıldı. Kordda kompartman sendromu düşündüren ödemli görünüm mevcuttu. Testis ödemli ve sert izlendi. Sıcak komprese alındı. Kordu boğan tüm herniografi sutürleri ve mesh serbestlenince testis kıvamının yumuşadığı, testis dokusunun ekimotik renginin düzeldiği gözlendi. İşlem sonlandırıldı. Post op takiplerinde yara yeri bakımı, soğuk uygulama ve geniş spektrumlu antibiyoterapi ile 2. Gün dreni çekildi. Post op WBC:8 bin CRP:9 mg/dl izlendi. Hasta şifaa ile taburcu edildi.

SONUÇ

Herni operasyonunda inguinal fasyayı sıkı kapatmaktan kaynaklı gelişen ödeme bağlı, meshi sabitlerken kordun sıkışmasına bağlı ve iatrojenik sebeplere bağlı olarak kord basısı olabilir. Kord basısı sonucunda hem artyeryal kan akımının azalmasıyle iskemi hem de venöz kan akımının engellenmesiyle konjesyon gelişip testis torsiyonu ile aynı klinik görülür. İnguinal bölge operasyonlarından sonra hastaların bilgilendirilmesi oldukça mühim olup en kısa sürede hekime başvurmaları gerekmektedir. Bu hastada tesis kan akımının sağlanması için geçen süre 48 saat olduğu için organ kaybı ile sonuçlanabilirdi.



SB-76

SİSTOSKOPİ SONRASI GELİŞEN NADİR KOMPLİKASYON: MESANE RÜPTÜRÜ

AHMET ANIL ACET(1) ERDAL BENLİ(1) ABDULLAH ÇIRAKOĞLU(1) MEVLÜT KELEŞ(1) İBRAHİM YAZICI(1) NURULLAH KADİM(1)

1. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ordu

AMAÇ

Sistoskopik işlemler üroloji pratiğinde sıklıkla kullanılan tanısal işlemlerdir. Ofis koşullarında lokal anestezi altında bile rahatlıkla uygulanabilir. Potansiyel olarak önemli komplikasyonları barındırdığı akılda olmalıdır. Bu yazının amacı sistoskopi sonrası gelişen nadir mesane rüptürü vakasını sunmak ve bu konuya dikkat çekmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

61 yaş H.M. isimli erkek hasta inkontinans ve idrar yaparken zorlanma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hastanın ilk değerlendirmesinde üretral darlık ve inkontinans düşünüldü. Hastanın özgeçmişinde açık prostatektomi, TUR-P, iki kez internal üretrotomi işlemi yapıldığı öğrenildi. Ek hastalıkları arasında KOAH ve hipertansiyon vardı. Laboratuvar değerlerinde önemli patoloji izlenmedi (Kreatinin 0,8; PSA: 0,02). Üroflowmetri grafisinde (Qave/Qmax/ Volüm: 7/4,6/213ml) plato (darlık) paterni izlendi. PVR:71 cc, IPSS: 22-5, AAM: 24, SHIM:11. Çekilen üretrografisinde anterior üretra doğal izlendi, prostatik üretrada ise darlık tespit edildi. Bunun üzerine hastaya endoskopi planlandı.

BULGULAR

Gerekli bilgilendirme yapıldıktan sonra yazılı onam alındı. Spinal anestezi altında yapılan sistoskopisinde membranoz üretrada 2, mesane boynunda 1 adet fibrotik bant şeklinde darlık izlendi. İnternal üretrotomi yapıldı. Mesaneye ulaşıldığında posterior ve superior duvarda 1.5 cm çapında tam kat perforasyon izlendi. Bunun üzerine işlem sonlandırıldı, yapılan batın muayenesi normaldi. Skopi altında sistogram çekildi, kontrastın intraperitoneal bölgeye sızdığı tespit edildi. Bunun üzerine açık cerrahi ile primer mesane rüptürü onarımı yapıldı. Hasta postoperatif sorunsuz olarak takip edildi, 3. Gün taburcu edildi. Sondası 7. Gün alındı.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda sistoskopi gibi basit işlemlerin bile ciddi komplikasyonlarla ilişkili olabileceği sonucuna ulaşıldı. Hiçbir cerrahi işlem basite alınmadan, hasta ve yakınlarının yapılan işlem hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz. Girişimsel tüm işlemlerde öncesinde riskleri ve komplikasyonları hasta ve yakınına anlatmak, işlem sonrasındaki yaşanabilecek problemleri oldukça azaltır. İşlemin komplikasyonlarını öngörmek ve bunları yönetebilmek biz hekimler için çok önemlidir.

SB-77

NADİR OLARAK GÖRÜLEN HEMATÜRİ SEBEBİ ÜRETERAL FİBROEPİTELYAL POLİP: OLGU SUNUMU

UMUT ÜNAL(1) HÜSEYİN SALİH KINA(1) FERHAT ORTOĞLU(1) KEREMHAN GÖZÜKARA(1) ERGÜN ALMA(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

AMAÇ

Üreteral fibroepitelyal polipler nadirdir ve tüm üreter tümörlerinin yaklaşık %2-6'sını oluşturur. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve retrograd pyelografi ile teşhis edilebilirler; ancak tanı zor olabilir. Karakteristik endoskopik görüntüleri tanı konulmasını nispeten kolaylaştırır. Bu klinik vaka raporu, endoskopik rezeksiyon ile tedavi edilen bir fibroepitelyal üreteral polip vakasını vurgulamayı amaçlamıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

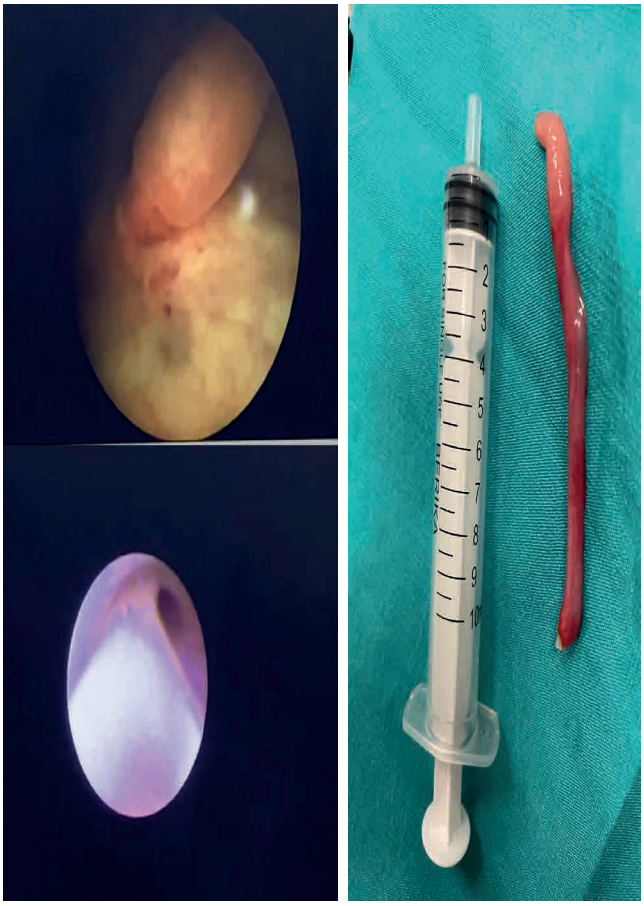
41 yaşındaki kadın hasta Mart 2022'de kliniğimize gross hematüri ile başvurdu. Hastanın anamnez, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntülemeleri, tedavisi ve klinik seyri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Hasta kliniğimize makroskobik hematüri ve sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hipertansiyon tanısı olan hastanın herhangi bir antikoagülan ilaç kullanımı öyküsü yoktu. Özgeçmişinde üreter taşı nedenli üreterorenoskopi (URS) öyküsü vardı. Yapılan fizik muayenesinde sağ kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Tam idrar tahlilinde bol eritrosit mevcuttu. Kan laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin:13,6, trombosit: 180000, kreatin:0,6, INR: 1,2 idi. Çekilen bilgisayarlı tomografi (BT) ürografide herhangi bir patoloji saptanmadı. Bunun üzerine genel anestezi altında sistoskopi planlandı. Sistoskopisinde sağ üreter orifisinden protrüde kitle tespit edilmesi üzerine URS ile sağ üretere girildi. Orta üreterde sapı olan yaklaşık 8 santimetrelik belirgin damarlanması olan, ağırlıklı olarak fibröz ve pürüzsüz bir yüzeye sahip olan polipoid kitle görüldü. Polipoid kitle lazer ile sap kısmından eksize edildi. Tabanı koagüle edildi. Double J stent takılıp işlem sonlandırıldı. Eksize edilen kitlenin histopatolojik incelemesinde fibroepitelyal üreteral polip saptandı. Hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Postoperatif birinci ayda üreteral double J stent çekilip tanısal URS yapıldı. Hastanın takiplerinde herhangi şikayeti olmadı. Postoperatif altıncı ayda kontrol görüntülemeleri ve idrar tahlili normaldi.

SONUÇ

Üreteral fibroepitelyal polip BT'sinde tipik dolum defekti olan, endoskopik bakıda papiller tümörlerden farklı olarak tipik pürüzsüz görünümü olan hastalarda akla getirilmelidir. Tedavisi veya postoperatif takibi için yerleşik bir yöntemi olmayan nadir bir hastalıktır. Görüntüleme çalışmalarını kullanarak tanı koymak genellikle zor olsada, endoskopik rezeksiyon standart tedavidir, ancak endoskopik olarak tedavisi zor olan durumlarda parsiyel üreter rezeksiyonu ve üreter rekonstrüksiyonu gerekebilir.



SB-78

CHECK-UP İÇİN BAŞVURAN HASTALARIN PSA DAĞILIMLARI

OĞUZHAN KAHRAMAN(1) ERMAN CEYHAN(1)

1. Başkent Üniversitesi Konya Uygulama ve Araştırma Merkezi, Konya

AMAÇ

Check-up için başvuran hastalarda prostat spesifik antijen (PSA) değerlerinin, yaş, prostat hacmi, alt üriner sistem semptomları ve biyopsi sonuçları ile ilişkisini değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Kurumumuzda check-up hizmeti verilmeye başlandığı Kasım 2012'den Ocak 2022'ye kadar olan hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Yaş, PSA düzeyi, idrar analizi, ultrasonografi, hikaye ve muayene bulguları ve yapıldı ise prostat biyopsisi sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR

654 hastanın tüm verilerine ulaşıldı. Hastaların ortanca yaşı 44 (min-maks 18- 90) idi. Tüm hastaların PSA ortancası 0.764 (min-maks 0.146-17.414) ng/mL olarak hesapladı. Daha önceden benign prostat hiperplazisi (BPH) tanısı olmayan 625 hastanın PSA ortancası 0.749 (min-maks 0.146-17.414) ng/mL idi. Alt üriner sistem semptomu (AÜSS), BPH hikayesi ve pyürisi olmayan 522 hastanın PSA ortancası 0.732 (min-maks 0.148-11.044) ng/mL idi. 8 hastaya PSA yüksekliği nedeni ile biyopsi yapıldı ve 5 hastada prostat kanseri (Gleason 3+3=6) teşhis edildi. BPH hikayesi, AÜSS ve pyürisi olmayan hastaların yaşa göre PSA değerlerinin Tablo-1'de ortanca değerleri, 5. ve 95. persentil değerleri verilmiştir. Yaşa göre PSA değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı olarak farklı olduğu görüldü ($p<0.001$). Ultrasonografide, prostat hacmi normal olarak değerlendirilen 471 hastanın PSA ortanca değeri 0.690 (min-maks 1.148-7.973) ng/mL iken, büyük olarak değerlendirilen 51 hastanın ortanca PSA değeri 1.185 (min-maks 0.227-11.044) ng/mL hesaplanmıştır. Prostat hacmine göre PSA değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$). BPH hikayesi ve pyürisi olmayan hastaların, AÜSS varlığı ve PSA ortanca değerleri her yaş grubu için değerlendirildiğinde, AÜSS varlığı ve PSA ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi. Prostat biyopsisi yapılan hastaların ortalama yaşı 66±9.103, ortanca PSA değeri 6.134 (min-maks 3.881- 17.414) idi. Biyopsi sonucu benign gelen hastaların ortanca PSA değeri 4.669 (min-maks 4.366-11.044) iken malign çıkan hastalarda ise 6.456 (min- maks 3.881- 17.414) ng/mL idi. Biyopsi sonucu benign ve malign çıkan hastaların PSA değerleri ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki izlenmedi ($p=1.000$).

SONUÇ

Ülkemizde PSA normal değerleri ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Check-up için başvuran AÜSS ve enfeksiyon bulgusu olmayan hastalarda PSA değerlerinin yaş ve prostat hacmi ile arttığı görülmüştür. 95. persentil değerlerinin kullanılması biyopsi kararı alırken klinisyene yardımcı olabilecektir.

Tablo 1: Alt üriner sistem semptomu ve pyürisi olmayan hastaların yaşa göre PSA değerleri

Yaş (yıl) (n=522)	Yaşa göre normal PSA (ng/mL)*	Ortanca PSA değeri (min-maks) (ng/mL)	5. persentil PSA (ng/mL)	95. persentil PSA (ng/mL)
<40 (223)	-	0.610 (0.148-6.536)	0.223	1.674
40-49 (164)	<2.5	0.769 (0.156-7.495)	0.330	2.110
50-59 (91)	<3.5	0.956 (0.277-11.044)	0.320	3.111
60-69 (32)	<4.5	0.989 (0.237-5.812)	0.292	3.881
>70 (12)	<6.5	1.504 (0.549-4.232)	0.549	4.232

SB-79

TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONU SONRASI ÜRETRA DARLIĞI OLUŞUMUNDA ETKİLİ FAKTÖRLER

EMRULLAH DURMUŞ(1) FESİH OK(1)

1. Siirt Devlet Hastanesi, Siirt

AMAÇ
Transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) cerrahisi sonrası üretral darlık oluşumu ile ilişkili faktörleri belirlemek

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde benign prostat hiperplazisi (BPH) nedeniyle TUR-P ameliyatı yapılan üç yüz bir hasta geriye dönük olarak incelendi. TUR-P sonrası üretra darlığı oluşumuna göre hastalar Grup-1 ve Grup-2 olarak iki gruba ayrıldı. Hastalar demografik ve perioperatif veriler açısından karşılaştırıldı

BULGULAR
Hastaların 21'inde (%6,97) üretra darlığı görülürken, 280'inde (%93,03) görülmedi. İki grup arasında yaş (p=0.913), rezektoskop çapı (p=0.932), enerji kaynağı tipi (p=0.642), enerji kaynağı gücü (p=0.838), üretral kateter tipi (p=0.776), üretral kateter çapı (0.973), üretral kateter kalma süresi (0.797) ve üretral kateter traksiyonu (0.887) açısından anlamlı fark yoktu. Üretra darlığı olan hastalarda rezeksiyon süresi anlamlı olarak daha yüksekti (53.1±10.8 dk ve 42.2±9.7 dk, p<0.001). Üretra darlığı olan hastalarda preoperatif idrar yolu enfeksiyonu (İYE) oranı anlamlı olarak daha yüksekti. (%76.2'ye karşı %40.0, p=0.001). TUR-P'den sonra üretra darlığı riski ile ilişkili rezeksiyon süresi için optimum eşik değeri, AUC 0.812 (%95 CI 0.738-0.885) ile 38.5 dakika idi.

SONUÇ
Uzamış rezeksiyon süresi ve tedavi edilmiş olsa bile preoperatif İYE, TUR-P cerrahisi sonrası üretra darlığı riskini artırabilir. Rezeksiyon süresi çok uzun tutulmazsa, hastalar üretra darlığı gelişmesinden daha fazla korunacaktır.

Tablo 2: Üretra darlığı ve per-operatif parametreler arasındaki Spearman korelasyon analizi

-	Rho değeri	P değeri
Yaş	0.001	0.987
Reseksiyon süresi	0.297	<0.001
Resektoskop çapı	0.005	0.932
Enerji kaynağı tipi	0.005	0.642
Enerji kaynağı gücü	0.012	0.839
Üretral kateter tipi	-0.017	0.767
Üretral kateter çapı	0.001	0.981
Üretral kateter süresi	0.045	0.434
Üretral kateter traksiyon	-0.008	0.887
Preoperatif İYE	0.186	0.001

SB-80

60 YAŞ ALTINDA BİPOLAR TURP VE MONOPOLAR TURP YAPILAN HASTALARIN POSTOPERATİF EREKTİL FONKSİYONLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

EMİN TAHA KESKİN(1) GÖKHAN ÇEKER(1)

1. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

BPH dünyada en yaygın görülen hastalıklardan biridir. Özellikle yaşlanma ile BPH görülme sıklığı artsa da 60 yaş altı erkek hastalarda da saptanabilmektedir. Günümüzde TURP(Transurethral resection of Prostate) BPH cerrahisinde altın standart yöntemdir. Çalışmamızdaki amaç Bipolar TURP ve Monopolar TURP yöntemlerinin erektil fonksiyon üzerine etkisini karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Ocak ile Aralık 2021 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesinde BPH nedeniyle TURP yapılan 60 yaş altı 40 hasta dahil edildi. Hastalar Monopolar TURP ve Bipolar TURP olmak üzere 20 kişilik 2 gruba ayrılarak incelendi. Hasta verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların Preoperatif IIEF, IPSS ve prostat hacimleri ile postoperatif 6. aydaki IIEF ve IPSS skorları incelendi.

BULGULAR

İki grup ayrı ayrı incelendi ve karşılaştırıldı. Ortalama yaş, Preoperatif IPSS, IIEF ve prostat hacimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır($p=0,15$). Her iki grupta da preoperatif ve 6. ay sonuçları karşılaştırıldığında IPSS skorlarında anlamlı düşüş saptanmış olup ($p<0,05$), IIEF skorlarında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır($p=0,23$).

SONUÇ

Bipolar TURP ve Monopolar TURP grupları değerlendirildiğinde preoperaf ve postoperatif 6. ay IIEF skorlarında farklılık saptanmamıştır. Sonuç olarak bu çalışma ile Bipolar TURP ve Monopolar TURP yöntemleri 60 yaş altı hastalarda cinsel fonksiyonlar üzerine anlamlı bir değişiklik yapmadığı gösterildi.

SB-81

ÜROLOJİ KLİNİĞİNDE BEKLENMEDİK HASTA: ERDHEİM CHESTER HASTALIĞI

YUSUF ŞENOĞLU(1) EMRE EDİZ(1) DURSUN BABA(1) ALPASLAN YÜKSEL(1) NECATİ EKİCİ (1)

1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce

AMAÇ

Erdheim Chester Hastalığı ilk kez 1930 yılında Jakob Erdheim ve William Chester tarafından tanımlanmıştır. Sıklıkla retroperitonda olmak üzere histiyositlerin multisistemik proliferasyonu ile seyreden, radyolojik ve histopatolojik olarak birtakım spesifik özelliklere sahip olan, Langerhans hücreli olmayan nadir görülen bir histiyositozdur. Tarafımızca pyelonefrit ön tanısıyla takip edilen, yapılan tetkikleri neticesinde Erdheim Chester Hastalığı tanısı alan vakayı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Yüksek ateş ve yan ağrısı şikayetleriyle dış merkezde piyelonefrit tanısıyla antibiyotik tedavisi almasına rağmen kliniğinde düzelme olmayan 63 yaşında erkek hasta ksantogranülomatöz pyelonefrit ön tanısıyla tarafımıza yönlendirildi. Kronik böbrek yetmezliği, koroner arter hastalığı ve hipertansiyon tanıları mevcuttu. Hastaya 9 yıl önce sağ testiküler kitle nedenli sağ inguinal orşiektomi ve 7 yıl önce sol testiküler kitle nedenli sol inguinal orşiektomi operasyonu yapılmış olup patolojileri ksantogranülomatoz orşit olarak raporlanmıştı. CRP yüksek seyreden hastaya geniş spektrumlu paraenteral uygun antibiyotik tedavisi başlandı.

Kronik yorgunluk, halsizlik ve baş ağrısı mevcuttu, sağ gözde ekzoftalmi ve pitozis izlendi. Bu nedenle beyin ve orbital görüntülemeleri istendi. Hastada sinir kılıfı kökenli retroorbital kitle ve paranazal sinüslerde intrakranial ve ekstraaksiyel yerleşimli multipl lezyonlar tespit edildi. Ön planda granülamatöz vaskülitik hastalıklar düşünüldü. Hasta ksantogranülomatöz pyelonefrit dışlanarak ileri inceleme için romatolojiye sevk edildi.

BULGULAR

Eski orşiektomi patoloji materyalinden yapılan yeni değerlendirme sonrasında CD68(+), CD1a(-), S-100(+),BRAF (+) tespit edilmiş olup hastaya Erdheim Chester hastalığı tanısı konularak prednol tedavisi başlanmış ve hastanın semptomatik tedavi yanıtı olduğu öğrenilmiştir.

SONUÇ

Bu vaka göz önüne alındığında ürolojik semptomları tek başına ele almayıp mevcut başka sistemlerle ilgili şikayetlerle birlikte değerlendirme yapmak doğru olacaktır.

SB-82

ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI OLAN ERKEK HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİNDE MESANE DUVAR KALINLIĞININ YERİ VAR MIDIR?

OZGUR EKICI(1) SONER ÇOBAN(2) ABDULLAH GÜL(2) ERKAN BÜYÜKDEMİRCİ(3) SALİM ZENGİN(2) CAĞLAR BOYACI(2)

1. Nusaybin Devlet Hastanesi, Mardin
2. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa
3. Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Ankara

AMAÇ
Alt üriner sistem semptomları (AÜSS) olan erkek hastalarda mesane duvar kalınlığının (MDK) Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) ve üroflowmetri parametreleri ile ilişkili olup olmadığını araştırmak.

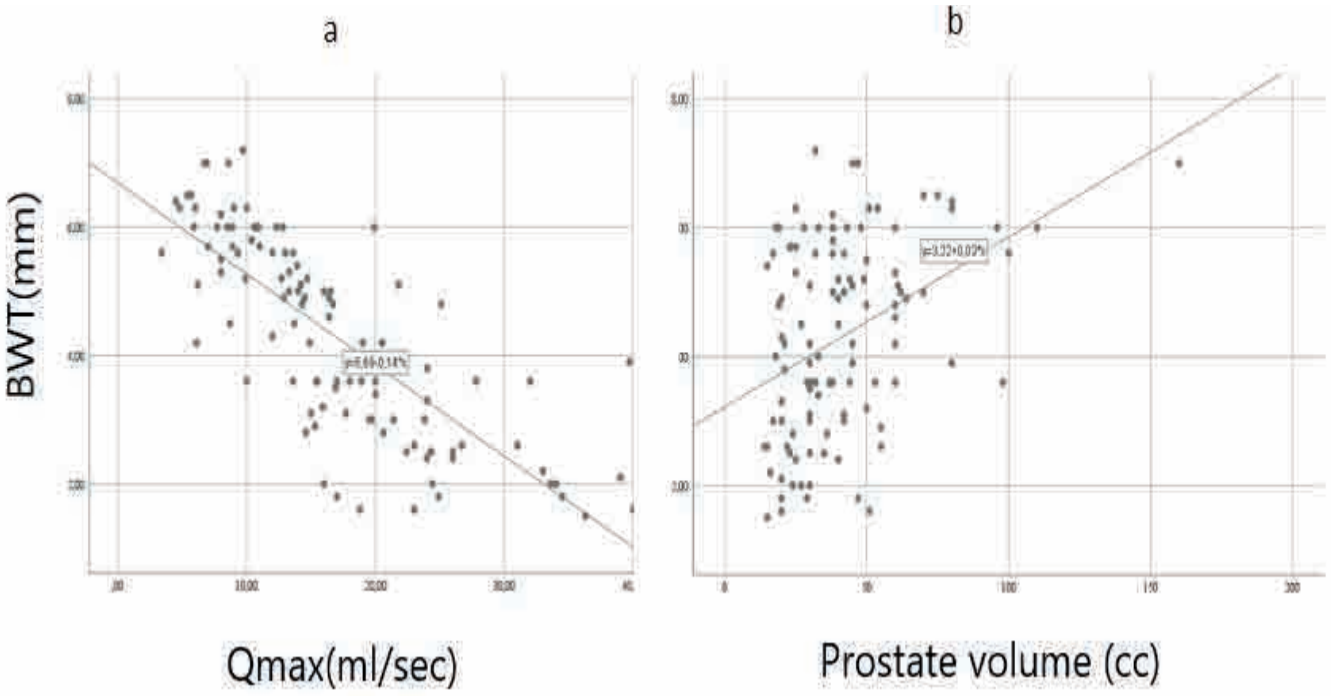
GEREÇ-YÖNTEM
Üroloji polikliniğine Haziran 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında AÜSS ile başvuran erkek hastaların prostat spesifik antijen (PSA), prostat volümü, işeme sonrası rezidü idrar (PVR), IPSS, Maksimum akış hızı (Qmax), Ortalama akış hızı (Qort), üroflowmetri, MDK değerleri ve intravezikal prostatik protrüzyon dereceleri (İPP) kaydedildi. Hastalar MDK açısından 2 gruba ayrıldı (Grup: 1 MDK < 5 mm; Grup 2: MDK ≥ 5 mm). Bu iki grup arasındaki başlangıçta kaydedilen değerler arasındaki fark analiz edildi.

BULGULAR
Dahil edilen 110 hastanın (Grup 1:65, Grup 1:45) ortanca yaşı 56.5(15); ortanca MDK 4.25(3.60) idi. Her iki grup arasında PSA, prostat volümü, üroflow toplam akım miktarı, Qmax, Qort, IPSS ve IPP değerleri istatistiksel anlamlı farklı bulundu. Her iki grup arasında yaş ve PVR değerleri benzer bulunmuştur. Mesane duvar kalınlığı ile IPSS ve Qort değerleri arasında güçlü, Qmax değeri arasında çok güçlü korelasyonel ilişki tespit edilmiştir.

SONUÇ
Mesane duvar kalınlığı, üroloji pratiğinde IPSS ve üroflowmetri değerlerinin tahmini için kullanılabilen basit bir sonografik ölçümdür.

-	MDK< 5mm	MDK ≥ 5mm	_
Yaş (yıl) median(IQR)	55.0(12)	63.0(18)	0.099
PSA (ng/mL) median (IQR)	1.0(1.38)	2.05(3.1)	0.002
Prostat volumü (cc) median (IQR)	30.0(24)	43.5(29)	0.002
Post voiding residual idrar volumü (mL) median (IQR)	30.0(50)	36.0(100)	0.204
Total işenen idrar volumü (mL) median (IQR)	304.0(191.0)	217(155.0)	0.001
Qmax (mL/sn) ort±SS	21.4±7.6	10.3±4.0	0.001
Qort(mL/sn) ort±SS	8.0±3.7	4.1±1.7	0.001
IPSS median (IQR	16.0(8.0)	25.0(5)	<0.001
IPP, n (%) Grade 0 (<5mm) Grade 1 (5-10mm) Grade 2 (>10 mm)	57 (90.5) 8 (30.8) -	6 (9.5) 18 (69.2) 21 (100.0)	<0.001
IPSS, n (%) Lower Mild High	4 (100.0) 39 (86.7) 22 (36.1)	- 6 (13.3) 39 (63.9)	<0.001

Mesane Duvar Kalınlığına göre oluşturulan iki grubun parametreler açısından karşılaştırılması


a
b
BWT(mm)
Qmax(ml/sec)
Prostate volume (cc)

SB-83

ÜRETEROARTERİAL FİSTÜL: NADİR BİR HEMATÜRİ OLGUSU

ALPER EGE SARIKAYA(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) ÖMER DEMİR(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir

AMAÇ
Persistan hematüri nedeni ile tetkik edilen ve üreteroarterial fistül saptanan hastamızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

BULGULAR
Hematüri şikayeti gelişen 64 yaş kadın hasta; öz geçmişinde rektosigmoid karsinom nedeniyle kolektomi, koloanal anastomoz öyküsü ve adjuvan radyoterapi öyküsü mevcut. Bunun yanı sıra post-operatif dönemde abseye sekonder gelişen hidroüreteronefroz nedeniyle sol nefrostomi kateteri ve double j stent ile takip öyküleri bulunmakta.

Ön tanılar arasında radyasyon sistiti, rektosigmoid CA invazyonu, kolovezikal fistül düşünülen hastaya yapılan sistoskopide mesane içerisinde patoloji saptanmadı. Sol üreterovezikal bileşkeden protrüde double J stent'in yanında hematom gözlendi. Üreteral stent çıkartıldı ve URS ile sol üreter orifisinden girildi. Ancak kanama nedeniyle üreter duvarı değerlendirilemedi. Kanama odağı gözlenemedi ve üreteral stent yerleştirildi. Kliniği gerileyen ve hematüri şikayeti düzelen hasta taburcu edildi.

Taburculuğu sonrası hematürisi tekrarlayan ve eritrosit replasman ihtiyacı olan hasta renal kaynaklı kanama nedenleri açısından tetkik edildi ancak patoloji saptanmadı. Renal anjiyografide kanamayı açıklayabilecek neden gözlenmedi. Çekilen abdomen anjiyo-BT'sinde sol renal pelvis ve toplayıcı sistem içerisinde hematom ile uyumlu alanlar gözlendi. Yaklaşık 2 hafta sonra hasta hematüri, sol double J stentinin vajenden dışarıya migrate olması nedeniyle acil servise başvurdu. Hb : 6.2 gr/dL olan hastaya replasman yapıldı ve hasta acil sistoskopiye alındı. Migrate olan sol double J stentin çekilmesi ile beraber sol üreter orifisinden abondan arteryal renk ile uyumlu kanama geldiği gözlendi. Sol double j stentin tekrar yerleştirilmesi ile kanamanın durduğu görüldü. Hastanın abdomen anjiyo-BT'si geriye dönük tekrar incelendi. Sol internal iliak arterde psödoanevrizma ve hemen komşuluğundaki üreter duvarında kontrastlanma artışı gözlendi. Hastaya üreteroarteriyal fistül (ÜAF) ön tanısı ile pelvik anjiyografi planlandı. Yapılan anjiyografide fistül ile uyumlu görünüm saptanmadı ancak sol internal iliak arterde üreter komşuluğunda psödoanevrizma gözlendi. Üreteral stentin fistül ağzına basısının kontrast maddenin üretere geçişine engel olduğu düşünüldü. Hastaya internal iliak arter total embolizasyonu uygulandı. Embolizasyon sonrası hastanın hematüri şikayeti tekrarlamadı. Hasta 3 aylık aralıklarla takip edildi ve 3 yıllık takibinde ek şikayeti olmayan hastanın hemoglobin ve kreatinin değerleri stabil seyretti.

SONUÇ
Üretero-arteriyel fistül (ÜAF), son derece nadir görülen, üriner sistemde hematüri, hidroüreteronefroz gibi bulgularla kendini gösterebilen ve gözden kaçırıldığında ölümcül seyredebilen bir tanıdır. Ender rastlanan bir durum olmasından dolayı tanısı sıklıkla gecikmekte hatta atlanabilmektedir.

ÜAF; pelvik malignite, radyoterapi ve üreteral stent öyküsü olan, görüntülemesinde tek taraflı toplayıcı sistem içerisinde hematom görülen replasman ihtiyacı olan hematüri hastalarında ön planda düşünülmesi gereken bir tanıdır.

SB-84

NADİR BİR OLGU: GRYNFELT-LESSHAFT HERNİSİ

YUNUS EMRE GENÇ(1) AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(1) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(1) YILÖREN TANIDIR(1) HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Grynfeltt-Lesshaft hernisi, tavanda 12.kot, lateralinde internal oblik, madialinde erektör spina kas grubunun oluşturduğu superior lumbar üçgenin tabanındaki transversalis kasının aponörozunun zayıflığından kaynaklanan bir tür karın yan duvar hernisidir. İçerisinde intraperitoneal veya retroperitoneal yapı ve organlar bulunabileceği raporlanmıştır. Literatürde yaklaşık 350 olgu bildirilmiş olmasına rağmen üst üriner sistemin (ÜÜS) bu bölgeden herniasyonu içeren yalnızca altı olguda bildirilmiştir. Bu olgu sunumunda renal pelvis hernisi bulunan bir hastanın sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

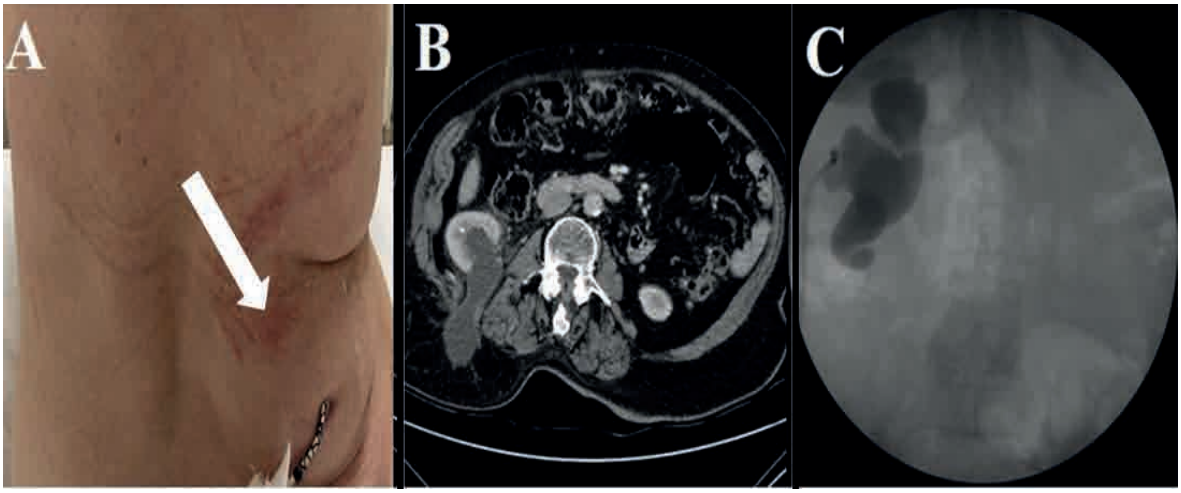
77 yaşındaki kadın hasta, üç aydır devam eden ve son haftalarda şiddetlenen sağ yan ağrısı, şişlik ve dizüri şikayetleri ile hastanemiz acil servisine başvurdu. Fizik incelemesinde sağda kostovertebral açı hassasiyeti ve sağ lomber bölgede yaklaşık 4x2 cm'lik şişlik saptandı (Figür 1A). Kreatinin değeri 1 mg/dL ve akut faz reaktanları negatifti. Tam idrar tahlilinde piyüri ve lökosit esteraz aktivitesi pozitif saptandı. Bilinen hipertansiyon, astım ve diyabeti olduğu, herhangi bir lumbar-spinal cerrahi geçirmediği, sonuncusu 5 yıl önce olmak üzere iki kere açık umblikal herni cerrahisi yapıldığı öğrenildi. Çekilen Abdomen BT'de sağ tarafta grade 2 hidronefroz ve renal pelvis ile üreteropelvik bileşkenin lumbar bölgeden herniye olduğu görüldü, aynı tarafta distal üreter devamlılığı değerlendirilemedi (Figür 1B). Hidronefroz, analjezik yanıtsız kolik ağrı, oral antibiyotiğe yanıtsız ateş ve dizürisi olması nedeniyle hastaya sağ nefrostomi kateteri takıldı ve İV geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Antegrad pyelografide (AP) proksimal üreterden itibaren herniasyon bölgesinin distaline kontrast geçmediği görüldü (Figür 1C). DMSA sintigrafide sağ böbrek kortikal aktivitesi %54 olarak raporlandı. Bu bulgular ile değerlendirilen hastaya tarafımızca hernioplasti operasyonu planlandı.

BULGULAR

Literatürde günümüze kadar tarif edilen altı vakada başvuru sırasında hidronefroz bulunmaktayken, tamamına cerrahi onarım (hernioplasti) önerilmişti. Vakalardan iki tanesi cerrahi tedaviyi reddetmiş olup uzun süreli takipleri ilgili bir veri bulunmamaktadır. Bir hastada nefrostomi taktırıldıktan sonra ÜÜS dekompresyonu sağlanarak AP görüntülemesi yapılmış ve cerrahi tedavi planlanmıştı. Diğer üç hasta ise başvurusunun erken döneminde hernioplasti uygulanmıştır. Olgumuzda hastanın analjezik yanıtsız flank ağrısı ile idrar yolu enfeksiyonu olması nedeniyle öncelikle ağrı palyasyonu ve ÜÜS dekompresyonu amacı ile nefrostomi kateteri takıldı. Ardından toplayıcı sistemin tanınması ve üreter devamlılığının değerlendirilmesi amacı ile AP çekildi. Renal fonksiyonları iyi olan hastaya tarafımızdan cerrahi rekonstrüksiyon planlandı.

SONUÇ

Gryneflt-Leshaftt hernisine günümüze kadar raporlanan tüm olgularda hidronefrozunda eşlik ettiği bildirilmiştir. Ürologların bu konudaki deneyimi sınırlı olmasına rağmen hastaların yönetimleri öncelikle ÜÜS dekompresyonu sağlamak veya erken dönemde hernioplasti uygulanarak sağlanmaya çalışılmıştır. Oldukça nadir görülen bu olgularda ÜÜS diversiyonu ve rekonstrüksiyonu gerekebileceği düşünülmelidir.



SB-85

İNTRAVEZİKAL BCG UYGULANMASI SONRASI KEMİK İLİĞİ TUTULUMU: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

CEMİL AYDIN(1) ALPKON TORUN(1) AYSEL KOCAGÜL ÇELİKBAŞ(1) MUSA EKİCİ(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

AMAÇ

BCG Bacillus Calmette-Guerin (BCG) intravezikal olarak kasa invaze olmayan mesane tümörlerinde en sık kullanılan intravezikal tedavi ajanıdır. Lokal olarak immün cevabı artırarak etki etmektedir, ancak etki mekanizması halen tam olarak bilinmemektedir. Hastaların %95'ten fazlası bu tedaviyi iyi tolere etmektedir. İntravezikal BCG ile sistit, dizüri ve pollaküri gibi lokal yan etkiler sık olup kendiliğinden iyileşir. Ciddi sistemik ve lokal yan etkileri ise akut solunum yetmezliği, septik şok, hemolitik üremik sendrom, disemine intravasküler koagülasyon, granülomatöz hepatit, pnömoni ve epididimoorşit gibi durumları içermektedir. Ciddi yan etkiler hastaların %5'inden daha azında görülmektedir. Kemik iliği tutulumu ile ilgili bildirimi yapılan vaka çok nadirdir. Dış merkezde intravezikal BCG immünoterapisi uygulanımı sonrası sistemik yan etki olarak kemik iliği tutulumu olan bir olgu sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM

Altmış üç yaşında bilinen HT+ KAH+ Mesane CA tanılı erkek hasta, 2021 Kasım ayında TaG3 tanısı almış olup idame tedavinin 10. Doz BCG tedavisini alırken tramatik kataterizasyon sonrası hematürisi olmasına rağmen hastaya BCG uygulanmış, işlem uygulanan aynı akşam ateş yüksekliği, halsizliği olan hasta aynı merkez acil servise başvurmuş ve antipiretik reçete edilerek taburcu edilmiş. Dört gün boyunca ateş yüksekliği devam eden hasta hastanemiz acil servise başvurmuş ve enfeksiyon hastalıklarınca yatırılmış. PPD ve quantiferon testleri (-) geldi, idrarda ARB ve idrar mikobakter kültürü ise negatif sonuçlandı. Pansitopenisi olan hastaya profilaktik anti-tbc tedavi başlanıp kemik iliği biyopsisi ve kültürü planlandı. Biyopsi sonucu negatif gelen hastanın kemik iliği kültüründe Mikobakterium Bovis üremesi oldu. Hasta ikinci kuşak anti-tbc ajanlarla yatışının 41.gününde taburcu edildi. Kemik iliği tutulumu olan olgu için yapılan konseyde tedavinin 1 yıla tamamlanması planlandı ve BCG tedavisi şu an için sonlandırıldı.

BULGULAR

.

SONUÇ

İntravezikal BCG uygulamasının lokal ve sistemik birçok yan etkisi olmakla beraber nadir görülen sistemik yan etkileri oldukça şiddetli klinik tablolara yol açabilmektedir. BCG sonrası genel mortalite oranı %10 civarındadır. Travmatik kataterizasyon sonrası intravezikal BCG tedavisi uygulanmamalı ve ertelenmelidir.

SB-86

MESANE İÇİ 10 CM ÇAPINDA DEV FİBRİNOİD ENKRUSTE MATERYAL: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

CEMİL AYDIN(1) ALPKON TORUN(1) MUSA EKİCİ(1) MÜCAHİT DOĞAN(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

AMAÇ

Mesane taşları tüm üriner sistem taşlarının %5'ini oluşturmaktadır. Sıklıkla ileri yaş erkeklerde görülürler ve benign prostat hiperplazisi, nörojenik mesane gibi infravezikal obstrüksiyonlara sekonder oluşurlar. Enfeksiyonlar, yabancı cisim, kadınlarda anti inkontinans cerrahisi ve nadiren gebelik mesane taşları için predispozan faktör olabilmaktedir. Endemik mesane taşları ise, çocuklarda ve herhangi bir predispozan faktör olmaksızın sağlıklı gençlerde görülebilmektedir. Bu olgumuzda mesane içinde kalsifiye matriks taşı ön tanısı ile opere ettiğimiz 72 yaşındaki hastamızı postop patoloji sonucuyla sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

Yetmiş iki yaşında bilinen KBY, DM, BPH tanılı erkek hasta, glob öyküsüyle ve sık sık sondasının tıkanması nedeniyle mükerrer acil servis başvuruları olan hastaya 2022 Mart ayında acil servise başvurusu sonrası çekilen BT'de: Her iki böbrek atrofik izlenmiş olup sağ böbrek toplayıcı yapıları ileri derecede dilate görünümdedir. Sağda renal pelvis düzeyinde üreter proksimaline doğru uzanım gösteren mesane lümenini tamamen kaplayan taş izlenmiştir. Mesane anteriorda hava dansiteleri izlenmiştir olarak raporlanmış.

BULGULAR

Operasyon planı olan hasta operasyonu kabul etmeyip 2022 Mayıs'ta acil servise glob nedeniyle tekrar başvurmuş. Hastaya sonda takıldıktan sonra sondadan mukoid/enkruste materyal geldiği görülmüş, hastanın taburculuk sonrası sondasının sık sık tıkandığı ve dış merkez acil serviste birkaç kez sondasının değiştirildiği öğrenildi. Sistoskopi önerilen hasta Haziran 2022 de opere edildi, intraop bilateral üreter orifisleri salim izlenen ve mesane mukozası doğal olarak değerlendirilen hastanın mesane içi enkruste materyalin bir kısmı boşaltıldı, açık cerrahi açısından değerlendirilmek üzere ikinci seansa bırakıldı. İkinci seansta sağ URS ve DJ stent takılması sonrası açık cerrahiye geçildi. Hastanın mesane içi yaklaşık 10 cm enkruste materyali alındıktan sonra patoloji ve mikrobiyolojiye örnekler gönderildi. Hastanın patoloji sonucu: Mesane, biyopsi; Fibrinoid materyal ile uyumlu bulgular. Hasta laparoskopik/açık pyeloltotomi planlanarak halen sağ DJ stentli olarak takip edilmekte.

SONUÇ

Mesane fibrinoid taşları oldukça nadir görülmekte olup, tekrarlama eğilimindedirler.

SB-87

MESANENİN PERİVASKÜLER EPİTELOİD TÜMÖRÜ: OLGU SUNUMU

ENGİN TELLİ(1) BÜŞRA YAPRAK BAYRAK(1) HASAN YILMAZ(1)

1. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

AMAÇ

Perivasküler Epiteloid Tümör (PEComa), nadir görülen düz kas farklılaşmasıyla karakterize, malignite potansiyeli de olabilen bir neoplazmdır. PEComalar ilk defa akciğerlerde tespit edilmesine rağmen pekçok organda görülebilir. Buna karşın mesanede görülmesi çok nadirdir ve şimdiye kadar ancak 30 hasta bildirilmiştir. Çalışmamızda çok nadir görülen mesane yerleşimli bir PEComa vakasını bildirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

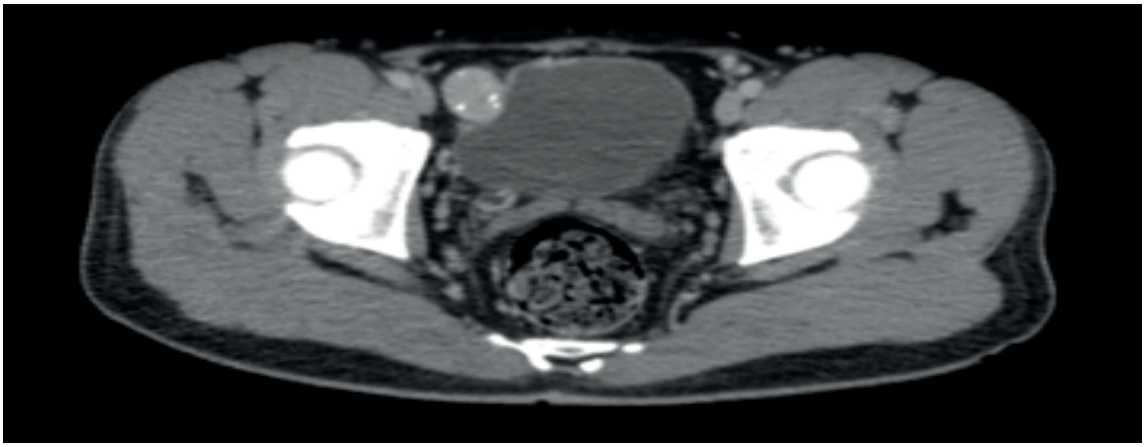
27 yaşında erkek hasta, geçmeyen hıçkırık şikayetiyle dahiliye polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde esansiyel tremor ve tip 2 diyabetes mellitus mevcuttu. Hastanın kronik ilaç kullanımı bulunmamaktaydı. Biyokimyasal bulgularında anormallik saptanmadı. Karın ultrasonografi normaldi. Tüm batın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülerinde mesane sağ anterolateral duvarda, insidental olarak, yaklaşık 3 cm çapında, mesaneyle ilişkili solid bir lezyon saptandı (Şekil 1). Hasta üroloji bölümüne yönlendirildi. Hastada alt üriner sistem semptomları ve hematüri mevcut değildi. Radyolojik bulguları eşliğinde ayırıcı tanılar arasına leiomyom ve diğer malign sarkomlar alındı. Natürü belirsiz kitleye eksizyon önerildi. Mesane serozasından dışa doğru büyüyen saplı kitle, laparoskopik cerrahi eksizyon ile çıkarıldı. Patoloji departmanına gönderildi. Postoperatif herhangi bir tedavi planlanmayarak rutin takip programına alınarak taburcu edildi. Hastaya postop 6. ayda çekilen kontrastlı BT' de nüks saptanmadı.

BULGULAR

Mesane duvarı ile ilişkili, 3,5cm çapında, kesit yüzü hemojen bej renkli nodüler kitleden çok sayıda örnek alındı. Histopatolojik olarak ince duvarlı vasküler çatısı olan, stromasındada yer yer hyalinizasyonun olduğu, eozinofilik ve granüler sitoplazmalı, non-kohesiv epitelioid ve iğsi karakterde hücre tabakaları izlendi. Atipik mitoz, pleomorfizim ve nekroz görülmedi. Bu hücrelere yönelik yapılan immünhistokimyasal incelemede SMA ve HMB45 pozitifti. Düşük Ki67 proliferasyon indeksine saptandı (%1). Olgu PEComa olarak raporlandı.

SONUÇ

PEComalar genellikle iyi huylu tümörler olarak kabul edilse de küçük bir alt grup malign potansiyel gösterir. Uterus, retroperitoneum, gastrointestinal sistem, mandibula, vertebra, prostat ve yumuşak dokuda malign PEComalar bildirilmiştir. Bir çalışmada PEComalarda potansiyel malign davranışı belirleyen kriterler olarak büyük tümör boyutu (>5 cm), infiltratif büyüme, yüksek nükleer derece, yüksek mitotik oran, nekroz ve vasküler invazyon kabul edilmiştir. Bu özelliklerden 2 veya daha fazlasının varlığı malign PEComa lehine kabul edilmiştir. Mesane PEComalı hastalar ağrılı veya ağrısız hematüri, alt karın veya pelvik ağrı veya dizüriden şikayet edebilecekleri gibi olgumuzda da olduğu üzere tamamen semptomsuz da olabilirler. Mesane PEComalarının tüberoskleroz ile ilişkili olduğu düşünülmesine rağmen literatürde birçok olguda olduğu gibi bu olguda da tuberoskleroz belirtisi görülmedi. PEComa tedavisinde cerrahi eksizyon tedavinin temelidir. Literatürde cerrahi sonrası interferon veya kemoterapi uygulanan hastalar da bulunmaktadır. Genel olarak literatürde mesane PEComaları mesane lümenine uzanım gösteren kitleler şeklinde olup tedavide mesanenin transüretral rezeksiyonu, parsiyel sistektomi ve radikal sistektomi operasyonları uygulanmıştır. Ancak bu olgu mesanenin dışında ve mesane duvarı ile ilişkili kitle olması bakımından bilinen diğer vakalardan ayrılmaktadır.



SB-88

MESANE ÇIKIM TIKANIKLIĞI OLAN ERKEKLERDE İDRAR GLİKOZAMİNOGLİKAN DÜZEYLERİ TEDAVİ BAŞARISI VE AŞIRI AKTİF MESANEYİ ÖNGÖREBİLİR Mİ?

HASAN RIZA AYDIN(1) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(2) HÜSEYİN KOÇAKGÖL(3) BANU İŞBİLEN BAŞOK(4) AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(5) FIRAT AKDENİZ(6) HAMİT ZAFER AKSOY(1) MEHMET AKİF RAMAZANOĞLU(7) YILÖREN TANIDIR(2)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Trabzon Tıp Fakültesi, Üroloji Departmanı, Trabzon
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Departmanı, İstanbul
3. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Erzurum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Departmanı, Erzurum
4. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Biyokimya Departmanı, İzmir
5. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ee Araştırma Hastanesi, Üroloji Departmanı, İstanbul
6. Trabzon 7M Hastanesi, Üroloji Departmanı, Trabzon
7. Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Departmanı, Trabzon

AMAÇ
Son yıllarda alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve üriner biyobelirteçlerin ilişkisi ile ilgili çok sayıda çalışma yayınlanmıştır. Bu belirteçlerden biri olan Glikozaminoglikan'ın (GAG) aşırı aktif mesane (AAM) ile ilişkisi gösterilmiştir. Bu çalışmamızın amacı idrar GAG düzeyleri ile AAM semptomları olan ve olmayan benign prostat hiperplazili (BPH) hastaların semptomları arasındaki ilişkisinin araştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimize AÜSS ile başvuran Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS), Marmara-Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu (M-OABQ), PSA, uroflowmetri, üriner sistem USG ölçümleri sonrası klinik olarak BPH tanısı alan hastalar alfa bloker tedavisi öncesi prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Daha önce BPH nedeniyle medikal veya cerrahi tedavi almış, nörolojik hastalığı olan, ilk başvuru sırasında cerrahi endikasyonu olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastalar tedavi öncesi M-OABQ skoru 12'ten küçük olanlar (grup 1) ile 13 ve büyük olanlar (grup 2) şeklinde iki gruba ayrıldı. Medikal tedavi öncesi ve sonrası hastalardan idrar toplandı ve 10 dakikada 3000 g'de santrifüj edildikten sonra -80 derecede depolandı. Çalışma sonun idrarda total GAG ölçümü 1,9-dimetil-metilen mavisi boyaması kullanılarak spektrofotometrik yöntemle çalışan ticari bir kit (Blyscan Assay, Biocolor Ltd., Northern Irelandi UK) ile yapıldı. Tedavi öncesi ve sonrası üriner GAG değerleri ile hastaların prostat hacimleri, IPSS değerleri, uroflowmetri parametreleri karşılaştırıldı.

BULGULAR
Çalışmaya toplam 34 hasta dahil edildi. Grup 1'de 22, grup 2'de ise 12 hasta yer aldı. İki grubun tedavi öncesi ve tedavi sonrası bulguları karşılaştırıldı. Tedavi öncesi Grup 1'de üriner GAG'ın değeri 21,5 mg/gCr (6,1 - 45,5), Grup 2'de ise 23,35 mg/gCr (15,6-32,6) bulundu ve anlamlı fark saptanmadı (p=0,845). Tedavi sonrası ise Grup 1 ve Grup 2'deki GAG değerleri sırasıyla 19,8 mg/gCr (7,4-70,5) ve 18 (7,6-41,7) olarak bulundu (p=0,511).

SONUÇ
Son yıllarda AÜSS ile üriner belirteçler arasındaki ilişkiyi araştıran çok sayıda çalışma yapılmıştır. Ancak prospektif çalışmamızda BPH'ya bağlı AÜSS olan hastalarda tedavi öncesi ve sonrası üriner GAG değerleri arasında ilişki bulunamadı.

SB-89

BULBAR ÜRETRA DARLIKLARINDA VENTRAL ÜRETROPLASTİ SONUÇLARIMIZ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

SALİH BÜTÜN(1) ALPER ŞİMŞEK(1) MESUT BERKAN DURAN(1) YUSUF ÖZLÜLERDEN(1) SİNAN ÇELEN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ
Bulbar üretra darlıklarında uyguladığımız ventral üretroplasti serisinin sonuçlarını sunulması.

GEREÇ-YÖNTEM
2019 ile 2021 yılları arasında travmatik ve non-travmatik nedenlere bağlı gelişen üretral darlık nedeniyle ventral üretroplasti yapılan toplam 32 hasta çalışmaya dahil edildi. Opere edilen hastaların tüm verileri prospektif olarak kaydedildi ve retrospektif olarak değerlendirildi. Toplanan verilerde hasta yaşı, darlık etiyolojisi, komorbiditeler, önceki tedaviler, postoperatif maksimum akış hızı, ameliyat öncesi ve sonrası erektil fonksiyon, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar kaydedildi ve yaşam kalitesi sorgulaması yapıldı.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 66,5 (39-74), ortalama darlık uzunluğu 2.75 (1,5-4) santimetre idi. Çalışmadaki hastaların 23'ünde TUR-P, 3'ünde radikal prostatektomi ve 2'sinde endoskopik işlem öyküsü mevcuttu. 4 hastada ise sebebi bilinmeyen darlık tespit edildi. Tüm hastaların endoskopik girişim öyküsü mevcut olup ortalama 5,6 (1-20) kez opere edilmiş idi. 2 (%6,3) hastanın da açık operasyon öyküsü mevcut idi.

Operasyon süresi ortalama 105,3 (75 -140) dakika olarak hesaplandı. Hastalarda perioperatif komplikasyon izlenmedi. Hastaların postoperatif 1. yıl kontrol üroflovmetrilerinde ortalama tepe akım hızı 23 (9,5-44) ml/sn olarak saptandı.
Takip süresince 2 (%6,3) hastada nüks görüldü ve dilatasyon yapıldı. Sonraki takiplerinde yeniden darlık oluşmadı. Çalışmaya dahil olan 4 hastaya memnuniyet anketi yapılamadı. Anket yapılan hastalardan 25'inin (%89,3) ameliyattan memnun kaldığı, 3 hastanın ise ameliyattan memnun kalmadığı öğrenildi. Memnuniyetsizlik nedenleri ise nüks ve bukkal greft alınan bölgede rahatsızlık hissetmeleri idi. Preoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında 21 hastanın cinsel işlev fonksiyonu iyi, 7 hastanın cinsel fonksiyonu kötü olarak değerlendirildi. 4 hastanın ise cinsel fonksiyon öyküsü alınamadı. Postoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında cinsel olarak aktif 21 hastanın hiçbirinde (%0) cinsel fonksiyonda azalma izlenmedi.

SONUÇ
Posterior üretra darlıklarında tecrübeli merkezlerde yapılan ventral üretroplasti yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile hasta memnuniyeti yüksek olan bir cerrahi seçeneğidir.

SB-90

PENİL ÜRETRA DARLIKLARINDA 2 AŞAMALI ÜRETROPLASTİ SONUÇLARIMIZ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

ALPER ŞİMŞEK(1) SALİH BÜTÜN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) YUSUF ÖZLÜLERDEN(1) SİNAN ÇELEN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ
Penil üretra darlıklarında uyguladığımız iki aşamalı üretroplasti serisinin sonuçlarını sunulması.

GEREÇ-YÖNTEM
2017 ile 2021 yılları arasında travmatik ve non-travmatik nedenlere bağlı gelişen penil üretral darlık nedeniyle 2 aşamalı üretroplasti yapılması planlanan toplam 16 hasta çalışmaya dahil edildi. Opere edilen hastaların tüm verileri prospektif olarak kaydedildi ve retrospektif olarak değerlendirildi. Toplanan verilerde hasta yaşı, darlık etiyolojisi, komorbiditeler, önceki tedaviler, postoperatif maksimum akış hızı, ameliyat öncesi ve sonrası erektil fonksiyon, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar kaydedilerek yaşam kalitesi sorgulaması yapıldı.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 36 (11-65) yıl, ortalama darlık uzunluğu 6,1 (2-12) santimetre idi. Ek hastalık sorgulamasında 3 hastanın hipertansiyon, 1 hastanın benign prostat hiperplazisi, 1 hastanın ise diyabet ve astım tanıları olduğu öğrenildi. Çalışmadaki hastaların 15'inde hipospadias cerrahisi, 1'inde endoskopik işlem sonrası darlık geliştiği öğrenildi. Bu hastaların 11'ine kliniğimizde çift aşamalı üretroplasti yapıldı, 1 hastanın dış merkezde ikinci aşama operasyonu yaptırdığı öğrenildi. 4 hasta ise mevcut operasyondan memnun olduğu için 2. operasyonu kabul etmedi. Daha önceden açık cerrahi öyküsü olan 8 hastanın ortalama cerrahi sayısı 7,1 (1-17) olarak hesaplandı. Daha önceden endoskopik operasyon öyküsü olan 7 hastanın ortalama cerrahi sayısı ise 2,4 (1-5) olarak hesaplandı. Preoperatif muayenede 4 (%25) hastanın üretral fistülü vardı.

Operasyon süresi ilk aşama için ortalama 125 (120 -150) dakika, 2. aşama için 110 (90-140) dakika olarak hesaplandı. Hastalarda perioperatif komplikasyon izlenmedi. Hastaların postoperatif 1. yıl kontrol üroflovmetrilerinde ortalama tepe akım hızı 15,2 (9,3-30,4) ml/sn olarak saptandı. Takip süresince 1 hastada fistül görüldü ve fistül operasyonu sonrası takiplerinde yeni komplikasyon izlenmedi.
Çalışmaya dahil olan 16 hastaya yapılan memnuniyet anketinde hastaların tümümün (%100) ameliyattan memnun kaldığı öğrenildi. Bukkal mukoza greft alınan 16 hastanın hiçbirinde ağız içi komplikasyon izlenmedi. Preoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında 14 hastanın cinsel işlev fonksiyonu iyi, 1 hastanın cinsel fonksiyonu kötü olarak değerlendirildi. 1 çocuk hastanın ise cinsel fonksiyon öyküsü alınmadı. Postoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında cinsel olarak aktif 14 hastanın hiçbirinde (%100) cinsel fonksiyonda azalma izlenmedi.

SONUÇ
Özellikle hipospadias cerrahisi geçmişi olan penil üretra darlıklarında tecrübeli merkezlerde yapılan iki aşamalı üretroplasti yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile hasta memnuniyeti yüksek olan bir cerrahi seçeneğidir.

SB-91

FARKLI TEKNİKLERLE ÜRETROPLASTİ YAPTIĞIMIZ HASTALARDAKİ KISA DÖNEM KLİNİK SONUÇLARIMIZ

MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOĞAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(2) MERT HAMARAT(1) MEHMET ZUBAROĞLU(1) VOLKAN İZOL(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana
2. Ceyhan Devlet Hastanesi, Adana

AMAÇ
Kliniğimizde üretral darlık nedeniyle üretroplasti yapılan hastalarımız erken dönem sonuçlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Üroloji Kliniği'nde Ekim 2021 ile Temmuz 2022 tarihleri arasında üretral darlık tanılı ve farklı tekniklerle üretroplasti yapılan 51 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Bu hastaları demografik verileri ve perioperatif ve postoperatif fonksiyonel sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR
51 hastadan 17'sine (%33.4) bukkal mukoza grefti yardımlı,16 sı (%31.3) transection tekniği ile, 17 (%33.4) sine non–transection tekniğiyle ve 1 tanesi (%1.9) mesane mukoza grefti kullanılarak üretroplasti operasyonu yapıldı. Bu hastaların 6'si (%11.7) kadın üretroplasti idi. Darlığı proksimal üretrada olan 4(0.7) hastaya beraberinde pubektomı işlemi de yapıldı. Bu hastaların ortalama yaşı 44.8 ±19.6, ortalama BMI 27.19±18.5 olarak ölçüldü. 51 hastanın 14(%27.4) ünde darlık proksimal üretra, 12(%23.5) hastada orta üretrada, 19 (%37.2) hastada distal üretrada ve 6 (%11.7) hastada ise panüretral darlık görüldü. Darlık boyutu ortalama 24.01±27.1 mm olarak belirlendi. Ortalama aktif yakınma süreleri 105.28±101.5 ay, endoskopik girişim sayıları ortalama 6.9±8.9 idi. Pre op ölçülen Qmax değeri 6.52±4.9 ml/sn ve pre op bakılan PVR değeri 137.4±96.9 cc idi. Hastalarda intraoperatif komplikasyon gerçekleşmedi. Ortanca taburculuk süresi ortancası 1-35 gün, üretral kateter çekilme süresi ortancası 12-45 gün idi. Hastaların post op 3.ayda ölçülen Qmax değeri ortalaması 17.02 ml/sn ve PVR değeri 75.47±55.3 cc olarak ölçüldü. (Tablo 1). Bu hastaların 3'ünde post op yara yeri enfeksiyonu, 1'inde post op 1. günde akciğer atelektazisi, 1 hastada post operatif 5.günde antikoagülan kullanımı zorunluluğundan dolayı skrotal hematom gelişti.

SONUÇ
Üretral darlık tanısı alan ve en az bir kere endoskopik ürolojik girişim geçiren hastalarda üretroplasti operasyonu belirgin ölçüde şikayetleri geriletmektedir. Darlığın lokalizasyonuna göre hastalarda kullanılan teknık değişmekle beraber pre op ve post op üroflowmetrik sonuçlarda ve diagnostik sistoskopide sonuçlar hemen hemen benzer olmaktadır. Kliniğimizde üretroplasti yaptığımız hastalardan kısa dönemde aldığımız yüz güldürücü sonuçların uzun dönemde de klinik sağ kalımında kalıcı iyileşme sağlayacağını öngörmekteyiz.

Tablo 1: Üretroplasti yapılan hastaların demografik ve klinik bilgileri

	Bukkal Mukoza	Transection	Non- Transection	Mesane mukozası	Total
Yaş	44.6±17.4	48.4±20.8	42.8±20.95	22	44.8±19.6
BMI	26.9± 3.6	27.68±2.73	27.18±3.6	21	27.19±18.5
Darlık Yeri	Proksimal -4(%23.5) Orta -5(%29.4) Distal-4(%23.5) Panüretral-4(%23.5)	Proksimal -8(%50) Orta -4(%25) Distal-4(%25)	Proksimal-2(%11.8) Orta -5(%29.4) Distal-10(%58.8)	Panüretral-1(%100)	Proksimal-14(%27.4) Orta -12(%23.5) Distal-19(%37.3) Panüretral-6(%11.8)
Darlık Boyutu(mm)	27.6±34.3	25.3±27.6	14.7±27.2	100	24.1±27.1
Aktif yakınma süresi(ay)	169.1±113.5	71.2±9.7	57.2±54.7	180	105.25±101.5
Endoskopik girişim sayısı	10.6±12.2	6.8±4.3	3.2±2.1	5	6.9±8.9
Hastane yatış süresi(gün)	8.5±8.8	5±2.5	5.1±4.2	16	6.4±6.3
Foley çekme süresi(gün)	26.4±8.4	24.9±8.2	22±4.3	30	24.6±8.6
Toplam hasta sayısı	17(%33.4)	16(%31.3)	17(%33.4)	1(%1.9)	51(%100)

SB-92

GREFTLİ PEYRONİE CERRAHİLERİ: DEĞERLENDİRME, CERRAHİ VE POSTOP TAKİP PROTOKOLÜMÜZ VE SONUÇLARIMIZ

ALKAN ÇUBUK(1) İBRAHİM ATAKAN GEÇİCİ(2) AHMET RÜKNETTİN ASLAN(1)

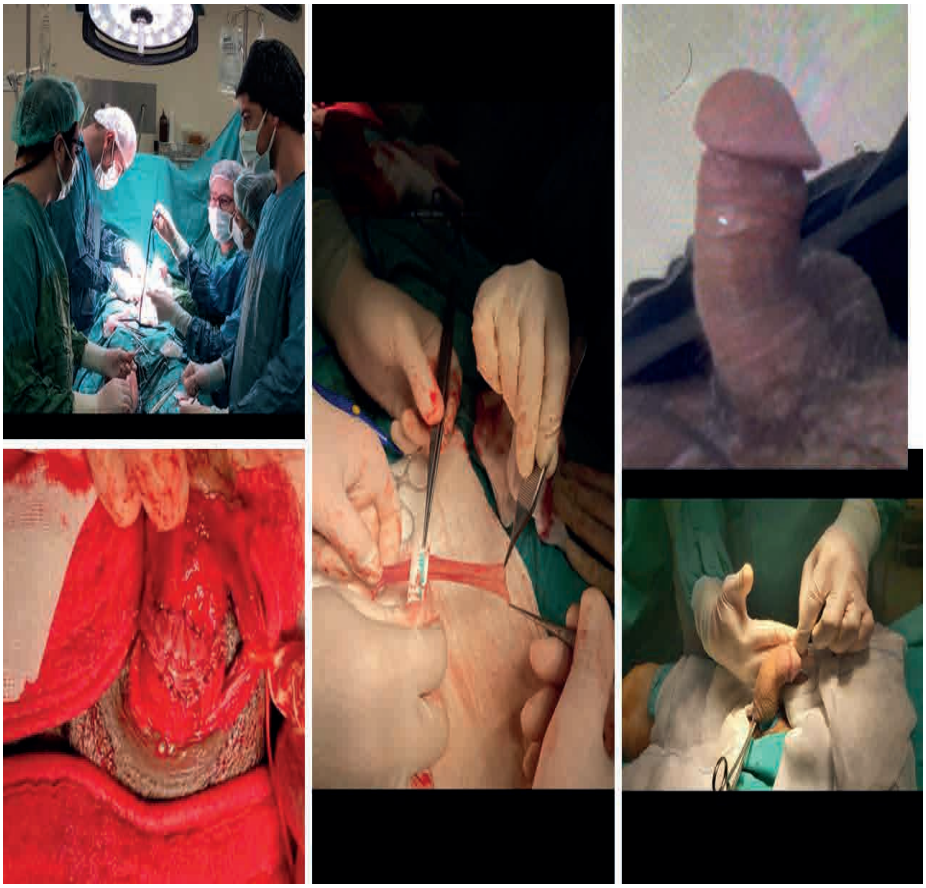
1. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli
2. Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp ve Damar Cerrahisi Kliniği, Kırklareli

AMAÇ
Bu çalışmada Kırklareli Üniversitesi'nde son 12 ay içinde değerlendirdiğimiz ve greftli onarım uyguladığımız hastalarda klinik uygulamalarımız ve sonuçlarımız sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM
Peniste eğrilik şikayeti ile gelen hastaların hepsine poliklinik şartlarında intrakavernözal Alprostadil enjeksiyon uygulanarak eğrilik ve plaklar değerlendirildi. Hastalara preop IIEF-5 dolduruldu. Hastalara temin edebilmeleri durumunda sığır perikard grefti (Tutopatch) kullanıldı, temin edemeyenlere ise safen ven grefti kullanıldı. Cerrahiye KVC ekibi ile girildi ve eş zamanlı başlanıldı. Eğrilik yönü, açısı ve eşlik eden kum saati deformitesine göre yapılan kavernözal insizyon sonrası oluşan defekte safen ven grefti 4:0 PDS ile anostomoze edildi. Safen ven rekonstrüksiyonu KVC ekibince yapıldı. Postop bir hafta koban bandaj uygulandı, beşinci gün sonrası tadalafil 5 mg 1*1 (6 hafta) başlandı. Potop 6. Hafta hastalar otofoto ve IIEF-5 ile değerlendirildi. Cinsel uyaranla penil ereksiyona müsade edilen hastalara cinsel ilişkiye 6. Hafta sonrasında müsade edildi

BULGULAR
Son bir yıl içinde toplam 13 greftli onarım uygulanmıştır. Hastaların yaş ortalaması 55 (50-65). Semptomlar en az iki yıldır devam etmekte ve çoklu oral medikal tedavikullanım öyküsü mevcuttur. Hastaların 6 tanesi izole dorsal, iki tanesi izole lateral, iki tanesi distale yakın kum saati deformitesine sahipken iki tanesinde dorsolateral defekt izlendi. En az 60 ve en çok 85 derece kordi izlendi. IIEF-5 skorları 18-25 arasında değişmekteydi. Sığır perikardı dört hastada kullanıldı. Diğer hastalarda en az 6*1.5 ve en çok 14*11.7 cm ebatlarında safen ven grefti kullanıldı. Ortalama cerrahi süresi 110 (90-150) dakika ölçüldü. Postop iki hastada bacakta gelişen yara yeri enfeksiyonu dışında anlamlı komplikasyon izlenmedi. Postop bir hastada intrakavernözal enjeksiyona yanıt veren de-novo ED tespit edildi. Bu hastanın ossifiye plakları nedeniyle plak eksizyonu yapılan hasta olduğu görüldü. Diğer hastalarda IIEF-5 skorlarında anlamlı düşüş izlenmedi.

SONUÇ
Greftli Peyronie cerrahisinde standard değerlendirme protokolleri bulunmamaktadır, uyguladığımız protokoller ve KVC ekibiyle kombine cerrahilerden elde ettiğimiz sonuçlar umut vadedicidir.



SB-93

PEYRONİE HASTALIĞI CERRAHİSİNDE PLAK EKSİZYONU VE BUKKAL MUKOZAL GREFT UYGULAMASI

HALİL İBRAHİM İVELİK(1) OĞUZHAN YUSUF SÖNMEZ(1) HÜSEYİN ÖZGÜR KAZAN(1) ŞEREF COŞER(1) BEKİR ARAS(1) OKAN ALKIŞ(1) MEHMET SEVİM(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1)

1. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kütahya

AMAÇ

Olgu sunumda stabil faz PH' li hastada uygulanan tunika insizyonu ile birlikte bukkal mukozal greftin etkinlik ve güvenliğini değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Peyronie hastalığı (PH), genellikle palpe edilebilen bir plağın eşlik ettiği, eğrilik ve kısalma ile görülebilen penil deformiteler ile karakterize organik bir bozukluk olarak tanımlanır. PH için medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri mevcuttur. Tıbbi ve konservatif tedavi modalitelerindeki önemli gelişmelere rağmen, cerrahi rekonstrüksiyon kronik stabil faz PH'nın altın standart tedavisi olmaya devam etmektedir. Günümüz pratiğinde en popüler cerrahi teknik plak insizyonu ve greftleme olarak öne çıkmaktadır. En düşük komplikasyon oranı ile en iyi fonksiyonel sonucu elde edebilmek için birçok greft materyali denenmiş fakat ideal graft hakkında bir konsensusa varılamamıştır.

BULGULAR

İki yıldır devam eden peniste eğrilik ve ilişkiye girmekte zorlanma şikayetleri ile başvuran 56 yaşındaki hastanın yapılan fizik muayenesinde penis dorsal midline da yaklaşık 2 cm plak palpe edildi. Ağrı mevcut değildi ve penil dupleks ultrasonunda arteriyel yetmezlik yoktu. Spontan olarak başlayan şikâyeti sonrası yaklaşık 1 yıl süre ile kolşisin ve vitamin tedavisi aldığı öğrenilen hastada eğriliğin son 1,5 yıldır aynı boyutlarda olduğu ve ilerleme göstermediği öğrenildi. 0.05 gr papaverin intrakavernosal olarak enjekte edilmesi sonrası ereksiyon sağlandı. Yaklaşık 80 derece dorsal-sağ yönlü eğrilik oluştuğu izlendi. Uluslararası erektil işlev formu (IIEF-5) skoru 16 idi. Test sonrası operasyon yöntemleri ve riskleri hakkında bilgi verilerek, plak eksizyonu ve bukkal mukozal greft uygulaması kararlaştırıldı. Hastadan aydınlatılmış onam formu alındı.

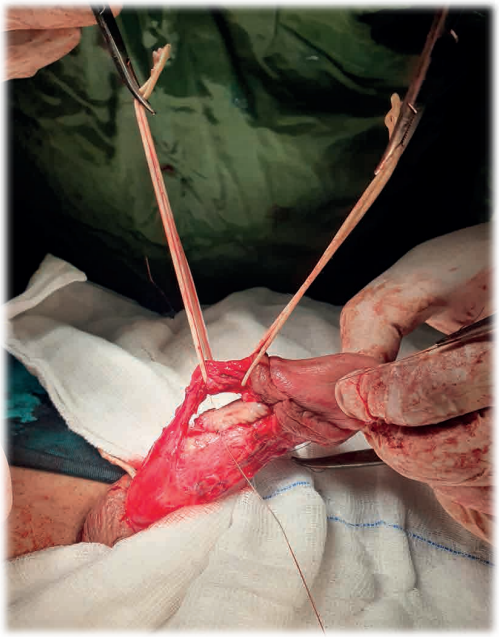
Genel anestezi altında yapılan operasyonda penil degloving sonrası bucks fasyası net görüş altında dikkatlice bölündü, dorsal nörovasküler demet mobilize edildi ve ereksiyon sağlanana kadar korpus kavernozuma 23 G kelebek iğne ile %0,9 NaCl verilerek intraoperatif ereksiyon oluşturuldu (Şekil 1). Maksimal eğrilik bölgesinde plağın H şeklinde bir insizyonundan sonra, alttaki kavernöz dokuyu incelemek ve bukkal mukoza ile doldurulacak boşluğun boyutunu ölçmek için penis manuel olarak gerildi. Sonrasında yanaktan 3,5 cm'lik serbest bukkal mukoza çıkarıldı. Yanak içindeki defekt 2-0 Vycril ile kapatıldı. Tunica albugeniadaki insizyonun %30 büyüğü olacak şekilde greft hazırlandı. Buccal mukozal greft, insize edilmiş korpus kavernozumun tunica albugeniasına 4.0 polidioksanon sutür ile devamlı olarak suture edildi (Şekil 2). Daha sonra eğrilik açısını değerlendirmek için tekrar 23 G kelebek iğne ile %0,9 NaCl ile yapay ereksiyon sağlandı, eğriliğin düzeldiği görüldü (Şekil 3). Buck fasyasının kenarlarına ayrı ayrı kesintili katgüt sütürler uygulandı. Cilt rapid vicyrl ile kapatıldı. Penil pansuman üzerine koban bandı uygulandı. Cerrahi işlem yaklaşık 100 dakikada tamamlandı.

SONUÇ

Çalışmamız PH'da bukkal mukoza greftlemenin güvenliği ve etkinliği ile ilgili mevcut literatüre katkıda bulunmaktadır. Operasyon literatürde ki önceki çalışmaların sonuçlarını doğrulayacak şekilde plak eksizyonu ve bukkal mukozal greftin yapısal ve fonksiyonel açıdan hasta memnuniyeti ile sonuçlandığını göstermektedir.

Şekil 1: Yapay ereksiyon sırasında etkilenen tarafın penil tabandan üretral meatusa kadarki görünümü

Şekil 2: Maksimal eğrilik bölgesinde plağın H şeklinde kesilmesinden ve tunica albugenianın alttaki kavernöz dokudan dikkatli bir şekilde ayrılmasından sonra, bukkal mukozal ile boşluğun greftlenmesi



Şekil 3: Eğriliği düzeldiğini gösteren yapay ereksiyon ile sağlanan postoperatif görünüm

SB-94

EREKTİL DİSFONKSİYON TEDAVİSİNDE RADYAL VE FOKUS ŞOK DALGA TEDAVİSİ UYGULAMALARININ KARŞILAŞTIRMASI

ABDULMECİT YAVUZ(1) GÖKSEL BAYAR(1)

1. Özel Gelişim Hastanesi

AMAÇ

Erektil disfonksiyon (ED) için başvuran hastalarda radyal ve fokus teknikle çalışan iki farklı şok dalga tedavisinin (ESWT) etkinliğini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak- Nisan 2022 tarihleri arasında iki farklı merkezde hastalara uygulanan ESWT tedavisine ait kayıtlar retrospektif olarak incelenmiştir. Merkezlerin birindeki elektromanyetik teknikle oluşturulan radyal dalga kullanılırken, diğer merkezde elektrohidrolik teknikle fokus dalga kullanılmıştır. Her iki merkezde de hastalara 6 seans uygulanmış, her seansta radyal tedavi grubunda penisin 5 farklı noktasına 10 bin atım yapılırken, fokus grubunda 5 farklı noktaya toplam 3000 atım yapılmıştır. Tedavi öncesi ve tedavi sonrası 3. ayda hastalara uluslararası erektil fonksiyon sorgulama formunun beş soruluk (IIEF-5) kısmı doldurulmuş ve var ise hastaların vasküler risk ek hastalıkları (diyabet, hipertansiyon ve iskemik kalp hastalığı) kaydedilmiştir. İstatiksel analizde bağımsız iki grup karşılaştırmasında dağılımı normal olanlar için student-t testi, dağılımı normal olmayanlar için Mann-Whitney U testi ve bağımlı verilerin karşılaştırması için Wilcoxon analizi kullanılmış, multivariate analiz için lineer-regresyon yöntemi kullanılmıştır. P değerinin 0,05'in altında olması anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Radyal grupta 33, fokus grupta 31 olmak üzere çalışmaya 64 hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaş ve ek hastalık açısından iki grup benzerdi. Medyan ED süresi radyal grupta daha düşük iken (1'e karşı 3 p=0,009), başvuru anındaki IIEF skoru daha yüksekti (15'e karşı 13 p=0,014). Tedavi sonrası hem radyal (15'ten 25'e yükseldi p<0,001), hem de fokus (13'ten 21'e yükseldi p<0,001) grubunda medyan IIEF-5 skorunun tedavi öncesine göre anlamlı olarak arttığı görüldü. IIEF-5 skorlarındaki artış radyal grupta, fokusa göre anlamlı olarak daha yüksekti (11'e karşı 7 p<0,001). Her iki grup hastaların katılarak yapıldığı multivariete lineer regresyon analizinde yaş arttıkça (p= 0,006) ve yandaş hastalık varlığında (p= 0,026) ESWT cevabının kötüleştiği saptanmıştır.

SONUÇ

Çalışmamızda her iki ESWT tekniğinin ereksiyonu iyileştirmede etkin olduğu gösterilmiştir. Ancak Radyal tedavi grubundaki hastaların IIEF skorlarında daha fazla artış saptanmıştır. Daha çok merkezli ve hasta sayısıyla, özellikle enerji kaynağı, dalga çeşidi konusunda yapılacak yeni ve kapsamlı çalışmalar tedavi seçimi konusunda yol gösterici olacaktır.

-	Fokus	Radyal	P değeri
Hasta Sayısı (n)	31	33	-
Ortalama Yaş (yıl)± ss	47,6±8,9	44,1±10,6	0,149
Ek hastalık varlığı (%)	17 (%54,8)	12 (%36,4)	0,138
Median ED süresi (yıl) (min-max)	3 (1-9)	1 (0,5-20)	0,009
Median İlk IIEF değeri (min-max)	13 (7-18)	15 (7-21)	0,014
Median Son IIEF değeri (min-max)	21 (11-25)	25 (15-30)	<0,001
Median IIEF farkı (min-max)	7 (2-10)	11 (6-19)	<0,001

SB-95

DİYABETES MELLİTUS'A BAĞLI GELİŞEN EREKTİL DİSFONKSİYONDA ANDROJEN RESEPTÖRÜNÜN ROLÜ: DENEYSEL BİR ÇALIŞMA

ANIL ERKAN(1) ALTUĞ TUNCEL(2) GÜRKAN YİĞİTTÜRK(3) YILMAZ ASLAN(4) ÇAĞDAŞ ŞENEL(5) ÖZER GÜZEL(2) MELİH BALCI(4)

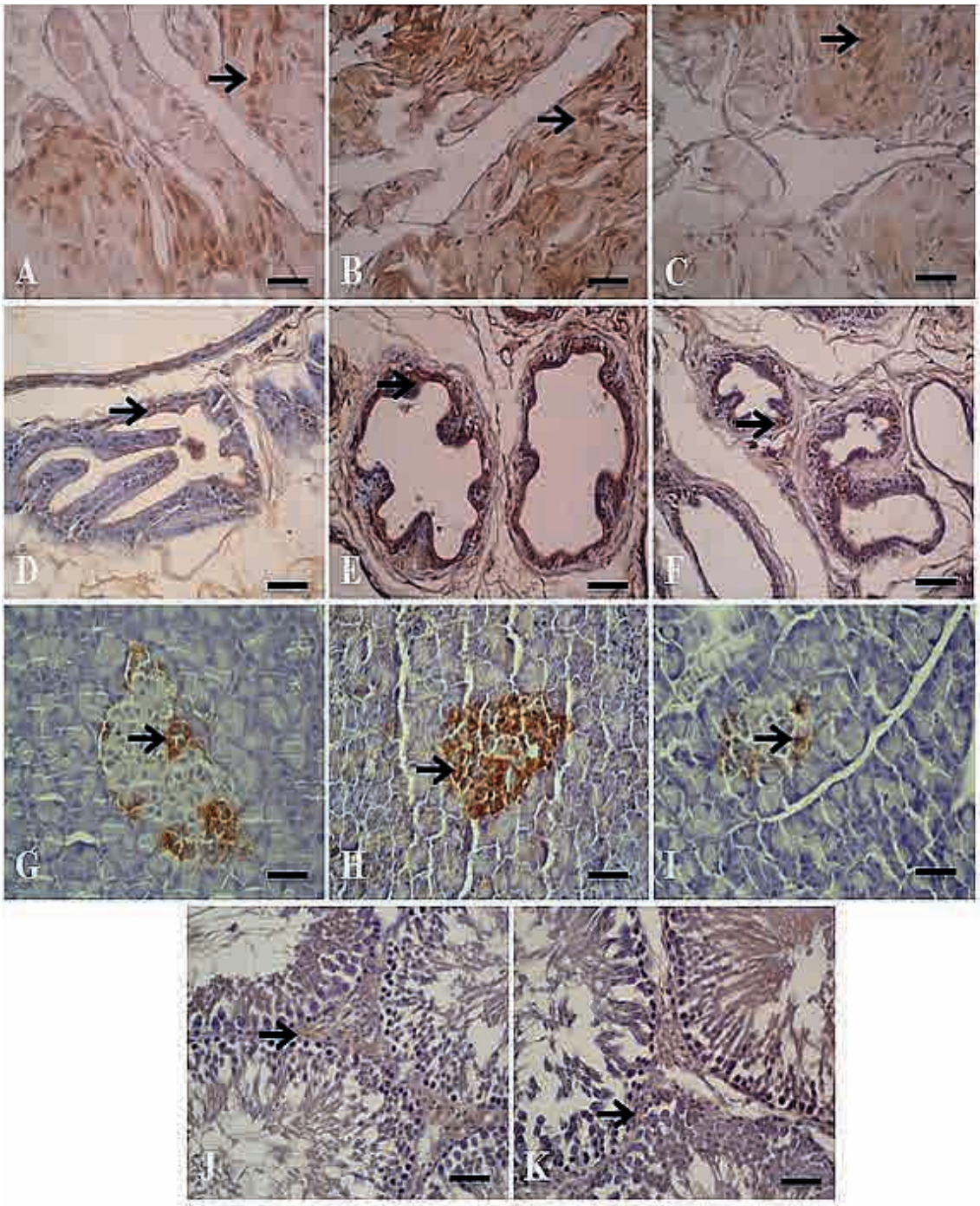
1. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa
2. Ankara Şehir Hastanesi, Ankara
3. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, MUğla
4. Özel Memorial Hastanesi, İstanbul
5. Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balıkesir

AMAÇ
Diyabetes Mellitus (DM)'a bağlı erektil disfonksiyon (ED)'u olan ratlarda androjen reseptörü (AR)'nün ve serum total testosteron düzeylerinin rolünü araştırmak ve ortak patogenezi temel alarak bu hastalıklara dair tedavi stratejilerinin geliştirilmesine katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmada kontrol grubunda 8 adet, DM'u olan grupta 8 adet ve kastrasyon grubunda 8 adet olmak üzere toplamda 24 rat kullanıldı. Kontrol grubundaki (Grup 1) ratlar tamamen sağlıklı erkek ratlardan oluşturuldu. DM'u olan gruptaki (Grup 2) 8 rata, streptozotosin enjeksiyonu ile DM oluşturuldu. Kastrasyon grubundaki (Grup 3) 8 rata, bilateral orşiektomi yapıldı. Tüm gruplarda ağırlık, serum total testosteron düzeyi ve intrakavernozal basıncın, ortalama arteryel basınca oranı (ICP/MAP) ölçümleri yapıldı. Grup 1'de çalışmanın 3. haftası, Grup 3'de kastrasyonun 3. haftası, Grup 2'de ise DM oluşumunun 6. haftası ratlar sakrifiye edildikten sonra pankreas, prostat, korpus kavernozum ve testis dokuları diseke edilerek AR için immunhistokimyasal inceleme yapıldı.

BULGULAR
Grup 1, 2 ve 3'ün ortanca serum total testosteron düzeyleri sırası ile, 2,5±0,92 ng/mL; 0,46 ± 0,17 ng/mL ve 0,1 ng/mL idi. Grup 2 ve 3'ün, serum total testosteron düzeyleri Grup 1 ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,01$). Grup 2 ve 3 kendi aralarında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,41$). AR ifadesi Grup 1 ve 2 arasında karşılaştırıldığında; Grup 2'deki ratların prostat ve korpus kavernozumunda değişmediği, pankreasın langerhans adacıklarında arttığı, testisinde ise azaldığı saptandı.

SONUÇ
Çalışmamız ED ve DM birlikteliğini hormon ve reseptör düzeyinde, ortak patogenezi temel alarak yapıldığı için önemli bir çalışmadır. DM olan hastalarda, AR ifadesi farklı dokularda, farklı yanıtlar verebilmektedir. ED ve DM arasındaki ilişkinin aydınlatılmasında daha fazla hayvan deneyi ve insan dokuları üzerinde yapılacak çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.



Şekil 1. AR'lerinin immunhistokimyasal boyanmasının 40X büyütmedeki görüntüleri

(A) Grup 1; korpus kavernozum, **(B)** Grup 2; korpus kavernozum, **(C)** Grup 3; korpus kavernozum, **(D)** Grup 1; prostat dokusu, **(E)** Grup 2; prostat dokusu, **(F)** Grup 3; prostat dokusu, **(G)** Grup 1; pankreas dokusu, **(H)** Grup 2; pankreas dokusu, **(I)** Grup 3; pankreas dokusu, **(J)** Grup 1; testis dokusu, **(K)** Grup 2; testis dokusu

SB-96

PREMATÜR EJAKÜLASYON TANILI BİREYLERDE DÜRTÜSELLİĞİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SERKAN AKSU(1) HASAN DELİKTAŞ(2) HARUN BAL(2) İLKER AKARKEN(2) HAYRETTİN ŞAHİN(2)

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizyoloji Anabilim Dalı, Muğla
2. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Muğla

AMAÇ

Yaşam boyu Prematür Ejakülasyon (PE), etiyolojisinde psikolojik, nörobiyolojik, otonomik ve genetik etkenler gibi çok sayıda farklı mekanizmanın yer aldığı düşünülmektedir. Son yıllarda hastalığın nörobiyolojik temellerinin incelenmesine yönelik ilgi artmışsa da halen bu konuda kranyal aktivite değişiklikleri ve serotonerjik disregülasyon gibi öncül sonuçlarla sınırlı az sayıda veri bulunmaktadır. Bu çalışmada ise ilk kez PE hastaları ve sağlıklı bireyler arasında dürtüsellik ve risk altında karar verme açısından farklılık olup olmadığının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Uluslararası Cinsel Tıp Derneği'nin (ISSM-2014) belirlediği ölçütlere göre klinik tanı konmuş 30 yaşam boyu PE hastasının verileri PE tanısı almadığı doğrulanmış sağlıklı gönüllülerle karşılaştırıldı. Katılımcılara Prematür Ejakülasyon Tanısal Aracı (PEDT), Uluslararası Erektil Fonksiyon Endeksi (IIEF), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9), Balon Analog Risk Testi (BART) ve Zamansal Değersizleştirme Testi (ZDT) uygulanmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler, normal dağılıma uygunluğuna göre Bağımsız Örneklemler T testi ya da Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Bağıntı analizleri Spearman testleri ile yapılmıştır.

BULGULAR

Örneklemde yaş ortalaması 37,28 (18-55) idi. PE hastalarının ortalama PEDT puanları 9,67 ve PHQ-9 puanları 5,69 idi. PE hastaları ve sağlıklı kontroller arasında BART net skorları ve patlama sayıları, ZDT k katsayıları, tutarlılık be risksiz seçim yüzdeleri açısından herhangi bir farklılık saptanmadı (p>0,05). PEDT ile PHQ-9 arasında orta derece (p <0,001; r=0,481), BDÖ ile PHQ-9 arasında da zayıf bir ilişki (p =0,038; r= 0,288) saptandı.

SONUÇ

Yaşam boyu PE hastalarında depresyon düzeyleri ile PE şiddeti arasında bir ilişki saptanırken yaşam boyu PE hastalarında yaygın bir dürtüsellik olduğuna dair bir bulguya ulaşılamamıştır. Bu durum yaşam boyu PE patofizyolojisinde diğer patofizyolojik teorilerin daha çok rol oynuyor olabileceğini düşündürmektedir.

-	PE (n=26)	Sağlıklı (n=26)	Z/t	p
Yaş	33,23 ± 8,81	41,34 ± 8,69	3,341	0,002
Eğitim Yılı	12,26 ± 3,21	13,11 ± 3,39	-1,111	0,267
Birleşme Sayısı (Son Hafta)	2,73 ± 1,77	1,92 ± 1,44	-1,529	0,126
Birleşme Sayısı (Son Ay)	9,38 ± 2,69	8,80 ± 3,63	-1,083	0,279
Boy	177,26 ± 6,98	174,30 ± 7,98	-1,424	0,161
Kilo	84,03 ± 8,82	79,96 ± 15,19	0,917	0,376
PEDT	13,57 ± 4,90	5,76 ± 3,06	-5,145	<0,001
IIEF-EF	25,53 ± 2,65	26,69 ± 2,47	-3,674	0,148
PHQ-9	6,96 ± 1,66	4,42 ± 2,49	-0,377	<0,001
BDÖ	57,46 ± 7,46	54,88 ± 8,66	-1,149	0,256
BDÖ Motor	16,73 ± 3,51	17,92 ± 3,67	-1,316	0,188
BDÖ Plan Yapmama	25,88 ± 4,51	23,50 ± 5,18	-1,769	0,083
BDÖ Dikkat	14,84 ± 3,83	13,46 ± 3,19	-1,158	0,247
BART UOŞS	30,02 ± 15,30	28,14 ± 12,48	-0,479	0,634
BART Patlama Sayısı	8,96 ± 5,37	7,88 ± 4,05	-0,816	0,418
ZDT k katsayısı	0,07 ± 0,09	0,11 ± 0,11	-1,145	0,252
ZDT tutarlılık	95,15 ± 4,41	95,72 ± 4,01	-0,0400	0,689
ZDT geç ödül seçim yüzdesi	31,76 ± 20,79	26,89 ± 25,56	-0,994	0,320

PE Dürtüsellik Verileri

SB-97

FİBROZİS İNDEKSLERİ EREKTİL DİSFONKSİYON TEDAVİSİNİ YÖNLENDİREBİLİR Mİ?

REHA GİRGİN(1) ONUR ÖZYAMAN(1)

1. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak

AMAÇ

Erektil disfonksiyona neden olan olası mekanizmalardan biri corpus cavernosumda fibrozis ve veno-okluziv mekanizmalarda bozulmadır. Çalışmamızda karaciğer fibrozunu değerlendirmede kullanılan fib-4 indeksinin erektil disfonksiyon hastalarında disfonksiyonun derecesiyle korelasyonunu ve tedaviye yanıtı ön görücülüğünü tespit etmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Merkezimize Nisan 2021 – Nisan 2022 tarihleri arasında erektil disfonksiyon yakınması ile başvuran tanı tedavi ve takipleri yapılan ve verileri tam olan 104 hasta çalışmaya dahil edildi.hastaların demografik verileri, erektil disfonksiyona neden olabilecek olası hastalık ve kullandıkları ilaçlar, laboratuar-hormonal değerleri(alt, ast, plt, testosteron, fsh,lh, prolaktin gibi), uygulanan tedaviler, bu tedaviler öncesi ve sonrası ıief-5 skorları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar ıief-5 skorlarına göre ciddi(0-10), orta(11-16), hafif-orta(17-21), hafif(22-25) olmak üzere 4 gruba ayrılarak her grup için fıb-4 indeksleri hesaplandı. Fib-4 indeksi hesaplanması için platelet, alt, ast ve yaş verileri kullanıldı. Bulgular gruplar arasında karşılaştırıldı.

BULGULAR

104 hasta için ilk değerlendirmede hesaplanan ıief-5 skorlarına göre 4 gruba ayrıldığında 22 hastanın ciddi, 22 hastanın orta, 16 hastanın hafif orta, 44 hastanın ise hafif düzeyde erektil şikayetleri olduğu saptandı. Gruplar arasında yaş ve vki açısından anlamlı farklılık saptandı. Çalışmaya dahil olan hastaların %45 'inin(49 hasta) sigara kullanımı olduğu saptandı. Hastaların kullandığı ilaçlar incelendiğinde 38 (tüm hastaların %35 'i) hastamızda erektil disfonksiyon yan etkisi olan ilaçlar kullandığını tespit ettik. Bu ilaçlar içerisinde de özellikle diüretikler, nebivolol dışı beta blokerler ve psikiyatrik ilaçlar dikkati çekmiştir. Eşlik eden kronik hastalıklar incelendiğinde çalışmamıza dahil edilen hastaların %35 in de (37 hasta) diabetus mellitus tanıları olduğu saptanmıştır ve en sık eşlik eden kronik hastalık olarak dikkat çekmiştir. Ciddi semptomları olan hasta grubundaki hastaların uzun yıllar çeşitli merkezlerde tedavi arayışları olduğu medikal ve intrakavernozal tedavileri denediği gözlemlendi. Bu hasta grubumuzda medikal ve veya intrakavernozal tedavilerle başarı oranımızın düşük olduğu hastalarımızın %65 ine (15 hasta) penil protez cerrahisi önerildiğini tespit ettik. Her hasta için ayrı ayrı olarak hesaplanan fıb-4 indekslerinde ciddi semptomları olan grupta ortalama 1,92 (min:0,98-max:4,63) ; orta semptomları olan grupta 1,56 (min: 0,97 – max:2,47) ; hafif – orta semptomları olan grupta 1,47 (min : 0,87 – max: 2,35) ve hafif semptomları olan grupta 1,42 (min : 0,58 – max:3,55) olarak tespit edilmiştir. Tedavi yanıtı açısından değerlendirildiğinde ındeks değerinin yüksek ya da düşük olması ile tedaviye verilen yanıt açısından korelasyon saptanamamıştır.

SONUÇ

Fibrozisin etyolojide yer alan nedenlerden biri olduğu bilgisinden yola çıkarak daha önce hiç çalışılmamış bir verinin bize klinik pratiğimizde katkısı olup olmayacağını deneyimlemeyi ve literatüre yeni bir bilgi katmayı amaçladık. Çalışmamızda ciddi semptomları olan grupta fıb-4 indeksinin ortalama değer olarak daha yüksek hafif semptomu olan grupta ise daha düşük tespit ettik. Ancak tedaviye yanıtı öngörme açısından fıb-4 indeks kullanışlı ve öngörücü gözükmemektedir.Daha geniş hasta gruplarında bu indekslerin prognostik değerini öngörecek çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

SB-98

PEYRONİE HASTALIĞI NEDENİYLE CERRAHİ TEDAVİ UYGULANANAN HASTALARIN TEK MERKEZLİ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

ÇAĞRI DOĞAN(1) MURAT AKGÜL(1) CENK MURAT YAZICI(1) SERKAN ŞERAMET(1) HULUSİ SITKI DAYISOYLU(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

Peyronie hastalığı, tunika albugineada fibröz plak oluşumuyla karakterize, edinsel bir bağ doku bozukluğudur. Etyolojisinde kesin bir neden saptanmamakla beraber ilişki mikro travmalarının sonucunda gelişebileceği düşünülmektedir. Hastalar sıklıkla penil eğrilik, ağrı, penis boyunda kısalma ve erektil disfonksiyon (ED) şikâyeti ile başvurmaktadır. Cerrahiye uygun olmayan ya da istemeyen hastalarda interferon alfa, klostridyum kollajenaz uygulaması medikal tedavi seçeneklerini oluştururken, peyroni hastalığının esas tedavisini cerrahi prosedürler oluşturmaktadır. (Plikasyon cerrahileri veya greft ile onarım) Cerrahi prosedürlerin yüksek etkinliğinin olasına rağmen erektil disfonksiyon, penil bölgede his kaybı ve penis boyunda kısalma gibi yan etkiler görülebilmektedir. Uygulanan cerrahi tekniğe göre hastalarda erektil disfonksiyon başta olmak üzere post-operatif yan etkilerin gelişimi değişkenlik gösterebilir. Uygun teknik seçimi için kliniğimizde peyroni cerrahisi yapılan hastaların post-operatif yan etkileri retrospektif olarak incelendi.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya kliniğimizde 2019-2022 yılları arasında Peyronie hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi yapılan 22 hasta dahil edildi. Hastaların 6'sına peyroni plak insizyonu ve greft uygulaması yapılırken, 16 hastada penil plikasyon cerrahisi uygulandı. Greft uygulaması yapılan hastaların 3 üne safen grefti ve 3 hastaya sığır xenografti yerleştirildi. Greft ile onarım yapılan hastalar post-operatif dönemde fosfodiesteraz tip 5 inhibitörü (PD5inh) ve penil rehabilitasyon uygulandı. Plikasyon cerrahisi geçiren hastalara sadece PD5inh verildi. Hastaların yapılan cerrahi öncesi ve sonrasında doldurulan IIEF formları incelendi ve olası post-operatif yan etkileri sorgulandı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 22 hastanın yaş ortalaması 52,8 ± 10,6 bulundu. Hastaların peniste eğiklik derecesi greft ile onarım yapılan grupta ortalama 43,3 ± 2,5 derece iken plikasyon yapılan grupta 35,6 ± 11,2 derece olarak tespit edildi. Greft ile onarım yapılan grubun preop IIEF skorları ortalama 14,8 ± 5,1; postop. IIEF skorları ortalama 13 ± 6,4 olarak bulundu. Plikasyon grubu incelendiğinde ise hastaların preop IIEF skorları ortalama 12,6 ± 3,9, postop. IIEF skorları ortalama 12,8 ± 5,3 olarak tespit edildi. Bütün hastalar incelendiğinde preop ve postop IIEF skorları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. (p: 0.77) Greft ile onarım yapılan ve plikasyon cerrahisi uygulanan hastalar birbiri ile kıyaslandığında yine anlamlı farklılık saptanmadı. (Sırasıyla; p: 0,402, p: 0,869). Plikasyon cerrahisi yapılan 3 hastada greft ile onarım yapılan 1 hasta penis boyunda kısalma şikâyeti belirtmiştir. Penil bölgede his kaybı hastaların hiçbirinde gözlemlenmemiştir.

SONUÇ

Peyronie hastalığı nedeniyle cerrahi tedavi uygulanan hastalarda erektil disfonksiyon açısından preop ve postop dönemde anlamlı farklılık görülmemiştir. Uygulanan cerrahi tekniğin erektil disfonksiyon ile ilişkisi gösterilememiştir.

	Plak İnsizyonu +Greft Onarımı	Plikasyon Cerrahisi	*p* değeri
Hasta sayısı (n)	6	16	
Yaş	48,6 ± 7,2	54,4 ± 11,5	0,457
Eğiklik derecesi	43,3 ± 2,5	35,6 ± 11,2	**0,041**
Preop. IIEF	14,8 ± 5,1	12,6 ± 3,9	0,402
Postop. IIEF	13 ± 6,4	12,8 ± 5,3	0,869

SB-99

ENFEKTE ÜÇ PARÇALI PENİL PROTEZİN TEK ÇÖZÜMÜ PROTEZİ ÇIKARTMAK MI?

ZAFER GÜNERŞ(1) EMRE ALTINTAŞ(1) MURAT GÜL(1)

1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

AMAÇ

Penil protez enfeksiyonu sonrası nekrotizan yumuşak doku enfeksiyonu gelişen, medikal tedavi ve debridman ile tedavi edilen olguyu sunmaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM

59 yaşında erkek hasta 15 yıldır olan erektil disfonksiyon şikayeti ile başvurdu. Hasta diyabet, koroner arter hastalığı ve hipertansiyon hastalıkları olduğunu belirtti. Yapılan tetkiklerde hormon profili normaldi. Fizik muayenesi normal olan hastanın Uluslararası Erektil Fonksiyon İndeksi 0 dı. Daha önce tadalafil 5 mg ve alprostadil (intrakavernozal) kullandığı halde ereksiyonun olmadığını belirtti. Penil renkli dopler ultrason yapılan hastanın venöz yetmezliği olduğu saptandı. Hastaya tedavi açısından üç parçalı penil protez önerildi. Pre op anestezi hazırlıkları tamamlanan ve aydınlatılmış onam formu alınan hastaya gerekli hazırlıklar sonrası(perioperatif antibiyotik profilaksisi ve perine temizliği) penil protez implantasyon operasyonu yapıldı. Post operatif 3.günde önerilerde bulunarak hasta şifa ile taburcu edildi.

BULGULAR

Post operatif 17.günde kontrole gelen hasta 1 haftadır penil ağrısının olduğunu ve ameliyat bölgesinde hiperemi nedeniyle başvurdu. (Resim-a) Yapılan muayene sonrası hastaya enfeksiyon kliniğinin önerisiyle ampirik meropenem, vankomisin ve metronidazol tedavisi başlandı ve yara yerinden kültür gönderildi. Günlük 3x1 rifampisin steril şekilde yara yeri pansumanı yapıldı. Tedavinin 2.günü yara yeri nekroze dokular debride edildi. Yara yerinden alınan kültürde proteus mirabilis üredi. Mevcut antibiyotiklere duyarlı olması nedeniyle tedaviye devam edildi. Tedavinin 10.gününde kontrol yara yeri kültürü temiz gelmesi üzerine hastaya plastik cerrahiyle beraber nekrotik dokular debride edilip z plasti ile yara yeri revizyonu yapıldı. (Resim-b) Post operatif 3.günde hasta şifa ile taburcu edildi. (Resim-c) Taburculuk sonrası 1.hafta kontrollerinde hastanın sütürleri alındı yara yerinin tamamen iyileştiği gözlendi. (Resim-d)

SONUÇ

Penil protez implantasyonun en ciddi komplikasyonlarının başında enfeksiyon gelmektedir. Enfeksiyon oranları cerrahi deneyimle rin gelişmesiyle azalmış olsa da; vakaların yaklaşık %1-3'ünde enfeksiyon görülmektedir. Enfeksiyon sonucu penil protezin çıkarılmasına kadar gidebilen sonuçlar doğurmaktadır. Penil protez implantasyonlarından sonra görülen özellikle konak savunması zayıf olan hastalarda (diyabet vb.) hospitalize edilerek doğru antibiyoterapi ve yara yeri bakımı ile enfeksiyonun ilerlemesi ve implantın çıkarılmasının önüne geçilmesi sağlanabilir.

SB-100

PENİL PROTEZ CERRAHİSİ SONRASI KOMPLİKASYON VE RE-HOSPİTALİZASYON

MESUT ALTAN(1) HAKAN KESKİN(1) AHMET GÜDELOĞLU(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

AMAÇ
Bu çalışmada penis protez implantasyon yapılan hastalarda komplikasyon ve re-hospitalizasyon ile ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Kasım 2014-Temmuz 2022 tarihleri arasında penil protez implantasyonu uygulanan 96 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Yaş, eşlik eden diabetes mellitus (DM) ve/veya hipertansiyon (HT), geçirilmiş cerrahi (RP, SPTV-p, üretroplasti), postoperatif yatış süresi, kullanılan protez (çok parçalı, tek parçalı) ile komplikasyon ve re-hospitalizasyon arasındaki ilişki incelendi.

BULGULAR
Ortalama hasta yaşı 57,59 (±12,001), 41 hastaya (%42,7) tek parçalı (bükülebilir), 52 hastaya (%54,2) çok parçalı (şişirilebilir) penil protez takıldı. 37 hastada geçirilmiş üriner sistem cerrahi öyküsü, 50 hastada DM, 65 hastada HT mevcuttu. 2 (%2,1) hastaya iskemik priapizm nedeniyle kavernozal dekompresyon ve erken dönemde protez uygulaması yapıldı. Hastaların hepsinde fosfodiesteraz 5 inhibitörü (FDİ) kullanımı öyküsü mevcuttu. 2 hastaya postoperatif erken dönem revizyon yapıldı. Biri postoperatif ikinci günde tanı konulan cross nedeniyle, diğeri ise rezervuarın mesane içine girmesi nedeniyle uygulandı.

Ortalama yatış süresi 3,54 gündü (±2,154). 2 hastanın protezi erken dönem protez enfeksiyonu nedeniyle çıkarıldı. 12 hasta mekanik protez disfonksiyonu, 6 hasta protez enfeksiyon şüphesi ve 2 hasta yara yeri debridman nedeniyle postoperatif dönemde yatırıldı.

Çok parçalı protez yerleştirilmesi komplikasyon ve re-hospitalizasyon ile ilişkili tek faktör olarak bulundur (p=0,022, p=0,012; sırasıyla).

SONUÇ
Penil protez cerrahisi komplikasyona açık bir cerrahidir. Çok parçalı protez implantasyonu komplikasyon ve yeniden hastaneye yatış ile ilişkilidir.

SB-101

EREKTİL DİSFONKSİYONU OLAN DİYABETİK VE NON-DİYABETİK HASTALARDA Lİ-ESWT SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

İBRAHİM HALİL ŞÜKÜR(1) SERDAR GEYİK(2)

1. Bingöl Devlet Hastanesi, Bingöl
2. Aksaray Üniversitesi Aksaray Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aksaray

AMAÇ
Erektil disfonksiyonu (ED) olan diyabetik ve non-diyabetik hastalarda düşük yoğunluklu şok dalgası tedavisinin (Li-ESWT) etkinliğini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2015 ile Ekim 2020 arasında en az 3 ay süreyle fosfodiesteraz tip 5 inhibitörleri (PDE5i; 5 mg/gün) kullanımından fayda gören veya yararlanmayan ve Li-ESWT uygulanan hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. Bu hastaların erektil disfonksiyonu uluslararası erektil fonksiyon formu- erektil fonksiyon alanı (IIEF-EF) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR
Diyabetik grupta 46 ve diyabetik olmayan grupta 60 hasta vardı. Hastaların ortalama yaşı 50,8 (± 11,4), ortalama erketil disfonksiyon süreleri 4(±2,93) yıldı. Bu hastalara tek seans Li-ESWT uygulandı. Diyabetik ve non-diyabetik hastaların birinci ay ve altıncı ay IIEF skorları önce kendi içlerinde ve daha sonra diyabetik ve non-diyabetik iki ayrı grup olarak karşılaştırıldı. Diyabetik ve non-diyabetik hastaların IIEF skorlarının analizi, tedavi sonrası birinci ve altıncı aylarda istatistiksel olarak anlamlı artış gösterdi. İki grubun biribiriyle karşılaştırılmasında non-diyabetik hastalardaki IIEF skoru artışının diyabetik gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü.

SONUÇ
Sonuç olarak erektil disfonksiyonu olan diyabetik ve non-diyabetik hastalarda Li-ESWT tedavisi güvenle uygulanbilen bir tedavi yöntemi olup, non-diyabetik hastalardaki IIEF skoru artışı diyabetik hastalara göre daha fazladır

SB-102

TRANSREKTAL ULTRASON EŞLİĞİNDE PROSTAT BİYOPSİSİ SONRASI IIEF-5 SKORUNA PERİPROSTATİK SİNİR BLOKAJI VE İNTRAREKTAL LİDOKAİN UYGULANMASININ ETKİSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

AHMET EMİN DOĞAN(1) HUSEYİN MERT DURAK(1) MEHMET ALTAN(1) GÖRKEM ÖZENÇ(1) HİLMİ SARI(1) AZMİ LEVENT SAĞNAK(1)

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Transrektal rektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi esnasında kullanılan anestezi tekniklerinin erektil fonksiyonlar üzerine etkisinin araştırılması.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamızda Haziran 2021 ve Haziran 2022 arasında kliniğimizde PSA yüksekliği veya rektal tuşede şüpheli nodül olması nedeniyle transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi (TRUS-PB) alınan 312 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar iki gruba ayrılmıştır ve birinci gruba (n:58) USG eşliğinde %1'lik 20cc lidokain enjeksiyonu kullanılarak periprostatik sinir bloğu ve intrarektal 10cc %2'lik lidokainli jel uygulaması yapılmıştır. İkinci gruba (n:49) ise işlem öncesi sadece intrarektal 10cc %2'lik lidokainli jel uygulaması yapılmıştır. Hastaların işlem sonrası 1.ay, 2.ay ve 3.ay Uluslararası Erektil İşlev Formu-5 (IIEF-5) skorları ve işlem sırasındaki görsel ağrı skorları (VAS) karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Her iki gruptaki VAS skorları, biyopsi öncesi IIEF-5 skorları, biyopsi sonrası 2.ay ve 3.aydaki IIEF-5 skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Sırasıyla ; p:0,898, p:0,449, p:0,201, p:0,563)

Biyopsi sonrası 1.ayda sinir blokajı ile beraber intrarektal lidokainli jel uygulanan gruptaki IIEF-5 skorları, sadece intrarektal jel uygulanan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulundu (p:0,036).

SONUÇ

Transrektal ultrason eşliğinde prostat biyopsisi sonrası erektil disfonksiyon erken dönemde periprostatik sinir blokajı ile birlikte intrarektal jel uygulanan hastalarda daha fazla görülmektedir. Ayrıca intrarektal jel uygulanarak TRUS-PB işlemini ağrı açısından hastaların rahatlıkla tolere edebildiği görülmüştür. Bu nedenle uygun hastalarda işlem sonrası erektil disfonksiyon komplikasyonunu azalmak için sadece intrarektal jel uygulaması yapılabileceği akılda tutulmalıdır

-	USG Eşliğinde Periprostatik Sinir Blokajı ve İntrarektal Lidokainli Jel Uygulanan Hastalar (1.grup) (n:58)(min-maks)	Sadece İntrarektal Lidokainli Jel Uygulanan Hastalar (2.grup) (n:49)(min-maks)	p değeri
Yaş	64,2 (46-78)	64,1 (54-84)	0,510
PSA (ng/dL)	24,7 (3,2-611)	16,4 (1,7-227)	0,482
Prostat Bezi Volümü (cc)	67,7 (24-185)	63,1 (20-310)	0,525
VAS Ağrı Skoru	5,5 (2-10)	6,0 (3-10)	0,898
TRUS-PB öncesi IIEF-5 Skoru	17,6 (5-25)	16,3 (5-25)	0,449
TRUS-PB Sonrası 1.Ay IIEF-5 Skoru	12,6 (5-21)	13,7 (5,24)	0,036
TRUS-PB Sonrası 2.Ay IIEF-5 Skoru	16,2 (5-24)	15,4 (5-25)	0,201
TRUS-PB Sonrası 3.Ay IIEF-5 Skoru	17,3 (5-25)	16,1 (5-25)	0,563

Sonuç

SB-103

ANKİLOZAN SPONDİLİT KAYNAKLI KİFOZU OLAN ERKEKLERDE SPİNAL DÜZELTME CERRAHİSİNİN CİNSEL FONKSİYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ

MUHAMMED FATİH SERTTAŞ(1) YAŞAR PAZIR(2) ÖMER YILDIRIM(3) MUSTAFA ERKAN İNANMAZ(1)

1. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Sakarya
2. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
3. Gelibolu Şehit Koray Onay Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Çanakkale

AMAÇ
Ankilozan spondilit (AS), primer olarak aksiyel iskeletin etkilendiği, kronik romatizmal bir hastalıktır. Hastalığın seyri sırasında gelişebilen şiddetli spinal kifoz ve mobilite kısıtlılığı nedeniyle hastaların cinsel fonksiyonları olumsuz olarak etkilenebilmektedir. Bu çalışmada, AS kaynaklı kifoz nedeniyle spinal düzeltme cerrahisi yapılan erkeklerde, cerrahinin cinsel fonksiyon ve ilişki sıklığı üzerindeki etkilerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Mart 2016 – Haziran 2020 tarihleri arasında AS kaynaklı kifoz nedeniyle primer tek aşamalı spinal osteotomi cerrahisi yapılan 26 erkek hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların, cerrahi öncesi ve cerrahiden 24 ay sonrası spinal radyolojik parametreleri [lomber lordoz (LL), torakal kifoz (TK), global kifoz (GK), sagittal vertikal aks (SVA)], cinsel fonksiyonu ve cinsel aktivite sayısı karşılaştırıldı. Cinsel fonksiyon, uluslararası erektil fonksiyon indeksi (IIEF) ile değerlendirildi. Ayrıca, IIEF'teki değişim ile radyolojik parametrelerdeki değişim arasındaki korelasyon araştırıldı.

BULGULAR
Hastaların ortalama yaşı 42.38 ± 10.62 idi. Cerrahi öncesi ve sonrası LL, GK ve SVA radyolojik ölçümlerinde istatiksel olarak anlamlı fark saptanırken, TK'de anlamlı fark saptanmadı. Cerrahi sonrası, IIEF skoru ($p<0.001$) ve cinsel aktivite sayısında ($p = 0.02$) anlamlı artış görüldü. IIEF skorundaki artış ile SVA'daki değişim korele idi ($p<0.01$).

SONUÇ
AS'li erkeklerde, kifozun cerrahi olarak düzeltilmesi cinsel fonksiyonlarda ve cinsel aktivite sıklığında artışa neden olabilir. Cinsel fonksiyonlardaki artış, SVA'daki değişim ile ilişkilidir.

SB-105

URS/RIRS SONRASI UYGULANAN DOUBLE J STENT SÜRESİ İLE İŞ GÜNÜ KAYBI ARASINDA BİR İLİŞKİ VAR MI?

MEHMET EMİN ŞİRİN(1) MUSTAFA KARAASLAN(2) MEHMET YILMAZ(3)

1. Özel Aksaray İnova Hastanesi, Üroloji Bölümü, Aksaray, Türkiye
2. Bingöl Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Bingöl, Türkiye
3. Asklepios Klinik Triberg, Uroloji, Triberg, Almanya

AMAÇ

Double J stent uygulamaları hastalarda postoperatif dönemde ağrı, dizüri, sık ani idrar sıkışmaları gibi alt üriner sistem semptomlarına yol açabilir. Hastalar bu semptomlar nedeniyle çalışma hayatlarından uzaklaşmak durumunda kalabilmektedirler. Bu pilot çalışmadaüreterorenoskopi (URS) ve retrogradintrarenal cerrahi (RIRS) yapılan ve double J stent (DJ) uygulanan hastalarda DJ stent süresiyle iş günü kaybı arasında bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza üreter, böbrek taşı veya tanısal nedenlerle unilateral URS/RIRS yapılan ve DJ stent uygulanan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmamıza tam veya yarı zamanlı çalışan hastalar dahil edildi. Hastaların cinsiyeti, vücut kitle indeksleri, toplam taş boyutları (mm), uygulanan cerrahi metod (RIRS/URS), postoperatif DJ stent süreleri (gün), iş kaybı (gün) kaydedildi. Üreterik Stent Semptom Anketi (USSQ) Türkçe validasyonunun genel sağlık (6-30 puan) ile iş performansı (3-15 puan) skalaları çalışmada kullanıldı. Hastalara DJ stent çıkarılması için geldiklerinde anket soruları yöneltildi. Hastaların DJ stent süreleri ile iş günü kaybı, USSQ iş performans puanları, USSQ genel sağlık puanları ve preoperatif taş boyutları arasındaki ilişki değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 52 hasta dahil edildi. Hastaların 35 (%67.3)'ü erkek ve 17 (%32.7)'sı kadındı. Hastaların 18 (%34.6)'sına RIRS sonrası, 33 (%63.5)'üne URS sonrası ve 1 (%2.5)'ine gebelik üreterohidronefrozu nedeniyle yapılan tanısal URS sonrası üreteral DJ stent (28 cm, 5.0 Fr) takıldı. Hastaların median yaş 41 (22-76) yıl, median taş boyutu 9 (5-56) mm, median stent kalma süresi 24 (12-183) gün ve median iş günü kaybı süresi 4 (0-30) gündü. Median USSQ çalışma puanı 6 (3-15) ve median USSQ genel sağlık puanı 15 (6-28)'ti. Stent süresi ile iş günü kaybı, USSQ iş performansı puanı, USSQ genel sağlık puanı ve taş boyutu arasında yaptığımız korelasyon analizinde istatistiksel anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

SONUÇ

URS/RIRS sonrası DJ stent uygulamasının süresiyle iş günü kaybı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını gördük. DJ stent iş günü kaybı endişesi olmadan cerrahi endikasyonlar dahilinde güvenle kullanılabilir. Daha fazla hasta sayısıyla yapılacak prospektif çalışmalar DJ stent süresi ile iş günü kaybı arasındaki ilişkiyi daha açık bir şekilde ortaya koyacaktır.

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

Değişkenler	Median (min-max)
Yaş	41 (22-76)
Cinsiyet (E/K), n	35/17
VKİ	28.8 (17.6-37.6)
Taş boyutu, mm	9 (5-56)
RIRS/URS, n	18/33
Stent süresi, gün	24 (12-183)
İş günü kaybı, gün	4 (0-30)
USSQ İş performansı puanı	6 (3-15)
USSQ Genel sağlık puanı	15 (6-28)

Tablo 2: Stent süresi ve değişkenler arasındaki ilişki

		Stent süresi
	r	p
İş günü kaybı, gün	-0.141	0.31
USSQ iş performansı puanı	0.027	0.85
USSQ genel sağlık puanı	-0.244	0.08
Taş boyutu	0.229	0.1

r:correlation coefficient

SB-106

PROF. DR. CEMİL TAŞCIOĞLU ÜROLOJİ KLİNİĞİNDE 5 YILLIK RIRS DENEYİMLERİMİZ: 358 HASTALIK ANALİZ

MEHMET ALİ SEZGİN(1) MUSTAFA ERKOÇ(1) EYYÜP DANIŞ(1) EREN GÖRKEM KUTLUTÜRK(1) MUSAB UMEYIR KARAKANLI(1) AHMET BOYLU(1) MEHMET ALİ KARAGÖZ(1) LEVENT ÖZCAN(1) ALPER ÖTÜNÇTEMUR(1)

1. Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) operasyonu özellikle 2 cm den küçük böbrek taşlarının tedavisinde ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) ile birlikte altın standart minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Bu çalışmanın amacı son 5 yılda kliniğimizde RIRS yapılan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

2017-2022 yılları arasında kliniğimizde böbrek taşı ve proksimal üreter taşı nedeniyle RIRS uygulanan 358 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif taş boyut ve lokalizasyonu, komorbidite durumu, ASA (American Society of Anesthesiologists) skorlaması, operasyon süresi, postoperatif hastanede kalış süresi ve double j stent (DJ) süresi kayıt edildi.4mm altında postoperatif taşı olan hastalar taşsız kabul edilerek, taşsızlık oranları ve ikincil müdahale oranları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 47.8 (28-76) bulundu.Olguların %21,5(77)'inde hipertansiyon ve %11.7 (42)'sinde diabetes mellitus tanıları mevcut olup preoperatif ASA sınıflandırılmasında ASA I %45, ASA II %40.2 ve ASA III %14.8 olarak kategorize edildi.Hastaların preoperatif non kontrast bilgisayar tomografi (BT) görüntülemelerin de ortalama taş boyutu 390 ± 160 mm2 saptandı. Anatomik olarak taş yerleşimi hastaların 126 (35.3%)' sında pelviste, 51(14.2%)' inin üst,43(12.1%)'inin orta, 12 (15%)'nin alt kaliksiyel sistemde ve 64(17.8%)'sinin 2 ya da daha fazla zone da olduğu izlendi. Operasyon süresi ortalama 49.8 dk (30-106) ve operasyon sonrası hastanede kalış süresi 1.5 gün olarak tespit edildi (1-5 gün). Postoperatif DJ kalış süresi ortalama 19.6 gün (15-45) idi.RIRS sonrası taşsızlık oranı %90.2 olup ASA skorlarına göre taşsızlık oranı sınıflandırıldığında ASA I,ASA II,ASA III hastaların taşsızlık oranları sırasıyla %89.3, %90.1, %89.8 idi.İstatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı($p<0.01$). 34 hastaya ikincil bir minimal invaziv cerrahi müdahale gerekmiştir.16 hastaya ESWL,10 hastaya RIRS,8 hastaya da mini perkütan nefrolitotomi(M-PNL) uygulanmıştır.

SONUÇ

RIRS böbrek taşlarında her yaştan kişide ve her risk grubunda da kullanılabilecek etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

Tablo 1: Hastaların demografik ve klinik özellikleri

RIRS uygulanan hasta sayısı	358
Ortalama yaş	47.8 (28-76)
Hipertansiyon	77 (21.5%)
Diabetes Mellitus	42 (11.7%)
Ortalama taş boyutu(mm²)	390 ± 160(150 -620)
Taş lokalizasyonu	
-Pelvis	126 (35,3%)
-Alt kaliks	12 (15%)
-Üst kaliks	51(14.2%)
-Orta kaliks	43 (12.1%)
-2 ya da daha fazla zone	64(17.8%)
ASA kategorisi	
ASA I	161(45%)
ASA II	144(40,2%)
ASA III	53 (14.8%)

Tablo 2: Cerrahi sonuçlar

Operasyon süresi(dk)	49.8 (30-106)
Hastane kalış süresi(gün)	1.5 (1-5)
DJ stent süresi(gün)	19.6 (15-45)
Taşsızlık oranı	90.2 %
Ek tedavi ihtiyacı	34 (19.5%)

SB-107

RETROGRAD INTRARENAL CERRAHİ SONRASI REZİDÜ TAŞ VARLIĞI'NI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

ALPEREN BALABAN(1) METE ÖZKIDIK(1) İYİMSER ÜRE(1) AYDIN YENİLMEZ(1)

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

AMAÇ
RIRS yapılan hastalarda rezidü taş kalmasına yol açan faktörleri ortaya koymak.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde 2 cm den küçük ve semptomatik böbrek taşı nedeni ile RIRS yapılan 243 hasta rezidü taş varlığına neden olan faktörler açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Preop BT'de taşı doğrulanan ve postop birinci aydaki kontrollerinde BT ya da USG de rezidü taş saptanan hastalar saptanmayanlar ile olası etkili faktörler açısından karşılaştırıldı. Tek değişkenli analizde anlamlı olarak saptanan değişkenler için çok değişkenli analiz yapıldı. p değeri <0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR
Taş boyutunun büyüklüğü, taş sayısı, alt kalikste taş varlığı, Hounsfield Unit'in yüksek olması tek ve çok değişkenli analizlerde RIRS sonucunda rezidü taş varlığını anlamlı olarak etkileyen faktörler arasında bulundu. Ortalama yaş, cinsiyet dağılımı, vücut kitle indeksi, komorbidite indeksi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ
Taş boyutu ve sayısı arttıkça, alt kalikste yerleşen taşlarda, HU > 1200 ise RIRS sonrası rezidü taş kalma olasılığı bu değişkenler açısından negatif olan hastalara göre daha yüksek olabilir, bu açıdan hastalar operasyon öncesi bilgilendirilmelidir.

Tablo 1: Hasta gruplarında tek ve çok değişkenli analiz sonuçları.

Değişkenler ve hasta grupları	Hasta Sayısı (n)	Ort Yaş (yıl)	K/E oranı (%)	VKİ (kg/m2)	CCI	Ort Taş Boyutu (mm)	Ort Taş Sayısı	Alt Kaliks Yerleşimi (%)	Median HU
Rezidü (-)	196	53,8	81	28,2	1,9	13	1,1	27	1217
Rezidü (+)	47	54,4	88	28,4	2	18	1,5	51	1359
p	-	0,45	0,56	0,81	0,91	0,026	0,03	0,007	0,002
Çok değişkenli analiz p	-	-	-	-	-	0,037	0,04	0,012	0,01

SB-108

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ: FLOROSKOPİLİ Mİ? FLOROSKOPİSİZ Mİ?

MUSTAFA OZAN HORSANALI(1) FATİH EKREN(2)

1. İzmir Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
2. İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İzmir

AMAÇ
Günümüzde üst üriner sistem ve böbrek taşlarının endoskopik tedavisinde retrograd intrarenal cerrahi altın standart tedavi haline gelmiştir. Floroskopik görüntüleme eşliğinde yapılan bu işlemde hem hasta hem de cerrah radyasyona maruz kalmaktadır. Biz de çalışmamızda floroskopi kullanmadan yapılan retrograd intrarenal cerrahinin güvenilirlik ve etkinliğini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışma Ocak 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında üst üriner sistem taş hastalığı tanısı alan ve retrograd intrarenal cerrahi ile tedavi edilen 60 hastanın verisi retrospektif taranarak yapıldı. Hastalar floroskopi eşliğinde yapılan 30 hasta ve floroskopi kullanılmadan yapılan 30 hasta olmak üzere iki gruba ayrılarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, taş boyutu, cerrahi süresi, floroskopi süresi, takip süreleri ve taşsızlık oranları kaydedilerek karşılaştırıldı.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen 60 hastanın yaş ortalaması 43,68±11,38 yıldı. Ortalama vücut kitle indeksi (BMI) ise 27,33±4,48 m2/kg olarak hesaplandı. Retrograd intrarenal cerrahi uygulanan hastalarda taşsızlık başarı oranı floroskopi kullanılan hastalarda %63,3 iken floroskopi kullanılmayan hastalarda %73,3 olarak hesaplandı. Ortalama floroskopi süresi ise 6,07±2,85 dk olarak hesaplandı. Her gruptaki hastaların demografik verileri ve klinik özellikleri Tablo-1'de özetlendi. Her iki grupta da yalnızca minör komplikasyon (2 hastada makroskopik hematüri, 1 hastada ateş yüksekliği) izlenirken, hiçbir hastada major komplikasyon gelişmedi. Her iki grup arasında rezidü taş (>4 mm), postoperatif ek girişim gerekliliği ve hastanede yatış süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmezken floroskopi kullanılan hastalarda operasyon süresi istatistiksel olarak daha kısa bulunmuştur.

SONUÇ
Üriner sistem taş hastalığında retrograd intrarenal cerrahi artan teknoloji ile giderek daha sık uygulanan bir cerrahi yöntem konumuna gelmiştir. Bu cerrahi yöntemde kullanılan floroskopinin operasyon süresini kısaltmasına karşın cerrahi başarı üzerine etkisinin olmadığı ve bu cerrahi yöntemin floroskopi kullanılmadan da güvenle kullanılabileceğini ortaya koyduk.

-	Floroskopi (-)n= 30 (%50)	Floroskopi (+) n=30(%50)	p değeri
Yaş, yıl, ort±ss	46,20±12,54	41,17±9,64	0.143
BMI, m2/kg, ort±ss	28,68±5,79	25,98±1,89	0.056
Operasyon süresi, dk, ort±ss	37,97±18,20	23,70±7,61	<0.001
Preoperatif taş boyutu, mm, ort±ss	13,23±3,62	16,13 ±4,80	0.057
Rezidü taş varlığı n,%	8 (%26,7)	11 (%36,7)	0.409
Rezidü taş boyutu, mm, ort±ss	5,45±1,44	5,50±0,92	0.628
Taşsızlığa kadar geçen süre, gün, ort±ss	14,43±5,06	18,00±12,42	0.119
Hastanede yatış süresi, gün, ort±ss	1,23±1,10	1,10±0,30	0.154
Post operatif ek girişim gerekliliği, n,%	3 (%10)	6 (%20)	0.464
Komplikasyon, n,%	1(%3,3)	2(%6,6)	0.557

Olguların demografik ve klinik özellikleri

SB-109

TEKRAR KULLANIMLI FLEKSİBL ÜRETEROSKOP YAŞLANMASININ RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ ETKİNLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİNE ETKİSİ

CENK MURAT YAZICI(1) ÖNDER ÇINAR(2) HAKAN ÇINAR(3) OKTAY ÖZMAN(4) CEM BAŞATAÇ(5) HACI MURAT AKGÜL(1) FATİH ŞİMŞEKOĞLU(6) KEREM TEKE(7) EYÜP BURAK SANCAK(8) BÜLENT ÖNAL(6) HALUK AKPINAR(5)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Tekirdağ
2. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Zonguldak
3. Acıbadem Hastaneler Grubu, Fulya Acıbadem Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
4. İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
5. Grup Florence Nightingale Hastaneleri, Üroloji Kliniği, İstanbul
6. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
7. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Kocaeli
8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Kliniği, Çanakkale

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi, <2cm üst üriner sistem taşlarında oldukça etkin ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Bu cerrahi teknik sırasında tekrar kullanımlı veya tek kullanımlık fleksibl üreteroskoplar kullanılabilmektedir. Tekrar kullanımlı cihazların belirli bir ömrü bulunmakta ve kullanıldıkça mekanik özellikleri azabilmektedir. Bu nedenle tekrar kullanılan fleksible üreteroskopların ilk kullanım sırasındaki etkinliği ile cihaz ömrünün son dönemindeki etkinliği fark gösterebilir. Bu çalışmada tekrar kullanımlı fleksibl üreteroskop yaşlanmasının RIRC başarısı ve güvenilirliğini etkileyip etkilemediğini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Ocak 2017 ile Mart 2021 tarihleri arasında tek bir merkezde yapılan RIRC hastaları dahil edildi. Hastaların hepsi aynı cerrah tarafından aynı marka(Storz X2) flexible üreteroskoplar kullanılarak gerçekleştirildi. Dış mekanik hasar nedeniyle kullanılamaz hale gelen veya 50 hastadan daha az cerrahi uygulanan fleksible üreteroskoplar, yaşlanmaya maruz kalma vakti olmaması olasılığıyla çalışmadan çıkarıldı. Aynı cihaz tarafından cerrahisi yapılan ilk 10 hasta ile son 10 hasta çalışmaya dahil edilerek 2 ayrı grup oluşturuldu. Cihazın kullanıldığı İlk 10 hasta ile oluşturulan grup cihazın yeni halinde yapılan cerrahileri gösterirken cihazın kullanıldığı son 10 hasta ile oluşturulan grup yaşlanmış cihaz ile yapılan cerrahileri göstermekteydi.

BULGULAR

Çalışma sırasında toplam 5 fleksible üreteroskop kullanıldı. Her bir cihazla 87 ile 133 arasında cerrahi yapılmış olup ortalama cihaz kullanım sayısı ortalama 107 vakaydı. Cihazların ilk 10 hastasıyla oluşturulan grup 1 ve cihazların son 10 hastasıyla oluşan grup 2 toplam 50 hastadan oluşmaktaydı. Gruplar arasında hasta yaşı, cinsiyet, vücut kitle indeksi, renal malformasyon, cerrahi taraf, erişim kılıfı kullanım oranı, preoperatif stent varlığı ve taş lokalozasyonu açısından fark izlenmedi. Grup 1 de ortanca taş hacmi 1072.8±1091,0 mm3 ve taş yoğunluğu 1086,3±303.8 HU iken Grup 2'de ortanca taş hacmi 992,1±858,1 mm3 ve taş yoğunluğu 1079,7±256.3 mm3 olarak tespit edildi ve gruplar arasında fark olmadığı gözlendi. Her iki grup arasında cerrahi süre, lazer süresi ve lazer atım sayısı arasında fark tespit edilmedi. Grup 1'de taşsızlık oranı % 64.7 iken grup 2'de bu oran %75 olarak izlendi. (p=0,304). Komplikasyon oranlarına bakıldığında yine 2 grup arasında fark gözlenmedi. (p=0,591)

SONUÇ

Çalışmamızda tekrar kullanımlı fleksible üreteroskop yaşlanmasının cerrahi süre, cerrahi başarı ve komplikasyon oranlarını değiştirmediği tespit edildi. Tekrar kullanımlı fleksible üreteroskoplar mekanik açıdan kullanılmaz hale gelene kadar etkin bir şekilde ve güvenle kullanılabilir.

	Grup 1 (n:50)	Grup 2 (n:50)	*p değeri*
Yaş (yıl)	48.7±13.6	50.5±11.9	0.475
VKI (kg/m²)	26.82±3.54	28.35±4.65	0.398
Cinsiyet			
Erkek(%)	39	32	0.123
Kadın(%)	11	18	
Cerrahi taraf			
Sol(%)	23	27	0.230
Sağ(%)	29	21	
Renal malformasyon			
Evet(%)	3	4	0.695
Hayır(%)	47	46	
Preoperatif kreatinin seviyesi (mg/dl)	0.95±0.35	0.92±0.28	0.381
Preopereatif double j stent			
Evet(%)	14	23	0.062
Hayır(%)	36	27	
Üreteral erişim kılıfı kullanımı			
Evet(%)	47	43	0.182
Hayır(%)	3	7	
S-ReSC-R score	1.92±1.38	1.85±1.23	0.398
Taş lokasyonu			
Üst kaliks(%)	2	2	
Orta kaliks(%)	2	3	
Alt kaliks(%)	7	6	0.996
Pelvis (%)	13	12	
Üst Üreter(%)	9	10	
Çoklu kaliks(%)	17	17	
Taş hacmi (mm³)	1072.8±1091,0	992,1±858,1	0.217
Taş yoğunluğu (HU)	1086,3±303.8	1079,7±256.3	0.273
Operasyon süresi (min)	75,88±33.51	71,63±24.44	0.262
Laser süresi (min)	54,66±32.96	48,19±25.02	0.783
Total laser atımı	19196,1±16948,3	14167,1±11217,8	0.443
Taşsızlık			
Evet(%)	22(64.7)	39(75.0)	0.304
Hayır(%)	12(35.3)	13(25.0)	
Postoperatif komplikasyon			
Evet(%)	6(17.6)	7(13.5)	0.591
Hayır(%)	28(82.4)	45(86.5)	

SB-110

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİNİN YAŞLILARDA ETKİNLİĞİ VE GÜVENİLİRLİĞİ

MUSTAFA KARABIÇAK(1) BATUHAN ERGANİ(2)

1. Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Batman
2. Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Konya

AMAÇ
Çalışmamızda böbrek taşı tedavisi nedeniyle kliniğimizde retrograd intrarenal cerrahi (RİRC) uygulanan yaşlı hastalarda etkinlik ve güvenilirlik sonuçlarının, genç hastalarla karşılaştırılarak sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2020 – Aralık 2021 tarihleri arasında Batman Eğitim ve Araştırma Hastanesinde RİRC uygulanan hastalar çalışmaya retrospektif olarak dahil edildi. Hastalar 65 yaş altı (Grup 1) ve 65 yaş ve üstü (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Hastanenin kayıt sisteminden demografik veriler, anestezi risk skoru (ASA), taşın bulunduğu böbrek ve lokalizasyonu, taşın dansitesi, taşın boyutu, taş volümü, operasyon süresi, taşsızlık oranları, hastanede yatış süresi ve komplikasyon durumu verileri elde edildi. P değeri <0.05 anlamlı kabul edildi.

BULGULAR
Çalışmaya Grup 1'de 41 ve Grup 2'de 37 hasta olmak üzere toplam 78 hasta alınmıştır. ASA ve yaş bakımından Grup 2'de yer alan hastaların değerleri Grup 1'e göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olarak bulunmuştur. Gruplar arasında cinsiyet; taşın tarafı, lokalizasyonu, dansitesi, boyutu, volümü ile operasyon süresi, hastanede yatış süresi, taşsızlık ve komplikasyon oranları bakımından farklılık bulunmamıştır.

SONUÇ
RİRC genç hastalarla karşılaştırıldığında yaşlı hastalarda da yüksek taşsızlık ve düşük komplikasyon oranları ile etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

-	GRUP 1	GRUP 2	P DEĞERi
YAŞ (ortalama)	41.6±2.4	71.1±1.9	<0.01
CİNSİYET (erkek/bayan)	23/18 (%56/ %44)	20/17 (%54/%46)	0.52
ASA(1/2/3/4)	22/19/0/0	5/20/12/0	<0.01
TARAF(sağ/sol)	19/22 (%46/%54)	16/21 (%43/%57)	0.52
TAŞ LOKALİZASYONU	-	-	0.62
PELVİS	14 (%34)	12 (%32)	-
ÜST KALİKS	2 (%5)	1 (%3)	-
ORTA KALİKS	7 (%17)	7 (%19)	-
ALT KALİKS	9 (%22)	8 (%22)	-
MULTİPL KALİKS	9 (%22)	9 (%24)	-
DANSİTE (ortalama)	1145±85	1234±96	0.52
TAŞ BOYUTU mm (ortalama)	16.1±2.2	17.7±2.9	0.55
TAŞ VOLÜMÜ mm3 (ortalama)	980±60	1050±85	0.67
OPERASYON SÜRESİ dk (ortalama)	62±12	70±16	0.15
TAŞSIZLIK	36 (%88)	30 (%81)	0.11
HASTANEDE YATIŞ SÜRESİ GÜN (ortalama)	1.8±1	2.2±1.5	0.08
KOMPLİKASYON (ateş, hematüri vb)	4 (%10)	7 (%19)	0,07

Yaşlı ve genç hastalarda RİRC sonuçlarımız

SB-111

2 CM ÜZERİ BÖBREK TAŞLARINDA RETROGRAD İNTRARENAL SURGERY DENEYİMLERİMİZ

İBRAHİM GÖKSOY(1) HAIDER NIHAD IZADDIN ALALAM(1) NURULLAH ALTINKAYA(1) SELİM SOYTÜRK(1) MEHMET GİRAY SÖNMEZ(1) HAKAN HAKKI TAŞKAPU(1) YUNUS EMRE GÖGER(1)

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

AMAÇ

Üriner sistem taş hastalığı ülkemizde ve dünyada üroloji pratiğinde en sık uğraşılan hastalıklardandır.Son kılavuzlarda belirtildiği gibi >2cm büyük böbrek taşları için altın standart tedavi perkütan nefrolitotomidir(PNL).Ancak PNL'deki gelişmeler ve yüksek taşsızlık oranlarına rağmen görece artmış komplikasyon riski ürologları daha minimal invaziv tedavi seçeneklerine yöneltmiştir. Hali hazırda >2cm üzeri büyük böbrek taşları için ikinci seçenek olan RIRS güçlü bir alternatif olarak tercih edilmektedir. Biz de bu sunumumuzda 2 cm üzeri RIRS yapılan böbrek taşlarındaki klinik deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Eylül 2021-Mayıs 2022 tarihleri arasında kliniğimizde böbrek taşı sebebiyle opere edilen 18 yaş üstü kadın ve erkek hastaların verileri retrosepektif olarak olarak incelendi.2cm üzeri taşı olan RIRS yapılan ve kontrollere düzenli gelen 52 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, taş boyutu, lokasyonu, taş dansitesi(HU),üriner sistem anomalisi varlığı; takiplerinde postoperatif kateter varlığı,kateter süresi, ek tedavi gerekliliği,komplikasyonları kaydedildi.

RIRS protokolü bütün hastalarda genel anestezi altında litotomi pozisyonunda flexible üreteroskop (Karl Storz®Flex-x2) ile enerji kaynağı olarak holmium lazer (DornierMedials H Solvo®35)kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Komplikasyon gelişmeyen hastalar postoperatif 1.günde taburcu edildi. Hastalar kontrolde taşsızlık açısından postoperatif 4.haftada DÜSG ve USG ile kontrol edildi. 4mm altı olanlar taşsızlık olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 52.3±13.5 (18-84) yıldı. Taş boyutu (mm)(Çoklu taşlarda taş boyutlarının toplamı)24±-5,1(20-40), taş dansitesi (HU) 879,4±,371(128-1660) olarak hesaplandı. Preop Double-J(DJ) stent takılan hasta sayısı 17(%32,6),DJ kateter takılan hasta sayısı 42(%80,7) ortalama DJ stent süresi 19±5,1(10-35) 'ti. Ortalama operasyon süresi 119,5±14,9(72-142).Postoperatif takiplerde 9(%17,3) hastada Clavien I,II,IIIb olarak sınıflandırılabilecek komplikasyonlar gelişti. Hastalardaki taşsızlık oranları %71,2 olarak hesaplanmıştır. Takiplerde ek tedavi gereken 10 hastanın 6'sında (%60) RIRS,3'ünde(%30) ESWL, 1'inde(%10) miniPNL yapılmıştır.

SONUÇ

RIRS tekrarlayan işlem gereksinime rağmen maliyet,hastanede kalış süresi,komplikasyonlar açısından PNL ile benzer düzeydedir. Flexible üreteroskop ve lazer teknolojisindeki gelişmeler sayesinde 2 cm üzeri böbrek taşı hastalında RIRS oranları giderek artmaktadır. Sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Tablo 1: Hasta ve taş bilgileri

Yaş (mean±SD)	52.3±13.5
Cinsiyet(%)	-
Erkek	30(%57,6)
Kadın	22(%42,3)
Taş boyutu(mm)	24±-5,1
Taş tarafı(%)	-
Sağ	28(%53,8)
Sol	24(%46,1)
Taş dansitesi (HU)	879,4±,371
Taş lokalizasyonu(%)	-
Üst pol	4(%7,6)
Orta pol	9(%17,3)
Alt pol	12(%23,07)
Renal pelvis	18(%34,6)
Multiple	9(%17,3)
Preop DJ kateter(%)	17(%32,6)
Postoperatif bilgiler ve komplikasyonlar	-
Postop DJ kateter(%)	42(%80,7)
DJ stent süresi gün(mean±SD)	19±5,1
Operasyon süresi dk(mean±SD)	109,5±14,9
Taşsızlık oranları (%)	%71,2
Ek tedavi(%)	-
mini PNL	1(%10)
ESWL	3(%30)
RIRS	6(%60)
Komplikasyonlar(%)	-
Yok	43(%82,6)
Ateş (Clavien I)	2(%3,8)
Hematüri(II)	1(%1,9)
Üriner sistem enfeksiyonu(II)	4(%7,6)
Taş yolu(IIIb)	2(%3,8)
-	-

SB-112

RETROGRAD INTRARENAL CERRAHİ ÖĞRENME EĞRİSİNİN CERRAHİ SONUÇLAR ÜZERİNE ETKİSİ: RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBUNUN SONUÇLARI

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) OKTAY ÖZMAN(2) HAKAN ÇAKIR(3) ÖNDER ÇINAR (4) MURAT AKGÜL(1) CEM BAŞATAÇ(5) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(6) KEREM TEKE(7) CENK MURAT YAZICI(1) EYÜP BURAK SANCAK(8) BÜLENT ÖNAL(6) HALUK AKPINAR(5)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ
2. İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
3. Özel Acıbadem Hastanesi, İstanbul
4. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak
5. Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul
6. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
7. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli
8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çanakkale

AMAÇ

Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) böbrek taşlarının tedavisinde her geçen gün daha sık uygulanmakta olan minimal invaziv bir tedavi yöntemidir. Fakat RİRC'ın öğrenme eğrisine dair bilgiler kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı RİRC'in öğrenme eğrisini araştırmak, öğrenme sürecinde ve sonrasında taşsızlığı belirleyen faktörleri ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

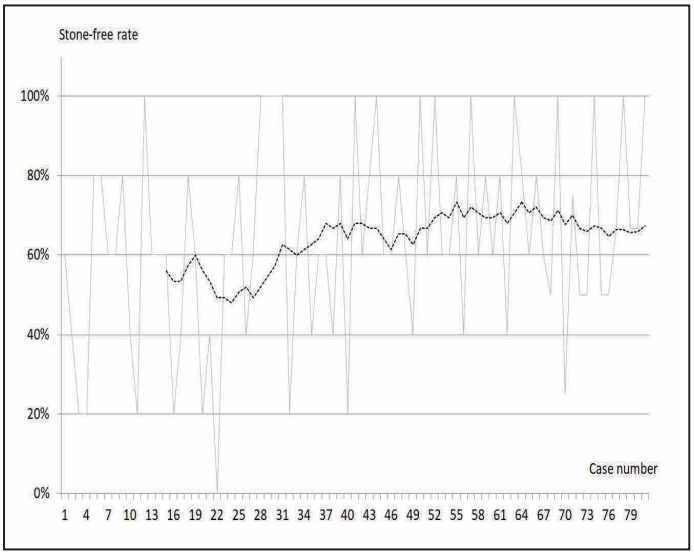
Aynı merkezde Nisan 2017-Nisan 2022 tarihleri arasında beş ayrı cerrah tarafından yapılan 410 RİRC vakasının sonuçları her bir cerrahın yaptığı ilk vakadan itibaren sıralı ve eksiksiz olarak çalışmaya dahil edildi. Taşsızlık oranı çalışmanın birincil sonlanım noktasıydı. Her bir cerrahın aynı sıradaki vakalarının total taşsızlık oranları elde edildi. Bu değerler hareketli ortalama ve CUSUM analizlerine tabi tutularak öğrenme eğrileri oluşturuldu.

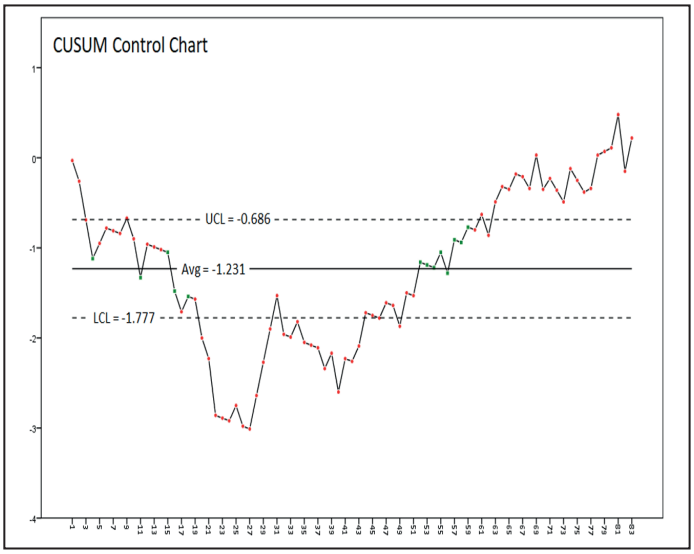
BULGULAR

Taşsızlık oranının her iki öğrenme eğrisi için de yaklaşık 50 vakadan sonra plato fazına eriştiği gözlemlendi. İlk 50 vakanın taşsızlık oranı (60%) sonraki vakalardan (65.6%) düşüktü fakat fark anlamlı değildi (p=0.25). Taş yükünün taşsızlık üzerindeki bağımsız etkisi ilk 50 vakada daha belirgindi (p<0.001 ve p=0.05). Taş dansitesi ilk 50 vakada bağımsız bir faktör iken (OR: 0.998 [%95 CI 0.999-1.000], p=0.03) sonraki vakalarda etkisizdi (OR: 1.000 [%95 CI 0.999-1.002], p=0.65). Multipl taş lokalizasyonunun taşsızlık üzerindeki etkisi 50. vakadan sonra artarak devam etti (OR: 0.422 [%95 CI 0.226-0.787], p=0.007 ve OR: 0.188 [%95 CI 0.085-0.414], p<0.001). Vaka sırası ilk 50 vakada bağımsız bir faktör iken (OR: 1.021 [%95 CI 1.001-1.042], p=0.032) sonraki vakalarda etkisizdi (OR: 0.947 [%95 CI 0.976-1.005], p=0.11).

SONUÇ

RİRC öğrenme eğrisinin plato fazına erişmesi için en az 50 vaka yapılmış olmalıdır. Öğrenme sürecinde taş yükü, yoğunluğu ve multipl taş lokalizasyonu taşsızlığı belirleyen faktörler iken öğrenme eğrisini tamamladıktan sonra taş yükünün etkisi azalarak, multipl lokalizasyonun etkisi ise artarak devam etmektedir.





SB-113

ÜST ÜRİNER SİSTEM TAŞ HASTALIĞININ TEDAVİSİNDE İLK RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ TEDAVİNİN BAŞARISIZLIK NEDENLERİ: RIRSEARCH ÇALIŞMA GRUBUNUN SONUÇLARI

ÖNDER ÇİNAR(1) HAKAN ÇAKIR(2) OKTAY ÖZMAN(3) CEM BAŞATAÇ(4) MURAT AKGÜL(5) DUYGU SIDDIKOĞLU(6) FATİH ŞİMŞEKOĞLU(7) KEREM TEKE(8) EYÜP BURAK SANCAK(9) CENK MURAT YAZICI(10) HALUK AKPINAR(11) BÜLENT ÖNAL(7)

1. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak
2. Acıbadem Fulya Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul
3. Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul
4. İstanbul Florence Nightingale Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul
5. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ
6. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı, Çanakkale
7. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
8. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli
9. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Çanakkale
10. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ
11. İstanbul Florence Nightingale Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ
Çalışmamızın amacı böbrek ve üst üreter taşı nedeniyle retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) uygulanan hastalarda, birden çok seans RIRC'neden olan faktörleri ve komplikasyonları araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Şubat 2016 ile Haziran 2022 tarihleri arasında, altı farklı merkezde RIRC yapılan 815 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların tümü ameliyat öncesinde ayrıntılı anamnez, fizik muayene, tam idrar tahlili, hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, idrar kültürü ve kontrastsız abdominal tomografi ile değerlendirilmiştir. Hastaların demografik verileri, taş hacmi, taş yoğunluğu, taş lokalizasyonu, taş sayısı verilerine ek olarak peroperatif ve postoperatif verileri kaydedilmiştir. Tek seans RIRC uygulanan hasta grubu (Grup-1) ile birden çok seans RIRC uygulanan hasta grubunun (Grup-2) demografik özellikleri, peroperatif ve postoperatif komplikasyon oranları, taş özellikleri karşılaştırılmıştır.

BULGULAR
RIRC uygulanan 815 hastadan grup-1'de 712 hasta, grup-2'de ise 113 hasta değerlendirilmiştir. Hastaların demografik ve preoperatif verileri Tablo-1'de, peroperatif ve postoperatif verileri Tablo-2'de özetlenmiştir. Ortalama toplam taş hacmi grup-1'de 763.1±180.9 mm3 ve grup-2'de 1553.1±193.4 mm3 ölçülmüştür ve istatistiksel anlamlı farklılık saptanmıştır (p =0.005). Operasyon süresi grup-1'de 65.8±28.7 ve grup-2'de 81.5±22.8 dakika ölçülmüştür (p<0.005). Peroperatif ve total komplikasyon oranları grup-2'de istatistiksel anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (p=0.005). Cerrahi başarı oranı grup-1'de %78.1 (n=548) ve grup-2'de %39.8 (n=45) olarak kaydedilmiştir.

SONUÇ
RIRC uygulanan hastalarda toplam taş hacmi artışı, operasyon süresinin uzaması ve peroperatif komplikasyonların meydana gelmesi cerrahi başarı oranını azaltmakta ve postoperatif dönemde ortaya çıkabilecek komplikasyon oranlarında da artışa neden olmaktadır.

Tablo-1: Hastaların demografik ve preoperatif verileri

	Grup 1 n=702	Grup 2 n=113	P değeri
Yaş (yıl) ort.±SS*			0.01
Erkek	48.0±11.4	50.0±12.5	
Kadın	47.1±13.6	53.0±14.7	
Cinsiyet n, (%)			0.84
Erkek	406 (57.8)	74 (65.5)	
Kadın	296 (42.2)	113 (34.5)	
VKİ+ (kg/m²) ort.±SS			0.29
Erkek	27.4±3.2	27.6±4.2	
Kadın	28.3±4.7	29.0±5.6	
Preop kreatinin (mg/dL) ort.±SS	0.91±0.4	0.93±0.3	0.24
Böbrek anomalisi n, (%)			0.07
Soliter böbrek	23 (3.3)	2 (1.7)	
Atnalı böbrek	8 (1.1)	2 (1.7)	
Çift toplayıcı sistem	7 (1.0)	1 (0.9)	
Ektopik böbrek	1 (0.1)	-	
Diğer	3 (0.4)	1 (0.9)	
ESWLβ öyküsü n, (%)			0.18
Hayır	493 (70.2)	78 (69.1)	
Evet	209 (29.8)	35 (30.9)	
Preop∞ JJ stent n, (%)			0.09
Hayır	483 (68.8)	62 (54.9)	
Evet	219 (31.2)	51 (45.1)	
Taraf n, (%)			0.11
Sağ	356 (50.7)	46 (40.7)	
Sol	346 (49.3)	67 (59.3)	
Multipl taş varlığı n, (%)			0.23
Evet	210 (29.9)	42 (37.2)	
Hayır	492 (70.1)	71 (62.8)	
Taş sayısı n, (%)			0.17
1	492 (70.1)	71 (62.9)	
2	143 (20.4)	17 (15.0)	
3	37 (5.3)	16 (14.1)	
4	19 (2.6)	5 (4.5)	
5	2 (0.3)	3 (2.6)	
6	4 (0.6)	-	
7	4 (0.6)	1 (0.9)	
8	1 (0.1)	-	
Taş lokalizasyonu n, (%)			0.28
Üst pol	58 (6.4)	12 (7.6)	
Orta kesim	108 (11.9)	24 (15.2)	
Alt pol	250 (27.5)	52 (33.1)	
Renal pelvis	241 (26.4)	40 (25.4)	
Üst üreter	253 (27.8)	29 (18.4)	
HUµ ort.±SS	990.8±150.7	1009.1±189.6	0.19
Toplam taş hacmi (mm³) ort±SS	763.1±180.9	1553.1±193.4	0.002
Hidronefroz varlığı n, (%)			0.21
Evet	269 (38.3)	39 (34.5)	
Hayır	433 (61.7)	74 (65.5)	
Hidronefroz derecesi n, (%)			0.18
0	433 (61.7)	74 (65.5)	
1	109 (15.5)	13 (11.5)	
2	129 (18.4)	19 (16.8)	
3	30 (4.3)	6 (5.3)	
4	1 (0.1)	1 (0.9)	

Kısaltmalar: Ort.±SS*, ortalama ± standart sapma; VKİ+, vücut kitle indeksi; ESWLβ, Ekstrakorporeal şok dalga litotripsi; Preop∞, preoperatif; HUµ, Hounsfield unit; Postopº, postoperatif.

Tablo 2: Peroperatif ve postoperatif veriler

	Grup 1 n=702	Grup 2 n=113	P değeri
Postopº kreatinin (mg/dL) ort.±SS	0.91±0.5	0.98±0.4	0.09
Operasyon süresi (dak.) ort.±SS	65.8±28.7	81.5±22.8	0.003
Perop üreteral dilatasyon n, (%)			0.12
Hayır	23 (3.3)	6 (5.3)	
Semirijid üreteroskop ile	124 (17.7)	36 (31.9)	
8-10f dilatatör ile	11 (1.6)	6 (5.3)	
Balon dilatatör ile	304 (43.3)	33 (29.2)	
JJ stent takılması ile	184 (26.2)	31 (27.4)	
Panüretral dilatasyon	55 (7.9)	1 (0.9)	
Perop komplikasyon n, (%)			0.004
Evet	59 (8.4)	30 (26.5)	
Hayır	643 (91.6)	83 (73.5)	
Postop komplikasyon n, (%)			0.37
Evet	111 (15.8)	18 (15.9)	
Hayır	591 (84.2)	95 (84.1)	
Total Komplikasyon n, (%)			
Evet	170 (24.2)	48 (42.5)	0.004
Hayır	532 (75.8)	65 (57.5)	
Modifiye Clavien skoru n, (%)			
1	115 (16.4)	21 (18.6)	
2	40 (5.6)	12 (10.6)	
3b	11 (1.7)	11 (9.7)	
4b	4 (0.5)	5 (4.4)	
Cerrahi başarı n, (%)			0.002
Evet	548 (78.1)	45 (39.8)	
Hayır	154 (21.9)	68 (60.2)	

SB-114

RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ KISA DÖNEM BÖBREK FONKSİYONLARINI OLUMSUZ ETKİLER Mİ? RIRSEARCH ÇOK MERKEZLİ VERİ TABANINDAN BULGULAR

OKTAY ÖZMAN(1) CEM BAŞATAÇ(2) MURAT AKGÜL(3) ÖNDER ÇINAR(4) HAKAN ÇAKIR(5) KEREM TEKE(6) FATİH ŞİMŞEKOĞLU(7) EYÜP BURAK SANCAK(8) CENK MURAT YAZICI(9) BÜLENT ÖNAL(10) HALUK AKPINAR(11)

1. İstanbul Gaziosmanpaşa Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Ve The Netherlands Cancer Instıtute, Antonı Van Leeuwenhoek Hospital
2. Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul
3. Tekirdağ Namık Kemal Üniversite, Üroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ
4. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak
5. Fulya Acıbadem Hastanesi, İstanbul
6. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli
7. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çanakkale
9. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ
10. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul
11. Özel Muayenehane

AMAÇ
Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) böbrek taşlarının cerrahi tedavisinde minimal invaziv bir yaklaşım imkanı sunuyor olsa da böbrek fonksiyonları üzerinde kısa süreli olumsuz etkileri olup olmadığına dair veriler yetersizdir. Bu çalışmanın amacı RİRC'in böbrek fonksiyonları üzerindeki kısa dönem etkilerini araştırmak ve böbrek hasarını öngören faktörleri ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Prospektif olarak veri girişi sağlanan çok merkezli bir veritabanından (RIRSearch Database), böbrek ve/veya üst üreter taşı nedeniyle RİRC uygulanan 942 hastaya ait veri retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Postoperatif serum kreatinin artışı, e-GFR düşüşü ve akut böbrek hasarı (ABH) çalışmanın birincil sonlanım noktalarıydı. ABH tanısı Risk, Injury, Failure, Loss of Kidney Function, End-Stage Kidney Disease (RIFLE) Sınıflandırması'na göre konuldu. Buna göre serum kreatinin değerinde 1,5 kat artış ya da %25'ten fazla e-GFR düşüşü ABH riski, aynı değerlerin sırasıyla 2 kat artışı ya da %50'den fazla düşüşü ABH olarak kabul edildi. Sonlanım noktalarını öngören faktörler lojistik regresyon testi kullanılarak araştırıldı.

BULGULAR
Hastaların %55,2 (520)'sinde median 0,11 (interquartile range [IQR]: 0,05-0,19) mg/dL postoperatif serum kreatinin artışı saptandı. e-GFR düşüş oranı %56,3 (530)'tü (median 4,77 [IQR: 2,02-10,7] mL/dk/1.73m2). RIFLE Sınıflandırması'na göre 47 (%5,0) hastada ABH riski doğdu. Bu hastalardan sadece 3 (%0,3)'ünde ABH gelişti. Soliter böbrekli hastaların (n=35), %62,9'unda serum kreatinin artışı, %65,8'inde e-GFR düşüşü ve %5,7'sinde ABH riski saptandı.
Preoperatif serum kreatinin değeri yüksek olan hastalarda postoperatif kreatinin yükselmesi daha nadirdi (OR: 0.32 [%95 CI 0.20-0.52], p<0.001). 11-13 Fr ya da daha geniş kalibreli üreteral erişim kılıfı (ÜEK) kullanılan hastalarda, ÜEK olmadan ya da daha küçük kalibreli ÜEK kullanılan hastalara göre daha az oranda postoperatif serum kreatinin yükselmesi gözlendi (OR: 0.65 [%95 CI 0.45-0.93], p=0.02). Kadın hastalarda daha sık ABH riski (OR: 5.7 [%95 CI 2.7-11.9], p<0.001) doğsa da ABH meydana gelen 3 hastadan 2'si erkekti.

SONUÇ
Her ne kadar hafif düzeyde postoperatif serum kreatinin artışı sık görülse de RİRC nadiren ve daha çok kadınlarda ABH riski doğurmaktadır. RİRC sonrası ABH gelişimi ise oldukça nadirdir. Soliter böbrekli hastalar böbrek fonksiyonları açısından diğer hastalardan daha yüksek risk taşımamaktadır. Geniş çaplı ÜEK kullanımı postoperatif serum kreatinin artışına karşı koruyucu olabilir.

Table 1. Multivariate Analysis

Variables	Exp (B)	95% CI for Exp (B)		Sig.
		Lower	Upper	
Failed SWL history for same stone (yes vs no)	0,886	0,660	1,191	0,4
Preoperative double j stent placement (yes vs no)	1,233	0,920	1,653	0,16
Bilateral stone (yes vs no)	0,886	0,632	1,241	0,48
Stone density (Hounsfield Unit)	1,000	1,000	1,001	0,08
Stone burden (total stone volume, 1 mm^3 intervals)	1,000	1,000	1,000	***0,03***
Operation time (one-minute intervals)	0,997	0,992	1,002	0,3
Solitary kidney (yes vs no)	2,028	0,911	4,513	0,08
Obstructive ureteral stone (yes vs no)	0,895	0,607	1,318	0,57
Ureteral access sheath use (no vs yes)	0,651	0,448	0,945	***0,02***
Age at surgey (one-year intervals)	1,002	0,985	1,020	0,78
Gender (male vs female)	1,046	0,787	1,390	0,76
Preoperative high serum creatinine (1 mg/dL intervals)	0,317	0,195	0,517	***<0,001***
Age-adjusted Charlson Comorbidity Index	1,026	0,878	1,200	0,75
Postoperative complication (yes vs no)	0,977	0,664	1,437	0,91

SB-115

ÜRETERAL ERİŞİM KILIFI KULLANIMININ RETROGRAD INTRARENAL CERRAHİNİN SONUÇLARINA ETKİSİ; GENİŞLETİLMİŞ VERİ SETİ İLE RIRSEARCH ERKEN BULGULARININ İNTERNAL VERİFİKASYONU

OKTAY ÖZMAN(1) HAKAN ÇAKIR(2) ÖNDER ÇINAR(3) CEM BAŞATAÇ(4) MURAT AKGÜL(5) FATİH ŞİMŞEKOĞLU(6) KEREM TEKE(7) CENK MURAT YAZICI(5) EYÜP BURAK SANCAK(8) HALUK AKPINAR(9) BÜLENT ÖNAL(6)

1. İstanbul GOP EAH ve The Netherlands Cancer Instıtute, Antoni Van Leeuwenhoek Hospital
2. Fulya Acıbadem Hastanesi, İstanbul
3. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak
4. Özel Florence Nightingale Hastanesi, İstanbul
5. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ
6. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul
7. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli
8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çanakkale
9. Özel Muayenehane

AMAÇ

Retrograd İntrarenal Cerrahi (RİRC) sırasında üreteral erişim kılıfı (ÜEK) kullanımı halen tartışmalı bir konudur. RIRSearch grubu tarafından daha önce yürütülen çalışmada ÜEK kullanımının taşsızlık oranını arttırdığı, kılıf kalibrasyonu arttıkça taşsızlık oranlarının arttığı saptanmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü dönemden sonra veritabanı, ÜEK kullanımına dair farklı yaklaşımları benimseyen cerrahlara ait verilerin eklenmesi ile genişletilmiştir. Bu çalışmanın amacı RİRC sırasında ÜEK kullanımı ile ilgili RIRSearch Veritabanı ile elde edilen erken bulguların geçerliliğini genişletilmiş veri seti ile internal olarak araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Prospektif olarak veri girişi sağlanan çok merkezli veritabanından, böbrek ve/veya üst üreter taşı nedeniyle RİRC uygulanan 1318 hastaya ait veri retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. RİRC sonrası taşsızlık, perioperatif/postoperatif/total komplikasyon ve ikincil tedavi gereksinimi çalışmanın birincil sonlanım noktalarıydı. Hastalar RİRC sırasında ÜEK kullanım durumuna göre 3 gruba ayırıldı; erişim kılıfsız vakalar (Grup 1), 11-13 Fr'den daha dar kalibreli ÜEK kullanılanlar (Grup 2) ve 11-13 Fr ve daha geniş kalibreli ÜEK kullanılanlar (Grup 3). Gruplar, taş yükü, yoğunluğu ve lokalizasyonu değişkenleri için 1:1:2 (108:108:216 hasta) oranında eşleştirildikten sonra çalışmanın sonlanım noktaları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastaların temel özellikleri Tablo 1'de görülebilir. Grup 1 ve 2'nin taşsızlık oranları benzer iken (sırasıyla 75% ve 71%) Grup 3'ünki istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksekti (%87,3; p=0,001). Grup 3'te daha yüksek total komplikasyon oranları saptansa da gruplar arasında istatistiksel fark yoktu (sırasıyla %25,9, %25,9 ve %31,9; p=0,4). Postoperatif komplikasyon oranları Grup 1'den Grup 3'e doğru artma eğilimi gösterirken (sırasıyla %16,7, %19,4 ve %26,4) serum kreatinin artış sıklığı azalma eğilimi gösterdi (sırasıyla %43,0, %36,3 ve %31,9). Fakat her iki eğilim de istatistiksel anlamlı fark yaratmadı (sırasıyla p=0,1 ve p=0,2). Grup 3'ün ek girişim ihtiyacı oranı (%7,4) diğer gruplardan (Grup 1: %14,8 ve Grup 2: %15,9) düşüktü (p=0,03).
Multivariable analizde kılıfsız vakalar ile karşılaştırıldığında <11-13 Fr ÜEK kullanımı taşsızlık ile ilişkili bulunmazken (OR: 1,3 [%95 CI 0,8-2,2], p=0,3) ≥11-13 Fr ÜEK kullanımı daha yüksek taşsızlık oranı ile ilişkiliydi (OR: 4,2 [%95 CI 2,2-7,8], p<0.001). Kılıfsız vakalara kıyasla ≥11-13 Fr ÜEK kullanılan hastalarda ek girişim ihtiyacı daha azdı (OR: 0,36 [%95 CI 0,17-0,78], p=0,009).

SONUÇ

RİRC sırasında ÜEK kullanımından ziyade geniş kalibreli (≥11-13 Fr) ÜEK kullanımı taşsızlık oranlarını arttırmaktadır. Geniş kalibreli ÜEK kullanımı daha sık komplikasyonlara neden olabilir. Fakat gene de geniş kalibreli ÜEK kullanımı ek girişim ihtiyacını arttıran bir faktör değildir.

Table 1. Change in Patients Pre-operative Characteristics According to Access Sheath Status

Characteristics	Before propensity score matching				After propensity score matching			
	UAS -	UAS <11-13 Fr	UAS ≥ 11-13 Fr	p value	UAS -	UAS <11-13 Fr	UAS ≥ 11-13 Fr	p value
Number	281	736	301		108	108	216	
Age (Years) (median, IQR)	45 (36-55)	50 (39-60)	43 (34-54)	***<0,001***	49 (38-58,8)	55 (43-59,1)	43 (34-54)	***0,027***
Gender								
Male	168 (%59,8)	427 (%58,0)	195 (%64,8)	0,13	61 (%56,5)	61 (%56,5)	140 (%64,8)	0,21
Female	113 (%40,2)	309 (%42,0)	106 (%35,2)		47 (%43,5)	47 (%43,5)	76 (%35,2)	
BMI (kg/m^2) (median, IQR)	26 (24-29)	26 (25-28)	24 (23-27)	0,43	26 (26-28,5)	27,5 (25-29)	27 (24-29)	0,98
Side								
Right	155 %(56,6)	352 (%47,8)	150 (%49,8)	***0,047***	44 (%40,7)	58 (%53,7)	105 (%48,6)	0,16
Left	119 (%43,4)	384 (%52,2)	151 (%50,2)		64 (%59,3)	50 (%46,3)	111 (%51,4)	
Stone Burden (mm^3) (median, IQR)	382 (160-833)	586 (254-1226)	298 (146-786)	***<0,001***	328 (212-527)	356 (318-475)	282 (182-497)	0,38
Hounsfield Unit (median, IQR)	905 (782-1037)	1012 (785-1220)	956 (722-1202)	***<0,001***	900 (753-1300)	770 (571-1199)	850 (698-1050)	0,73
Localization- and								

SB-116

YÜKSEK VENTİLASYON MODUN RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ PROSEDÜRÜNDE DAHA YÜKSEK BAŞARI ORANLARI SAĞLAYABİLİR Mİ? TEK KÖR RANDOMİZE, PROSPEKTİF, TEK MERKEZLİ ÇALIŞMA

ÇAĞRI DOĞAN(1) AYHAN ŞAHİN(1) MURAT AKGÜL(1) CENK MURAT YAZICI(1) ANIL KELEŞ(1) HÜSEYİN ATEŞ(1) SERKAN ŞERAMET(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

Retrograd intrarenal cerrahi (RIRC); 2 cm'den küçük üst üriner sistem taşlarında ilk seçenek tedavi olarak kabul görmektedir. RIRC bölgesel anestezi altında da gerçekleştirilebildiği gibi genellikle cerrahlar tidal volüm (TV) ve solunum frekansını manipüle edebildikleri için genel anesteziyi tercih etmektedirler. Artmış renal mobilite (RM) hem cerrahi prosedürü zorlaştırmakta hem de per-operatif komplikasyon riskini arttırabilmektedir. Çalışmanın amacı standart ventilasyon (SV) ve yüksek ventilasyon (YV) modlarının RIRC üzerine başarı ve komplikasyon oranlarını karşılaştırmayı hedeflemektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

05.01.2021-27.07.2022 tarihleri arasında kliniğimizde RIRC uygulanan toplam 64 hastanın verileri prospektif olarak incelenmiştir. Proksimal üreter taş lokalizasyonu, renal anomali, geçirilmiş renal cerrahi ve çoklu taş varlığı olan hastalar çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Cerrahi teknikten bir önceki çalışmamızda bahsetmiştik. Tüm hastalar aynı anestezist tarafından aynı prosedür ile entübe edilmişlerdir. SV modunda tidal volüm (TV) 8-10ml/kg, solunum sayısı ise 10-15 solunum/dk olarak mekanik ventilatör tarafından belirlenmiştir. YV modunda ise; TV 6-8ml/kg' ye düşürülmüştür, SS ise 15-18solunum /dk 'ye yükseltilmiştir. İnspirium-ekspirium oranı ve pozitif basınçlı ventilasyon parametlerinde değişiklik yapılmamıştır. Metabolik komplikasyonların önüne geçilmesi amacıyla end tidal CO2 basıncı 30-35 mmHG arası tutularak RIRC gerçekleştirilmiştir. Cerrahi öncesi randomizasyon programı tarafından belirlenmiş ventilasyon modu anestezi uzmanına bildirilerek, cerrah ventilasyon modu bilmeden cerrahiyi sürdürmüştür.

BULGULAR

Toplam 64 hastanın 30'u (%46,8) SV modunda RIRC olurken, 34'ü (%53,2) HV modunda cerrahi uygulanmıştır. Farklı ventilasyon modlarında opere olan hastaların arasında yaş, vücut kitle indeksi, cinsiyet, cerrahi taraf, pre-operatif ESL öyküsü ve üreteral giriş kılıf kullanımı açısından istatistiksel bir fark saptanmamıştır. (Tablo-1) Her iki grubun ortalama taş hacimleri benzer bulunmuştur. (p=0,838) Başarı durumları ve komplikasyon oranları değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. (p=0,583 ve p=0,156;sırasıyla) Taş hacimlerinin benzer olmasına rağmen HV grubunda ortalama operasyon süresinin istatistiksel fark yaratacak boyutta düşük olduğunu gözlemledik. (p=0,008) Dakikada kırılan taş hacimlerini kıyasladığımızda HV modunda daha yüksek hacim kırılmasına rağmen istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. (12,51±9,44mm3/dk ve 11,08±7,01 mm3/dk; p=0,729)

SONUÇ

Çalışmamızda HV modunda benzer taş hacimlerinin daha kısa sürede fragmente edilebileceğini gözlemledik. Başarı ve komplikasyon oranlarında anlamlı farklılık gözlenmemesine rağmen daha iyi değerlendirebilmesi için daha geniş katılımlı randomize, prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulduğu kanaatindeyiz.

Tablo 1: Hastaların klinikodemografik özelliklerinin ventilasyon modlarına göre karşılaştırılması.

		Standart Ventilasyon (n=30)	Yüksek Ventilasyon (n=34)	p değeri
Yaş (yıl)		46,81±14,43	48,57±13,99	0,609
Vücut Kitle İndeksi (kg/m^2)		28,23±5,58	31,52±6,94	0,748
Cinsiyet	Kadın	9(%30)	14(%41,2)	0,764
	Erkek	21(%70)	20(%58,8)	
Taraf	Sağ	11(%36,7)	20(%58,8)	0,112
	Sol	19(%63,3)	14(%41,2)	
Taş Hacmi (mm^3)		747,53±485,73	721,72±569,79	0,838
Operasyon Süresi (dk)		68,66±25,42	54,34±17,75	**0,008**
Dakikada Kırılan Taş hacmi (mm^3/dk)		11,08±7,01	12,51±9,44	0,729
Başarı Durumu	Başarılı	27(%90)	30(%82,2)	0,583
	Başarısız	3(%10)	4(%7,8)	
Komplikasyon Durumu	Var	2(%6,7)	5(%14,7)	0,156
	Yok	28(%93,3)	29(%85,3)	
ESL Öyküsü	Var	4(%13,3)	7(%20,6)	0,572
	Yok	26(%86,7)	27(%79,4)	
Üreteral Giriş Kılıf Kullanımı	Var	4(%13,3)	5(%14,7)	0,281
	Yok	26(%86,7)	29(%85,3)	

SB-117

RETROGRAD İNTRARENAL TAŞ CERRAHİSİ SONRASINDA ÜRETRAL KATETER GEREKLİ MİDİR?

HAKAN ÇAKIR(1) ÖNDER ÇINAR(2) MURAT AKGÜL(3) OKTAY ÖZMAN(4) CEM BAŞATAÇ(5) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(6) KEREM TEKE(7) EYÜP BURAK SANCAK(8) CENK MURAT YAZICI(3) BÜLENT ÖNAL(6) HALUK AKPINAR(5)

1. Acıbadem Fulya Hastanesi Üroloji Bölümü, İstanbul
2. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Zonguldak
3. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ
4. Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
5. Grup Florence Nightingale Hastaneleri, Üroloji Kliniği, İstanbul
6. İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
7. Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kocaeli
8. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çanakkale

AMAÇ
Bu çalışmada üriner sistem taşlarına yönelik retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) sonrası üretral kateter kullanılan ve kullanılmayan hastaların preoperatif özellikleri,peroperatif ve post operatif sonuçlarının ve vizüel analog skalalarının (VAS) karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Kasım 2011 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında RIRC uygulanan ve postoperatif VAS skorları alınan olgular bir araya getirilerek sonuçları değerlendirilmiştir. Retrospektif olarak incelenen 200 olgu ameliyat bitiminde üretral kateter yerleştirilen (Grup 1) ve yerleştirilmeyen (Grup 2) şeklinde iki gruba ayrılarak karşılaştırıldı. İki grup yaş, beden kitle indeksi (BKİ), pre op kreatinin (mg/dl), idrar pH, S-ReSC-R skoru, taş hounsfield ünitesi (HU) değeri, taş adeti, taş hacmi, operasyon süresi, skopi süresi, hastanede kalış süresi, post op kreatinin süresi, komplikasyon oranları, cerrahi başarı, post operatif alınan VAS skorları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR
Çalışmada üretral kateter kullanma durumuna göre grupların preoperatif özellikleri, ve peroperatiflerinden toplam taş hacminin katater grubunda daha düşük, hastanede kalış gün süresinin katater grubunda daha yüksek, postop kreatinin düzeylerinin katater grubunda daha yüksek, VAS skorlarının katater grubunda daha yüksek olduğu (2,9±1,04 vs 4,09±1,87, p: 0,01) görülmüştür. Diğer parametreler açısından her iki grup arasında fark tespit edilmemiştir. Perop komplikasyon, rezidüel taş, cerrahi başarı durumlarına göre üretral kateter takılı olması durumlarının farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir. Postop komplikasyon (ağırlıklı Clavien 1) gelişme oranlarının üretral kateter olan hastalarda daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür (p=0,04). Erkek hastalarda üretral kateter takılan grupta ağrı skorlarının takılmayan gruba göre daha fazla olduğu (3,06±0,97 vs 4,98±1,85, p:0,03) kadınlarda istatistiksel anlamlı fark olmadığı (2,57±1,09 vs 2,84±0,95, p:0,11), ayrıca erkek hastalarda kadın hastalar ile kıyaslandığında VAS skorlarının daha fazla olduğu (3,99±1,75 vs 2,72±1,01, p: 0,01) saptanmıştır.

SONUÇ
Retrograd intrarenal cerrahi sonrasında üretral kateter takılan hasta grubunda özellikle erkek hastalarda hissedilen ağrı skorunun daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Komplike olmayan, toplayıcı sistemden ekstravazasyon riski olmayan RIRC olgularında üretral kateter yerleştirilmemesinin post operatif konforu artırabileceği düşünülmektedir.

-	Üretral Kateter	Varlığı	_
-	Yok (n=97)	Var (n=103)	p değeri
Yaş	41,74±12,00	39,11±13,03	0,34
BMI	27,44±3,58	27,12±3,18	0,56
Pre op kreatinin (mg/dl)	0,95±0,29	0,93±0,25	0,79
İdrar pH	6,06±0,88	6,18±0,74	0,36
S-ReSC-R Skoru	3,26±2,67	3,47±2,44	0,19
Taş HU değeri	850,09±268,14	784,75±267,43	0,21
Taş adedi	2,45±1,92	2,65±1,88	0,23
Taş Hacmi (mm3)	176,93±146,68	133,5±142,26	0,04*
Operasyo süresi (dk)	53,06±31,42	53,11±31,91	0,81
Skopi süresi (sn)	183,67±98,81	189,39±147,24	0,46
Hastanede kalış süresi (gün)	1,00±0,25	1,41±0,35	0,03*
Postop creatinin (mg/dl)	0,88±0,2	0,96±0,27	0,03*
VAS	2,9±1,04	4,09±1,87	0,01*
*0,05 düzeyinde anlamlı farklılık	-	-	-

Ölçümlerin Karşılaştırılması

Tablo: Cinsiyet ve Üretral kateter- VAS

Cinsiyet	Üretral kateter	VAS	
		X±s.s.	p
Erkek	Yok	3,06±0,97	0,03*
	Var	4,98±1,85	
Kadın	Yok	2,57±1,09	0,11
	Var	2,84±0,95	

*0,05 düzeyide anlamlı farklılık

SB-118

ÜRETERAL STENT ENKÜSTRASYON SKORU (KUB) İLE KORELE KLİNİK PARAMETRELER

EREN CAN AYDIN(1) HARUN BAL(1) İLKER AKARKEN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Muğla

AMAÇ

Üreteral stentler ürolojik cerrahilerde oldukça sık kullanılmaktadır ve üreter cerrahilerinde kullanılan ana materyallerden biridir. Ancak üreteral stentlerin yerleştirilmesinden sonra enküstrasyon oluşması oldukça sık görülmektedir. Stentin kalış süresi, materyali ve enfeksiyon varlığı gibi faktörlerin enküstrasyon oluşmasında etkili olduğu daha önce gösterilmiştir. Enküstrasyonu değerlendirmede kidney-ureter-bladder (KUB) ve FECal gibi skorlarma sistemleri kullanılmaktadır. Çalışmamızda KUB skoru ile korelasyon gösterebilecek diğer parametreleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2021 Eylül- 2022 Ağustos tarihleri arasında double J (DJS) çekilmesi işlemi yapılan hastaların verileri değerlendirildi. Stentlerin kalsifikasyon dereceleri direk üriner sistem grafileri üzerinden KUB skorlama sistemine göre böbrek, üreter, mesane ve toplam skor olmak üzere ayrı ayrı kaydedildi. Bu skorlar ile hastanın diyabet, kronik böbrek yetmezliği, ürolithiazis ve kanser öyküsü varlığı ile stent takılmadan önceki hidronefroz derecesi, cinsiyet ve kateter kültüründe üreme varlığı parametrelerinin korelasyonları değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin raporlanmasında ortalama ± standart sapma, nominal değişkenlerde ise yüzde kullanıldı. Korelasyonun değerlendirilmesinde Pearson korelasyon katsayıları kullanıldı. Verilerin analizinde SPSS for Windows v24.0 kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastalardan 38 (%39,6)'i kadın 58 (%60,4)'i erkekti, ortalama yaşları 53,5±14,6 yıldı. Komorbid faktörlere baktığımızda 5'inde KBY, 6'sında DM ve 9'unda kanser öyküsü varken, 75'inde taş hastalığı öyküsü vardı. Hastalara DJS takılmasına neden olan tanıları Tablo-1'de görülmektedir.

Ortalama stent kalma süreleri 1,77 ±1,41 ay olarak bulundu. Stent takılmadan önceki hidronefroz derecelerine baktığımızda 32 hastada hidronefroz yok iken, 21 hastada Grade 1, 20 hastada Grade 2, 18 hastada Grade 3 ve 5 hastada Grade 4 hidronefroz olduğu saptandı. Hastaların 39 (%41,5)'unun stent kültüründe üremesi saptanırken, 55 (%58,5)'inde stent kültüründe üreme saptanmadı. Ortalama KUB skorları börek, üreter ve mesane için sırasıyla 1,90±0,74, 1,86±0,85 ve 1,88±0,83 olarak bulundu. Toplam KUB skorunun ortalaması 5,64±2,20 idi.

Total KUB skoru ile stent öncesi hidronefroz derecesi, hasta yaşı, kanser varlığı, stent kültüründe üreme olması ve stent kalış süresi arasında pozitif korelasyon olduğu bulundu (Tablo-2). Bu parametreler arasında en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan stent kalış süresiydi ($r=0,737$, $p<0,001$).

SONUÇ

Üreteral stentlerde enküstrasyon skorunu gösteren KUB skoru stentin kalış süresine ek olarak hasta yaşı, hidronefroz derecesi, kültürde üreme olması ve kanser varlığı ile de ilişkilidir.

Korelasyon	-	Total KUB Skoru	Hidronefroz Derecesi	Stent Kalış Süresi (ay)	Hasta Yaşı (yıl	Kanser Varlığ	Stent Kültüründe Üreme
Total KUB Skoru	Pearson'sr	-	0.254	0.737	0.272	0.414	0.470
-	p- value	-	0.013	<.001	0.007	<.001	<.001
Hidronefroz Derecesi	Pearson'sr	0.254	-	0.259	0.138	0.208	0.253
-	p- value	0.013	-	0.012	0.181	0.042	0.014
Stent Kalış Süresi (Ay)	Pearson'sr	0.737	0.259	-	0.222	0.440	0.105
-	p- value	<.001	0.012	-	0.032	<.001	0.321
Hasta Yaşı (yıl)	Pearson'sr	0.272	0.138	0.222	-	0.365	0.312
-	p- value	0.007	0.181	0.032	-	<.001	0.002
Kanser Varlığ	Pearson'sr	0.414	0.208	0.440	0.365	-	0.240
-	p- value	<.001	0.042	<.001	<.001	-	0.020
Stent Kültüründe Üreme	Pearson'sr	0.470	0.253	0.105	0.312	0.240	-
-	p- value	<.001	0.014	0.321	0.002	0.020	-

Verilen Korelasyonu

Correlation

		Total KUB Skoru	Hidronefroz Derecesi	Stent Kalış Süresi (ay)	Hasta Yaşı (yıl)	Kanser Varlığı	Stent Kültüründe Üreme
Total KUB Skoru	Pearson's r	—	0.254 *	0.737 ***	0.272 **	0.414 ***	0.470 ***
	p-value	—	0.013	< .001	0.007	< .001	< .001
Hidronefroz Derecesi	Pearson's r	0.254 *	—	0.259 *	0.138	0.208 *	0.253 *
	p-value	0.013	—	0.012	0.181	0.042	0.014
Stent Kalış Süresi (ay)	Pearson's r	0.737 ***	0.259 *	—	0.222 *	0.440 ***	0.105
	p-value	< .001	0.012	—	0.032	< .001	0.321
Hasta Yaşı (yıl)	Pearson's r	0.272 **	0.138	0.222 *	—	0.365 ***	0.312 **
	p-value	0.007	0.181	0.032	—	< .001	0.002
Kanser Varlığı	Pearson's r	0.414 ***	0.208 *	0.440 ***	0.365 ***	—	0.240 *
	p-value	< .001	0.042	< .001	< .001	—	0.020
Stent Kültüründe Üreme	Pearson's r	0.470 ***	0.253 *	0.105	0.312 **	0.240 *	—
	p-value	< .001	0.014	0.321	0.002	0.020	—

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

SB-120

KETAMİNİN KÖTÜYE KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN SİSTİT

ERMAN CEYHAN(1) ERAY HASIRCI(1) ENİS KERVANCIOĞLU(1) EBRU ŞEBNEM AYVA(2)

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Ketamin dissosiyatif anestezi sağlayan bir genel anesteziktir. Ketamin ülkemizde sıklıkla genel anestezi sırasında kullanılmaktadır. Yurt dışında ise keyif verici madde olarak ve depresyon tedavisi için kullanımı vardır. Bu vaka takdiminde, ketamin kullanımı sonrası sistit gelişen bir hastanın kliniğini tartışmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Olgu:

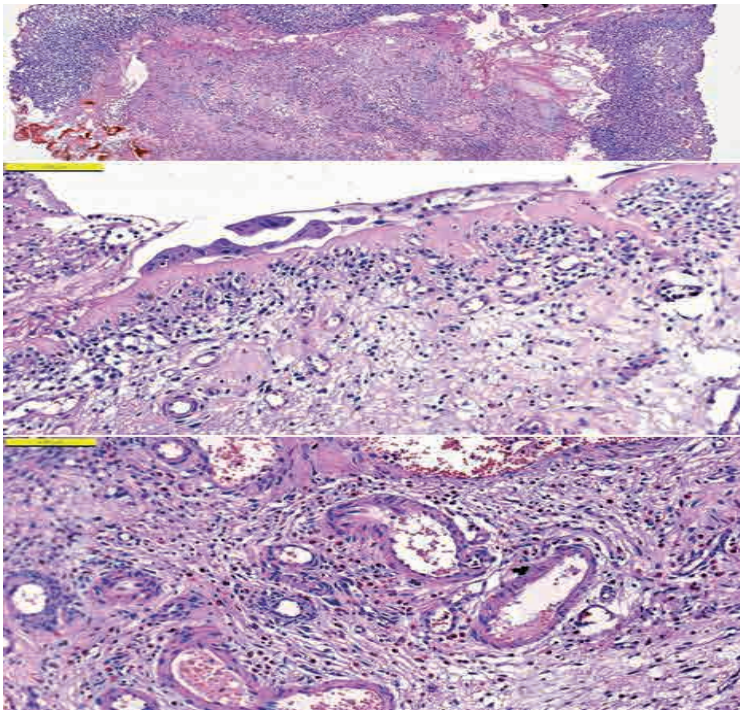
29 yaşında erkek hasta idrar yapma güçlüğü ile dış merkezde değerlendirildikten sonra kliniğimize başvurdu. Hastanın bilinen sol böbreğe füzyonlu çapraz ektopik sağ böbreği ve 8 paket/yıl sigara öyküsü mevcuttu. Hastanın dış merkezdeki idrar tahlilinde mikroskopik hematüri vardı. Çekilen kontrastlı abdomen tomografisinde bilateral üreter dilatasyonu ile birlikte mesane duvarında diffüz kalınlaşma mevcuttu. İdrar sitolojisi benigndi. Hastada klinik olarak 2 kez makroskopik hematüri öyküsüsü, idrar yapmada güçlük ile birlikte projeksiyon ve kalibrasyon kaybı mevcuttu. Hastanın kreatinin değeri 0,61 mg/dL olarak geldi. Hastanın üroflovmetrisinde maksimum akım hızı 26 mL/s PVR idrar miktarı 50 cc'ydi. Hastanın idrar tahlilinde piyüri olmasına rağmen hastanın idrar kültürü temizdi. Hastaya mesanesindeki kalınlaşmaya yönelik sistoskopi ve RGP yapılması planlandı. Sistoskopide mesane mukozasında yaygın vaskülarite artışı, karşı duvarda ve tavanda hiperemik, hemorajik alanlar mevcuttu. Lezyonlardan TUR biyopsi alındı. Çekilen RGP'de her iki üreterin hafif derecede dilate olduğu, fakat her iki sistemin de boşaldığı görüldü. Hastanın patoloji sonucu intertisyel sistit ile uyumlu olarak raporlandı (Resim). Hasta kontrole geldiğinde ameliyattan 10 gün öncesine kadar yurt dışında keyif amaçlı ketamin kullandığını belirtti. Hasta 2 aylık süre içerisinde 10 mL %10'luk ketamini sulandırarak günde 10-20 mL olacak şekilde oral yolla, intramusküler yolla ve özel ticari formu olan 28 mg nazal spreyi de intranazal yolla kullandığını beyan etti. Hasta sistit tablosu ve fonksiyonel üreter alt uç darlığı açısından takibe alındı ve ketamin kullanımının sonlandırılması önerildi. İyileşme döneminde intravezikal basıncın düşük tutmak amacıyla hastaya mirabegron başlandı.

BULGULAR

Ketaminin kötüye kullanımı sonrası alt üriner sistem semptomları sık gözlenmektedir. Ketamin kullanımına bağlı olarak hematüri, ağrı ve sistit tablosu görülebilmektedir. Bazı hastalarda üst üriner sistemin de etkilendiği, böbrek fonksiyon bozukluğu ile birlikte daha ağır üriner yan etkilerin ortaya çıkabildiği gösterilmiştir. Literatür verileri ketamin ilişkili üriner sistem semptomlarının ilaç kullanımın sonlandırılmasıyla düzelebildiğini göstermektedir.

SONUÇ

Alt üriner sistem semptomları ve sistit tablosu ile gelen hastalarda nadir etiyolojik faktörlerden biri olan ketamin ilişkili sistit göz önünde bulundurulması gereken bir tanıdır. Ketaminin kötüye kullanımına bağlı üst üriner sistem dahil tüm üriner sistem etkilenebilmektedir.



SB-121

NORMALDEN AZ VE NORMALDEN FAZLA DETRUSOR AKTİVİTESİNİN BİRLİKTELİĞİ

ABDULMECİT YAVUZ(1) GÖKSEL BAYAR(1)

1. Özel Gelişim Hastanesi

AMAÇ

Ürodinamik inceleme sonucu normalde az aktif mesane saptanan hastalarda tesadüfi inhibe edilemeyen kontraksiyonların görülme sıklığı ve ürodinamik önemini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

2019 Haziran-2021 Haziran arası yapılan tüm ürodinami kayıtları retrospektif olarak incelendi. Ürodinami cihazı olarak hava bazlı Solar Blue (MMS, Hindistan) cihazı kullanıldı. Tüm hastaların sonuçları etkileyecek ilaçları (antikolinerjik gibi) en az üç gün öncesinden kesildi. Tüm hastalara önce sistometri, ardından basınç-akım çalışması yapıldı. Ürodinami sonuçları Bristol ürodinami sertifikası olan üroloji uzmanları tarafından değerlendirildi. Mesane kapasitesi beklenenin en az %65'i kadar olmayan, detrussor sfinkter dissinerjisi olan, öncesinde botulinium enjeksiyonu yapılmış ve 18 yaşın altındaki hastalar çalışma sonuçlarına dahil edilmedi. İnhibe edilemeyen kontraksiyon için en az 10 cm H20 basıncı anlamlı kabul edildi. Görülen kontraksiyon basınçları kaydedildi. Hastalar sonuçları normal, fazla-aktif, az-aktif ve az-aktif olup inhibe edilemeyen kontraksiyon izlenenler olarak dört gruba ayrıldı. İstatistiksel analiz için ikiden fazla grup karşılaştırması tek yönlü ANOVA, iki grup karşılaştırması için t-test kullanıldı. Parametrik olmayan verilerin karşılaştırılması Pearson ki-kareyle yapıldı. P değerinin 0.05'in altında olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 79 erkek 44 kadın olmak üzere toplam 123 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 60,4±15,9 (21-88) idi. Hastaların 49'unda (%39,8) ön tanı fazla-aktif, 74'ünde (%60,2) az-aktif idi. Sonuçta 30 (%24,4) normal, 33 (%26,8) fazla-aktif, 45 (%36,6) az-aktif ve 15 (%12,2) az-aktif olmasına rağmen inhibe edilemeyen kontraksiyon olarak raporlandı. Az-aktif olup inhibe edilemeyen kontraksiyonları olan 15 hastanın tamamı prostatektomi öncesi tetkik edilen hastalar olup, 10'unda (%66,7) basınç değeri 20 cmH20'nun üzerindeydi. Fazla-aktif olan ve az-aktif olup inhibe edilemeyen kontraksiyonu olanlarda kontraksiyon basınçları benzerdi (27,8±15,8'e karşı 32,7±17,7 p=0,417).

SONUÇ

Son döndemde Az-aktif Detrüssör ile inhibe edilemeyen kontraksiyonların birlikteliğini gösteren çalışmalar artmıştır. Bazı çalışmalar inhibe edilemeyen kontraksiyonların Az-aktif detrüssör etyopatogenezinde rol oynayabileceğini idda etmektedir. Bu anlamda özellikle obstrüktif ürodinami bulguları varlığında bu paternin de mevcudiyeti progresyon açısından önemli olabilir. Az-aktif detrusor ön tanısıyla takip edilen hastalarda inhibe edilemeyen kontraksiyonlar olabilir. Bu hastalarda yapılacak obstrüksiyon cerrahisi sonrası gelişecek idrar kaçırmanın inhibe edilemeyen kontraksiyonlardan gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

SB-122

DİRENÇLİ MESANE AĞRI SENDROMU/İNTERSTİSYEL SİSTİT TANILI KADIN HASTALARDA SUBMUKOZAL BOTULİNUM TOKSİN-A TEDAVİSİ: TRİGON KORUYUCU VE TRİGON DAHİL EDİLEN ENJEKSİYONLAR ARASINDA SEMPTOM SKORLARI VE SEKSÜEL FONKSİYONLAR AÇISINDAN FARK VAR MI? RANDOMİZE PROSPEKTİF ÇALIŞMA

MURAT CAN KARABURUN(1) ERALP KUBİLAY(1) DERYA GÖKMEN(1) MEHMET İLKER GÖKÇE(1) EVREN SÜER(1) ÖMER GÜLPINAR(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

Konvansiyonel tedavilerden fayda görmemiş Mesane Ağrı Sendromu/İnterstisyel sistit (MAS/İS) tanılı kadın hastalarda uygulanan İntravezikal Botulinum Toksin tip-A (BTX-A) tedavisinin MAS/İS semptomları ve cinsel işlevler üzerine etkisini belirlemek, trigon koruyucu ve trigon dahil edilerek yapılan BTX-A enjeksiyonları arasında sonuçlar açısından fark olup olmadığını belirlemek

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020-Nisan 2022 tarihleri arasında MAS/İS tanısı ile BTX-A tedavisi uygulanacak hastalar prospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Hastalar tabakalı randomizasyon tekniği kullanılarak trigon koruyu enjeksiyon (Grup-1) ve trigon dahil edilen enjeksiyon (Grup-2) gruplarına randomize edildi. Toplamda 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar preoperatif dönemde ve postoperatif bir ve üçüncü aylarda VAS (Visuel Analog Scale), ICSI (Intersititial Cystitis Symptom Index), ICPI (Intersititial Cystitis Problem Index), FSFI (Female Sexual Function Index) sorgu formları ve 3 günlük işeme günlüğü ile işeme testi ve artık idrar testi (uroflovmetri ve rezidü tayini) ile değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya Grup-1'den yaş ortalaması 40,9 (±9,25) olan 14 hasta, Grup-2'den yaş ortalaması 41,7 (±10,3) olan 13 hasta olmak üzere toplamda 27 hasta dahil edildi. Yirmi yedi hasta için Preoperatif VAS, ICSI, ICPI VE FSFI skorları sırasıyla; 8,95 ± 1,39; 16,21 ± 2,94; 14,38 ± 2,27 ve 15,92 ± 3,73 saptandı. Postoperatif 1.ayda VAS, ICSI, ICPI ve FSFI skorları sırasıyla; 3,47±2,94; 7,14±3,97; 6,47±3,95 ve 22,41±5,02 saptandı. Postoperatif 3.ayda ise 2,69±3,18; 5,79±5,08; 5,79±4,95 ve 24,41±6,06 saptandı. Tedavi ile 4 değişkende de istatistiksel anlamlı iyileşme izlendi (p<0,001). Her iki gruptaki hastalarda da tedavi ile anlamlı düzelme gözlenirken tedavi sonuçları açısından her iki grup arasında fark saptanmadı (sırasıyla p:0,89; p:0,341; p:0,488 ve p:0,706). Toplamda iki hastada postoperatif dönemde idrar yolu enfeksiyonu ve bir hastada retansiyon görülmekle birlikte her iki grup arasında adverse etkiler açısından fark saptanmadı (p>0,05).

SONUÇ

Konvansiyonel tedavilere yanıtsız MAS/İS tanılı kadın hastalarda intravezikal BTX-A tedavisi etkili ve güvenli bir tedavidir. Tedavi cinsel işlevlere de olumlu katkı sağlamaktadır. Enjeksiyonlara trigonun dahil edilmesi tedavi yanıtı açısından fark yaratmamaktadır.

Tablo 7: VAS, ICSI, ICPI ve FSFI parametrelerinin tedavi ile değişimi ve gruplar arasındaki farklılık

		N:27	Preoperatif	1.ay	3.ay	P value (kendi içinde değişim)	P value (gruplar arası farklılık) Trend'de
VAS	Grup-1	14	9,07 ± 1,39	3,78±2,93	3,07±3,17		0,89
	Grup-2	13	8,84 ± 1,38	3,15±2,94	2,30±3,18		
	Total	27	8,95 ± 1,39	3,47±2,94	2,69±3,18	<0,001	
ICSI	Grup-1	14	15,35 ± 2,95	7,35±3,97	6,28±5,09		0,341
	Grup-2	13	17,07 ± 2,94	6,92±3,97	5,30±5,08		
	Total	27	16,21 ± 2,94	7,14±3,97	5,79±5,08	<0,001	
ICPI	Grup-1	14	13,92 ± 2,26	6,57±3,96	6,28±4,95		0,488
	Grup-2	13	14,84 ± 2,26	6,38±3,96	5,30±4,96		
	Total	27	14,38 ± 2,27	6,47±3,95	5,79±4,95	<0,001	
FSFI	Grup-1	14	17,00±3,73	22,85±5,01	24,62±6,06		0,706
	Grup-2	13	14,84±3,72	21,98±5,01	24,19±6,05		
	Total	27	15,92±3,73	22,41±5,02	24,41±6,06	<0,001	

SB-123

SAF SIKIŞMA VE SIKIŞMA BASKIN MİKST TİP İDRAR KAÇIRMASI OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ VE CİNSEL YAŞAM NE DÜZEYDE ETKİLENİR?

ESRA TAVUKÇU(1) ÖMER YILMAZ(2) HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(3)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
2. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
3. Medipol Üniversitesi Çamlıca Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ
Sıkışma ve sıkışma baskın mikst tip idrar kaçırma(İK) hastalarda yaşam kalitesinin en çok bozan İK tipi olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde daha önce sıkışma(Grup 1) ve sıkışma baskın mikst tip(Grup 2) İK ile cinsel yaşam kalitelerini sorgulayan bir çalışma yapılmamıştır. Biz çalışmamızda iki grup arasında genel yaşam ve cinsel yaşam kalitelerini sorgulamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Saf sıkışma ve sıkışma baskın mikst tip İK olan cinsel aktif hastalara demografik bilgileri sorgulayan anket formu, idrar kaçırma sorgulama formu (ICIQ-SF), inkontinans yaşam kalitesi ölçeği(I-QOL) ve Arizona cinsel yaşantı ölçeği(ACYÖ) dolduruldu.

BULGULAR
Çalışmaya saf sıkışma İK olan 31 hasta ve sıkışma baskın mikst tip İK olan 43 hasta dahil edildi. İki grup arasında yapılan analizde küretaj sayısı, küretaj ve İK için daha önce tedavi görme arasında anlamlı farklılık saptandı(p=0.021 T-Test, p= 0.015 ve p= 0.007 Mann-Whitney U Test).(Tablo) Hem iki grup ayrı ayrı hem de tüm olgular birlikte değerlendirildiğinde yapılan analizde ICIQ-SF, I-QOL ve Arizona Cinsel yaşantı ölçeği ve diğer demografik parametreler arasında orta veya yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Grup 1'de ''cinsel ilişki sıklığı'' ve ACYÖ toplam skoru arasında düşük düzeyde korelasyon saptandı(r= 0.29). Grup 2' de ''cinsel ilişki sıklığı'' ve ICIQ-SF toplam skoru arasında orta düzeyde korelasyon saptandı(r=0.41). Tüm olgular birlikte değerlendirildiğinde ''cinsel ilişki sıklığı'' ve ACYÖ toplam ile ICIQ-SF toplam skorları arasında düşük düzeyde korelasyon saptandı(sırayla r=0.15, r=0.16). 'Tuvalete sık gidip gelmem gereklidir' olarak sorulan I-QOL 10. sorusu ile ACYÖ toplam skoru arasında düşük düzeyde korelasyon saptandı(r=0.20). (Tablo; Grup 1; Saf sıkışma tip İK, Grup 2; Sıkışma baskın mikst tip İK, VKİ; Vücut kitle indeksi, ICIQ-SF; İdrar kaçırma sorgulama formu, I-QOL; İnkontinans yaşam kalitesi ölçeği, ACYÖ; Arizona cinsel yaşantı ölçeği.)

SONUÇ
Saf sıkışma ve sıkışma baskın mikst tip İK olan hastalarda I-QOL ve Arizona Cinsel yaşantı ölçekleri ve diğer demografik parametreler arasında yüksek düzeyde anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi. Bulgularımız daha geniş serilerde değerlendirilmelidir.

Tablo

-	Grup 1	Grup 2	p
Yaş	46.4	47.8	0.447
VKİ	31.4	29	0.15
Gebelik yaşı	18.5	21.3	0.134
Küretaj sayısı	0.45	0.97	0.021
ICIQ-SF Topla skor	11.9	12.5	0.606
IQOL Toplam skor	73.22	65.13	0.08
ACYÖ Toplam skor	18.77	17.34	0.279

SB-124

AŞIRI AKTİF MESANEDE BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİYİ NE KADAR ETKİN KULLANIYORUZ?

OKAN ALKIŞ(1) AYSUN ÖZLÜ(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1) MEHMET SEVİM(1) AYKUT BAŞER(2) BEKİR ARAS(1)

1. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kütahya
2. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Balıkesir

AMAÇ
Antikolinerjik tedaviye yanıt vermeyen aşırı aktif mesane (AAM) tanılı olgularda davranış tedavisi, antikolinerjik ve pelvik taban kas egzersizi kombinasyonunun etkinliğini ortaya koymayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Prospektif randomize kontrollü olarak planlanan çalışmamıza 18-65 yaş arası yaş tip AAM tanısı almış, antikolinerjiklere yanıt vermeyen 70 kadın hasta dahil edildi. Hastalar rastgele 2 gruba ayrıldı. Kontrol grubuna 12 hafta davranış tedavisi ve antikolinerjik+beta3-agonist kombinasyonu uygulandı. Aktif tedavi grubunda 12 hafta boyunca davranış tedavisi ve pelvik taban kas egzersizi ile antikolinerjik+beta3-agonist kombinasyonu uygulandı. OAB, ICIQ-SF skorları, işeme sıklığı ve noktürideki tedavi sonrası değişiklikler karşılaştırıldı.

BULGULAR
Grupların yaş ve vücut kitle indeksi ortalamaları benzerdi ($p>0.01$). Tedavi sonrası kontrol grubunda AAM skorlarında anlamlı bir düşüş gözlenmezken ($p=0.06$), aktif tedavi grubunda anlamlı düşüş gözlendi ($p<0.01$). Ortalama ICIQ-SF skorları ve noktüri sayısı 12 haftalık tedaviden sonra her iki grupta da azaldı ($p<0.01$). Kontrol grubunda işeme sıklığında anlamlı bir azalma olmadı ($p=0.054$). Aktif tedavi grubunda anlamlı olarak geriledi ($p<0.01$). Tedavi sonrası kontrol grubundaki 30 hastanın 3 (%10)'ünde, aktif tedavi grubundaki 32 hastanın 11'inde (%34,3) şikayetleri geriledi ve mevcut durumundan memnun kaldılar. Tedavi sonrası kontrol grubunda 4 (%13,3) hasta kuru iken, aktif tedavi grubunda 10 (%31,25) hasta kuru idi.

SONUÇ
AAM'nin birinci basamak tedavisinde önerilen ilaç tedavisi, davranış tedavisi ve pelvik taban kas egzersizi hastalara iyi anlatılıp kombine edildiğinde invaziv tedavi ihtiyacını azalttığını gösterdik.

SB-125

TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 1 VE DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNDE AŞIRI AKTİF MESANE PREVALANSI

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) CEMİLE AKSOY(2) CEREN CELAYİR(2) MUHAMMED KUŞARİ(2) MUSTAFA KAAN CENGİZ(2) REMZİ SÜREN(2) SAYDAL UYSAL(2) TARIK DAYAN(2) HALİL ERTAŞ(2) YUSUF AKPOLAT(2) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1)

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

AMAÇ
Tıp fakültesi 1. Sınıf ve 6. Sınıf öğrencilerinde AAM sorgulama formu kullanarak AAM prevalansını hesaplamak ve akran eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra aşırı aktif mesane değerlendirme formu (veri kayıt formu) ile prevalans hesaplanması yapıldı.

BULGULAR
Çalışmamıza 307 gönüllü katıldı. Gönüllülerin 183'ü (%59,6) erkek 124'ü (%40,4) kadındı. 307 gönüllünün 128'inin (%41.7) aşırı aktif mesane sorgulama formunda 8'in üzerinde semptom skoru olduğu gözlendi (Tablo 1). 128 gönüllüden 11'inde, semptom skoru 8'in altında olan 179 gönüllüden 14'ünde öksürme veya gülme ile idrar kaçırma olduğu tespit edildi. 128 gönüllüden 20'si (%15,6) tedavi almışken 108'inin (%84,4) mevcut aşırı aktif mesane semptomları için doktor başvurusu bulunmamaktaydı. Aşırı aktif mesane tanısı ile tedavi alan 20 gönüllünün 16'sının (%80) tedaviden fayda gördüğü, 4'ünün tedaviden fayda görmediği tespit edildi (Tablo 1).

SONUÇ
Aşırı aktif mesane hastalığı prevelansının tanımlanan toplulukta %41 gibi yüksek bir değere sahip olduğu tespit edildi. Bu hastalığın %84'nün tanısız tedavisiz kaldığı görülmüştür. Uygun tedavi ile %80 gibi yüksek bir oranda tedaviden fayda görüldüğü ortaya konmuştur.

Katılımcı sayısı: 307	-	AAM skoru<8	AAM skoru>8
Erkek	183	88	95
Kadın	124	91	33
-	İnkontinans var	14	11
-	İnkontinans yok	165	117
Tedavi alan	-	Tedavi almayan	-
20	-	108	-
Tedaviden fayda gören	Tedaviden fayda görmeyen	Tedavi almama sebebi	-
16	4	Hastalık olarak değerlendirmeme	62
-	-	Gelip geçici olduğunu düşünme	22
-	-	Semptomların çok rahatsız etmemesi	18
-	-	Doktora gitmede çekince	6

Katılımcıların AAM skoruna göre dağılımı, tedavi alma ve doktora başvurma öyküsü

SB-126

COVID-19 PANDEMİSİNDE MESANE AĞRI SENDROMU: HASTALIĞIN SEYRİ VE TEDAVİ STRATEJİLERİ

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) RIDVAN ÖZCAN(1) ARZU MALAK(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) CENK MURAT YAZICI(1) MÜGE ÖZCAN(1) MURAT AKGÜL(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

COVID-19 pandemisi, dünya üzerinde yaratmış olduğu ölümler ve morbiditeler kadar insanlar üzerinde anksiyete, depresyon ve stres de oluşturan bir hastalıktır. Mesane ağrı sendromu (MAS) da etyolojisi tam belli olmamakla beraber stresin ve psikolojik faktörlerin seyrini olumsuz yönde etkilediği bilinen bir hastalıktır. Bu çalışmada, pandeminin MAS hastaları üzerinde oluşturmuş olduğu muhtemel klinik agregasyonun incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2010-2018 yılları arasında tanı almış, amitriptilin tedavisi kullanan ve 2019 Mart ayına kadar 6 aylık düzenli takipleri yapılmış 35 MAS hastası çalışmaya dahil edildi. Takip protokolü olarak her hastaya King's Sağlık Anketi, Beck Depresyon Anketi, Beck Anksiyete Anketi, Aşırı Aktif Mesane Formu V8 (OAB-V8) ve Vizüel Analog Skala (VAS) anketleri doldurtuldu. Pandeminin 6. ayında, telefon görüşmesi veya video röportaj ile hastaların klinik seyirleri sorgulandı ve tedavi devamlılıkları öğrenildi. Takiplerindeki gecikmeler, sağlık imkanlarına ulaşmaktaki zorlukları hakkında bilgi alındı. Aynı anketler dolduruldu ve pandemi öncesi skorları ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 50,2±13,32 (min:20, max:74) olup 11'i erkek, 24'ü kadın idi. Ortalama takip süreleri 71,8±35,6 aydı. Tüm anket skorlarında OAB-V8 ve VAS skoru istatistiksel anlamlı olmak üzere pandemi öncesine göre artış görüldü. (Tablo 1) King's Sağlık Anketinin tüm alt birimlerinde pandemi süresince istatistiksel olarak anlamlı artış tespit edildi. (Tablo 2). Hastaneye başvurmak isteyen 16 hastanın VAS ve OAB-V8 skorları pandemi öncesine göre anlamlı derecede yüksekti. (p=0,017 ve p=0,018) Fakat hastaneye gelmeyi reddeden 19 hastanın VAS ve OAB-V8 skorlarındaki artışta istatistiksel anlamlı fark görülmedi. (p=0,063 ve 0,058) (Tablo 3)

SONUÇ

Düzenli takip gerektiren birçok hastalık gibi, MAS hastaları da COVID-19 pandemisinden olumsuz yönde etkilenmiştir. Pandeminin yaratmış olduğu psikolojik etkiler, korku, stres, anksiyete ve depresyon nedeniyle MAS hastalarının semptomları kötüleşmiş ve düzenli takiplerin aksaması nedeniyle hastalar gerekli desteği alamamışlardır. Pandeminin olumsuz etkilerinin azalması ile bu hasta grubunda da kısmen bir iyileşme periyodu olabileceğini düşünmekteyiz.

	COVID Öncesi	COVID Dönemi	p
VAS Skoru	4,54±2,03	5,46±2,39	**0,002**
OAB-V8 Skoru	8,54±4,33	10,2±5,07	**0,002**
Beck-A Skoru	5,66±7,77	6,20±8,96	0,280
Beck-D Skoru	5,37±5,92	6,89±7,80	0,067

	COVID Öncesi	COVID Dönemi	p
1-Genel Sağlık Algılaması	30,0±18,98	34,29±19,26	**0,034**
2- İnkontinans Etkisi	36,19±30,65	46,67±30,47	**0,006**
3-Rol Limitasyonları	26,67±22,21	34,76±25,68	**0,004**
4-Fiziksel Limitasyonlar	31,43±27,05	39,05±28,85	**0,015**
5-Sosyal Limitasyonlar	22,68±25,08	26,98±27,39	**0,025**
6-Kişisel İlişkiler	8,09±20,76	11,62±23,07	**0,042**
7-Emosyonlar	34,28±28,18	40,63±28,13	**0,005**
8-Uyku/Enerji	30,0±22,43	36,67±26,13	**0,044**
9-Ciddiyet Ölçümleri	20,57±16,26	27,24±21,65	**0,004**

Tablo 1-2: COVID öncesi ve COVID dönemi anket skorlarının karşılaştırılması

		COVID Öncesi	COVID Dönemi	p
Hastaneye Başvurmak İsteyen Hastalar (n:16)	**VAS Skoru**	5,12±2,12	6,50±2,1	**0,017**
	OAB-V8 Skoru	9,75±4,3	11,75±4,92	**0,018**
	Beck-A Skoru	8,68±10,25	9,63±12,14	0,336
	Beck-D Skoru	7,31±5,87	10,31±8,88	0,141
Hastaneye Başvurmayı Reddeden Hastalar (n:19)		**COVID Öncesi**	**COVID Dönemi**	**p**
	VAS Skoru	4,05±1,87	4,58±2,32	0,063
	OAB-V8 Skoru	7,53±4,2	8,9±4,94	0,058
	Beck-A Skoru	3,10±3,36	3,32±3,11	0,317
	Beck-D Skoru	3,74±5,59	4,0±5,49	0,102

Tablo 3: Hastaneye başvurmak isteyen ve başvurmayı reddeden hastaların skorlarının karşılaştırılması

SB-127

MESANE AĞRI SENDROMU TEDAVİ TAKİBİNDE SİSTEMİK İMMUN-İNFLAMASYON İNDEKSİNİN KULLANILMASI

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) ESAD ESEOĞLU(1) MURAT AKGÜL(1) ARZU MALAK(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) CENK MURAT YAZICI(1) HÜSEYİN ATEŞ(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

Mesane ağrı sendromu; bilişsel, cinsel ve duygusal sorunlara neden olan göreceli olarak nadir görülen kompleks bir hastalıktır. Bu hastalığın patofizyolojisinde; bakteriyel sistit, otoimmunite, nörojenik enflamasyon gibi inflamatuar durumlar suçlanmıştır ancak bunların hepsi hipotez aşamasındadır. Sistemik inflamatuar inflamasyon indeksi (SII), son yıllarda birçok hastalığın seyrini öngörebilecek basit ve ucuz bir yöntem olarak tanımlanmıştır. Periferik kandan rahatlıkla bakılabilen parametrelerinden olan platelet (P), nötrofil (N) ve lenfosit (L) kullanılarak hesaplama yapılmıştır. (SII: PxN/L) Bu çalışmanın amacı, MAS ile SII ilişkisini ortaya koymak ve tedavi protokolleri sonrası etkilenip etkilenmediğini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

2010-2020 yılları arasında kliniğimizde takip edilen, amitriptilin tedavisi kullanan ve düzenli takipleri yapılmış toplam 30 MAS tanısı olan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Takip protokolü olarak her hastaya tanı anında King's Sağlık Anketi, Beck Depresyon Anketi, Beck Anksiyete Anketi ve SF-36 yaşam kalitesi Formu doldurtuldu. Eş zamanlı olarak periferik kandan elde edilen veriler ile SII hesaplandı. Hastalardan 6 aylık düzenli tedavi sonrası aynı formları tekrar doldurmaları istendi ve yine tedavi sonrası periferik kandan SII hesaplandı. Hastaların şikayetlerinin belirgin olduğu ve doldurulan formlarda skorlarının yüksek olduğu zamanlar ile daha az yakınma ve düşük skorların olduğu zamanlardaki SII karşılaştırıldı

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması 46,1±13,6 (min:24, max:71) olup 4'ü erkek, 26'sı kadın idi. Ortalama takip süreleri 76,3±24,5 aydı. Hastaların King's Sağlık Anketinde, tedavi aldıktan sonra genel sağlık algılaması, fiziksel limitasyonlar, sosyal limitasyonlar, duygular ve uyku/enerji alt kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görüldü. (Tablo 1) Hastaların SF-36 anketlerinde tüm alt birimlerde artış görüldü. (Tablo 2). Tedavi sonrası BECK anksiyete ve depresyon anketlerinde azalma tespit edildi. Lenfosit sayısı, NLR, PLR ve SII'da tedavi sonrası istatistiksel olarak anlamlı derece azalma kaydedildi. (p=0,001; 0,019; 0,002 ve 0,039)

SONUÇ

MAS hastalarında SII, tedavi etkinliğini değerlendirmede kullanılabilecek basit ve ucuz bir yöntemdir. Bu nedenle bu hastalığın patofizyolojisinde inflamatuar süreçler daha ön planda düşünülebilir. Uygulanacak tedavi protokolleri ile inflamasyon ilişkili parametrelerdeki azalma ile tedavi yanıtları objektif bir şekilde değerlendirilebilir.

		Tedavi Öncesi (%)	Tedavi Sonrası (%)	p
King's Sağlık Anketi	1-Genel Sağlık Algılaması	52,00±17,35	39,17±20,43	**0,021**
	2- İnkontinans Etkisi	77,00±28,31	70,23±35,53	0,374
	3-Rol Limitasyonları	62,07±30,18	54,76±31,70	0,208
	4-Fiziksel Limitasyonlar	66,66±31,18	54,16±31,63	**0,018**
	5-Sosyal Limitasyonlar	54,40±34,42	41,07±33,24	**0,039**
	6-Kişisel İlişkiler	54,48±36,07	51,92±35,06	0,693
	7-Duygular	75,55±24,66	58,14±37,33	**0,041**
	8-Uyku/Enerji	60,55±30,48	40,47±28,12	**0,017**
	9-Ciddiyet Ölçümleri	25,05±19,24	18,80±16,44	0,290

King's Sağlık Anketi Sonuçları

		Tedavi Öncesi (%)	Tedavi Sonrası (%)	p
Short Form-36 (SF-36)	Fiziksel Fonksiyon	65,34±30,47	67,24±29,54	0,779
	Fiziksel Problemler nedeniyle kısıtlanma	44,83±43,0	50,0±43,85	0,393
	Duygusal Problemler nedeniyle kısıtlanma	46,66±33,45	67,78±34,45	**0,007**
	Enerji/Yorgunluk	39,0±19,80	54,83±21,48	**0,004**
	Duygusal İyilik Hali	56,27±20,50	70,00±19,42	**0,008**
	Sosyal Fonksiyon	50,0±23,86	64,81±27,52	**0,041**
	Vücut Ağrısı	42,08±28,54	61,0±29,3	**0,010**
	Genel Sağlık Ağrısı	41,03±18,19	44,48±23,81	0,767

SF-36 Sonuçları

	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	p
BECK-A Skoru	11,86±10,8	11,24±9,02	0,745
BECK-D Skoru	11,55±9,24	11,41±9,88	0,807
Platelet Sayısı (x10^3)	252±34,58	263,13±50,03	0,276
Nötrofil Sayısı (x10^3)	3,76±1,33	4,07±0,84	0,150
Lenfosit Sayısı (x10^3)	2,10±0,62	2,85±0,58	**0,001**
NLR (Nötrofil/lenfosit oranı)	1,93±0,94	1,45±0,36	**0,019**
PLR (platelet/lenfosit oranı)	126,94±40,48	95,28±23,72	**0,002**
SII	487,56±264,44	378,19±114,14	**0,039**

BECK-A, BECK-D ve Hemogram parametrelerinin karşılaştırılması

Windows'u Etkinleştir

SB-128

ÜRODİNAMİ İŞLEMİNDE STANDART ŞEKİLLİ BİR FORM İLE HASTA BİLGİLENDİRİLMESİNİN KAYGI DÜZEYLERİNE ETKİSİ: PROSPEKTİF KLİNİK ÇALIŞMA

ONUR CAN ÖZKAN(1) AHMET ÖZGÜR GÜÇTAŞ(2) BAHADIR ŞAHİN(2) ÇAĞRI AKIN ŞEKERCİ(2) AHMET RAHMİ ONUR(2) HAYDAR KAMİL ÇAM(2) TUFAN TARCAN (2)

1. Ceylanpınar Devlet Hastanesi, Şanlıurfa
2. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Ürodinami, alt üriner sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesinde sıkça kullanılan minimal invaziv bir işlem olmakla beraber literatürde anksiyete oluşturduğuna dair veriler mevcuttur. Bu prospektif randomize çalışma ile ürodinaminin anksiyete ile olan ilişkisinin ortaya konulması ve özellikle işlem öncesinde hastalara verilecek resimli bilgilendirme broşürünün, ürodinami öncesi ve sırasında oluşan kaygı düzeylerinin azaltılmasında olası etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca üçüncü bir hedef olarak da tarafımızca "Ürodinami İşlemine Özgü Yaşam Kalitesi–Kaygı Formu" (ÜYK-KF) geliştirilmesi planlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya 01.10.2020–01.10.2021 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Hastanesi Ürodinami Ünitesinde ürodinami yapılan ve çalışmaya alınma kriterlerini sağlayan 18-80 yaş arası tüm hastaların dahil edilmesi planlandı. Kaygı düzeylerinde farklılık yaratması olası olduğundan daha önce ürodinami, üretral kateterizasyon, ürolojik malignite tanısı, sünnet dışında geçirilmiş ameliyat ve gastrointestinal endoskopi gibi işlem öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Koşulları sağlayan hastalar basit randomizasyon ile iki gruba ayrıldı. İlk gruba işlem öncesinde sadece onam formuna ilave olarak ürodinamiyi açıklayan tek sayfalık resimli bilgilendirme broşürü verilirken, diğer gruba sadece onam formu verildi. Tüm hastalar IPSS ve Marmara Aşırı Aktif Mesane Sorgulama Formu' nu doldurdu. Her iki gruba da işlem öncesinde ve işlem sonrası 1. saatte kaygı ve depresyon düzeylerinin ölçülebilmesi için "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) uygulandı. Ayrıca her hastaya tarafımızca geliştirilen ÜYK-KF uygulandı. Bu ölçeklerin ürodinami öncesi ve sonrası sonuçları birbiriyle karşılaştırıldı.

BULGULAR

122 hasta her iki gruba randomize edildi. Çalışmamızda yaş ortalaması 46,5±16,3 yıldı. Tüm hastaların %54,9'u erkek, %45,1'i ise kadındı. Her iki grup arasında sistemik hastalıklar, ürodinami endikasyonları, IPSS ve Marmara AAM-SF formlarının sonuçları açısından fark saptanmadı. Tüm hasta grubunda ürodinami öncesi hastaların %50,9'unda kayda değer anksiyete (HADS anksiyete skoru≥8) saptandı. Ortalama HADS skorları işlem öncesi bazal ölçümlerde istatistiksel anlamlı olmasa da broşür alan grupta daha düşük seyretti. Yine HADS'a göre işlem öncesinde dikkate değer anksiyetesi olan hastaların sayısı istatistiksel anlamlı olmasa da broşür alan grupta daha düşük bulundu. HADS skoru anksiyete ve depresyon kategorilerinde 8 ve üzerinde olan hastaların oranı; her iki grupta da ürodinami sonrası 1. saatte anlamlı olarak azalma gösterdi (Grup 1'de p=0,0001, grup 2'de p=0,001). ÜYK-KF ürodinami sonrası skoru, broşür alan grupta almayanlara göre anlamlı bir şekilde daha düşüktü (p=0,014). HADS değerleri ile ÜYK-KF skorlarının anlamlı korelasyon gösterdiği belirlendi.

SONUÇ

Bu çalışmada HADS kullanılarak, ürodinaminin hastaların en az yarısında belirgin anksiyete yarattığı gösterilmiştir. Bazal ölçümde ortalama HADS skorlarının ve kayda değer anksiyetesi olan hasta sayısının broşür alan grupta istatistiksel anlamlı olmasa da düşük olması, resimli bir bilgilendirme broşürünün kullanılmasının daha geniş hasta serilerinde anksiyeteyi azaltabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca ÜYK-KF'nin HADS ile korelasyon gösterdiği de saptanmıştır. Ancak bu yeni ölçeğin validasyonu açısından yine çok merkezli hasta serilerine ihtiyaç olduğu muhakkaktır.

Tablo 1: "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği" (HADS) skoru borderline ve anormal olarak sonuçlanan hasta sayılarının her iki randomizasyon grubunda ürodinami öncesi ve sonrası dönemler için karşılaştırılması

		Broşür Alan		p Değeri*	Broşür Almayan		p Değeri*
		n	%		n	%	
HADS Anksiyete (Skor≥8)	ÜD Öncesi	30	%49,2	0,000	32	%52,4	0,001
	ÜD Sonrası	20	%32,8		15	%24,6	
HADS Depresyon (Skor≥8)	ÜD Öncesi	27	%44,3	0,000	24	%39,4	0,000
	ÜD Sonrası	24	%39,3		21	%34,4	

**Yates Ki-Kare Testi*
(n: Kişi sayısı, %: Yüzde oranı, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale-Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, ÜD: Ürodinami)

SB-129

SAKRAL NÖROMODÜLASYONDA İLK DENEYİMLERİMİZ

MUTLU DEĞER(1) NEBİL AKDOĞAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(2) SAFI KOLKIRAN(1) VOLKAN İZOL(1) NİHAT SATAR(1) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana
2. Ceyhan Devlet Hastanesi, Adana

AMAÇ

Sakral nöromodülasyon(SNM) medikal tedaviye dirençli aşırı aktif mesane (AAM), kronik üriner retansiyon (KÜR) ve interstisyel sistit (İS)/ mesane ağrı sendromu (MAS) tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir. Sakral bölgeye yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla bu bölgedeki sinirlerin stimüle edilmesi sonucunda mesane fonksiyonlarının düzenlenmesi hedeflenmektedir. Urgency ve urge inkontinanslı hastalarda veya aşırı aktif mesane tanılı olgularda başarı %64 ile %88 arasında değişmektedir. Bu çalışmamızda SNM yapılan ilk hastalarımızın sonuçlarını derlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Eylül 2021- Mayıs 2022 yılları arasında SNM yapılan 17 hastanın sonuçlarını retrospektif olarak inceledik. SNM implantasyonu iki aşamaya ayrılmaktadır. Birinci aşama test periyodu için geçici implantasyon; ikinci aşama ise kalıcı pilin takılmasıdır. Geçici implantasyon sonrası şikayetlerinde ve semptom skorlarında %50'den fazla iyileşme olan hastalarda kalıcı pil uygulamasına geçilmektedir. AAM, İS/ MAS ve KÜR tanılı hastaların değerlendirilmesinde birçok semptom skoru ve parametre kullanılırken bu bildirimizde OAB-V8 skoru, ICPI skoru ve rezidüel idrar hacimleri ve SEAPİ skorunu inceleyerek SNM yapılan ilk hastalarımızın sonuçlarını derledik.

BULGULAR

17 hastanın 5'ine (%29) AAM, 2'sine (%12) İS/ MAS, 10'una (%59) ise KÜR nedeniyle SNM yapıldı. Hastaların 3 tanesi erkek, 14 tanesi kadın hasta olup bu hastaların ortalama yaşı 37,25'tir. Geçici implantasyon yapılan 17 hastanın 13'sinde(%76) sonuçların başarılı olmasıyla kalıcı pile geçilirken ;4(%24) hastada hedeflenen başarıya ulaşılamaması nedeniyle pil ekstraksiyonu yapılmıştır. AAM tanılı hastaların işlem öncesi ortalama OAB-V8 skoru 22 iken, işlem sonrası ortalama skorun 14 olduğu görüldü. İS tanılı hastaların SNM öncesi ortalama ICPI skoru 12 olup SNM sonrasında ortalama ICPI skorunun 6'ya gerilediği görüldü. KÜR tanılı hastalarda ortalama rezidüel idrar hacmi 135 mL iken SNM sonrası ortalama rezidü hacmin 60 mL olduğu görüldü. KÜR nedeniyle temiz aralıklı kateter (TAK) kullanan hastaların işlem sonrasında TAK kullanım ihtiyacında %70 azalma olduğu tespit edildi. Tüm hastaların işlem öncesi SEAPİ inkontinans yaşam kalitesi ölçeği skoru ortalama 11 iken, işlem sonrası ortalama skorun 4 olduğu görüldü. Takip döneminde elektrot migrasyonu nedeniyle 1 hasta tekrar işleme alınıp elektrot revizyonu yapıldı.

SONUÇ

Kliniğimizde uyguladığımız SNM sonuçlarının başarı yüzdelerini literatür ile kıyasladığımızda benzer olduğunu tespit ettik. SNM tedavisi farmakoterapiye refrakter olgularda etkili bir yöntem olmasıyla birlikte güncel pratiğimizde daha da önem kazanmakta ve uygulama sıklığı her geçen gün artmaktadır.

SB-130

İNTERSTİSYEL SİSTİT/KRONİK PELVİK AĞRI SENDROMUNDA ORAL PENTOSAN POLİSÜLFAT SODYUM VE İNTRAVEZİKAL YÜKSEK MOLEKÜL AĞIRLIKLI HYALÜRONİK ASİT KOMBİNASYON TEDAVİSİNİN ETKİSİ

MEHMET GÖKHAN ÇULHA(1) AHMET BOYLU(1) MUSAB ÜMEYİR KARAKANLI(1) MUSTAFA ERKOC(1) EMRE CAN POLAT(1) ALPER ÖTÜNÇTEMUR(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

İnterstisyel sistit (IC/KPAS), Dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen kronik bir ağrı sendromudur. Sendrom birçok bireyde farklı şekilde ortaya çıkar ve ortak şikayet kronik pelvik ağrı ve günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasıdır. Tedavide bir çok ajan kullanılmasına rağmen hala görüş birliği oluşmamıştır. Bu çalışmanın amacı IC/KPAS hastalarında oral pentosan polisülfat sodyum ve intravezikal yüksek molekül ağırlıklı hyalüronik asit kombinasyon tedavisinin etkinliğini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Eylül 2020-Mayıs 2022 tarihleri arasında üroloji kliniğine IC/KPAS şikayetleriyle başvuran hastalar çalışmaya dahil edildi. Daha önce intravezikal tedavi almış olan hastalar, aktif üriner sistem enfeksiyonu olan hastalar, pelvik cerrahi geçirmiş olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların detaylı medikal öyküleri alındı. Hastaların semptomlarını sorgulamak amacıyla interstisyel sistit semptom indeksi(ICSI) ve interstisyel sistit problem indeksi(ICPI) ve vizüel ağrı skorlaması (VAS) kullanıldı. Hastalara günde 3 kez 100 mg oral pentosan polisülfat sodyum (ELMIRON®, Aymed İlaç, Türkiye) ve ilk ay haftada 1, ikinci ay 15 günde bir ve üçüncü ay ayda bir olmak üzere intravezikal yüksek molekül ağırlıklı hyalüronik asit80mg/50ml (INSTYLAN®, Diaco, İtalya) tedavisi verildi. Hastaların tedavi öncesi ve 12 haftalık tedavi sonrası semptomları karşılaştırıldı. Tedavi yan etkileri kayıt edildi.

BULGULAR

Çalışmaya 38 hasta dahil edildi. Bu hastaların 32'si kadındı(%84,21). Hastaların yaş ortalaması 41,34±7,78 (21-59), BMI ortalaması 29,54±5,43(22,91-38-61) idi. Hastaların ortalama semptom süresi 14,50±10,03 aydı. Hastaların tedavi öncesi değerlerine göre tedavi sonrasında ICSI, ICPI ve VAS skorlarında anlamlı iyileşmeler izlenmiştir (her biri için p<0,001). Toplamda 5 hastada hafif yan etkiler gözlemlendi (3 hastada geçici hematüri, 2 hastada antibiyoterapi ile iyileşen üriner sistem enfeksiyonu). Bir hasta görme bozukluğu nedeni ile tarafımıza başvurmuş olup, yapılan göz dibi incelemesinde patolojik bulgu saptanmamıştır.

SONUÇ

IC/KPAS tedavisi için oral pentosan polisülfat sodyum ve intravezikal yüksek molekül ağırlıklı hyalüronik asit kombinasyonu etkili bir şekilde hasta semptomlarını azaltmaktadır. Yan etki profili oldukça düşük olan bu kombinasyon tedavisinin etkinliği ve güvenilirliğini değerlendirmek için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	p
ICSI	15,85±5,21	9,12±6,65	<0,001
ICPI	14,21±6,04	7,75±4,98	<0,001
VAS	7,78±2,12	4,13±3,09	<0,001

Tedavi öncesi ve sonrası hastaların karşılaştırılması

SB-131

AŞIRI AKTİF MESANE SENDROMLU KADIN HASTALARDA HAFTADA İKİ KEZ TRANSKÜTAN TIBİAL SİNİR SİMÜLASYONUNUN ETKİSİ

MEHMET GÖKHAN ÇULHA(1) MUSAB ÜMEYİR KARAKANLI(1) SELCEN KANYILMAZ(1) ORHAN ŞAHİN(1) AHMET BOYLU(1) ÖMER KURU(1) ALPER ÖTÜNÇTEMUR(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Transkutanöz tibial sinir stimülasyonu (TTNS), aşırı aktif mesane sendromu (AAM) hastaları için elektrik stimülasyon tedavisinde yeni bir tedavi yoludur. Perkütan tibial sinir stimülasyonu (PTNS), iyi klinik kanıtlarla desteklenmektedir ve AAM hastaları için kılavuzlarda önerilir. PTNS'ye kıyasla etkinliğini gösteren veriler yayınlanmış olmasına rağmen, AAM için TTNS'nin etkinliğine ilişkin sağlam kanıtlar hala eksiktir. Bu çalışmanın amacı haftada iki kez TTNS uygulanan AAM'li kadın hastalarda tedavi etkinliğini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Haziran 2018'den Mart 2022'ye kadar AAM için TTNS ile tedavi edilen tüm hastalarımızı retrospektif olarak inceledik. Rutin bir şemada, TTNS, 6 haftada 12 seans için haftada iki kez verildi. TTNS, her seansta 30 dakika boyunca 10 Hz frekansında yüzey elektrotları ile transkutan olarak uygulandı. Aynı anda TTNS dışında tedavi alan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalara ayrıca mesane eğitimi ve yaşam tarzı değişiklikleri hakkında bilgi verildi ve imzalı onam alındı.

Tüm hastaların yaşı, vücut kitle indeksi (VKİ), AAM tipi (ıslak veya kuru) ve AAM şikayetlerinin süresi ve genel özellikleri değerlendirildi. Üç günlük mesane günlüğü sonuçları, Uluslararası İnkontinans Anketi Kısa Formu (ICIQ-SF), Aşırı Aktif Mesane V8 (OAB-V8), hasta görsel analog skala (VAS: 0-10) ile son 3 gündeki semptom şiddeti bildirildi ve 24 saatlik ped testi sonuçları kaydedildi.

BULGULAR

AAM'li96 kadın hasta TTNS ile tedavi edildi. Çalışma analizine sadece 72 hastanın verileri dahil edildi. Değerlendirme için herhangi bir sonuç verisi olmadığı için 24 hastanın verileri hariç tutulmuştur. Ortalama hasta yaşı 49,75±12,54, ortalama VKİ 32,80±6,82, ortalama parite sayısı 2,74±1,66 ve hastaların %47,2'si menopozdaydı. AAM için ortalama semptom süresi 50,89±45,92 aydı ve hastaların %93,1'inde ıslak AAM vardı.

TTNS işlemi sırasında hiçbir hastada yan etki görülmedi. TTNS tedavisinin etkinliği, 3 günlük mesane günlüğü sonuçları, 24 saatlik ped testi ve anket puanları ile değerlendirildi.
Kadın hastalarda AAM için TTNS tedavisi, inkontinans ve sıkışma semptomlarını azaltmada etkiliydi ve tüm sonuç parametrelerinde iyileşme gözlendi($p<0,001$)(Tablo-1).

SONUÇ

PTNS, AAM hastalarında etkinlik için haftada bir kez toplam 12 seans önerilir. Çalışmamızda 6 hafta boyunca haftada iki seans olmak üzere 12 seans TTNS uyguladık. TTNS için uygulama takvimi hakkında kanıt yoktur. Klinik deneyimlerimizden edindiğimiz izlenim, TTNS'nin iyi tolere edildiği ve hastalar tarafından tercih edilen bir tedavi yöntemi olduğu yönündedir.

-	Tedavi Öncesi	Tedavi Sonrası	p
OAB-V8 score	24,0±7.7	14,8±9,3	0.000
ICIQ-SF score	14,3±6,1	9,1±4,9	0.000
VAS score	7.5±2.4	4,8±2.1	0.000
(24 h) Voiding frequency (n)	12,9±7,1	8,5±3,6	0,036
Nocturia (n)	0,9±0,9	0,6±0,8	0,105
Urgency episodes (n)	3,6±3.3	2,5±3,8	0,073
Urinary incontinence (n)	2,0±3,1	0,7±1,8	0,017
Nocturnal incontinence (n)	0,2±0,5	0,1±0,4	0,095
Pad test (gr/24h.s)	20,0±21,2	17,7±22,2	0,544

Haftada iki kez 6 haftalık TTNS tedavisi için sonuç sonuçları

SB-132

TEK MERKEZ, NÖROLOJİK HASTALIĞI OLAN HASTALARIN 12 YILLIK ÜRODİNAMİ VE BASINÇ AKIM ÇALIŞMASI SONUÇLARI: NÖROJENİK MESANE ETYOLOJİSİ

ÇAĞRI DOĞAN(1) MURAT AKGÜL(1) CENK MURAT YAZICI(1) ARZU MALAK(1) ENES ALTIN(1) SERKAN ŞERAMET(1) HULUSİ SITKI DAYISOYLU(1) ERDEM CAN TOPKAÇ(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

Ürodinami ve basınç akım çalışması (Ü-BAÇ) alt üriner sistem semptomları (AÜSS) olan hastalarda kullanılan invazif tanı testlerinden biridir. AÜSS olan hastaların geçirilmiş başarısız cerrahi öyküsü olması, nörojenik hastalığa sahip olması, yüksek post-miksiyonel rezidü (PVR) idrar saptanması ya da medikal tedaviye cevap vermemesi durumunda Ü-BAÇ yapılması önerilmektedir. Kliniğimizde nörojenik hastalığı olan hastaların Ü-BAÇ sonuçlarının etyolojik nedenlere göre karşılaştırılıp değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2010-2022 yılları arasında Ü-BAÇ yapılan 2049 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. AÜSS ve nörojenik hastalığı olan toplam 653 hastanın verileri çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastaların verileri ve tanıları aynı nöroloji hekimi tarafından tekrar değerlendirilip nörolojik hastalığı olmayan hastalar çalışmadan çıkarıldığında toplam 598 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar tanılarına göre alt gruplara ayrılmıştır. Hastaların yaş, cinsiyet, Ü-BAÇ ilk idrar hissi, maksimum sistometrik kapasite (MSK), dolum fazında maksimum detrüsor basınçları, ani sıkışma hissi varlığı ve mesane kompliyansları karşılaştırıldı.

BULGULAR

Uzun dönem Ü-BAÇ sonuçları değerlendirildiğinde nörojen tanılı ürodinamik çalışmalarda en sık servikal ve lomber disk bozukluğuna yapıldığı gözlemlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen toplam 598 hastanın;), 204(%34,1) hasta servikal ve lumbar disk bozukluğu, 103'ü (%17,2) multiple skleroz (MS),74 (%12,3) hasta serebre vasküler olay (SVO),48(%8,0) hastaopere lomber ve servikal fraktür, 44(%7,4) hasta polinöropati, 30 (%5,01) hasta Parkinson hastalığı (PH), 15(%2,5) operespinabifida (SB), nedeniyle Ü-BAÇ yapıldığı gözlendi. Hastalarındemografik özellikleri ve ürodinami bulguları Tablo-1'de gösterilmiştir.Dolum fazındaki detrüsor basınçları karşılaştırıldığında SBve MS hastalarında detrüsor basınçları istatistikselolarak belirgin yüksek olduğu saptanmıştır. (52,66±40mmHg,78;45,30±34,43mmHg p<0,001 sırasıyla). MKS'ler karşılaştırıldığındaise PH ve SB hastalarında belirgin düşük kapasiteli olduğu gözlemlenmiştir. (308,71±190,25ml, 264,81±140,25ml, p<0,001; sırasıyla)

SONUÇ

Dolum fazında yüksek Pdet basınçları ve yüksek oranlarda hipokompliyan mesanesi olan SB hastaları kronik böbrek yetmezliği açısından oldukça yüksek bir riske sahiptir. Benzer şekilde yine MS hastaları çoğunlukla normokompliyan mesaneye sahip olsalar da dolum fazında ki artmış Pdet basınçları yüzünden uzun dönem takiplerinde üst üriner sistemin etkilenmesi açısından risk altındadır. Klinisyenler özellikle bu iki hastalık grubunda bunları göz önüne almalı hastaların takibi ve olası gelişebilecek uzun dönem komplikasyonları hastayla paylaşılmalıdır.

Nörojenik Hastalıklar	Sayı (n)	Yaş (Yıl)	İlk idrar hissi (ml)	Maksimum Sistometrik Kapasite (ml)	Dolum Fazında Maksimum Pdet (mmHg)
SVO	74	62,09±12,56	64,81± 43,06	385,19 ±165,98	23,67 ±24,86
MS	103	45,95±10,55	80,48±82,32	424,45±194,38	45,30±44,34
Diyabetik Nöropati	18	62,44±10,26	44,28±29,22	429,22 ±141,49	17,58±11,52
Parkinson	30	65,03±8,62	86,00±68,76	308,70 ±190,25	23,63±24,86
Polinöropati	43	60,27±13,94	55.40±39.07	447,67±168.03	17,27 ±15,80
Opere Spina Bifida	15	52,66±40,78	63,50±39,63	264,80±140.25	52,66±40,78
Lomber Disk Bozuklukları	153	54,41±12,72	65,31±40.53	491,90±167,49	16,39±15,73
Servikal Disk Bozuklukları	51	59,38±14,21	61,22±38,54	425,58±131,25	18,79±14,18
Opere Lomber ve Servikal Fraktür	48	45,75±16,04	59,41±31.34	474,52±186,92	31,00±34,97
p değeri		<0,001	<0,401	<0,001	<0,001

Tablo-1 Nörojenik tanılara göre ürodinami+basınç akım çalışmasının karşılaştırılması.

SVO:Serebro vasküler olay MS: Multiple skleroz

Nörojenik Hastalıklar	Urge Atağı		Mesane Kompliyansı		
	Var (n,%)	Yok (n,%)	Hipokompliyan (n,%)	Normokompliyan (n,%)	Hiperkompliyan (n,%)
SVO	33 (%44,6)	41 (%55,4)	11 (%15)	60 (%80,9)	3 (%4,1)
MS	67 (%65,1)	36 (%34,9)	29 (%28,1)	68 (%66)	7 (%6,9)
Diyabetik Nöropati	9 (%50)	9 (%50)	4 (%22,3)	13 (%72,2)	1 (%5,5)
Parkinson	17 (%56,7)	13 (%43,3)	12 (%40)	17 (%56,7)	1 (%3,3)
Polinöropati	10 (%23,3)	33 (%76,7)	9 (%20,9)	24 (%55,8)	10 (%23,3)
Opere Spina Bifida	12 (%80)	3 (%20)	10 (%66,7)	5 (%33,3)	0 (%0)
Lomber ve Servikal Disk Bozuklukları	49 (%24,01)	155 (%75,98)	22 (%10,8)	151 (%74)	31 (%15,2)
Opere Lomber ve Servikal Fraktür	26 (%54,2)	22 (%45,8)	9 (%18,8)	32 (%66,7)	7 (%14,6)
p değeri		<0,001		<0,001	

SB-133

60 YAŞ VE ÜZERİ SPİNAL KORD YARALANMALI HASTALARIN ÜRODİNAMİ SONUÇLARI

AHMET ÖNDER ÖRS(1) HASRET TOPAÇ(2) ENDER ORAL(3) KORAY ERTEN(4)

1. Marmaris Devlet Hastanesi, Muğla
2. Milli Savunma Üniversitesi Hava Harp Okulu, İstanbul
3. Milli Savunma Bakanlığı, Ankara
4. Beytepe Murat Erdi Eker Devlet Hastanesi, Ankara

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı 60 yaş ve üstü spinal kord yaralanmalı(SKY) hastaların ürodinami sonuçlarını incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM
2010-2011 Yıllarında hastanemizde yatan ve ürodinamik inceleme yapılan 60 yaş ve üzeri spinal şoktan çıkmış SKY'lı hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR
Çalışmaya 16/%67) erkek, 8(%33) kadın toplam 24 hasta alındı. Hastaların yaş ortalaması 65,79+-4,37 idi. 4(16,7) hasta tetraplejik, 20(%83,3) hasta ise paraplejikti. 9 (%37,5) hasta komplet lezyon, 15(%62,5) hasta inkomplet lezyondu. İdrar 5 hastada istemli-kontrollü olup, 1 hastada daimi sonda, 18 hastada ise temiz aralıklı kateterizasyonlu idi. Ürodinamik incelemede 9 hastada overaktif detrüsör/ normoaktif sfinkter, 4 hastada overaktif detrüsör/overaktif sfinkter, 7 hastada akontraktil detrüsör/normoaktif sfinkter ve 4 hastada normal mesane saptandı. İdrarı istemli-kontrollu yapan hastaların 4'ü normal mesaneye, 1'i ise overaktif detrüsör/normoaktif sfinktere sahipti. 7 akontraktil detrüsör/normoaktif sfinktere sahip hastanın 6'sı torakal ve komplet lezyondu.

SONUÇ
Akontraktil detrüsör/normoaktif sfinkter sakral ve birçok lomber lezyonda gözlenen nörojenik mesane tipi olmasına rağmen, bizim hastalarımızda torakal lezyonlarda izlendi

SB-134

NÖROJENİK MESANEDE ÜRODİNAMİK BİR BELİRTEÇ: DETRÜSOR AŞIRI AKTİVİTESİ VE AKONTRAKTİL DETRÜSOR BİRLİKTELİĞİ

ÇAĞRI DOĞAN(1) ASLI AKSOY GÜNDOĞDU(1) MURAT AKGÜL(1) CENK MURAT YAZICI(1) ARZU MALAK(1) ENES ALTIN(1) SERKAN ŞERAMET(1) HULUSİ SITKI DAYISOYLU(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

Aşırı aktif mesane (AAM); ani sıkışma hissi ve sık idrara çıkma şikayetleri ile toplumda oldukça sık görülen, hayat kalitesini etkileyen bir rahatsızlıktır. Hastaların yarısından fazlasında detrüsor aşırı aktivitesi (DAA) ürodinami-basınç akım çalışmasında (Ü-BAÇ) gösterilmektedir. Detrüsor yetersiz aktivitesine (DYA) sahip olan hastalar ise genellikle işeme sırasında zorlanma ve tam boşaltamama hissi şikayetleri ile başvurmaktadır. Bazı hastalarda Ü-BAÇ dolum fazında DAA boşaltım fazında ise DYA birlikte görülebilmektedir. DAA eşlik ettiği DYA (COUB) ilerleyen yaşla sıklıkla kronik iskemi ve inflamasyonla ilişkilendirse de altta yatan neden çok daha kompleks olabilmektedir. Mesanenin mikro hareketler hipotezi ya da dolum fazında nörotransmiterlerin aşırı salınmasında dolayı boşaltım fazında efferent fonksiyonların yeterli sağlanamaması bu teorilerden bazılarıdır. DYA genellikle mesane kasılabilirlik formülü ile değerlendirilirken (PdetQmax+5Qmax), biz ise çalışmamızda dolum fazında DAA boşaltım fazında akontraktil detrüsor (COAB) olan hastaları değerlendirmeyi amaçladık. COAB hastalarının büyük çoğunluğu nörojenik özgeçmişi olan hastalardan oluşmuş olsa da bu paradoksal durumun infra-vesikal obstrüksiyonu olan hastalarda da gözlemlendiğini belirledik. İnfra-vesikal obstrüksiyonun dekompanse evresinde görülen afferent ve efferent iletimsel değişikliklerin nörolojik hastalıkları olan hastaların Ü-BAÇ sonuçlarıyla benzer olması; obstrüksiyona sekonder dekompanse hale gelmiş mesane ile nörojenik mesane arasında benzer patofizyolojik yolakların etkili olabileceğini düşündürmektedir. COAB hastalarının nörojenik hastalıklarla sıklıkla birlikte olması nörolojik hastalıkların bir bulgusu olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda COAB hastalarının tanıları, demografik özellikleri, Ü-BAÇ parametrelerinin sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2010-2022 yılları arasında Ü-BAÇ yapılan 2049 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya Ü-BAÇ'nda COUB saptanan 79 hasta olduğu belirlendi. Hastaların, demografik özellikleri, ek hastalıkları, nörolojik hastalık varlığı ve başvuru semptomları değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen toplam 79 hastanın 67'sinde(%84,8) nörolojik ek hastalık olduğu tespit edilmiştir. Hastaların 37'sinin (%46,9) kadın, 42'sinin(%53,1) erkek olduğu ve hastaların ortalama yaşının 54,12±16,61 yıl olduğu tespit edilmiştir. Nörolojik hastalığı olan hastalarda en sık 19(%28,3) hasta ile vertebral fraktür cerrahisi geçiren hastalar, 2. en sık ise 13(%19,4) hasta ile multiple skleroz olan hastalar olduğu belirlenmiştir. Toplam 79 hastanın 6'sına prostata trans üretral rezeksiyon uygulanmış olup post-operatif dönemde fayda gördüğü gözlemlenmiştir. Hastaların klinikodemografik özellikleri ve Ü-BAÇ bulguları Tablo-1 de gösterilmiştir.

	İlk İdrar hissi (ml)	Dolum fazında maks. Pdet (mmHg)	Maksimum Sistometrik Kapasite (ml)	Yaş (yıl)
COUD Hastaları				
Nörojenik Hastalar (67)	64,41±24,14	44,08±35,34	321,03±186,99	51,73±20,96
Non-nörojenik hastalar (12)	57,28±21,47	33,58±36,48	375,83±109,99	73,41±8,91
Toplam (79)	62,14±22,41	36,41±29,41	359,14±145,21	61,58±18,36
P değeri	0,714	0,879	0,571	**0,002**

SB-135

PERİFERAL ZON PSA DANSİTESİ PROSTAT KANSERİNİ SAPTAMADA PSA DANSİTESİNDEN ÜSTÜN DEĞİLDİR

NEJDET KARŞIYAKALI(1) LEVENT TÜRKERİ(1)

1. Acıbadem Altunizade Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışma, transperineal yolla eş zamanlı füzyon (FBx) ve sistematik (SBx) prostat iğne biyopsisi (PİB) uygulanan hastalarda prostat kanseri (PK) ve klinik anlamlı (ka)PK'nın saptanması açısından PSA dansitesi (PSAd) ve periferal zon PSA dansitesini (pzPSAd) karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2020 ile Haziran 2022 tarihleri arasında transperineal FBx+SBx PİB işlemi uygulanan 134 erkek hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların dosyaları geriye dönük olarak tarandı ve demografik, klinik özellikleri ile patoloji sonuçları ayrıntılı olarak kayıt altına alındı. 3.0 T multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntüleri, Siemens Healthineers Post Processing Work Station (WS) Syngo®.Via versiyon VB50B_HF02 programı ve Syngo®.MR Prostate AI yazılımı yardımıyla incelenerek "total prostat hacmi" ve "transizyonel+santral zon hacmi" hesaplandı. "Periferal zon hacmi", "total prostat hacmi" ile "transizyonel+santral zon hacmi" arasındaki fark alınarak hesaplandı (Figür-1). pzPSAd, total PSA düzeyi periferal zon hacmine bölünerek hesaplandı. PK ile kaPK saptanan ve saptanmayan hastalar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastaların medyan yaşı, total PSA düzeyi, total prostat hacmi, periferal zon hacmi, PSAd ve pzPSAd sırasıyla 63 (57–69), 6,07 (3,90–9,12) ng/mL, 44,27 (31,09–60,72) mL, 12,19 (8,21–16,61) mL, 0,13 (0,08–0,21) ng/mL2 ve 0,55 (0,30–1,01) ng/mL2 idi. 15 (%11,2) hastanın malignite açısından şüpheli parmakla rektal muayene bulgusu varken 24 (%17,9) hastanın negatif PİB öyküsü vardı. PI-RADS-3, -4 ve -5 lezyon sayıları sırasıyla 71 (%53), 95 (%70,9) ve 30 (%22,4) idi. FBx+SBx ile 68 (%50,7) hastada PK saptanırken 57 (%42,5) hastada kaPK saptandı. ISUP-GG-1, -2, -3, -4 ve -5 hastalıkların dağılımı sırasıyla 13 (%9,7), 27 (%20,1), 15 (%11,2), 1 (%0,7) ve 12 (%9,0) idi. PSAd ve pzPSAd değerlerinin PK ve kaPK saptanan gruplarda saptanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlendi ($p<0,001$, her biri için) (Tablo-1). PSAd ve pzPSAd için sırasıyla 0,12 ng/mL2 ve 0,54 ng/mL2 düzeyleri kestirim değer olarak alındığında PK ve kaPK saptanması açsından tanı tarama testlerinin sonuçları Tablo-2'de özetlendi. PK ve kaPK saptanması açısından ise ROC eğri altında kalan alanların pzPSAd ile karşılaştırıldığında PSAd için daha yüksek olduğu görüldü (Tablo-2 ve Figür-2).

SONUÇ

pzPSAd için 0,54 ng/mL2 kestirim düzeyi, PK ve kaPK saptanması açısından istatistiksel anlamlılık göstermekle birlikte PSAd 0,12 ng/mL2 kestirim düzeyinden daha üstün değildir. PSAd'ye göre pzPSAd'nin hesaplanması daha zor ve zaman gerektiren bir işlem olduğu için rutin klinik kullanımı mevcut koşullarda pratik görünmemektedir.

Tablo 1. Prostat biyopsisinde malignite ve klinik anlamlı prostat kanseri varlığına göre hastaların karşılaştırılması

Değişkenler		Prostat Biyopsi Patolojisi			Klinik Anlamlı Prostat Kanseri		
		Benign (n=66, %49,3) (medyan [ÇAG])	Malign (n=68, %50,7) (medyan [ÇAG])	p-değeri	Yok (n=77, %57,5) (medyan [ÇAG])	Var (n=57, %42,5) (medyan [ÇAG])	p-değeri
Yaş (yıl)		61 (54 – 65)	67 (60 – 70)	a<0,001*	61 (54 – 66)	67 (62 – 71)	a<0,001*
Total Prostat Hacmi (mL)		49,24 (40,98 – 71,61)	37,91 (25,61 – 51,21)	a<0,001*	49,26 (40,78 – 75,41)	35,50 (25,34 – 48,28)	a<0,001*
Periferal Zon Prostat Hacmi (mL)		13,97 (9,50 – 18,68)	9,77 (6,46 – 14,69)	a<0,001*	13,82 (9,14 – 18,31)	9,72 (6,50 – 14,59)	a0,002*
PRM (n, %)	Benign	61 (%92,4)	58 (%85,3)	b0,191	69 (%89,6)	50 (%87,7)	b0,731
	Malignite Şüphesi Var	5 (%7,6)	10 (%14,7)		8 (%10,4)	7 (%12,3)	
PSA (ng/mL)		5,14 (3,53 – 8,72)	6,87 (4,53 – 10,45)	a0,033*	5,60 (3,62 – 8,79)	6,50 (4,37 – 10,60)	a0,155
PSA Dansitesi (ng/mL/mL)		0,09 (0,07 – 0,14)	0,17 (0,11 – 0,27)	a<0,001*	0,09 (0,07 – 0,15)	0,17 (0,12 – 0,27)	a<0,001*
Periferal Zon PSA Dansitesi (ng/mL/mL)		0,41 (0,23 – 0,66)	0,69 (0,40 – 1,339	a<0,001*	0,46 (0,27 – 0,78)	0,67 (0,38 – 1,32)	a<0,001*

*aMann-Whitney U test, bPearson Ki-Kare test, *p<0,05*

ÇAG: Çeyrekler arası genişlik, PRM: Parmakla rektal muayene, PSA: Prostat spesifik antijen

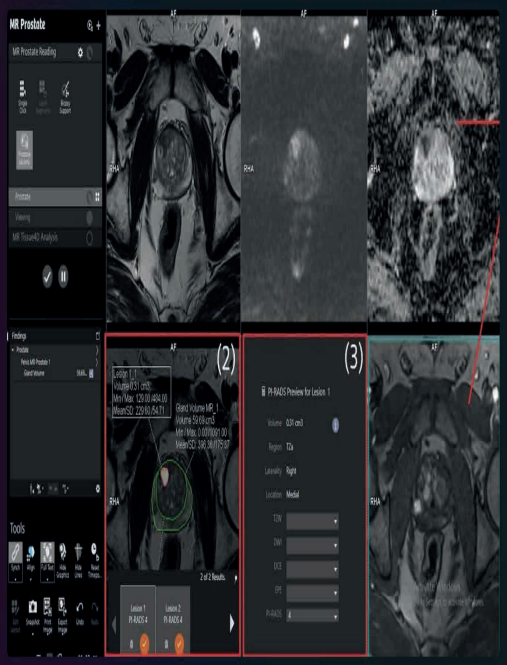
Tablo 2.1. Prostat kanserini saptamada PSA dansitesi ve periferal zon PSA dansitesinin tanı tarama testleri ve ROC eğrisi analizi sonuçları

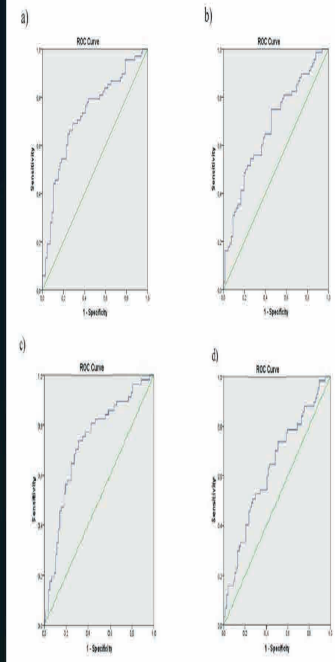
Değişkenler*	Tanı Tarama Testleri					ROC eğrisi			
	Kestirim Değeri	Duyarlılık	Özgüllük	Pozitif Prediktif Değer	Negatif Prediktif Değer	Alan	%95 Güven Aralığı		p-değeri
PSA dansitesi (ng/mL²)	0,12	%70,6	%66,7	%68,6	%68,8	0,726	0,639	0,812	<0,001
Periferal zon PSA dansitesi (ng/mL²)	0,54	%63,2	%62,1	%63,2	%62,1	0,674	0,584	0,765	<0,001

Tablo 2.2. Klinik anlamlı prostat kanserini saptamada PSA dansitesi ve periferal zon PSA dansitesinin tanı tarama testleri ve ROC eğrisi analizi sonuçları

PSA dansitesi (ng/mL²)	0,12	%75,4	%64,9	%61,4	%78,1	0,729	0,642	0,816	<0,001
Periferal zon PSA dansitesi (ng/mL²)	0,54	%63,2	%58,4	%52,9	%68,2	0,634	0,538	0,729	0,008

ROC: Receiver Operating Characteristic, PSA: Prostat spesifik antijen





a) Prostat kanserini saptamada PSAd için ROC eğrisi
b) Prostat kanserini saptamada pzPSAd için ROC eğrisi
c) Klinik anlamlı prostat kanserini saptamada PSAd için ROC eğrisi
d) Klinik anlamlı prostat kanserini saptamada pzPSAd için ROC eğrisi

SB-136

KRİBRİFORM PATTERN PROSTAT KANSERİNDE MULTİPARAMETRİK PROSTAT MANYETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEMENİN DUYARLILIĞI

MUSTAFA BİLAL TUNA(1) TÜNKUT DOĞANCA(2) BURAK ARGUN(3) İLTER TÜFEK(3) CAN ÖBEK(3) ALİ RIZA KURAL(3)

1. Acıbadem Maslak Hastanesi Üroloji Departmanı, İstanbul
2. Acıbadem Taksim Hastanesi Üroloji Departmanı, İstanbul
3. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışmada; multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemenin kribriform patern prostat kanserini saptamadaki duyarlılığınının araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Robot yardımlı radikal prostatektomi operasyonu yapılan ve nihai patolojide kribriform patern prostat kanseri saptanan 33 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Nihai patolojide; dominant tümör lokalizasyonu, grade ve volümetrik özellikleri kaydedildi. Nihai patolojide kribrifom patern prostat kanseri saptanan alanlar ve multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemenin nihai patolojide kribriform morfoloji saptama oranı değerlendirildi. İstatistiksel değerlendirme için Wilcoxon test, Chi-square test ve Fisher's Exact testleri kullanıldı. Tüm istatistiksel analizlerde p=0,05 değeri referans alındı. Çalışmamız için Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Değerlendirme Kurulu(ATADEK)'ndan etik kurul onayı alındı.(Karar numarası:2022-05/10)

BULGULAR

Nihai patolojide toplam 58 prostat kanseri odağı(38 kribriform,20 non-kribriform odak) saptandı. Multiparametik prostat manyetik rezonans görüntüleme; tüm çalışma grubundaki 38 kribriform morfoloji odağının 36'sını %94,7 duyarlılıkla saptadı(%95 güven aralığı %82,7-98,5). Çalışma grubundaki 33 hastanın 17'sinde multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemede tek lezyon bulunmaktaydı ve bu gruptaki 15 hastada primer indeks tümör içerisindeki ADCmean ve ADCmin değerleri; kribriform morfoloji saptanan alanlarda non-kribriform alanlarla karşılaştırıldığında daha düşük olarak saptandı. Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemede birden fazla(çoklu) lezyon olan kalan 16 hastada; tüm kribriform morfoloji taşıyan odaklar saptandı ancak bu grupta primer tümör içerisinde kribriform ve non-kribriform alanlar arasında ADCmean ve ADCmin değerleri arasında bir fark saptanmadı.(Tablo 1)

SONUÇ

Multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemede tek lezyon saptanan ve bu lezyon içerisinde lezyondan daha düşük ADCmean ADCmin değerleri taşıyan odak bulunduran olgularda kribriform patern varlığından şüphelenilmelidir.

Tablo 1: Kribriform patern varlığının multiparametrik prostat manyetik rezonans görüntülemede gözlendiği olgularla (31/33 olgu); kribriform ve non-kribriform alanların karşılaştırılması

	Kribriform alanlar Median (IQR)	*Non-Kribriform alanlar* Median (IQR)	*p*	*Korelasyon*	
				r	*p*
Tüm Vakalar (31 olgu)					
ADC_{mean} ($\mu m^2/s$),	730 (643-848)	802 (700-991)	**<0.001**[1]	0.834	**<0.001**[2]
ADC_{min} ($\mu m^2/s$),	611 (469-756)	721 (611-878)	**<0.001**[1]	0.620	**<0.001**[2]
mpMRI'da tek lezyon bulunan (15 olgu)					
ADC_{mean} ($\mu m^2/s$)	726 (538-810)	848 (725-1018)	**<0.001**[1]	0.771	**0.001**[2]
ADC_{min} ($\mu m^2/s$)	496 (388-720)	743 (656-897)	**<0.001**[1]	0.588	**0.021**[2]
mpMRI'da çoklu lezyonu bulunan(16 olgu)					
ADC_{mean} ($\mu m^2/s$)	755 (673-937.3)	755 (673-937,3)	1.00[1]	1.00	-
ADC_{min} ($\mu m^2/s$)	666 (519.3-756)	666 (519.3-756)	1.00[1]	1.00	-

[1]*Wilcoxon test,* [2]*Spearman correlation*

SB-137

MULTİPARAMETRİK MR'DA PIRADS 4-5 LEZYON SAPTANIP BİYOPSİ SONUCU BENİGN GELEN HASTALARIN ORTA DÖNEM TAKİP BULGULARI

MERT KILIÇ(1) AHMET FURKAN SARIKAYA(2) KAYHAN TARIM(2) SERDAR MADENDERE(1) FADİAMANA BOZKURT(3) ERDEM CANDA(2) DERYA BALBAY(2) BENGİ GÜRSES(4) YAKUP KORDAN(2) METİN VURAL(5) TARIK ESEN(2)

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

AMAÇ
Multiparametrik MR (mpMR)'daki PIRADS 4 veya 5 lezyonları nedeniyle prostat biyopsisi yapılan ve sonucu benign gelen hastaların takip verileri retrospektif olarak incelendi.

GEREÇ-YÖNTEM
2012-2021 yılları arasında bu kriterleri karşılayan ve daha önce biyopsi öyküsü olmayan 162 hasta çalışmaya alındı. Hastaların %25'inde şüpheli parmakla rektal muayene bulguları vardı. Tüm mpMR'lar çok deneyimli iki üro-radyolog tarafından değerlendirildi. 104 hastaya, kognitif veya software füzyon MR biyopsi (4+8/10 kor), 58 hastaya ise sistematik biyopsi eklenmeksizin in-bore biyopsi (4-5 kor) yapıldı.

BULGULAR
İlk değerlendirmedeki ortalama hasta yaşı ve PSA değerleri sırasıyla 62,4±8,7 ve 7,2±2,9 idi. Ortalama 42±22 aylık takip süresinde 44 (%27,1) hasta takipten çıktı. Kalan 118 hastanın 48'inde (%40) PSA gerilerken, 70'inde (%60) ise PSA persistansı saptandı. PSA persistansı olan 70 hastanın 48'ine (%69) 6-24 ay içinde tekrar mpMR çekildi. Bunların 30'unda (%63) regresyon (PIRADS 1-3) gözlenirken, 18'inde (%38) ise PIRADS 4-5 indeks lezyonların devamlılık gösterdiği saptandı ve bu hastalara yeniden biyopsi önerildi. Biopsiyi kabul eden 13 hastanın 3'ünde (23%) klinik anlamlı (ISUP Grade Grup>1) olmak üzere toplam 5 (%38) hastada prostat kanseri tespit edildi.

SONUÇ
MpMR'da saptanan PIRADS 4-5 indeks lezyon nedeniyle biyopsi yapılan ve sonucu benign olarak gelen hastalar, bu sonucun görece rahatlatıcı etkisine karşı uyarılmalıdır. Takiplerde çoğu hastada PSA düşüşü dikkati çekerken, kalıcı PSA yüksekliği olan hastaların yaklaşık yarısında MR bulgularının da devam ettiği gözlenmiş, re-biyopsi yapılan hastaların dörtte birinde klinik anlamlı prostat kanseri saptanmıştır. Bu durum, PSA ve MR persistansı saptanan hastalarda re-biyopsinin önemini ortaya koymaktadır.

SB-138

KÜÇÜK (<5MM) PI-RADS 4 INDEX LEZYONLU HASTALARDA KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ: SOFTWARE MR-FÜZYON VE IN-BORE BIYOPSİ YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MERT KILIÇ(1) METİN VURAL(2) TARIK ESEN(3)

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

AMAÇ

Biz bu çalışmamızda multiparametrik prostat MR (mpMR) çekilerek 5 mm ve altında PI-RADS 4 lezyon saptanan hastalarda Software füzyon biyopsi (SF) ve in-bore biyopsi (IB) yöntemlerinin prostat kanseri (PCa) ve klinik anlamlı prostat kanserini (csPCa) saptamadaki performanslarını değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

2012-2022 yılları arasında, mpMR'da PI-RADS 4 lezyon saptanarak IB (n=159) veya SF (n=147) yapılan 306 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş, prostat spesifik antijen (PSA), mpMR bulguları, ve biyopsi sonuçları kaydedildi. Tüm mpMR'lar iki üro-radyolog tarafından değerlendirilirken, biyopsiler de aynı iki kişi tarafından uygulandı. MpMR ile saptanan PI-RADS 4 lezyonu <5mm olan hastalar, >5mm olanlar ile karşılaştırıldı. Her iki biyopsi yönteminin sonuçları ayrı ayrı değerlendirildi. Biyopsi sonucu ISUP Grade grup> 1olarak gelen hastalar csPCa olarak kabul edildi. SF sırasında hedeflenen biyopsiye ilave olarak alınan sistematik örneklemeden gelen histopatolojik sonuçlar genel değerlendirmeye dahil edilmedi.

BULGULAR

Hastalara ait karakteristik özellikler tablo 1'de özetlenmiştir. Indeks lezyon > 5 mm ve <5mm olarak ayrılan hastaların, PCa ve csPCa oranları sırasıyla %70 vs %51 ve %60 vs %32 idi. İndeks lezyonu <5 mm olan hastalarda, IB ve SF için PCa saptama ve csPCa oranları sırasıyla %64 vs %56 (p=0,538) ve %43 vs %20 (p=0,07) idi. Bu verilerden ayrı olarak, SF'de örneklenen indeks lezyonu benign gelen 52 kişiden 14'ünde (%27), hedeflenen biyopsiye ilave olarak yapılan sistematik biyopside PCa saptanırken, bunların sadece 2'sinde csPCa saptandı.

SONUÇ

PIRADS 4 lezyonu <5 mm olan hastalar, daha büyük indeks lezyonları olan hastalara göre daha düşük csPCa oranlarına sahipti. Küçük PI-RADS 4 lezyonlar için IB yöntemi SF'ye kıyasla istatistiksel anlamlı fark görülmemekle birlikte, hem PCa hem de csPCa saptama oranlarında daha üstündü. Soliter küçük PIRADS 4 lezyonu olup özellikle daha önce negatif biyopsisi olanlarda IB tekniği tercih edilecek yöntem olarak öne çıkmaktadır.

Tablo 1: Hastalara ait karakteristik özellikler

Değişkenler	*Lezyon≤ 5mm* (n:53)	*Lezyon > 5mm* (n:253)	p
Yaş	64,79±8,12	65,15±8,44	0,865
PSA (ng/dl)	5,95±2,83	6,16±4,24	0,953
Lezyon boyutu (mm)	4,57±0,64	10,66±3,45	0,000
Periferik lezyonlar *Transizyonel lezyonlar*	50 (%94,3) 3 (%5,7)	206 (%81,4) 47 (%18,6)	0,021
Tek index lezyon *Multipl index lezyonlar*	39 (%73,6) 14 (%26,4)	180 (%71,1) 73 (%28,9)	0,720
PCa+ *PCa-*	32 (%60,4) 21 (%39,6)	177 (%70,0) 76 (%30,0)	0,173
csPCa+ *csPCa-*	17 (%32,1) 36 (%67,9)	129 (%51,0) 124 (%49,0)	0,012
IB *SF*	28 (%52,8) 25 (%47,2)	131 (%51,8) 122 (%48,2)	0,889

Değişkenler	*csPCa+* (n:146)	*csPCa-* (n:160)	p
Yaş	66,53±8,13	63,78±8,38	0,673
PSA (ng/dl)	5,79±3,1	6,42±4,71	0,729
Lezyon boyutu (mm)	9,94±3.15	9,29±4,46	0,003
Periferik lezyonlar *Transizyonel lezyonlar*	122 (%83,6) 24 (%16,4)	134 (%83,8) 26 (%16,2)	0,320
Tek index lezyon *Multipl index lezyonlar*	107 (%73,3) 39 (%26,7)	112 (%70) 48 (%30)	0,573
Lezyon ≤ 5 mm *Lezyon > 5mm*	17 (%11,6) 129 (%88,4)	36 (%22,5) 124 (%77,5)	0,350
IB *SF*	86 (%58,9) 60 (%41,1)	73 (%45,6) 87 (%54,4)	0,009

PCa: Prostat Kanseri, csPCa: Klinik anlamlı prostat kanseri, IB: In-bore biyopsi, SF: Sofware Fusion biyopsi

SB-139

PIRADS-2 İNDEKS LEZYONU OLAN HASTALARIN İZLEMİNDE SERİ MULTİPARAMETRİK MAGNETİK REZONANS GÖRÜNTÜLEMESİNİN YERİ

BARIŞ ESEN(1) MURAT CAN KİREMİT(1) MERT SEKMEN(1) YAKUP KORDAN(1) BENGİ GÜRSES(2) METİN VURAL(3) DERYA TİLKİ(4) TARIK ESEN(1)

1. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilimdalı, İstanbul, Türkiye
2. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilimdalı, İstanbul, Türkiye
3. VKV Amerikan Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye
4. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilimdalı, İstanbul, Türkiye; Martini-Klinik Prostat Kanser Merkezi, Hamburg Üniversite Hastanesi, Hamburg, Almanya; Hamburg-Eppendorf Üniversite Hastanesi, Üroloji Anabilimdalı, Hamburg, Almanya

AMAÇ

Multiparametrik Magnetik Rezonans Görüntülemelerinde (mpMRG) sık rastlanan PIRADS-2 indeks lezyonların takibinde standart protokollar yoktur ve hangi koşullarda yeni bir görüntülemeye başvurulacağı net değildir. Bu çalışmada PIRADS-2 indeks lezyonu olan hastalar seri mpMRG ile değerlendirildiğinde radyolojik progresyon ve prostat kanseri saptanma oranlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Eylül 2012 ve Temmuz 2022 tarihleri arası çekilmiş 3959 mpMRG retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Lezyonlar iki uroradyolojide deneyimli radyolog tarafınca PIRADS skorlama sistemi (tüm versiyonlar) kullanılarak sınıflandırılmıştır. 3959 mpMRG'nin 1099'unda (%27.8) PIRADS-2 indeks lezyon saptanmış olup ve bunların içinden en az 1 kontrol mpMRG'si olan 220 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların takip protokolleri ilgili ürolog kararına bırakılmış ve mpMRG progresyonu takipte PIRADS 3 ve üstü lezyon saptanması olarak tanımlanmıştır. mpMRG progresyonu olan hastalar içinden biyopsi yapılanların patoloji sonuçları değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 220 hastanın ortalama yaşı 60.4 +- 8.7 yıl, ilk mpMRG esnasında ortanca PSA değeri 4.82 (IQR; 3.30 – 6.80) ng/dL bulunmuştur. 166 hastada (%75.5) iki, 37 hastada (%16.8) üç, 12 hastada (%5.5) dört ve 5 hastada (%2.3) beş adet mpMRG değerlendirmesi yapıldığı görülmüş olup, 79 hastada (%35.9) mpMRG progresyonu saptanmıştır; 55 (%69.9) PIRADS-3, 22 (%27.8) PIRADS-4 ve 2 (%2.5) PIRADS-5). İlk mpMRG ile mpMRG progresyonu arası süre ortanca 23.75 aydır (IQR: 13.24 – 33.35). mpMRG progresyonu izlenen 79 hastanın 42'sine prostat biyopsisi, 6'sına ise TURP uygulanmış ve 21 hastada (%9.5) prostat kanseri saptanmıştır. Bunların 9'u ISUP grad-1, 10'u ISUP grad-2, 1'i ISUP grad-3 ve 1'i ISUP grad-4 dür. mpMRG progresyonu olan hastalarda PIRADS skoruna göre biyopsi yapılma ve prostat kanseri saptanma oranları Tablo-1'de özetlenmiştir.

SONUÇ

PIRADS-2 indeks lezyonu olan hastalar seri mpMRG'ler ile takip edildiğinde yaklaşık üçte bir oranında PIRADS-3 ve üstü lezyona progresyon görülmüş olup mpMRG de progresyon saptananların da yaklaşık yarısında biyopsi ya da TURP ile prostat kanseri saptanmıştır. Persistan yüksek PSA değerleri olan ve/veya rektal muayene bulguları değişiklik arzeden hastaların takibinde seri mpMRG lar önemlidir ve mpMRG da progresyon izlenen hastalara biyopsi önerilmelidir.

Tablo 1: mpMRG progresyon olan hastalarda PIRADS skoruna göre prostat kanseri belirleme oranları

PIRADS skoru	Histoloji (Prostat biyopsi / TURP)	Prostat Kanseri
PIRADS-3 (n=55)	Prostat biyopsi: 21/55 (%38.2) TURP: 6/55 (%10.9) Histoloji yok: 28/55 (%50.9)	Var: 10/27 (%37) • ISUP Gr-1: 6/10 • ISUP Gr-2: 3/10 • ISUP Gr-3: 1/10 HGPIN: 2/27 (%7.4) Yok: 15/27 (%55.6)
PIRADS-4 (n=22)	Prostat biyopsi: 20/22 (%90.9) Histoloji yok: 2/20 (%9.1)	Var: 11/22 (%50) • ISUP Gr-1: 3/11 • ISUP Gr-2: 7/11 • ISUP Gr-4: 1/11 HGPIN: 1/22 (%4.5) Yok: 10/22 (%45.5)
PIRADS-5 (n=2)*	Prostat biyopsi: 0/2 (%0)	NA

* PIRADS-5 lezyonu olan 2 hastada prostat biyopsisi önerildi ancak hastanın takip verisine ulaşılamadı.

SB-140

PREOPERATİF PI-RADS SKORLARI İLE PROSTAT KANSERİ YÜKSEK RİSKİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

YUNUS EMRE GÖGER(1) ABDULLAH ALTUNHAN(1) ÖMER FARUK ÇAVDAR(1) İBRAHİM GÖKSOY(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(2) GİRAY KARALEZLİ(1)

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya
2. Konya Şehir Hastanesi, Konya

AMAÇ

Prostat kanseri erkeklerde ikinci en sık görülen, tanı ve tedavisindeki yeniliklerle birlikte lokalize olarak yakalandığında tam olarak kür sağlanabilecek bir hastalıktır. Prostat hakkında anatomik ve fonksiyonel bilgi sağlayan, prostat kanserini saptamada MpMR kullanılmaktadır. MpMR da raporlanan PI-RADS skorları, klinik olarak önemli prostat kanserini tanımlamaya ve prostat biyopsileri için hasta seçimini iyileştirmeye yardımcı olabilir. Bununla birlikte, halen prostat kanseri teşhisi konmuş hastalarda PI-RADS skorlarının rolü belirsizliğini koruyor. Bu çalışmanın amacı, PI-RADS skorlarının prostat kanseri evrelemesi ile ilişkisini değerlendirmekti.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmada 2017-2022 arasında merkezimizde RP yapılan toplam 235 hasta incelendi. Çalışmaya takipli 162 hasta dahil edildi. Bu hastalardan 4 hasta PI-RADS 1, 43 hasta PI-RADS 2, 41 hasta PI-RADS 3, 39 hasta PI-RADS 4 ve 35 hasta PI-RADS 5 olarak raporlandı. Hastalar PI-RADS skoruna göre RP sonrası cerrahi spesmenin ISUP dereceleri göz önüne alınarak gruplandırıldı. Bu hastalardan 93 tanesi T3(43 T3a,60 T3b), 69 tanesi T2 patolojik evresine sahipti.

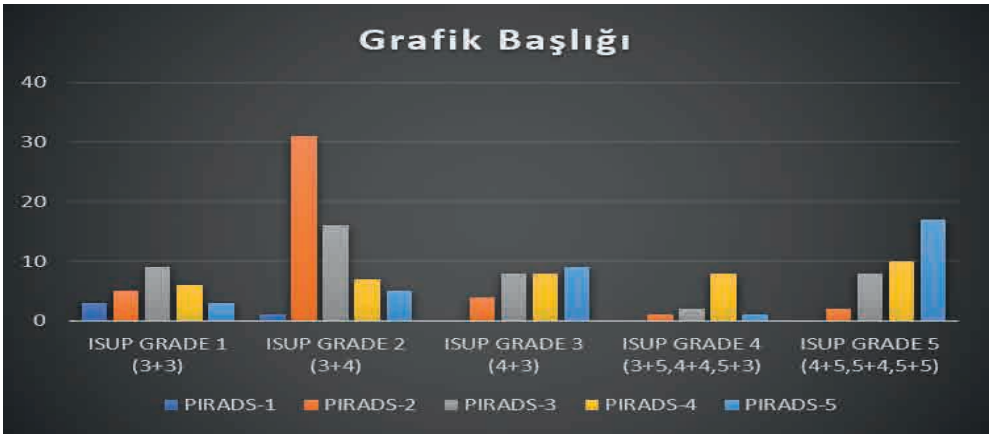
BULGULAR

Yaptığımız araştırma sonucunda PI-RADS 1 olan 4 hastanın 3 tanesi ISUP-1 diğeride ISUP-2 idi. PI-RADS 2 olan 43 hastadan 5'i ISUP91, 31'i ISUP-2, 4'ü ISUP-3, 1'i ISUP-4, 2'si ISUP-5 idi. PI-RADS 3 olan 41 hastadan 9'u ISUP-1, 16'sı ISUP-2, 8'i ISUP-3, 2'si ISUP-4 ve 8'i de ISUP-5 idi. PI-RADS 4 olan 39 hastadan 6'sı ISUP-1, 7'si ISUP-2, 8'i ISUP-3, 8'i ISUP-4 ve 10'u de ISUP-5 idi. PI-RADS 5 olan 35 hastadan 3'ü ISUP-1, 5'i ISUP-2, 9'u ISUP-3, 1'i ISUP-4 ve 17'si de ISUP-5 olarak sonuçlandı.

SONUÇ

PI-RADS skorları, prostat kanserinde yüksek risk tayin etmekte ve biyokimyasal nüksü tahmin etmede önemli bir rol oynayabilir. Yaptığımız çalışmada da yüksek evreye sahip prostat kanserlerinde operasyon öncesi belirlenen PI-RADS skorlarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Modern nomogramlarda ve modellerde, yüksek evreli prostat kanserini ve biyokimyasal nüks olasılığını daha doğru bir şekilde tahmin etmek için PI-RADS skorunu dahil edecek şekilde güncellenmelidir.

PİRADS	HASTA SAYISI	PREOP PSA	ISUP -1 (3+3)	ISUP-2 (3+4)	ISUP -3 (4+3)	ISUP -4 (3+5,4+4, 5+3)	ISUP -5 (4+5,5+4, 5+5)	PATOLOJİK EVRE T2/T3	1. AY PSA ORTALAMASI	3. AY PSA ORTALAMASI	6. AY PSA ORTALAMASI	LENF NODU TUTULUMU	1	4	7,2	3
1	0	0	0	1/0	0,135	0,02	0,02	1	2	43	11,3	5	31	4	1	2
22/21	0,167	0,239	0,505	3	3	41	11,8	9	16	8	2	8	18/23	0,431	0,626	0,463
4	4	39	13,3	6	7	8	8	10	16/23	0,14	0,099	0,24	6	5	35	23,1
3	5	9	1	17	9/26	1,75	0,63	0,199	8							



SB-141

MULTİPARAMETRİK PROSTAT MR'I İLE PI-RADS 4 SAPTANAN HASTALARDA İNDEKS LEZYONUN BOYUT VE SAYISININ KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ TANISINA KATKISI

MERT KILIÇ(1) KAYHAN TARIM(2) AHMET FURKAN SARIKAYA(2) SERDAR MADENDERE(1) ERSİN KÖSEOĞLU(2) ERDEM CANDA(2) METİN VURAL(3) YAKUP KORDAN(2) MEVLANA DERYA BALBAY(2) BENGİ GÜRSES(4) TARIK ESEN(2)

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

AMAÇ
Multiparametrik prostat MR'ında (MpMR) PI-RADS 4 lezyon saptanıp In-bore biyopsi (IB) yapılan hastalarda, örneklenen lezyonun boyut ve sayısının klinik önemli prostat kanseri (CSPC) tanısındaki katkısını değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu retrospektif çalışmada 2012- 2021 yılları arasında PI-RADS 4-5 lezyonları için IB yapılan 295 hastanın verileri incelendi. Çalışmaya sadece PI-RADS 4 lezyonu olan toplam 159 hasta dahil edildi. Hastalara ait klinik ve radyolojik (yaş, PSA, önceki biyopsi bilgisi, PI-RADS 4 lezyonlarının boyutu ve sayısı) özellikler kaydedildi. CSPC, ISUP Grade Grup >1 olarak tanımlandı. Prostat kanseri (PCa) ve CSPC tanısında etkili olan faktörlerin değerlendirilmesinde tek ve çok değişkenli regresyon analizi kullanıldı.

BULGULAR
Şekil 1 PCa ve CSPC tanısında etkili faktörlerin tek değişkenli ve çok değişkenli sonuçlarını özetlemektedir. İlk kez biyopsi yapılan hastaların oranı %87'ydi. Hastaların %71,7'sinde PCa ve %54'ünde CSPC saptandı. Çok değişkenli analizde PCa saptanan hastalarda yaş, indeks lezyon uzunluğu, düşük PSA ve ilk biyopsi olması, CSPC saptanan hastalarda ise yaş ve ilk biyopsi olması istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptandı. İndeks lezyon boyutuna göre hastalar 3 gruba (<5 mm, 5-10 mm ve 10 mm<) ayrıldığında, PCa oranları sırasıyla %64,3, %67,5 ve 82,4, CSPC oranları ise %42,9, %51,2 ve %64,7 olarak belirlendi (Tablo 1).

SONUÇ
PI-RADS 4 lezyon boyutu PCa öngörmede anlamlı bulunurken, CSPC'yi saptamada ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. Lezyon sayısı ise her ikisi için de etkili bulunmadı. Bununla beraber özellikle 10 mm'den büyük PI-RADS 4 lezyonlarda PCa ve CSPC saptama oranlarının anlamlı ölçüde arttığı saptandı.

Leyon boyutu	PCa n (%)	CSPC n (%)
<5 mm	18 (64.3)	12 (42.9)
5-10 mm	54 (67.5)	41 (51.2)
10 mm<	42 (82.4)	33 (64.7)

PI-RADS 4 lezyon boyutuna göre prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri saptanma oranları

Şekil 1: Prostat kanseri ve klinik anlamlı prostat kanseri tanısında demografik verilerinin tek değişken ve çok değişkenli analizi

	PCa- n=45	PCa+ N=114	P değeri			
	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
				P değeri	OR	%95 CI
Yaş	61.8±8.3	65.4±8.7	0.011	0.03	1.05	1.003-1.100
PSA	6.8±3.3	5.4±2.7	0.005	0.014	0.84	0.724-0.964
İlk kez biyopsi	32 (71%)	106 (93%)	<0.001	0.036	3.13	1.07- 14.08
Periferik zon lokalizasyonu	34 (75.6%)	84 (73.7%)	0.967			
Indeks lezyon boyutu	8.7±-3.8	9.7±3.4	0.041	0.039	1.13	1.006-1.272
Indeks lezyon sayısı n>1	5 (11.1%)	25 (21.9%)	0.178			

PCa= Prostat kanseri, OR=odds ratio

	CSPC-	CSPC+	P değeri			
	Tek değişkenli analiz			Çok değişkenli analiz		
				P değeri	OR	%95 CI
Yaş	62.3±8.7	66.2±8.4	0.006	0.016	1.049	1.009-1.090
PSA	6.2±3.1	5.5±2.8	0.098			
İlk kez biyopsi	58 (79%)	80 (93%)	0.022	0.038	2.97	1.060- 8.330
Periferik zon lokalizasyonu	53 (73%)	65 (76%)	0.806			
Indeks lezyon boyutu	9.0±4.0	9.7±3.0	0.041	0.290	1.052	0.958-1.156
Indeks lezyon sayısı n>1	11 (15%)	19 (22%)	0.355			

CSPC= Klinik anlamlı prostat kanseri, OR=odds ratio

SB-142

ORTA-YÜKSEK RİSK GRUBU PROSTAT KANSERLERİNİN NODAL EVRELEMESİNDE GA-68 PSMA PET/BT'NİN YERİ

ATA ÖZEN(1) İLKNUR AK SİVRİKÖZ(1) MUSTAFA FUAT AÇIKALIN(1) ÖZGÜR ÖZBEK(1) CAVİT CAN(1)

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

AMAÇ

Prostat kanseri tanısı konulmuş ve orta-yüksek risk grubunda yer alan hastaların pre-operatif lenf nodu pozitifliğinin belirlenmesinde Ga-68 PSMA PET/BT'nin özgüllüğü ve duyarlılığının belirlenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2016 ve 2022 yılları arasında prostat kanseri tanısı konulmuş ve D'Amico risk sınıflamasına göre orta ve yüksek risk grubunda bulunan, pre-operatif Ga-68 PSMA PET/BT ile nodal evrelemesi yapılmış olan ve radikal prostatektomi uygulanan hastaların yaş, pre-operatif, intra-operatif ve post-operatif özellikleri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR

Elli ikisi orta, 45'i yüksek riskli olan 97 hastaya radikal prostatektomi yapıldı.Hastaların yaş ortalaması 62,8 idi (48-74).
Operasyon öncesi çekilen Ga-68 PSMA PET/BT sonuçları değerlendirildiğinde 12 (%12,3) hastada lenf nodu tutulumu saptandı. Hastaların 9'unda 1 adet, 2'sinde 2 adet, 1 hastada 7 adet olmak üzere toplamda 20 adet lenf nodu tutulumu olduğu belirlendi.
Operasyona alınan hastalardan 42'sine standart 55'ine ise genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Hastalardan çıkarılan ortalama lenf nodu sayısı 28,9 (7-64) idi. Postoperatif patoloji sonuçlarına bakıldığında 97 hastanın 3'ünde 3+3, 52'sinde 3+4, 1'inde 3+5, 24'ünde 4+3, 1'inde 4+4, 12'sinde 4+5, 4'ünde 5+4 gleason skoru saptandı. Hastaların 61'inde postoperatif lenf nodunda tümör izlenmezken 36'sında lenf nodu tutulumu olduğu saptandı. Tüm hastalardan çıkarılan lenf nodu sayısı toplamda 2807 olup bu lenf nodlarının 119'unda (%4,2) pozitiflik saptandı. Patoloji sonuçları ve Ga-68 PSMA PET/BT sonuçları karşılaştırıldığında orta ve yüksek riskli hasta grubunda görüntüleme yönteminin pre-operatif lenf nodu evrelemesindeki duyarlılığının %30,5, özgüllüğünün %98,3, pozitif prediktif değerinin %91,6 ve negatif prediktif değerinin ise %70,5 olduğu saptandı.

SONUÇ

Özellikle orta ve yüksek risk grubundaki prostat kanserli hastaların evresinin belirlenmesi tedavi planı açısından oldukça önemlidir. Konvansiyonel görüntüleme yöntemleri lenf nodu tutulumunu göstermede yetersiz kalmaktadır. Son yıllarda Ga-68 PSMA PET/BT'nin orta-yüksek riskli prostat kanserinin nodal evrelemesinde kullanımı giderek artmaktadır.
Çalışmamızda orta ve yüksek riskli prostat kanserli hastalarda Ga-68 PSMA PET-BT'nin bölgesel lenf nodu metastazları için yüksek spesifite ve pozitif prediktif değere sahip iken sensitivite ve negatif prediktif değeri oldukça düşük olarak bulunmuştur.
Pre-operatif Ga-68 PSMA PET/BT'de lenf nodu pozitifliği oldukça değerli olmakla birlikte orta-yüksek riskli prostat kanserli hastalarda lenf nodu tutulumu olmaması tek başına Ga-68 PSMA PET/BT'nin nodal evrelemede yeterli olmadığını düşündürmüştür. Bu nedenle titiz bir lenf nodu diseksiyonunun bu hasta grubunda halen oldukça önemli olduğu kanısındayız.

SB-143

RADİKAL PROSTATEKTOMİ ÖNCESİ 68GA-PSMA-PET/BT'DEN ELDE EDİLEN STANDARDİZE SUVMAX ORANLARI İLE NİHAİ HİSTOPATOLOJİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) ERSAN ARDA(2) SELİN SOYLUOĞLU(3) ÜLKÜ KORKMAZ(3) EBRU TAŞTEKİN(4)

1. Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Edirne
2. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Edirne
3. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, Edirne
4. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Edirne

AMAÇ

68Ga-PSMA PET/BT'den türetilen yarı niceliksel parametre olan maksimum standartlaştırılmış alım değerlerinin (SUVmax), düşük ve orta riskli prostat kanserli (PC) hastalarda histopatolojik bulgular ile ilişkisi konusunda çelişkili veriler mevcuttur. Seçilen dokudaki SUVmax'ın karaciğer ve mediastinal kan havuzu gibi standart tutulum olan dokulardaki SUVmax'a oranı ise diğer bir değerlendirme yöntemidir. Son zamanlarda farklı kanser türlerinde yapılan çalışmalar, yarı niceliksel ölçümün bu şekilde standardizasyonunun, tedaviye yanıt ve prognozun öngörülmesinde SUVmax'a göre daha üstün olabileceğini öne sürmüştür.Literatürde ilk olduğunu düşündüğümüz bu çalışmanın amacı, preoperatif 68Ga-PSMA PET/BT'den elde edilen intraprostatik tümörün SUVmax değeri (SUVT), bu değerin karaciğere oranı (SUVTLR) ve parotis bezine oranı (SUVTPR)'nın histopatolojik bulguları predikte edebilme gücünü değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

2017-2020 yılları arasında kliniğimizde PC nedeniyle radikal prostatektomi (RP) yapılmış hastaların verileri değerlendirildi. İkinci bir malignitesi olan, transüretral prostat rezeksiyonu geçirmiş, PC nedeniyle daha önce tedavi almış, kurtarma RP yapılan hastalar dışlanmıştır. Kılavuzlara uygun şekilde, aynı cihazla alınmış tüm vücut görüntüleri, 10 yıldan fazla deneyimli iki nükleer tıp uzmanı tarafından her bir lezyon için konsensus sağlanarak değerlendirildi. Patoloji spesmenleri, tecrübeli üropatoloji uzmanı tarafından 68Ga-PSMA PET/BT sonuçlarından habersiz olarak değerlendirildi. Yaş, PSA, Prostat Hacmi (PV), klinik T derecesi, biyopsi uluslararası ürolojik patoloji grubu (ISUP) grade, D'amico sınıflamasına göre risk grubu, nihai histopatoloji spesmenlerinin incelemesinde saptanan intraprostatik tümör volümü (HPTV), HP-ISUP grade, seminal vezikül invazyonu (SVI), ekstrakapsüler invazyon (EKI) ile SUVT, SUVTLR, SUVTPR arasındaki ilişki analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 64 hastanın yaşları ortalama değeri 64.1±5.3 idi. SUVT, SUVTLR, SUVTPR değerleri ile biyopsi ISUP, D'amico Risk Sınıflaması, HP-ISUP, HPTV gibi histopatolojik evre parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0.05). Ekstrakapsüler invazyonu öngörmede PSMATV, SUVT, SUVTLR; SVİ'nu öngörmede PSA, PSMATV, SUVTLR değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur(p<0.05). SUVTPR değeri ise EKİ ve SVİ'nu öngörmede istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo-1).

SONUÇ

Standardize edilmiş SUVT, SUVTLR değerleri postoperatif histopatolojik bulguları (özellikle EKİ ve SVİ) öngörmeye yardımcı non-invaziv belirteçler olarak kullanılabilir.

Tablo-1. PSMA-PET/CT Verilerinin Klinik ve Histopatolojik Verilerle Karşılaştırılması

		PSA* (ng/ml)	$PSMA_{TV}$ * (cc)	SUV_T *	SUV_{TLR} *	SUV_{TPR} *
Ekstrakapsüler İnvazyon	Var (n=25)	**14,9(5,3-112)**	**4,3(0-39)**	**6(3,8-40,9)**	**1,5(0,6-6,6)**	0,5(0,1-3,5)
	Yok (n=38)	**8,2(3,6-42)**	**2(0,6-30,1)**	**4,9(1,5-46)**	**0,9(,3-9,6)**	0,4(0,1-4,5)
	p	**0,000**	**0,001**	**0,016**	**0,008**	0,117
Seminal Vezikül İnvazyonu	Var (n=6)	**23,5(10-112)**	**7,2(0-39)**	10,9(4,3-17)	**2,6(1-4,1)**	0,6(0,35-1,6)
	Yok (n=57)	**9,1(3,6-90)**	**2,4(0,6-30,1)**	5(1,5-46)	**1(0,3-9,6)**	0,4(0,1-4,5)
	p	**0,008**	**0,026**	0,081	**0,008**	0,090

*** Median olarak verilmiştir (minimum-maksimum)**

PSA; Prostat Spesifik Antijen, PSMA; Prostat Spesifik Membran Antijeni, $PSMA_{TV}$; prostat tümör hacmi, L; karaciğer, P; parotis bezi

SB-144

MULTİPARAMETRİK MR BULGULARI VE ISUP UPGRADE İLİŞKİSİ

MEHMET GÜRKAN ARIKAN(1) GÖKHAN ECER(2) MEHMET FATİH ŞAHİN(3) SAVAŞ HEREKLİOĞLU(4) ERSAN ARDA(5) CENK MURAT YAZICI(6)

1. Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Edirne
2. Konya Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Konya
3. Çorlu Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Çorlu
4. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Erzurum
5. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Edirne
6. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

AMAÇ
Prostat kanserinde (PK) upgrade olan ve olmayan hastaları Multiparametrik Manyetik Rezonans (MpMR) görüntüleme özelliklerine göre karşılaştırarak upgrade olan hastaları preoperatif olarak öngörmede faydalı olabilecek parametreleri tespit etmektir.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya 1 Ocak 2017-31 Aralık 2020 tarihleri arasında PK tanısı almış ve sonrasında radikal prostatektomi (RP) operasyonu yapılmış 69 hasta dahil edilmiştir. Hastaların prostat biyopsi ve RP patolojileri karşılaştırılarak hastalar; upgrade olan hastalar (Grup 1) ve upgrade olmayan hastalar (Grup 2) olarak ikiye ayrılmıştır. İkinci bir malignitesi olan, transüretral prostat rezeksiyonu geçirmiş, daha önce prostat kanseri nedeniyle tedavi almış, kurtarma RP yapılan hastalar dışlanmıştır. 69 hastanın 26 tanesi Grup 1, 43 tanesi Grup 2'ye dahil olacak şekilde ikiye ayrılmıştır. Tüm hastaların PSA değerleri, Prostat Volümü (PH), klinik T derecesi, biyopsi uluslararası ürolojik patoloji grubu (ISUP) derecesi, MpMR'da PIRADS skoru, tümör hacmi, prostat hacmi, tümör yüzdesi (tümör hacmi/prostat hacmi), RP spesmeni histopatolojik evresi, intraprostatik tümör volümü (HPTV), RP ISUP derecesi, seminal vezikül invazyonu (SVI), ekstrakapsüler invazyon (EKI) oranları hasta kayıtlarından retrospektif olarak taranarak veriler elde edilmiştir. Görüntüler MpMR konusunda deneyimli tek bir radyolog tarafından PIRADS v2.1 skorlama sistemi kullanılarak değerlendirilerek ölçümler yapıldı. Biyopsi ve RP patoloji spesmenleri, tecrübeli üropatolog tarafından değerlendirildi.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen 69 hastanın yaşları ortalama değeri 64.23 ± 5.72 idi. Hastaların klinik, radyolojik ve histopatolojik özelliklerin dağılımı ve karşılaştırılması Tablo-1'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Grup 1'de PSA ortalaması 15.965±23.39 iken, Grup 2'de 8.340±4.51 idi (p: 0.04). MpMR'da prostat volümü (35.59±16.38 vs 51.77±29.11; p:0.012), tümör yüzdesi (9,31±9,16 vs 5,20±6,30; p:0.031), HPTV (35.79±19.43 vs 57.97±39.05; p:0.009), tümör yüzdesi (20,94±14,03 vs 12,63±10,21; p: 0.006) olup her iki grup arasında istatistiksel olarak farklı bulunmuştur. Yapılan regresyon analizinde MpMR'daki tümör yüzdesinin diğer faktörlerden bağımsız olarak upgrade ile doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur (p=0,036). Yapılan ROC analizine göre MpMR'daki tümör yüzdesi 1,75 değerini cut off değer olarak kabul ettiğimizde %80 sensivite ve %45 spesifite ile upgrade'i öngördüğü tespit edilmiştir. Tümör yüzdesi, cut off değer olan 1,75'ten küçük olan hastalarda upgrade oranı %20,8 iken, büyük olanlarda %46,7 olduğu bulunmuştur.

SONUÇ
Prostat kanseri değerlendirmesinde MpMR ile tümör yüzdesinin değerlendirilmesi upgrade'i öngörmede önemli bir parametre olabilir ve tümör yüzdesi yüksek hastalarda upgrade riskinin artışı tedavi planı ve hasta bilgilendirmesinde fayda sağlayabilir.

Tablo 1: Klinik, radyolojik ve histopatolojik verilerin karşılaştırılması

	Upgrade olanlar (n:26)	Upgrade olmayanlar (n:43)	P*
Yaş (yıl±SD)	63.77±5.77 (min:53, max:74)	64.51±5.74 (min:53,max:74)	0.6
PSA (ng/ml±SD)	15.965±23.39 (min:3, max:112)	8.340±4.51 (min:3.7,max:24)	0.04
MRI Total Tümör Hacmi (mm^3±SD)	3.06±2.91 (min:0.10, max:8.98)	2.53±3.22 (min:0.10,max:12.48)	0.48
MRI Prostat Hacmi (mm^3±SD)	35.59±16.38 (min: 15.5, max:89.9)	51.77±29.11 (min:15.7, max:114.5)	0.012
Patoloji Prostat Hacmi (mm^3±SD)	35.79±19.43 (min:2.58, max:86.51)	57.97±39.05 (min:11.7,max:165.6)	0.009
Patoloji Tümör Hacmi (mm^3±SD)	8.63±9.58 (min:0.1, max:43.3)	5.86±6.07 (min:0,max:22.9)	0.14
Patoloji tümör oranı (%±SD)	20,94±14,03	12,63±10,21	0.006
MR tümör oranı (%±SD)	9,31±9,16	5,20±6,30	0.031

SB-145

TRANSREKTAL ULTRASON EŞLİĞİNDE PROSTAT BİYOPSİSİ PROFİLAKSİSİNDE SİPROFLOKSASİN'E KARŞI FOSFOMİSİN TROMETHAMOL'UN ETKİNİLİĞİ: 3. BASAMAK MERKEZ OLARAK İLK KLİNİK SONUÇLARIMIZ

MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) SAMİ BERK ÖZDEN(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) NUR AHMET ERÖZENCİ(1) FATİH YILDIZ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışmada transrektal prostat biyopsisi uygulanan hatalarda Siprofloksasin profilaksisinden Fosfomisin Tromethamol profilaksisine geçişte meydana gelen idrar yolu enfeksiyonu oranlarının ve morbiditeyle ilişkili parametrelerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Mayıs 2021 ve Mayıs 2022 seneleri arasında biyopsi öncesi 3 gr ve biyopsi sonrası 24-48 saat içerisinde 3 gr oral Fosfomisin Trometamol alan 104 hasta (Grup 1), Nisan 2020 ve Nisan 2021 tarihleri arasında biyopsi öncesinde ve biyopsiden sonra Siprofloksasin alan 113 hasta (Grup 2) dahil edildi. Enfeksiyona yatkınlığı arttıran diyabet dışı edinilmiş bağışıklık yetmezliği yaratan tıbbi duruma sahip hastalar çalışmadan çıkarıldı. Hastaların biyopsi sonrasındaki 30 gün içerisinde gelişen ateş, idrar yolu enfeksiyonu veya idrar kültüründe üreme olması anlamlı kabul edildi. İki grup arasında biyopsi ile ilişkili hadiseler istatistiksel yöntemlerle analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık için P <.05 kabul edildi.

BULGULAR

Grup 1'de hasta yaşının medyan değeri 65 (38-81), Grup 2'de ise 65 (38-84) saptandı. Grup 1'de Diabetes Mellitus 32 (%30.76) hastada saptanmış ve medyan Chalson Komorbidite Indeksi 2 (0-11) olarak bulunmuştur. Grup 2'de Diabetes Mellitus 41 (%36.28) hastada saptanmış ve medyan Chalson Komorbidite Indeksi 4 (0-13) ölçülmüştür. Biyopsi öncesi profilaktik Fosfomisin Tromethamol kullanan hastalarda biyopsi sonrası idrar kültüründe üreme, hastane yatışı gerektirecek intravenöz antibiyoterapi kullanma ve ürosepsis gelişme oranı anlamlı olarak daha az saptanmıştır (p<0.05). Hastaların Charlson Komorbidite Skorunun yükselmesinin hem ürosepsis (p<0.05) hem de hastane yatışı gerektirecek intravenöz antibiyoterapi kullanma oranını anlamlı derecede artırdığı görülmüştür (p<0.05).

SONUÇ

Çalışmamıza ait ilk veriler trasrektal prostat biyopsisi profilaksisinde Fosfomisin Tromethamol kullanımının avantajlı olduğunu gösteren literatür bulgularını desteklemektedir.

Tablo 1. Demografik veriler ve hasta karakteristiği

-	FOSFOMISIN (Grup 1)	CIPRO (Grup 2)	p değeri
Hasta sayısı, (%)	104 (47,92)	113 (52,07)	-
Yaş, ortanca (min. - maks.)	65 (38-81)	65 (38-84)	0.581
Diabetes Mellitus varlığı, (%)	32 (30,76)	41 (36,28)	0,39
CCI, ortanca (min. - maks.)	2 (0-11)	4 (0-13)	<0,05#
PSA, ortanca (min. - maks.)	7,48 (1-1700)	9,6 (2-5000)	<0,05#
Prostat Volümü, ortanca (min. - maks.)	50 (18-160)	50 (16-150)	0,901#
Kadran sayısı, ortanca (min. - maks.)	16 (6-31)	14 (6-30)	<0,05#
Üretroraji, (%)	16 (15,38)	16 (14,15)	0,799
Rektoraji, (%)	16 (15,38)	27 (23,89)	0,108

Tablo 2. Biyopsi sonrası verilerin değerlendirilmesi

	FOSFOMISIN (Grup 1)	CIPRO (Grup 2)	p değeri
Ürosepsis, (%)	4 (3,84)	10 (8,84)	<0,05♥
WBC, (%)	7,60 (4-18)	7,70 (5-20)	0,199#
CRP, (%)	1,84 (1-22)	5,83 (0-192)	0,188#
Hasta yatışı (IV antibiyoterapi), (%)	5 (4,80)	15 (13,27)	<0,05♥
Biyopsi sonrası kültürde flora dışı üreme, (%)	7 (6,73)	13 (11,50)	0,225♥
#Mann Whitney-U Testi			
♥Ki-Kare Testi			

SB-146

MULTIPARAMETRİK MR KOGNİTİF PROSTAT BİYOPSİSİ İLE STANDART TRUS KILAVUZLUĞUNDA PROSTAT BİYOPSİSİNİN SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

HARUN BAL(1) İLKER AKARKEN(1) MUSTAFA KESTEL(2) HÜSEYİN TARHAN(1) HAYRETTİN ŞAHİN(1)

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Muğla
2. Ağrı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ağrı

AMAÇ
Multiparametrik manyetik rezonans görüntülemeyle son üç yıl içinde yapılan kognitif prostat biyopsisi ile standart TRUS (transrektal ultrasonografi) kılavuzluğunda prostat biyopsisinin kanser tanı oranlarını karşılaştırmalı olarak değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM
Multiparametrik MR'ın hastanemizde kullanılabilmeye başlandığı yaklaşık son üç yıllık dönemde prostat biyopsisi yapılan hastalar retrospektif olarak tarandı. Toplam 545 hastanın 179 MpMR sonuçlarına göre transrektal kognitif biyopsi yapılırken, 366 hastaya standart TRUS eşliğinde prostat biyopsisi işlemi uygulandı.
Analizlerin daha sağlıklı olması açısından, her iki grupta PSA değerlerine göre kırpma uygulandı. Kırpma sonrasında birinci (MpMR) grupta 177, ikinci (non-MpMR) grupta ise 343 hasta ileri analize dahil edildi. Her iki grubun pozitif kor sayıları, pozitif kordaki minimum ve maksimum kanser yüzdeleri ile prostat kanseri ve gleason grade grup 2 ve üzerinde prostat kanseri tanı oranları karşılaştırıldı. Buna ek olarak pi-rads 3 ve üzerinde lezyonu bulunan vakalardaki prostat kanseri ve gleason grade grup 2 ve üzerinde prostat kanseri tanı oranları ve yıllara göre kanser tanı oranları ayrıca karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında student's t test, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı, $p<0,05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edildi. İstatistiki analizlerde IBM, Windows için SPSS 22 programı kullanıldı.

BULGULAR
Birinci (MpMR) ve ikinci (non-MpMR) grupların ortalama yaş, PSA, prostat hacmi, pozitif kor sayısı, pozitif kordaki maksimum kanser yüzdeleri arasında istatistiki anlamlı farklılık saptanmazken sadece pozitif kordaki kanser oranı ikinci grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo-1). Birinci ve ikinci gruptaki hastaların sırasıyla 117(%66,1)'i ve 224(%65,3)'ü benign iken, 60(%33,9)'ı ve 119(%34,7)'u malign saptandı, aralarındaki fark anlamlı değildi ($p=0,324$). Her iki grupta gleason grade grup 2 ve üzerindeki kanser oranlarında fark olsa da istatistiki olarak anlamlı seviyeye ulaşmadı ($p=0,104$). Alt grup analizinde birinci grupta pi-rads 3 ve üzerinde lezyon saptanan hastalarda saptanan gleason grade grup 2 ve üzerinde kanser saptanma oranları arasında fark olmasına karşın, istatistiki anlamlı seviyeye ulaşmadı ($p=0,191$) (Tablo-2).

SONUÇ
Yaş, PSA ve prostat hacmine göre yapılan analizlerde, MpMR görüntülemesiyle yapılan kognitif biyopsi, prostat kanseri tanısında standart TRUS biyopsiye üstünlük gösterememiştir. MpMR da PIRADS 3 ve üzeri lezyonu olan hastalarda prostat kanseri tanısı açısından standart TRUS prostat biyopsisine bir miktar üstünlük gösterse dahi istatistiki anlamlı seviyeye ulaşamamaktadır. MpMR ın daha yaygın kullanılması ile artan hasta sayısı ile analizlerin tekrarlanması gerekmektedir.

Table 1:MpMR ve Non-MpMR verilerinin karşılaştırılması

	MpMR	Non-MpMR	P-Value
Yaş (yıl)	64,67±7,07	64,93±6,99	0,685
PSA (ng/dL)	9,20±7,82	9,21±6,80	0,986
Prostat Volümü (cm^3)	72,76±35,60	69,89±44,01	0,526
Pozitif Kor Sayısı	1,77±3,26	1,82±3,19	0,872
Pozitif Kordaki Min. Kanser Oranı	3,84±7,57	5,32±11,07	0,042
Pozitif Kordaki Maks. Kanser Oranı	16,31±29,95	17,71±30,37	0,617

Table 2:MpMR ve Non-MpMR kanser tanı oranlarının karşılaştırılması

		MpMR	Non-MpMR	P-Value
Patoloji Sonucu	Benign	117 (%66,1)	224 (%65,3)	0,324
	Malign	60 (%33,9)	119 (%34,7)	
Grade Grup 2 ve üzerinde lezyon	Yok	35 (%58,3)	58 (%48,7)	0,104
	Var	25 (%41,7)	61 (%51,3)	
		MpMR (Pi-Rads 3 ve üzeri)	Non-MpMR	
Patoloji Sonucu	Benign	76 (%60,8)	224 (%65,3)	0,369
	Malign	49 (%39,2)	119 (%34,7)	
Grade Grup 2 ve üzerinde lezyon	Yok	21 (%42,8)	58 (%48,7)	0,191
	Var	28 (%57,2)	61 (%51,3)	

SB-147

TRANSREKTAL YAPILAN PROSTAT BİYOPSİSİNDE KLİNİK ANLAMLI PROSTAT KANSERİ TESPİTİ İÇİN MALİGN KOR UZUNLUKLARININ ÖNEMİ

GÖKÇE DÜNDAR(1) ANIL ERKAN(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

AMAÇ

Transrektal ultrason rehberliğinde prostat biyopsisi ile elde edilen korların incelenmesini ve neticesinde tespit edilen malign korlardan yola çıkarak klinik anlamlı prostat kanseri tanısı için ideal toplam malign kor uzunluğu tayin edilmeye çalışılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

2017 yılı başından 2021 yılı sonuna kadar 3. basamak bir eğitim araştırma hastanesinde yapılan 1611 transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi işlemi retrospektif olarak incelendi. Veriler patoloji raporuna göre kanseri olan (PCa) veya olmayan (NonPCa) şeklinde iki gruba ayrıldı. PCa grubu da kendi içinde klinik anlamlı olan ve olmayan şeklinde iki alt gruba ayrıldı. Grupların kor sayıları ve uzunluklarını karşılaştırması sonrasında klinik anlamlı PCa tanısını öngörebilmede toplam malign kor uzunluğu için ideal sınır değeri belirlemek için istatistiksel analiz gerçekleştirildi.

BULGULAR

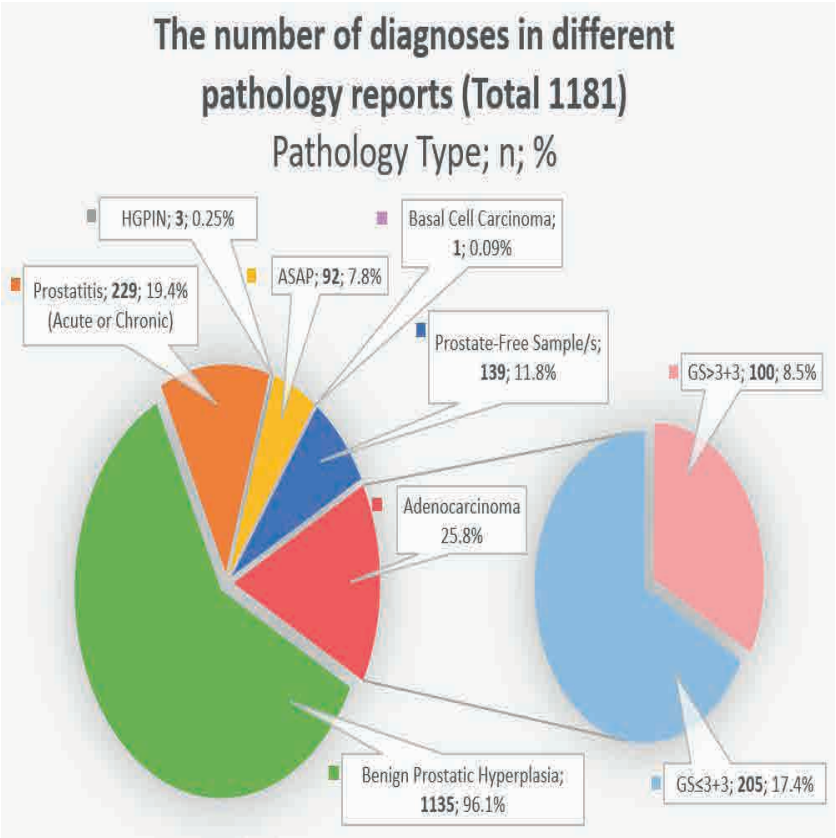
İncelemeye 1181 biyopsi işlemi dahil edildi. Dahil olma kriterlerine uygun olmayan korlar dışlandıktan sonra prostat başına alınan ortama nihai kor sayıları incelendiğinde PCa grubundaki ortalama nihai kor sayısının, NonPCa grubununkinden istatistiksel olarak anlamlı olarak fazla olduğu bulundu. Prostat başına alınan nihai korların mean uzunlukları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark izlenmedi. Prostat başına alınan nihai korların mean uzunlukları NonPCa ve PCa grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak farklı izlenmeyince korlar benign ve malign olarak ayrı değerlendirmeye tabi tutuldu. Yapılan incelemede ortalama malign kor uzunlukları klinik anlamlı olmayan ve olan PCa grupları için sırasıyla şu şekildeydi: 3.6±2.9 ve 6.7±5.1. Malign korların ortalama uzunlukları açısından PCa sub-grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı olarak fark izlendi. Prostat kanserinin izlenmesi halinde, malign korların ortalama uzunluğuna göre klinik anlamlı PCa'ni tahmin etme olasılığı için AUC 0.708 (95% confidence interval [CI] 0.654-0.759), >4.7 cm cutoff değerindeki duyarlılığı ve özgüllüğü sırasıyla %56.44 ve %78.05 idi.

SONUÇ

Transrektal prostat biyopsisi sonrasında patoloji raporlarında malign korların ortalama uzunluğu için cut-off değeri 4.7 cm olarak alındığında, toplam malign kor uzunluğunun bu değerin üzerinde olması halinde klinik anlamlı PCa tespit etme ihtimali katlanmaktadır. Tersinden düşünmek gerekirse, malign korların toplam uzunluğu 4.7 cm'den büyük ve patoloji sonucu klinik anlamlı olmayan PCa şeklinde geliyorsa, bu durumda gradelemenin düşük yapılmış olabileceği ihtimali göz ardı edilmemelidir.

-	NonPCa	PCa	p	NonCsPCa	CsPCa	p_
Yaş	63.1±6,6	65.8±7.1	0.001	66.6±7.4	68.3±7.7	0.006
Total PSA	7.6±3.5	8.9±4.2	0.001	8.3±4.0	10.2±4.3	0.001
Prostatlardan alınan toplam kor sayısı	12.1±0.8	12.1±0.6	0.173	12.1±0.6	12.1±0.5	0.325
Toplam dışlanan kor sayısı	0.6±1.2	0.5±1.2	0.015	0.5±1.4	0.3±0.8	0.254
Toplam nihai kor sayısı	11.5±1.4	11.6±1.4	0.007	11.5±1.6	11.8±0.9	0.593
Prostatlardan alınan toplam kor uzunluğu (cm)	13.0±4.1	12.9±3.6	0.858	12.9±3.7	12.9±3.6	0.858
Toplam dışlanan kor uzunluğu (cm)	0.4±1.0	0.3±1.4	0.929	0.4±1.7	0.2±0.4	0.019
Toplam nihai kor uzunluğu (cm)	12.6±4.1	12.6±3.8	0.886	12.5±3.8	12.7±3.6	0.646
Malign Korların Sayısı	-	3.9±3.0	-	3.0±2.2	5.8±3.6	<0.001
Malign korların uzunluğu (cm)	-	4.6±4.1	-	3.6±2.9	6.7±5.1	<0.001

Gruplara göre hastaların yaşları, free PSA, total PSA değerleri ve free/total PSA oranları ile biyopsi işleminde alınan korların özellikleri (veriler mean±SD formatında sunulmuştur)



SB-148

MİTOKONDRİYAL DNA'NIN D-LOOP BÖLGESİNİN METİLASYONUNUN SPERM HAREKETİ ÜZERİNE ETKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

BİRGİ ERCİLİ(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(2) İLHAN ONARAN(3) AYLA KARİMOVA(3) EMRE AKKUŞ(2)

1. Bulanık Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Muş
2. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
3. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

Sperm motilite bozukluğu erkek infertilitesinin nedenlerinden biridir. Sperm hareketi için gerekli olan adenozin trifosfatın (ATP) bir kısmı spermatozoa mitokondrisinde üretilir. Mitokondriyal genlerin ekspresyonunu düzenlemekte önemli bir rolü olan ve mitokondri genomunda yer alan D-loop (displacement loop-kontrol bölgesi) bölgesinin sitozin-fostaf-guanin (CpG) bazlarının metile olabildiği ve bunun bazı patolojilerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada astenospermik infertil erkek bireylerin spermatozoalarında D-loop bölgesinin metilasyon düzeyleri ile bunun ATP düzeyleri üzerindeki ilişkileri incelemiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

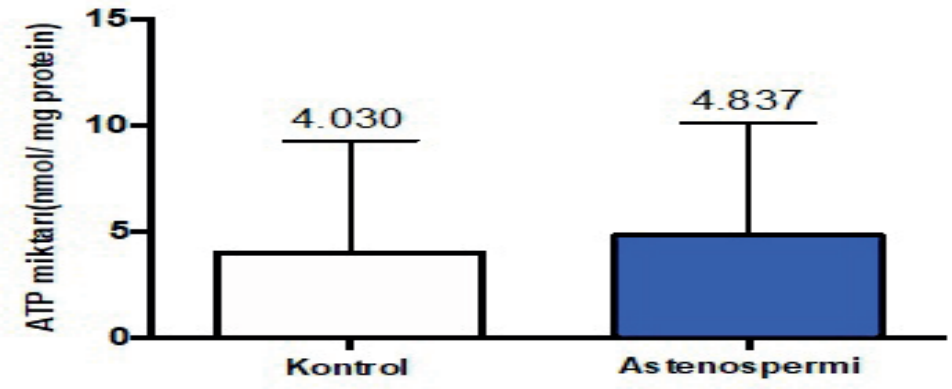
Mart 2020 – Şubat 2021 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 24 kontrol (normospermik), 25 hasta (astenospermik) olmak üzere toplam 49 olgu çalışmaya dahil edildi. Olgulardan alınan semen örneklerinden elde edilen spermatozoaların mtDNA'larından bisülfit modifikasyon sonrası metilasyon spesifik gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (PZR) uygulaması ile D-loop metilasyon oranı ve mtDNA kopya sayıları tespit edildi. D-loop metilasyon oranı ve mtDNA kopya sayısı, gerçek zamanlı PZR yöntemi ile tespit edildi. Hücre içi ATP seviyeleri ise kemilüminesans yöntemi ile ölçüldü.

BULGULAR

Çalışmaya alınan semen örneklerinden elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildiğinde, astenospermi grubunun spermatozoalarında kontrol grubuna kıyasla D-loop metilasyon oranı %86 daha fazla saptanmıştır ($p<0,05$). Yine astenospermi grubunun spermatozoalarında mtDNA kopya sayısı, kontrol grubuna kıyasla %44 fazla bulunmuştur ($p<0,05$). Ancak her iki grubun spermatozoalarındaki hücre içi ATP düzeyleri arasında belirgin bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Aynı zamanda Spearman korelasyon analizleri, ilgili artışların spermatozoa ATP düzeyleri ile ilişkili olmadığını da göstermektedir ($p>0,05$).

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçlarına göre, astenospermik vakaların spermatozoalarında D-loop bölgesinde metilasyon artışı ile birlikte mtDNA kopya sayısında artışın da olduğu belirlenmiş, ancak bunun hücre içi ATP düzeyleri ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Astenospermik vakalarda bu metilasyon artışının nedenleri ve sonuçlarının daha net bir şekilde ortaya konabilmesi için daha ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır.



SB-149

HİPOGONADİZMİN ÖNGÖRÜLMESİNDE TRİGLİSERİT-GLİKOZ (TYG) İNDEKSİ VE HOMEOSTATİC MODEL ASSESSMENT OF İNSULİN RESİSTANCE (HOMA-IR) İNDEKSİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

BERK HAZİR (1) ANDREA SALONİA(2) ALEKSANDER GİWERCMAN(3) ANGEL ELENKOV(3)

1. Translasyonel Tıp Anabilim Dalı, Lund Üniversitesi, İsveç
2. San Raffaele Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Deneysel Onkoloji Birimi, Milano, İtalya; San Raffaele Üniversitesi, Milano, İtalya
3. Translasyonel Tıp Anabilim Dalı, Lund Üniversitesi, İsveç; Üreme Tıbbı Merkezi, Skåne Üniversitesi Hastanesi, Malmö, İsveç

AMAÇ
İnsülin direncinin başlıca bileşeni olduğu metabolik sendrom erkek hipogonadizmi ile anlamlı şekilde ilişkilidir. Homeostatic model assessment of insulin resistance (HOMA-IR), azalmış insülin hassasiyetinin yaygın olarak kabul gören bir belirteçlerinden biridir. Son dönemde, yeni bir marker olan trigliserit-glikoz (TyG) indeksi insülin direnci tanısında daha ucuz ve güvenilir bir belirteç olarak önerilmektedir. Çalışmamızın amacı TyG indeksi ile HOMA-IR'nin hipogonadizm öngörüsü açısından karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM
2009 ile 2012 yılları arasında 192 subfertil hasta (18-50 yaş; sperm konsantrasyonu <20 x 106 ml) ve popülasyona dayalı eşleştirilmiş kontrollere (n=199) ait veriler retrospektif olarak incelendi. Subfertilite tanısında kullanılan ilgili sperm konsantrasyonu değeri, verilerin toplandığı dönemde Dünya Sağlık Örgütünün tarafından yayınlanmış eşik değerlere göre belirlenmiştir. Deneklerin yaklaşık yarası (72 subfertil ve 122 kontrol) 5 ile 10 yıl arasında tekrar değerlendirildi. Bu süreçte herhangi bir hormonal tedavi alan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Sabah aç karnına alınan kan örneğinde testosteron değerinin 12nmol/L altında olması hipogonadizm olarak değerlendirildi. TyG indeksi (ln (açlık trigliseridi [mg/dL] × açlık glikozu [mg/dL]/2) formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Öncelikle, ROC analizi kullanılarak HOMA-IR ve TyG indeksinin ikinci vizitlerinde metabolik sendrom tanısı alan hastaları öngördüğü ideal kesim değerleri tespit edildi. Bu kesim değerleri kullanılarak yapılan lojistik regresyon modelinde, normal ve anormal HOMA-IR ile TyG indeksi değerlerinin hipogonadizm ile ilişkisi incelendi.

BULGULAR
ROC eğrisi analizinde, gelecekte tanı konulan metabolik sendrom öngörüsünde HOMA-IR'nin eğri altında kalan alanın (AUC) TyG'ye göre kısmen daha fazla olduğu tespit edildi (AUC: 0,886, p <0,001 vs. 0,816, p<0,001). HOMA-IR ve TyG indeksi için ideal kesim değerleri sırasıyla 2,68 ve 8,60 olarak bulundu. Sonrasında yapılan ikili lojistik regresyon analizinde kesim değerinin üzerindeki HOMA-IR ve TyG'nin göreceli risk oranları (Odds Ratio) sırasıyla 4,93 (95% CI: 2,77 – 8,76; p < 0,001) ve 2,19 (95% CI: 1,25 – 3,824; p=0,006) olarak hesaplanmıştır.

SONUÇ
Hem yüksek HOMA-IR hem de yüksek TyG indeks değerleri hipogonadizm riski ile önemli ölçüde ilişkilidir. HOMA-IR'nin daha kuvvetli bir ilişkiye sahip olduğu görülmekle birlikte kullanışlı olmaması ve pahalı olması HOMA-IR'nin klinik kullanımını sınırlandırmaktadır.

SB-150

VÜCUT KİTLE İNDEKSİ VE BOY UZUNLUĞUNUN VARİKOSEL HASTALIĞI VE VARİKOSELEKTOMİ SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ

ÖMER ERDOĞAN(1) FESİH OK(2)

1. Kocaeli Devlet Hastanesi, Kocaeli
2. Siirt Devlet Hastanesi, Siirt

AMAÇ
Çalışmamızda vücut kitle indeksi (VKİ) ve boy uzunluğunun varikosel hastalığının gelişmesi ve varikoselektomi sonuçları üzerine olan etkisini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
2015-2022 yılları arasında varikosel tanısı alan ve varikoselektomi yapılan 236 hastanın verileri geriye dönük olarak tarandı ve hastaların ameliyat öncesi spermiyogram verileri VKİ ve boy uzunlukları not edildi. 100 hastalık sağlıklı kontrol grubu oluşturuldu. Varikoselektomi yapılan hastaların VKİ 'lerine göre normal, kilolu ve obez olmak üzere 3 gruba yine boy uzunluklarına görede hastalar üç gruba ayrıldı. Varikoselektomi yapılan hastalar operasyondan 6 ay sonraki spermiyogram değerlerine göre Total motil sperm sayısı (TMSS) %50'den fazla artış gösteren ve ayrıca TMSS <5 milyon olan hastalarda en az %100 artış gösteren hastalar başarılı olarak kabul edildi. Varikoselektomi yapılan hastalar farklı VKİ ve boy gruplarına göre ameliyat başarısı ve gebelik sonuçları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR
Varikosel tanısı alan 236 hasta ve 100 kontrol hastası karşılaştırıldı. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında varikosel tanılı hastaların VKİ'leri anlamlı olarak daha düşüktü (24.3±3.2 kg/m2 vs 26.7±2.8 kg/m2 vs, p<0.001). Varikoseli olan hastalara kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha uzun boyluydu (176.7±6.9 cm vs 169.8±5.8 cm, p<0.001). VKİ kendi içinde 3 gruba ayrıldı (<25 kg/m2, 25-30 kg/m2 ve >30 kg/m2). Aynı şekilde boy uzunluklarıda üç gruba ayrıldı (<165 cm, 165-179 cm, >179 cm). Yapılan analizde VKİ ve boy uzunluklarının operasyon başarısında etkili olmadığı görüldü. Ayrıca farklı VKİ ve boy kategorilerinin gebelik sonuçları da benzerdi (Tablo 2).

SONUÇ
Varikosel toplumda kilolu ve kısa boylu erkeklerde daha az görülmekle birlikte, varikosel tanısı alan ve opere edilen hastalarda operasyon başarısı ve spontan gebelik oranları üzerinde obezite ve boy uzunluğunun bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 1: Varikosel olan ve olmayan hastaların demografik ve laboratuvar verilerinin karşılaştırılması

	Varikosel (n=236)	Kontrol (n=100)	P değeri
Yaş (yıl), ±SD Median (min-max)	25.3±4.9 24.0 (18.0-40.0)	25.4±5.1 24.0 (18.0-40.0)	0.881
VKİ (kg/m^2), ±SD Median (min-max)	24.3±3.2 24.0 (19.0-33.0)	26.7±2.8 27.0 (19.0-34.0)	<0.001
VKİ kategorileri, n (%) <25 25-30 >30	 99 (41.9) 87 (36.9) 50 (21.2)	 16 (16.0) 38 (38.0) 46 (46.0)	<0.001
Boy (cm), ±SD Median (min-max)	176.7±6.9 173.0 (160.0-191.0)	169.8±5.8 169.0 (158.0-188.0)	<0.001
Boy kategorileri, n(%) <165 cm 16-179 cm >179 cm	 49 (20.8) 90 (38.1) 97 (41.1)	 45 (45.0) 41 (41.0) 14 (14.0)	<0.001
Varikosel derecesi, n(%) Grade 1 Grade 2 Grade 3	 22 (9.3) 88 (37.3) 126 (53.4)		
Sperm konsantrasyonu (x10^6/ml), ±SD Median (min-max)	20.7±19.5 9.5 (4.0-112.0)	30.6±23.4 32.0 (5.2-118)	<0.001
Toplam sperm sayısı (x10$^{6)}$, ±SD Median (min-max)	51.5±48.1 28.5 (7.5-112.0)	81.6±58.8 56.0 (8.7-187.0)	<0.001
Sperm motilitesi (%), ±SD Median (min-max)	23.1±20.0 20.0 (2.0-47.0)	29.5±18.1 29.0 (4.0-87.0)	<0.001
Toplam hareketli sperm sayısı (x10$^{6)}$, ±SD Median (min-max)	11.8±16.4 10.0 (0.2-42.0)	23.6±22.0 17.4 (3.0-77.0)	<0.001

Tablo 2: BMI ve boy kategorilerinin operasyon başarısı ve gebelik sonuçlarına etkisi

VKİ	<25 kg/m^2 (n=74)	25-30 kg/m^2 (n=67)	>30 kg/m^2 (n=49)	P değeri
Operasyon başarısı, n (%)	47 (63.5)	52 (77.6)	32 (65.3)	0.157
Gebelik, (n%)	35 (47.3)	27 (40.3)	24 (49.0)	0.588
Boy	<165 cm (n=45)	165-179 cm (n=66)	>179 cm (n=79)	
Operasyon başarısı, n (%)	35 (77.8)	44 (66.7)	52 (65.8)	0.340
Gebelik, (n%)	17 (37.8)	26 (39.4)	43(54.4)	0.099

SB-151

PENİL FRAKTÜRE EŞLİK EDEN ÜRETRAL RÜPTÜR; OLGU SUNUMU

BERK YASIN EKENCI(1) HUSEYIN MERT DURAK(1) OMER AKIN OZKAN(1) HILMI SARI(1) AHMET NIHAT KARAKOYUNLU(1) FATIH YALCINKAYA(1)

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Penil fraktür, ereksiyon halindeki korpus kavernozumdaki incelmiş tunica albugineanın travmaya bağlı yırtılması sonucu gelişen ürolojik acil bir durumdur (1). Sıklıkla tek taraflı olarak görülmekle beraber %2-10 oranlarında bilateral görülebilmektedir. Penil fraktüre üretral yaralanmanın eşlik etmesi daha da nadir olarak izlenebilmektedir (2) ve %1-38 oranlarında bildirilmiştir (3). Olgumuzda cinsel ilişki sırasındaki künt travma sonucunda bilateral korpus kavernozuma ek olarak üretral rüptür gelişen, fizik muayenede belirgin ekimozu ve penil deviasyonu olmayan hastamızın tanı ve tedavi yönetimini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

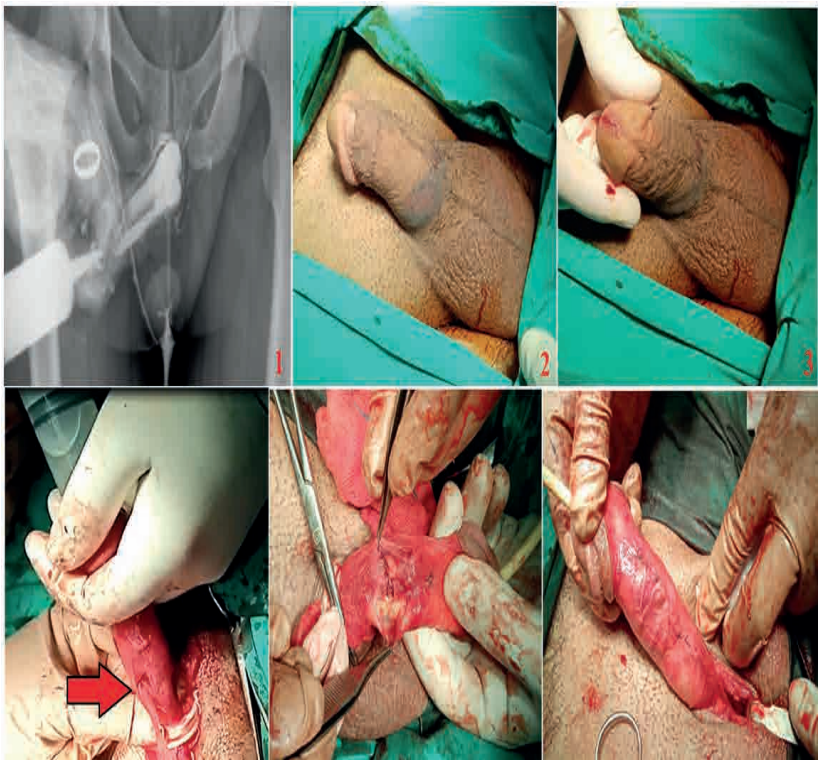
25 yaş erkek hasta, cinsel ilişki esnasında penise künt travmadan yaklaşık 2 saat sonra acil servisimize başvurdu. Partneri ile cinsel ilişkinin penis üstüne baskı sonucu bir çatırdı sesi duyduğunu, şiddetli ağrı ile birlikte ereksiyonun sonlandığını ifade etti. Ayrıca meadan yoğun miktarda kan geldiğini tarifledi. Fizik muayenede sadece penis şaftının proksimal kısmında ekimotik alan izlendi. Patlıcan deformitesi ve penil deviasyon gözlenmedi. Skrotal muayenesi normaldi. Muayene sırasında üretroraji izlendi. Palpasyon ile fraktür tespit edilemedi. Suprapubik bası ile hassasiyeti yoktu ve glob vezikale saptanmadı. Penise yapılan yüzeyel ultrasonografide penis midshaftta her iki kavernöz cisim sağda 8 mm, solda 6 mm olmak üzere tunika albugineada defekt izlendi. Retrograd üretrografide opak maddenin üretradan kavernöz cisime dolduğu izlendi ve üretrografi anında semi-ereksiyon geliştiği görüldü. Hastaya cerrahi eksplorasyon planlandı

BULGULAR

Penil subkoronal sirkumferansiyel insizyon yapıldı. Penis şaftının orta 1/3'lük alanında her iki korpus kavernozum ventromedialinde tunica albuginea bütünlüğünün bozulmuş olduğu izlendi. Sağ korpus kavernozumda 8mm'lik, sol korpus kavernozumda ise 6mm'lik transvers uzanan fraktür hatları görüldü. İki fraktür hattının tam ortasındaki üretranın dorsal kısmında ise yaklaşık 20 mm'lik sagital uzanan rüptür alanı izlendi. 16Fr üretral foley sonda üzerinden rüptüre olan primer anastamoz edildi. Her iki korpus kavernozumdaki defektler ise continue olarak onarıldı. Artifisyel ereksiyonda onarılan defekt alanlarından sızdırma olmadığı görüldü. Postoperatif dönem sorunsuz geçti.. Hasta postoperatif 2.gününde foley sonda ile taburcu edildi. Postoperatif 3. haftada foley sondası çekildikten sonraki retrograd üretrografisinde ekstravazayon izlenmedi. Postoperatif 2. ay fizik muayenesi doğaldı ve cinsel ilişkiye ameliyat öncesindeki gibi girebildiğini belirtti. IIEF-5 skoru 22 olarak saptandı.

SONUÇ

Penil fraktür etyolojisi değişken olan nadir bir ürolojik acildir. Kapsamlı anamnez ve fizik muayene tanı için yeterlidir. Üretral yaralanma durumlarında ayrıca üretroraji, hematüri ve üriner retansiyon gibi semptomlar da bulunabilmektedir. Penil fraktüre özgü fizik muayene bulgularının her zaman saptanamayabileceği akılda tutulmalıdır.



SB-152

OBEZİTE VARİKOSELEKTOMİ BAŞARISINI ETKİLER Mİ?

MEHMET ERHAN AYDIN(1) AYKUT AYKAÇ(1)

1. Eskişehir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Eskişehir

AMAÇ

Varikosel, erkeklerde infertilitenin düzeltilebilir bir nedenidir. Genel popülasyonun yaklaşık %15'inde, primer infertil erkeklerin %35-44'ünde ve sekonder infertil erkeklerin %45-81'inde görülmektedir (1,2).

Obezitenin erkek hormonlarındaki düzensizlik ve spermatogenez üzerindeki etkisi hala tartışılmaktadır. Literatürdeki çalışmalarda, obezitenin hormonal profil ve semen parametrelerinde negatif yönde etkisi olduğu gösterilmiştir (3).

Her ne kadar literatürde böyle çalışmalar olsa da obezitenin varikoselektominin sonucu üzerindeki etkisine ilişkin fazla sayıda çalışma yoktur. Bu çalışmada obezitenin varikoselektomi başarısı üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2018-Nisan 2022 tarihleri arasında hastanemizde varikoselektomi yapılan hastalar hastane bilgi yönetim sisteminden tarandı. Operasyon öncesi spermiyogram ve operasyon sonrası 3.ayda spermiyogram verileri olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Azospermik hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara subinguinal varikoselektomi uygulandığı görüldü. Hastaların yaşı, vücut kitle indeksi (VKİ), fizik muayene, görüntüleme sonuçları ve varikoselektomi tarafı not edildi. VKİ 25 ve üstünde olan hastalar obez olarak değerlendirildi. İyileşme kriteri, postoperatif spermiyogramda toplam hareketli sperm sayısında %50'den fazla artış olarak belirlendi (4).

Hastalar; obez olmayan (Grup-1) ve obez olan (Grup-2) olmak üzere 2 gruba ayırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 39 hasta dahil edildi. Obez olmayan 17 hasta grup-1, obez olan 22 hasta grup-2 olarak gruplandırıldı. Gruplar arasında yaş, geliş şikâyeti, varikosel tarafı, varikosel derecesi ve ven çapı karşılaştırıldı (Tablo-1). Obez olanların daha ileri yaşta olduğu görüldü (p=0,014). Preoperatif ve postoperatif semen parametreleri karşılaştırıldı. Her iki grup arasında varikoselektomi sonrası sperm parametreleri farklılığı açısından istatistiksel farklılık saptanmadı (Tablo-2).

İyileşme açısından bakıldığında grup 1'de grup 2'ye göre her ne kadar daha düşük iyileşme yüzdesi olsa da her iki grup arasında istatistiksel farklılık yoktu (%58,8 vs. %68,2; p=0,546).

SONUÇ

Çalışmamızda obezitenin cerrahi sonuçlar üzerinde sperm parametrelerinin tümünde etkisi olmadığı gözlenmiştir.

-	Grup-1 (n: 17)	Grup-2 (n: 22)	P
Yaş (median, min-maks)	24 (17-34)	29 (17-41)	0,014*
Geliş şikâyeti (n, %) Ağrı Skrotal şişlik İnfertilite	7 (%41,2) 7 (%41,2) 3 (%17,6)	7 (%31,8) 12 (%54,5) 3 (%13,6)	0,710**
Varikoselektomi tarafı (n, %) Sol Bilateral	16 (%94,1) 1 (%5,9)	17 (%77,3) 5 (%22,7)	0,206***
Varikosel derecesi (n, %) Derece 2 Derece 3	8 (%47,1) 9 (%52,9)	10 (%45,5) 12 (%54,5)	0,921**
Ven çapı (mm) (median, min- maks)	3,7 (2,4-7)	3,25 (2,5-5,9)	0,456*
Tablo-2: Gruplar arasında semen parametrelerinin ve klinik sonuçların karşılaştırılması	-	-	-
-	Grup-1 (n: 17)	Grup-2 (n: 22)	P
Sperm konsantrasyonu (milyon/ml) (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	9,3 (0,6-230,8) 43,1 (1,3-75,6) 2,16 (0,21-6,95)	11,45 (3,5-72) 20,2 (2,5-106) 1,45 (0,15-6,9)	0,350* 0,640* 0,899*
Toplam sperm sayısı (milyon) (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	24,9 (3-346,2) 86 (5,85-302,4) 1,65 (0,27-10,75)	51 (5,5-309,6) 66,65 (2,5-372,4) 1,25 (0,08-9,87)	0,202* 0,799* 0,295*
İleri hareketli sperm yüzdesi (A+B) (%) (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	38 (5-65) 29 (5-76) 0,92 (-25-45)	20,5 (0-53) 30 (0-70) 3,32 (0-25)	0,084* 0,821* 0,067*
Morfoloji (%) (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	4 (1-9) 5 (2-8) 1,2 (0,09-36,4)	3 (2-8) 5 (1-10) 1,26 (-3-6)	0,851* 0,931* 0,617*
İleri hareketli sperm sayısı (A+B) (milyon) (median, min-maks) Preoperatif Postoperatif Fark	7,03 (0,975-193,87) 24,81 (1,005-105)	7,97 (0-51,68) 11,89 (0-167,5) 2,41 (0-14,89)	0,821* 0,777* 0,322*
İyileşme (n, %) Yok Var	7 (%41,2) 10 (%58,8)	7 (%31,8) 15 (%68,2)	0,546**

Gruplar arasında demografik verilerin karşılaştırılması

SB-153

AKUT İSKEMİK PRİAPİZM MODELİNDE BERBERİNİN İSKEMİ REPERFÜZYON HASARI ÜZERİNE OLASI KORUYUCU ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YASİN CANSEVER(1) ERSAGUN KARAGÜZEL(1) İLKE ONUR KAZAZ(1) AHMET MENTEŞE(1) SELİM DEMİR(1) ESİN YULUĞ(1) FATİH ÇOLAK(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon

AMAÇ

İskemik priapizmde venöz obstrüksiyon ve korpus kavernozum içerisinde staz meydana gelmekte ve priapizmin sonlanması ile birlikte iskemi reperfüzyon (IR) hasarı meydana gelmektedir. Reperfüzyonun kendisi IR hasarını meydana getiren patofizyolojik süreci başlatmaktadır. Oksidatif stres hücre membranında tahribat oluşturup kalıcı hücre hasarına yol açarak dokularda yıkıcı etkilere neden olmaktadır.

Berberin (C20H19NO5, BBR) bir izokinon kuaterner alkaloid olup, gastrointestinal rahatsızlıklar, inflamasyon, hiperlipidemi ve geleneksel tıpta insülin direnci gibi çeşitli hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır.
Çalışmamızda berberinin antioksidan etki mekanizma üzerinden akut priapizmde IR hasarını azaltabileceği varsayımı ile ilerlendi. Sıçanlarda oluşturduğumuz penil iskemi-reperfüzyon modelinde uyguladığımız berberinin, IR hasarı üzerine olası olumlu etkilerini histolojik ve biyokimyasal açıdan değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu deneysel çalışmada Spraque Dawley tipi, 350-400 gr ağırlığında toplam 18 adet erişkin erkek rat, randomizasyon yapıldıktan sonra her grup 6 rattan (n=6) oluşacak şekilde 3 gruba ayrıldı (kontrol; priapizm+reperfüzyon; priapizm+reperfüzyon+berberin).

Alınan penektomi materyalinde Doku TOS, TAS, OSI, GSH, MPO, GRP78, ATF6, CHOP, MDA, SOD, GPx seviyelerindeki değişiklikler ile sakrifiye edilen ratların alınan penis dokusunun histolojik özellikleri (kavernlerde vazokonjesyon, üretra epitel dejenerasyonu, kavernlerin ortalama sinüzoidal alanı (µm2), kavernlerde vasküler konjesyon, kavern çevresi bağ dokusu artışı) değerlendirildi.

BULGULAR

Biyokimyasal verilerden istatistiksel olarak anlamlı bulunanlar; Doku TOS, OSI, GSH, MPO, GRP78, ATF6, CHOP olup($p<0,05$), anlamlı bulunmayanlar doku MDA, TAS, SOD, GPX olduğu görüldü ($p>0,05$). Çalışmamızda histolojik veriler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gösterilemedi.

SONUÇ

Bu bulgular berberinin antioksidan özelliğini ve I/R'nin neden olduğu metabolik bozuklukları önleyebileceğini göstermiştir.

SB-154

ASTENOZOOSPERMİK İNFERTİL ERKEKLERDE SİGARA İÇİCİLİĞİNİN AKAP4, SEMG1-2, KLK2 PROTEİNLERİNE ETKİSİ

ÖZGÜR ÖZBEK(1) METE ÖZKIDIK(1) BETÜL CAN(1) EVİN KOCATÜRK(1) ERTUĞRUL ÇOLAK(1) İYİMSER ÜRE(1)

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

AMAÇ

Çalışmamızda sperm hareketliliği üzerine etkili proteinlerin sigara ile ilişkisinin değerlendirilmesi ve böylece astenozoospermik hastaların tedavisinde uygulanabilecek yeni yöntemlere katkı sağlanması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimize Ağustos-Kasım 2021 tarihleri arasında infertilite nedeniyle başvuru yapan erkek hastalardan anamnez, fizik muayene, sigara içiciliğinin sorgulanması, hormon paneli ve semen analizi sonuçlarının değerlendirilmesinin ardından idiyopatik astenozoospermi saptanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Çalışmada gönüllüler, kontrol grubu ve iki hasta grubu olmak üzere üç gruba ayrıldı. Ardından gönüllülerin sperm örneklerinden Real-Time PCR (qPCR) ve Western-Blot analizleri gerçekleştirilerek motilite ile ilişkili proteinlerin sigara kullanımı ile ilişkisi araştırıldı.

BULGULAR

Çalışmadaki gönüllülerin cinsel perhizleri ve semen analizleri gruplar içinde analiz edildi. Normospermik gruptaki kişilerin yaş ortalaması 31,47 (25-40), sigara kullanımı olan hastaların yaş ortalaması 32,6 (24-41) ve sigara kullanımı olmayan hastaların yaş ortalaması 35 (25-45) olarak saptandı.

Astenozoospermik hastalarda, ortalama sperm sayıları normospermik gruplara göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,05$). Astenozoospermik ve sigara içen grupta SEMG-1 geninin diğer gruplara göre çok daha fazla eksprese olduğu ancak bu fazlalığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü. Normospermik grupta AKAP4 geninin astenozoospermik gruplara göre daha çok eksprese edildiği tespit edildi ancak bu değer de istatistiksel olarak anlamlı değildi (Tablo 2). Astenozoospermik ve sigara içen grupta Klk2 ölçümü ile Testosteron ölçümü arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki dikkat çekti ($r=0,526$; $p<0,05$). Astenozoospermik ancak sigara içmeyen grupta Akap4 ölçümü ile Prolaktin ölçümü arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($r=0,664$; $p<0,05$). Semg1 ölçümü ile ejakulat hacmi ölçümü arasında pozitif yönlü, istatistiksel anlamlı ilişki bulundu ($r=0,576$; $p<0,05$). Semg2 ölçümü ile ileri motil ölçümü arasında negatif yönlü ($r=-0,633$), istatistiksel anlamlı ilişki görüldü ($p<0,05$). Sigara içen grupta semg2/ ß-aktin ölçümü ile Ejakulat hacmi ölçümü arasında negatif yönlü ($r=-0,575$), istatistiksel anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$).

SONUÇ

İnfertilite dünya genelinde bir sağlık problemi olup üreme çağındaki çiftlerin %8-12'sini etkilemektedir. Erkek faktörü ise bu olguların en az yarısını oluşturmaktadır. Astenozoospermi de erkek infertilitesinin en önemli nedenlerinden birisidir. Bununla birlikte astenozoospermi olguları incelendiğinde çoğu zaman etiyolojide bir neden bulunamamıştır. Çalışmamızda da analizleri yapılan proteinlerden SEMG2'nin motilite üzerine etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte AKAP4 proteinin de sigara kullanımı olan grupta ekspresyonun normospermik gruba göre düşük olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızın sonucunda rutin semen analizlerine ilaveten özellikle astenozoospermik erkeklerde yapılacak seminal proteinlerin tayininin infertilite tedavisine ve altta yatan moleküler patolojiyi tanımlaya yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz.

Tablo 1.: Ölçümlerin Gruplara Göre Çoklu Karşılaştırılması (Yaş ve Semen Analizi)

	Normospermi		Asteno.sigara(+)		Asteno.sigara(-)		p
	Max-Min(Δ)	Ort±s	Max-Min(Δ)	Ort±s	Max-Min(Δ)	Ort±s	
Yaş	40-25 (33)	31,47±4,78	41-24 (31)	32,6±5,44	45-25 (33)	35±6,29	0,332
Cinsel perhiz	7-3 (4)	4,2±1,22	6-3 (4)	4,27±0,8	7-3 (5)	4,87±1,19	0,156
Sperm sayısı	147-18 (65)	59,73±32,19	69-15 (33)	33,87±16,08	91-15 (26)	34,73±22,27	**0,014***
Ejakulat hacmi	7-1 (3)	3,33±1,73	4-0,5 (2)	1,99±1,01	6-0,2 (2,5)	2,81±1,61	0,063
Toplam motil	91-51 (76)	76,67±11,35	59-0 (31)	30,87±16,61	49-25 (33)	33,47±7,08	**0,000***
İleri motil	87-42 (72)	70,6±12,83	30-0 (15)	12,87±10,7	28-0 (14)	14,4±8,12	**0,000***
Morfoloji	25-4 (10)	12,2±6,84	26-4 (16)	13,8±7,49	19-4 (6)	8,07±5,13	0,052

Tablo 2: Ölçümlerin Gruplara Göre Çoklu Karşılaştırılması (Semg1-2, Klk-2 ve AKAP4 proteinleri için yapılan PCR ve Western Blot analizi)

	Normospermi		Asteno.sigara(+)		Asteno.sigara(-)		p
	Max-Min(Δ)	Ort±s	Max-Min(Δ)	Ort±s	Max-Min(Δ)	Ort±s	
Akap4 (kat değişimi)	16,83-0,34 (1,2)	2,8±4,16	13,4-0 (0,8)	1,65±3,31	9,4-0,3 (0,9)	1,96±2,44	0,108
Semg1 (kat değişimi)	558,8-43,5 (130,64)	195,06±159,49	1582,3-8,4 (172,3)	321,9±517,43	431,4-18 (120,8)	152,16±112,51	0,830
Semg2 (kat değişimi)	17,65-1,31 (6,03)	6,69±4,63	25,7-0,9 (4,2)	6,11±6,39	14,1-1,5 (4,6)	5,55±3,85	0,671
Klk2 (kat değişimi)	2,54-0,19 (1,17)	1,2±0,7	12-0,4 (1)	2,06±3,14	3,1-0,3 (1)	1,26±0,78	0,946
Akap4/ β-aktin	0,78-0,413 (0,728)	0,64±0,17	4,7-0 (0,8)	1,84±2,12	2,5-0,4 (0,6)	1,16±0,96	0,480
Semg2/ β-aktin	0,588-0,184 (0,245)	0,34±0,18	3,8-0,1 (0,2)	1,35±1,78	1,7-0,2 (0,6)	0,82±0,67	0,181
Klk2/ β-aktin	7,32-4,853 (6,763)	6,31±1,09	16,3-4 (8,9)	9,72±5,22	15,7-3,1 (4,8)	7,88±5,8	0,111

Tablo 3: PCR Analizinin Ölçümler ile İlişkisi

Grup	Ölçüm	Akap4 (kat değişimi)	Semg1 (kat değişimi)	Semg2 (kat değişimi)	Klk2 (kat değişimi)
Normospermi	Yaş	-0,179	-0,135	-0,265	0,065
	Cinsel perhiz	-0,408	-0,324	-0,356	-0,375
	Sperm sayısı	0,143	-0,075	-0,061	-0,039
	Ejakulat hacmi	-0,281	0,135	-0,005	-0,466
	Toplam motil	-0,073	0,097	0,331	0,508
	İleri motil	-0,134	-0,081	0,120	0,212
	Morfoloji	-0,048	-0,422	-0,337	0,165
	FSH	0,002	-0,022	0,034	-0,115
	Estradiol	0,029	0,159	0,275	-0,016
	LH	0,149	-0,007	-0,074	-0,265
	Testosteron	0,214	-0,002	-0,063	0,352
	Prolaktin	0,151	-0,007	-0,232	0,002
Astenozoospermi Sigara(+)	Yaş	0,079	0,077	0,371	-0,174
	Cinsel perhiz	-0,025	-0,188	-0,363	0,033
	Sperm sayısı	-0,065	-0,308	-0,484	-0,038
	Ejakulat hacmi	0,428	0,341	0,206	0,226
	Toplam motil	0,064	0,134	0,000	0,154
	İleri motil	0,137	-0,106	-0,189	0,265
	Morfoloji	0,127	0,241	0,347	0,216
	FSH	-0,304	-0,018	-0,054	-0,345
	Estradiol	-0,214	-0,254	-0,129	-0,256
	LH	0,143	0,370	0,429	0,372
	Testosteron	0,166	-0,018	0,020	**,526***
	Prolaktin	-0,120	-0,052	0,143	0,272
Astenozoospermi Sigara(-)	Yaş	0,002	-0,021	0,005	0,006
	Cinsel perhiz	-0,418	-0,006	-0,129	-0,245
	Sperm sayısı	-0,265	-0,206	-0,144	-0,170
	Ejakulat hacmi	0,114	**,570***	0,188	-0,092
	Toplam motil	0,344	0,165	0,317	0,229
	İleri motil	-0,244	-0,254	**-,633***	-0,487
	Morfoloji	0,340	-0,042	0,360	0,249
	FSH	0,081	0,206	0,152	0,020
	Estradiol	-0,027	0,059	-0,213	-0,149
	LH	0,417	0,245	0,342	0,349
	Testosteron	0,345	0,335	0,109	0,177
	Prolaktin	**,664***	0,510	**,614***	**,611***

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Spearman Korelasyon testi

Tablo 4: Western Blot Analizinin Ölçümler ile İlişkisi

Grup	Ölçüm	Akap4/ β-aktin	Semg2 / β-aktin	Klk2 / β-aktin
Normospermi	Yaş	0,029	-0,029	-0,057
	Cinsel perhiz	0,000	-0,150	-0,150
	Sperm sayısı	0,057	-0,227	-0,283
	Ejakulat hacmi	0,241	0,106	-0,135
	Toplam motilite	-0,256	0,170	0,426
	İleri motilite	-0,256	0,057	0,313
	Morfoloji	0,009	-0,123	-0,133
	FSH	-0,199	-0,313	-0,114
	Estradiol	-0,085	-0,426	-0,340
	LH	-0,218	-0,351	-0,133
	Testosteron	-0,199	-0,085	0,113
	Prolaktin	0,190	0,038	-0,152
Astenozoospermi Sigara(+)	Yaş	-0,228	-0,228	-0,228
	Cinsel perhiz	0,197	0,301	0,197
	Sperm sayısı	-0,257	-0,171	-0,257
	Ejakulat hacmi	0,086	-,575*	0,086
	Toplam motilite	-0,076	-0,095	-0,076
	İleri motilite	-0,105	-0,095	-0,105
	Morfoloji	0,323	-0,209	0,323
	FSH	-0,076	,586*	-0,076
	Estradiol	0,170	0,510	0,170
	LH	-0,426	0,028	-0,426
	Testosteron	0,085	-0,028	0,085
	Prolaktin	0,057	0,057	0,057
Astenozoospermi Sigara(-)	Yaş	-0,265	-0,303	-0,303
	Cinsel perhiz	-0,227	-0,425	-0,425
	Sperm sayısı	0,210	0,334	0,334
	Ejakulat hacmi	-0,105	-0,211	-0,211
	Toplam motilite	-0,085	-0,171	-0,171
	İleri motilite	0,019	-0,332	-0,332
	Morfoloji	0,244	0,137	0,137
	FSH	-0,284	-0,227	-0,227
	Estradiol	0,038	-0,151	-0,151
	LH	-0,246	0,189	0,189
	Testosteron	-0,076	0,019	0,019
	Prolaktin	-0,095	0,095	0,095

*p<0,05 anlamlı ilişki var, p>0,05 anlamlı ilişki yok; Spearman Korelasyon testi

SB-155

ASTENOSPERMİK, OLİGOASTENOTERATOSPERMİK VE NORMOSPERMİK HASTALARDA HÜCRE İÇİ ATP DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

BİRGİ ERCİLİ(1) DENİZ CEYLAN(2) EZGİ TERZİ(2) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(2) AYLA KARİMOVA(2) MUHAMMET DEMİRBİLEK(2) MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(2) İLHAN ONARAN(2) KADİR EMRE AKKUŞ(2)

1. Bulanık Devlet Hastanesi, Muş
2. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Astenospermi, izole halde veya oligospermi ve teratospermi birlikteliğinde erkek infertilitesinin başlıca sebeplerinden biridir. Sperm motilitesi için gerekli olan adenozin trifosfat (ATP), sperm hücresinde oksidatif fosforilasyon, glikoliz ve pentoz fosfat yolağı üzerinden üretilir. Bununla birlikte motiliteye ek olarak oksidatif fosforilasyon ile üretilen ATP'nin de spermatogenez ve sperm matürasyonunda önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Bu çalışmada izole astenospermik (A) ve oligoastenoteratopermik (OAT) infertil erkek hastaların sperm hücrelerinde, infertil olmayan normospermik (N) erkeklerle karşılaştırmalı olarak hücre içi ATP düzeyleri incelemiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

2017-2021 yılları arasında hastanemize bas¸vuran ve semen analizi yapılan hastaların verileri incelendi. Hastaların semen örnekleri DSÖ 2010 klavuzuna göre N, A ve OAT olarak sınıflandırıldı.Bu sınıflandırmaya göre normospermik 22 (kontrol grubu), astenospermik 22 ve oligoastenoteratospermik 20 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen örneklerde, biyolüminesans yöntemi ile sperm hücrelerinin hücre içi ATP seviyeleri ölçüldü. 3 gruba ait olguların verileri istatistiksel olarak değerlendirildi ve gruplar arası ATP düzeyleri açısından farklılıkların olup olmadığı araştırıldı. İstatistiksel analiz Kruskal Wallis testi ile yapıldı.

BULGULAR

Yapılan değerlendirme sonucunda ortalama hücre içi ATP düzeyleri N grubunda 5.10 ± 3.09 (SD) nmol/mg protein, A grubunda 4.76 ± 3.85 (SD) nmol/mg protein, OAT grubunda 0.76 ± 0.92 (SD) nmol/mg protein olarak saptandı. Hücre içi ATP düzeyleri A grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiş olup ($p>0,05$), OAT grubunda ise kontrol ve A grubuna göre anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır ($p<0.0001$).

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçlarına göre, OAT grubunda ATP değerlerinin anlamlı derecede düşüklük gösterdiği, izole astenospermik olan hastalarda ise ATP değerlerinin kontrol grubuyla aynı olduğu görülmektedir. Astenospermik hastalarda ATP değerlerinin bozulmamasının kompansasyon mekanizmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Spermatozoalardaki hücre içi ATP değerlerinin azalmasının spermatozoadaki morfolojik, sayısal ve fonksiyonel parametrelerin bozulacağını işaret ederek klinik tablonun ağırlaşabileceğini belirtecek bir faktör olabileceğini düşünmekteyiz. ATP değerlerinin değişim sebeplerinin net olarak ortaya konabilmesi için daha ileri çalışmalara gerek duyulmaktadır.

SB-156

İLK CİNSEL DENEYİM YAŞI AÇISINDAN PRİMER PREMATÜR EJAKÜLASYON VE KONTROL GRUPLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

ÖMER YILDIRIM(1) HAMZA GÜLTEKİN(2) SAMİ BERK ÖZDEN(2) EMRE AKKUŞ(2) HAMDİ ÖZKARA(2)

1. Gelibolu Şehit Koray Onay Devlet Hastanesi, Çanakkale
2. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ
Erkekte ilk cinsel deneyim (koitus) yaşı (EİCDY) ile yaşamının ilerleyen yıllarında ortaya çıkan cinsel sağlık sorunları arasında bağıntıyı araştıran sayıca az ve birbiriyle tutarsız sonuçlara sahip çalışma mevcuttur. Prematür ejakülasyona (PE) ilişkin ise bu alanda henüz yapılmış bir araştırma bulunmamaktadır. Bu çalışmada Primer PE ile EİCDY arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM
43 PPE hastası ve 39 kontrol olmak üzere totalde 82 erkek çalışmaya alındı. Sekonder, doğal değişken ve sübjektif PE olguları çalışma dışı bırakıldı. Olguların tümünün sosyodemografik verilerinin yanı sıra vücut kitle indeksi (VKİ), sünnet yaşı, EİCDY ve tahmini intravajinal ejakülasyon gecikme süresi (eIELT) kaydedildi. Ayrıca tüm olgulara Prematür ejakülasyon tanı ölçeği (PEDT), Beck depresyon envanteri (BDI) ve Beck anksiyete envanteri (BAI) doldurduldu.

BULGULAR
PPE ve kontrol gruplarının yaş ortalamaları sırasıyla 36,58 ± 8,01 ve 32,54 ± 6,66 idi ($p<0,05$). Gruplar arasında VKİ açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunun eğitim süresi ortalaması PPE grubuna göre daha uzundu ($p<0,05$). PPE grubunun % 86'sı, kontrol grubunun ise % 74,4'ü evliydi ($p>0,05$). Ortalama eIELT, PPE grubunda 58,84 ± 36,22 iken, kontrol grubunda 681,03 ± 363,16 bulundu ($p<0,001$). PEDT, BDI skorları PPE grubunda anlamlı düzeyde yüksek iken BAI skorları açısından gruplar arasında fark yoktu (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,01$; $p>0,05$) Sünnet yaşı ve EICDY açısından ise iki grup arasında fark izlenmedi ($p>0,05$).

SONUÇ
Çalışmamızda EICDY ile PPE arasında bağıntı olmadığını gözlemledik. Bununla birlikte daha geniş serilerde yapılacak çalışmalar bu konuya ilişkin daha net sonuçlar ortaya koyacaktır.

-	PPE grubu (n:43)	Kontrol grubu (n:39)	p değeri
Yaş, yıl (ortalama ± ss)	36,58 ± 8,01	32,54 ± 6,66	0,013
VKİ, kg/m^2 (ortalama ± ss)	26,17 ± 4,18	29,98 ± 3,86	0,187
Eğitim süresi, yıl (mean ± ss)	9,79 ± 4,7	12,97 ± 4,59	0,004
Medeni durum, n(%)	-	-	0,292
Bekar	6 (14)	10 (25,6)	-
Evli	37 (86)	29 (74,4)	-
Sünnet yaşı, yıl (ortalama ± ss)	6,98 ± 3,58	6,49 ± 3,12	0,794
İlk cinsel deneyim yaşı, yıl (ortalama ± ss)	21,42 ± 4,51	20,09 ± 3,79	0,228
eIELT, saniye (ortalama ± ss)	58,84 ± 36,22	681,03 ± 363,16	0,000
PEDT skoru (ortalama ± ss)	14,93 ± 4,16	5,23 ± 1,83	0,000
BDI skoru (ortalama ± ss)	14,84 ± 12,87	7,49 ± 4,12	0,010
BAI skoru (ortalama ± ss)	10,28 ± 11,71	5,31 ± 5,35	0,196

PPE ve Kontrol grubu arasında Değişkenlerin Karşılaştırılması

SB-157

PRİMER PREMATÜR EJAKÜLASYONDA SEMİNAL MİKROFLORANIN KARŞILAŞTIRMALI OLARAK İNCELENMESİ: OLGU-KONTROL ÇALIŞMASI

ÖMER YILDIRIM(1) HAMZA GÜLTEKİN(2) GÖKHAN AYGÜN(2) EMRE AKKUŞ(2) HAMDİ ÖZKARA(2)

1. Gelibolu Şehit Koray Onay Devlet Hastanesi, Çanakkale
2. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ
Erkeklerde en sık cinsel fonksiyon bozukluklarından biri olan Prematür ejakülasyonun (PE) etyolojisi henüz tam olarak ortaya konulamamıştır. Biz de bu araştırmamızda PE alt tiplerinden olan Primer PE (PPE) ile seminal mikroflora arasında ilişki olup olmadığını inceledik.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmaya Androloji kliniğimize PPE ile başvuran 43 hasta ve 39 kontrolden oluşan toplam 82 kişi dahil edildi. Sekonder, doğal değişken ve sübjektif PE hastaları çalışma dışı bırakıldı. Tüm olguların sosyodemografik verileri, tahmini intravajinal ejakülasyon gecikme süresi (eIELT), Charlson komorbidite indeksi (CCI), total testosteron (TT), folikül stimüle edici hormon (FSH), luteanizan hormon (LH), prolaktin (PRL), tiroit stimülan hormon (TSH) değerleri kaydedildi. Prematür ejakülasyon tanı ölçeği (PEDT), Uluslararası erektil fonksiyon indeksi-5 (IIEF-5), Kronik prostatit semptom indeksi (NIH-CPSI) katılımcılar tarafından doldurduldu. Ek olarak tüm olgularda idrar ve semen kültürü çalışıldı ve semende lökosit sayımı yapıldı.

BULGULAR
PPE ve kontrol gruplarında yaş ortalaması sırasıyla 36,58 ± 8,01 ve 32,44 ± 6,66 idi ($p<0,05$). eIELT, PPE grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde kısaydı ($p<0,001$). PEDT ve NIH-CPSI skorları PPE grubunda, IIEF-5 skoru ise kontrol grubunda anlamlı düzeyde yüksek bulundu (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$). TSH, PRL, FSH, LH düzeyleri ve CCI açısından gruplar arasında fark yoktu ($p>0,05$). TT düzeyleri ise PPE grubunda kontrol grubuna göre yüksek saptandı ($p<0,01$). Gruplar arasında idrar ve semen kültürü pozitifliği ile semende lökosit sayısı bakımından fark izlenmedi ($p>0,05$).

SONUÇ
Araştırmamızda PPE hastalarında seminal mikroflora açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldığında fark olmadığı görüldü. Bununla birlikte Kronik prostatit ve PE arasında daha önce ortaya konan bağıntı göz önünde bulundurulduğunda daha geniş popülasyonlarda daha gelişmiş tanı yöntemleriyle yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

-	PPE grubu (n:43)	Kontrol grubu (n:39)	p değeri
Yaş, yıl (ortalama ± ss)	36,58 ± 8,01	32,54 ± 6,66	0,013
CCI (ortalama ± ss)	0,21 ± 0,41	0,18 ± 0,51	0,402
eIELT, saniye (ortalama ± ss)	58,84 ± 36,22	681, 03 ± 363,16	0,000
PEDT skoru (ortalama ± ss)	14,93 ± 4,16	5,23 ± 1,83	0,000
NIH-CPSI total skoru (ortalama ± ss)	9,53 ± 8,42	3,05 ± 4,3	0,000
IIEF-5 skoru (ortalama ± ss)	16,28 ± 5,34	22,77 ± 2,96	0,000
TSH, µIU/mL (ortalama ± ss)	1,89 ± 1,10	1,86 ± 0,75	0,656
Prolaktin, ng/mL (ortalama ± ss)	12,97 ± 5,50	14,29 ± 9,07	0,933
FSH, mIU/mL (ortalama ± ss)	4,91 ± 4,19	4,65 ± 2,0	0,603
LH, mIU/mL (ortalama ± ss)	5,82 ± 2,87	5,17 ± 1,77	0,417
TT, ng/dL (ortalama ± ss)	484, 51 ± 141,08	392,04 ± 135,74	0,003
İdrar kültürü pozitifliği, n(%)	1 (2,3)	1 (2,6)	1
Semen kültürü pozitifliği, n(%)	6 (14)	4 (10,3)	0,863
Lökospermi, n(%)	7 (16,3)	5 (12,8)	0,658

Değişkenlerin PPE ve Kontrol grupları arasında karşılaştırılması

SB-158

PEDİATRİK PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ YAPILAN HASTALARDA OPERASYON ÖNCESİ İDRAR KÜLTÜRÜ, ENFEKTİF KOMPLİKASYONLARI ÖNGÖREBİLİR Mİ?

ANIL ERKAN(1) METİN KILIÇ(1)

1. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

AMAÇ

Çocuklarda yapılan perkütan nefrolitotomi (PNL) operasyonu öncesi bakılan idrar kültürünün postoperatif enfektif komplikasyonlara olan etkisini erişkin PNL yapılan hastalar ile karşılaştırarak inceledik.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz 2018-Temmuz 2022 tarihleri arasında yapılan 32 pediatrik PNL operasyonu, aynı zaman aralığında gerçekleştirilen 1124 erişkin PNL arasından rastgele seçilen 32 hasta ile karşılaştırıldı. Pediatrik PNL operasyonu yapılan hastalar Grup 1, erişkin PNL yapılan hastalar Grup 2 olarak sınıflandırıldı. Hastaların operasyondan hemen önce alınan idrar kültürleri incelendi. İdrar kültüründe üremesi olan hastalar uygun antibiyotik ile tedavi edildi ve idrar kültürü temizlendikten sonra operasyona alındı.

BULGULAR

Pediatrik PNL grubundaki 32 hastadan 17'si(%53) kız çocuk, 15'i(%47) ise erkek çocuk idi. Erişkin PNL operasyonu yapılan 32 hastadan 11'i(%34) kadın, 21'i(%66) erkek idi. Grup 1 ve 2'nin yaş ortalaması sırası ile 12,1±4,7, 50,4±12,8 yıldı. Toplam taş boyutu 26,6±19,3 mm, 32,7±10,2 mm, Seul Ulusal Üniversitesi böbrek taşı kompleksite skoru (S-ReSC) ise 1,91±1,6, 2±,8 idi (p=0,002, p=0,14). Her iki gurubun tam idrar analizi sonuçları ve operasyon ile ilgili parametreleri tablo 1'de özetlenmiştir. Grup 1'de 10 (%31) hastada ilk değerlendirilen idrar kültüründe üreme saptanırken, Grup 2'de 2(%6) hastada üreme saptandı. Grup 1'de 1 hastada enterokok spp., 3 hastada genişletilmiş spektrumlu beta laktamaz (GSBL) üretmeyen (GSBL-) Escherichia coli, 5 hastada GSBL üreten (GSBL+) Escherichia coli, 1 hastada ise Proteus mirabilis üremesi görüldü. Ameliyat öncesi idrar kültürü temiz olan ve profilaktik antibiyoterapi uygulanan her iki grupta da sadece 1'er (%3) hastada postoperatif dönemde idrar yolu enfeksiyonu gelişti. Her iki hasta da tedavi sonrası şifa ile eksterne edildi.

SONUÇ

Perkütan nefrolitotomi, hem pediatrik hem de erişkin hastalarda böbrek taşlarının tedavisinde uzun yıllardır gerçekleştirilen bir ameliyattır. Hemen tüm endoürolojik girişimlerde olduğu gibi PNL operasyonunda da idrar kültürünün steril olması önemlidir. Özellikle pediatrik popülasyonda böbrek taşı olan hastalarda operasyon öncesi idrar kültürü yüksek oranda üremeli olarak saptanabilmektedir. Ancak operasyon öncesi uygun antibiyoterapi ile steril hale getirilen idrar kültürü olan ve profilaktik antibiyotik uygulanan pediatrik hastalarda, erişkinler ile benzer oranda enfektif komplikasyonlar görülmektedir.

Tablo 1: Grupların tam idrar analizi sonuçları ve operasyon ile ilgili parametreleri, TİT: tam idrar tetkiki, HPF: yüksek büyütmeli sahada

-	Grup 1 (n=32)	Grup 2 (n=32)	p değeri
Tam idrar analizi pH değeri	6,03±0,25	5,85±0,57	0,08
TİT lökosit sayısı (adet/HPF)	83±128	31±58	0,46
TİT eritrosit sayısı (adet/HPF)	89±211	74±132	0,15
TİT nitrit pozitifliği	8 (%25)	1 (%3)	*0,04
Clavien-Dindo Sınıflaması I	27(%84)	27(%84)	-
II	1(%3)	5(%16)	-
III	4(%13)	0	-
IV	0	0	-
Rezidü taşı olan hasta sayısı	4(%13)	7(%21)	0,32
Ortalama rezidü boyutu (mm)	6,2±2,6	5±2,5	0,63

SB-159

PEDİATRİK HASTA POPÜLASYONUNDA TRANSİZYONEL HÜCRELİ MESANE TÜMÖRLERİ: KLİNİK DENEYİMLERİMİZ

MUZAFFER TANSEL KILINÇ(1) ALİ SEZER(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(1) MEHMET MESUT PİŞKİN(2)

1. Konya Şehir Hastanesi, Konya
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

AMAÇ
Pediatrik hasta popülasyonunda mesane Transizyonel hücreli neoplazmları (TCC) nadir görülmektedir. En sık başvuru semptomu hematüridir. Tanıda ilk tercih edilen görüntüleme yöntemi üriner sistem ultrasonudur (USG).

Kesin tanı mesanenin sistoskopik incelemesi ile konur. Patolojik tanı ve tedavide en önemli yöntem olan transüretral rezeksiyon (TURB) özellikle prepubertal hastalarda teknik zorluklar içermektedir. Çocuk ve adölesanlarda mesane kaynaklı TCC'ler düşük dereceli olma eğilimindedir.

Pediatrik TCC'lerin nadir görülmesi sebebiyle yönetimi ile alakalı öneriler henüz net değildir.
Sunumumuzda pediatrik hasta popülasyonunda farklı patolojik derecelerde mesane TCC'leri ile alakalı deneyimlerimizi ve takip verilerimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Aralık 2018-Haziran 2022 tarihleri arasında 2 üçüncü basamak hastanede mesane tümörü nedeniyle takip edilen hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Tanı anında 18 yaş altı olan ve patolojisi TCC olarak raporlanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Takip verileri eksik olan hastalar ve patolojisi İnflamatuvar miyofibroblastik tümör olarak raporlanan 1 hasta çalışma dışı bırakıldı.

Sistoskopi tüm hastalarda genel anestezi altında, litotomi pozisyonunda yapıldı. Rekürrens kontrolü için ilk yıl 3. 6. ve 12. aylarda idrar tahlili, üriner USG ve sistoskopi yapıldı. İlk yıldan sonra 6 ayda bir idrar tahlili ve üriner USG yapıldı.

Hastaların yaş, cinsiyet, başvuru semptomu, tütün kullanımı, tümör sayısı, tümör boyutu, histolojik bulguları, hastanede kalış süresi, komplikasyonlar, tümör rekürrensi ve takip verileri incelendi.

BULGULAR
Çalışmaya 4 kız, 3 erkek hasta dahil edildi. Ortalama yaş 14.8±2.1 (12-17) yıldı. En sık başvuru semptomu hematüriydi. Üç (%42.8) hastada sigara kullanımı mevcuttu. Altı hastada soliter tümör mevcutken 1 hastada toplam tümör çapı 40 mm olan 3 adet tümör mevcuttu. Ortalama tümör boyutu 20.5±9.8 (14-40) mm idi. 2004 Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflama sistemine göre 2 hastada (%28.6) Papillom, 3 hastada (%42.8) Düşük Malignite Potansiyelli Papiller Ürotelyal Neoplazm (PUNLMP), 2 hastada (%28.6) düşük dereceli TCC saptandı. Hastalar ortalama 2.4±0.7 (1-3) günde komplikasyonsuz olarak taburcu edildi. Ortalama 24.6±13.2 (12-42) aylık takipte hastalarda rekürrens izlenmedi.

SONUÇ
Pediatrik hastalarda mesane TCC nadirdir. En sık görülen semptom hematüridir ve kesin tanı için sistoskopi gereklidir. Bu neoplazmalar genellikle düşük derecelidir ve rekürrens nadirdir. Rekürrenslerin en sık görüldüğü ilk yılda sık takip önemlidir. Düşük dereceli neoplazmlarda ilk yıldan sonra takip için daha az invaziv yöntemler kullanılabilir.

SB-160

PEDİATRİK ÜROLOJİ HASTALARINDA CERRAHİ SONRASI YAŞAM KALİTESİ VE RUHSAL İYİLİK HALİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

BERK HAZİR (1) HALİME TUNA ÇAK(2) KEMAL SARUHAN(2) SERDAR TEKGÜL (3) HASAN SERKAN DOĞAN(3)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara
2. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
3. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ
Bu çalışmada cerrahi yöntemin şeklinin, cerrahi sonrası hastanın ruhsal durumuna ve yaşam kalitesi üzerine etkisi incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM
Eylül 2020 - Temmuz 2021 tarihleri arasında kliniğimizde yatırılarak ameliyat edilen toplam 151 çocuk ve adölesan hasta (4-18 yaş arası) ameliyat öncesi dönemde değerlendirilmiştir. Cerrahi öncesi yapılan psikiyatrik muayene sonucu aktif bir psikiyatrik bozukluk tespit edilen hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak 98 hasta cerrahi öncesi dönemde çalışmaya dahil edilmiştir. Cerrahi sonrası hastalar şifa ile taburcu edilmiş ve 63 hasta cerrahi sonrası medyan 7. ayda tekrar değerlendirilebilmiştir. Çocuk ve adölesan hastalardan standardize edilmiş ölçekleri doldurması istenmiş ve bu sayede cerrahi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi, depresyon ve kaygı dereceleri incelenmiştir. Ebeveynlerin cerrahi öncesi psikiyatrik semptom yükü de aynı zamanda standart öz bildirim ölçekleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR
Hasta verileri açık cerrahi/endoürolojik cerrahi ve majör cerrahi/minör cerrahi olarak iki farklı gruplandırma ile incelenmiştir. Majör cerrahi/minör cerrahi gruplandırması altında, minör cerrahi grubunun cerrahi sonrası yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı saptanmıştır ($p=0,037$). Ek olarak, yapılan regresyon analizinde çocuklarda cerrahi sonrası yaşam kalitesini belirleyen en temel değişkenler; ebeveynin cerrahi öncesi psikolojik iyilik hali, hastanın geçirilmiş cerrahi sayısı ve hastanın kadın cinsiyette olmasıdır ($p<0,001$, düzeltilmiş $R2:0,304$). Diğer bir deyişle, ebeveynin cerrahi öncesi ruhsal iyilik halinin daha düşük olması, çocuğun geçirilmiş cerrahi sayısının fazla olması ve çocuğun cinsiyetinin kadın olması çocuğun cerrahi sonrası olumsuz yaşam kalitesinin temel prediktörleri olarak belirlenmiştir.

SONUÇ
Bizim çalışmamız, çocuk ve adölesan yaş grubunun cerrahi sonrası yaşam kalitesinin pediatrik üroloji cerrahilerinde uygulanan cerrahi yöntemden daha çok cerrahi öncesi çocuk ve ebeveynin tıbbi durumu ve ruhsal haline bağlı olduğunu göstermiştir.

SB-161

PARATESTİKÜLER RABDOMİYOSARKOMDA KONTRLATERAL TESTİSİ RADYOTERAPİDEN KORUMAK İÇİN BİR MANEVRA: TESTİKÜLER TRANSPOZİSYON

ERDEM ÖZATMAN(1) MUHAMMET İRFAN DÖNMEZ(1) İSMAİL SELVİ(1) ANIL TANTEKİN(1) TAYFUN OKTAR(1) ORHAN ZİYLAN(1)

1. İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ

İyonize radyasyon testisteki germ hücrelerine ve interstisyel leydig hücrelerine zarar vermektedir. Bu olgu sunumunda paratestiküler rabdomyosarkom sebebiyle radyoterapi (RT) planlanan ve RT öncesi gubernakulum koruyucu testiküler transpozisyon (TT) yapılan bir hasta anlatılacaktır

GEREÇ-YÖNTEM

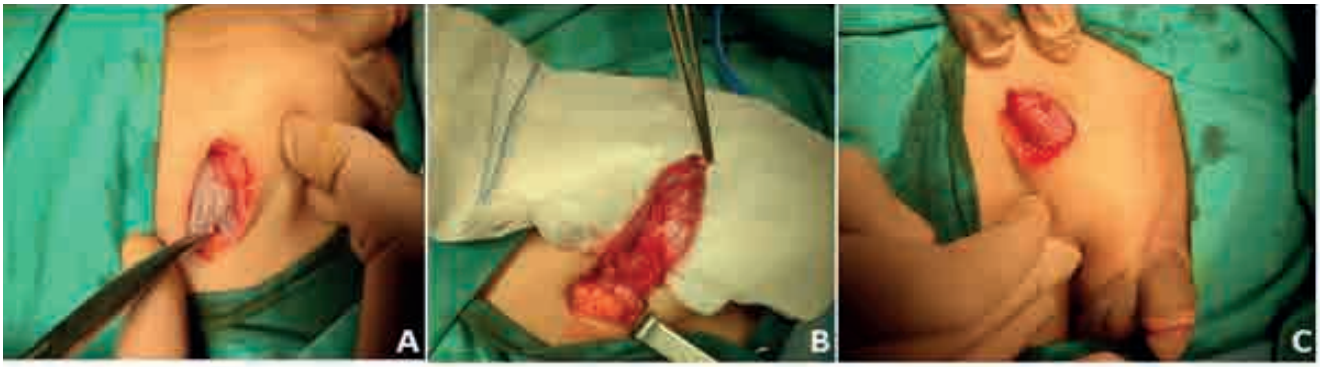
Başvurusundan 3 ay önce sol hemiskrotal şişlik nedeniyle dış merkezde yapılan değerlendirmesinde testiküler abse ön tanısıyla skrotal eksplorasyon yapılmış olan 5 yaşındaki erkek hastanın patoloji sonucu embriyonel rabdomyosarkom, anaplastik varyant ile uyumlu gelmesi üzerine tarafımıza başvurdu. Hastaya sol inguinal yaklaşımla radikal orşiektomi ve sol hemiskrotektomi yapıldı. Patoloji sonucu paratestiküler rabdomiyosarkom (spermatik kord'da tümör yok) olarak gelen hastaya 12 haftalık 'Vinkristin/Daktinomisin/Siklofosfamid' protokolü başlandı. Ardından sol inguinoskrotal bölgeye radyoterapi uygulanmasına karar verildi

BULGULAR

Hastanın soliter testis kalmasından dolayı verilecek RT'nin kontrlateral (sağ) testiste destrüksiyona yol açabilme riskini en aza indirmek amacıyla testisin inguinal kanala geçici süreyle transpozisyona karar verildi. Bunun üzerine yapılan cerrahide, sağ inguinal kesi ile girildi, gubernakulum korunarak sağ testis etraf dokulardan serbestlendi ve silikon penröz dren (GALENA 5x13 mm) içine yerleştirilerek, yüzeyel inguinal poşa 5/0 prolen dikişler ile tespit edildi. Radyoterapi bitiminde ise eski insizyon alanından girilerek penröz drenin tespit dikişleri kesildi. Testisin ve epididimin endüre, inflame olduğu ancak kord, vasküler yapılar ve gubernakulum salim olduğu izlendi.Testis, çevre yapışıklıklar giderililip sağ hemiskrotumaiki yerden 4/0 rapid vicryl ile tespit edilerek yerleştirildi.Bu esnada sol hemiskrotumda daha yaygın olmak üzere sağ hemiskrotumda da radyoterapiye ikincil olduğu düşünülen ekimotik alanlar izlendi

SONUÇ

Paratestiküler rabdomyosarkomlu olgularda inguinoskrotal bölgeye RT öncesi yapılacak TT'nin -post pubertal sonuçları net olarak bilinmese de testiküler fonksiyonları korumak açısından bir manevra olarak armamentariumda bulunması gerekir



Resim A. Silikon pernöz dren içine yerleştirilmiş testis dokusu **B.** Korunan gubernakulum **C.** Enflame testis ve ekimotik skrotum

SB-162

ÇOCUKLARDA <= 10 MM ÜRETER TAŞI TEDAVİSİNDE SWL Mİ URS Mİ?

MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(2) FEYYAZ IRMAK(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) BÜLENT ÖNAL(1)

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

AMAÇ
Amacımız <= 10 mm üreter taşı tedavisinde şok dalga litostripsi (SWL) tedavisi ve üreterorenoskopinin (URS) etkinliğinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM
1998-2021 yılları arasında taş yükü <= 10 mm olan, SWL veya yerleşimine göre fleksible veya semirijit URS ile tedavi edilen çocuklar çalışmaya dahil edildi. Dosya bilgileri, demografik özellikler, taşa ait özellikler ve tek seans tedavi sonrası sonuçlar açısından değerlendirildi.

BULGULAR
Median yaşı 7 (1-17) olan 153 hastanın %58'i SWL (n=89), %42'si URS (n=64) ile tedavi edildi. SWL ve URS uygulanan hastaların cinsiyet dağılımı (p=0.869), taş lokalizasyonu (distal vs proksimal, p=0.513), taş yükü (p=0,297) benzerdir. URS yapılan hastaların yaşı daha küçük (p=0.008) ve geçirilmiş taş cerrahisi öyküsü oranı daha yüksektir (p=0.003). Tek seans sonrası genel taşsızlık %84 hastada sağlandı. Yaş (p=0.655), cinsiyet (p=0.229), taraf (p=0.304) ve taş yükü (p=0,673) açısından taşsızlığın sağlandığı ve rezidü saptanan hastalarda farklılık saptanmadı. Taşsızlık oranları SWL (%91) ve URS (%83) için benzerdir (p=0.129) ancak taşsızlık oranının URS uygulanan distal üreter taşlarında daha düşük olduğu görülmüştür (p=0.009). Rezidü taş grubunda komplikasyon oranı daha yüksektir (p=0.035).

SONUÇ
Distal üreter taşlarındaki başarının URS'de de düşük olması sadece anatomik yerleşimin değil, hastaya, taşa ve üretere ait özelliklerin değerlendirilerek tedavinin seçilmesi gerekliliğini düşündürmektedir. Serimizde <= 10 mm üreter taşı tedavisinde şok dalga litostripsi (SWL) tedavisi çocukluk çağı üreter taşlarında etkin bir tedavi yöntemi olarak değerlendirilmiştir.

-	Sonuç	_	__
-	Taşsızlık (n=134)	Rezidü (n=19)	-
Yaş (median, yıl)	6 (1-17)	7 (1-17)	0.655
Cinsiyet	-	-	-
Erkek	71 (53)	13 (68)	0.229
Kız	63 (47)	6 (32)	-
Geçirilmiş taş cerrahisi öyküsü	16 (12)	1 (5)	N/A
Taraf	-	-	-
Sağ	75 (56)	13 (68)	0.304
Sol	59 (44)	6 (32)	-
Taş lokalizasyonu	-	-	0.009
Proksimal üreter	71 (53)	4 (21)	-
SWL	43 (61)	3 (75)	-
URS	28 (39)	1 (25)	-
Distal üreter	63 (47)	15 (85)	-
SWL	38 (66)	5 (33)	-
URS	25 (34)	10 (67)	-
Taş yükü (cm2)	0.6 (0.5-1)	0.68 (0.5-1)	0.673
Komplikasyon	8 (6)	5 (26)	0.035

Taşsızlık durumuna ait özellikler

SB-163

ÇOCUKTA RETROPERİTONEAL GANGLİONÖROMA

MÜCAHİT KART(1) ARİFE TOKSÖZ(2)

1. Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Çocuk Ürolojisi, Hatay
2. Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Hatay

AMAÇ

13 yaş kız çocuğunda nadir rastladığımız, nörojenik kökenli retroperitonda kitle oluşturan ganglionöromanın multidisipliner tanı, tedavi ve takibinde olgu bazında deneyimimizi paylaşmak istedik.

GEREÇ-YÖNTEM

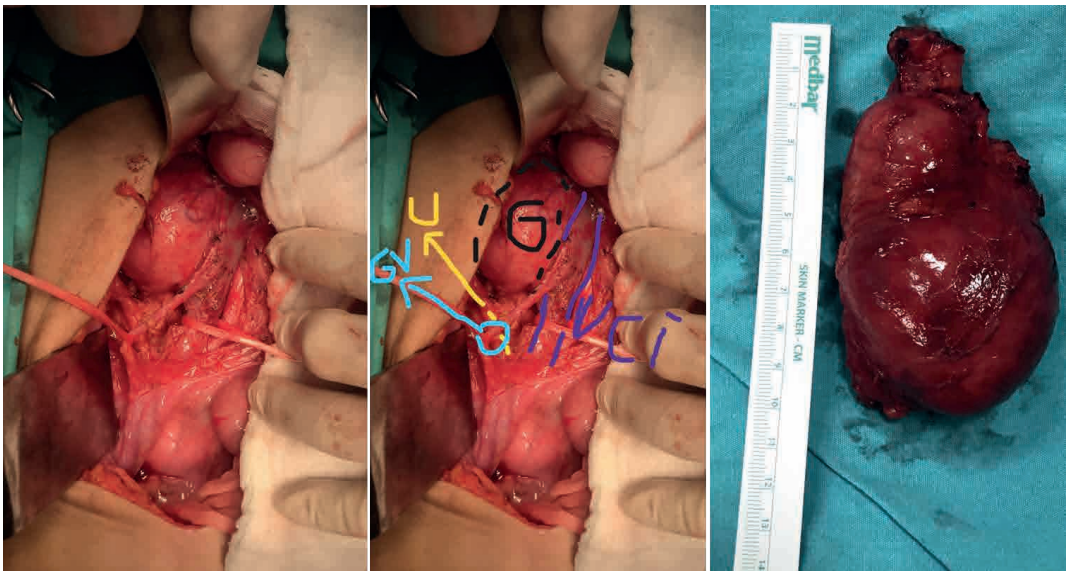
Hastane bilgi-işletim sistemi kullanılarak hastanın çocuk hastalıkları ayaktan başvurusu sonrası anamnez, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme sonuçlarına ulaşıldı. Aynı sistem üzerinden pediyatrik hematoloji-onkoloji tarafından değerlendirilmesi ve hasta dosyasında yazılı onkoloji konsey kararı sonrası tarafımıza refere edilen hastanın pre-operatif radyolojik görüntüleri kaydedildi. İntraoperatif tarafımızca kitle ve eksizyonuna ait resim ve video kaydı yapıldı, post-operatif takipte fizik muayene ve radyolojik görüntüleri kayıt edildi ve patoloji bölümü tarafından kesin tanıya ulaşıldı.

BULGULAR

13 yaş kız çocuğu karın ağrısı ile Hatay EAH. çocuk hastalıkları poliklinik başvurusu sonrası istenen batın ultrasonda: Sağ böbrek alt pol komşuluğunda derin yerleşimli (retroperitonel) yaklaşık 75x52 mm boyutlarında içerisinde birkaç adet mikrokalsifikasyon alanları bulunan hipoekoik heterojen yapıda hipovasküler solid kitle lezyonu izlenmiştir. Bunun üzerine çocuk hematoloji-onkoloji konsülte edilen hastaya toraks, üst batın ve alt batın bilgisayarlı tomoğrafide (BT) toraks normal, sağ böbrek medial komşuluğunda paravertebral bölgede yerleşimli 72x51x50 mm boyutlarında, multiseptalı, ortalama dansitesi 30 HU ölçülen kitle lezyonu tespit edilmiştir. Tanımlanan kitle lezyonu sağ böbreği laterale itmekte olup, sağda grade I hidronefroz oluşturmaktadır. Sağ üreterin lezyon ile sınırları ayırt edilememiştir. Sağ renal ven anteriora itilmiş görünümdedir.Vena kava inferior basılı olup, anteriora itilmiş görünümdedir. Ayırıcı tanıda kistik teratom, müsinöz neoplaziler, kistik schwannom ve kistik mezotelyoma gibi retroperitoneal tümörler bulunmaktadır şeklinde raporlanması sonrası onkoloji konseyinde değerlendirilen hastaya öncelikle kitlenin eksizyon sonrası patoloji sonucuyla tekrar değerlendirilme kararı alındı. Hastanın onkolojik cerrahi ile beraber yapılan ameliyatında sırasıyla inferior vena cava (infrarenal seviyeden) ve aorta diseke edilip, vena cava 360 derece dönülerek damar askısı ile askıya alınması sonrası, sağ gonadal ven, üreter, böbrek, renal ven ve en son vana cava ile kitle arası adeze bölge diseke edilip ayrıştırıldı, ardından kitle doğduğu sağ paravertebral kökenli sempatik truncustan enblok eksize edildi. Patolojiye gönderildi. Post operatif (po) takibinde 1. Gün sondası, 3. Gün dreni alındı. Post op 1. gün rejimi açılan hasta po 2. Gün, rejim 3 tolere edip, po. 5. gün taburcu edildi. Takibinde 1 hafta sonraki poliklinik kontrolde yara yeri salim, sütur hattı kapanmış izlendi. Bir ay sonraki kontrolünde nihai patolojisi ganglionöroma gelen hasta, çocuk hematoloji – onkoloji bölümüne konsülte edildi. Patolojisinde cerrahi sınır negatif gelen ve onkolojik değerlendirmesinde ek herhangi bir medikal tedavi gerekmediği belirtilen hastanın klinik takibi tarafımızca devam etmektedir.

SONUÇ

Nadir rastalanan, malign davranışlı olabilecek (çevresine bası oluşturması halinde) ancak (histopatolojik olarak) benign özellikli, nörojenik kaynaklı bir tümör olan ganglionöroma; multidisipliner yaklaşım altında definitif, rezüdü bırakılmadan yapılacak bir cerrahi sonrası takibinde ek tedavi gerektirmez.



SB-164

ÇOCUKLARDA ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE DARLIĞI CERRAHİ TEDAVİSİNDE AÇIK VE LAPAROSKOPİK PYELOPLASTİ SONUÇLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

SAMİR CAFERGULİYEV(1) NEBİL AKDOĞAN(1) MUTLU DEĞER(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(2) SAFI KOLKIRAN(1) VOLKAN İZOL(1) NİHAT SATAR(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana
2. Ceyhan Devlet Hastanesi, Adana

AMAÇ

Üreteropelvik bileşke darlığı (UPD) tedavisinde minimal invaziv uygulamalar son 10 yılda önemli ölçüde gelişmiştir. Ancak UPD'nin cerrahi tedavisinde geleneksel açık cerrahi altın standart tedavi olmaya devam etmektedir. Çalışmamızın amacı, kliniğimizde son 8 yılda çocuklarda yapılan laparoskopik ve açık pyeloplastinin cerrahi ve fonksiyonel sonuçlarını karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Bu çalışmada Çukurova üniversitesi üroloji kliniğinde 2012-2020 yılları arasında üreteropelvik bileşke darlığı tanısı alan ve cerrahi tedavisi yapılan hastaların sonuçlarının değerlendirilmesi planlanmıştır. Laparoskopik ve geleneksel açık cerrahi yöntemi ile tedavi edılen hastalar çalışma grubu olarak değerlendirilmiştir. 8 yıllık bir süre içinde gerçekleştirilen 0-18 yaş arası 194 vaka retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar laparoskopik grup ve açık cerrahi grup olarak karşılaştırıldı. 164 hasta açık cerrahi (AP) ve 30 hasta laparoskopik yaklaşım (LP) ile tedavi edilmiştir. Her iki grupdaki olguların demografik özellikleri, klinik görünümü, etkilenen böbreğin işlevselliği, hastanede kalış süresi karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların AP grubunda 94 (%57,3)'ü erkek, 70 (% 44,5)'ü kadın çocuğu,LP grubunda ise 17 (%56,6) erkek,13(%43,3) kadındır. İki grup arasında cinsiyet dağılımı açısından fark yoktu (p=0,565). Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması AP grubunda 2,7 ± 1,4 yıl. LP yapılan grupta ise 8,4±5,5 yıl idi. Hastalar kliniğe başvuru semptomlarına göre gruplandırıldı. En sık başvuru şikayetleri 103 (%53) yan ağrısı, 37 (%19,07) karın ağrısı, 41 (%21.13) ateşli İYE, 14 (%7,2) antenatal hidronefroz idi. Her iki grup operasyon süresi açısından karşılaştırıldığında ortalama operasyon süresi AP grupda 82 ± 8,5/dk, LP grupta 125 ±16/dk idi. Hastanede kalış süresi karşılaştırıldığında AP grubunda ortanca 3 gün, LP grubunda 2 gündü.

SONUÇ

Kliniğimizde yapılan çalışma sonucunda çocuk yaş grubunda UPD'nin cerrahi tedavisinde laparoskopik ve açık cerrahi gruplarının sonuçlarının benzer olduğu gösterilmiştir.

Tablo: Demografik Veriler, UP Darlık Yönü, Başvuru Semptomları, Operasyon Verileri ve Hastanede Yatış Süreleri

		AP(n%)	LP(n%)	P Değeri
Yaş(yıl,ort)		2,7 ± 1,4	8,4 ± 5,5	0,145
Cinsiyet	Erkek Kadın	94 (%57,3) 70 (%44,5)	17 (%56,6) 13 (%43,3)	0,565
UP Darlık Yönü	Sağ Sol	97 (%59,1) 67 (%40,8)	16 (%53,3) 14 (%46,6)	0,142
Başvuru Semptomu	Yan Ağrısı Karın Ağrısı Ateş,İYE Antenatal HN	91 (%55,4) 28 (%17) 34 (%20,7) 11 (%6,7)	12 (%40) 9 (%30) 7 (%23,3) 3 (%10)	
Operasyon Süresi(dk,ort)		82 ± 8,5	125 ± 16	0,089
Dren Çekilme Süresi(gün,ort)		2	1	0,254
Hastanede Yatış Süresi(gün,ort)		3	2	0,124

Tablo: Pelvis AP çapı, pelvis AP çap/parankim kalınlığı ve separe renal fonksiyonların preop/postop karşılaştırılması

Grup			n	Ort	P Değeri
Renal Pelvis AP Çap(mm)	AP	Preop Postop	98 66	38mm 17mm	<0,001
	LP	Preop Postop	19 11	28mm 13mm	<0,001
Separe Renal Fonksiyon(Diüretikli Sintigrafik Görüntüleme %)	AP	Preop Postop	117 47	%38,8 %39,8	0,875
	LP	Preop Postop	21 9	%42 %43	0,712

SB-165

PEDİATRİK HASTALARDA RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ BAŞARIYI ETKİLEYEN FAKTÖRLER: BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

ONUR KAYGISIZ(1) LEVENT TURAN(1)

1. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

AMAÇ

Çocuk böbrek taş ameliyatında tek seansta taşsızlığı etkileyen faktörleri araştırılması.

GEREÇ-YÖNTEM

Şubat 2012 ile Ocak 2022 tarihleri arasında, RIRS yapılan 102 pediatrik hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Renal anomalisi olan, nefrokalsinozis sebebi ile taşsızlık durumu değerlendirilemeyen, iskelet deformitesi olan toplam 11 hasta çalışma dışı bırakıldı. Geriye kalan 91 hasta analiz edildi. İlk seans sonrası taşsızlık sağlanan çocuklar Grup 1, rezidü taş kalan çocuklar Grup 2'yi oluşturdu. Taş böbrek indeksi taş boyutu/böbrek uzun kası formülü ile hesaplandı. Gruplar karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çocukların ortalama yaşı 7.9± 4.6 yıl idi. 47 kız idi. Ortalama taş boyutu 12.8± 6 mm idi. 74 (%81.3) hastada tek seansta taşsızlık sağlanmıştı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, taraf, multipl taş varlığı, taş dansitesi, hidronefroz varlığı, RIRS öncesi DJ stent uygulanması açısından fark yoktu. Alt kaliksi içren multipl lokalizasyonlu taşlarda rezidü taş daha fazla gözlendi (p<0.001 tablo). Median taş böbrek indeksi ve taş boyutu Grup 2'de daha büyüktü (sırasıyla p=0.001, p<0.001). Düşük güçte lazer cihazı kullanmak başarı oranını düşürmektedir. Tek seansta taşsızlık sağlanamayan hastalarda ameliyat ve skopi süresi belirgin uzun idi. 1 hastada forniks rüptürü izlenmiş, 1 hastada ekstravazasyon gelişmiş minilaparotomi ile sıvı drene edilmiştir. Her iki hasta iki gün sondalı takip ile taburcu edilmiştir. 10 hastada postoperatif 1 ay içerisinde idrar yolu enfeksiyonu gelişmiştir.

SONUÇ

Çocuk RIRC tedavisinde çoklu kalikste taş bulunması, büyük taş olması ve buna bağlı olarak taş-böbrek indeksinin yüksek olması tek seansta başarı ihtimalini düşürmekte ve ameliyat süresi ve radyasyon maruziyetinin artmasına neden olmaktadır. Çocuk böbrek taşına müdahale seçeneklerine karar verirken sahip olunan cihazlarla birlikte bu sonuçlar gözönünde bulundurulmalıdır.

		GRUP 1 (74)	GRUP 2 (17)	P
Yaş		7 (1-17)	9 (2-16)	0.430
Cinsiyet(kız)		%55.4	%35.3	0.180
Taraf(sağ)		%41.9	%47.1	0.790
Taş lokalizasyonu	Tek kaliks (alt kaliks dışı)	51 (%87.9)	7 (%12.1)	<0.001
	Alt kaliks	13 (%92.6)	1 (%7.1)	
	Alt kaliks multpl	10 (%52.6)	9 (%47.4)	
Multipl Taş		%34.2	%58.8	0.096
Taş boyutu		10.5 (8-135)	17.1 (7-30)	<0.001
Taş dansitesi		908 (340-1668)	862 (378-1786)	0.863
Taş-böbrek indeksi		0,125 (0.02-0.36)	0.208 (0.07-0.35)	0.001
RIRC öncesi DJ uygulanması (var/yok)		41/33	9/8	1
Lazer cihazı 15/ 30 W		20/54	9/8	0.048

SB-166

ÇOCUK ÜRETER TAŞINDA İMPAKTE TAŞI ÖNGÖREBİLİR MİYİZ?

ONUR KAYGISIZ(1) JAVANSHİR BAKİROV(1)

1. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

AMAÇ

Avrupa Üroloji Çocuk Ürolojisi kılavuzunda proksimal üreter taşlarında SWL ilk basamak tedavi yöntemi olarak önerilmektedir. İmpakte taşlarda Medikal Ekspulsif Terapi (MET) ve SWL'nin başarısı azalmaktadır. Bu nedenlerle üreter taşı varlığında impakte taşı ameliyat öncesi tespit etmek önem taşımaktadır. Bu çalışmada çocuklarda impakte üreter taşını öngörmemizi sağlayacak faktörler araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2012 ile Temmuz 2022 tarihleri arasında ureter taşın üreteroskopik lazer litotripsi uygulanan 68 çocuk çalışmaya alındı. Üreterorenoskopi sırasında saptanan impakte taşlar grup 1'I impakte olmayan taşa sahip çocuklar grup 2'yi oluşturdu.

BULGULAR

Çocuklarda ortalama yaş 6.9± 4.3 yıl, ortalama üreter taş boyutu 8.5±3.1 mm idi. 42'si erkek, 26'sı kız idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, taraf, vücut kitle indeksi, taş dansitesi, multipl taş varlığı, İYE hikayesi, aynı taraf üriner sistem taşına tedavi hikayesi açısından fark yoktu. Üst üreter taşında orta ve alt üreter taşlarına göre artmış oranda impakte taş mevcuttu (p=0.021). İmpakte taş oranı distal ve orta üreterde sırasıyla %22.2 ile %16.7 iken proksimal üreterde bu oran (7/11) %63.6 idi. Taş boyutu impakte taşlarda 9.8± 3.6 iken impakte olmayanlarda 7.9± 2.7 mm idi (p=0.013) Hidronefroz derecesi arttıkça impakte taş saptanmadı oranı arttığı saptandı (p<0.001). Hidronefroz derecesi ile impakte taş oranı yok iken 1/13 (%7.7), grade 1'de 6/23 (%26.1), grade 2'de 4/23 (%17.4), grade 3'de 5/6 (%83.3) iken grade 4'de 3/3 (%100) idi. ROC analizi ile taş boyutu için eşik değeri 8.5 mm seçildi (AUC=0.651). Bu eşik değer göre yapılan analizde gruplar arasında fark yoktu (p=0.59). Alt grup analizinde ise distal ve orta üreter taşlarında gruplar arasında taşın 8.5 mm'den küçük veya büyük olması arasında fark yoktu. Bununla birlikte üst üreter taşlarında küçük taşlarda impakte taş oranı %33.3 (2/6) iken büyük taşlarda bu oran %100 (5/5) idi (p=0.045). Üst üreter taşında grade 3 HN varsa 2/2, grade 2 HN varsa 2/3, grade 1 varsa 3/6 oranında impakte taş mevcuttu.

SONUÇ

Üst üreter taşı, büyük taş olması, hidronefroz varlığı impakte taş varlığı için uyarıcı olmalıdır. Proksimal üreter taşlarında tedavi planlarken taşın boyutu ve hidronefroz varlığı göz önünde bulundurulmalıdır.

SB-167

TEMMUZ 2022'YE KADAR OLAN TEK HEKİM PEDİATRİK YAŞ GRUBU RETROGRAD İNTRARENAL CERRAHİ VERİLERİMİZ

ENDER CEM BULUT(1) ÇAĞRI COŞKUN(1) BURAK ELMAS(1) MURAT YAVUZ KOPARAL(1) MUSTAFA ÖZGÜR TAN(1) SERHAT GÜROCAK(1)

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ
Kliniğimizde tek hekim tarafından uygulanan pediatrik yaş grubu retrograd intrarenal cerrahi(RIRS) vakalarının verilerinin sunulması.

GEREÇ-YÖNTEM
Nisan 2012-Temmuz 2022 tarihleri arasında böbrek taşı nedeniyle RIRS uygulanan 62 hastanın verileri retrospektif olarak gözden geçirilmiştir.

BULGULAR
Hastaların median yaşı 8 (1-17) olup 29 erkek, 33 kızdan oluşmaktaydı. Ortalama taş boyutu median değeri 9 (3-19) mm olarak saptandı. 40 hastanın(%64,6) tek taşı varken 22(%35,4) hastanın multipl taşları mevcuttu. Multiple taşları olan hastalardan 3 tanesinin 3 ayrı lokalizasyonda taşı olmasına karşın geriye kalan 19 hastanın 2 ayrı lokalizasyonlu taşları mevcuttu. 17 hastanın taşı pelvis yerleşimli, 22 hastanın taşı alt kaliks, 22 hastanın taşı orta kaliks, 16 hastanın taşı ise üst kaliks yerleşimliydi. 27 hastaya (%43,5) işlem sırasında üreteral erişim kılıfı takılırken, 35 hastaya (%56,5) takılamamıştır. Floroskopi süresi median değeri 13 (2-25) saniyeydi. Bütün hastalara işlem sonunda double J katater takılmıştır. Tek seansta taşsızlık oranımız %77,4 (48 hasta) olarak saptanmış olup 7 hastaya (%11,3) re-RIRS uygulanmış, 3 hastaya da (%4,8) ESWL yapılmıştır. 2 hastada (%3,2) işlem sonrası ateşli idrar yolu enfeksiyonu gelişmiştir. Median hospitalizasyon süresi 1 (1-4) gün olarak belirlenmiştir.

SONUÇ
RIRS uygun endikasyon dahilinde pediatrik yaş grubunda güvenle ve yüksek başarı oranı ile uygulanabilecek minimal invaziv bir tedavi yöntemidir.

Cinsiyet n(%)	-
Kız	33(53,2%)
Erkek	29(%46,8)
Yaş (MED(min-maks))	8(1-17)
Boyut mm (MED(min-maks))	9(3-19)
Taş sayısı n(%)	-
Tek	40(% 64,6)
Multiple	22(%35,4)
Floroskopi süresi sn (MED(min-maks))	13 (2-25)
Taşsızlık	48(%77.4)

Hasta ve taş özellikleri

SB-168

VIRADS SKORLAMASININ MESANE KANSERİNDE KAS İNVAZYONUNU ÖNGÖRMEDEKİ ETKİNLİĞİ

EREN GORKEM KUTLUTURK(1) MUSTAFA ERKOÇ(1) ALPER ÖTÜNÇTEMUR(1) EMRE CAN POLAT(1) MEHMET ALİ SEZGİN(1) LEVENT ÖZCAN(1)

1. Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı; VI-RADS skorlama sisteminin primer mesane kanseri tanısı alan hastalarda belirli cut-off değerlerinde muhtemel hastalık evresini ve kas invazyonunu öngörebilmedeki etkinliğini ve güvenilirliğini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Sistoskopi ile primer mesane tümörü görülen ve TUR-T yapılan 496 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Tüm hastalara operasyon öncesi Multiparametrik MRI çekilmiş ve 2 radyolog tarafından VI-RADS skorlaması yapılmıştır. VI-RADS skorlaması farklı ise ortak karar baz alınmıştır. Hastaların yaşları, tümör boyutu, tümör sayısı, tümör gradeleri, T evreleri kaydedilmiştir. VI-RADS skorlaması için cut-off değer 3 ve üstü kabul edilmiştir. Kasa invaziv mesane kanseri ve kasa invaziv olmayan mesane kanseri için sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değer ve negatif prediktif değer hesaplanmıştır. ROC analizi VIRADS skorlaması için yapılmıştır.

BULGULAR

Tüm hastalarda KIOMK VE KIMK için sensitivite, spesifite, pozitif prediktif değer ve negatif prediktif değerler sırasıyla 96.4, 94.8, 89.1 ve 91.2 olarak elde edilmiştir. AUC değeri 0,900 olarak elde edilmiştir.

SONUÇ

VI-RADS skorlaması mesane kanseri olan hastalarda risk gruplarının yönetiminde ve kas invazyonu tahmini yapmada değerli bir yöntemdir. Yapılan TUR-T operasyonu öncesi VI-RADS 4 ve 5 olarak raporlanan hastaların 100% 'ünün patolojisi high grade gelmiş olup ayrıca dikkate değer verilerdir. Farklı tedavi planları için farklı cut-off değerleri kullanılarak VI-RADS skorlamasının kullanımının daha da geliştirilebileceği tarafımızca düşünülmektedir.

Variables Number of Patients n (%)	VI-RADS 1 n=93(18.8)	VI-RADS 2 n=243 (48.9)	VI-RADS 3 n=90 (18.2)	VI-RADS 4 n=46 (9.3)	VI-RADS 5 n=24 (4.8)
Age (Mean ±SD)	57.95±7.7	58.65± 6.9	58.8± 7.2	59.3± 8.2	60.2± 7.6
Number of Lesions					
Unifocal	51 (54.8)	120 (49.3)	34 (37.7)	18 (39.1%)	6 (25)
Multifocal	42 (45.2)	123 (50.7)	56 (62.3)	28 (60.9%)	18 (75)
Lesion Diameter					
≤ 3cm	81 (87.1)	198 (81.5)	24 (26.6)	10 (21.7)	6 (25)
> 3cm	12 (12.9)	45 (18.5)	66 (73.4)	36 (78.3)	18 (75)
T Stage					
Ta	42 (45.2)	113 (46.5)	7 (7.8)	0	0
T1	51 (54.8)	117 (48.2)	18 (20)	6 (13.0)	0
≥T2	0	13 (5.3)	65 (72.2)	40 (87.0)	24 (100)
Pathologic grade					
Low grade	48 (48.4)	111 (45.7)	24 (26.6)	0	0
High grade	45 (51.6)	132 (54.3)	66 (73.4)	46 (100)	24 (100)

SB-169

RADİKAL SİSTEKTOMİ PERİOPERATİF KOMPLİKASYONLARININ RAPORLANMASI: STANDART METODOLOJİ VE KOMPLİKASYON İNDEKSİ KULLANIMININ ETKİSİ

NACİ BURAK ÇINAR(1) HASAN YILMAZ(1) İBRAHİM ERKUT AVCI(1) KUTLUCAN ÇAKMAK(1) KEREM TEKE(1) ÖZDAL DİLLİOĞLUGİL(1)

1. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli

AMAÇ

Maibom ve ark. radikal sistektomi (RS) perioperatif komplikasyonlarını değerlendirdikleri sistematik gözden-geçirmede 1957 makaleden sadece üç tanesinin 10/10 Martin kriterleriyle uyumlu olduğunu saptadı [Ann Surg,2002,235(6):803]. Avrupa Üroloji Derneği (EAU) Martin kriterlerini de içeren kapsamlı bir komplikasyon rehberi yayınladı[Eur Urol,2012,61(2):341].

Clavien-Dindo Sınıflaması (CDC) ile sadece en yüksek dereceli komplikasyonların rapor edilmesi birden fazla komplikasyonu olanlarda veri kaybına ve kümülatif yükün rapor edilememesine yol açar. Slankamenac ve ark. CDC'ye dayalı sürekli bir skala içeren Komplikasyon İndeksi (CCI) kullanılmasını önerdi[Ann Surg,2013,258(1):1-7].

RS'nin perioperatif komplikasyonlarını EAU kılavuzlarına göre standart metodoloji kullanarak değerlendirmeyi amaçladık. Ek olarak komplikasyonları öngörmede bağımsız risk faktörlerini tanımladık ve CCI'nin komplikasyon yayınlamayı iyileştirici etkilerini değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 2009–2021 yılları arasında RS yapılan ardışık 251 hastadan eşlik eden nefroüreterektomi (n=23), üreterokolostomi (n=4), pelvik ekzantrasyon (n=2) ve radyoterapi öyküsü (n=10) olanlar ve non-ürotelyal karsinom (n=7) saptanan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların perioperatif komplikasyonları EAU kriterlerine tam uyumlu bildirildi (Şekil 1). Perioperatif komplikasyonlar CDC ile derecelendirildi ve her hasta için CCI puanlandı (www.assessurgery.com). Ayrıca literatürde iyi bilinen inflamatuar nutrisyonel belirteçler SIRI (Sistemik İnflamatuar Yanıt İndeksi), PLT (Trombosit lenfosit oranı), AGR (Albumin Globulin oranı), PNİ (Prognostik Nutrisyonel indeks) hesaplandı. En az bir ciddi (CDC>=IIIb) komplikasyon varlığına göre lojistik regresyon analizleri yapıldı.

BULGULAR

Dahil edilen 211 hastanın % 69,6'sında 527 komplikasyon saptandı. Hastaların % 45'inde birden fazla komplikasyon vardı (Tablo 1). Ciddi (CDC>=IIIb) komplikasyonlar 39 hastada saptandı. Komplikasyonlar CCI ile hesaplanarak karşılık gelen CDC derecesi tekrar değerlendirildi ve 30 hastada (%14.2) CDC derecesi artış gösterdi. CCI kullanımı ile ciddi komplikasyon saptananlar (CCI>=33.7= CDC>=IIIb) 30-günde %15,6'dan %16,6'ya ($p<0.001$) 90-günde ise %18,5'dan %19,9'a ($p<0.001$) yükseldi. Yaşa Göre Düzeltilmiş Charlson Komorbidite İndeksi (ACCI) (OR: 1.512 [1.174-1.947], p=0.001), SIRI (OR: 1.249 [1.029-1.515], p=0.024) ve neo-adjuvan kemoterapi (OR: 0.355(0.143-0.880), p=0.025) 90 günlük CDC>=IIIb komplikasyonları için bağımsız öngörücü faktörler olarak bulundu (Tablo 2).

SONUÇ

RS komplikasyonlarını EAU ve Martin kriterlerine tam uyumlu olarak yayınladık. CCI kullanımı ile komplikasyon raporlanmasında anlamlı iyileşme saptandı. Literatürde ilk defa SIRI'nın RS komplikasyonlarının bağımsız öngörücüsü olduğunu saptadık. Ek olarak ACCI ve NAC yokluğu da anlamlı bağımsız öngörücüler olarak saptandı.

Tablo 1. *Komplikasyonların Türü, Şiddeti ve Dağılımı.*

KOMPLİKASYONLAR	CDC Evre	Tedavi Yönetimi	Post-Operatif Gün 0-30 n, (%)	Post-Operatif Gün 0-90 n, (%)	ratif Gün 0-90 n, (%)
GASTROİNTESTİNAL			**126 (26.6)**	**145 (27.5)**	**145 (27.5)**
İleus (paralitik)	1	Konservatif	19 (4)	20 (3.7)	20 (3.7)
	2	Nasogastrik tüp takılması	12 (2.5)	17 (3.2)	17 (3.2)
	3b	Laparotomi	6 (1.2)	13 (2.4)	13 (2.4)
İnce bağırsak obstruksiyonu (mekanik)	3b	Laparotomi	2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
Kabızlık		Konservatif	14 (2.9)	15 (2.8)	15 (2.8)
C.difficile koliti		Antibiyotik tedavisi	0	0	0
GİS kanama	1	Konservatif	0	0	0
	2	Kan transfüzyonu	6 (1.2)	6 (1.1)	6 (1.1)
	3b	Özafagogastroduodenoskopi	0	0	0
Bulantı	1	Konservatif	53 (11.2)	57 (10.8)	57 (10.8)
Bağırsak anostomoz kaçağı	3b	Laparotomi	4 (0.8)	4 (0.7)	4 (0.7)
Diyare	1	Konservatif	10 (2.1)	11 (2)	11 (2)
ENFEKSİYON			**56 (11.8)**	**65 (12.3)**	**65 (12.3)**
Nedeni bilinmeyen ateş	2	Konservatif	26 (5.4)	28 (5.3)	28 (5.3)
Bacteriüri	1	Konservatif	0	0	0
Alt üriner system enfeksiyonu	2	Antibiyotik tedavisi	16 (3.3)	17 (3.2)	17 (3.2)
Abse	2	Antibiyotik tedavisi	4 (0.8)	5 (0.9)	5 (0.9)
	3a	İnsizyon ve drenaj	2 (0.4)	4 (0.7)	4 (0.7)
	3b	İnsizyon ve drenaj (Genel anestezi altında)	1 (0.2)	3 (0.5)	3 (0.5)
Sepsis	2	Antibiyotik tedavisi	2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
	4a	Tek organ disfonksiyonu	0	0	0
	4b	Birden fazla organ disfonksiyonu	3 (0.6)	4 (0.7)	4 (0.7)
Piyelonefrit	2	Antibiyotik tedavisi	1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
Kolesistit	3b	Kolesistektomi	1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
YARA YERİ			**24 (5)**	**26 (4.9)**	**26 (4.9)**
Seroma	1	Konservatif	6 (1.2)	7 (1.3)	7 (1.3)
İnsizyonda açılma (fasya intakt)	2	Antibiyotik tedavisi ve local anestezi altında sütürasyon	6 (1.2)	7 (1.3)	7 (1.3)
Evisserasyon	3b	İkincil cerrahi kapatma	12 (2.5)	12 (2.2)	12 (2.2)
GENİTOÜRİNER			**52 (10.9)**	**63 (11.9)**	**63 (11.9)**
Akut böbrek yetmezliği	1	Konservatif	40 (8.4)	50 (9.4)	50 (9.4)
	4a	Diyaliz	5 (1)	5 (0.9)	5 (0.9)
Üriner kaçak / Ürinom	3b	Üreter implantasyon onarımı	1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
İnsizyonel herni	3b	Laparotomi and cerrahi revizyon	3 (0.6)	3 (0.5)	3 (0.5)
Ürostomide iskemi	1	Konservatif	0	1(0.1)	1(0.1)
	3b	Laparotomi	1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
Hematüri	1	Konservatif	2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
KARDİAK			**20 (4.2)**	**20 (3.7)**	**20 (3.7)**
Aritmi	2	Konservatif, medical tedavi	2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
	3b	Pacemaker	0	0	0
Miyokardiyal enfarktüs	4a	Koroner anjiografi- Stent	2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
Hipertansiyon	2	Medikal tedavi	2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
Anjina	1	Konservatif	2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
Hipotansiyon	2	Medikal tedavi	12 (2.5)	12 (2.2)	12 (2.2)
PULMONER (4.2%)			**23(4.8)**	**23 (4.3)**	**23 (4.3)**
Atelektazı	2	Sürekli pozitif hava yolu basıncı. Fizyotepi	0	0	0
Pnömoni	2	Antibiyotik tedavisi	4 (0.8)	4 (0.7)	4 (0.7)
Dispne	1	Oksijen	19 (4)	19 (3.6)	19 (3.6)
Pnömotoraks	1	Konservatif	0	0	0
Plevral efüzyon	1	Konservatif	0	0	0
KANAMA			**23 (4.8)**	**28 (5.3)**	**28 (5.3)**
Replasman gerektiren anemi	2	Kan transfüzyonu	23 (4.8)	28 (5.3)	28 (5.3)
GİS harici postoperative kanama	1	Konservatif	0	0	0
	3b	Laparotomi	0	0	0
Yara yerinde hematom	1	Konservatif	0	0	0
TROMBOEMBOLİ			**7 (1.4)**	**9 (1.7)**	**9 (1.7)**
Derin ven trombozu	2	Antikoagulan	6 (1.2)	8 (1.5)	8 (1.5)
Pulmoner emboli	2	Antikoagulan	1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
Yüzeysel Flebit	2	Konservatif	0	0	0
NÖROLOJİK			**19 (4)**	**20 (3.7)**	**20 (3.7)**
Periferal nöropati	1	Konservatif	0	0	0
GİA	2	Antiplatelet/Antikoagulan	10 (2.1)	11 (2)	11 (2)
Deliryum	2	Antipsikotik	9 (1.9)	9 (1.7)	9 (1.7)
Senkop	1	Konservatif	0	0	0
Vertigo	2	Medikal tedavi	0	0	0
İNTRAOPERATİF			**6 (1.2)**	**6 (1.1)**	**6 (1.1)**
Damar yaralanması	2*		1(0.2)	1(0.1)	1(0.1)
Bağırsak hasarı	2*		5(1)	5(0.9)	5(0.9)
Yabancı cisim bulunması				0	0
DİĞER			**111 (23.4)**	**113 (21.4)**	**113 (21.4)**
Lenfosel	1	Konservatif	0	0	0
	3a	Drenaj	0	0	0
Uzamış lenfatik drenaj (>11gün)	1	Konservatif – Klinik izlem	111 (23.4)	113 (21.4)	113 (21.4)
ÖLÜM (1.6%)			**6 (1.2)**	**9 (1.7)**	**9 (1.7)**
Sepsis	5		1 (0.2)	3 (0.5)	3 (0.5)
Akut böbrek yetmezliği	5		0	1 (0.1)	1 (0.1)
Ventriküler fibrilasyon	5		1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
Yaygın İntravaskuler Koagulasyonu	5		1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
Eloktrolit bozuklukları	5		2 (0.4)	2 (0.3)	2 (0.3)
Aspirasyon pnömonisi	5		1 (0.2)	1 (0.1)	1 (0.1)
TOTAL			**473 (100)**	**527 (100)**	**527 (100)**

Kısaltmalar. CDC; Clavien Dindo Sınıflaması; GİA, Geçici İskemik Atak.

*Not. * CDC'de yer almayan intraoperatif komplikasyonlar Biyani ve ark. tarafından tanımlanan sınıflandırmaya göre puanlandı. ı göre puanlandı.*

Tablo 2. *Muhtemel prediktif faktörler ile en ciddi komplikasyonun varlığı (CDC≥3b) arasındaki ilişkinin çok değişkenli lojistik regresyon analiz sonuçları*

	30-gün				90-gün			
	Tek değişkenli analiz		Çok değişkenli analiz		Tek değişkenli analiz		Çok değişkenli analiz	
	P	OR (95% CI)	*P*	OR (95% CI)	*P*	OR (95% CI)	*P*	OR (95% CI)
Yaş	0.345	1.02 (0.98-1.07)			0.183	1.03 (0.99-1.08)		
VKİ	0.278	0.84 (0.62-1.15)			0.534	0.94 (0.77-1.15)		
Preoperatif Hb	0.779	0.97 (0.79-1.19)			0.333	0.91 (0.75-1.10)		
Preoperatif Albumin	0.910	0.97 (0.54-1.74)			0.742	0.91 (0.53-1.57)		
Albumin /total protein	0.967	1.07 (0.04-30.15)			0.982	0.97 (0.04-22.27)		
e-GFR	**0.039**	0.99 (0.97-1.00)	0.424	0.99 (0.98-1.01)	**0.003**	0.98 (0.97-0.99)	0.128	0.99 (0.97-1.00)
Preoperatif Hidronefroz	0.173	0.58 (0.27-1.26)			0.324	0.69 (0.33-1.44)		
Geçirilmiş abdominal cerrahi	0.756	0.88 (0.38-2.03)			0.934	0.97 (0.44-2.15)		
Neoadjuvan Kemoterapi	0.136	0.52 (0.22-1.23)			**0.025**	0.40 (0.18-0.89)	**0.025**	0.36 (0.14-0.88)
Operasyon süresi	0.778	1.00 (0.99-1.01)			0.492	0.99 (0.99-1.00)		
ACCI	**<0.001**	1.56 (1.22-1.98)	**<0.001**	1.50 (1.17-1.94)	**<0.001**	1.55 (1.24-1.93)	**0.001**	1.51 (1.17-1.95)
SIRI	**0.012**	1.21 (1.04-1.41)	0.322	1.12 (0.93-1.34)	**<0.001**	1.32 (1.14-1.55)	**0.024**	1.25 (1.03-1.52)
PNI	0.910	0.10 (0.94-1.06)			0.687	0.99 (0.94-1.04)		
AGR	0.924	1.02 (0.73-1.41)			0.827	0.97 (0.70-1.33)		
PLR	**0.039**	1.01 (1.00-1.01)	0.268	1.00 (0.99-1.01)	**0.020**	1.01 (1.00-1.01)	0.544	1.00 (0.99-1.01)

Kısaltmalar. CDC, Clavien Dindo Classification; VKİ, Vücut Kitle İndeksi; e-GFR, Tahmini Glomeruler Filtrasyon oranı; SIRI, Sistemik İnflamatuar Yanıt İndeksi; PNI, Prognostik Nutrizyonel İndeks; AGR, Albumin Globulin oranı; PLR, Platelet Lemfosit oranı

Şekil.1. EAU kalite kriterlerinin yerine getirilmesi.

EAU Kalite Kriterleri	Uyum
1. Veri toplama yöntemini tanımlayın	Yatan hasta, ayaktan tedavi ve acil servis başvuru tıbbi kayıtları retrospektif olarak dijital ortamda incelenmesi
2. Verileri kimin topladığını tanımlayın	İki üroloji asistanı (BÇ, KÇ)
3. Takip süresini belirtin	Açık radikal sistektomi sonrası 30 ve 90 gün
4. Poliklinik tedavi bilgilerini ekleyin	Poliklinik bilgileri dahil edildi
5. Mortalite ve ölüm nedenlerini ekleyin	Mortalite ve ölüm nedenleri tablo 2'de bildirilmiştir.
6. Komplikasyonların tanımlarını dahil edin	Tüm komplikasyonlar tanımlandı.
7. Prosedüre özgü komplikasyonları tanımlayın	Prosedüre özgü komplikasyonlar tanımlandı.
8. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonları ayrı ayrı bildirin	İntraoperatif ve postoperatif komplikasyonları ayrı ayrı bildirdik.
9. Postoperatif komplikasyonlar için bir şiddet derecelendirme sistemi kullanın (minör/majör ayrımından kaçınarak); Önerilen Clavien-Dindo sınıflaması	Clavien-Dindo sınıflaması (CDC) ve Komplikasyon İndeksi (CCI) kullanıldı.
10. Postoperatif komplikasyonlar, derece veya komplikasyon tipine göre bir tabloda sunulmalıdır.	Postoperatif komplikasyonların derecelendirmesi, tedavisi, sıklıkları ve oranları dahil olmak üzere ayrıntılı bir tablosu düzenlendi. (Tablo.2)
11. Risk faktörlerini dahil edin	Yaşa göre düzeltilmiş Charlson komorbidite indeksi analizlere dahil edildi.
12. Tekrar başvuru nedenlerini tanımlayın	Tekrar başvuru nedenleri ve yeniden operasyonların (türleri ve nedenleri) ayrıntılı bir tablosu verilmiştir. (Tablo.3)
13. Yeniden operasyonları, türleri ve nedenleri dahil edin	
14. Takipte kaybedilen hastaların yüzdesini dahil edin	Dijital ortamda retrospektif inceleme göz önüne alındığında tüm hastalar için 30 ve 90 günlük takip süresi mevcuttu.

SB-170

RADİKAL SİSTEKTOMİ+ İLEAL CONDUİT ÜRİNER DİVERSİYON CERRAHİSİ SONRASI ÜRETERO-İLEAL ANASTOMOZ DARLIKLARININ YÖNETİMİ: KLİNİĞİMİZDEKİ 10 YILLIK RETROSPEKTİF DENEYİMLERİMİZ

UMUT ÜNAL(1) MEHMET EFLATUN DENİZ(1) ERGÜN ALMA(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

AMAÇ

Kas invaziv ya da yüksek progresyon riski olup kas invaziv olmayan mesane tümörlerinde radikal sistektomi(RS) günümüzde küratif tedavi seçeneği olarak önerilmektedir. RS rutin olarak yapılmasına karşın morbidite oranı yüksektir. Geniş serilerde %3-10 arasında görülen benign üreteroenterik anastamoz darlığı (BÜAD) bunlardan bir tanesidir. Açık cerrahi veya endoskopik yaklaşım seçiminde doktor ve hasta bazlı birçok değişken rol oynamaktadır. Bu çalışmamızda RS+ileal loop üriner diversiyon yaptığımız ve BÜAD gelişen hastalarda açık veya endoskopik olarak cerrahi sonuçlarımızı paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2010-2019 tarihleri arasında RS yapılan hastaların dosyaları retrospektif olarak tarandı. Bu gruptaki ortotopik üriner diversiyon yapılan hastalar çalışma dışında bırakıldı. Bütün ileoenterik anastamozlarda Bricker tekniği kullanılmıştı. Taburculuk sonrası postoperatif 8. haftada Mono-J kateterler çekildi. Hastalar ilk 2 yıl rutin olarak 4 ayda bir tomografi ve/veya ultrason ile, 2-4. yılda 6 ayda bir ve sonrasında da yıllık olarak takip edildiler. Hidronefrozu olan hastalar diüretik renogram, loopogram ile semptomatik olup nefrostomi takılan hastalar ise kombine filmlerle değerlendirildiler. Ameliyatta önce retrograd, başarısız olması durumunda ise antegrad+retrograd olarak flexible sistoskop ile darlıklar geçilmeye çalışıldı. Tübülerize edilebilen hastalara Double J veya endopiyelitotomi kateteri konuldu. Başarı elde edilemeyen hastalara açık reanastomoz yapılarak Mono-J kateter yerleştirildi. Hastaların kateterleri postoperatif sekizinci haftada çekildi. Komplikasyonlar Clavien-Dindo komplikasyon sınıflaması ile sınıflandırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya 143 hasta dahil edildi. 13 (%7) hastada BÜAD saptandı. Hastaların yaş ortalaması 61.1 idi. Hastaların 2 (%15) tanesi T1, 6'sı (%46) T2 ve 5 (%38) tanesi ise T3 evre idi. Ortalama takip süresi 20.6 aydı. 3(%23) hasta asemptomatik olup 3 (%23) hasta yan ağrısı, 2 (%15) hasta üremi, 5 (%38) hasta da enfeksiyon sebebiyle tanı almıştı. 10 hastada (%76) sol anastomoz darlığı, 3 hastada (%24) bilateral anastomoz darlığı mevcuttu. 7 hasta (%53) endoskopik, 6 hasta (%47) açık reanastomoz yöntemi ile tedavi edildi. Endoskopik olarak tedavi edilen 7 hastanın 5'ine 6F Mono-J stent ve 2'sine 14F endopiyelotomi kateteri kullanıldı.

SONUÇ

Radikal sistektomi+ileal loop üriner diversiyon sonrasında anastomoz darlıkları ciddi bir komplikasyondur. Tedavi edilmediği takdirde böbrek yetmezliği gibi önemli birtakım durumlara yol açabilmektedir. Açık veya endoskopik yöntemler ile bu darlıklar tedavi edilebilmektedir.

SB-171

KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERLERİNDE DİSBİYOZUN REKKÜRENS ÜZERİNDE ROLÜ VAR MIDIR?

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) CANET İNCİR(2) HÜSEYİN ALPEREN YILDIZ(3) MÜSLİM DOĞAN DEĞER(4) ALPER EGE SARIKAYA(1) YEŞİM TUNÇOK(2) GÜL ERGÖR(5) NURAN ESEN(6) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) AHMET ADİL ESEN(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbı Farmakoloji Anabilim Dalı, İzmir
3. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Bolu
4. Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi, Edirne
5. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İzmir
6. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbı Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Mesane tümörlü hastaların doku ve orta akım idrar örneklerinde nüks gözlenmesine göre bakteriyel farklılığın olup olmadığını değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

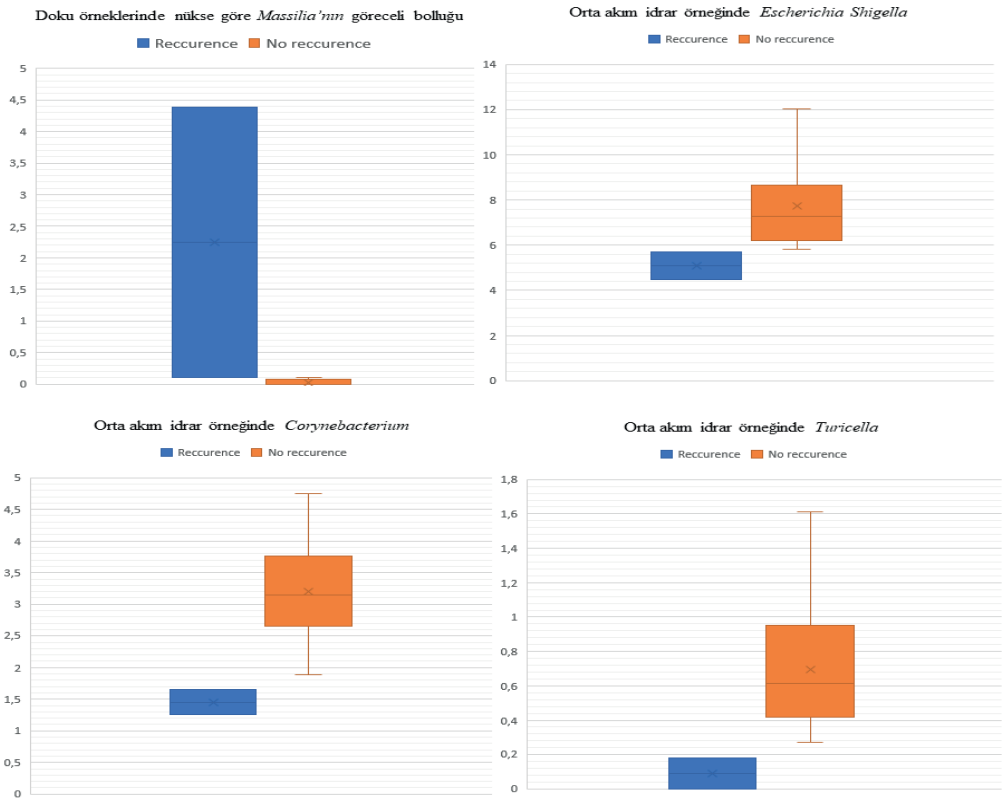
Çalışmamıza Mart 2019 ve Ekim 2020 tarihleri arası mesanede kitlesel lezyon tespit edilmesi nedeniyle primer transüretral rezeksiyon mesane-tümörü (TUR-MT) yapılan patolojisi mesane kanseri ile uyumlu olan 12 erkek hasta dahil edildi. Hastalardan operasyon öncesinde 50 ml orta akım idrar ve operasyon sırasında mikrobiyota analizi için doku örnekleri toplandı. Doku ve idrar örnekleri, bakteriyel 16s ribozomal RNA'nın V3-V4 bölgeleri kullanılarak analiz edildi. Cins düzeyinde göreceli bolluğu %1'in üzerinde tespit edilebilen bakteri grupları analize alındı. Nüks gözlenmesine göre mikrobiyota farklılığı olup olmadığını tespit etmek için gruplar karşılaştırıldı. Çalışma Tübitak 217S075 No'lu proje kapsamında desteklenmiştir.

BULGULAR

Doku örneklerinde Massilia(p=0,030)'nın istatiksel olarak nüks tespit edilen grupta daha yoğun olduğu tespit edildi (Şekil 1). Massilia'nın mesane kanseri etiyolojisinde bulunan kimyasalları metabolize ettiği bilinmektedir [1], [2]. Orta akım idrar örneklerinde Corynebacterium(p=0.030), Escherichia Shigella (p=0.030) ve Turicella (P=0.030)'nın nüks tespit edilmeyen grupta daha yoğun olduğu tespit edildi (Şekil 1). Escherichia Shigella'nın immunotoksin üreterek BCG etkinliğini arttırdığı bilinmektedir[3].

SONUÇ

Gruplar arasındaki disbiyoz nüksü veya tedavi etkililiğini tahmin etmede kullanılabilecek biomarkerlar olabilir. Disbiyozun biomarker olarak kullanılması için prospektif çalışmalar gerekmektedir.



Şekil 1. Doku ve idrar örneklerinde nüks gözlenmesine genus seviyesinde bakterilerin göreceli bolluklarının karşılaştırılması

SB-172

SİSTEMİK İNFLAMATUAR YANIT İNDEKSİ: SİSTEKTOMİ SONUÇLARININ BAĞIMSIZ ÖNGÜRÜCÜSÜ VE LENFOVASKÜLER İNVAZYONDAN DAHA GÜÇLÜ

HASAN YILMAZ(1) NACİ BURAK ÇINAR(1) İBRAHİM ERKUT AVCI(1) ENES ABDULLAH BAYNAL(1) ALİ KEMAL USLUBAŞ(2) KEREM TEKE(1) ÖZDAL DİLLİOĞLUGİL(1)

1. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli
2. Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kocaeli

AMAÇ

Sistemik inflamatuar yanıt indeksi (SIRI) ilk olarak 2016 yılında Qi ve ark. tarafından tanımlanmış ve metastatik pankreas kanserinde sağkalımla ilişkili bulunmuştur (Cancer, 2016, 122(14):2158). Sonrasında çeşitli kanserlerde sağkalım ile ilişkisi saptanmıştır (Dose Response, 2021, 19(4):155932582).Ancak güncel literatürde SIRI' nin mesane kanseri ile ilişkisine dair bildirilmiş kanıt bulunmamaktadır. Çalışmamızda mesane kanseri sağkalımı öngörmede SIRI' nin prognostik değerini değerlendirmeyi amaçladık. Ayrıca SIRI' nin prediktif bir biyobelirteç olarak ayırdedici yeteneğini ortaya koymak için, SIRI'nin iyi bilinen risk faktörlerine karşı bağımsız katkısını değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde mesane tümörü nedeniyle radikal sistektomi yapılan operasyon öncesi radoterapi almamış ardışık 241 hastanın verileri geriyedönük değerlendirildi. SIRI, operasyondan bir gün önce ve >30-gün sonrasındaki hematolojik verilere göre hesaplandı (Nötrofilxmonosit/lenfosit) (Cancer, 2016, 122(14):2158).

BULGULAR

Ortanca takip süresi 20 (Çeyrekler arası aralık 9-52) aydı. İki, 3 ve 5 yıllık hastalıksız sağkalım (RFS) ve genel sağkalım (OS) oranları sırasıyla %60,6; %57,1; %48,9; ve %54,7; %47,0; %37,2 idi. Optimal SIRI eşik değeri 1,91 olarak hesaplandı. Operasyon öncesi SIRI>1,91 olan hastalarda nüks ($p<0,001$) ve ölüm ($p<0,001$) anlamlı oranda daha fazla saptandı (Şekil 1a ve 1b). İnternal validasyon (robustness kontrolü) için SIRI>1,91 operasyon sonrası kan değerleri olanlarda (n=141) kontrol edildi ve benzer sonuçlar yine saptandı (Şekil 2a ve 2b). Çok değişkenli Cox Regresyon analizlerinde SIRI' nin devamlı ve kategorik (SIRI>1,91) değişken olarak ameliyat öncesi ve sonrasındaki tüm modellerde sağkalım sonuçlarının bağımsız öngörücüsü olduğu saptandı (Tablo 1 ve Tablo 2). Sebat eden SIRI yüksekliği (ameliyat öncesi ve sonrası SIRI>1,91) nüks ve ölüm riskini sırasıyla 5,05 ve 1,98 kat arttırdı. SIRI' nin eklenmesi modellerin ayırdetme yeteneğini %1,3-2,7 arttırdı ve bu tüm modellerde lenfovasküler invazyondan (LVI) çok daha fazladır (Tablo 1 ve 2).

SONUÇ

SIRI > 1.91 olanlarda nüks ve ölüm oranları anlamlı yüksek saptandı. Bu eşik değer anlamlılığını operasyon sonrası SIRI değerleriyle de gösterdi (robustness kontrolü). Çok değişkenli Cox Regresyon analizleri SIRI' nin RFS ve OS için bağımsız öngörücü olduğunu gösterdi. Sebat eden SIRI>1,91 5 kat artmış nüks ve 2 kat artmış ölüm riskiyle ilişkilidir. SIRI, tüm Cox Regresyon modellerinin ayırdetme yeteneğini LVI' dan çok daha fazla iyileştirmektedir.

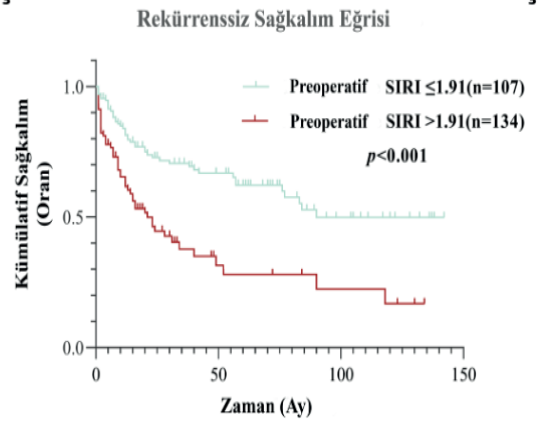
Tablo 1. *Olası prediktif faktörler ile RFS* ve OS arasındaki ilişkilerin çok değişkenli *Cox regresyon analizleri (Preoperatif SIRI eşik değerine göre (n=241).*

	Rekürrens		Ölüm	
	HR (%95 CI)	*P*	HR (%95 CI)	*P*
Yaş >70 yaş	1.48 (0.88-2.48)	0.135	1.58 (1.06-2.36)	**0.023**
Cinsiyet (Referans: erkek)	0.97 (0.46-2.06)	0.948	1.82 (1.10-3.02)	**0.019**
Yüksek tümör yükü	2.53 (1.40-4.57)	**0.002**	1.80 (1.13-2.88)	**0.013**
Varyant histoloji	1.36 (0.79-2.35)	0.258	1.39 (0.90-2.14)	0.128
Adjuvan kemoterapi	1.83 (1.08-3.09)	**0.024**	1,09 (0,69-1,71)	0.701
LVİ	2.01 (1.14-3.56)	**0.016**	1.67(1.07-2.61)	**0.022**
Preop SIRI (devamlı)	1.14 (1.01-1.29)	**0.036**	1.13 (1. 09-1.25)	**0.012**
Model performansı	c-indeksi 0.754		c-indeksi 0,704	
LVİ olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi 0,758 (+%0,4)		c-indeksi 0.700(-0.4%)	
SIRI olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi 0.741(-1.3%)		c-indeksi 0.689(-1.5%)	
Yaş >70 yaş	1.4 4 (0.86-2.4 1)	0.155	1.62 (1.10-2.40)	**0.014**
Cinsiyet (Referans: erkek)	0,94 (0,4 4-1,99)	0.884	1.76 (1.06-2.91)	**0.027**
Yüksek tümör yükü	2,63 (1,48-4,70)	**0.001**	1,96 (1,25-3,08)	**0.003**
Varyant histoloji	1.22 (0.70-2.13)	0.473	1,40 (0,91-2,15)	0.122
Adjuvan kemoterapi	1.72 (1.02-2.91)	**0.040**	1.01 (0.64-1.58)	0.954
LVİ	2.00(1.13-3.55)	**0.017**	1.62(1.04-2.53)	**0.033**
Preop SIRI >1.91	2.14 (1.28-3.56)	**0.003**	1.59 (1.07-2.35)	**0.019**
Model performansı	c-indeksi 0.768		c-indeksi 0,705	
LVİ olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi 0.762(-0.6%)		c-indeksi 0.695(-1.0%)	
SIRI olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi 0.741(-2.7%)		c-indeksi 0,689(-%1,6)	

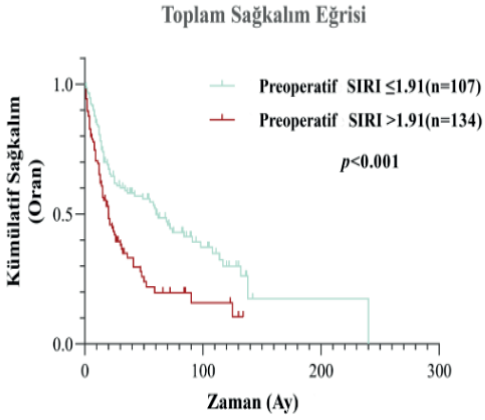
Tablo 2. *Olası prediktif faktörler ile RFS* ve OS arasındaki ilişkilerin çok değişkenli *Cox regresyon analizleri (Postoperatif SIRI eşik değerine dayanmaktadır (n = 141).*

	Rekürrens		Ölüm	
	HR (%95 CI)	*P*	HR (%95 CI)	*P*
Yaş >70 yaş	1.43 (0.75-2.71)	0.268	2.17 (1. 26-3.71)	**0.005**
Cinsiyet (Referans: erkek)	0,23 (0,05-0,98)	**0.047**	1,73 (0,85-3,55)	0.129
Yüksek tümör yükü	3,83 (1,84-7,96)	**<0.001**	3.40 (1. 73-6.66)	**<0.001**
Varyant histoloji varlığı	1,86 (0,94-3,67)	0.074	1,65 (0,95-2,87)	0.072
Adjuvan kemoterapi	2.03 (1.06-3.87)	**0.031**	0,99(0,55-1,7 7)	0.981
LVİ	1.67(0.78-3.57)	0.184	1.26(0.64-2.48)	0.502
Postop SIRI > 1.91	3,42 (1,80-6,52)	**<0.001**	1.83 (1. 08-3.08)	**0.023**
Model performansı	c-indeksi 0,784		c-indeksi 0.755	
LVİ olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi 0,788 (+%0,4)		c-indeksi 0.753(-0.2%)	
SIRI olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi 0,751 (%-3,3)		c-indeksi 0.752(-0.3%)	
Yaş >70 yaş	1,35 (0,71-2,56)	0.359	2.04 (1.19-3.49)	**0.009**
Cinsiyet (Referans: erkek)	0,20 (0,04-0,88)	**0.033**	1,78 (0,87-3,63)	0.109
Yüksek tümör yükü	2,93 (1,35-6,36)	**0.007**	3.09 (1. 53-6.25)	**0.002**
Varyant histoloji	1.57 (0.80-3.07)	0.184	1,59 (0,91-2,7 5)	0.098
Adjuvan kemoterapi	2.12 (1.08-4.15)	**0.027**	0,94(0,52-1. 69)	0.944
LVİ	2.32(1.02-5.27)	**0.043**	1.40(0.69-2. 83)	0.338
Hem Preop hem de postop SIRI >1.91	5.05 (2.47-10.33)	**<0.001**	1,98 (1. 10-3.54)	**0.021**
Model performansı	c-indeksi 0.785		c-indeksi 0.765	
LVİ olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi 0.781(-0.4%)		c-indeksi 0.759(-0.6%)	
SIRI olmadan model performansı (%Fark)	c-indeksi0.751(-3.4%)		c-indeksi 0.752(-1.3%)	

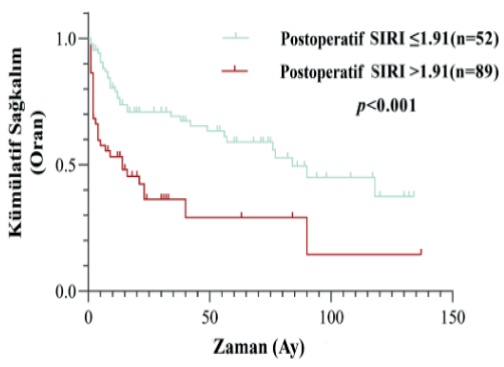
Şekil 1a



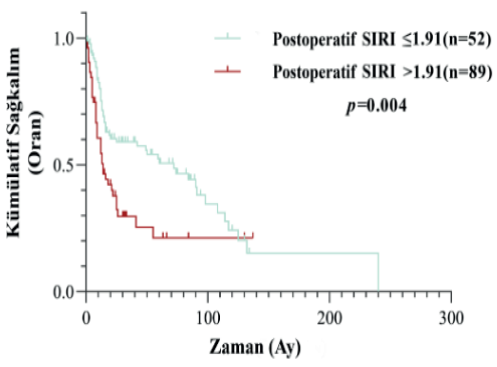
Şekil 1b



Şekil 2a



Şekil 2b



SB-173

KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE KANSERLERİNDE TOMOGRAFİDE DOKU YOĞUNLUĞU (HOUNSFİELD UNİT) TÜMÖR AGRESİFLİĞİNİ ÖNGÖREBİLİR Mİ?

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) VOLKAN ŞEN(1) KAAN DEMİRDÖVEN(1) OZAN BOZKURT(1) CANAN ALTAY(2) BURÇİN TUNA(3) KUTSAL YÖRÜKOĞLU(3) GÜVEN ASLAN(1) MEHMET UĞUR MUNGAN(1) İLHAN ÇELEBİ(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
2. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir
3. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbı Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ

Mesane kanseri dokusunda normal mesane mukozasına göre artmış anjiogenez olduğu bilinmektedir. Artmış anjiogenez tümörün agresifliği ile bağlantılıdır. Anjiogenez ise tomografilerde kontrastın dokuda yoğunlaşmasına neden olmaktadır [1]. Bu nedenle operasyon öncesi yapılan kontrastlı tomografide ölçülen doku yoğunluğunun (HU) tümör patolojisi, nüks ve progresyon üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Eylül 2017- Mayıs 2021 tarihleri arası mesanede kitle nedeniyle primer transüretral rezeksiyon-mesane tümörü (TUR-MT) yapılan patoloji sonucu kasa invaze olmayan mesane kanseri ile uyumlu olan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların patoloji sonuçları,nüks ve progresyon durumları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar operasyon öncesi yapılan kontrastlı tomografilerde tümörün en geniş yerinde ölçülen HU değerlendirildi. Patoloji evre, derece, karsinoma in situ (KİS) eşlik etmesi, nüks veya progresyon saptanması açısından hastalar gruplara bölündü ve hesaplanan HU'ları karşılaştırıldı.

BULGULAR

TUR-MT yapılan 176 hastanın 43'ünde preoperatif kontrastlı tomografi görüntüleri bulunmaktaydı. Patoloji evre, derece, KİS eşlik etmesi ve nüks saptanması açısından hastalar gruplara bölündü ve hesaplanan HU'ları karşılaştırıldığında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

SONUÇ

Çalışmamızda HU'nun hastaların tümör evresine,derecesine, KİS eşlik etmesine, nüks veya progresyon gözlenmesine göre farklılık göstermediği tespit edildi. HU'nun preoperatif görüntülemeyle tümör agresifliğini değerlendirmedeki yerini anlamak için daha geniş örnekleme sahip prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

-	Hasta sayısı n=43	HU (Median,min-max)	P	Primer patoloji evre
-	-	-	pTa	25
36 (16-143)	-	pT1	18	39,5 (12-134)
0.445	Primer patoloji derece	-	-	-
Düşük	22	36,5 (16-143)	-	Yüksek
21	39 (12-134)	0.429	KİS	-
-	-	Var	6	38 (25-51)
-	Yok	37	39 (12-143)	0.516
Nüks	-	-	-	Var
13	37 (22-34)	-	Yok	30
39 (12-143)	0.606	Progresyon	-	-
-	Var	6	38,5 (22-134)	-
Yok	37	39 (12-143)	0.833	

Patoloji evre, derece, KİS eşlik etmesi, nüks veya progresyon saptanmasına göre HU'ların karşılaştırılması

SB-174

MESANE TÜMÖRLERİNDE LAMİNA PROPRİA İNVAZYON DERİNLİĞİNİN NÜKS VE PROGRESYONDAKİ ROLÜ

SERKAN YENİGÜRBÜZ(1) YUNUS EMRE KIZILKAN(1) CANER EDİZ(1)

1. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

pT1 mesane kanserlerinde lamina propria invazyon paterni ve derinliğinin hastalığın nüks ve progresyonundaki klinik öneminin belirlenmesi.

GEREÇ-YÖNTEM

2016-2020 yılları arasında kurumumuzda mesane tümörü sebebiyle primer olarak değerlendirilen ve TURB sonucu pT1 mesane ürotelyal karsinom tanısı konulan 73 hasta çalışmaya dâhil edildi. Histopatolojik değerlendirme için mevcut kriterlere uygun 73 hasta çalışmaya dahil edildi. Patolojik örnekler subklasifikasyon değerlendirmesi için tek bir uzman üropatolog tarafından tekrar incelendi. Lamina propria (LP) invazyon çapı ve derinlik düzeyine göre iki ayrı sistem kullanılarak numuneler değerlendirildi; T1a (LP'nin yüzeyel invazyonu) ve T1b (LP'nin muskularis mukozaya kadar derin invazyonu) ile T1m (fokal-invaziv, maksimum 0,5 mm çapında tek odak lamina propria invazyonu) ve T1e (yoğun invaziv, tek bir odaktan fazla veya> 0,5 mm) subklasifikasyonuna göre örnekler sırasıyla grup 1,2,3 ve 4 olarak sınıflandırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 73 hastanın 6'sı kadın 67'si erkekti. 51 hastada makroskopik hematüri mevcut idi. Hastaların %84.93'nde TURB patolojisi T1HG olarak raporlandı. Patolojik incelemede 7 hastada stromal tutulum olmaksızın prostatik uzanım mevcuttu. Hastaların yarısında re-TURB sırasında gross kitle saptandı. Re-TURB sonrasında toplam 6 hastada kas invaziv mesane kanseri saptandı.
Tüm gruplardaki hastaların ortalama yaşı, tümör boyutu, re-TURB zamanı, intravezikal tedavi sayısı ve takip süreleri tablo-1'de özetlenmiştir.

İntravezikal tedavi seçeneği olarak BCG ve Epirubisin kullanıldı. İntravezikal BCG indüksiyonu sonrası mesane içerisinde kitle görülen hastaların sayısı 16 olurken intravezikal tedavi sonrasında endikasyon oluşması sonucu ek tedavi (Radikal Sistektomi/Sistoprostatektomi, kemoterapi, radyoterapi ve nefroüreterektomi) alan 14'tü. İntravezikal tedavi, BCG indüksiyonu sonrası kitle görülmesi ve ek tedaviler ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu.

SONUÇ

pT1 mesane kanserlerinde lamina propria invazyon paterni ve derinliğinin hastalığın nüks ve progresyonundaki klinik önemi istatistiksel olarak ortaya koyulamamıştır. Ancak daha büyük populasyon ile yapılacak çalışmalarda lamina propria invazyon patern ve derinliğinin öneminin ortaya konulacağını düşünmekteyiz.

-	Grup-1	Grup-2	Grup-3	Grup-4	p
Yaş (Min-Maks)	63,8 (34-78)	67,3 (50-84)	70,6 (57-81)	70,55 (53-89)	0,145
Tümör boyutu (mm) (±SS)	30,0 (±12,2)	28,6 (±12,5)	29,1 (±8,0)	37,7 (±21,2)	0,332
Re-TURM Zamanı (Gün) (Min-Maks)	38,2 (20-65)	61,1 (26-289)	52,3 (29-94)	47,8 (28-217)	0,479
İntravezikal Tedavi (kür sayısı) (Min-Maks)	5,25 (0-24)	6,75 (0-15)	6,00 (0-18)	4,61 (0-18)	0,530
Takip Süresi (gün) (Min-Maks)	725 (94-3614)	763 (90-2133)	850 (111-3147)	535 (101-2795)	0,091

Grupların yaş, tümör boyutu, re-TURB süresi, intravezikal tedavi sayısı ve takip süresi değişkenleri ile karşılaştırılması

SB-175

T 2 EVRE MESANE KANSERİ HASTADA RADYOTERAPİ VE KEMOTERAPİNİN PATOLOJİK TANI VE TİPLEMEDE ETKİSİ

OKTAY ÜÇER(1) ALİ NOFEL ADİLOV(1) FATMA SEZEN ÇAVDAROĞLU(1) NALAN NEŞE(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

1. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Manisa

AMAÇ

Bu olgu sunumunda daha önceden bilinen invaziv papiller ürotelyal karsinom olan olgudan radyoterapi ve kemoterapi sonrası skuamoz hücreli karsinoma transformasyonu olabileceğinin veya radyoterapi ve kemoterapinin mesane kanseri tiplemesinde değişime yol açabileceğinin anlaşılması amaçlanmıştır. Malign mesane kanserlerinin %90'ından fazlası ürotelyal hücreli tümörlerdir. Mesanenin ürotelyal hücreli tümörler dışı tümörleri bütün mesane tümörlerinin %5-7'sini oluşturur; %3 skuamoz hücreli karsinoma, %2 adenokarsinoma, %1 indiferansiye karsinoma ve daha nadir olarak da küçük hücreli karsinomlar ve lenfomalardır. Skuamöz hücreli kanser daha genç hastalarda görülmektedir. Bu kanserler ekzofitik, nodüler veya dallanan lezyonlar olup genellikle iyi diferansiyedirler. Metastaz eğilimleri düşüktür.

GEREÇ-YÖNTEM

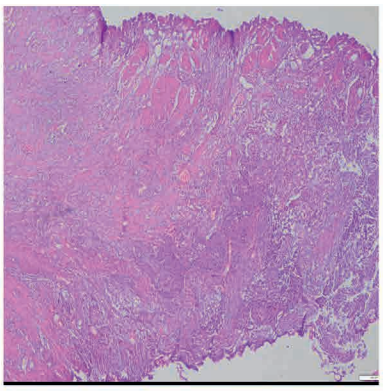
Dış merkeze 5 yıldır olan alt üriner sistem semptomları ve aralıklı hematüri şikayeti ile başvuran 65 yaşında erkek olgumuzda Nisan 2021 de dış merkezde yapılan TUR Mesane ameliyatı patoloji sonucu kasa invaze yüksek dereceli papiller karsinom gelmiş. Hasta sistektomi ameliyatını kabul etmediği için radyoterapi ve kemoterapiye yönlendirilmiş daha sonrasında inatçı hematürilerinden dolayı tarafımızca tekrar sistektomi kararı verilmiş ve Mart 2022'de opere edilmiştir. Sistektomi materyali patoloji sonucu skuamoz hücreli karsinom olarak belirlenmiştir.

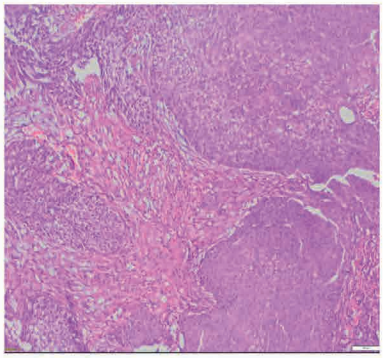
BULGULAR

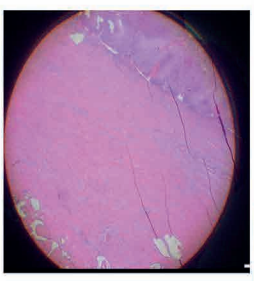
Olguda TUR M materyalinde invaziv yüksek dereceli ürotelyal karsinom,tümörde fokal skuamöz diferansiyasyon alanları saptanmıştır. Sistektomi materyalinde tümör çoğu alanda iyi diferensiye ve noninvaziv skuamöz hücreli karsinom görünümdedir. Üroteliyal alan sistektomi materyalinde görülmemiştir. Makroskopik patoloji verilerinde mesanenin tüm yüzeylerinde görülen lezyonun mesane boynuna doğru yayıldığı ayrıca prostat kesitlerinde lümende krem renkli papiller nitelikteki tümöral lezyon devamlılığı dikkati çekmiştir.

SONUÇ

İnvaziv mesane kanseri hastalarında radyoterapinin sınırlı etkisi bulunmakta olup standart tedavi olarak radikal sistektomi ve lenf nodu diseksiyonu yer almaktadır. Ancak radyoterapi ve kemoterapi alan ürotelyal karsinomlu hastalarda tanıyı değiştirebileceği unutulmamalıdır. Radikal sistektomi sonucu takip ve tedavi değişebilmektedir.







SB-176

KASA İNVAZİV OLMAYAN MESANE KANSERİ HASTALARIMIZIN YENİ EAU PROGNOSTİK RİSK SINIFLAMASI İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

AHMET EMRE YILDIZ(1) GÖKHAN ŞAHİN(1) HAKAN GÖRKEM KAZICI(2) ABDULLAH AKDAĞ(3) MEHMET DÜNDAR(1)

1. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Üroloji Kliniği, Aydın
2. Kızıltepe Devlet Hastanesi, Kızıltepe, Mardin
3. Söke Devlet Hastanesi, Söke, Aydın

AMAÇ

Kasa invaziv olmayan mesane kanseri (KİOMK) hastalarının prognoz öngörüsü ve tedavi planlanması için kullanılan Avrupa Üroloji Derneği'nin (EAU) risk sınıflaması 2021 yılında güncellenmiştir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi'nde KİOMK nedeniyle sistoskopi takibinde olan hastaları eski ve yeni EAU risk sınıflamalarına göre incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2013-Temmuz 2022 tarihleri arasında kliniğimizde TURM yapılan ya da KİOMK nedeniyle sistoskopi takibinde olan hastalar retrospektif tarandı. 833 hastadan takipsiz kalanlar, patoloji sonucu benign, T2 ve primer CIS olanlar, takip süresi 3 ayın altında olanlar, primer tümörü üst sistemde olanlar ve metastatik hastalar çıkarıldı. Hastaların yaşı, patolojik T evresi, histolojik grade, tümör boyutu, sayısı, CIS varlığı, takip süresi, rekürrens ve progresyon durumları, 2021 öncesi kullanılan EAU prognostik risk sınıflaması ve 2021'den itibaren kılavuzda yer alan yeni prognostik sınıflaması kaydedildi. Rekürrens olan ve olmayanlar ile progrese olan ve olmayanlar olarak hastalar 2'şer gruplara ayrıldı. Gruplar uygun istatistiksel yöntemler ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Tüm hastaların ortalama yaşı 65.82+10.69 yıl, medyan takip süresi 22 ay idi. Rekürrens olanlar ve olmayanlar arasında yaş bakımından fark yok iken; progrese olanlar, olmayanlara göre yaş ortalaması anlamlı daha büyüktü (<0.001). T1 tümörlerde, diğerlerine göre hem rekürrens hem de progresyon anlamlı olarak daha fazlaydı (p=0.006, p=0.009). Histolojik grade ve CIS varlığı, rekürrens ve progresyon açısından istatistiksel anlamlı farklılık oluşturmadı. Multiple tümörü olanlarda hem rekürrens hem de progresyon daha fazla oranda görüldü (p=0.001, p<0.001). Tümör boyutu ≥3cm olanlarda, rekürrens de progresyon da daha yüksek oranda görüldü (p<0.001, p<0.001). Eski risk sınıflamasının rekürrensi olan ve olmayan hastalarda anlamlı farklılık oluşturduğu; bu farklılığında düşük ve çok yüksek risk gruplarında belirgin olduğu görüldü (<0.001). Yeni risk sınıflamasında rekürrens bakımından anlamlı fark görülmedi (p=0.053). Progrese olanlar ve olmayanlar arasında hem eski hem de yeni risk sınıflamasında istatistiksel anlamlı farklılık mevcuttu (Tablo 1 ve 2). 2021'de güncellenen risk sınıflamasını tüm hastalara retrospektif uyguladığımızda düşük ve orta risk grubuna giren hastalarda artış görülürken, yüksek ve bunun subgrubu çok yüksek grubunda azalma görülmektedir (Şekil 1). Önceden yüksek risk grubunda iken, yeni sınıflama ile düşük, orta, yüksek ve çok yüksek risk grubuna giren hastalar olduğu saptandı (Şekil 2). Eski sınıflamada düşük risk grubundaki hastaların progresyon oranı yeni sınıflamada aynı kalırken, yüksek riskli hastaların progresyon oranı artmıştır. Çalışmanın limitasyonları tek merkezli olması, rekürren hastaların da dahil edilmesi, hastaların tek patoloji merkezi tarafından değerlendirilmesidir.

SONUÇ

Eski sınıflamada yüksek riskli hastalar heterojen bir grup iken, yeni sınıflamada özellikle progresyon açısından bu hastaların daha isabetli tasnif edildiği görülmüştür. EAU yeni risk sınıflamasında ülkemizdeki hastaların daha doğru bir grupta yer alabilmesini ve hastalarımızın progresyonunu daha iyi öngörebilmemizi sağlayacak çok merkezli, geniş, prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Rekürrensi olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

	Total (n=395)	Rekürrens olmayanlar (n=269)	Rekürrens olanlar (n=126)	p
Yaş, mean (SD.)	65.82 (10.69)	65.39 (11.21)	66.75 (9.46)	0.239 [t]
T evresi n (%)				**0.006** [c]
düşük malign pot.	12 (3)	12 (4.5)	0 (0)	
Ta	88 (22.3)	67 (24.9)	21 (16.7)	
T1	295 (74.7)	109 (70.6)	105 (83.3)	
Grade n (%)				0.452 [c]
düşük	224 (56.7)	156 (58)	68 (54)	
yüksek	171 (43.3)	113 (42)	58 (46)	
CIS varlığı n (%)				0.649 [c]
yok	370 (93.7)	253 (94.1)	117 (92.9)	
var	25 (6.3)	16 (5.9)	9 (7.1)	
Tümör sayısı n (%)				**0.001** [c]
tek	159 (40.3)	124 (46.1)	35 (27.8)	
multiple	236 (59.7)	145 (53.9)	91 (72.2)	
Tümör boyutu n (%)				**<0.001** [c]
<3cm	155 (39.2)	123 (45.7)	32 (25.4)	
≥3cm	240 (60.8)	146 (54.3)	94 (74.6)	
Eski EAU risk sınıflaması n, (%)				**<0.001** [c]
düşük	55 (13.9)	50 (18.6)	5 (4)	
orta	20 (5.1)	11 (4.1)	9 (7.1)	
yüksek	217 (54.9)	147 (54.6)	70 (55.6)	
çok yüksek	103 (26.1)	61 (22.7)	42 (33.3)	
Yeni EAU risk sınıflaması n, (%)				0.053 [c]
düşük	81 (20.5)	64 (23.8)	17 (13.5)	
orta	57 (14.4)	40 (14.9)	17 (13.5)	
yüksek	200 (50.6)	132 (49.1)	68 (54)	
çok yüksek	57 (14.4)	33 (12.3)	24 (19)	

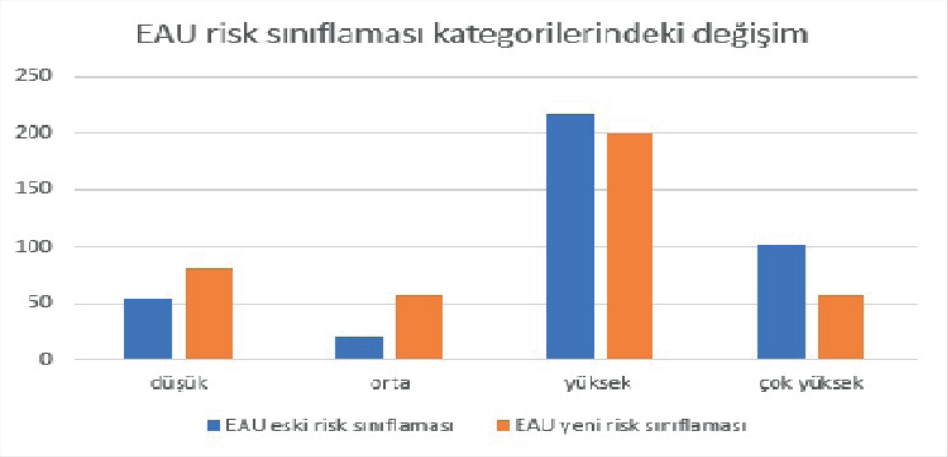
[t] *Independent t Test,* [c] *Pearson Chi Square Test*

Tablo 2. Progresyonu olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

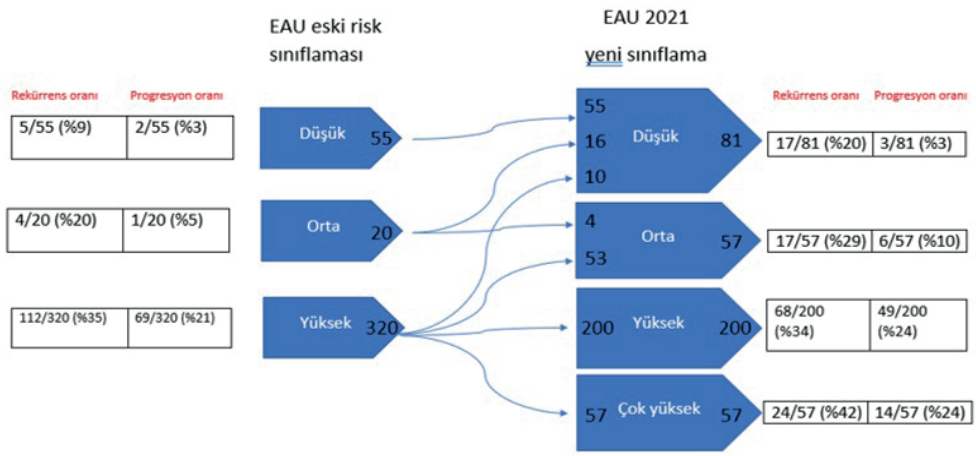
	Total (n=395)	Progresyon olmayanlar (n=323)	Progresyon olanlar (n=72)	p
Yaş, mean (SD.)	65.82 (10.69)	64.59 (10.51)	71.33 (9.79)	**<0.001** [u]
T evresi n (%)				**0.009** [c]
düşük malign pot.	12 (3)	11 (3.4)	1 (1.4)	
Ta	88 (22.3)	81 (25.1)	7 (9.7)	
T1	295 (74.7)	231 (71.5)	64 (88.9)	
Grade n (%)				0.072 [c]
düşük	224 (56.7)	190 (58.8)	34 (47.2)	
yüksek	171 (43.3)	133 (41.2)	38 (52.8)	
CIS varlığı n (%)				0.062 f
yok	370 (93.7)	299 (92.6)	71 (98.6)	
var	25 (6.3)	24 (7.4)	1 (1.4)	
Tümör sayısı n (%)				**<0.001** [c]
tek	159 (40.3)	145 (44.9)	14 (19.4)	
multiple	236 (59.7)	178 (55.1)	58 (80.6)	
Tümör boyutu n (%)				**<0.001** [c]
<3cm	155 (39.2)	141 (43.7)	14 (19.4)	
≥3cm	240 (60.8)	182 (56.3)	58 (80.6)	
Eski EAU risk sınıflaması n, (%)				**<0.001** [c]
düşük	55 (13.9)	53 (16.4)	2 (2.8)	
orta	20 (5.1)	19 (5.9)	1 (1.4)	
yüksek	217 (54.9)	173 (53.6)	44 (61.1)	
çok yüksek	103 (26.1)	78 (24.1)	25 (34.7)	
Yeni EAU risk sınıflaması n, (%)				**<0.001** [c]
düşük	81 (20.5)	78 (24.1)	3 (4.2)	
orta	57 (14.4)	51 (15.8)	6 (8.3)	
yüksek	200 (50.6)	151 (46.7)	49 (68.1)	
çok yüksek	57 (14.4)	43 (13.3)	14 (19.4)	

[u] Mann-Whitney U Test, [c] *Pearson Chi Square Test,* [f] *Fisher Exact Test*

Şekil 1. EAU risk sınıflaması kategorilerindeki değişim



Şekil 2. Eski ve yeni risk sınıflamasındaki hasta değişimleri



SB-177

MESANE KANSERİ NEDENİYLE SİSTEKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA PREOPERATİF KONTRASTLI TÜM BATIN BT SONUCUNDA BİLDİRİLEN LENFADENOPATİ DURUMUNUN PATOLOJİK MATERYAL SONUÇLARI İLE UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ; 10 YILLIK SONUÇLARIMIZ

SERDAR ALPARSLAN BOSTAN(1) YASİN CANSEVER(1) FATİH ÇOLAK(1) İLKE ONUR KAZAZ(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon

AMAÇ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 10 yıllık süreçte sistektomi uygulanan ve öncesinde kontrastlı batın BT ile preoperatif değerlendirilen mesane tümörlü hastalarda, lenfadenopati durumu konusunda BT'nin doğruluğunun incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2012 – Mart 2022 tarihleri arasında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji kliniğinde sistektomi uygulanan 85 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. 6 hastaya (preoperatif lenfadenopati saptanmayan) lenf nodu diseksiyonu yapılmamıştır. Hastaların yaşı, cinsiyeti, primer TUR- M tanısı, uygulanan intrakaviter tedaviler, CIS varlığı, çıkarılan lenf nodu sayısı, preoperatif görüntüleme bulguları ile, postoperatif materyalin patolojik incelemesinden elde edilen veriler retrospektif olarak karşılaştırlamalı incelenmiştir.

BULGULAR

Toplamda 79 hastaya lenf nodu diseksiyonu yapılmıştı.
Ortalama çıkarılan lenf nodu sayısı 12 idi (standart sapma 6) (sayılar : 5,6,6,11,12,12,16,20,21).
Preoperatif değerlendirilmede lenfadenopati izlenmediği bildirilen 62 hastanın 9'unda (%15) cerrahi spesmen pozitifliği söz konusu idi.
Preoperatif değerlendirilmede lenfadenopati izlendiği bildirilen 17 hastanın 9'unda (%53) lenf nodları yalnızca reaktif olarak raporlandı.
Lenf nodu tutulumu için radyolojik değerlendirmenin, patolojik sonucu öngörmedeki genel doğruluk değeri %77 olarak hesaplandı. Duyarlılık 8/17, Özgüllük 53/62, PPV 8/17, NPV 53/62 olarak hesaplanmıştır.
Karsinoma in situ öyküsü ile birlikte değerlendirildiğinde göze çarpan nokta CIS varlığında BT' de raporlanan lenfadenopatinin doğru olma oranındaki yükseklikti (PPV 5/7).

SONUÇ

Lenfadenopati açısından BT ile değerlendirilme %77 genel doğruluk değerine sahip bulundu.
Duyarlılık değeri %50 dolayında idi. CIS varlığında duyarlılık değerinin yükseldiği yönünde veriler elde edildi.
Lenfadenopati açısından preoperatif değerlendirmede BT'den daha olumlu sonuçlar verebilecek yöntem arayışları gerekmektedir.

Tablo 1: Preoperatif değerlendirmede bildirilen lenfadenopati durumu ile sistektomi spesmeninin histopatolojik verilerinin uyumu

	Histopatolojik olarak (-) LAP	Histopatolojik olarak (+) LAP
BT LAP (-) raporlanmış	53	9
BT LAP (+) raporlanmış	9	8

Tablo 2: CIS pozitifliği öyküsü olan 15 hastada preoperatif değerlendirmede bildirilen lenfadenopati durumu ile sistektomi spesmeninin histopatolojik verilerinin uyumu

	Histopatolojik olarak (-) LAP	Histopatolojik olarak (+) LAP
BT LAP (-) raporlanmış	7	1
BT LAP (+) raporlanmış	2	5

SB-178

YENİ TANI ALMIŞ MESANE TÜMÖRLÜ HASTALARIMIZDA VARYANT PATOLOJİLERİN EŞLİK ETTİĞİ ÜROTELYAL KARSİNOMLU OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

ATA ÖZEN(1) EVRİM YILMAZ(1) AHMET KAYER(1) NURULLAH KARAPAZAR(1) OZGUR OZBEK(1) MUSTAFA FUAT AÇIKALIN(1) CAVİT CAN(1)

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

AMAÇ
Yeni tanı almış, varyant patolojilerin eşlik ettiği ürotelyal karsinomlu olguların değerlendirilmesi ve tedavi sürecine yaklaşımın belirlenmesi.

GEREÇ-YÖNTEM
2010-2022 yılları arasında kliniğimizde mesane tümörü nedeniyle TUR-Mt yapılan ve varyant patolojilerin eşlik ettiği ürotelyal karsinom tanısı alan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR
Kliniğimizde 2010-2022 yılları arasında primer hastalık nedeniyle TUR-Mt yapılan ürotelyal karsinomlu 860 hastanın 202'sinde (%23,48) varyant patolojilerin eşlik ettiği görüldü. 202 hastanın 175'i (%86,6) erkek, 27'si (%13,4) kadındı. Erkek hastaların yaş ortalaması 66,02 (41-90) kadın hastaların yaş ortalaması 69,76 (51-86) yıl idi.

Hastaların TUR-Mt patolojileri incelendiğinde 80 (%39,6) hastada skuamöz diferansiasyon, 22 (%10,8) hastada glandüler diferansiasyon ve 20 (%9,9) hastada mikropapiller varyant tek varyant patoloji olarak belirlenirken 57 (%28,2) hastada çoklu varyant saptandı. Çoklu varyant patolojilerdeki kombinasyonlar incelendiğinde en çok görülen kombinasyonlar; 16 hastada skuamöz diff. +mikropapiller varyant, 14 hastada skuamöz diff. + glandüler diff. ve 7 hastada mikropapiller varyant +glandüler diff. olarak saptandı. Varyant patolojilerin sayıları Grafik 1'de belirtilmiştir.

Varyant patolojilere sahip olguların tümör evresi, tümör derecesi ve CIS pozitifliği açısından daha yüksek oran içerdiği saptanmış olup Grafik 2'de gösterilmiştir.

202 hastadan takip edilebilen 155 hastanın ortalama takip süresi 42.4 (3-139) aydı.
Tanı anında adele invaziv olmayan 3'ü Ta düşük dereceli, 3'ü Ta yüksek dereceli ve 37'i T1 yüksek dereceli toplamda 43 (%28,3) hasta halen tümörsüz olarak takip edilmekteyken 6 hasta mesane tümörü dışı nedenlerle exitus olmuştur.

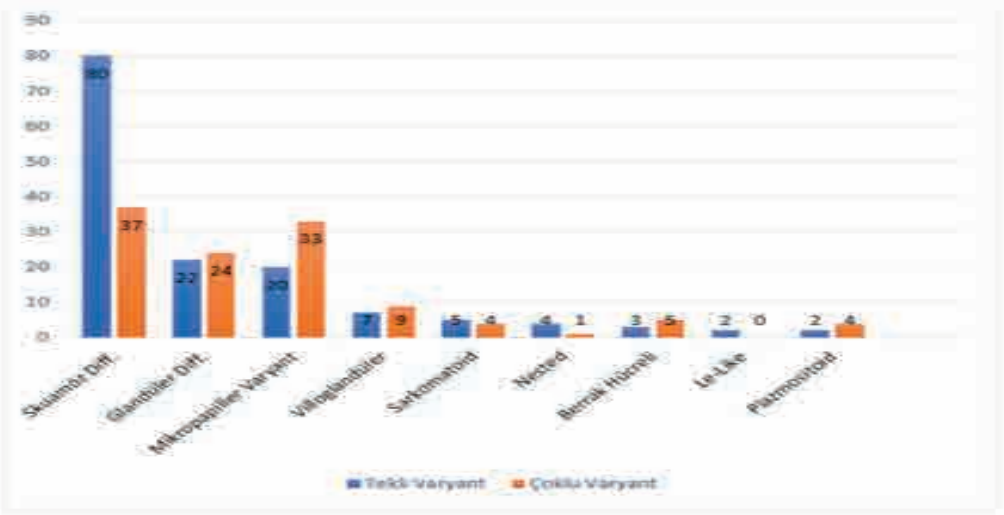
Radikal sistektomi 10'u T1 evresinde 44'ü T2 evresinde olan toplam 54 hastaya (%34,8) yapılmış olup 2 hastaya neo-adjuvan, 18 hastaya ise adjuvan kemoterapi verilmiştir. Radikal sistektomi yapılan hastalarda çoklu varyant patolojilerde en çok mikropapiller komponentin eşlik ettiği saptanmıştır.

Hastaların 38'i (%24,5) tanı anında uzak metastazı olması sebebiyle sistemik kemoterapi tedavisi almıştır.
Hastaların (n:155) 78 tanesi (%50,3) hayatta olup 77'sı (%49,7) exitus olmuştur.

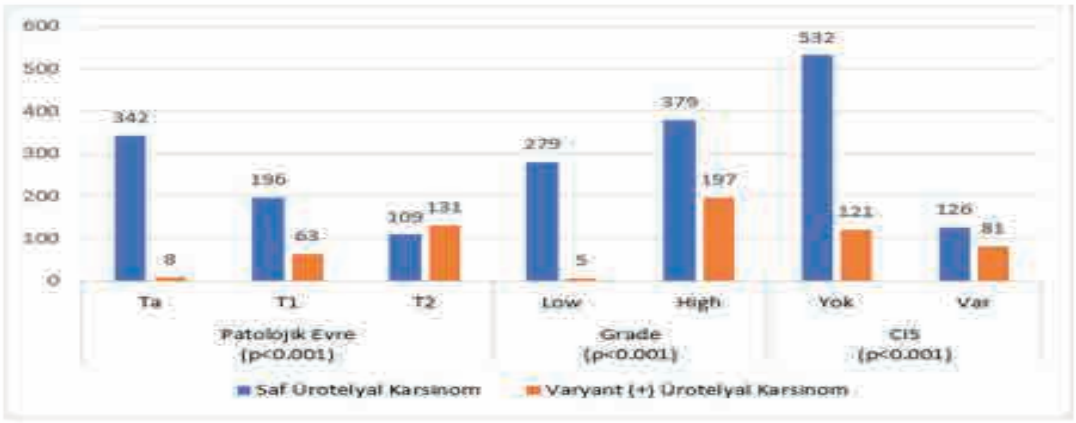
SONUÇ
Ürotelyal karsinomun varyant patolojileri azımsanmayacak düzeyde görülmekte ve oldukça agresif seyreden histopatolojik alt grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Farklı morfolojik özellikleri olması sebebiyle değişken klinik prognozlu heterojen bir gruptur. Skuamöz diferansiasyon dışındaki bütün varyantlar kötü prognozlu olup agresif tedavi gerektirmektedir.

Sonuç olarak varyant patolojilerin tanınması ve rapor edilmesi tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi açısından önemlidir.

Grafik 1 : Tekli ve Çoklu Varyant Patolojilerdeki Varyant Tiplerinin Sayısı



Grafik 2 : Saf ürotelyal karsinom ve Varyant (+) ürotelyal karsinomların evre, derece ve CIS varlığının karşılaştırılması



SB-179

MESANE TÜMÖRLÜ HASTALARDA EN-BLOK REZEKSİYON YAPILAN OLGULARIN ERKEN DÖNEM DEĞERLENDİRİLMESİ

ATA ÖZEN(1) MUSTAFA FUAT AÇIKALIN(1) ÖZGÜR ÖZBEK(1) CAVİT CAN(1)

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

AMAÇ
Mesane tümörü nedeniyle transüretral rezeksiyon (TUR-Mt) yapılan hastalarda en-blok rezeksiyonun klinik değerlendirilmesi.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde Kasım 2019 ile Ağustos 2021 tarihleri arasında mesane tümörü nedeniyle en-blok rezeksiyon yapılan hastaların intra-operatif verileri, patoloji sonuçları, nüks gelişimi ve takipleri değerlendirildi.

BULGULAR
Kliniğimizde Kasım 2019 ve Ağustos 2021 tarihleri arasında 17 hastaya 22 adet en-blok rezeksiyon yapıldı. 16 hasta yeni tanı alan mesane tümörü iken 1 tanesi mesane tümörü tanısı olup uzun süre takipsiz kalan bir hastaydı.
Hastaların hepsi erkek olup yaş ortalamaları 64,9 (31-82) yıl idi.

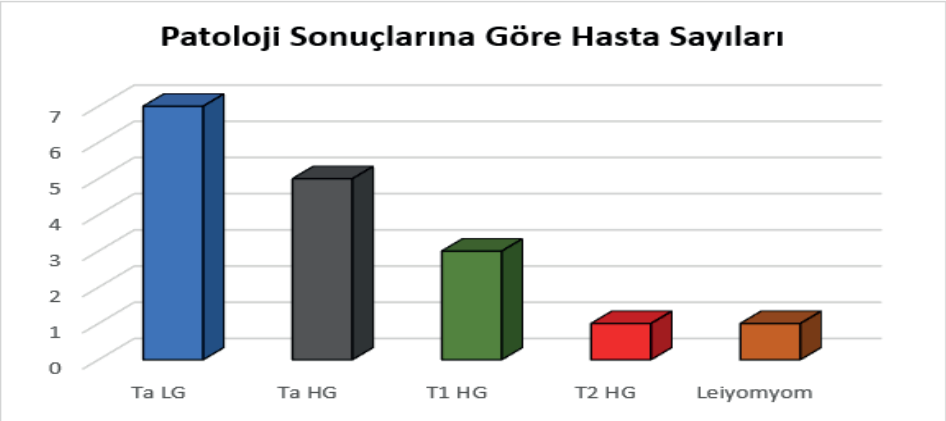
En blok rezeksiyon yapılan hastalarda tümör boyutu ortalama 2,2 cm (1,5 - 4 cm) olup, 13 hastada tek odakta, 3 hastada 2 odakta, 1 hastada 3 odakta tümöral oluşum vardı. Bu tümöral oluşumların hepsine ayrı ayrı en-blok rezeksiyon yapıldı.

Hastaların patoloji sonuçları incelendiğinde 7 hastada Ta düşük dereceli, 5 hastada Ta yüksek dereceli, 3 hastada T1 yüksek dereceli, 1 hastada ise T2 yüksek dereceli tümör saptandı. 1 hastanın patolojisi non-ürotelyal karsinom (leiomyom) olarak rapor edildi.
Hastaların ortanca takip süresi 24 (10-33) aydı.

Hastaların takiplerinde 2 hastada 3. ayda, 2 hastada 6. ayda ve 1 hastada 10.ayda olmak üzere toplamda 5 hastada nüks saptandı. Adele invaziv olmayan hastalara yapılan en-blok rezeksiyon sonrasında nüks oranı %29,4 olarak bulundu. Nüksler 4 hastada farklı, 1 hastada aynı lokalizasyonlarda olup 2 hastada çoklu (3 odakta) nüks saptandı. Nüks saptanan hastaların daha sonraki kontrollerinde tümör gözlenmedi.

Hastaların 15'i hala tümörsüz olarak takip edilirken 1 hastaya takiplerinde progresyon (adele invaziv hastalık) olması nedeniyle sistektomi uygulandı. Hastalardan 1'i hastalık dışı nedenle exitus olmuştur.

SONUÇ
Mesane tümörlerinde en-blok rezeksiyon uygun hastalarda güvenli bir şekilde yapılabilir. Ancak uzun dönem sonuçlarının belirlenebilmesi için (patolojik parametrelerin değerlendirilmesi, nüks ve progresyon oranları açısından) daha geniş vaka serilerine, karşılaştırmalı çalışmalara ve daha uzun takip sürelerine gereksinim vardır.



SB-180

MESANE KANSERİ OLGULARINA LIKERT SKALASININ KAS İNVAZYONUNU ÖNGÖRÜ DÜZEYİ VE KLİNİK PRATİKTE UYGULABİLİRLİĞİ

TAHA ÇETİN(1) ÖZGÜR DEYİRMENCİ(1) SERDAR CELİK(1) IBRAHİM BOZKURT(1) NİYAZİ ÖZGÜR KURUL(1) BÜLENT GÜNLÜSOY(1) TANSU DEĞİRMENCİ(1)

1. SBÜ İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

AMAÇ

Mesane kanseri tanılı hastalarda kontrol sistoskopi sıklığını değiştirmeyi ve ilişkili semptomları önlemek amacıyla geliştirilen likert skalasını cerrahın tecrübesine göre kıyaslamayı ve uygulanabilirliğini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz 2021- Haziran 2022 tarihleri arasında kliniğimizde yapılan primer mesane tümörü olgularının sistoskopik tümör özellikleri ve nihai patolojileri değerlendirildi. Vakaya dahil olan tıpta uzmanlık öğrencisi ve vaka sorumlusuna birbirinden habersiz olarak Likert skoru soruldu. Likert skorunun cerrahın tecrübesiyle ilişkisi araştırıldı. Likert skoru 1: Lezyonun KİOMK olduğuna kesinlikle katılıyorum, 2:Lezyonun KİOMK olduğuna katılıyorum, 3: Şüpheli görüş – NMIBC veya MIBC olabilir, 4:Lezyonun KİMK olduğuna katılıyorum ve 5: Lezyonun KİMK olduğuna kesinlikle katılıyorum. Tıpta uzmanlık öğrencileri ve uzman hekimlerin Likert değerlendirmeleri hem birbiriyle hem de patoloji sonuçlarıyla karşılaştırıldı. İstatistiksel analizde ki-kare, Pearson's korelasyon analizi ve ROC curve analizi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmada 38 hasta değerlendirildi. Hastaların ortalama yaşı 65,7±10,8 idi. Hastaların %89.5'inde sigara öyküsü mevcuttu. Sistoskopik bakıda ortalama tümör boyutu 4,3±2,3 cm olan tümörlerin, %31,6'sı solid görünümlü %71,1'i sesil ve %52,6'sı multipl saptandı.Uzman hekim değerlendirmesine göre tümörlerin %21,1'i likert 1, %28,9'u likert 2, %10,5'i likert 3,%21,1'i likert 4 ve %18,4'ü likert 5 olarak değerlendirildi. Tıpta uzmanlık öğrencisi değerlendirmesi sonrası uzman hekim değerlendirmesiyle korelasyonuna bakıldığında yüksek düzeyde pozitif korelasyon gözlendi ($p<0,001$, $r=0,805$). Tur-MT sonrası patolojik değerlendirmede hastaların %7,9'u benign, %39,5'i TADD, %10,5'i T1DD, %18,4'ü T1YD, %23,7'si T2YD tümör saptandı. Likert skorlarının kas invazyonunu öngörü düzeyinin saptanması için yapılan ROC curve analizinde uzman hekim değerlendirmesiyle (AUC:0,787 $p=0,01$) tıpta uzmanlık öğrencisi değerlendirmesinin (AUC:0,778 $p=0,013$) benzer olduğu gözlendi. İkinci ve üçüncü yıl tıpta uzmanlık öğrencileri ($n=27$) ile yapılan değerlendirmede uzman hekim ile olan korelasyon da benzer saptandı ($p<0,001$, $r=0,804$). Yine yapılan ROC curve analizinde kas invazyonu öngörüsünün benzer olduğu saptandı (AUC:0,813, $p=0,012$ vs AUC=0,839, $p=0,006$)

SONUÇ

Likert skalası mesane kanserli hastalarda kas invazyonunu ön görebilmesi açısından hem uzman hekim hem de tıpta uzmanlık öğrencileri tarafından günlük pratikte kullanılabilir basit bir yöntemdir.

SB-181

İLEOİLEAL ANASTOMOZ BAŞARISINI HANGİ FAKTÖRLER ETKİLER?

EMRE ALBAYRAK(1) RABİA HIZARCI(1) TURAN MAMMADALİYEV(1) MESUT ALTAN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) BÜLENT AKDOĞAN(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Radikal Sistektomi ve üriner diversiyon ameliyatlarının erken dönem komplikasyonu olan ileoileal anastomoz kaçağı ile ilişki faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2009 ile Aralık 2021 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Üroloji Kliniği'nde Radikal sistektomi ve üriner diversiyon yapılan 405 hastanın verileri retrospektif olarak karşılaştırıldı. İleoileal anastomoz üroloji tarafından stapler yardımı ile, genel cerrahi tarafından el ile yapılmıştır. Postoperatif ileoileal kaçağı olan her hasta genel cerrahi bölümüne konsülte edildi. Hastaların klinik durumlarına göre hastaların takip protokolü ve cerrahi girişimleri genel cerrahi tarafından planlandı. İleoileal anastomoz kaçağı olan hastaların cinsiyetleri, yaşları, komorbidite durumları, neoadjuvan kemoterapi alıp almamaları, hemoglobin ve albümin düzeyleri, anestezi süreleri, anastomozu yapan bölüm ile arasındaki ilişki araştırıldı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 62,9±9,7 yıldı. 405 hastanın 43'ü (%10,6) kadın, 362'si (%89,4) erkekti. Üriner diversiyon yöntemi olarak 70 (%17,3) hastaya ortotopik diversiyon, 335 (%82,7) hastaya ileal loop uygulandı. 256 (%63,2) hastada ürolog, 49 (%36,8) hastada genel cerrah tarafından ileoileal anastomoz yapıldı. 30 hastanın takibinde ileoileal kaçak izlendi. 7 hasta konservatif olarak izlenirken, 23 hastaya genel cerrahi tarafından girişim planlandı. Hastaların cinsiyetleri, yaşları, vücut kitle indeksleri, komorbidite durumları, neoadjuvan kemoterapi alıp almamaları, hemoglobin ve albümin düzeyleri, anastomozu yapan bölüm arasında ileoileal kaçak açısından anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,178, p=0,540, p=0,101, p=0,223, p=0,094, p=0,246, p=0,282, p=0,440). Tek değişkenli analizde üreteroileal kaçak olması durumu ile ileoileal anastomoz kaçağı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu (p<0,001).

SONUÇ

Radikal Sistektomi ve üriner diversiyon komplikasyonlara açık majör bir cerrahidir. Üreteroileal anastomoza bağlı idrar kaçağı, ileoileal anastomoz kaçağı için bir risk faktörüdür. Deneyimli merkezlerde ürologların ileoileal anastomoz yapması komplikasyon oranını artırmamaktadır ve güvenlidir.

SB-182

MESANE ÜROTELYAL KARSİNOMU OLAN HASTALARDA NOMOGRAMLARA DAHİL OLMAYAN PATOLOJİK VERİLERİN VE İNFLAMATUVAR BELİRTEÇLERİN PROGNOSTİK DEĞERLERİ

İSMAİL ÖNDER YILMAZ(1) MUTLU DEĞER(2) NEBİL AKDOĞAN(2) İBRAHİM ATİLLA ARIDOĞAN(2) YILDIRIM BAYAZIT(2) VOLKAN İZOL(2)

1. Adana Ceyhan Devlet Hastanesi, Adana
2. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana

AMAÇ
Mesane ürotelyal karsinomunun tanı anında %75'i yüzeyeldir. Yüzeyel mesane kanserlerinin yaklaşık beşte birinde progresyon gelişmektedir. Yüksek riskli hastalarda progresyon gelişmeden erken sistektomi yapıldığında sağkalım daha yüksek olmaktadır. Bu çalışmamızda European Organization for Research on Treatment of Cancer ve Spanish Urology Association for Oncological Treatment nomogramlarında yer almayan çeşitli patolojik ve enflamatuar parametrelerin prognostik değerlerini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
2006-2018 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda patolojik değerlendirmesi submukozaya invaze ve yüksek gradeli mesane ürotelyal karsinomu olan hastalardan dışlama kriterlerini içermeyenler çalışmaya dahil edildi. Submukozal invazyon derinliği, lenfovasküler invazyon, eş zamanlı karsinoma in situ varlığı, yaş, cinsiyet, tümör sayısı, tümör boyutu, nötrofil lenfosit oranı, lenfosit-monosit oranı, platelet-lenfosit oranı, sistemik immün-inflamatuar index, sistemik inflamatuar marker skoru gibi patolojik ve klinik parametrelerin nüks ihtimali, progresyon ihtimali, nükssüz sağkalım ve progresyonsuz sağkalım üzerine etkileri istatistiksel olarak incelendi.

BULGULAR
Çalışmaya 76 hasta dahil edildi. Median takip süresi 43,89±31,54 ay, median nükssüz sağkalım 10,16±14,18 ay olup, median progresyonsuz sağkalım 16,10±12,28 aydı. 37 (%48.68) hastada nüks, 21 (%27.63) hastada progresyon izlendi. Lenfosit-monosit oranı ($p<0,001$), platelet-lenfosit oranı ($p<0.004$), nötrofil-lenfosit oranı ($p<0.002$), tümör çapı ($p<0.002$), tümör sayısı ($p<0,007$) ve sistemik inflamatuar marker skoru ($p<0,001$) ile lüks ihtimali arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Nötrofil-lenfosit oranı ($p<0.023$), lenfovasküler invazyon ($p<0.005$), tümör çapı ($p<0,012$), ve tümör sayısı ($p<0,001$) ile progresyon ihtimali arasında anlamlı ilişki olduğu bulundu. Nükssüz sağkalım ile sadece sistemik inflamatuar marker skoru ($p<0.041$) arasında anlamlı ilişki bulunmuşken, progresyonsuz sağkalım ile sadece lenfovasküler invazyon ($p<0,022$) arasında anlamlı ilişki bulundu.

SONUÇ
Nomogramda yer almayan çeşitli patolojik ve enflamatuar parametreler yüksek volümlü çok merkezli prospektif çalışmalarda irdelenmeli hatta nomograma validasyon çalışmaları yapılmalıdır. Böylelikle belki de hangi hastaya erken sistektomi yapılmalı sorusuna daha net cevaplar bulabiliriz.

SB-183

RENAL SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM TANI SÜRECİNDE RADYOLOJİK VE PATOLOJİK BULGULAR

OKTAY ÜÇER(1) OSMAN UMUR BAŞARAN(1) NALAN NEŞE(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

1. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Manisa

AMAÇ

Kronik iritasyon ve inflamasyona sekonder gelişen skuamöz hücreli karsinom (SCC) olguları üriner sistemde daha çok mesanede ve üreterde görülmektedir. En sık sebep üriner sistem taşlarıdır. SCC, nadir görülür ve tüm böbrek tümörlerinin yaklaşık %0,5'ini oluşturmaktadır. Kronik iritasyona sekonder gelişen metaplastik süreç, displaziye ve sonrasında SCC'ye yol açabilmektedir.
Bu sunumda, sol yan ağrısı şikayeti ile hastaneye başvuran 59 yaşında erkek renal SCC olgusunun radyolojik ve patolojik bulguları eşliğinde tanıdan tedaviye kadar olan sürecin tartışılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Başvuru ve ilk değerlendirme sonrası hastaya üriner ultrason ve dinamik tomografi ile inceleme yapıldı. Prekontrast seride sol böbrekte staghorn taş, üst polde dansitesi hafif yüksek, santralinde taş ile uyumlu lobüle odak görüldü. Kontrastlı serilerde ise böbrek parankimine göre dansitesi hafif düşük, kV farklılıkları nedeni ile tam değerlendirilemeyen, santralinde 3 cm kalsifikasyon ya da taş ayrımı yapılamayan, enflamatuar sürece sekonder değişiklikle uyumlu olabilecek şüpheli lobüle oluşum izlendi. Nefrogram fazında, şüpheli sahanın normal parankimden belirgin düşük kontrast tuttuğu izlendi. Piyelogram incelemede ise sol böbrek toplayıcı sisteminin distale kontrast madde geçişine izin verdiği görüldü. Sol böbrek komşuluğunda 3 cm lenfadenopati ve sol psoas boyunca uzanan 6 cm lik apse formasyonu ile uyumlu oluşum izlendi. Doppler ultrason incelemede taş ve apse doğrulandı, lobüle oluşum için malignite lehine anlamlı bulgu saptanmadı.

Apse drenaj kateteri takıldı ve tedavi sonrası hastaya riskler dahilinde perkütan nefrolitotomi (PNL) ve nefrektomi seçeneği sunuldu.
PNL kararı verildi ancak öncesinde şüpheli alandan biyopsi planlandı. Materyal, kronik interstisyel nefrit bulguları gösteren böbrek parankimine komşu, yüzeyi belirgin keratinize skuamöz epitel alanları içermekteydi. Atipi çok belirgin olmadığından taşa sekonder metaplastik alan ya da skuamöz diferansiasyon ile karakterli ürotelyum kökenli tümör olup olmadığı konusunda kesin karar verilemedi. Hastaya radikal nefrektomi ve lenf nodu diseksiyonu yapıldı.

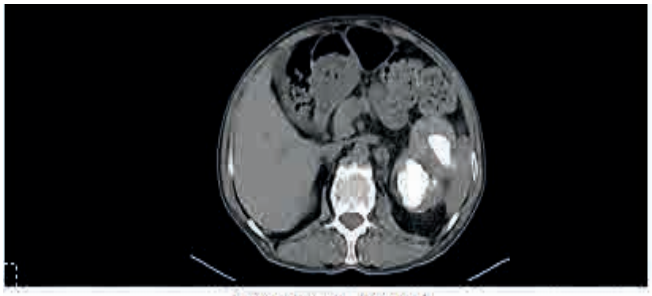
BULGULAR

Patoloji sonucu skuamöz hücreli karsinom ve reaktif lenfoid hiperplazi olarak raporlandı. Kesitler incelendiğinde, radyolojik tetkiklerde de saptanan, böbrek üst polde 6x6x5 cm ölçülerde böbrek kalikslerinin genişlemesi ile oluşmuş kaviter alan ve bu kavitenin yüzeyin papiller kirli beyaz renkte tümör alanları görüldü. Benzer görünümdeki alanlar orta pol kaliks içinde de izlenmekteydi ve tümörün toplam boyutu yaklaşık 9 cm ye ulaşmaktaydı. Tümöral alanlar hiler yağ dokuya invaze görünümde iken perinefrik yağ doku invazyonu izlenmemekteydi. Üreter cerrahi sınır kesitlerinde ise skuamöz hücreli karsinom saptandı.

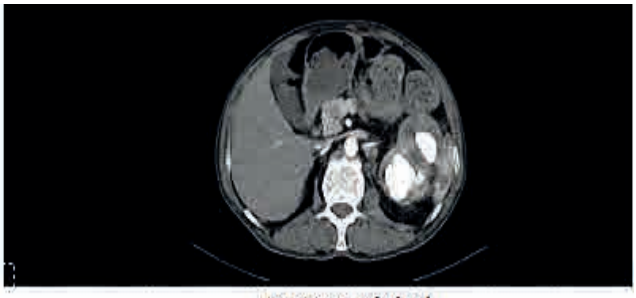
SONUÇ

Renal SCC olgularında preop değerlendirmelerin spesifik bir bulgusu yoktur ve standart bir tedavi önerisi bulunmamaktadır. Literatürde, renal SCC'de nefrektomi, nefroüreterektomi ve nefroüreterektomiye ek olarak ipsilateral salpingo ooferektomi uygulanan olgu sunumları bulunmaktadır.

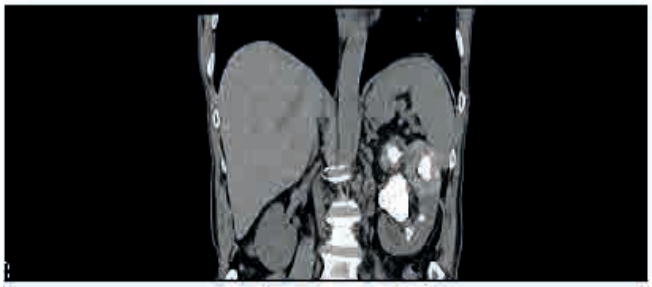
SCC olgularında, tümörün agresif davranışı nedeni ile prognoz genellikle kötüdür. Renal SCC'ye yaklaşımda tedavi önerileri için vaka serilerinin analizi ve ek çalışmalara ihtiyaç vardır.



Prekontrast, Aksiyel

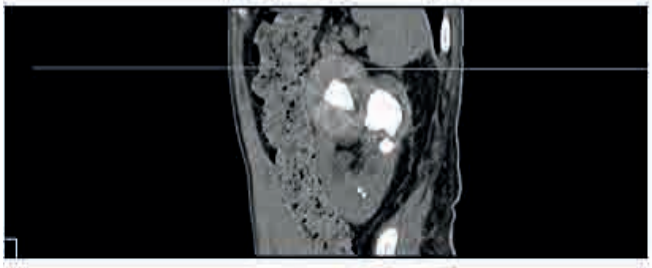


Kontrast, Aksiyel

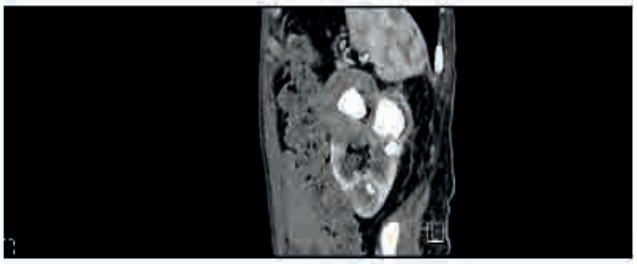


Prekontrast, Koronal

Kontrast, Koronal



Prekontrast, Sagital



Kontrast, Sagital

Renal parankim invazyonu

Böbrek orta polde renal SCC

Üreter cerrahi sınırda SCC

SB-184

TESTİKÜLER/PARATESTİKÜLER MEZOTELYOMA: OLGU SUNUMLARI

DOĞANCAN DÖRÜCÜ(1) MEHMET UMUT KÜTÜKOĞLU(1) KAMİL ÇAM(2) DENİZ FİLİNTE(3) MURAT KARS(4)

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul
3. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul
4. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Malign mezotelyoma seröz zarlardan kaynaklanan, genellikle agresif seyirli bir tümördür. En sık plevrada görülmektedir. Paratestiküler mezotelyoma ise tüm mezotelyoma vakalarının yaklaşık %1 kadarını oluşturmaktadır. Paratestiküler mezotelyomanın ne yazık ki tipik bir klinik ve radyolojik bulgusu yoktur. Bu nedenle erken tanı koymada gecikme olabilmektedir. Tümör %60-70 oranında epitelyal, %30 oranında bifazik nadiren de iğsi hücreli olarak karşımıza çıkabilmektedir. Paratestiküler mezotelyoma sıklıkla tunika vaginalis kaynaklı olmakla beraber daha az sıklıkta epididimis ve spermatik kord kaynaklı da olabilmektedir. Germ hücreli tümörlere göre daha ileri yaşlarda (ortalama 60 yaş) olma eğilimindedir. Asbest maruziyeti ve sigara etyolojisinde rol oynar fakat olguların çoğunluğu sporadiktir. Cerrahi ilk tedavi seçeneğidir. Adjuvan radyoterapi ve kemoterapinin yeri ise henüz belirsizdir. Hastalığın prognozu genellikle kötü olmakla beraber 2 yıllık ölüm oranları %30 civarında seyretmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

Olgu sunumumuzda 2 hastanın verileri retrospekif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

Olgu1: 72 yaşında erkek hasta son 6 aydır sol testiste ortaya çıkan şişlik şikayeti ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede sertlik palpe edildi. Tümör markerları (LDH, Beta-HCG, AFP) normal değer aralığında sonuçlandı. Skrotal USG'de sol testiste yaklaşık 5 cm boyutunda içerisinde solid ve kistik komponentleri olan kitle olarak raporlandı. Toraks ve Batın görüntülemelerinde metastatik odak izlenmedi. Hasta sol radikal orşiektomi yapıldı patolojisi bifazik malign tümör olarak raporlandı. İncelenen örnekte tüm testisi kaplayan papiller, glandüler alanlar yanında iğsi hücreli komponent de içeren malign tümör izlendi. Ayırıcı tanı içine germ hücreli ve seks kord stromal testis tümörleri, metastatik maligniteler ve paratestiküler alandan kaynaklanan maligniteler alındı. Morfolojik ve immünohistokimyasal bulgularla birlikte değerlendirildiğinde bifazik mezotelyoma olarak değerlendirildi. Post operatif çekilen PET-BT'de metastaz izlenmedi.

Olgu2: 44 yaşında erkek hasta 10 yıldır tersanede çalışma öyküsü mevcut olup, polikliniğimize 4 aydır olan sol kasıkta şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde testisin 2-3 cm proksimalinden başlayıp inguinal kanala giden, proksimal bölümü sert palpe edilen ve sınırları net ayırt edilemeyen lezyon saptandı. Tümör markerları (LDH, Beta-HCG, AFP) negatif izlendi. Yapılan skrotal USG'de sol inguinal kanal düzeyinde total boyutu 80x21 mm ölçülen içerisinde internal ekoları, düzensiz ince ve kalın septaları bulunan, septalarda RDUS incelemede yer yer vaskülarizasyon izlenen heterojen kistik kitle lezyon izlendi. Hastaya sol inguinal eksplorasyon yapıldı. Spermatik kord açıldı ve lezyonun proksimalde spermatik kord ile bağlantısı olan yaklaşık 4-5 cm boyutunda kistik bir lezyon olduğu görüldü. Lezyon çevre dokulardan ve spermatik korddan tamamen diseke edilerek çıkarıldı. Patolojisi Malign mezotelyoma, epiteloid tip olarak raporlandı, cerrahi sınır pozitif olarak sonuçlandı. 4 kür(Pemetrekset + Sisplatin) kemoterapi, 30 seans radyoterapi tedavisi uygulandı.

SONUÇ

Literatürde testiküler mezotelyoma nadir olup bu vakalar eşliğinde ayrıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekliliği vurgulanmak istenmiştir. Özellikle tanı sonrası uygulanacak tedavide multidisipliner yaklaşım ile kür ve sağkalım oranlarının artırılması mümkün olabilecektir.

SB-185

BİLATERAL SÜRRENAL VE AKCİĞER METASTAZLI RENAL HÜCRELİ KARSİNOM: OLGU SUNUMU

MEHMET UMUT KÜTÜKOĞLU(1) TÜRKER ALTUNTAŞ(1) KAMİL ÇAM(1) CANAN ÇİMŞİT(2) TUNÇ ÖNEŞ(3) MURAT KARS(4)

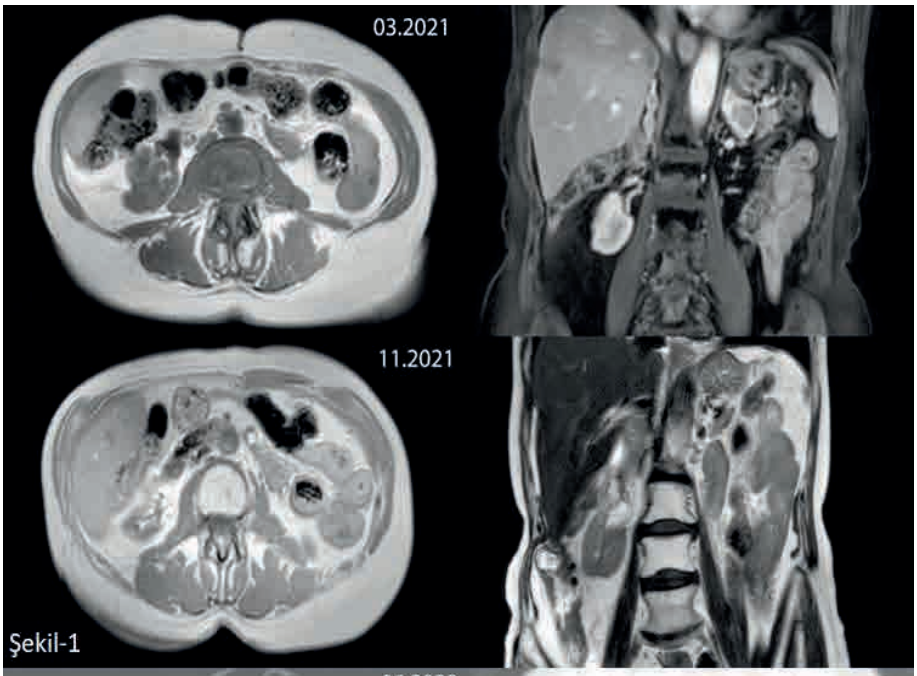
1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
3. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Nükleer Tıp Anabilim Dalı, İstanbul
4. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ
Renal hücreli karsinom (RHK), primer malign renal parankimal tümörlerin %85-90'ını oluşturmaktadır. RHK, 50-70 yaşları arasında en sık görülür ve 2/1 oranında erkek dominansı vardır. RHK'nın sürrenal metastazı %7-23 oranında ipsilateral gerçekleşirken, iki taraflı sürrenal metastazı ise oldukça nadir görülür. Bu olgu sunumunda sağ böbrekte RHK ve takiplerinde bilateral sürrenal ve akciğer metastazı gelişen hastayı klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde sunmayı amaçladık.

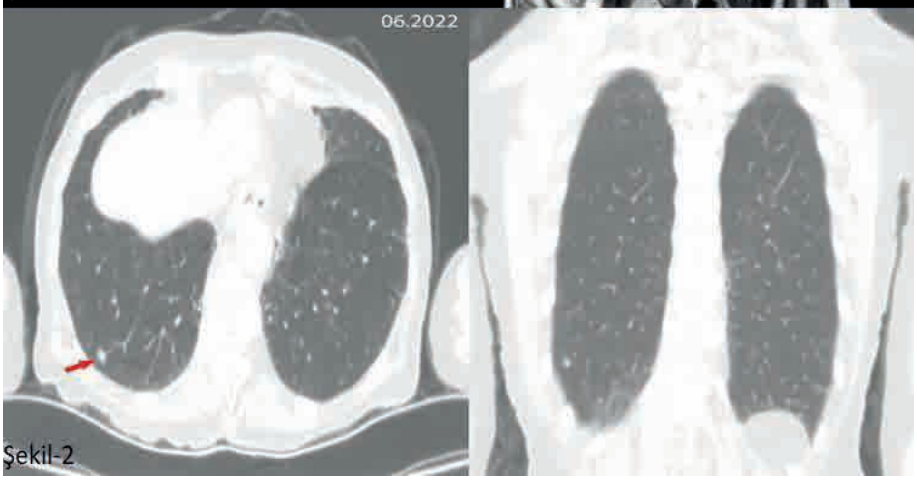
GEREÇ-YÖNTEM
Olgu sunumumuzda bir hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR
Olgu: 2018 yılında 3 cm boyutlu sağ böbrek kitlesi nedeniyle parsiyel nefrektomi yapılan ve patolojisi renal hücreli karsinom olarak sonuçlanan 72 yaşındaki kadın hastanın 3.yıl kontrolünde çekilen Abdomen MR görüntülemesinde sol sürrenalde 37x17x36 mm boyutunda kontrast tutan lezyon saptanması ve bu lezyon haricinde bilateral sürrenal bezlerde milimetrik boyutlu kontrast tutulumu gösteren nodüler kalınlaşmalar izlendi (Şekil 1 – Abdomen MR Görüntüleri). Laboratuvar tetkiklerinde patoloji izlenmedi. Hastanın sistemik sorgulamasında multiple miyelom, kolon divertikülektomi öyküsü mevcuttu. Hastaya tarafımızca preoperatif endokrinoloji görüşü alınarak; mevcut bilateral sürrenal kitlesi olan hastaya Cushing, Feokromasitoma, Conn sendromu ekarte edilerek steroid şemsiyesi altında 29.06.2021 tarihinde sol laparoskopik sürrenalektomi yapıldı. Patolojisi renal hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı. Postoperatif 5.ayında çekilen Abdomen MR görüntülemesinde sağ sürrenal bezde 16 mm ve 30 mm çaplarında out of phase sekansında sinyal kaybı göstermeyen ve IVKM sonrası heterojen kontrastlanan nodüler lezyonlar izlendi (Şekil 1 – Abdomen MR Görüntüleri). Hasta bu süreçte preoperatif ve postoperatif öneriler açısından endokrinoloji bölümüne danışıldı. Steroid şemsiyesi altında opere edildi. Postoperatif dönemde deltacortil 10 mg/gün hormon replasman tedavisi planlandı. Hastaya 06.12.2021 tarihinde sağ laparoskopik sürrenalektomi yapıldı. Patoloji sonucu Renal hücreli karsinom metastazı olarak sonuçlandı. Kreatinin değerlerinde yükselme, elektrolit imbalansı ve hipotansiyon izlenmedi. Genel durumu stabil olan olgu endokrinoloji, hematoloji ve üroloji polikliniğinde izlenmek üzere taburcu edildi. Takibinde çekilen Toraks BT'de bilateral akciğer parankiminde büyüğü sağ akciğer alt lob lateral segmentte yaklaşık 6 mm boyutunda olmak üzere dağınık yerleşimli milimetrik boyutlu birkaç adet nodül izlenmiştir şeklinde raporlandı (Şekil 2 – Toraks BT Görüntüleri). Bu nodüllerin 5 ay önceki Toraks BT ile kıyaslandığında anlamlı şekilde büyüdüğü görüldü. Bunun üzerine Toraks Konseyinde Göğüs Cerrahi ile değerlendirilen hasta için metastazektomi kararı alındı. Hastaya sistemik tedavi seçeneği de sunuldu, ancak hasta metaztazektomi istedi. Göğüs Cerrahisine operasyon planlaması için yönlendirildi. Patolojisi renal hücreli karsinom metastazı olarak raporlandı.

SONUÇ
Olgumuzda parsiyel nefrektomi sonrası T1a RCC saptanan hastanın önce kontralateral, sonra ipsilateral sürrenallerde metasenkron RCC metastazı saptanmıştır. Takibinde akciğerde de iki adet RCC metastazı tespit edilmiştir. T1a evresinde saptanmış renal kitlelerinde olası metastazları değerlendirmek ve erken müdahale edebilmek için radyolojik görüntülemeler ve muayenelerle yakın takibi gerekmektedir.



Şekil-1



Şekil-2

SB-186

BABALIK İSTEĞİ VE TESTİS KANSERİ

CANER EDİZ(1) YUNUS EMRE KIZILKAN(1) MEHMET PEHLİVANOĞLU(1) HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(1) ÖMER YILMAZ(1)

1. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Testis kanseri tanısı ile takip edilen hastalarda tedavi sonrası babalık isteklerini etkileyen faktörleri araştırmak ve tanımlanan faktörler üzerinden postoperatif erken döneme yönelik tavsiyelerde bulunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

02/2000-06/2020 tarihleri arasında kliniğimize başvuran ve yapılan tetkikler sonucu testis kanseri sebebiyle radikal orşiektomi olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu kriterde toplam 185 hasta mevcut idi. 185 hastanın 88'inin iletişim bilgileri bulundu ve bire bir telefon görüşmeleri yapıldı. Literatür taramasının ardından daha önce geçerliliği olmayan on sorudan oluşan bir anket araştırmacılar tarafından düzenlendi ve telefonda katılımcılara yöneltildi. Veriler toplandıktan sonra katılımcılar babalık isteği olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrıldı (grup-1/2). Babalık isteği olan grup kendi arasında çocuğu olan ve olmayan şeklinde iki gruba ayrıldı (Grup 1a/1b) ve istatistik yapıldı.

BULGULAR

88 hasta telefon ile arandı, çalışmaya toplam 84 hasta katıldı ve katılım oranı %95,5 idi. Babalık isteğinin olduğunu belirten 32 (%38) hastanın 19'unun çocuğu vardı. Babalık isteği olmayan 52 hastanın sadece 21'i (%40) evliydi. Grup 1 ve 2'de lise ve üstü eğitim durumu oranı sırasıyla %81.2 - %73.1 olup babalık isteği olan grupta daha yüksek oranda bulundu. İnmemiş testis öyküsü ve sigara kullanımı verileri incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Tümör hacmi ve serum tümör belirteçleri grup 2'de daha yüksek olarak saptandı ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Gruplar arasında tümörün saptandığı testis tarafı, sigara kullanımı, inmemiş testis öyküsü ve cerrahi sonrası kemoterapi öyküsü gibi parametrelerin babalık isteği üzerine istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı saptandı.

SONUÇ

Testis kanseri ve fertilite ile ilgili çalışmalar literatürde sıklıkla semen parametreleri üzerine odaklanırken çalışmamızda babalık isteklerini negatif yönde etkileyebilecek faktör olarak düşük eğitim durumu saptanmıştır. Hayat kalitesini ve babalık isteğini olumsuz etkileyen birçok faktörün yer aldığı testis kanseri sürecinde teşhis anından itibaren hastalara verilebilecek olan psikososyal danışmanlık bu noktada önemli bir rol oynayabilir. Erken tanı, erken dönem psikolojik danışmanlık ile desteklenmelidir.

SB-187

MİNİMAL İNVAZİV OLARAK UYGULANAN LAPARASKOPİK VE ROBOT YARDIMLI NEFRON KORUYUCU CERRAHİDE HEMOSTATİK AJANLARIN KANAMA VE POST-OPERATİF KOMPLİKASYONLAR ÜZERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE-PROSPEKTİF ÇALIŞMA

ERALP KUBİLAY(1) MURAT CAN KARABURUN(1) EMRE ERDEM(1) SÜMER BALTACI(1) ÖMER GÜLPINAR(1) MEHMET İLKER GÖKÇE(1) EVREN SÜER(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Laparaskopik ve robot yardımlı minimal invaziv nefron koruyucu cerrahi sırasında kullanılan hemostatik ajanların post-operatif komplikasyonlar üzerine etkisini değerlendirmek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

2017 – 2022 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD.'na renal kitle nedeni ile başvuran ve nefron koruyucu cerrahi endikasyonu alan hastalar randomize edilerek hemostatik ajan kullanım planına göre belirlenen 3 gruba ayrıldı. Hemostatik ajan kullanılmayan hastalar (GRUP-A), sadece topikal hemostat (Surgicel®) (GRUP-B) kullanılan hastalar ve sadece matriks hemostat (FloSeal®) (GRUP-C) kullanılan hastalar olarak gruplar belirlendi. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, renal kitlenin cT1 evresinde olması, minimal invaziv girişim endikasyonu olması ve kontralateral renal fonksiyonların korunmuş olması olarak belirlendi. Birden fazla ajan kullanılan ve çeşitli nedenler ile randomizasyon planına uyulamayan hastalar çalışmadan çıkarıldı. Yaş, cinsiyet, tümör lokalizasyonu ve boyutu, R.E.N.A.L. nefrometri skoru, pre-operatif hemoglobin değeri, pre-operatif GFR ve kreatinin değeri, intra-operatif iskemi durumu, iskemi süresi ve intra-operatif tahmini kan kayıpları kaydedildi. Post-operatif 1. ve 3. günde hemoglobin, GFR ve kreatinin değişimine bakıldı. Post-operatif 30. güne kadar olan komplikasyonlar not edildi. Gruplar post-operatif kanama ve komplikasyon açısından birbiri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 161 hasta dahil edildi. Hastaların klinik ve karakteristik özellikleri Tablo 1'de gösterildi. Pre-operatif hemoglobin değerleri, kreatinin değerleri, Tümör lokalizasyonu, boyutu ve R.E.N.A.L. nefrometri skoru açısından grupların benzer olduğu görüldü. İntra-operatif kanama, iskemi durumu ve iskemi süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. 5 hastada randomizasyona uyulamaması, 1 hastada ise intra-operatif radikal cerrahiye geçiş kararı alınması üzerine 6 hasta çalışmadan çıkarıldı. Post-op. 1. ve 3. gün hemoglobin değerleri göz önünde bulundurulduğunda tahmini kan kaybı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$). Yine böbrek fonksiyonları açısından değerlendirme yapıldığında post-op. 1. ve 3. günde gerçekleşen GFR ve kreatinin değişimleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Post-op. 30. güne kadar gerçekleşen komplikasyonlar göz önünde bulundurulduğunda hemostatik ajan kullanılmayan grupta 2, Surgicel® kullanılan grupta 1, Floseal® kullanılan grupta ise 2 hastanın transfüzyon ihtiyacı (Clavien Grade 2) olduğu, Surgicel® kullanılan grupta 1, Floseal® kullanılan grupta 1 olmak üzere toplayıcı sistemden idrar kaçağı olan (Clavien Grade 3) 2 hasta izlendi.

SONUÇ

Minimal invaziv olarak uygulanan nefron koruyucu cerrahide HA kullanımının kanama ve post-operatif komplikasyon açısından anlamlı bir fark yaratmadığı gösterilmiştir.

Tablo 1: Klinik ve Karakteristik özellikler

	HA Kullanılmayan Hastalar	Surgicel®	Floseal®
Cinsiyet			
Erkek	32	23	33
Kadın	22	26	19
Yaş (ort.)	61,1±4,1	63,2±1,9	60,9±2,7
Tümör boyutu,cm (ort.)	2,8±0,7	3,1±0,4	3,2±1,1
Tümör Lokalizasyonu 1.			
Üst Pol	25	18	20
Orta Pol	11	14	11
Alt Pol	18	17	21
Tümör Lokalizasyonu 2.			
Anterior	10	15	9
Posterior	7	5	5
Medial	17	10	12
Lateral	16	14	20
Hiler	4	5	6
Yöntem			
Robot Yardımlı	19	17	21
Laparoskopik	35	32	31
Pre-operatif Hemoglobin (ort.)	13,4±1,2	13,1±0,9	13,7±1,1
Pre-operatif Kreatinin (ort.)	1,1±0,1	1,0±0,1	1,0±0,2
İntra-operatif İskemi			
İskemisiz	15	11	13
Sıcak İskemi	39	38	39
İskemi Süresi (ort.)	17,2±2,1	18,9±2,2	18,8±1,9
Tahmini Kan Kaybı (ort.)	312±125	355±110	372±120

SB-188

KÜÇÜK TESTİS LEZYONLARINDA TESTİS KORUYUCU CERRAHİ: FONKSİYONEL VE ONKOLOJİK SONUÇLAR

YUNUS EMRE GÖGER(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(2) HAİDER NİHAD İZADDİN ALALAM(1) TANSEL KILINÇ(2) MEHMET MESUT PİŞKİN(1)

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya
2. Konya Şehir Hastanesi, Konya

AMAÇ

EAU'ya göre, testis kanserinde testis koruyucu cerrahi (TKC), soliter testisli hastalarda, üreme ve hormonal fonksiyonu korumak için yapılmalıdır.Tümör belirteçleri negatif olan küçük kitlelerde, aşırı tedaviyi önlemek ve testis fonksiyonlarını korumak için seçilmiş vakalarda testis koruyucu cerrahi önerilir. Kliniğimizde,TKC yaptığımız hastaların Onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

NeEÜ Meram Tıp Fakültesi Üroloji Kliniği'nde 2014-2022 yılları arasında testis kitlesi nedeniyle testis koruyucu cerrahi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi.Çalışmaya solter testis kitlesi, bilateral testis kitlesi ve diğer testis normal olup diğer testiste kitlesi olanhastalar çalışmaya alındı. Hasta demografileri, tümör özellikleri ve takipleri toplandı. TSS sonrası tüm hastalar patoloji sonuçları ve evrelerine göre standardize edilmiş protokollerle takip edildi. İpsilateral testisin tüm kontrollerinde fizik muayene yapıldı ve periyodik olarak ultrason yapıldı. Testis kanserlerinde EAU önerisine göre takip edildi. İyi huylu lezyonlarda 3. ay kontrol ultrasonu yapıldı, yılda bir kez takip edildi. TKC sırasında Palpasyonla kitle net olarak değerlendirilemezse intraoperatif ultrason kullanıldı. Lezyon yeri işaretlendikten sonra çevre parankim dokusu ve tunika albuginea ile lezyon keskin bir şekilde eksize edildi. Şüpheli vakalarda tümör tabanına frozen kesit biyopsisi yapıldı. Kalan testis parankiminden biyopsi yapılmadı. Hastalar postoperatif birinci gün taburcu edildi.

BULGULAR

TSS uygulanan toplam 25 hasta değerlendirildi. Ortalama hasta yaşı 32 (18-69) idi. Ortalama kütle hacmi 12,9mm (aralık 7-24) idi. Benign patolojili testis kitlelerinin ortalaması 11,7 mm'dir (dağılım 7-24). Tumör olanlarda ortalama testis kitleleri 14.5mm (dağılım 11-20) idi. 22 olguda kitle palpe edildi. 4 olguda ele gelmeyen kitle vardı. Bu durumlarda ultrason yapılır. 6 hastada testis ağrısı mevcuttu. Hastaların sadece 2'sindede sınırlı tümör belirteci yüksekliği vardı. Tümör yatağından 6 hastadan FSE alındı ve sonuçlar negatifti.
Solter testisli bir hasta lokal nüks gelişti ve radikal orşiektomi yapıldı.
Parsiyel orşiektomi yapılan hastaların Testosteron düzeyleri operasyondan önce ve operasyondan 3 ay sonra bakıldı. Benign patoloji hastalarında ortalama Testosteron düzeyi cerrahi girişim öncesi 329 ng/dl (180-523) iken, ameliyat sonrası 302 ng/dl (181-489) olarak belirlendi. Testosteron değerlerinde anlamlı azalma olmadı ($p>0,5$). Testis kanseri olan hastalarda ameliyat öncesi testosteron 277 ng/dl (187-400), ameliyat sonrası testosteron 238 ng/dl (131-388) idi ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.(tablo 1)

SONUÇ

Bu çalışmada TKS beninig tümörler için uygulanabilir bir yöntemdir. TKC, mevcut klinik çalışmada olduğu gibi germ hücreli tümörlü hastalarda güvenli ve etkili bir tedavi seçeneği olarak seçili hastalarda önerilebilir. Bununla birlikte, TKC'nin potansiyel riskleri ve yararları konusunda daha geniş hasta serileriyle daha fazla veriye ihtiyaç vardır.

NO	TSS İndications	Age	Size	side	Tumor markers	Histopathology	testosteron	Testosteron 2	Follow-up (months)	local recurrence	Management	Status
1	small mass	22	10	R	Normal	Seminoma	378	350	26	no	Surveillance	disease Free
2	small mass	38	10	R	Normal	Leydig cell tumor	254	256	32	no	Surveillance	disease Free
3	small mass	40	20	L	Normal	Leydig cell tumor	320	299	36	no	Surveillance	disease Free
4	small mass	30	7	R	Normal	Leydig cell tumor	385	358	19	no	Surveillance	disease Free
5	small mass	21	17	R	Normal	Adrenal rest Tumor	489	425	28	no	Surveillance	disaese free
6	small mass	22	11	L	Normal	NSGCT	365	207	24	no	surveillance	disaese free
7	small mass	39	20	R	Normal	TIN	NA	NA	36	no	Surveillance	disaese free
8	small mass	28	10	R	Normal	Leydig cell tumor	380	302	38	no	Surveillance	disaese free
9	Bilateral mass	35	15	L	Normal	Seminoma	190	188	22	no	CHT	disease Flee
10	small mass	18	10		normal	Fibrosis	445	300	36	no	Surveillance	disaese free
11	small mass	18	7	L	NORMAL	Adrenal rest Tumor	385	325	12	no	Surveillance	disaese free
12	small mass	35	12	L	normal	Leydig cell tumor	290	283	24	no	Surveillance	disaese free
13	small mass	23	14	R	Normal	adenomtoid tumor	395	415	12	no	Surveillance	disaese free
14	Solitary testicular mass	21	15	R	bhcg:78 AFP:17,4	NSGCT	188	200	10	no	CHT	disaese free
15	small mass	38	9	L	Normal	Fibrosis	NA	NA	10	no	Surveillance	disaese free
16	Small mass	34	14	L	Normal	angiomyolipoma	184	180	16	no	Surveillance	disaese free
17	small mass	35	24	R	Normal	paratesticular psodotumour	540	523	18	no	Surveillance	disaese free
18	small mass	69	12	R	Normal	paratesticular psodotumour	240	228	18	no	Surveillance	disaese free
19	small mass	54	10	R	normal	epidermoid cycst	285	280	20	no	Surveillance	disaese free
20	small mass	25	10	R	Normal	Teratoma	360	385	15	no	surveillance	disaese free
21	small mass	24	15	L	Normal	adenomtoid tumor	345	321	21	no	surveillance	disaese free
22	small mass	30	10	R	Normal	Fibrosis	385	380	16	no	surveillance	disaese free
23	small mass	19	7	L	Normal	Fibrosis	403	395	10	no	surveillance	disaese free
24	small mass	37	18	R	Normal	TIN	328	342	18	no	surveillance	disaese free
25	solitary testicular mass	22	16	R	bhcg:10 AFP:N	NSGCT	190	182	24	yes	CHT	disaese free

SB-189

TESTİS TÜMÖRLERİNDE PREOPERATİF SİSTEMİK İNFLAMATUAR İNDEX SEMİNOMATÖZ VE NON-SEMİNOMATOZ TÜMÖRLERİ AYIRT EDEBİLİR Mİ?

MUHAMMED FATİH ŞİMŞEKOĞLU(1) MUSTAFA MACİT(1) FATİH YILDIZ(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) AHMET VURAL(1) ÇETİN DEMİRDAĞ(1) NUR AHMET ERÖZENCİ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Sistemik İnflamatuar İndex (SII) malignite olgularında her geçen gün kullanımı artan hematolojik bir parametredir. SII'nin prognostik değeri üzerinde literatür verileri bulunsa da klinik kullanımdaki yeri ile ilgili konsensüs bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı non-metastatik testis tümörlerinde orşiektomi öncesi SII düzeylerinin seminomatöz ve non- seminomatöz testis tümörlerini ayırt edebilme özelliklerini belirlemektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Tek merkezde 2015 ile 2022 yılları arasında non-metastatik testis tümörü nedeniyle inguinal orşiektomi uygulanan 104 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Metastatik testis tümörü olan 39 hasta çalışma dışı bırakılarak 65 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların preoperatif tam kan sayımlarında ölçülen palatelet, nötrofil ve lenfosit düzeyleri kullanılarak [(Palatelet X Nötrofil) / Lenfosit] formülü ile SII değerleri hesaplandı. Orşiektomi patolojisi seminomatöz (Grup 1) ve non-seminomatöz (Grup 2) testis tümörü olarak sonuçlanan hastalar iki gruba ayrılarak gruplar arasında SII düzeyleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Grup 1'deki 38 hastanın medyan yaşı 33 (23-57) iken Grup 2'deki 27 hastanın medyan yaşı 32 (21-72) saptandı. Grup 1'deki hastaların 21'inde (55.2%) sağ, 17'sinde (44.8%) sol testis tümörü varken Grup 2'deki hastalarında 12'sinde (44.4%) sağ 15'inde (55.6%) ise sol testis tümörü mevcuttu. Grup 1'deki hastalarda SII ortalaması 517.42 ± 219.52 iken Grup 2'de 832.09 ± 642.169 hesaplandı (p=0.014). Diğer parametreler Tablo 1'de gösterildi.

SONUÇ

Çalışmamızda seminomatöz ve non-seminomatöz testis tümörlerinde preoperatif SII anlamlı derecede farklılık gösterse de daha geniş serilerle ve prognoza etkisi üzerine yapılacak çalışmalarla testis tümörlerinde SII'ya yönelik umut vaad edici sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Tablo 1: Seminomatöz ve Non-seminomatöz testis tümörlü hastaların demografik ve klinik verileri

	Grup 1	Grup 2	p değeri
Hasta sayısı, (%)	38 (58.5)	27 (41.5)	
Yaş, ortanca (min. - maks.)	33 (23-57)	32 (21-72)	0.107♠
Tümör boyutu, mm, ortanca (min. - maks.)	5.6 (1-75)	4 (1-55)	**0.046♠**
Tümör Tarafı			0.455♥
Sağ, (%)	21 (55.3)	12 (44.4)	
Sol, (%)	17 (44.7)	15 (55,6)	
Adjuvan KT	19 (50)	12 (44.4)	0.802♥

♠ Mann-U Whitney

♥ Fischer's Exact Testi

SB-190

DEV RETROPERİTONEAL LİPOSARKOM: OLGU SUNUMU

MUSTAFA ÖZKAYA(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) NİL URGANCI(1) ÇETİN DEMİRDAĞ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Yumuşak doku sarkomları, ağırlıklı olarak embriyonik mezodermden kaynaklanan heterojen ve nadir bir tümör grubudur. Erişkin tümörlerinin %1'ini oluşturmakta ve %15 oranında retroperitonda oluşmaktadır. Liposarkomlar ise %20'lik görülme oranı ile bu grup içerisinde en sık rastlanan tümörlerdir. Genellikle büyük boyutlara ulaşmadan semptom vermezler ve prognozları kötüdür. Tanıda tümörün boyutunu, lokalizasyonunu ve metastazları değerlendirmek için bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans (MR) kullanılabilir. Cerrahi rezeksiyon sırasında çevre organların hasarı görülebilmekte ve bu organların da kitle ile çıkarılması gerekebilmektedir. Bu yazıda, kısa sürede ortaya çıkan ve tek yakınması karın sağ tarafta ele gelen kitle olan 24 yaşında iyi diferansiye liposarkom tanılı kadın hasta ele alınmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

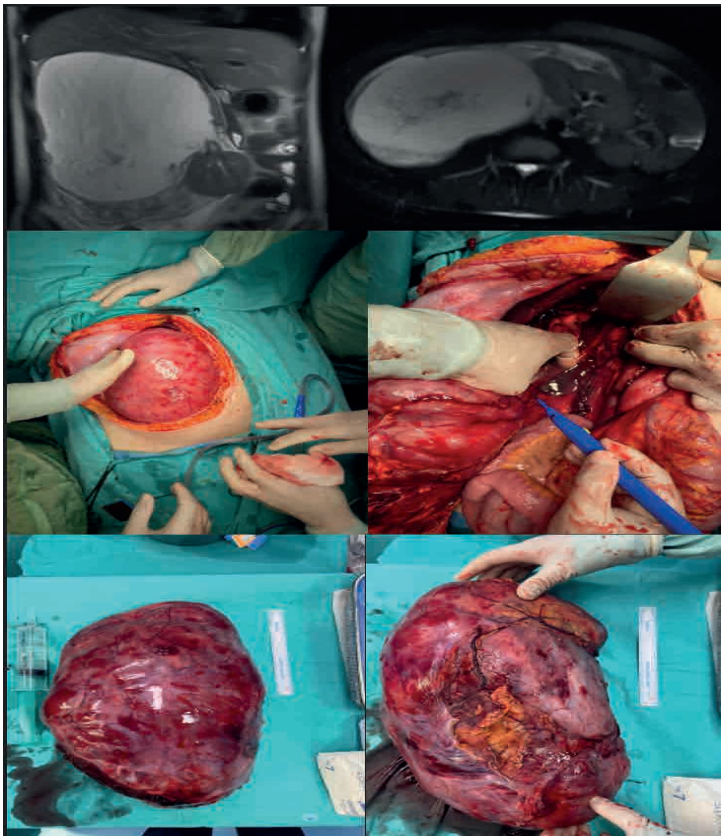
Yirmidört yaşında kadın hasta, bir aydır mevcut olan karın sağ tarafında şişlik yakınması ile üroloji polikliniğe başvurdu. Fizik muayenede, batın sağ kadranı tamamen dolduran ve inspeksiyonda karında bombeleşmeye sebep olan kitle mevcuttu. Laboratuvar bulguları normal olan hastanın tüm abdomen ultrasonografisinde sağ sürrenal lojda 230x184x90 mm boyutlu içerisinde kistik alanlar bulunan belirgin vaskülarize lezyon saptanmış ve tanımlı lezyonun inferiorunda 77x36 x44 mm ve 29x22 mm boyutlu iki adet, süperomedialinde 29x16x17 mm boyutlu benzer natürde bir adet lezyon görülmüştür. Bunun üzerine yapılan tüm batın MR'da batın sağ kadranı tümüyle dolduran yaklaşık 215x165x140 mm boyutunda kontrast tutan kitle ve 73x50 mm, 30x28mm ve 20x17 mm üç adet daha satellit lezyon saptanmıştır. Tanımlanan ana lezyonun, karaciğeri anteriora, sağ böbreği inferomediale deplase ettiği görülmüştür.

BULGULAR

Cerrahi rezeksiyon kararı verilen hastanın preoperatif hazırlıkları tamamlandıktan sonra genel anestezi altında işleme alındı. Modifiye Makuuchi insizyonla katlar geçildi. Kitle boyutu itibariyle cilt, cilt altı dokuları, kasları ve fasyaları oldukça gerdiği için kısa sürede kitleye ve retroperitoneal alana ulaşıldı. Retroperitoneal alanın tamamını dolduran superiorda karaciğere inferomedialde duodenum ve büyük damarlara yapışık olan kitle böbrek ve böbreküstü beziyle beraber en-block çıkarıldı. Ekzisyon sonrasında uzun aksının 40cm olduğu ölçüldü. Histopatolojik inceleme sonucunda kitlenin S-100, CDK-4 ve MDM 2 amplifikasyon pozitif, DDIT-3 yeniden düzenlenmesi negatif saptanan iyi diferansiye liposarkom (%90 miksoid komponent baskın, %10 inflamatuar) olduğu saptandı.

SONUÇ

Dev retroperitoneal kitleler klinik olarak sessiz ilerleyen, kötü prognostik faktöleri içerisinde barındıran bir hastalık grubudur. Dev retroperitoneal kitlelerde açık radikal rezeksiyon hala güncelliğini koruyan etkili bir yöntemdir.



SB-191

NONSEMİNOMATÖZ GERM HÜCRELİ TÜMÖR NEDENİYLE KEMOTERAPİ SONRASI RPLND UYGULANAN HASTALARDA INTRAOPERATIF EK PROSEDÜR UYGULANMASINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

HAKAN KESKİN(1) MUNASIB MAMMADOV(1) MESUT ALTAN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1) BÜLENT AKDOĞAN(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Nonseminomatöz germ hücreli tümör (NSGHT) nedeniyle kemoterapi (KT) sonrası Retroperitoneal Lenf Nodu Diseksiyonu (RPLND) uygulanan hastalarda intraoperatif ek prosedür uygulanmasını etkileyen faktörler ve ameliyat öncesi ek prosedür riskinin belirlenmesi

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2000 ile Ocak 2022 tarihleri arasında KT sonrası RPLND yapılan non-seminomatöz testis tümörlü 211 hastaların verileri retrosepektif olarak incelendi. Seminom patolojisi olan 9 hasta çalışmadan çıkartıldı. Hasta yaşı, kemoterapi öncesi ve sonrası radyolojik LN boyutları, patolojik LN boyutu, IGCCCG risk grubu (düşük vs orta/yüksek), tümör yeri (gonadal vs ekstragonadal), tümör tipinde embriyonel karsinom varlığı, cerrahi sınır pozitif/negatifliği, RPLND patolojisi, ikincil KT alınmış olması ve tanı anı biyokimyasal parametreler (afp, b-hcg ve LDH) ile sağkalım arasındaki ilişki araştırıldı. Veriler SPSS 26.0 programında analiz edildi.

BULGULAR

Ortalama yaş 28,8±8,7 yıl, ortanca takip süresi 21,5 (2-240) ay ve cerrahi sınır pozitifliği %11,9 olarak bulundu. KT öncesi ve sonrası radyolojik LN boyutu ve patolojik LN boyutları ROC Curve ile incelendi. KT öncesi radyolojik LN boyutu 49mm'de, patolojik lenf nodu boyutu ise 51mm'de sırasıyla %75,9 ve %81,1 oranında duyarlılığa, %60,8 ve %76,7 oranında özgüllüğe sahipti. Bu değerler "cut-off" değer olarak kabul edilerek veriler gruplandırıldı. Tanı anı biyokimyasal parametreler ile KT öncesi ve LN sonrası LN boyutlarının cevabı cm, yüzde ve regresyon açısından hesaplandı ve anlamlı değer bulunmadı. Tek değişkenli analizde hasta yaşının, tümör tipinde embriyonel karsinom varlığının, KT sonrası radyolojik lenf nodu değerinin, ikincil KT almış olmanın, RPLND patolojisinin ve biyokimyasal parametrelerin ek prosedür gerekliliğine etkisi gösterilememiştir (p=0,086, p=0,108, p=0,076 ve p=0,265, sırasıyla). KT öncesi radyolojik LN boyutu, patolojik LN boyutu, IGCCCG risk grubu, tümör yeri ve cerrahi sınır pozitifliği ek prosedür uygulanması ile ilişkili bulunmuştur(p<0,001, p<0,001, p<0,021, p=0,011, p=0,012, sırasıyla). Çok değişkenli analizde KT öncesi radyolojik LN boyutu ve patolojik LN boyutu ek prosedür uygulanması ile ilişkili bulunmuştur [p=0,010; p<0,001, sırasıyla].

SONUÇ

NSGHT tedavisinde kemoterapi sonrası RPLND önemli bir tedavi basamağıdır. Bu tedavi basamağında intraoperatif cerrahiyi etkileyebilecek ek prosedürler doğrudan KT öncesi radyolojik LN boyutu ve patolojik LN boyutu ile ilişkilidir. Hastanın KT aldıktan sonra radyolojik olarak görüntülenen LN boyutunda gerilemenin cerrahi ek prosedür üzerine etkisi yoktur.

Anahtar Kelimeler: Nonseminomatöz germ hücreli tümör, ek prosedür, testis tümörleri

SB-192

T1 BÖBREK TÜMÖRÜ NEDENİYLE PARSİYEL NEFREKTOMİ UYGULANAN HASTALARDA PATOLOJİK T3A'YA EVRE ATLAMASININ ONKOLOJİK SONUÇLARA ETKİSİ

BÜLENT ÖNAL(1) MUHAMMED FATİH SİMSEKOGLU(1) AHMET VURAL(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) ÇETİN DEMİRDAĞ(1) AHMET EROZENCİ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

AMAÇ

Klinik T1 böbrek tümörlerinin Patolojik T3a'ya evre atlaması karşılaşılabilen bir durumdur. Literatürde bu alanda tartışmalı sonuçlar bulunmaktadır. Bu çalışmamızda, evre ilerlemesi olan ve olmayan hastalar arasındaki klinik ve onkolojik farklılıkların belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ekim 2012 ile Haziran 2022 tarihleri arasında klinik T1 böbrek tümörü nedeniyle parsiyel nefrektomi uygulanan 182 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Eksik dosyası olan 4 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastaların demografik, klinik ve onkolojik verileri toplanarak değerlendirmeye alındı. Klinik T1 olup patolojik T1 olan ve patolojik T3a'ya ilerleyen hastalar iki gruba ayrılarak klinik ve onkolojik verileri uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 178 hastanın 161'inde patolojik evre pT1 (Grup 1) saptanırken 17 tanesinde pT3a (Grup 2) saptandı. Hastaların ortalama takip süresi 45.8 ay olarak hesaplandı. Grup 1'de medyan hasta yaşı 55 (19-83) olup bunların 98'i (%60.9) erkek ve 63'ü (%29.1) kadındı. Grup 2'nin ise medyan hasta yaşı 59 (24-77) olup bunların 13'ü (%76.5) erkek ve 4'ü (%23.5) kadındı (p=0.246 ve p=0.294). Tümör boyutunun medyan değeri Grup 1'de 3.5 (1-9.5) mm, Grup 2'de ise 4.5 (1.7-9.4) mm ölçüldü (p=0.04). Grup 1'deki hastaların 145'i (%90.1), Grup 2'dekilerin ise 16'sı (p=94.1) rcc histopatolojisine sahipti (p=0,495). Grup 1'deki hastaların 28'i (%17.4), Grup 2'dekilerin ise 5'i (p=29.4) endofitik yerleşimliydi (p=0,320). Grup 1'deki hastaların 12'si (%7.5), Grup 2'dekilerin ise 3'ü (%17.6) renal hücreli karsinom histopatolojisine sahipti (p=0,159). Ortalama 45.8 aylık takipte Grup 1'deki hastaların 156'sı (%96.9), Grup 2'dekilerin ise 14'ü (%82.4) yaşamına devam etmekteydi (p=0,030).

SONUÇ

Klinik T1 olup patolojik T3a ya evre atlayan hasta grubu onkolojik açıdan kötü prognoza sahiptir. Bu hasta grubuna yönelik ayrı bir tedavi ve takip protokolünün geliştirilmesi gerekmektedir.

SB-193

HİDROSELEKTOMİ SONRASI TANI KONAN TUNİKA VAGİNALİS ORJİNLİ MALİGN MEZOTELYOMA: OLGU SUNUMU

AHMET ÖNDER ÖRS(1) HASRET TOPAÇ(2) ENDER ORAL(3)

1. Marmaris Devlet Hastanesi, Muğla
2. Milli Savunma Üniversitesi Hava Harp Okulu, İstanbul
3. Milli Savunma Bakanlığı, Ankara

AMAÇ
Tunika vaginalis kaynaklı Malign Mezotelyoma nadir ve agresif bir tümördür. Literatürde yaklaşık 90 vaka bildirilmiştir. Bütün yaş gruplarında görülebilir; fakat 55 ile 75 yaş arasında insidansı artmaktadır. Malign mezotelyomaların %0,3-5'i tunika vaginalisde ortaya çıkar. Hidrosel, tunika vaginalis yaprakları arasında sıvı birikimi ile karakterizedir. Yaklaşık olarak %10 testiküler kanser ile beraber reaktif hidrosel bulunabilir.

GEREÇ-YÖNTEM
25 yaşında erkek hasta altı ay önce sağ hemiskrotumda başlayan ve artan şişlik ve ağrı şikayeti ile başvurdu.

BULGULAR
Fizik muayenede sağ hidrosel tespit edildi. Yapılan Skrotal Ultrasonografide sağ hemiskrotumda masif hidrosel tespit edildi. Hastaya Hidroselektomi uygulandı. Operasyon sırasında Tunika vaginalis parietal yaprağında 0,5cm boyutlarında 2 adet polipoid lezyon izlendi. Eksize edilerek patolojiye gönderildi. Patolojik inceleme sonucunda Mezotelyoma, epiteloid tip tanısı kondu. Sonrasında Radikal Orşiektomi uygulandı ve Onkoloji kliniğince tedavisi planlanlanarak takibe alındı.

SONUÇ
Paratestiküler kanser vakaları çok nadirdir. Tunika vaginalisten köken alan mezotelyoma, uzun süre asemptomatik kalabilir. Vakaların yarısından fazlasında klinik görünüm, hidroseli veya skrotumda kitleyi taklit eder. Tedaviye rağmen tümörün çok kötü bir prognozu vardır; ve ortalama yaşam süresi 23 aydır. Malignitelerin reaktif hidrosele yol açabileceği düşünülerek Hidroselektomi operasyonu sırasında Tunika Vaginalis ve testis dikkatli değerlendirilmelidir.

SB-194

TRANSLOKASYON RENAL HÜCRELİ KARSİNOMLARIN KLİNİK ÖNEMİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

SERDAR KALEMCİ(1) BUĞRA YILDIZ(1) KASİM EMRE ERGÜN(1) FUAT KIZILAY(1) ADNAN ŞİMSİR(1) BANU SARSIK KUMBARACI(2)

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir
2. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

AMAÇ
Renal hücreli karsinom (RHK), böbrekte en sık görülen solid lezyondur ve tüm böbrek malignitelerinin yaklaşık %90'ını oluşturur. Mikroftalmi ile ilişkili transkripsiyon ailesi translokasyonu renal hücreli karsinom (tRHK) ise erken başlangıç ile karakterize nadir görülen bir RHK alt tipidir. tRHK'ler, son derece agresif klinik davranışa sahiptir ve ayrıca erken nodal metastaz yapma olasılığı daha yüksektir. Bu çalışmada, merkezimizde tedavi görmüş tRHK'li hastaların retrospektif analizini yapmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2012-2021 yılları arasında radikal veya parsiyel nefrektomi yapılan böbrek kanserli hastaların elektronik verilerini ve kayıtları incelendi. tRHK tanısı alan 14 hastanın verileri değerlendirildi. 14 hastanın patoloji örnekleri iki deneyimli genitoüriner patolog tarafından değerlendirildi. Yetersiz verisi olan 3 hasta çalışma dışı bırakıldı. Yaş, cinsiyet, operasyon tipi, postoperatif histopatolojik veriler (tümör tipi, patolojik T evresi, lenf nodu durumu, tümör boyutu), takip süresi ve onkolojik sonuçlar (nüks veya metastaz varlığı, nüks süresi, kansere özgül mortalite ve sağkalım süresi) kaydedildi.

BULGULAR
2012-2021 yılları arasında merkezimizde tRHK tanısı alan 11 hastanın verileri incelendi. Ortalama yaşı 44,1 (12-70) olan 6 erkek ve 5 kadın hasta vardı. Beş hastaya insidental tanı konulurken, 3 hastaya yan ağrısı, 2 hastaya hematüri ve 1 hastaya ise alt üriner sistem semptomları ile tanı konuldu. Ortalama tümör boyutu 5,31 cm (3-13) idi. Sekiz hastaya radikal nefrektomi, 3 hastaya nefron koruyucu cerrahi uygulandı. Hastaların ortalama takip süresi 59.9 (3.3-115) aydı. İzlem sırasında beş hastada metastaz gelişti ve bu hastalardan ikisi ileri hastalık nedeniyle öldü.

SONUÇ
tRHK, sıklıkla agresif bir seyir izleyen nadir RHK alt tipidir. Şu anda, tRHK'si olan hastalar için standart bir tedavi protokolü yoktur. Gelecekteki daha uzun takip süresi ve daha fazla çalışma popülasyonuna sahip ve bu neoplazmalardaki prognostik faktörleri ve terapötik hedefleri belirlemek için ortaya çıkan genomik teknolojileri kullanacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-195

PARSİYEL NEFREKTOMİ YAPILAN HASTALARDA EVRE YÜKSELMESİNİ ÖNGÖRMEDE KULLANILABİLECEK RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MUSTAFA GÜRSES(1) BORA İRER(2) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) EMİNE BURÇİN TUNA(1) KUTSAL YÖRÜKOĞLU(1) ÖMER DEMİR(1) GÜVEN ASLAN(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir
2. İzmir Büyükşehir Belediye Eşrefpaşa Hastanesi, İzmir

AMAÇ

Böbrek tümörü nedeniyle parsiyel nefrektomi yapılan hastaların bazılarında patoloji sonucunda evre yükselmesi görülebilmektedir. Çalışmamızda da parsiyel nefrektomi yapılan hastaların patoloji sonuçlarında evre yükselmesini öngörmede kullanılabilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya kliniğimizde 1991 ile 2022 tarihleri arasında böbrek tümörü ön tanısıyla parsiyel nefrektomi yapılan hastalar dahil edildi. Hastaların demografik verileri, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları ve operasyon verileri retrospektif olarak kaydedildi. Hastaların preoperatif görüntülemelerden elde edinilen klinik evresiyle postoperatif patoloji sonucundan elde edinilen patolojik evresi karşılaştırıldı. Hastalar evre yükselmesi varlığına göre iki gruba ayrıldı ve gruplar demografik veriler, laboratuvar, görüntüleme, operasyon ve patoloji sonuçları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan ve verilerine eksiksiz olarak ulaşılabilen toplamda 139 hasta çalışmaya dahil edildi ve hastaların ortanca yaşı 56 (29-80) idi. Hastaların 13 tanesinde (9,4%) evre yükselmesi saptandı. Evre yükselmesi saptanan ve saptanmayan hastalar karşılaştırıldığında; kadın cinsiyet olan 55 hastanın hiçbirinde evre yükselmesi gözlenmezken, 84 erkek hastanın 13 ünde(%15.5) evre yükselmesi saptandı ve arada fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0.002). Gruplar arasında tümör boyutları ve yerleşimleri benzerdi (Tablo 1). Tümörü sağ böbrekte olan 77 hastanın 12 (%15.6) tanesinde evre yükselmesi gözlenirken, sol böbrek tümörü saptanan 60 hastanın sadece 1 (%1.7) tanesinde evre yükselmesi saptandı (p=0.019).

SONUÇ

Çalışmamızda parsiyel nefrektomi yapılan hastalarda evre yükselmesini öngörmedeki olası risk faktörleri, erkek cinsiyet ve tümörün sağ tarafta olması olarak saptandı. Evre yükselmesini öngörmede kullanılabilecek bir öngörü modeli oluşturabilmek için daha fazla hasta sayılı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1: Parsiyel nefrektomi yapılan hastalarda evre yükselmesi olan ve olmayan hastaların karşılaştırılması

-	Evre Yükselmesi (-) N=126	Evre Yükselmesi (+) N=13	p
Yaş (mean)	55.9±10.8	56.4±15.1	-
Cinsiyet (n,%) Erkek Kadın	71(84.5%) 55(100%)	13(15.5%) 0(0%)	0,002
BMI (mean)	28.2±2	28.1±2	0,985
Tümör boyutu (mean)	35.1±14.8	39.3±16.9	0,357
RENAL nefrometri skoru(mean)	6.7±1.6	6.5±2.2	0,091
Padau Skoru (mean)	7.6±1.5	7.6±2.2	0,089
BT Var Yok	57(%93.4) 54(%90)	4(%6.6) 6(%10)	0,529
MRG Var Yok	60(%89.6) 50(%94.3)	7(%10.4) 3(%5.7)	0,509
Görüntülemeden operasyona kadar geçen süre(gün)(mean)	44.4±30.5	38.7±18.5	0,284
Tümör yerleşimi Üst pol Orta kesim Alt pol Üst pol+Orta kesim Alt pol+Orta kesim Tüm böbreği kaplayan tümör	32(91.4%) 39(90,7%) 49(89,1%) 1(100,0%) 4(100,0%) 1(100,0%)	3(8.6%) 4(9,3%) 6(10,9%) 0(0%) 0(0%) 0(0%)	0,977
Tümör tarafı (n,%) Sağ Sol Bilateral	65(84,4%) 59(98.3%) 2(100,0%)	12(15,6%) 1(1.7%) 0(0%)	0,019

SB-196

RETROPERİTONEAL ABSE; KOLESİSTEKTOMİ SONRASI ÇOK NADİR BİR GEÇ KOMPLİKASYON: OLGU SUNUMU

ERSOY UYSAL(1) SACİT NURİ GÖRGEL(2)

1. Simav Doç. Dr. İsmail Karakuyu Devlet Hastanesi, Kütahya
2. Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

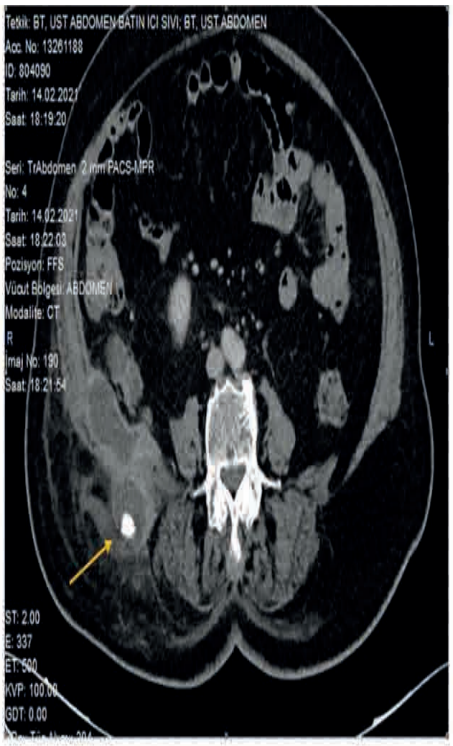
AMAÇ
Kolesistektomi sonrası geç dönemde meydana gelen retroperitoneal apse olgusunu sunmak.

GEREÇ-YÖNTEM
Olgu sunumu: Acil servise başvurusu olan bir olgunun klinik bulgularından yararlanılarak olgu sunumu hazırlanmıştır.

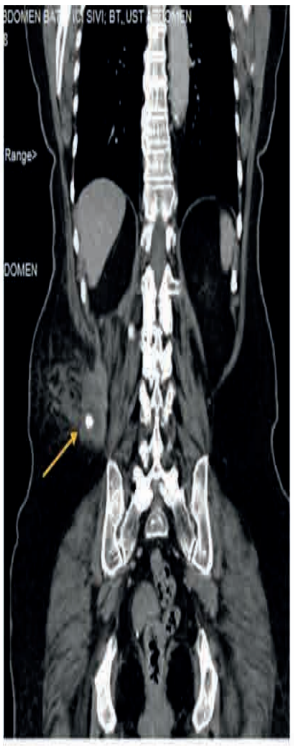
BULGULAR
Retroperitoenal abseler; geçirilmiş cerrahi, travma, spinal osteomyelit, tüberküloz, renal enfeksiyon ve enflamatuar barsak hastalığı sonucu gelişebilir. Retroperitoneal bölgenin enfeksiyonlarının klinik seyirleri farklılık gösterebilir. Safra taşı tedavisinde laparaskopik kolesistektomi altın standart tedavi yöntemidir. Laparaskopik işlem esnasında safra taşlarının intraperitoneal boşluğa döküldüğü safra kesesi duvarı hasarı gelişebilir. Safra taşları cerrahi sonrası değişik komplikasyonlarla ilişkili olabilir. Bu olgu sunumunda, kolesistektomi sonrası geç dönemde meydana gelen retroperitoneal apse olgusunu sunduk.

Sağ lomber bölgede ağrı, üşüme titreme ve ateş şikayetleri olması üzerine acil servise başvurdu. Fizik muaynesinde sağ lomber bölgede abse ile uyumlu olabilecek kızarıklık endürasyon ısı artışı, şişlik ve hassasiyet saptandı. Defans ve rebound yoktu. Barsak sesleri olağandı akut batın tablosu yoktu. Labaratuar tetkiklerinde WBC :17,620/mm3 Neutrophil :14.440 mm3 (%81,9), Kreatinin:1,06 mg/dl, CRP:147,36 mg/dl Tam idrar tetkikinde bol lökosit saptandı. Ateş:38,9 C olarak ölçüldü. Çekilen bilgisayarlı tomografisinde(BT) sağda cilt altından başlayan psoas kasına doğru uzanım gösteren abse formasyonu içinde dansite veren yabancı cisim şeklinde raporlandı

SONUÇ
Laparoskopik kolesistektomi sırasında dökülen safra taşları nedeni ile gelişen safra kesesi taşı abseleri nadir bir durumdur. LC sırasında dökülen taşları geri almak için gerekli her türlü çabanın vaka sırasında yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu tarz bir vaka tanı koymada hasta öyküsünün önemli olduğunu ve dikkatli bir şekilde öykü alınması gerektiğini de göstermektedir. Bizim vakamızda hastanın iki yıl önce kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Burada LC den çok uzun süreler sonra bile bu tarz bir komplikasyonun olabileceğini akılda tutmak ve bu konuda komplikasyonların erken tanısına katkıda sağlayacak şekilde hastaları bilgilendirmenin hayati derecede önemli olduğunu düşünmekteyiz.



Resim-1 BT Transvers kesit -sağda retroperitoneal alanda içinde abse formasyonu ve opasite (okla gösterilmiştir)



Resim-2 BTkoronal kesit -sağda retroperitoneal alanda içinde abse formasyonu ve opasite (okla gösterilmiştir)

SB-197

ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR HASTANEDE FOURNİER GANGRENİ DENEYİMLERİMİZ VE BUNUN KAN SAYIMI PARAMETRELERİ İLE İLİŞKİSİNİN ANALİZİ

BAHADIR TOPUZ(1) SELÇUK SARIKAYA(1) ADEM EMRAH COĞUPLUGİL(1) SERCAN YILMAZ(1) TURGAY EBİLOĞLU(1) ENGİN KAYA(1) MURAT ZOR(1) MESUT GÜRDAL(1)

1. Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Fournier gangreni, genital ve perineal bölgenin hızla ilerleyen ve yaşamı tehdit eden nekrotizan fasiitidir. Amacımız, Fournier gangreni ile ilgili deneyimlerimizi paylaşmak ve mevcut klinik verilerin tam kan sayım parametreleri, inflamasyon hücreleri ve sistemik inflamasyon belirteçleri ile ilişkisini analiz etmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Fournier gangreni tanısı ile Ocak 2016 - Aralık 2020 arasında takip edilen ve tedavi edilen yetişkin hastaların dijital tıbbi kayıtları geriye dönük olarak analiz edildi. İncelenen veriler yaş, cinsiyet, toplam hastanede kalış süresi, predispozan faktörler, etiyolojik faktörler, toplam debridman sayısı, cerrahi işlemler ve antibiyotik olarak belirlendi. Hastaneye yatışın ilk günü ile debridman sonrası 1. ve 7. günlerde ölçülen serum glikoz düzeyleri, tam kan sayım parametre düzeyleri, serum inflamasyon göstergeleri ve C-reaktif protein (CRP) düzeyleri incelendi.

BULGULAR

Otuz altı erkek hastanın dahil edildiği bu çalışmada yaş ortalaması 56.42 (22-86) yıl idi. En yaygın predispozan faktör diabetes mellitusdu (n:13; %36.1). En sık görülen etiyolojik neden skrotal apseydi (n:19; %52.8). Debridman öncesi, debridman sonrası 1. ve 7. günlerde WBC sayısında, nötrofil seviyesinde, NLO (nötrofil/lenfosit oranı) değerinde ve CRP seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı azalma saptandı ($p<0.05$). İlk başvuru anındaki debridman sayısı ile yaş, NLO, PLO (platelet/lenfosit oranı) ve CRP değerleri arasında pozitif korelasyon vardı ($p<0.05$).

SONUÇ

Fournier gangreninin etiyolojik kökeni ürogenital bölge enfeksiyonlarıdır. Fournier gangreninin tedavisiyle birlikte klinik verilerde ve kan sayım parametrelerinde önemli değişiklikler gözlenmiştir.

Tablo 1: Predispozan ve etiyolojik faktörlerin özeti

Predispozan faktörler	n	%
DM	13	36.1
Kötü hijyen	5	13.9
Pelvik cerrahi öyküsü	4	11.1
Demans	2	5.6
Parapleji	2	5.6
Pelvik tümör öyküsü	1	2.8
Yok	9	25
Etiyolojik faktörler	n	%
Skrotal abse	19	52.8
Epididimoorşit	10	27.8
Testiküler abse	4	11.1
Ateşli silah yaralanması	1	2.8
Perianal abse	1	2.8
Priapizm	1	2.8

SB-198

ENDOSKOPİK ÜRETROTOMİ SONRASI KATETER KALMA SÜRESİNİN NÜKS ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

HİLMİ ENES ARACI(1) HİKMET KÖSEOĞLU(1)

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Çalışmamızda endoskopik üretrotomi sonrası; kateter kalma süresi ve diğer klinik faktörlerin nüks üzerindeki etkisini saptamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Ocak 2017 – Haziran 2022 arasında endoskopik üretrotomi geçirmiş hastalar retrospektif değerlendirildi. Radikal prostatektomi sonrası üretral darlık hastaları çalışma dışında bırakıldı. Kateter kalma süresi ve boy, kilo, sigara, komorbid hastalıklar, darlık sayısı-yeri-uzunluğu, geçirilmiş üretrotomi öyküsü gibi diğer klinik faktörlerin nüks üzerindeki etkisi analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 231 hasta dâhil edildi, Hastaların ortalama yaşları 65,9 ± 11,8 ve ortalama vücut-kütle indeksi 27,25±4,2 idi. Hastaların %75'inde sigara kullanımı mevcuttu. Koroner arter hastalığı, ateroskleroz, hiperlipidemi, hipertansiyon gibi iskemi ilişkili komorbid hastalıklar hastaların %47'sinde mevcuttu. Çoğunlukla hastalarda tek bir darlık alanı mevcuttu(%78,4). Darlık lokalizasyonları sırasıyla bulböz üretra(%76), penil üretra(%15) ve membranöz üretra(%9) olarak saptandı. Etiyoloji çoğunlukla iyatrojenik (%77) olup hastaların %65'inde geçirilmiş üretrotomi öyküsü yoktu. Hastaların %51,5'inde geçirilmiş endoskopik ürolojik cerrahi, %3,9'unda açık prostatektomi ve %3,9'unda radyoterapi öyküsü mevcuttu. Kateter kalış süresi tüm hastalarda ≥ 2 hafta idi. Hastaların %50'sinde kateter kalma süresi ≥3 gün, %95'inde ≥7 gün idi. Ortalama kateter kalma süresi 4,5±2,3 gün olarak saptandı. Ortalama darlık yüzdesi 81,1±15,9 olarak hesaplandı. Hastaların %39'unda nüks işlem sonrası nüks mevcuttu. Hastalar iki grubu (>66 ve <65) olarak karşılaştırıldığında darlık lokasyonu ve nüksü açısından istatistiksel anlamlı fark bulunmazken genç grupta nüks süresinin daha uzun olduğu istatistiksel anlamlı olarak saptandı, (21,63±17,50 ay vs. 13,37±13,11 ay; p=0,013). Sigara öyküsü, iskemik hastalık varlığı ve geçirilmiş üretrotomi öyküsü ile karşılaştırıldığında nüks yeri ve varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu, İyatrojenik etiyolojisi olan grupta kateterizasyon süresi anlamlı olarak daha uzun bulundu (5,38±3,22 gün vs. 4,22±1,96 gün; p=0,002).

SONUÇ

Endoskopik üretrotomiler yüksek nüks oranları ile hala kesin bir tedavi seçeneği olmaktan çok uzaktır. Bu oranlar yaşla birlikte artıyor gibi gözükmektedir. Ayrıca cerrahlar iatrojenik olgularda kateterizasyon süresini uzatma eğilimindedir.

SB-199

FORNİER GANGRENİNDE VAKUM YARDIMLI KAPAMA TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

BİLAL KULAK(1) FATİH GOKALP(1) ÖMER KORAŞ(1) HAKAN ŞIGVA(1) SEFA PORGALI(1) NEZİH TAMKAC(1) FERHAT UCURMAK(1) KHALED ALBABA(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay

AMAÇ

Fournier gangreni genital bölgenin nekrotizan fasiiti olarak ilk kez 1764 yılında Baurinne tarafından tanımlanmıştır. Hayatı tehdit eden, perine ve genital bölgede oluşan, fasyal planlar arasında hızlı yayılan ve yumuşak doku nekrozu ile seyreden önemli bir ürolojik acildir. En sık görülen predispozan faktör diabetes mellitustur. HIV, alkolizm ve bağışıklık sistemini azaltan diğer faktörler de fournier gangrenine yatkınlık sağlamaktadır. Ciddi mortalite ve morbidite nedeni olan fornier gangreninde nekrotik dokuların erken cerrahi debridmanı ve antibiyotik kullanımı tedavi başarısında en önemli unsurlardır. Hiperbarik oksijen ve vacuum assisted closure (VAC) gibi yardımcı tedavilerin kullanımı, literatürde bazı yönleriyle hem desteklenmekte hem de tartışılmaktadır. Hastalığın mortalitesi günümüzde teşhis ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelere rağmen halen %16-40 arasında değişmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde debridman sonrası VAC tedavisi uygulanan hastaların klinik takiplerinin farklılıklarına sunmayı amaçladık

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde tarihleri arasında fournier gangreni nedeniyle üroloji kliniğinde takip edilen 52 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların tamamı enfeksiyon hastalıkları tarafından uygun geniş spektrumlu antibiyotik başlanarak acil debridman uygulandı. Hastaların verileri, yara yeri, testisi enfekte olan veya testis kanlanması bozulan hastalara orşiektomi ve anüse yakınlığına göre geçici kolostomi açılması operasyonu uygulandı. Hastalara postop günlük pansuman veya VAC tedavisi uygulanarak takip edildi. Hastalar debridman sonrası yara bakımı takiplerine göre iki gruba ayrıldı.

BULGULAR

Hastaların median yaşı 58 (50.00-65.00) yıl idi. Hastaların %63,5'ine VAC tedavisi uygulandı. Hastaların %11,5'nin orşiektomi gerekliliği nedeniyle orşiektomi ve %34.8'ine ise yine ilk debritman sırasında eş zamanlı kolostomi açılması uygulandı.
Alt grup analizinde, hastalar sağ kalanlar ve ölenler şeklinde iki gruba ayrıldığından VAC tedavisi uygulanan hasta sayısı sağ kalan grupta istatistiki daha fazla idi (p=0.020). Ek olarak septik şokta olan hasta sayısı sağ kalanlar grupta istatistiki olarak anlamlı daha az idi. (p=0.025). Hastalar yara bakımlarına göre iki gruba ayrıldığında ise hastaların median yaşı, kan şekeri düzeyi, beyaz küresi benzerdi (p=0.128, p=0.178, ve p=0.816, sırasıyla). Hastanede yatış süresi VAC tedavisi uygulananlarda istatistiki olarak daha kısa idi (p=0.07).

SONUÇ

Fornier gangreni halen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Hastalığın seyrinde erken müdahaleyle birlikte postoperatif iyi bir yara bakımı ve septik şokun iyi yönetilmesi oldukça önemlidir.

Tablo 1: Hastaların demografik verileri

		Count
Yaş		58 (50.00-65.00)
Yatış CRP		191.5 (97.85-21.50)
Glukoz		182.60 (104.98-300.02)
Bun		31.75 (18.45-54.70)
Kreatin		1.16 (0.80-2.08)
Lenfosit		1.56 (1.04-2.16)
Nötrofil		14.65 (11.13-18.45)
Yatış WBC		16.88 (13.38-21.81)
Hga1c		6.30 (5.60-10.30)
VAC Tedavisi	Yok	19 (36.5%)
	Var	33 (63.5%)
Kolostomi	Yok	34 (65.4%)
	Var	18 (34.6%)
Orşiektomi	Yok	46 (88.5%)
	Var	6 (11.5%)
Greftleme	Primer Kapama	19 (37.3%)
	Greftleme	32 (62.7%)
Septik Şok	Yok	41 (78.8%)
	Var	11 (21.2%)
Ölüm	Sağ	42 (80.8%)
	Ölüm	10 (19.2%)

Tablo 2: Grupların karşılaştırılması

		Grup 1	Grup 2	*p*
Yaş		56.50 (43.00-65.00)	61.50 (54.00-77.00)	0.128
Yatış CRP		192.50 (151.00-210.00)	118.50 (56.10-211.00)	0.241
Glukoz		174.60 (101.48-300.00)	209.44 (134.57-409.00)	0.178
Bun		30.55 (17.20-43.70)	44.30 (21.80-82.20)	0.182
Kreatin		1.01 (0.77-1.88)	1.74 (1.24-2.70)	0.057
Lenfosit		1.45 (1.07-2.07)	1.90 (0.71-2.45)	0.609
Nötrofil		13.98 (10.88-17.70)	16.50 (14.42-19.20)	0.307
Yatış WBC		16.39 (13.08-21.93)	18.35 (13.68-21.69)	0.810
Hga1c		6.15 (5.50-9.60)	8.50 (6.30-11.60)	0.246
VAC Tedavisi	Yok	12 (28.6%)	7 (70.0%)	**0.020***
	Var	30 (71.4%)	3 (30.0%)	
Kolostomi	Yok	26 (61.9%)	8 (80.0%)	
	Var	16 (38.1%)	2 (20.0%)	0.244
Orşiektomi	Yok	37 (88.1%)	9 (90.0%)	
	Var	5 (11.9%)	1 (10.0%)	0.676
Greftleme	Primer Kapama	16 (38.1)	4 (40.0%)	
	Greftleme	26 (61.9%)	6 (60.0%)	0.553
Septik Şok	Yok	36 (85.7%)	5 (50.0%)	
	Var	6 (14.3%)	5 (50.0%)	**0.025***

*Fisher exact testi kullanılmıştır.

SB-200

ATEŞLİ SİLAH İLE BİLATERAL TESTİS TRAVMASI

TÜRKER ALTUNTAŞ(1) GÜNAL ÖZGÜR(1) ERSİN GÖKMEN(2) HAYDAR KAMİL ÇAM(1)

1. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul
2. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ
Ateşli silahlara bağlı testis travmasında atrofi,organ kaybı,infertilite ve hipogonadizm riski olup acil cerrahi eksplorasyon gerekir.Bilateral testis travması çok nadirdir ve infertiliteye ek ömür boyu testosteron idamesi gerekmektedir.

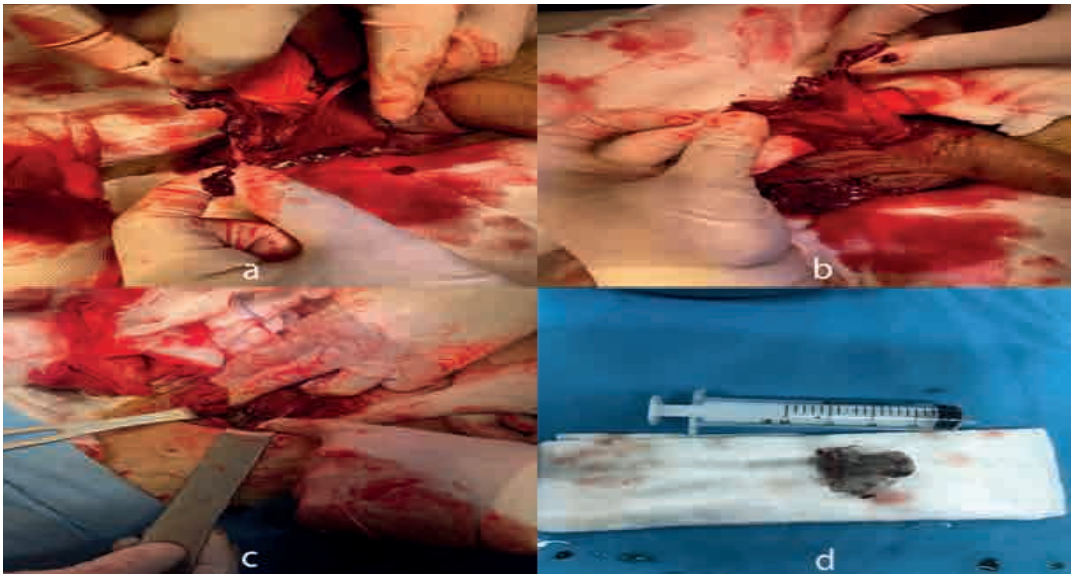
GEREÇ-YÖNTEM
Bu vakada 29 yaşında yakın mesafeden pompalı tüfek ile bilateral testis hasarı olup bacağına plastik kovan saplanan hastayı sunmayı amaçlıyoruz.

BULGULAR
Acildeki hastanın FM'de skrotum sağ üst ve sol yarısında ciltte doku kaybı izlendi.Sol uyluk medialde 8 cm cilt ve kas dokusu hasarı izlendi.Kontrastlı BT görüntüsünde batın içerisinde ek bir patoloji izlenmedi.Sol uylukta çok sayıda saçma izlendi.Alt ekstremite BT anjiyoda damar yapıları intaktı.Genel cerrahi,ortopedi,kalp damar cerrahisi ve plastik cerrahi tarafından hastaya girişim düşünülmedi, bacaktaki alana primer süturasyon önerildi.Hasta ve hasta yakınları cerrahi eksplorasyon,bilateral orşiektomi, infertilite ve ömür boyu testosteron replasmanı ihtimali açısından bilgilendirildi, yazılı onam alındı.

Skrotumdan hematom temizlendiğinde belirgin testis dokusu bulunamadı.Her iki spermatik kord ve vas deferans takip edilerek en distaline gelindiğinde uçlarının boşta olduğu görüldü. Onarım yapılabilecek testis dokusu olmaması nedeniyle her iki kord bağlanarak travmatize ve nekrotize olmuş dokular çıkarıldı.Plastik cerrahi ve kalp damar cerrahisi ekibine hasta konsulte edilerek sol uyluk bölgesindeki defekt alanı aralandığında bu alanın içerisine saplanmış 2,8 cm uzunluğunda plastik kovan parçası olduğu gözlendi(Resim).Mermi kovanının skrotum sağ üst kısmından girip sol alt kısmından çıkarak sol uyluk bölgesine girdiği, iki testisi parçaladığı düşünüldü.Kovanın çıkarılması sonrasında plastik cerrahi ile birlikte skrotum ve uyluk bölgesindeki nekrotik cilt bölgeleri temizlenerek primer olarak kapatıldı. Hastanın post op 2.gün hormon değerleri FSH, LH yüksek Testosteron düşük olup primer hipogonadizm ile uyumlu geldi.Endokrin hastalıkları ile yara iyileşmesi ve mobilizasyon durumuna göre testosteron tedavisinin poliklinikte başlanması planlandı.Hasta 3. gün taburcu edildi.

SONUÇ
Travmatik testis rüptüründe ilk amaç lasere testis dokusunun primer onarımını sağlayarak organ kaybını önlemektedir.Ateşli silah yaralanmalarında travmanın şiddetinin çok yüksek olması nedeniyle testis dokusunun onarılamaz hale gelmesi, spermatik kordun parçalanması ve testis kanlanmasının bozulması durumlarında orşiektomi gerekmektedir.Bilateral testis hasarı olan hastalarda infertilite ve ömür boyu testosteron kullanımı gerekliliği oluşmaktadır.

Ateşli silah yaralanmalarında merminin veya saçmaların giriş-çıkış deliklerinin ayrıntılı bir şekilde incelenmesi çok önemlidir.Bu vakamızın eğitici özelliği bilateral testis travmasının nadir görülmesinin yanında, ilgili branşlar tarafından primer suturasyon önerilen ve hasta ürolojik cerrahiye alınmasa bacaktaki yaranın acilde kapatılması planlanan hastada bacakta saplanmış plastik kovan parçası bulunması olmuştur.Genç ürologlar olarak akılda tutulması gereken şey bu tarz hastalarda cerrahi eksplorasyon sırasında ürolojik cerrahi alanının dışında dahi olsa mermi seyrinin etkileyebileceği doku ve organların ayrıntılı olarak ilgili branşlarla birlikte değerlendirilmesi ve ameliyat masasında resmi konsültasyon istenmesinin unutulmaması olacaktır.Bu hasta grubunun adli vaka olması da gözönüne alındığında bu yaklaşım hem hasta sağlığı hem de malpraktis ve hukuki problemler açısından uygun olacaktır.



SB-201

GENİTOÜRİNER SİSTEM TÜBERKÜLOZU: İTF DENEYİMİ

RİFAT BURAK ERGÜL(1) İSMAİL SELVİ(1) REŞAT AYDIN(1) MUHAMMET İRFAN DÖNMEZ(1) GONCA ERKÖSE GENÇ(2) DİLEK ŞATANA(2) ZAYRE ERTURAN(2) MELTEM UZUN(2) ORHAN ZİYLAN(3) TAYFUN OKTAR(3) İSMET NANE(3)

1. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
3. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Çocuk Ürolojisi Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Genitoüriner sistem tüberkülozu (GÜ-TBC), ekstrapulmoner tüberküloz olgularının en sık ikinci nedeni olup klinik karakteristik özellikleri değişken olduğundan, ayırıcı tanıda akla gelmedikçe tanı konulması zor olabilmektedir. Erken tanı ve tedavi, başta kronik böbrek hastalığı gelişiminin önlenmesi olmak üzere, GÜ-TBC kaynaklı diğer semptomların önüne geçebilmek açısından hayati önem taşımaktadır. Bu çalışmada, merkezimizde 20 yıllık sürede GÜ-TBC tanısı alan hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Merkezimizde Ocak 2001 ile Aralık 2021 tarihleri arasında, mikrobiyolojik ve/veya histopatolojik incelemeler sonucunda GÜ-TBC tanısı alan toplam 46 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri kaydedildi.

BULGULAR
GÜ-TBC tanısı anında hastaların medyan yaşı 48.5 (min:16-max:82) olup, erkek/kadın oranı 26/20 idi. Hastaların başvuruda en sık gözlenen yakınmaları sırasıyla AÜSS [dizüri (n:12, %26.1), pollaküri (n:8, %17.3), urgency (n:5, %10.8), urge inkontinans (n:3, %6.5)], non-spesifik semptomlar [halsizlik, kas ağrısı, bel ağrısı, eklem ağrısı (n:12, %26.1)], makroskopik hematüri (n:11, %23.9), renal kolik (n:10, %19.5), skrotal şişlik (n:4, %8.6), skrotal ağrı (n:1, %2.1), infertilite (n:1, %2.1) olarak gözlendi. 10 (%21.7) hastada önceden geçirilmiş pulmoner tüberküloz öyküsü mevcuttu. Tanı konulurken 3 (%6.5) hastada BT ürografiye, 5 (%10.8) hastada ise sistoskopi + mesane punch biyopsi işlemine gerek duyuldu. 15 (%32.6) hastada histopatolojik olarak GÜ-TBC tanısı konuldu. Genitoüriner sistemde en çok etkilenen organlar sırasıyla böbrek (n:25, %54.3), üreter (n:13, %28.2), mesane (n:9, %19.5), testis (n:5, %10.8) ve epididim (n:1, %2.1) idi. Hastaların hepsine medikal antitüberküloz tedavisi (iki ay boyunca dörtlü tedavi, takiben dört ay boyunca idame dozunda izoniazid ve rifampisin) uygulanırken, 9 (%19.5)'unda eksizyonel cerrahi [nefroüreterektomi (n:2), nefrektomi (n:5), orşiektomi (n:1), epididimal kitle eksizyonu (n:1)], 3 (%6.5)'ünde cerrahi drenaj [perkütan nefrostomi (n:2), perkütan renal apse drenajı (n:1)], 2 (%4.3)'sinde ise rekonstrüktif cerrahi [distal üreterektomi + üreteroneosistostomi (n:1), epididimovazostomi (n:1)] gereksinimi oldu. Medyan 114 aylık takipte (min:12-max:180) tam verilerine ulaşılabilen 32 hastanın, 4 (%12.5)'ünde kontrakte mesane nedeniyle AÜSS, 5 (%15.6)'inde böbrek fonksiyonlarında (eGFR) azalma gözlenirken, 1 (%3.1) hastada son dönem böbrek yetmezliği gelişmiş, testis tutulumu olan 1 (%3.1) hastada ise nonobstrüktif azospermi saptanmıştır.

SONUÇ
Bulgularımız, ülkemizde GÜ-TBC rastlanma sıklığının ihmal edilemeyecek düzeyde olduğunu göstermektedir. Hastaların uzun dönem takipte non-fonksiyone böbrek ve üreter striktürü gibi nedenlerle son dönem böbrek yetmezliği gelişme riski, ayrıca AÜSS ve infertilite görülme olasılığı bulunduğundan, rutin muayene ve tetkiklerle nedeni tam olarak açıklanamayan genitoüriner sistem semptomları olan hastaların ayırıcı tanısında GÜ-TBC akla gelmelidir.

SB-202

YENİ HİDROSELEKTOMİ TEKNİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MAHMUT TAHA ÖLÇÜCÜ(1) YASİN AKTAŞ(1) KAYHAN YILMAZ(1) ŞAHİN KILIÇ(1) MURAT ŞAMBEL(1) MUTLU ATEŞ(2)

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Antalya

AMAÇ
Son zamanlarda tarif edilen yeni hidroselektomi tekniklerinin geleneksel hidroselektomi teknikleri ile karşılaştırılması hedeflenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM
Aralık 2018 ve Mart 2020 tarihleri arasında SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılan hidroselektomi teknikleri karşılaştırılmıştır.Çalışma prospektif dizayn edilmiş olup, hidroselektomi yapılan hastalar 3 gruba ayrılmıştır. Grup 1'e Jaobulay veya Wincklеman tekniği, grup 2'ye ONOL tekniği ve grup 3'e eversiyon tekniği uygulanmıştır. Hastaların preoperatif, peroperatif ve postoperatif verileri istatiksel açıdan karşılaştırılmıştır. Ayrıca hastaların 6.ay ve 24. ay postoperatif hidrosel nüksü açısından takipleri değerlendirilmiştir. Postoperatif cerrahi komplikasyonlar Clavien-Dindo sınıflamasına göre yapılmıştır. Dren konulan hastaların drenleri postoperatif 1. günde çekilmiştir. Tüm hastalar postoperatif 1. günde taburcu edilmiştir.

BULGULAR
Çalışmaya toplamda 47 hasta dahil edildi. Grup 1'de 19 hasta, grup 2'de 16 hasta ve grup 3'te 12 hastaya hidroselektomi yapıldı. Grupların yaş, aspire edilen sıvı miktarı ve kanama miktarları arasında fark izlenmedi(p>0,05). Grupların operasyon süreleri arasında istatiksel açıdan grup 3, diğer 2 gruba göre daha kısa operasyon süresine sahipti (p<0,05). Grup 2 de grup 1'e göre istatiksel açıdan daha kısa operasyon süresine sahipti (p<0,05). Hastalarda Clavien-Dindo sınıflmasına göre grade 1 komplikasyondan başka komplikasyon görülmedi. Clavien-Dindo grade 1 komplikasyon açısından grup 1'de grup 2'den daha fazla komplikasyon görüldü. Yine Clavien-Dindo grade 1 komplikasyon açısından Grup 3 ile diğer gruplar arasında fark izlenmemiştir. Altıncı ay ve 24. ay takiplerinde hiçbir hastada nüks hidrosele rastlanmamıştır.

SONUÇ
Çalışmamız bildiğimiz kadarı ile hidroselektomi tekniklerinden bu 3 tekniği karşılaştıran ilk çalışmadır. Süre açısından eversiyon tekniği, komplikasyon açısından ONOL ile eversiyon tekniğinin daha avantajlı olduğunu düşünmekteyiz. Daha doğru sonuçlar için daha geniş populasyonlu, randomize kontrollü çalışmalar yapılması önerilir

Anahtar Kelimeler: Eversiyon; hidroselektomi; Jaboulay ; ONOL; Wincklеman

Tablo 1: Hidroselektomi yapılan hastaların preoperatif, peroperatif ve postoperatif verilerinin karşılaştırılması

-	Grup 1 (n=19)	Grup 2 (n=16)	Grup 3 (n=12)	p değeri
Yaş (mean±SD) (med, min-max)	59.78±18.34 58 (21-85)	65.12±11.12 65 (34-80)	58.83±14.79 62.5 (25-83)	0.541
Aspire edilen hidrosel sıvısı (cc) (med,min-max)	170 (100-450)	275 (150-450)	190 (170-350)	0.137
Kanama miktarı (cc) (med, min-max)	10 (5-20)	10 (10-15)	10 (10-15)	0.545
Operasyon Süresi (dk) (mean±SD)	38.63±2.45 (a)	30.12±2.96 (b)	22±1.75 (c)	<0.01
Postoperatif Clavien-I Oranı (%)	14/19 (73.68) (a)	5/16 (31.25) (b)	4/12 (33.33) (a,b)	0.02
6. Ay Nüks (%)	0/19 (0)	0/16 (0)	0/12 (0)	-
24. Ay Nüks (%)	0/19 (0)	0/16 (0)	0/12 (0)	-

SB-203

AMFİZEMATÖZ PYELONEFRİT DENEYİMLERİMİZ

NECATİ EKİCİ(1) YUSUF ŞENOĞLU(1) İSMAİL EYÜP DİLEK(1) DURSUN BABA(1) ALPASLAN YÜKSEL(1)

1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce

AMAÇ

Bu çalışmada Mart 2017'den Mart 2022'ye kadar olan süreçte kurumumuzda Amfizematöz Pyelonefrit(APN) ön tanısı ile tedavi edilen hastalar retrospektif olarak incelendi. APN ile ilgili deneyimlerimiz ve bulgularımızı paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Amfizematöz Pyelonefrit tanısı ile Mart 2017'den Mart 2022 arasında takip edilen 11 hastanın vital bulguları,laboratuvar sonuçları ve tomografi görüntüleri değerlendirildi.Tedavi yaklaşımı olarak konservatif tedavi ve minimal invaziv yöntemler uygulandı.Hastaların klinik profili Tablo 1'de özetlenmiştir.

BULGULAR

APN tanısı ile 9 kadın ve 2 erkek olmak üzere 11 hasta başvurdu. Hastaların yaş aralığı 28 ile 86 arasındaydı. 5 hasta başvuru anında ciddi sistemik sepsis belirtileri mevcuttu.8 hastada yüksek ateş şikayeti mevcutken 6 hastada kostovertebral açı hassasiyeti pozitif olarak değerlendirildi.8 hastanın diyabet tanısı vardı. 1 hastada trombositopeni (PLT<150,000/mm3) mevcuttu. 8 hastaya böbrek/üreter taşı hastalığı teşhisi konuldu. Laboratuvar bulguları tablo 1'de sunulmuştur.İdrar kültürü pozitif olan hastalarda Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Candida albicans ve Pseudomonas aeruginosa izole edildi. BT taraması tüm hastalarda gaz varlığını gösterdi. BT bulgularına göre hastalar Huang ve Tseng tarafından yapılan sınıflandırmaya dayalı olarak 4 sınıfa ayrıldı: Sınıf 1 - pelvikalisiyel sistemde gaz; Sınıf 2- parankimde gaz; Sınıf 3 - perinefrik ya da pararenal boşlukta gaz ve Sınıf 4 - soliter böbrekte ya da bilateral böbrekte APN. Amfizematöz hasta serilerinin klinik profili tablo 1'de özetlenmiştir.

Birincil tedavi intravenöz geniş spektrumlu antibiyotikten oluşuyordu. 5 hasta parenteral antibiyoterapi ile tedavi edildi.Sadece 3 hastada double J stent gerekliyken, 4 hastada nefrostomi ile drenaj sağlandı. Açık cerrahi gereken hasta olmadı. Ortalama 6 aylık takipte 2 hasta sorunsuz bir şekilde antibiyotik tedavisi ile iyileşirken, 7 hastaya böbrek veya üreter taşı nedeniyle elektif cerrahi tedavi uygulandı. 1 hastada sepsis nedeniyle exitus gelişirken,1 hastada konservatif tedaviyi takip eden taburculuktan 2 hafta sonra kardiyak nedenlerden dolayı exitus gelişti.Diğer tüm hastalarda, ortalama hastanede kalış süresi 5 ile 15 gün arasındaydı.

SONUÇ

Şüpheli üst üriner sistem enfeksiyonlarında BT 'nin erken kullanımı APN saptanması için çok yararlı bir modalitedir.Tanı için kullanılmasının yanında minimal invaziv yöntemler için rehberlik etmesi ve perkütan drenaj sonrası tedavi yanıtını değerlendirmek için en etkili görüntüleme yöntemlerinden biridir.Tanı sonrası agresif geniş spekturumlu parenteral antibiyoterapi son derece etkindir Vaka sayımızın az olmasına rağmen geniş spektrumlu antibiyoterapinin yanında minimal invaziv yöntemlerin kullanılması nefrektomi ve ya açık drenaj ihtiyacını ortadan kaldırabilmektedir.

Tablo 1: Amfizematöz Pyelonefritin Klinik Profili

-	Hastaların sayısal oranı	Hastaların yüzdesel oranı
Ateş	8/11	%72
Septik bulgular(taşikardi,ateş,lökositoz)	5/11	%45
Lökositoz((WBC >11,000/mm3)	8/11	%72
CRP>5 mg/dl	9/11	%81
Trombositopeni(PLT<150,000/mm3)	1/11	%9
Diyabet	8/11	%72
Renal ya da üreteral taş	8/11	%72
Serum kreatinin >2 mg/dl	5/11	%45
İdrar kültürü pozitifliği	4/11	%36
KVAH	6/11	%54
BT Görüntülemesine göre sınıflandırma	-	-
Sınıf 1	4/11	%36
Sınıf 2	4/11	%36
Sınıf 3	3/11	%27
Sınıf 4	0/11	%0

SB-204

TRANSREKTAL ULTRASON EŞLİĞİNDE PROSTAT BİYOPSİSİ PROFİLAKSİSİNDE TEK DOZ ORAL FOSFOMİSİN İLE İNTRAVENÖZ SEFAZOLİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

MEHMET SEVİM(1) OKAN ALKIŞ(2) İBRAHİM KARTAL(2) OĞUZHAN SÖNMEZ(2) ŞEREF COŞER(2) ÖZGÜR KAZAN(2) BEKİR ARAS(2)

1. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kütahya
2. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kütahya

AMAÇ
Bu çalışmada transrektal ultrasonografi (TRUS) eşliğinde yapılan, transrektal prostat biyopsisi (TRİB) profilaksisinde fosfomisin ve sefazolin kullanımı sonrasında gelişen komplikasyonların karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2020 ile Haziran 2022 tarihleri arasında Kütahya SBÜ Tıp Fakültesi Evliya Çelebi EAH üroloji kliniğinde prostat spesifik antijen (PSA) yüksekliği (>4 ng/dl) nedeniyle standart 12 kor TRİB yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar iki gruba ayrıldı. Birinci grupta hastalara işlemden 1 saat önce intravenöz (iv.) 1 gr sefazolin, ikinci gruba ise işlemden 24 saat önce oral 1 gr fosfomisin verildi. İşlem sonrası her iki gruba da 3 gün, günde 2 kez oral 500 mg siprofloksasin verildi. Hastaların demografik verileri, PSA değerleri patoloji sonuçları ve komplikasyonlar değerlendirildi.

BULGULAR
Sefazolin grubundaki 192 hastanın yaş ortalaması 63,36±5,52 yıl, fosfomisin grubundaki 225 hastanın yaş ortalaması 67,72±5,21 yıldı ($p<0,05$). Biyopsi öncesi serum PSA değeri ortalaması sefazolin grubunda 13.27±19,49, fosfomisin grubunda 15,42±23,49'du ($p=0.315$). Fosfomisin grubunda 163 hastanın patolojik incelemesinde BPH saptanırken 62'sinde prostat adenokarsinomu saptandı. Sefazolin grubunda benzer olarak 134 hastada BPH, 58 hastada prostat adenokarsinomu saptandı ($p=0.211$). Biyopsi sonrası sefazolin grubunda 75 hastada komplikasyon izlenirken, fosfomisin grubunda 76 hastada komplikasyon izlendi ($p=0.307$). Fosfomisin grubunda 27 hastada, sefazolin grubunda 39 hastada işlem sonrası hematospermi izlendi ($p<0,05$). Yine fosfomisin grubunda 41 hastada, sefazolin grubunda 30 hastada hematüri izlendi ($p=0,252$). Biyopsi sonrası ateş yüksekliği sefazolin grubunda 4 hastada, fosfomisin grubunda ise 8 hastada görüldü ($p=0.472$). Her iki grupta da 1'er hasta biyopsi sonrası üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatırıldı ($p=0,910$).

SONUÇ
Çalışmamızın sonuçlarına göre, biyopsi öncesi tek doz iv. sefazolin ve tek doz oral fosfomisin ile yapılan antibiyotik proflaksisinde benzer enfeksiyöz komplikasyon oranları mevcuttur.

Tablo 1: Antibiyotik proflaksisine göre gruplara ayrılan hastaların demografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

-	Grup 1 (Sefazolin) (n: 192)	Grup 2 (Fosfomisin) (n: 225)	p değeri
Yaş (mean±SD)	63,36±5,52	67,72±5,21	p<0,05
tPSA(ng/ml) (mean±SD)	13.27±19,49	15,42±23,49	p=0.315
Adenokarsinom	58	62	p=0.211
Komplikasyon	75	76	p=0.307
Hematospermi	39	27	p<0,05
Hematüri	30	41	p=0,252
Ateş	4	8	p=0.472
Hastaneye Yatış	1	1	p=0,910

SB-205

HİDROSELİN NEDEN OLDUĞU NADİR BİR KOMPLİKASYON: AKUT SKROTUM VAKASI

ERDAL BENLİ(1) İBRAHİM YAZICI(1) ABDULLAH ÇIRAKOĞLU(1) AHMET YÜCE (1)

1. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ordu

AMAÇ

Skrotal şişlik erkeklerde oldukça sık görülen bir patolojidir. Hastalar tedirgin olsada genellikle alta yatan neden hidrosel, inguinal herni, epididim kisti, spermatosel gibi benign nedenlerdir. Bu hastalar ağrı, şişlik, cinsel ilişki sırasında sorunlar gibi semptomlarla doktora başvururlar. Yaşam kalitesini bozmayan < 5 cm hidrosel vakaları konservatif olarak takip edilebilirler. Takiplerde genellikle ciddi bir komplikasyon izlenmez. Ancak nadiren bu hastalarda hematosel ve piyosel gibi önemli komplikasyonlar izlenir. Bu çalışmanın amacı konservatif olarak takip edilen hidroselin, cinsel ilişki sonrası neden olduğu akut (acil) skrotum vakasını sunmak ve bu konuya dikkat çekmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

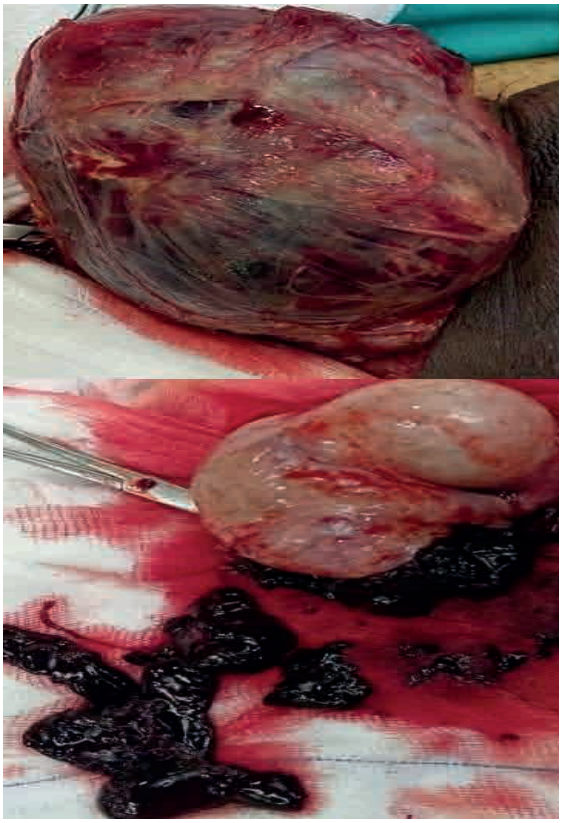
61 yaş erkek hasta acil servise sol skrotumda ağrı, şişlik ve morarma şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 1 yıl önce tanı aldığı, şikayeti olmadığı için izlem önerildiği öğrenildi. Sorunsuz olarak takip edilen hastanın 3 gün önce cinsel ilişki sonrası başlayan sol tarafta tarafta kasığa yayılan ağrı, şişlik morarma şikayetlerinin başladığı öğrenildi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede sağ testis kıvamı, boyutu normaldi. Sol testis palpe edilemedi. Sol skrotumda ağrılı, ekimotik, mor renkli yaklaşık 15 cm çaplı kitle izlendi. Hastanın ön tanısında tümör kanaması, hematom düşünüldü. Çekilen Skrotal Doopler USG (sol testis etrafında içinde septasyonlar, seviye veren yoğun ekojenite ve yer yer hiperekoik solid alanlar olan bol miktarda serbest sıvı izlenmiştir) çekildi. Hastanın labarotuvar değerlerinde önemli patoloji izlenmedi (CRP: 0.12mg/dl; AFP: 1,98 mk/l; B-HCG:0,2ıu/l; LDH:172 u/l)

BULGULAR

Hastaya skrotal hematom/ hidrosel ön tanılarıyla skrotal eksplorasyon önerildi. Gerekli bilgilendirme ve yazılı onam alınarak spinal anestezi altında cerrahi işlem uygulandı. Tunica vaginalis içerisinde ciddi hematom izlendi, pıhtılar boşaltıldı ve hidroseloktomi yapıldı. İşlem komplikasyonsuz olarak tamamlandı. Post op takiplerinde önemli bir komplikasyon ile karşılaşılmadı, hasta sorunsuz olarak taburcu edildi.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda benign bir hastalık olan hidroselin, acil skrotum gibi önemli sorunlara neden olabileceği saptandı. Bu nedenle hidrosel için cerrahi düşünülmeyen vakalarda, hasta ve yakınları bu hastalığın nadir görülen komplikasyonları hakkında bilgilendirilmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz. Özellikle sağlık kuruluşlarına ulaşımın sorunlu olduğu durumlarda önemli olabilir.



SB-206

ÜRETRAL KATETERE BAĞLI İATROJENİK ÜRETER YARALANMASI: KONSERVATİF YAKLAŞIM

ERTUĞRUL KÖSE(1) YAKUP BOSTANCI(1) ONUR KALAYCI(1) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1) ŞABAN SARIKAYA(1) ALİ FAİK YILMAZ(1)

1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun

AMAÇ

İatrojenik üreter yaralanmaları cerrahinin potansiyel bir komplikasyonudur. İatrojenik yaralanmalar; endoürolojik girişimler, jinekolojik ve batın içi cerrahileriyle birlikte olabilmektedir. Ancak üretral foley kateter takılmasına bağlı üreter yaralanması ile ilgili literatürde sınırlı sayıda vaka bildirimi mevcuttur.

GEREÇ-YÖNTEM

Trafik kazası sonrası 20 yıldır paraplejik olan ve daimi sonda ile takip edilen 79 yaşında kadın hasta, sonda değişimi sonrası makroskopik hematüri ile başvurduğu merkezde yapılan bilgisayarlı tomografide foley sondanın sağ üreter orifisi içerisinden üretere ilerlediği ve distal üreteri perfore ederek sonda balonunun presakral alanda olduğunun gözlenmesi üzerine ultrason kontrolü ile foley sonda revizyonu yapıldıktan sonra hematürisi devam etmesi üzerine Temmuz 2021'de tarafımıza refere edildi.

BULGULAR

Hastaya tarafımızca sistoskopi, sağ retrograd pyelografi (RGP) ve gerekli girişim planlandı. Sistoskopide mesane kapasitesinin ileri derecede azaldığı görüldü. Sağ RGP'de üreter distal kesimde ekstravazasyon olduğu gözlendi. 4,5/6,5 Fr semirijid üreterorenoskop (srURS) ile sağ üreter orifisinden girilerek ekstravazasyonun proksimaline geçilerek hidroflik guide sağlam üreter lümeninden sağ böbrek pelvisine kadar gönderildi ve extravazasyonun proksimalinden RGP yapıldı, proksimalde bir ekstravazasyon gözlenmedi. Guide kılavuzluğunda ve skopi kontrolünde sağ üretere 6/26 DJ stent yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. Kontrol görüntülemede extravazasyon olan bölgedeki koleksiyonun azaldığı gözlendi.

Ekim 2021'de postoperatif 3. ay kontrolünde yapılan RGP 'de ekstravazasyonun aynı bölgeden minimal de olsa devam ettiği gözlendi. Hastanın ek komorbiditeleri de göz önünde bulundurularak (Astım, diabetes mellitus, hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve morbid obezite) tekrar 6/26 DJ stent takılıp konservatif olarak izlenmesi kararı alındı. Temmuz 2022'de 1.yıl kontrolünde sağ DJ çekilerek RGP yapıldı, distal üreterde rölatif darlık mevcuttu, ekstravazasyon gözlenmedi. Guide klavuzluğunda 4,5/6,5 Fr srURS ile sağ üreter orifisinden girilerek sağ renal pelvise kadar çıkıldı. Sağ üreter distal kesimde rölatif darlık ve perfore olan bölgede skarlar dışında patoloji izlenmedi, işlem sonlandırıldı. Klinik takip ve 3 ay sonrası için kontrol görüntüleme planlandı.

SONUÇ

Üretral foley kateter yerleştirilmesine bağlı üreter perforasyonu oldukça nadir olmasına karşın, daimi sondalı veya temiz aralıklı kateterizasyon uygulayan nörojen mesaneli hastalarda karşılaşılabilecek bir komplikasyon olduğu akılda tutulmalıdır. Potansiyel komorbiditeleri olan bu hastalarda invaziv girişimlerden önce minimal invaziv yaklaşımlar da ön planda tutulmalıdır.

SB-207

FOURNİER GANGRENİ: KLİNİK VE CBC PARAMETRELERİ SONUÇLARIMIZ

HÜSEYİN SAYGIN(1) AYDEMİR ASDEMİR(1) SERKAN BOLAT(1) ABUZER ÖZTÜRK(1) İSMAİL EMRE ERGİN(1) ESAT KORĞALI(1)

1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas

AMAÇ

Fournier gangreni; doku nekrozuna neden olan, hayatı tehdit eden perine ve genital bölgelerin enfeksiyöz nekrotizan fasiitidir. Enfeksiyonun kaynağı deri, üretra ve rektal bölgedir.Diğer predizpozan faktörler ise; DM, ileri yaş, sigara, kronik alkolizm, periferik vasküler hastalık, konjestif kalp yetmezliği, HT, obezite, böbrek yetmezliği, koagülopati, karaciğer yetmezliği, lokal travma, parafimozis, idrar ekstravazasyonu, perianal abse ve ürogenital bölgede uygulanan cerrahilerdir. Enfeksiyonun etkeni genel olarak anaerob bakterilerdir ve üreyen mikroorganizmalar genel olarak E.coli, Klebsiella, Enterokok gibi fakültatif bakteriler veya Bacteriodes gibi anaerob bakterilerdir. Fournier gangreni hızla ilerleyici bir enfeksiyon olduğu için gerçek bir ürolojik acildir. Bu hastalığın mortalitesi oldukça yüksektir. Mortaliteyi etkileyen en önemli belirleyiciler, erken tanı ve kapsamlı cerrahi debridmandır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamızda, 1 yıl içinde fournier gangreni ile takip ettiğimiz 24 hastanın yatış süresi, mortalite, tekrar debritman ihtiyacı, yoğun bakım ihtiyacı, greft kullanımı, vital bulguları ve biyokimya değerleri açısından karşılaştırmayı ve aynı zamanda hastaların FGSI ve UFGSI skorlarını belirleyerek baktığımız yeni cbc parametreleri ile korelasyonunu belirlemeyi amaçladık.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 59±16 olup sadece biri (4%) kadındı. Hastaların onunda (42%) Diyabetes Mellitus ve onbeşinde (63%) idrar yolu enfeksiyonu tanıları vardı. Hastaların sekizine (35%) orşiektomi (erkekler için), üçüne (13%) kolostomi ve üçüne (13%) sistostomi yapıldı. Primer enfeksiyon, onaltı (67%) hastada ürogenital, sekiz (33%) hastada ise anogenital bölge kaynaklıydı. Hastaların başvuru anındaki ortalama Fournier Gangreni Severity İndex (FSGI) ve Uludağ Fournier Gangreni Severity İndex (UFGSI) değerleri sırasıyla 3.5±2.7 ve 6.2±3.9 idi. Bu iki index arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon bulundu.Hastaların yedisi (29%) için yoğun bakım ihtiyacı gerekirken; bunlardan ikisi (8%) hayatta kalmayı başaramadı. Hastalar, yoğun bakım ihtiyacı olan (n=7) ve olmayanlar (n=17) olarak iki gruba ayrıldı.Yoğun bakım hastalarında DM ve İYE sıklığı düşük iken; fark, sadece İYE için anlamlıydı (p=0.004). Yoğun bakım hastalarında kolostomi yapılma oranı 27 kat daha (OR, p=0.039) yüksekti. Orşiektomi ve sistostomi işlemleri açısından anlamlı fark bulunmadı. Yoğun bakım hastalarında anorektal kaynaklı primer enfeksiyon ise 12 kat (OR, p=0.019) daha sık görüldü. Pelvik bölgeyi içeren veya aşan yaygın hastalık oranı yoğun bakım hastalarında 28 kat (OR, p=0.008) daha fazlaydı. Vücut sıcaklığı, nabız ve solunum sayısı açısından fark bulunmazken sistolik arter basıncı yoğun bakım hastalarında anlamlı olarak düşüktü (p=0.040). Hastaların başvuru anındaki FSGI (p=0.002), UFSGI (p=0.001) ve qSOFA (0.003) skorları yoğun bakım hastalarında yüksekti.

SONUÇ

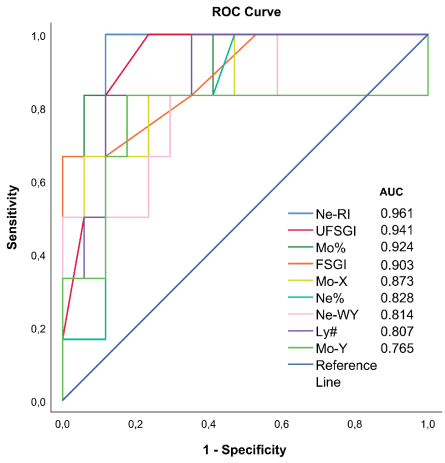
Çalışmamıza benzer şekilde Roghmann ve arkadaşları FSGİ ve UFSGİ' nin mortaliteyi belirlemede faydalı olduğunu göstermiş çalışmamızda ise kullanılan indexlerin yoğun bakım ihtiyacını göstermede kullanılabileceği görülmüştür.Bizde kullanılan indexlerin her ne kadar prognozu göstermede etkili olduğunu göstersekte konağa ait faktörlerin ve enfeksiyon kaynağınında önemli olduğunu düşünüyoruz.

Tablo1

	Fournier Hastaları				
	Yoğun Bakım İhtiyacı				
	Hayır (n=17)	Evet (n=7)	p	OR (95% CI)	p
Yaş	58±18	61±10	0.653	—	—
Cinsiyet (K/E)	0/17	1/6	0.292	—	—
Ateş	36.8 (36.6-37.9)	36.9 (36.5-38.2)	0.951	—	—
Nabız	90±15	101±25	0.339	—	—
Tansiyon	120 (115-130)	110 (100-120)	0.040	—	—
Solunum sayısı	22 (20-24)	20 (20-26)	0.951	—	—
Yatış süresi	18 (8-27)	36 (10-37)	0.055	—	—
DM	9	1	0.172	—	—
IYE	14	1	0.004	0.036 (0.003-0.417)	0.008
Orşiektomi	6	2	1.000	—	—
Kolostomi	0	3	0.017	27 (1.2-628)	0.039
Sistostomi	2	1	1.000		
Primer enfeksiyon (UG/AR)	14/3	2/5	0.021	12 (1.5-92)	0.019
Yaygın hastalık	3	6	0.004	28 (2.4-327)	0.008
FSGI	3 (0-4)	7 (4-8)	0.002	3.04 (1.16-7.94)	0.024
UFSGI	4 (2-6)	10 (10-12)	0.001	1.96 (1.2-3.19)	0.007
qSOFA	0 (0-1)	1 (1-2)	0.003	NS	0.998

Tablo 2

Değişkenler	Kontrol (n=22)	Hasta (n=24)	p	Servis (n=17)	YB (n=7)	p	AUC pler anlamsız
FSGI	—	3.5±2.7	—	3 (0-4)	7 (4-8)	0.002	0.903
UFSGI	—	6.2±3.9	—	4 (2-6)	10 (10-12)	0.001	0.941
WBC	7.25±1.1	13.4±5.4	<0.001	13.8±5.9	12.5±4.0	0.631	—
Ne#	4.28±1.1	10.7±5.2	<0.001	10.9±5.7	10.8±3.4	0.97	—
Ly#	2.19±0.37	1.52±0.72	<0.001	1.73±0.69	1.03±0.55	0.025	0.807
Mo#	0.59±0.11	0.89±0.44	0.003	0.91 (0.66-1.08)	0.57 (0.46-0.80)	0.057	—
Ne%	58.6±6.6	78.6±13.4	<0.001	74.9±14.0	87.6±5.1	0.031	0.828
Ly%	30.7±5.6	11.9±7.2	<0.001	13.8±7.5	7.6±4.1	0.054	—
Mo%	8.3±1.7	6.5±2.3	0.006	7.5±1.9	4.2±1.4	<0.001	0.924
IG#	0.02 (0.02-0.03)	0.09 (0.05-0.43)	<0.001	0.08 (0.05-0.36)	0.26 (0.06-1.07)	0.293	—
IG%	0.3 (0.3-0.4)	0.8 (0.5-2.6)	<0.001	0.8 (0.5-2.2)	1.8 (0.5-5.5)	0.419	—
Ne-X (GI)	153±4.0	156±4.5	0.009	155±3.5	159±6.1	0.075	—
Ne-Y (RI)	47.0±2.5	52.2±7.5	0.004	49.0±3.7	61.4±8.1	0.012	0.961
Ne-Z	91.1±3.6	88.2±5.6	0.047	88.9±5.2	86.3±6.6	0.362	—
Ly-X	79.8±2.0	81.2±3.4	0.11	80.8±2.9	82.2±4.8	0.426	—
Ly-Y	68.2±2.6	66.7±4.9	0.202	66.8±5.3	66.5±3.9	0.899	—
Ly-Z	59.3±1.3	59.6±2.2	0.663	59.4±2.3	60.0±2.0	0.572	—
Mo-X	119±1.7	123±3.6	<0.001	122±2.2	127±4.2	0.001	0.873
Mo-Y	110±5.8	109±10.0	0.691	107±7.9	117±12.1	0.022	0.765
Mo-Z	66.7±3.5	65.6±3.9	0.314	65.1±3.1	67.0±5.7	0.486	—
Ne-WX	302±14.4	319±15.3	0.001	316±14.7	327±15.2	0.132	—
Ne-WY	601 (576-618)	681 (640-816)	<0.001	669 (628-758)	861 (722-990)	0.025	0.814
Ne-WZ	677 (622-706)	719 (685-800)	0.006	719 (693-749)	723 (665-835)	0.944	—
Ly-WX	454 (438-503)	452 (410-553)	0.847	450 (412-551)	485 (396-750)	0.624	—
Ly-WY	832±58.8	936±107	<0.001	914±105	1014±84	0.064	—
Ly-WZ	549±66.2	550±97.3	0.947	546±83.0	562±139	0.734	—
Mo-WX	257±22.8	282±27.3	0.002	283±24.3	280±36.9	0.807	—
Mo-WY	677±83.1	730±72.2	0.031	733±66.7	720±91.6	0.713	—
Mo-WZ	614±75.1	652±107	0.177	663±101	622±126	0.437	—
AS-Ly#	0 (0-0)	0 (0-0.003)	0.07	0 (0-0)	0 (0-0.02)	0.547	—
RE-Ly#	0.07±0.03	0.07±0.04	0.669	0.06±0.03	0.09±0.05	0.175	—
AS-Ly%	0 (0-0)	0 (0-0.03)	0.073	0 (0-0)	0 (0-0.2)	0.514	—
RE-Ly%	0.91±0.43	0.56±0.33	0.005	0.53±0.28	0.63±0.0.46	0.635	—
NLR	1.97 (1.57-2.27)	6.91 (4.8-12.1)	<0.001	5.9 (3.66-10.2)	10.5 (6.8-16.9)	0.098	—
SII	481±159	2422±1588	<0.001	2069±1463	3303±1671	0.109	—
PLT	240±39	289±142	0.117	294±144	276±149	0.786	—
MPV	10.2±0.65	10.0±1.22	0.478	9.4 (9.2-10.7)	9.8 (9.7-10.1)	0.426	—



Şekil 1: Yoğun bakım ihtiyacı tahmini için ROC eğri analizi ve eğri altında kalan alanlar (AUC)

SB-208

GENİTOÜRİNER TÜBERKÜLOZ: SON BİR YILDAKİ ÜÇ VAKA DENEYİMİMİZ

MEHMET USLU(1) ÜMİT YILDIRIM(1) MEHMET EZER(1) İSMET BİLGER ERİHAN(1) ÇAĞLAR UĞURLU(1) ÇAĞLAYAN ERDOĞDU (1)

1. Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kars

AMAÇ

Tüberküloz, dünya çapında enfeksiyona bağlı ölümlerin en yaygın nedenidir. Tüberküloz vakalarının yaklaşık %5 ila 45'inde ekstrapulmoner belirtiler vardır ve bunlarında %30 ila 40 ürogenital sistemi içerir. Genitoüriner tüberküloz, genelde geç tanı aldığından üretral veya üreter darlıkları, böbrek yetmezliği, infertilite gibi sayısız komplikasyona yol açabilir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2021 ile Ocak 2022 arasında Genitoüriner tüberküloz tanısı konularak kliniğimize yatırılan üç hasta geriye dönük olarak değerlendirildi. Tıbbi kayıtlar klinik sunum, etiyoloji ve ameliyat bulguları açısından gözden geçirildi. Ameliyat sonrası böbrek fonksiyon testleri, radyolojik görüntüler ve patoloji sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR

Üç hastadan ikisi erkek biri kadındı. Sırasıyla yaşları 38, 65, 80'di. Klinik prezentasyonda en sık görülen bulgular mesane duvar kalınlığında artış, bilateral ya da tek taraflı hidroüreteronefroz, akut böbrek yetmezliğiydi. Hastalarda akciğer bulgusu gözlenmedi. Bir hasta dış merkezde bilateral nefrostomi takıldıktan sonra tarafımıza gönderilmişti. Üç hastanın da mesanedeki lezyonlarına transüretral rezeksiyon (TUR) yapıldı. İki hastaya bilateral, bir hastaya sadece sağ tarafa double-j katater takıldı. Üç hastanın TUR ve RE-TUR patoloji sonuçları, iltihabi granülasyon dokusu, aktif kronik inflamasyon gelmesi üzerine Genitoüriner tüberküloz düşünülerek Enfeksiyon hastalıklarına yönlendirildi. Genitoüriner tüberküloz tanısı konulan hastaların tedavisi başlandı. Tedavileri bitene kadar hastaların hidronefrozları gerilemediği için stentleri değiştirilerek takip edildi. Tedavi sonrası iki hastanın hidroüreteronefrozu düzeldiği için stentleri çekilirken, bir hastanın hidoüreteronefrozu devam etmesi üzerine uzun ömürlü stent takıldı.

SONUÇ

Genitoüriner tünerküloz üriner enfeksiyonlar arasında nadir olması nedeniyle geç tanı almaktadır. Kronik inflamasyon, steril piyüri, destrüktif değişiklikler görüldüğü durumlarda üriner tüberküloz mutlaka akla gelmelidir.

SB-209

FOURNİER GANGRENİNDE TEK MERKEZ DENEYİMİ

İLKE ONUR KAZAZ(1) RECEP SERHAT TEPE(1) ÖMER FARUK GEÇİCİ(1) DİLŞAT TEPE(1) FATİH ÇOLAK(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon

AMAÇ

Fournier Gangreni (FG) nadir görülen perine, perianal ve genital bölgeyi tutan ve yüksek mortalite oranına sahip bir nekrotizan fasiittir. Bu çalışmada, Trabzon'da üçüncü basamak bir üniversite hastanesine başvuran Fournier gangreni hastalarının demografik, klinik ve cerrahi verilerini analiz etmek amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Ocak 2009– Mart 2022 tarihleri arasında KTÜ Farabi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalında takip edilen 43 Fournier Gangrenli hasta dahil edildi. Cinsiyet, yaş, predispozan faktörler, komorbiditeler ve tedavi yönetimi retrospektif olarak değerlendirildi ve analiz edildi. Hastaların klinik değerlendirilmesinde Fournier Gangreni Şiddet indexi(FGSI)ve Nekrotizan Fasiit için Laboratuvar Risk Göstergesi (LRINEC) skorlaması kullanıldı. Tek değişkenli analizde nominal veriler için ki-kare testi, parametrik değişkenler için T-testi, nonparametrik değişkenler için Man Whitney- U testi kullanıldı. P<0,05 değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların 42 (%97)' si erkek, yaş ortalaması 55 (32-87)idi. Hastaların 26(%60) 'sı Diyabetes Mellitus, 6 (%14)'ü malignite ve 9 (%21)'u KBH ile takip edilmekteydi. Hastaların ortalama FGSI skoru 4 (1-14), ortalama LRINEC skoru 6 (0-12)idi. Malignite ile takip edilen hasta(n=6)ların debridman sayısı daha yüksek bulundu (p=001).Ortalama debridman sayısı 5 (1-22) idi. Debridman sayısı 8 ve üzerinde olan hastaların mortalitesi anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,011). LRINEC skoru 8 ve üzerinde olan hastaların mortalitesi anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0.009). FGSİ skoru 6 ve üzerinde olan hastaların mortalitesi anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0.003). 42 erkek hastanın sekizine (%19) orşiektomi işlemi yapıldı. Bir hastada Vacum Asiste Kapama uygulandı. Onsekiz hastada intraoperatif alınan kültürlerde polimikrobiyal üreme izlendi. Gram negatif enterik basil bildirilen 15 suşun 2 tanesi çoklu ilaca dirençli mikroorganizma olup bu hastaların debridman sayısı ve antibiyoterapi süresi anlamlı olarak daha fazla idi (p<0,05). Takipte 4 (%11,62) hasta eksitus oldu.

SONUÇ

Fournier Gangreni tedavisinde özellikle malignitesi bulunan hastaların debridman sayısında artış olduğu ve debridman sayısı artan hastalarda mortalitenin arttığı gözlemlendi. Tedavide cerrahi tedavi ile birlikte etkin ampirik antibiyoterapi survi şansını arttırmaktadır.

SB-210

YAN AĞRISI OLAN HASTALARIN GÖRÜNTÜLEME VE LABORATUVAR PARAMETRELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

CEMAL FERHAT ÖNAL(1)

1. Uşak Eğitim Araştırma Hastanesi, Uşak

AMAÇ

Ürolitiazis üroloji polikliniğine sık başvuru nedenleri arasındadır. Bir ay içerisinde Uşak Eğitim ve Araştırma Hastanesi (UEAH) üroloji polikliniğine yan ağrısı şikayetiyle başvuran hastalardaki bilgisayarlı tomografi (BT) ve laboratuar bulguları değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Bir ay içerisinde UEAH üroloji polikliniğine başvuran hasta verileri retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya polikliniğe yan ağrısı şikayetiyle başvuran ve bu nedenle BT çekilen hastalar dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, BT bulguları, hemogram, böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki (TİT) değerleri incelendi.

BULGULAR

Çalışma için 628 hastanın verileri incelendi. Yan ağrısı nedeniyle görüntüleme yöntemi yapılan 106 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 46,35 olarak hesaplandı. 106 hastanın 54'ü kadın (%50,9), 52'si erkek (%49,1) idi. 106 hastanın 23'ü ultrasonografi ile değerlendirildi ve patolojik bulgu saptanmadı. 83 hasta ise BT ile değerlendirildi. BT ile değerlendirilen hastaların 57'sinde toplayıcı sistemde kalkül saptanmışken kalan 26 hastada herhangi bir kalküle rastlanmadı. Ortalama kalkül boyutu 8,81 mm idi. 35 hastada üreter, 16 hastada böbrek, 6 hastada ise böbrek ve üreter kalkülleri saptandı. BT'de kalkül saptanan hastalarda ortalama ağrı süresi 4,78 hafta iken saptanmayan hastalarda ise 10 hafta olarak hesaplandı (p:0,004). BT'de kalkül saptanan hastalarda mikroskobik hematüri görülme oranı %56 iken saptanmayan hastalarda ise %15 olarak hesaplandı (p<0,001). BT'de kalkül saptanan ve saptanmayan hastalarda piyüri, beyaz küre ve C-reaktif protein değerleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

SONUÇ

Çalışmamızda ürolitiazis saptanan hastalardaki ağrı süresinin saptanmayan hastalara göre daha kısa olması ve mikroskobik hematürinin daha sık görüldüğü saptanmış olup, bize detaylı ve ileri inceleme yapmayı planlayacağımız hastalar hakkında bilgi verebileceği saptanmıştır.

SB-211

HİDROSELEKTOMİ YAPILAN HASTALARIN POSTOP KOMPLİKASYONLARIN CLAVİEN – DİNDO SINIFLAMASI EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

CEMİL AYDIN(1) ALPKON TORUN(1) MUSA EKİCİ(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

AMAÇ

Ocak 2022 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında kliniğimizde Winkelmann tekniğiyle hidroselektomi yapılan 32 hastanın bulgularını ve postop komplikasyonlarını Clavien-Dindo sınıflamasına göre retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2022 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında kliniğimizde Winkelmann tekniğiyle hidroselektomi yapılan 32 hastanın preop yaş/antikoagülan kullanımı/yön/boyut/klinik açıdan sınıflanıdırılmış ve postop komplikasyon görülen hastalar Clavien-Dindo sınıflamasına göre değerlendirilmiştir

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 56.9 (20-78), hidrosel kesesi boyutu ortalaması 9,4 cm, bilateral görülme oranı %6, solda görülme oranı %50 ve sağda görülme oranı %44 olarak izlendi. Postop komplikasyon görülme oranı %21 (7 vaka). Postop komplikasyon görülen 7 vakanın 5'inde postoperatif yara yeri akıntısı, skrotal ödem ve kanama izlenmiş olup Clavien-Dindo sınıflamasına göre Derece-1 olarak sınıflandırılmıştır (%15). 2 vakada ise orşit ve nüks hidrosel gelişmiş olup Clavien-Dindo sınıflamasına göre sırasıyla Derece-3A ve Derece-3B olarak sınıflandırılmıştır (%6). Postoperatif acile başvuru oranı %3 (tek vaka) acile başvurma şikâyeti ise yara yerinde kaşıntı idi. Postop operasyon ihtiyacı oranı %3 (1 vaka), daha önce aynı taraftan 2 kez inguinal herni operasyonu olan hastaya genel cerrahi ile beraber redo operasyon yapıldı. Postop kanama görülen vakaların preop antikoagülan kullanım öyküsü olmadığı görüldü.

SONUÇ

Hidrosel ameliyatı sonrası komplikasyonlar yaygındır ve daha fazla araştırma yapılmasını gerektirir. Hastalar ile bu komplikasyonlar detaylı bir şekilde konuşulmalıdır.

SB-212

SARS-COV-2 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE SWL ENDİKASYONU OLAN ÜROLİTİAZİSLİ HASTALARIN DURUMU

SEMİH AKTAŞ(1) HİKMET KÖSEOĞLU(1) TOLGA EROĞLU(1) TURAL MIRIYEV(1)

1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ
SARS-CoV-2 enfeksiyonu, ilk salgından bu yana hem doktorlar hem de hastalar için zorlayıcı bir mücadele olmuştur. Bu çalışmada pandemi döneminin SWL endikasyonu olan ürolitiazisli hastalar üzerine etkilerinin araştırılması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
SWL endikasyonu verilen ürolitiazisli hastaların tıbbi kayıtları, SARS-CoV-2 salgını öncesi ve sonrasında, Ocak 2019 ile Ekim 2021 arasındaki dönemi kapsayacak şekilde elde edildi. Çalışma karantina öncesi ve karantina sonrası dönemler olmak üzere iki zaman dilimine ayrıldı. Mart 2020 ile Haziran 2020 arasındaki dönem İstanbul'un karantina dönemi olarak kabul edildi. Hasta ve taş özelliklerine ilişkin veriler ve zaman dilimleri arasındaki değişimler birbiriyle karşılaştırıldı.

BULGULAR
Ürolitiazis nedeniyle SWL tedavisi uygulanan toplam 286 hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların %45'ine karantina öncesi dönemde SWL uygulandı ve %55'ine karantina sonrası dönemde SWL uygulandı (p=101). Hastaların %72'si erkek, %28'i kadındı. Cinsiyet dağılımı, karantina öncesi ve sonrası dönemler için benzerdi. Hastaların ortalama yaşı 47.64 ±13.18 yıl idi. Kadın hastalar erkeklere göre daha yaşlıydı (52 ± 13.47'ye karşılık 46.94 ± 12.70; p=0.001). Hastaların kreatinin seviyeleri, karantina sonrası dönemde daha yüksek olma eğilimindeydi (karantina öncesi 0,85 ± 0,21 ve karantina sonrası 0,96 ±0,47; p=0,022). SWL endikasyonu verilen taşların ortalama boyutu 10.84 ± 4.82 mm idi. Karantina sonrası dönemde taşların ortalama boyutu daha büyük olarak ölçüldü (karantina öncesi 9,76 ± 4,31 mm'ye karşılık karantina sonrası 11,71 ± 5,04 mm; p=0,001). SWL uygulanan taşların %34'ünün üretere yerleştiği ve her iki zaman periyodu için de taş konumunda herhangi fark olmadığı gözlendi. Taşların ortalama Hounsfield değeri 1081.5 ± 309.1 idi (karantina öncesi 1020 ± 320,4 ve karantina sonrası 1131.5 ± 291; p=0.04). Multipl taş olma durumu karantina öncesi dönemde %43 ve karantina sonrası dönemde %19 idi (p=0,001).

SONUÇ
Bu sonuçlara göre, SWL endikasyonu verilen hastaların taş özelliklerinin, SARS-CoV-2 pandemisi ve karantina nedeniyle etkilenmiş olduğu tespit edildi.

SB-213

İLİAK DAMARLAR ÇAPRAZININ ALTINDAKİ ÜRETER TAŞLARININ MEDİKAL EXPÜLSİF TEDAVİSİNDE MİRABEGRON VE SİLODOSİNİN ETKİNLİĞİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

SÜLEYMAN SAĞIR(1) MÜSLÜM ERGÜN(2)

1. İslahiye Devlet Hastanesi, Gaziantep
2. İstanbul Atlas Üniversitesi, İstanbul

AMAÇ
Bu çalışmada amacımız renal kolik ile başvuran ve distal üreter taşı tespit edilen hastaların expulsif tedavisinde mirabegron ve silodosin tedavi etkinliğinin karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM
Aralık 2019- Şubat 2022 tarihleri arasında akut renal kolik ile başvuran ve bilgisayarlı tomografide en uzun çapı 4 mm ile 6 mm arasında üreter iliak damarlar çaprazının altında lokalize taşı olan 61 hasta çalışmaya dahil edildi.Hastalar iki gruba ayrıldı. 1. grup 36 hasta silodosin 8 mg günde bir kere, 2. grupta bulunan 25 hastaya mirabegron 50 mg günde bir kere tedavi olarak verilmişti. Her iki gruba analjezik olarak 25 mg deksketoprofen başlanmıştı. Hastaların demografik özellikleri, operasyon özgeçmişleri, taşın lokalizasyonu, taşı düşürme süreleri ve taşsızlık durumları gruplar arasında karşılaştırma yapıldı.

BULGULAR
Çalışmaya 13 (%21.3) kadın, 48 (%78.7) erkek olmak üzere 61 hasta dahil edildi. Yaş ortalamaları 39±15 (min 14- maks 73) yıldı. Totalde 61 hastanın 46 (%75.) sında taşsızlık saptandı ve hastaların taş düşürme ortalama zamanları 6.4±3.4 (1.00- 15.00) gündü. Gruplar arasında cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi, obezite açısından anlamlı istatiksel fark bulunamadı (p=0.335). Günlük sıvı tüketimi grup 1 de 2.1±0.8 lt iken 2. Grupta 1.5±1.9 lt olarak hesaplanıp istatiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p=0.16). Taşsızlık oranları grup1 de %75 iken, grup 2 de % 76 olarak saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı(p=0.556).

SONUÇ
Mirabegron ve silodosin iliak damarlar çaprazının altı üreterde bulunan 4-6 mm arası taşlarda, taş düşürme oranlarını istatistiksel anlamlı olarak arttıran ve ağrı epizodlarını ve analjezik kullanımını azaltabilen benzer etkinlik ve güvenlikte olan tedavilerdir.

SB-214

OUR KIDNEYS AND TEETH ARE CLOSER THAN WE THINK: RELATIONSHIP BETWEEN DENTAL CALCULI AND RENAL STONE GRADING IN A PATIENT SERIES FROM SOMALI

ABDİKARİM HUSSEİN MOHAMED(1) ASIR ERASLAN(2) IBRAHİM MOHAMED MOHAMUD(3) SERTAC CİMEN(3) LEVENT SAGNAK(4)

1. Somalia Turkish Training and Research Hospital, Department of Urology, Mogadishu, Somalia
2. Somalia Turkish Training and Research Hospital
3. Somalia Turkish Training and Research Hospital, Department of Urology, Mogadishu, Somalia
4. Health Sciences University, Diskapi Training and Research Hospital, Department of Urology, Ankara, Turkey

AMAÇ
Renal stones are part of a multifactorial disease that may affect 12–15% of the population and are more common in males with an increased prevalence in recent decades. Dental calculi are calcified dental plaques that can lead to dental complications, including tooth loss. Although many systemic diseases are associated with renal stone formation, some studies have demonstrated that dental calculi might be associated with undiagnosed renal stones. To the best of our knowledge, the present study is the first study that examines the relationship between dental calculi grading and renal stone size and grading.

GEREÇ-YÖNTEM
This observational cross-sectional study included consecutive patients with radiologically confirmed renal stones who underwent a dental examination over six months. Investigated parameters included demographic characteristics (i.e., age, gender), renal stone features (i.e., location and size), urine pH values, and dental evaluation findings (i.e., teeth brushing habits, oral hygiene, and grading of dental calculi). Correlations were conducted to explore the associations of interest using SPSS version 26.0. Shapiro-Wilk's test results showed that our data were non-normally distributed. Spearman's Rank-Order Correlation analysis was used for all correlation analyses.

BULGULAR
Overall, 204 patients were included in this study. The mean patient age was 36.3±15.2; males had a significantly higher mean age than females (37.0±15.5 vs. 34.7±14.9 years, p<0,05). Two-thirds of renal stone patients were male, while 32.3% were female. About 47% of the patients underwent stone surgery. The mean urine pH was 5.3±0.3.

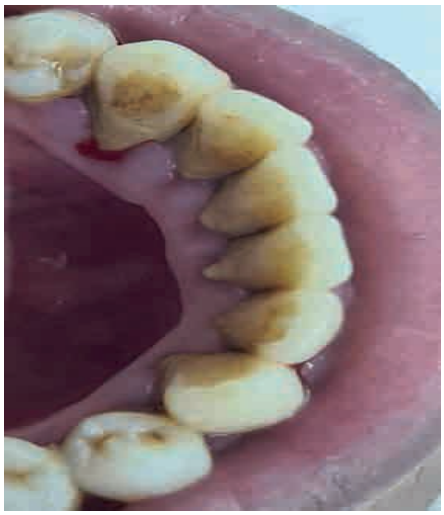
Regarding the renal stone site, 40% had a right kidney, 33.3% had a left kidney, and 26.4% had bilateral involvement. About half of the patients (49.2%) had multiple stones of varying diameters. Concerning renal stone grading (in diameters), 32.3% of the patients had a stone diameter of <10mm, 25.4% had 11–20 mm,27.4% had 21–30mm, and 14.7% had >30 mm. More than half of the participants (58.8%) brushed their teeth irregularly, while 54.9% had intermediate oral hygiene. Our analysis also revealed that 36.2% of the participants had high-grade dental calculi, 34.3% had intermediate grades, and 29.4% had low-grade dental calculi (Figure 1A,B,C). The dental calculi grading was positively and moderately correlated with the size of renal stones (Spearman's rho=0.472, p<0.01). The dental calculi grading was positively and moderately correlated with the grading of renal stones (Spearman's rho=0.493, p<0.01).

SONUÇ
Clinicians working in dental practice should consider the presence of undiagnosed kidney stones in patients with dental calculi and refer them to urology clinics for a check-up. Urologists should be aware that patients with large and multiple kidney stones may have dental stones that may lead to gingivitis, periodontitis, tooth decay, and loss.

Figure 1: Dental calculi grading

A. Low grade dental Calculi

B. İntermediate grade dental Calculi



C. High grade dental calculi

SB-215

ÜRETEROSKOPİ BAŞARISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

SEYİT HALİL BATUHAN YILMAZ(1)

1. Kozan Devlet Hastanesi, Adana

AMAÇ

ESWL, URS ve laparoskopi üreter taşı tedavisi için kullanılabilen yöntemlerdir. URS üreter taşları için yaygın olarak kullanılan bir operasyondur. Bu çalışmada URS'nin başarısını etkileyen faktörleri ve operasyon başarısının postoperatif etkilerini araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Aralık 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında URS yapılan 140 hasta dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif radyolojik ve laboratuvar parametreleri, operatif ve postoperatif verileri kaydedilmiştir. Hastalar operasyonu başarılı ve operasyonu başarısız olarak 2 gruba ayrılmıştır. Operasyon sonrasında tam taşsızlık sağlanan hastalar operasyonu başarılı gruba dahil edilmiştir. Kaydedilen veriler her iki grupta karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmadaki hastaların yaş ortancası 41 (min:15-max:86)'di. Hastaların 45 (%32.1)'i kadın, 95 (%67.9)'i erkekti. Kronik böbrek hastalığı, KOAH, hipo-hipertroidi, hipertansiyon ve diabetes mellitus gibi komorbid hastalıkların operasyon başarısını etkilemediği saptandı. Preoperatif hemoglobin, nötrofil, lenfosit, üre, kreatinin değerinin operasyon başarısını etkilemediği saptandı (Tablo 1).
Taşına ESWL uygulanmış olan ve METS uygulanan hastalarda operasyon başarısı daha yüksek saptandı ($p<0.001$, $p=0.044$). Operasyon başarısı sağ üreter taşlarında ve distal üreter taşlarında anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.036$, $p=0.001$) (Tablo 1).
Operasyonu başarılı olan grupta ortanca taş boyutu 7.5 mm (min:4-max:15), başarısız olan grupta 10 mm (min:6-max:15) idi ve taş boyutu operasyonu başarılı olan grupta daha düşüktü ($p=0.019$). Operasyonu başarılı olan grupta taş alanı 32 mm2 (min:7-max:115) başarısız olan grupta 66 mm2 (min:20-max:86) idi ve operasyonu başarılı olan grupta daha düşüktü ($p=0.046$). Operasyonu başarılı olan grupta taş HU 485 (min:100-max:1440) başarısız olan grupta 756 (min:353-max:1196) olarak saptandı ve operasyonu başarılı olan grupta HU değeri daha düşüktü (0.004) (Tablo 1).

Hastaların 62 (44.3%)'si perop intravenöz bolus şeklinde 500 cc serum fizyolojik ile hidrate edildi, 78 (55.7%)'i hidrate edilmedi. Hidrate edilenlerde operasyon başarısı daha yüksek saptandı ($p=0.009$). Hastaların 54 (38.6%)'üne litotomi pozisyonuna ek olarak 150 ters trendelenburg pozisyonu verildi, 86 (61.4%)'sı litotomi pozisyonunda ameliyat edildi. Operasyon başarısı 15 derece ters trendelenburg pozisyonu verilen hastalarda daha yüksek saptandı ($p=0.024$).

Operasyon süresi, lazer litotriptör frekansı ve toplam lazer atım sayısı operasyonu başarılı olan grupta daha düşüktü ($p=0.002$, $p<0.001$, $p=0.004$) (Tablo 1).

Operasyonu başarısız olan tüm hastalarda DJS takılırken, operasyonu başarılı olan grupta DJS takılma oranı, komplikasyon oranı ve skopi kullanımı anlamlı şekilde daha düşüktü ($p=0.003$, $p<0.001$, $p<0.001$) (Tablo 1).
Preoperatif VAS ve postoperatif VAS anlamlı şekilde operasyonu başarılı olan grupta daha düşüktü ($p=0.030$, $p=0.004$) (Tablo 1).

SONUÇ

Operasyon öncesinde taşın boyunu, alanını, HU bilmek operasyonu başarısını öngörmede cerraha yardımcı olur. Operasyon öncesi METS, operasyon süresince hastaları intravenöz hidrate etmek ve hastalara litotomi pozisyonuna ek olarak 15 derece ters trendelenburg pozisyonu vermek URS başarısını artırabilir. URS, bu prosedürler eklenerek üreter taşlarında yüksek başarı oranıyla uygulanabilir.

Tablo 1: Preop- perop ve postop parametrelerin operasyon başarısı üzerine etkisi

	Operasyon BAŞARILI (n=128)	Operasyon BAŞARISIZ (n=12)	p
Cinsiyet (n,%)			
Kadın	42 (30%)	3 (2.1%)	0.580
Erkek	86 (61.4%)	9 (6.4%)	
Yaş (median, min-max)	40 (15-86)	42 (33-66)	0.149
BMİ (median, min-max)	24.2 (18.4-29.3)	24.1 (21.7-26.1)	0.557
Kronik böbrek hastalığı			
Yok	124 (88.6%)	12 (8.6%)	0.534
Var	4 (2.9%)	0 (0%)	
Hipertansiyon			
Yok	111 (79.3%)	17 (12.1%)	0.743
Var	10 (7.1%)	2 (1.4%)	
Diabetes Mellitus			
Yok	121 (86.4%)	11 (7.9%)	0.683
Var	7 (5%)	1 (0.7%)	
Kronik obstruktif akciğer hastalığı			
Yok	125 (89.3%)	12 (8.6%)	0.592
Var	3 (2.1%)	0 (0%)	
Hipertroidi			
Yok	127 (90.7%)	12 (8.6%)	0.759
Var	1 (0.7%)	0 (0%)	
Başvuru yakınması			
Asemptomatik	2 (1.4%)	0 (0%)	
Yan ağrısı	110 (78.6%)	7 (5%)	0.060
Kasık ağrısı	12 (9.3%)	4 (2.9%)	
Hematüri	3 (2.1%)	1 (0.7%)	
Taş cerrahisi öyküsü			
Yok	87 (62.1%)	8 (5.7%)	
URS	35 (25%)	4 (2.9%)	0.702
PNI	6 (4.3%)	0 (0%)	
Taş tarafı			
Sağ	66 (47.1%)	2 (1.4%)	0.036
Sol	57 (40.7%)	10 (7.1%)	
Her iki taraf	5 (3.6%)	0 (0%)	
Taş lokalizasyonu			
Distal	83 (59.3%)	2 (1.4%)	0.001
Proksimal	38 (27.1 %)	10 (7.1%)	
Birden fazla	7 (5%)	0 (0%)	
Dilatasyon			
Yok	10 (7.1%)	0 (0%)	0.315
Var	118 (84.3%)	12 (8.6%)	
Taşın eni (mm) (median, min-max)	5 (3-12)	6.5 (4-8)	0.125
Taşın boyu (mm) (median, min-max)	7.5 (4-15)	10 (6-15)	0.019
Taşın alanı (mm^2) (median, min-max)	32 (7-115)	66 (20-86)	0.046
Taşın Hounsfield Unitesi (median, min-max)	485 (100-1440)	756 (353-1196)	0.004
Taşa ESWL öyküsü			
Yok	125 (89.3%)	9 (6.4%)	<0.001
Var	3 (2.1%)	3 (2.1%)	
Taşa Medikal Ekspulsif Tedavi			
Yok	68 (48.6%)	10 (7.1%)	0.044
Var	60 (42.9)	2 (1.4%)	
Preoperatif üre (median, min-max)	30 (12.84-141.24)	36.1 (25.6-44.9)	0.065
Preoperatif kreatinin (median, min-max)	0.92 (0.39-8.53)	0.94 (0.67-1.50)	0.372
Preoperatif hemoglobin (median, min-max)	14.3 (7.1-17.8)	14.2 (10.5-17.3)	0.571
Preoperatif nötrofil (median, min-max)	6.59 (1-22.1)	5.4 (1-9.82)	0.109
Preoperatif lenfosit (median, min-max)	2.2 (0.26-6.74)	2.21 (0.63-4.11)	0.503
Ameliyat süresi (dk) (median, min-max)	25 (10-60)	42.5 (20-50)	0.002
Lazer frekansı (median, min-max)	7 (3-10)	9 (7-10)	<0.001
Lazer atım sayısı (median, min-max)	79 (0-732)	522 (20-850)	0.004
Taş impaksiyonu			
Yok	78 (55.7%)	8 (5.7%)	0.697
Var	50 (35.7%)	4 (2.9%)	
Double J stent takılması			
Yok	57 (40.7%)	0 (0%)	0.003
Var	71 (50.7%)	12 (8.6%)	
Komplikasyon			
Yok	120 (85.7%)	4 (2.9%)	
Hematüri	1 (0.7%)	0 (0%)	
Sistit-piyelonefrit	2 (1.4%)	0 (0%)	
Ateş	4 (2.9%)	0 (0%)	
Üreter yaralanması	1 (0.7%)	1 (0.7%)	<0.001
Taş migrasyonu	0 (0%)	7 (5%)	
Preoperatif VAS (median, min-max)	7 (5-10)	8 (7-9)	0.030
Postoperatif Visual Analog Skoru (median, min-max)	2 (0-5)	3 (2-4)	0.004
Perop intravenöz hidrasyon			
Yok	67 (47.9%)	11 (7.9%)	0.009
Var	61 (43.6)	1 (0.7%)	
15^0 Ters trendelenburg			
Yok	75 (53.6%)	11 (7.9%)	0.024
Var	53 (37.9%)	1 (0.7%)	
Skopi			
Yok	102 (72.9%)	0 (0%)	<0.001
Var	26 (18.6%)	12 (8.6%)	

SB-216

İMPAKTE ÜRETER TAŞLARINDA ENDOSKOPİK ÜRETEROLİTOTOMİ SONRASINDA MEYDANA GELEN ÜRETERAL DARLIKLAR VE BUNA NEDEN OLAN PREDİKTİF FAKTÖRLER

YAVUZ GÜLER(1) ÇAĞDAŞ GÖKHUN ÖZMERDİVEN(2)

1. Özel Safa Hastanesi, Üroloji Bölümü, İstanbul
2. İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ
İmpakte üreter taşlarının potensiyel ve gizli komplikasyonlarından bir tanesi de üreter darlıklarıdır. Bu çalışmada endoskopik üreterolitotomi yapılmış impakte üreter taşlı hastalarda postoperatif geç dönemde gelişen üreter darlık sıklığını ve prediktif faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Bu iki merkezli ve retrospektif çalışmada, 2013-2022 yılları arasında impakte üreter taşları nedeniyle endoskopik (flex ve rijit endoskopla) üreterolitotomi geçirmiş hastaları taradık. Üreter darlığı olan ve olmayan hastalar iki ayrı gruba ayrılarak, preoperatif demografik, radyolojik datalar ve peri-postoperatif veriler karşılaştırıldı.

BULGULAR
Toplamda 920 hastanın bu sürede endoskopik üreterolitotomi olduğu tespit edilmiştir. Bu hastalardan 60 tanesinin impakte üreter taşlı olduğu, bunlardan 9 hastada ise postoperatif takiplerde üreter darlığı tespit edilmiştir. Radyolojik verilerden taş boyutu, hidronefroz derecesi ve semptom süresi, perioperatif verilerden ise üreter ödemi, perforasyon ve postoperatif üreter duvarında gömülü taş partikül oranları gruplar arasında istatistiksel anlamlı olarak farklıydı ($p<0.05$). Multivariable regresyon analizinde üreter darlığında etkili prediktif faktörlerden taş boyutu ve hidronefroz derecesi anlamlı bulundu ($p<0.05$).

SONUÇ
Bu çalışmada büyük ve ileri hidronefrozlu impakte üreter taşlı hastalarda geç dönemde üreter darlıklarının görülme ihtimali daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Böbrek fonksiyon kaybına neden olabilecek ve çoğu hastada asemptomatik olan üreter darlıklarının gözden kaçmaması için postoperatif dönemde en az 3'er aylık aralarla USG takiplerinin yapılması önerilir.

Table 1: Demographic and Radiologic characteristics

	Without Ureteral Stricture	With Ureteral stricture	P
Patient, (no, %)	51(%85)	9 (%15)	
Age, (mean+-SD)	40+-12.9	41.8+-12.5	0.653
Gender, (no,%)			0,940
-Female	22 (%43)	4 (%50)	
-Male	29 (%57)	4 (%50)	
Stone size, (mm+-SD)	12.4+-4.4	15.8+-4.9	**0.020**
Side, (no,%)			0.115
-Right	25 (%49)	7 (%78)	
-Left	26 (%51)	2 (%22)	
Site of impaction, (no,%)			0.706
-Lower ureter	14 (%27)	2 (%22)	
-Middle ureter	12 (%24)	2 (%22)	
-Upper ureter	25 (%49)	5 (%56)	
Degree of hydronephrosis, (no,%)			**0.01**
-No	6 (%12)	0	
-Mild	25 (%49)	1 (%12)	
-Moderate	16 (%32)	4 (%44)	
-Severe	4 (%8)	4 (%44)	
Periureteric stranding, (no,%)	26 (%51)	7 (%78)	0.141
Duration of symptoms, (months)			**0.014**
-<4	31 (%61)	2 (%22)	
-5-8	16 (%31)	5 (%56)	
-9-12	4 (%8)	2 (%22)	
Preop Nephrostomy Catheter, (no,%)	12 (%24)	3 (%33)	0.539

Table 2. Perioperative Variables

	Without Ureteral stricture	With Ureteral stricture	P
Mucosal injury, (no,%)	22 (%43)	6 (%67)	0.198
Ureteric perforation, (no,%)	8 (%16)	4 (%44)	**0.048**
Residual stone fragments, (no,%)	7 (%14)	2 (%22)	0.145
Embedded stone fragments, (no,%)	16 (%31)	6 (%67)	**0.044**
Ureteric Oedema, (no,%)	21 (%41)	7 (%78)	**0.043**
Polyps and villous lesions, (no,%)	20 (%39)	4 (%44)	0.773

Table 3: Multivariable Regresyon Analysis Results

	Odd ratio	%95 Confidence İnterval	P
Stone Size	1.8	1.1-3.0	**0.024**
Degree of Hydronephrosis	48.8	1.69-140.6	**0.023**
Time of Symptom's	39.9	0.74-215.5	0.070
Oedema	0.038	0.05-5.9	0.204
Perforation	0.02	0.01-1.17	0.056
Residual Embedded Fragments	0.31	0.05-20.1	0.581
Mucosal Injury	0.121	0.04-3.8	0.232

SB-217

DÜŞÜK DANSİTELİ ÜRİNER SİSTEM TAŞLARINDA MEDİKAL DİSSOLÜSYON TEDAVİ DENEYİMİ GÜNCEL VERİLERİMİZ

ERAY HASIRCI(1) ENİS KERVANCIOĞLU(1) ALPEREN ÇİFTÇİ(1) MEHMET İLTERİŞ TEKİN(1) HAKAN ÖZKARDEŞ(1)

1. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Bu çalışmada kontrastsız bilgisayarlı tomografide (BT) düşük dansiteli üriner sistem taşlarında üriner alkalinizasyon tedavisinin etkinliğini değerlendirdiğimiz önceki çalışmanın verilerini güncel haliyle paylaşmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde Mayıs 2011 ile Nisan 2022 tarihleri arasında BT ölçümlerine göre düşük dansiteli (< 750 Hounsfield Unit) üriner sistem taşı olduğu belirlenen ve dissolüsyon tedavisi amacıyla Potasyum Sodyum Hidrojen Sitrat verilen 14'ü erkek toplam 36 hastanın verileri ve tedavi yanıtları retrospektif olarak incelendi. Tüm hastalarda tedaviye standart doz başlanıp 3 ve 10. günlerde idrar pH ölçümlerine göre doz ayarlaması yapıldı. Tamamen taşsızlık sağlanan (tam yanıt) veya taş boyutunda %50'den fazla azalma izlenen (parsiyel yanıt) hastalar başarılı gruba dahil edildi. Taş boyutunda değişiklik olmayan, beklenen azalma izlenmeyen, taş boyutunda artış olan, dissolüsyon tedavisini tolere edemeyen hastalar ise başarısız gruba dahil edildi. Hastalar yaş, vücut kitle indeksleri, taş yüzey alanları toplamı, dansite, tedavi süresi, tedavi öncesi idrar pH'sı ve serum ürik asit düzeyleri açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 63.3 yıl olarak belirlendi (44-84 yıl). Taşlar 29 hastada böbrekte, 3 hastada üreterde ve 4 hastada ise hem böbrek hem de üreterde idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların 6'sına (%17) yan ağrısından, 2'sine de (%6) soliter böbrekli olmalarından dolayı medikal tedavi öncesi üreteral kateter yerleştirilmiş olduğu öğrenildi. Bir hastaya ise yine medikal tedavi öncesi piyonefroz nedeniyle perkütan nefrostomi kateteri yerleştirildi. Sadece 6 hastanın taş analizi yapılabilmiş ve elde edilen taşların analizine göre hepsinin ürik asit taşı olduğu görülmüştür. Tedavi sonrasında 27 hastada tam yanıt (% 75), 4 hastada ise parsiyel yanıt (% 11.1) elde edildi. Beş hastada ise tedaviye yanıt alınamamıştır (% 13.9). Gruplar arası değişkenler Tablo 1'de özetlenmiştir.

SONUÇ

Ürik asit taşlarının ya da BT kriterlerine göre düşük dansiteli taşların varlığında medikal tedavinin başarısını öngörmede en önemli faktör serum ürik asit seviyesi gibi görünmektedir. Başarı ihtimalinin yüksek olduğu bu hastalarda dissolüsyon tedavisinin acil girişim gerektirmeyen uygun hastalarda cerrahi tedavi öncesi denenmesi yararlı olabilir. Tam yanıt alınan hastalarda cerrahi tedavi seçeneğine ihtiyaç duyulmaması ile hastaların yaşam kalitelerinin ciddi oranda korunmuş olacağı düşünülmektedir.

-	*Dissolüsyon*	_	__
-	*Başarılı*	*Başarısız*	*p*
Yaş	*62,8*	*66,2*	*0,325*
VKİ (kg/cm2)	*29,29*	*30,28*	*0,396*
Taş yüzey alanı (cm2)	*2,86*	*5,09*	*0,553*
Dansite (HU)	*578,3*	*594*	*0,69*
Tedavi süresi (hafta)	*16,87*	*30*	*0,134*
Takip Süresi (hafta)	*34,45*	*39,6*	*0,594*
İdrar pH	*5,16*	*5,5*	*0,161*
Serum Ürik Asit (mg/dl)	*6,59*	*8,92*	*0,003*
-	-	-	-

Dissolüsyon tedavisinin başarısını etkileyen faktörler.

SB-218

ZORLU ÜRETER TAŞLARI ENDOSKOPİK CERRAHİ TEDAVİSİ

ERTUĞRUL KÖSE(1) YAKUP BOSTANCI(1) ABDULMETİN ERGÜN(1) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1) ŞABAN SARIKAYA(1) ALİ FAİK YILMAZ(1)

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

AMAÇ

Bu çalışmamızda, semirijid üreterorenoskopi (srURS) ile cerrahi olarak tedavi edilemeyen zorlu üreter taşları endoskopik tedavisinde fleksible u¨reterorenoskopi (fURS) kullanımının etkinlik ve güvenilirliğini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2017 ile Temmuz 2022 tarihleri arasında klinigˆimizde u¨reter tas¸ı nedeni ile endoskopik üreter taşı tedavisi planlanan hastalar retrospektif olarak incelendi. 431 hastadan 4.5/6.5 Fr srURS'nin başarısız olduğu (DJ sonrası ikinci seans da dahil) ve tedavide fURS kullanılmak zorunda kalınan 24 hasta mevcuttu (intraoperatif push back olup fURS'ye geçilenler haricinde). Bunlardan kolon kanseri nedeniyle cerrahi ve pelvik radyoterapi öyküsü olan ve retrograd fURS ile de erişim sağlanamaması üzerine DJ konulan ancak tedavi için tekrar kliniğimize başvurmayan bir hasta çalışma dışı bırakıldı ve 23 hasta çalışmaya alındı.

BULGULAR

Tablo 1'de hastaların demografik ve operatif verileri verilmis¸tir. 18 vakada reusable, 5 vakada disposable fURS ve litotripsi ic¸in 30 W Holmium: YAG laser kullanıldı. İki hastada rezidu¨ fragman kalması nedeni ile ikinci seans giris¸im gereklilig^i meydana geldi. Tek seans sonunda tas¸sızlık oranı %91,3 olarak bulunurken ikinci seans sonrası %100 tas¸sızlık elde edildi. Herhangi bir intraoperatif komplikasyon go¨ru¨lmezken, 1 (%4,3) hastada postop ates¸ yu¨kseklig^i tespit edildi.

SONUÇ

Uygun hastalarda günümüz minimal invaziv cerrahi çağında, hiçbir şekilde semirijid URS ile akses sağlanamayan zorlu üreter taşları cerrahi tedavisinde diğer cerrahi tedavi seçeneklerine (laparoskopi, açık) geçilmeden önce fURS akıldan çıkarılmaması gereken, deneyimli ellerde yu¨ksek bas¸arı ve du¨s¸u¨k komplikasyon oranları ile uygulanabilen etkin bir endoskopik tedavi yo¨ntemi olarak go¨ru¨nmektedir.

Tablo 1. Hastaların demografik ve operatif verileri

Sayı	23	
Cinsiyet (E/K)	15/8	
Ortalama yaş (yıl)	48,2±15,6	
Yön (sağ/sol)	10/13	
Taş boyutu (mm)	9,8±2,0	
Lokalizasyon		
• Üst uç	11	
• Orta kesim	9	
• Alt uç	3	
Hasta özellikleri		
• Üreterde kinkleşme / impakte taş		10
• Pelvik cerrahi / radyoterapi öyküsü		3
• Kontraktür nedeniyle pozisyon verilemeyen		4
• İleal conduit		2
• Üreteroneosistostomi		2
• Bifid üreter		1
• Mesaneye indante prostat orta lob		1
Taşlara erişim		
• Antegrad	5	
• Retrograd	18	
Postop DJ stent kullanımı	19 (%82,6)	
Ameliyat süresi (dk)	43,1±12,8	
Floroskopi süresi (sn)	81,9 ± 32,1	

SB-219

DENEYİMLİ AVRUPALI ENDOÜROLOGLARIN EKSTRAKORPOREAL ŞOK DALGA LİTOTRİPSİ İÇİN TEDAVİ EĞİLİMLERİNİ VE TEKNİK AYRINTILARINI BELİRLEYEN FAKTÖRLER İÇİN YENİ BİR ANKET

SERKAN YENİGÜRBÜZ(1) HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(1) CANER EDİZ(1) MEHMET PEHLİVANOĞLU(1) CUMHUR YEŞİLDAL(1) YUNUS EMRE KIZILKAN(1) ÖMER YILMAZ(1)

1. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Avrupa merkezlerinde deneyimli endoürologlar tarafından yanıtlanan anket aracılığıyla vücut dışı şok dalgası litotripsi (SWL) tedavisinin uygulamasını farklı yönlerden (endikasyonlar, teknik ve ekipmanla ilgili özellikler vb.) değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Ekibimiz tarafından teknik ekipman, tedavi uygulamaları, tedavi öncesi hazırlıkları, demografik özellikleri değerlendirmek amacıyla dört ana başlıkta 72 sorudan oluşan bir anket hazırlanmış ve 200 endoüroloğa mail olarak gönderilmiştir. Ankete %75'i üniversite veya eğitim hastanelerinden gelen ve %69'u Üroloji alanında 10 yıldan fazla deneyime sahip 97 akademik endoürolog katılmıştır.

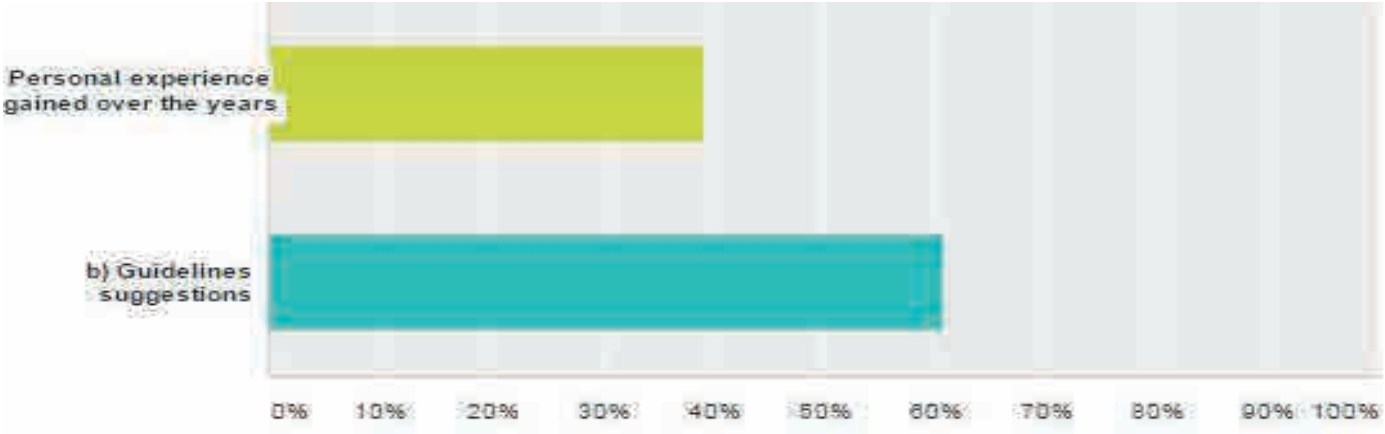
BULGULAR

Ürologların yüzde yetmiş dördü SWL cihazına doğrudan erişime sahipti ve bizzat endoürolog %61 oranında SWL ünitesinden esas olarak sorumluydu. İkinci olarak sorumlu ise SWL konusunda eğitim almış teknisyendi (%25). SWL kararını etkileyen faktörler sırasıyla taşın boyutu, yeri, yoğunluğu, bileşimi ve böbrek anatomisiydi. SWL kararı için en çok taş yoğunluğu tercih edildi ve endoürologların %71'i için cut-off değeri 1000 HU< idi. SWL seansından sonra artan oral hidrasyon ve tıbbi ekspulsif tedaviler yaygın olarak kullanıldı ve önerildi.

Endoürologların çoğu tarafından rutin antibiyotik profilaksisi kullanılmadı (%45) ve steinstrasse oluşumundan sonra en çok yanıt verilen yaklaşım üreteroskopi (%39) idi.

SONUÇ

Anket yanıtları, deneyimli Avrupalıendoürologların çoğunun kılavuz önerilerine göre tedavi alternatiflerine karar verdiğini ve SWL'nin üriner taşların tedavisi için hala değerli bir seçenek olduğunu açıkça ortaya koydu.



SB-220

ENDOÜROLOJİK TAŞ TEDAVİSİ SONRASI SİSTEMİK İNFLAMATUAR YANIT SENDROMUNU ÖNGÖREN FAKTÖRLER

EMRE ŞAM(1) FATİH AKKAŞ(1) KAMİL GÖKHAN ŞEKER(2) EKREM GÜNER(3)

1. Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzurum
2. Liv Hospital Vadiistanbul, Üroloji Kliniği, İstanbul
3. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışmada, endoürolojik taş tedavisi sonrası sistemik inflamatuar yanıt sendromuna (SIRS) neden olabilecek preoperatif ve intraoperatif faktörleri belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Merkezimizde Ocak 2011-Haziran 2020 yılları arasında perkütan nefrolitotomi (PCNL), retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) ve semirijit üreteroskopi (SR-URS) uygulanan hastalar bu çalışmanın hedef popülasyonunu oluşturdu. Ameliyattan sonra hastalar ateş ve diğer SIRS belirtileri açısından yakından izlendi. SIRS'yi öngören faktörleri belirlemek için tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi gerçekleştirildi.

BULGULAR

Çalışma grubunun tamamı 1471 hastadan oluşuyordu. PCNL, RIRS ve SR-URS sonrası SIRS oranları sırasıyla %12.9, %6.3 ve %1.7 idi. Çok değişkenli analizde, PCNL için taş hacmi (p=0.029), ameliyat süresi (p<0.001) ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü (p=0.005) SIRS'yi öngören faktörler olarak belirlendi. RIRS için ipsilateral taş cerrahisi öyküsü (p<0.001), taş hacmi (p<0.001) ve ameliyat süresi (p<0.001) SIRS'yi öngören faktörlerdi. SR-URS için ise taş hacmi (p<0.001), ameliyat süresi (p<0.001) ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü (p=0.002) SIRS'yi öngören faktörlerdi.

SONUÇ

Taş hacmi ve ameliyat süresi, endoürolojik taş tedavilerinde SIRS'yi öngören faktörler dir.

Tablo 1. SIRS'yi öngörmede tek değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçları

	Tek Değişkenli			Çok Değişkenli		
PCNL	OR	95% CI	P değeri	OR	95% CI	P değeri
Taş Hacmi	1.000	1.000-1.001	0.020	1.000	1.000-1.001	0.029
Ameliyat Süresi	1.082	1.059-1.106	<0.001	1.098	1.067-1.129	<0.001
Tekrarlayan ÜSE öyküsü	3.174	1.568-6.427	<0.001	4.151	1.542-11.178	0.005
RIRS	OR	95% CI	P değeri	OR	95% CI	P değeri
Cinsiyet (Kadın)	2.441	1.177-5.063	0.016	1.890	0.765-4.666	0.168
ASA 3	2.907	1.187-7.120	0.020	1.581	0.515-4.857	0.423
İpsilateral taş cerrahisi öyküsü	5.263	2.323-11.922	<0.001	7.569	2.645-21.659	<0.001
Taş Hacmi	1.004	1.002-1.005	<0.001	1.003	1.002-1.005	<0.001
Ameliyat Süresi	1.046	1.019-1.073	<0.001	1.052	1.020-1.085	<0.001
Tekrarlayan ÜSE öyküsü	3.256	1.547-6.853	0.002	1.554	0.614-3.937	0.352
SR-URS	OR	95% CI	P değeri	OR	95% CI	P değeri
Taş Hacmi	1.033	1.019-1.046	<0.001	1.046	1.026-1.065	<0.001
Ameliyat Süresi	1.080	1.036-1.127	<0.001	1.172	1.086-1.265	<0.001
Tekrarlayan ÜSE öyküsü	7.305	1.991-26.802	0.003	33.970	3.797-303.891	0.002

PCNL: perkütan nefrolitotomi, RIRS: retrograd intrarenal cerrahi, SR-URS: semirijit üreteroskopi, ASA: Amerikan anesteziyoloji derneği, ÜSE: üriner sistem enfeksiyonu

SB-221

İLK EŞ ZAMANLI BİLATERAL ENDOSKOPİK CERRAHİ (SBES) DENEYİMİMİZ

ENGİN DENİZHAN DEMİRKIRAN(1) ONUR ÖZYAMAN(1)

1. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak

AMAÇ

Üriner sistem taşları, %1-20 arasında prevelans oranları ile tüm dünyada yaygın bir sağlık sorunudur. Son 2 dekatta taş hastalığının prevelansı bazı bölgelerde %37'lere varan artış göstermiştir. İki taraflı böbrek taşı insidansı da ihmal edilemeyecek düzeydedir. Sorokin ve arkadaşları da bilateral ürolitiyazis oranını %15 olarak bulmuştur. Geçmişte bilateral ürolitiyazisi olan hastalarda önce bir taraftaki kalkülün takiben kontralateral kalkülün aynı cerrah tarafından tedavisi uygulanmış olsa da son dönemde yaygın olarak uygulanan iki farklı cerrah tarafından eş zamanlı olarak bilateral cerrahi yani simultane bilateral endoskopik cerrahi (sbes) potansiyel daha etkili bir cerrahi seçeneğidir.

GEREÇ-YÖNTEM

62 yaş erkek hasta acil servisimize üşüme titreme bilateral yan ağrısı yakınması ile başvurdu. Bilinen komorbiditesi yoktu. Daha öncesinde de bilinen üriner sistem taş hastalığı olan 10 yıl önce sol üriner sistem kalkülleri için dış merkezde 5 seans eswl ve üreterorenoskopi uygulanan hastamızın yapılan tetkiklerinde Wbc:16.4 Crp:143 ve Üre: 47 Krea: 1.9 saptanması üzerine nonkontrast abdomen bt planlandı. Çekilen bt de sağ proksimal üreterde 2x1cm kalkül ve sol böbrekte renal pelvisten orta ve alt pol kalikslerine uzanan yaklaşık olarak 3.6x2.3cm staghorn tipinde kalkül, bilateral perirenal ve periüreteral kirlenme, bilateral grade 2 hidronefroz saptandı. Hastaya acil şartlarda bilateral 4.8 f double-j stent takıldı. Takiplerinde klinik ve laboratuar parametrelerinde iyileşme görülen hastaya ilk cerrahisinden 3 hafta sonra bilateral kalkülleri için cerrahi planlandı.. Hasta genel anestezi altında galdakao modifiye supin valdivia pozisyonu verilmesini takiben 1. Cerrah tarafından sol böbrek renal pelvisten alt pole doğru uzanan 3.6x2.3 cm boyut ve 906.7 hu değerindeki kalküle skopi eşliğinde alt polden perkütan giriş sağladı. Trakt 24 fr e kadar amplatz set ile dilate edildi. 24 f nefroskop ile toplayıcı sisteme girilerek kalkül pnömotik litoriptör ile fragmente edilerek ekstrakte edildi. 2. Cerrah tarafından ise eş zamanlı olarak sağ proksimal üreterdeki 2 x1 cm boyut ve 600 hu değerindeki kalkül üreterorenoskop ve holmium lazer ile vaporize edildi. Endoskopik ve radyolojik olarak bilateral sistmlerin stonefree olduğu görülmesi üzerine bilateral 4.8f dj stent ve sol 14 f nefrostomi yerleştirilerek operasyona son verildi. Toplam operasyon süresi :1 saat 31 dk. Periop ve postop komplikasyon izlenmedi. Hasta postop 1. gün nefrostomi ve üretral kateteri alınarak eksterne edildi.1. Ay kontrastsız abdomen bt ile yapılan değerlendirmede bilateral taşsızlığın sağlandığı saptandı.

BULGULAR

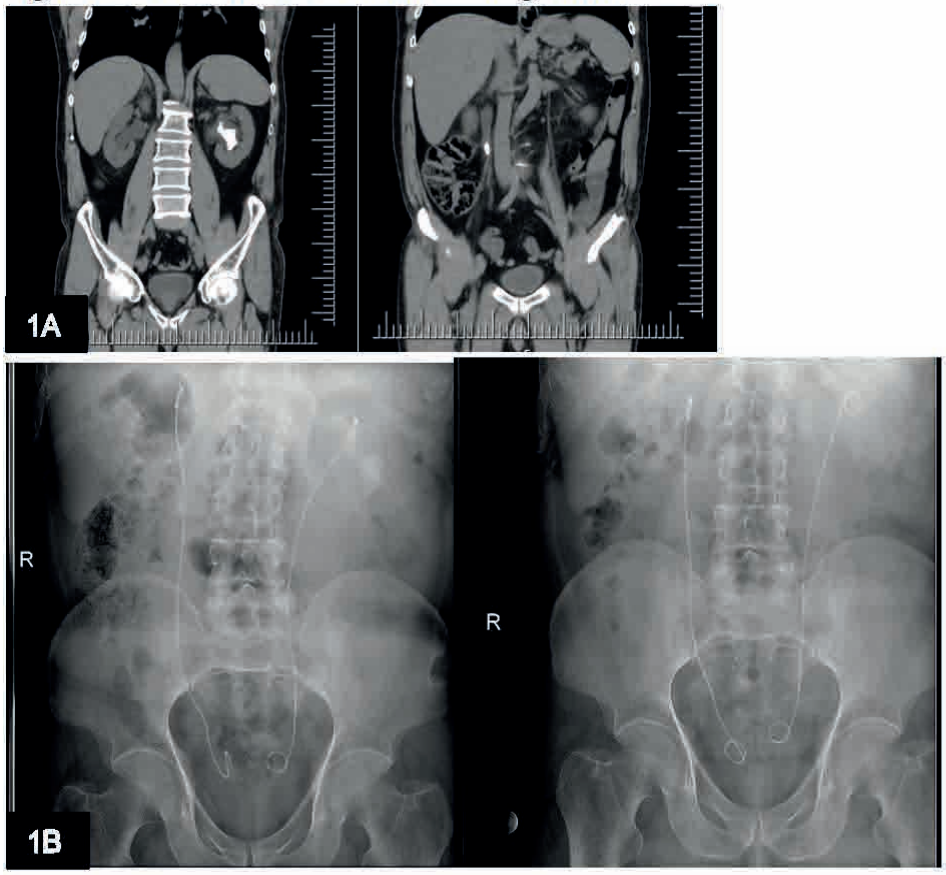
Son yıllarda, aynı seansta yapılan bilateral endoskopik cerrahinin güvenilir ve etkin olduğu gösterilmiştir. Simultane bilateral endoskopik cerrahinin en önemli avantajı her iki böbrek ünitesinin aynı anda ameliyat edilmesi ile anestezi süresi önemli ölçüde azaltması olarak belirtilmektedir. Bu sürenin azaltılması kardiyopulmoner komplikasyonları ve dolayısıyla hastane yatış süresini de azaltmaktadır. SBES ayrıca tek bir anestezi, azaltılmış kümülatif hastanede kalış süresi, daha az iş dışı gün, daha az radyasyona maruz kalma, oda ve anestezi süresiyle ilgili daha yüksek genel maliyet etkinliğine sahiptir.

SONUÇ

Sonuç olarak SBES, minimum morbidite ile güvenli ve etkili bir cerrahi olarak uygulanmaktadır. Altyapısı uygun kliniklerde bilateral taş hastalarında tedavi seçeneği olarak ön planda akılda bulundurulmalıdır.

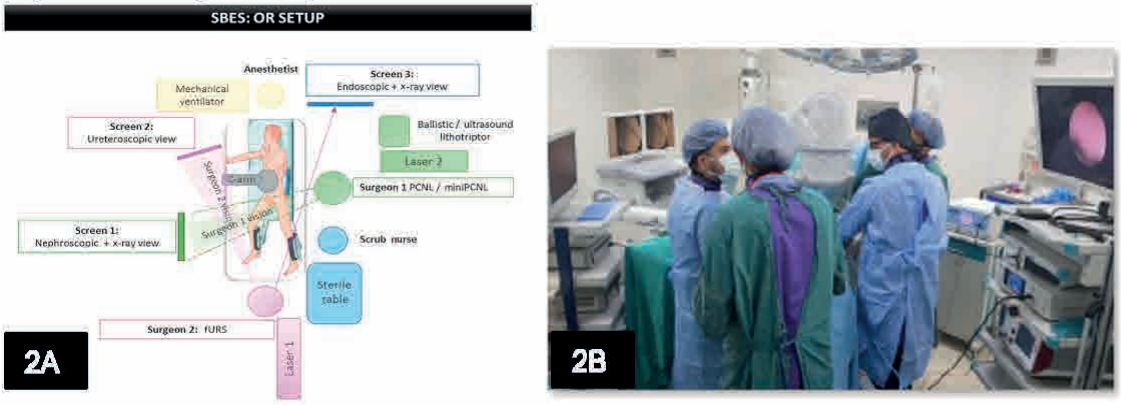
Figür 1a : Preoperatif , BT Coronal kesit

Figür 1b: SBES öncesi ve sonrası DÜSG görüntüleri



Figür 2a: SBES yerleşimi(Guisti G et al. Simultaneous Bilateral Endoscopic Surgery (SBES) for Patients with Bilateral Upper Tract Urolithiasis: Technique and Outcomes. 2018;74(6):810-15.)

Figür 2b: İntraop SBES yerleşimimiz



SB-222

TRİGLİSERİT-GLUKOZ İNDEKSİ BÖBREK TAŞLARI İÇİN ÖNGÖRDÜRÜCÜ BİR BELİRTEÇ OLABİLİR Mİ?

DENİZ GÜL(1) YAVUZ TARIK ATİK(2) ANIL ERDİK(3)

1. Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya
2. Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi Sakarya
3. Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi, Sakarya

AMAÇ
Metabolik sendrom böbrek taşlarının oluşumunda bağımsız risk faktörlerinden biridir ve insülin rezistansı taş formasyonunun patofizyolojisinde yer alan nedenlerden biri olarak düşünülmektedir. Trigliserit-glukoz (TyG) indeksi, insülin rezistansının basit, tekrarlanabilir ve güvenilir bir belirteci olarak son zamanlardaki çalışmalarda bildirilmiştir. Çalışmamızda TyG indeksinin böbrek taşlarını öngörmedeki değerini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamıza Ocak 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında kliniğimize başvurmuş 240 hasta dahil edildi. Hastalar böbrek taşı olmayan (Grup-1) ve olan (Grup-2) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi (VKİ), ek hastalıkları (diyabet, hipertansiyon), biyokimyasal sonuçları (glukoz, üre, kreatinin, ürik asit, total kolesterol, trigliserit, hdl, ldl) ve taş ile ilgili verileri (taş yükü, taş dansitesi, opasite durumu) kaydedildi. TyG indeksi; 'ln [trigliserit (mg/dl) x glukoz (mg/dl) / 2]' formülüne göre hesaplandı. Verilerin analizinde SPSS 21.0 paket programı kullanıldı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR
Hastaların ortalama yaşı 51,33±13,54 yıl idi ve 160'ı (%66,7) erkekti. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, komorbiditeler ve LDL düzeyi açısından fark saptanmadı ($p>0,05$). Grup-2'de VKİ, üre, kreatinin, ürik asit, total kolesterol, trigliserit, HDL düzeyi ve TyG indeksi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek saptandı (8,99±0,66'e karşı 9,23±0,77; $p=0,009$). ROC analizi sonucuna göre TyG indeksi için eşik değer %51,7 duyarlılık ve %68,3 özgüllük ile 9,27 olarak kabul edilmiştir (eğri altındaki alan: 0,594) (Şekil 1). Taşı olan hastalar TyG indeksi 9,27'den düşük ve yüksek olanlar olarak iki gruba ayrıldı. TyG indeksi yüksek olan grupta; yaş, komorbiditeler ve biyokimyasal veriler istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksekti ($p>0,05$) (Tablo 1). Ayrıca taş yükünün, yüksek TyG indeksi olan grupta daha fazla olduğu saptandı ($p=0,011$). Taş dansitesi ve opasite durumu açısından ise gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmedi (sırasıyla; $p=0,073$ ve $0,451$).

SONUÇ
Böbrek taşlarını ve taş yükünü öngörmede TyG indeksi belirteç olarak kullanılabilir. Böbrek taşı oluşumu açısından riskli hastaları tespit etmede klinik faydaları olabilir ancak yüksek hasta sayılı daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

-	TyG < 9,27 (n=58)	TyG ≥ 9,27 (n=62)	p	Yaş (yıl) (ort±SS)	47,84±14,58
53,11±11,63	0,030 a	Cinsiyet (n)(%) Erkek	35 (60,3)	46 (74,2)	0,106 b
Cinsiyet (n)(%) Kadın	23 (39,7)	16 (25,8)	-	VKİ (min-max)	27,15 (18,12-37,26)
27,77 (19,53-45,67)	0,425 c	DM (n)(%) Yok	55 (94,8)	45 (72,6)	0,001 b
DM (n)(%) Var	3 (5,2)	17 (27,4)	-	HT (n) (%) Yok	47 (81)
34 (54,8)	0,002 b	HT (n) (%) Var	11 (19)	28 (45,2)	-
Glukoz (mg/dl) (min-max)	92 (70-129)	114 (74-393)	<0,001 b	Üre (mg/dl) (min-max)	31 (15-92)
35 (20-97)	0,003 b	Kreatinin (mg/dl) (min-max)	0,79 (0,40-2,87)	0,93 (0,43-3,20	<0,001 b
Ürik asit (mg/dl) (min-max)	5,24±1,52	5,96±1,33	0,007 a	Total kolesterol (mg/dl) (ort±SS)	192 (129-296)
217 (117-459)	0,001 b	Trigliserit (mg/dl) (min-max)	125 (39-271)	262 (131-1155)	<0,001 c
HDL (mg/dl) (min-max)	48 (26-99)	38 (17-63)	<0,001c	LDL (mg/dl) (ort±SS)	131,62±31,77
150,61±36,23	0,003 a	TyG indeksi (ort±SS)	8,60±0,43	9,83±0,49	<0,001a
Taş yükü (mm2) (min-max)	350 (100-2980)	527 (130-9914)	0,011 c	Taş dansitesi (HU) (min-max)	1115 (349-1530)
982 (370-1441)	0,073 c	Opasite durumu (n) (%) Opak	53 (91,4)	54 (87,1)	0,451b
Opasite durumu (n) (%) Non-opak	5 (8,6)	8 (12,9)	-		

TyG indeksine göre grupların karşılaştırılması

SB-223

TEKİRDAĞ İLİNDEKİ TAŞ ANALİZ VE METABOLİK DEĞERLENDİRME: TEK MERKEZ SONUÇLARIMIZ

MEHMET FATİH ŞAHİN(1) CENK MURAT YAZICI(1) RIDVAN ÖZCAN(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) MURAT AKGÜL(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tekirdağ

AMAÇ

Üriner sistem taş hastalığı (ÜSTH) coğrafyamız açısından endemik bir durumdur. Taş analizinin ardından metabolik değerlendirme ve medikal tedavi taş nüksünü önleme açısından son derece önem taşımaktadır. Bu çalışmada, Tekirdağ ilinde ÜSTH olan ve cerrahi ile taş ekstraksiyonu yapılan hastaların taş analizi - metabolik değerlendirme sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tekirdağ ilindeki Ağustos 2018 – Ocak 2021 tarihleri arasında cerrahi sonrası taş ekstraksiyonu yapılan toplam 312 hasta çalışmaya dâhil edildi. Bu hastalarda üst üriner sistemin herhangi bir lokalizasyonunda taşı mevcuttu. Taş analizleri Spektroskopi yöntemi (FT/IR-4600 FT-IR Spectrometer cihazı) ile elde edildi. Taş analizi elde edilen toplam 156 yüksek riskli hastaya metabolik değerlendirme yapıldı. Yüksek riskli olmayan, üriner diversiyon materyali (DJ stent, üreter katateri, nefrostomi) olan ve hasta uyumsuzluğu nedeniyle diğer hastalara metabolik değerlendirme yapılmadı.

BULGULAR

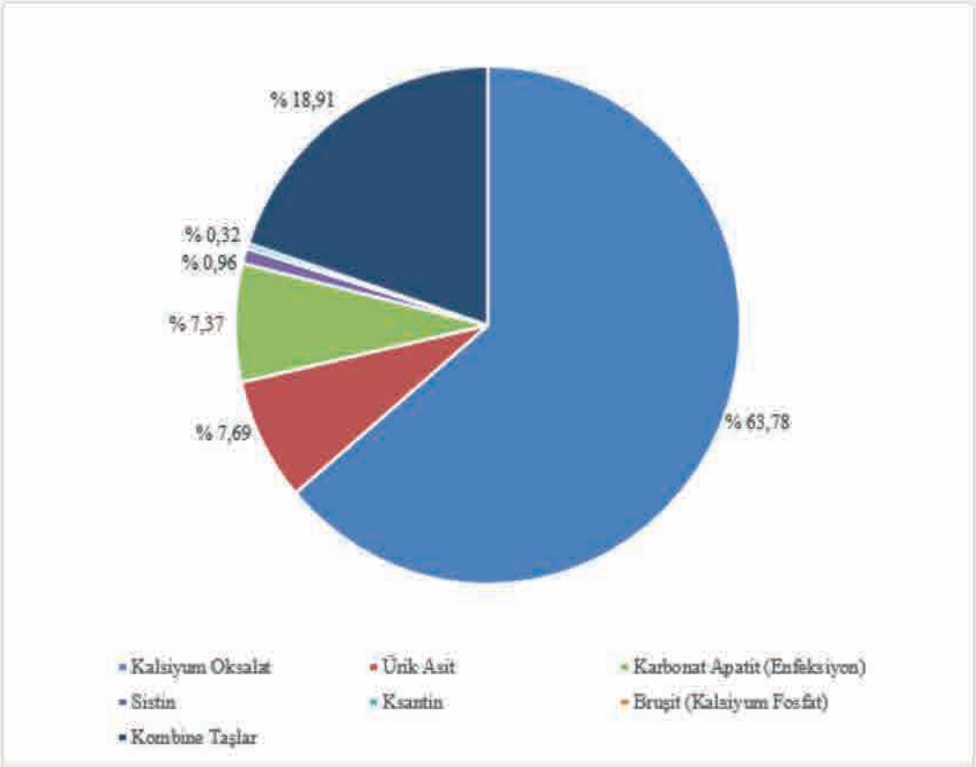
Taş analizi yapılan hastaların yaş ortalaması 52,0±15,9 (min:3, max:85) olup 185'i erkek, 127'si kadın idi. Hastaların %79,80'inde kalsiyum içerikli taşlar (%63,78 kalsiyum oksalat, %1 kalsiyum fosfat), %7,7'sinde ürik asit, %7,4'ünde karbonat apatit (enfeksiyon taşı) tespit edilmiştir. Sistin taş oranı %1 olarak, diğer taş komponentleri ise %4,1 oranında bulunmuştur. Hastaların taş analizi sonuçları Şekil 1'de gösterilmiştir.

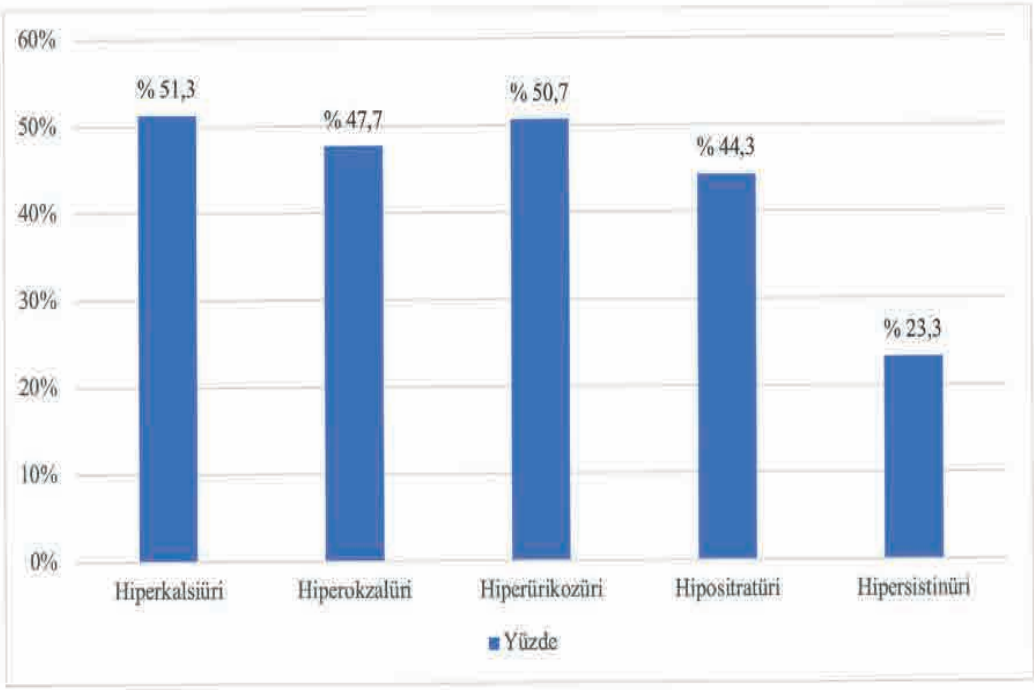
Metabolik değerlendirme yapılan hastaların yaş ortalaması 50,7±15,9 (min:7, max:80) olup 86'sı erkek, 70'i kadındı. 24 saatlik idrarda yapılan metabolik değerlendirme sonuçlarına göre 24 (%23,3) hastada hipersistinüri (>40 mg/gün), 58 (%44,3) hastada hipositratüri (<320mg/gün), 74 (%47,7) hastada hiperokzalüri (>40 mg/gün) saptandı. Hastaların 80 (%51,3) tanesinde hiperkalsiüri (>200 mg/gün) ve 70 (%50,7) tanesinde hiperürikozüri (>600 mg/gün) tespit edildi (Şekil 2).

SONUÇ

Taş analizi ve metabolik değerlendirme yapmak taş oluşumunu açıklayabilecek predispozan faktörler ve altta yatan etyolojilerin tespitinde yol göstericidir. Çalışmamızdaki hastaların %44,3'ünde hipositratüri ve %14,1'inde ürik asit taş komponenti izlenmiş olup bu hastalara metafilaksi başlanmıştır. Taş analizi ve metabolik değerlendirme ile elde edilecek verilerin değerlendirilmesi metafilaksi açısından son derece önem taşımaktadır. Bu sebepten taş analizi ve metabolik değerlendirmeyi teşvik edici, kolaylaştırıcı adımların atılması ve hekim-hasta bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Taş Tipi	N (%)	Taş Tipi	N (%)
Saf Taş Tipi (n=253) (%81,1)		Karışık Taş Tipi (n=59) (%18,9)	
Kalsiyum Oksalat	199 (%63,8)	Kalsiyum Oksalat + Strüvit	23 (%7,4)
Ürik Asit	24 (%7,7)	Kalsiyum Oksalat + Ürik Asit	11 (%3,5)
Karbonat Apatit (Enfeksiyon)	23 (%7,4)	Kalsiyum Oksalat + Karbonat Apatit	16 (%5,1)
Sistin	3 (%0,96)	Ürik Asit + Amonyum Ürat	9 (%2,9)
Bruşit (Kalsiyum Fosfat)	3 (%0,96)		
Ksantin	1 (%0,32)		





SB-224

ÜRİNER SİSTEMİN NONOPAK TAŞLARINDA PREOPERATİF GÖRÜNTÜLEME ZAMANI

OKTAY ÜÇER(1) MUHAMMET BİLMİŞ(1) OSMAN UMUR BAŞARAN(1) GÖKHAN TEMELTAŞ(1)

1. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Manisa

AMAÇ

Üriner taş hastalığının gelişmiş ülkelerde yaşam boyu insidansı yaklaşık % 10-15 arasındadır. Etyolojisinde genetik, yaş, beslenme, komorbid hastalıklar, ilaçlar ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Üriner sistemde mesaneden renal pelvise kadar farklı bölgelerde saptanabilir. Klinik olarak yan ağrısı, hematüri, ateş, pyüri ve pollaküri, dizüri, pyelonefrit bulguları da görülebilmektedir.

Üreter taşları hidronefroz olsun veya olmasın insidental olarak da saptanabilir. İnsidental tanı, genellikle rutin sağlık muayeneleri sırasında, ürolojik olmayan hastalıkların değerlendirilmesi sırasında ve daha önce böbrek taşı geçirmiş hastaların takibi sırasında konur. Girişim planı olan hastalarda preoperatif 24 saat önce kontrol görüntüleme önerilmektedir. Bu olgu sunumunda, preoperatif kontrol görüntüleme zamanına, planlanan cerrahi prosedüre göre karar verilmesi gerektiği tartışılacaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

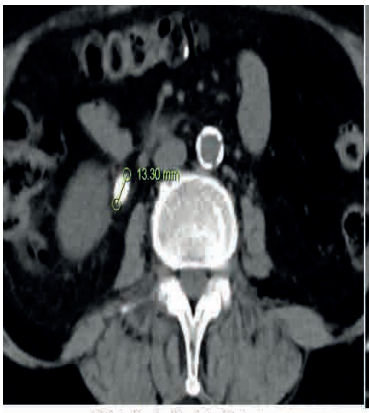
Düşme sonrası dış merkeze başvuran 75 yaş kadın hasta, travmaya yönelik çekilen abdominopelvik bilgisayarlı tomografide (BT) rastlantısal olarak aksiyel kesitte sağ proksimal üreterde 11,91 mm genişliğinde, coronal kesitte de 20,43 mm uzunluğunda taş ve sağ böbrekte grade 2 hidronefroz saptanması üzerine merkezimize yönlendirilmiş. Hastanın anamnezinde aktif bir şikayeti yok, fizik muayenesinde üreter obstrüksiyonuna ve üst üriner sistem enfeksiyonuna yönelik bir bulgu yok. Bilinen ek hastalık ve geçirilmiş operasyon yok. Klinik olarak asemptomatik olan hastanın tam idrar tahlili olağan, kreatinin yüksek (kre:1,24 mg/dL) saptandı. X-ray görüntülemede taş görülmedi. Mevcut bulgularla non-opak üreter taşı için laparoskopik üreterolitotomi planlandı.

BULGULAR

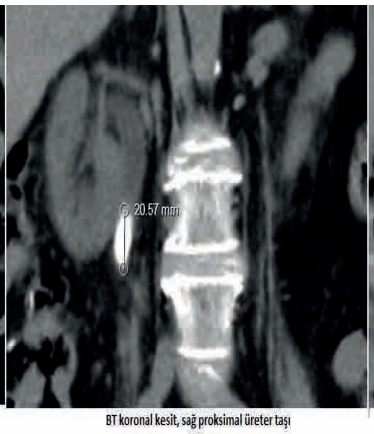
Hasta laparoskopik üreterolitotomi planıyla interne edildi. Non-opak taş için hastaya uygulanacak prosedür öncesi değerlendirme amacıyla preoperatif 15 saat önce kontrastsız BT çekildi. BT de proksimal üreterdeki 2 cm taşın sagittal kesitte üretrada olduğu görüldü. 4 saat sonra hasta taşı düşürdüğünü ifade edip üreter taşını nöbet ekibimize teslim etti.

SONUÇ

Üriner sistem taş hastalığında literatürde preoperatif 24 saat önce X-Ray inceleme, BT inceleme ya da ultrason ile kontrol görüntüleme önerilmektedir. Non-opak taşlara endoskopik üriner sistem cerrahileri harici planlanan taş cerrahilerinde taşın boyutuna ve yerleşimine bakılmaksızın, BT ile yapılacak kontrol görüntülemenin preoperatif mümkün olan en erken saatte yapılması gerektiğini önermekteyiz.

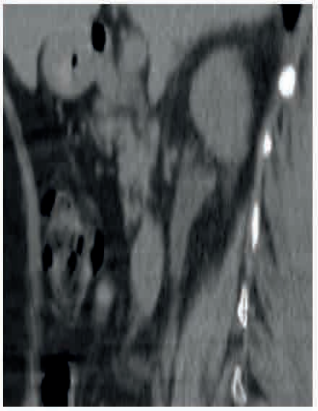


BT aksiyel kesit, sağ proksimal üreter taşı



BT koronal kesit, sağ proksimal üreter taşı

BT koronal kesit, taş düşürme sonrası proksimal üreter


BT sagital kesit, taş düşürme sonrası

BT aksiyel kesit, taş düşürme sonrası

Düşen üreter taşı

SB-225

İMPAKTE TAŞLARIN ÜRETERAL STENT SEMPTOMLARINA ETKİSİ

OSMAN CAN(1) GÖKHAN ÇEKER(1)

1. Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi, İstanbul

AMAÇ
Alt ve orta üreter taşlarının tedavisinde sıklıkla üreterorenoskopik taş cerrahisini (URS) kullanmakta ve akabinde üretere double j stent yerleştirmekteyiz. Ancak bazen bu üreteral stentler alınıncaya dek hastanın hayat kalitesini bozacak semptomlara neden olabilmektedir. Bu çalışmamızda taşın üretere impakte olmasının postoperatif üreteral stent semptomları ile ilişkisini inceledik.

GEREÇ-YÖNTEM
Hastanemizde 2021 temmuz ve 2022 haziran tarihleri arasında alt veya orta üreter taşı nedeniyle URS + double j stent takılması operasyonu olan hastalar çalışmaya dahil edildi. İmpakte üreter taşı olan 19 hasta bir grubu oluşturuken impakte taşı olmayan 35 hasta diğer grubu oluşturdu. Tüm hastalara üreteral stent çekilmeden hemen önce Üreteral stent ilişkili semptom skoru anketi doldurularak karşılaştırıldı.

BULGULAR
Grupların demografik olarak karşılaştırılmasında yaş, vücut kitle indeksi, taraf ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Üreteral stent semptomu skorlarının karşılaştırılmasında ise impakte taş grubundaki hastaların ortalama üriner semptom skoru ve vücut ağrı skoru anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü. (Sırasıyla p=0.03 p=0.02) Anketin genel sağlık, iş performansı, seksüel sağlık ve hayat kalitesi skorlarında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

SONUÇ
Endoskopik üreter taşı tedavisi ile double j stent taktığımız hastaların stent alınana dek takibi de önemlidir. Bu hastalar sıklıkla tarafımıza üreteral stent ilişkili semptomlar ile başvurabilmektedir. Çalışmamıza göre impakte taş tedavisi sonrası konulan stentlerden sonra üriner semptom ve ağrı ile ilgili semptomlar daha yüksek bulunmuştur. Hastaların bu olası durumla ilgili bilgilendirilmesi ve semptomatik tedavi düzenlenmesinin uygun olacağını düşünmekteyiz.

Tablo 1

-	İmpakte grup N=19	Non-İmpakte grup N=35	P değeri
Yaş	45.3±11.7	46.4±10.6	0.33
Vücut Kitle İndeksi (kg/m2)	26.9±5	29.2±3	0.76
Cinsiyet (Erkek/Kadın)	10/9	16/19	0.11
Taraf (Sağ/Sol)	8/11	21/14	0.19
Üriner semptom skoru	23.9±5.9	19.1±5	0.03
Vücut ağrı skoru	16.5±3.1	11.6±3.4	0.02
Genel Sağlık skoru	11.5±2.3	11±3.4	0.09
İş performansı Skoru	7.1±2.7	7±2.8	0.12
Seksüel sağlık skoru	5±1.1	4.9±1.9	0.21
Ek problemler skoru	6±2.1	6.3±1.4	0.22
Hayat kalitesi skoru	4.2±0.9	3.9±1	0.16

SB-226

RETROGRAD YOL İLE ULAŞILAMAYAN DİSTAL ÜRETER TAŞINA ANTEGRAD YAKLAŞIM: OLGU SUNUMU

MEHMET KIRDAR(1) SALİH BÜTÜN(1) DURAN DÜZGÜN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) AYKUT BAŞER(2) YUSUF ÖZLÜLERDEN(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli
2. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Balıkesir

AMAÇ

Üreter taşlarında öncelikli girişimsel tedavi yönteminin retrograd girişim olduğu bilinmektedir. Büyük, impakte ve proksimal üreter taşlarında, antegrad üreterorenoskopi (urs) bir seçenektir. Distal üreter taşlarında da retrograd işlem başarısızlığı durumunda, antegrad yol ile üreter taşı tedavisi literatürde seçili vakalarda uygulanmıştır. Bu olguda üreter taşı ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonunda antegrad flexible üreterorenoskop ile distal üreter taşı tedavisinin sunumu amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

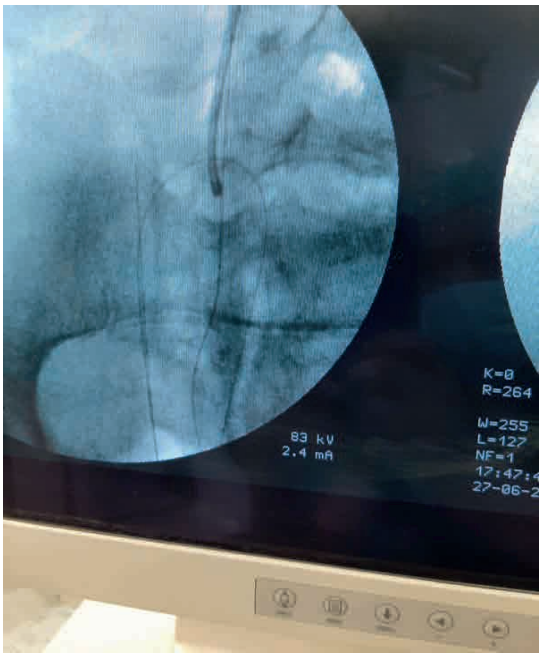
Kolon kanseri nedeniyle dış merkezde opere edilen, kemoterapi ve radyoterapi öyküsü olan 37 yaş erkek hasta, tarafımıza sol yan ağrısı ve idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle başvurdu. Hastaya dış merkezde hidroüreteronefroz nedeni ile retrograd dj-s takımı denenmiş olup, işlem başarısız olunca hasta tarafımıza yönlendirildi. Hastanın bilgisayarlı tomografi görüntülemesinde sağ üreter iliak çapraz seviyesinde yaklaşık 5 mm boyutta kalküle ait dansite ve sol böbrek alt polde 4 mm çapında birkaç adet taş izlendi. Hastaya kliniğimizde retrograd üreterorenoskopi işlemi yapıldı. Yapılan retrograd pyelografide üreter alt uç iliak çapraz düzeyinde ince opak geçişine izin veren yaklaşık 3 cm uzunluğunda dar segment ve dar segmentin proksimalinde taşa ait dolum defekti izlendi. Kılavuz tel gönderildi, pediatrik urs ile dahi dar segmentin geçilememesi üzerine dj-s takıldı. Hastanın takiplerinde tedaviye rağmen tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonunun geçmediği izlendi. 3 ay sonra hasta tekrardan işleme alındı. Retrograd pyelografide dar segmentin genişlemediği, retrograd işleme izin vermediği görüldü. Ardından retrograd yoldan sol böbreğe gönderilen klavuz tel üretral katetere tespit edildi. Hastaya antegrad işlem planlandı. Hasta prone pozisyonuna alınarak skopi ve ultrasonografi eşliğinde sol böbrek alt polden akses sağlandı. Kılavuz tel üzerinden akses 24 french'e kadar dilate edildi. Nefroskopla girilerek alt polde ki taşlar forceps ile alındı. Nefroskop ile üreteropelvik bileşkeden kılavuz tel gönderildi. Üreter alt kesimde iliak çaprazda darlık proksimalinde olduğu bilinen taşa ulaşmak için kılavuz tel üzerinden antegrad flexible urs ile girildi. İliak çapraza kadar gelindi, taş gözlendi. Ardından taşa lazer litotripsi yapıldı (Şekil 1). Taşın tamamen kırıldığı gözlendi. Darlık segmentinin yaklaşık 3 cm olduğu görüldü. Ardından kılavuz tel üzerinden antegrad dj stent takıldı. Nefrostomi olarak 18 f nelaton kateter konuldu. İşleme komplikasyonsuz son verildi.

BULGULAR

Operasyon süresi 90 dk idi. Peroperatif ve erken postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Postoperatif 1. gününde nefrostomisi, 2. gününde sondası çekilerek hasta taburcu edildi. Hastanın postoperatif 1. ay kontrolünde ağrı ve idrar yolu semptomlarının tekrarlanmadığı ve idrar kültüründe üreme olmadığı görüldü.

SONUÇ

Distal üreter taşlarında retrograd işlem başarısızlığı durumunda, antegrad üreterorenoskopi ile yaklaşım bir tedavi seçeneği olarak düşünülebilir.



SB-227

BİLATERAL ÜRETER TAŞI OLGULARINDA MÜDAHALE SONRASI KREATİNİN DÜŞÜŞÜNÜ ÖNGÖREN FAKTÖRLER

NACİ ÇATAL(1) İLKER AKARKEN(1) HARUN BAL(1) ZİHNİ CAN DAĞDEVİREN(1) HÜSEYİN TARHAN(1)

1. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Muğla

AMAÇ

Son bir senede bilateral üreter taşı ve kreatinin yüksekliği nedeniyle hastanemize başvuran hastalara, müdahale(urs,djs) sonrasında 1.gündeki kreatinin düşüşünü belirleyen faktörler ortaya konmaya çalışıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastanemizde son 1 yılda taş protokolü ile çekilen kontrastsız bilgisayarlı tomografi sonucuna göre bilateral üreter taşı saptanan 33 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Kronik böbrek hastalığı öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Toplam 28 hasta değerlendirilmeye alındı. Hastaların kontrastsız tomografi görüntülemelerinden taş yeri,taş boyutu, hidronefroz derecesi,taş hounsfield değeri,üreter duvar kalınlığı parametreleri değerlendirildi. Müdahale sonrasında hastaların müdahale sonrasında 1. gündeki kreatinin düşüşlerine göre hastalar 2 gruba alındı.14 kreatinin değerinde düşüş saptanırken(grup 1), 14 hastanın kreatinin değerinde düşüş(grup 2) izlenmedi. sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında students t testi,kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi kullanıldı, $p<0,05$ istatistiki olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Birinci(düşüş gözlenen) ve ikinci(düşüş gözlenmeye) hastaların taş yeri,taş boyutu, hidronefroz derecesi,taş hounsfield değeri,üreter duvar kalınlığı parametreleri arasından istatistiki anlamlı farklılık saptanmamıştır. Sadece kreatinin düşüşü saptanan gruptaki hastaların yaş ortalaması 62,21 iken düşüş gözlenmeyen grubun yaş ortalaması 45,92 saptanarak istatistiki anlamlı farklılığı bulunan tek parametre olmuştur.

SONUÇ

Çalışmamızda kreatinin düşüşü olan grup ile düşüş olmayan hastalarda,istatistik olarak anlamlı fark oluşturacak hasta sayısına ulaşılamamış olup,çalışmamıza hasta eklenmeye devam edilecektir.

SB-228

APİKAL ORGAN PROLAPSUS CERRAHİ TEDAVİSİNDE ASEMPTOMATİK REKTOSELİ OLAN OLGULARDA, POSTERİOR DİSEKSİYON ALANINA MEŞ YERLEŞTİRMESİ GEREKLİ Mİ?

ADEM SANCI(1) MURAT TOPCUOĞLU(2) KHALED OBAİD (3) EVREN SÜER(3) MEHMET İLKER GÖKÇE(3) ÖMER GÜLPINAR(3)

1. Kızılcahamam Devlet Hastanesi, Ankara
2. Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya
3. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi, Ankara

AMAÇ
Apikal organ prolapsus cerrahi tedavisinde anterior ve posterior diseksiyon alanına birlikte meş yerleştirilen hastalar ile sadece anterior diseksiyon alanına meş yerleştirilen hastaların retrospektif olarak karşılaştırılması.

GEREÇ-YÖNTEM
Mayıs 2015–Ocak 2021 tarihleri arasında Baden-Walker grade 3 ve 4 semptomatik pelvik organ prolapsusu nedeniyle, histerosakrokolpopeksi cerrahisi uygulanan 82 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastalar, anterior ve posterior diseksiyon alanına birlikte meş yerleştirilen hastalar ile sadece anterior diseksiyon alanına meş yerleştirilen hastalar olarak 2 gruba ayrıldı.

Posterior diseksiyon alanına meş yerleştirme kriterleri: Semptomatik grade 1 ve 2 rektosel varlığı (kabızlık, ıkınarak yapma, laksatif ihtiyacı vs.), semptom olsun ya da olmasın grade 3 ve 4 rektosel varlığı ve onarım sonrası intraoperatif jinekolojik muayenede grade 1 rektosel varlığı.

Bu iki grupta yer alan hastaların poliklinik değerlendirme formlarından demografik özellikleri, ürojinekolojik tanıları, semptomları ve muayene bulguları, peroperatif operasyon verileri ile ameliyat sonrası takip muayene bulguları kaydedildi. Başarı yada başarısızlık için literature göre daha katı kriterler tercih edildi. Grade1 ve üzeri pelvik organ prolapsus varlığı anatomik başarısızlık kriteri kabul edildi.

BULGULAR
Anterior ve posterior diseksiyon alanına meş yerleştirilen hasta sayısı 51 ve yaş ortalaması: 59.3 idi. Sadece anterior diseksiyon alalına meş yerleştirilen hasta sayısı 31 ve yaş ortalaması 61.7 idi. Her iki grupta hastanede kalış, kanama miktarı, sonda ve drenaj kateter kalış süreleri, analjezik miktarı benzer idi. Ancak barsak hareketlerinin normale dönüş süresi ile operasyon süresi sadece anterior meş yerleştirilen hastalarda daha kısa idi ($p < 0.05$). Clavien-dindo komplikasyon oranları benzer idi. Yine her iki grupta apikal ve posterior organ prolapsusu açısından anatomik başarı (% 51-54 ve %56-58) benzer idi. Hiçbir hastada yeniden cerrahi ihtiyacı ya da pesser kullanım gereksinimi olmadı.

SONUÇ
Histerosakrokolpopeksi yapılan hastalarda asemptomatik grade 1-2 rektoseli olan olgularda posterior diseksiyon alanına meş konulmaması, anatomik başarıyı etkilemeden ameliyat süresi ve barsak hareketlerinin normale dönüş süresini kısaltabilir. Ayrıca, daha az meş kullanılmasıda meş ilişkili komplikasyonların azaltılmasını sağlayabilir. Ancak daha geniş hasta gruplarında prospektif randomize çalışmalara ihtiyaç vardır.

SB-229

VAJEN KAF PROLAPSUSUNDA SAKROSPİNÖZ LİGAMAN FİKSASYONU

ALKAN ÇUBUK(1) ERALP ÇEVİKER(2) AHMET RÜKNETTİN ASLAN(3)

1. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli
2. Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kırklareli
3. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli

AMAÇ

Apikal prolapsus cerrahisinde ya da eşlik eden anterior- posterior komponent prolapsusu vakalrında sakrospinöz ligaman fiksasyonu (SSF) tercih edilebilir bir metottur. Uzun öğrenme eğrisi, ligaman anatomisinden kaynaklanan yüksek komplikasyonlar, sütür atıcı gerekliliği vajen aks değişimi ve derinlik kaybı tekniğin speküle edilen taraflarıdır.. Bu çalışmanın amacı kliniğimize Reusable Suturing Device (RSD-Ney) ile yapılan SSF deneyimlerimizi sunmaktır

GEREÇ-YÖNTEM

Vajen kaf prolapsusu nedeniyle yapılan 49 SSF vakasının dataları incelenmiştir. Hastaların yaş, beden kitle endeksi (BMI), preop sadeleştirilmiş POP-Q evrelendirmesi sonuçları, eşlik eden stress üriner inkontinans (SUI) varlığı ve histerektomi nedeni gibi preop verileri kaydedildi. Cerrahiye ilişkin operasyon süresi, perop komplikasyon varlığı, postoperatif vizüel ağrı skalası (VAS) verileri kaydedildi. Postop vajen derinliği, tahmini vajen aksı (orta hatta göre), nüks ve komplikasyonların yanı sıra sübjektif kür değerlendirmesi için Patient global impression of improvements (PGI-I) skalası doldurulduu.

Özetle Teknik; Abartılı litotomi pozisyonunda askı sütürleriyle vajen anterior, posterior duvarları ve apikal doku tespit edildi. Apeksten yaklaşık 3 cm insizyon yapılıp künt diseksiyonla sağ sakrospinöz ligamana ulaşıldı. Parmak kılavuzluğunda (görmeden) RSD-Ney ile ligamana 0 prolen yerleştirildi. Aynı sütürün arkasında iliştirilen 2 adet non-absorbable ve 1 adet no:1 absorbable sütür ligamana 0 prolene yardımı ile taşındı. Sütürlerin iğneli uçları vajen insizyonuna submukozal geçildi. Sütürler ayrı ayrı oturtularak apikal doku ligamana yaklaştırılıp fiksasyon tamamlanmış oldu.

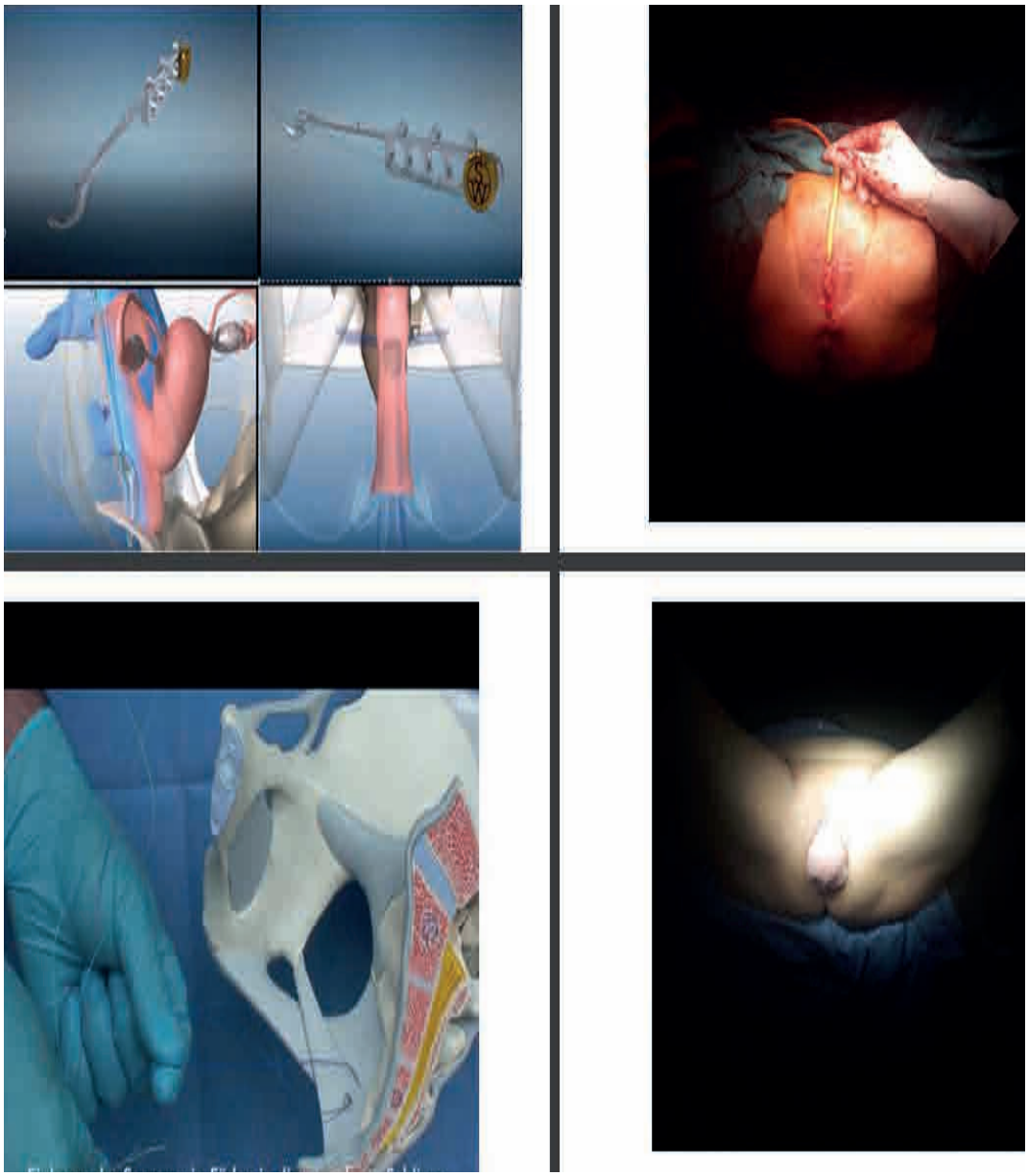
BULGULAR

Yaş ortalaması 52.8±14.2, BMI 28.4±8.2 olan 49 hastanın hepsinde grade 2 ve daha fazla apikal prolapsus mevcuttu. Ayrıca 23 hastada en az grade 2 anterior ve 9 hastada da posterior prolapsus mevcuttu. Hastaların 20 tanesinin eşlik eden SUI yakınmaları mevcuttu. Bütün hastalar benin sebepli histerektomi öyküsüne sahipti.

Ortalama operasyon süresi yalnızca SSF yapılanlarda 35.1±5.2 dakika iken kombine cerrahi uygulananlarda 51.4±10.4 olarak hesaplandı. Hiçbir hastada Clavien 2 ve 3 komplikasyon gelişmedi. Postoperatif VAS skorları birinci gün ve beşinci gün için sırasıyla 8.3±1.2 ve 3.4±1.5 olarak belirtildi. Postop vajen derinliği ortalama 12.5±2.4 cm olarak ölçüldü ve hiçbir hastada orta hattan 20 dereceden daha fazla sapma izlenmedi. Bütün hastalar PGI-I skalasına göre sübjektif fayda belirtmişleridr. (PGI-I <3). Ortlama 1 ay ile 24 ay arasıda değişen takip sürelerinde 2 hastada apikal nüks (sütür kopmasına bağlı) bir hasta da anterior prolapsus nüksü gelişti. Apikal nüksler tekrar SSF ile onarılırken anterior nüks meş yardımlı kolporafi ile onarıldı.

SONUÇ

Özellikle histerektomize, obez ve eşlik eden diğer kompartman prolapsusu olan hastalarda SSF cerrahisi uygulanabilir bir metoddur. Ligamanı görmeden sütür atmamızı sağlayan böylelikle aşırı diseksiyondan kaçınmamıza olanak veren ve maliyeti arttırmayan sütür atıcılar tekniği kolaylaştırıp postop başarıya da olumlu katkı sağlamaktadır.



SB-230

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA MEDYAN LOB VARLIĞININ KONTİNANS ÜZERİNE ETKİSİ

HALİL DEMİRÇAKAN(1) ALİ YASİN ÖZERCAN(1) FERHAT ÇELİKKALELİ(1) YALÇIN KIZILKAN(1) BİNHAN KAĞAN AKTAŞ(1) SÜLEYMAN BULUT(1) CÜNEYT ÖZDEN(1)

1. Ankara Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Ankara

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı kliniğimizde prostat kanseri (PK) nedeni ile robot yardımlı laparoskopik radikal prostatektomi (RYLRP) operasyonu sırasında medyan lobu olan ve olmayan hastaların postoperatif birinci yıl takiplerindeki kontinans durumlarını karşılaştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

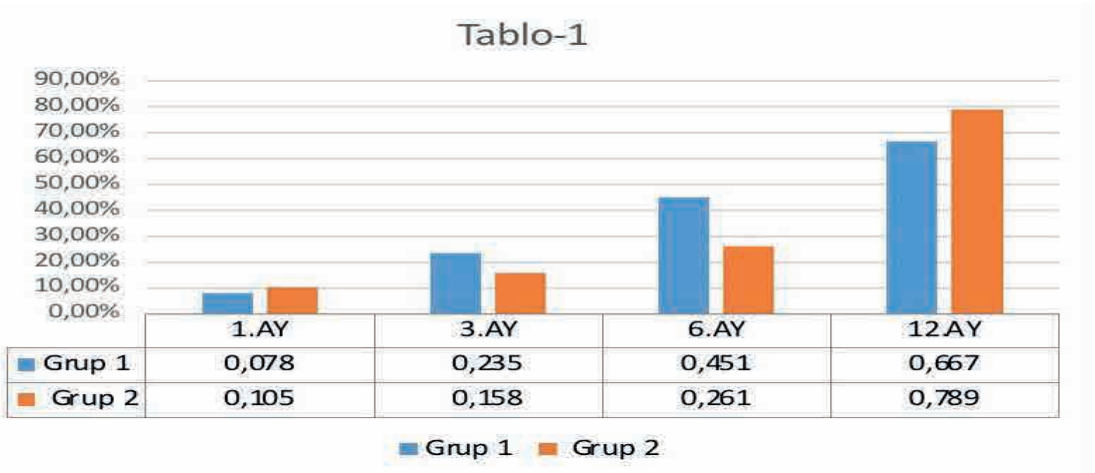
Çalışmaya Ağustos 2019 – Ocak 2022 tarihleri arasında kliniğimizde RYLRP operasyonu yapılan 121 hastanın verileri değerlendirildi. Hastalar medyan lobu olmayan 102 hasta (Grup 1), medyan lobu olan 19 hasta (Grup 2) olarak 2 gruba ayrıldı. Postoperatif 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 12. ayda hastaların kontinans durumları tam kontinan olup olmamasına göre değerlendirildi. Ayrıca hastaların demografik verileri (yaş, prostat hacmi, preoperatif PSA değerleri) hastane enformasyon sisteminden kaydedildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması 63.07±6.62 (45-75) yıl idi. Preoperatif PSA değerleri ve prostat hacimleri ortalaması sırasıyla 9.34±6.59 (0,6-34) ng/dl ve 45.22±18.3 (20-115) cc idi. Gruplar arasında demografik veriler açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p>0.05). Tüm grupların 1. ay, 3. ay, 6. ay ve 12. aydaki tam kontinan olma oranları Tablo 1'de gösterilmiştir. Birinci, 3., 6. ve 12. ayda tam kontinan hasta oranı açısından Grup 1 ve Grup 2 arasında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,656, p=0,561, p=0,205 ve p=0,421).

SONUÇ

RYLRP sırasında medyan lobu olmayan hastalar erken dönemde medyan lobu olan hastalara göre daha yüksek oranda kontinan hasta oranına sahip olsa da bu hasta grupları arasında anlamlı fark saptanmadı Buradan hareketle RYLRP operasyonu sırasında medyan lobu olup olmama durumunun postoperatif kontinans üzerine etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Sonuçlarımızın daha geniş hasta serilerine sahip çalışmalarla desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.



	1.AY	3.AY	6.AY	12.AY
Grup 1	0,078	0,235	0,451	0,667
Grup 2	0,105	0,158	0,261	0,789

SB-231

PELVİK ORGAN PROLAPSUSUNUN NADİR GÖRÜLEN KOMPLİKASYONU: BİLATERAL HİDROÜRETERONEFROZ

MUZAFFER TANSEL KILINÇ(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(1)

1. Konya Şehir Hastanesi, Konya

AMAÇ

Pelvik organ prolapsusu genel popülasyonda prevalansı %37 olan, üriner ve gastrointestinal sistemi etkileyen, kadınların günlük aktivite ve yaşam kalitesini bozabilen bir hastalıktır. İleri derece prolapsuslarda üst üriner sistem etkilenebilirken bilateral hidroüreteronefroz hastaların yaklaşık %3'ünde görülür. Tedavi edilmediğinde üriner sistem enfeksiyonu ve böbrek hasarına neden olabilen bu komplikasyon özellikle yaşlı hastalarda hidronefroz araştırılırken dikkat edilmesi dereken bir durumdur.
Biz de sunumumuzda ileri derece pelvik organ prolapsusuna bağlı bilateral hidroüreteronefroz saptanan asemptomatik hasta ile ilgili deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

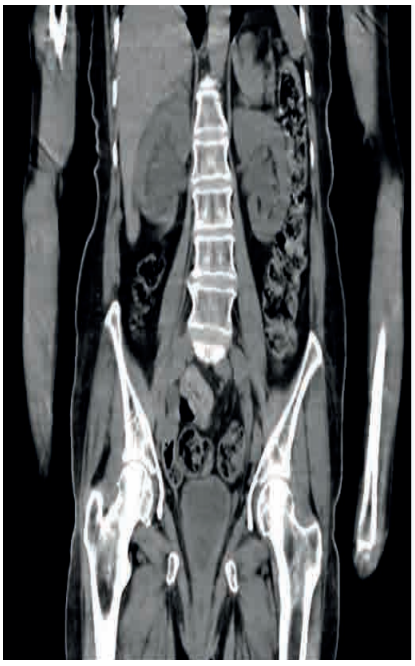
Karaciğer yağlanması nedeniyle rutin kontrolleri sırasında ultrasonda bilateral hidroüreteronefroz saptanan hasta kliniğimize konsülte edildi. Hastaya batın tomografisi çekildi. Tomografide ileri derece pelvik organ prolapsusu saptanan hastaya sistoskopi ve bilateral üreterorenoskopi yapıldı.

BULGULAR

66 yaşında asemptomatik kadın hasta ultrasonda bilateral hidroüreteronefroz saptanması nedeniyle kliniğimize konsülte edildi. Kreatinin 0.6 mg/dl idi. İdrar tahlilinde lökosit ve eritrosit saptanmadı. Hastaya batın tomografisi çekildi. Tomografide bilateral grade 3 hidroüreteronefroz, mesane ve uterusun vajenden dışarı prolabe olduğu görüldü. Hastaya spinal anestezi altında tanısal sistoskopi ve üreterorenoskopi yapıldı. Sistoskopi sırasında mesanede sistosel harici patoloji saptanmadı. Bilateral üreter orifisleri görülemedi, prolaps redükte edildikten sonra bilateral üreter orifisleri görüldü. Üreterorenoskopide bilateral üreter distalinde darlık dışında patoloji izlenmedi. Hastaya histerektomi, anterior kolporafi ve aksiyel apeks süspansiyonu planlandı.

SONUÇ

Pelvik organ prolapsusunda bilateral üst üriner sistem etkilenmesi nadir görülür. Özellikle ileri yaşlı kadın hastalarda hidronefroz etyolojisinde pelvik organ prolapsusu akılda tutulmalıdır.



SB-232

ORTOTOPİK NEOMESANENİN İNGUİNOSKROTAL FITIKLAŞMASI: NADİR BİR VAKA SUNUMU VE LİTERATÜR TARAMASI

CEMİL KUTSAL(1) İBRAHİM HALİL BALOĞLU(1) MEHMET EREN AKAN(1) TANER HACIOSMANOĞLU(1) AHMET TEVFİK ALBAYRAK(1) ALİ EMRE ÇEKMECE(1)

1. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Mesane kanseri (MK) yaygın bir ürolojik malignitedir. Kas invaziv ve kas invaziv olmayan olmak üzere iki gruba ayrılır. Kas invaziv olmayan MK'nın yönetimi esas olarak mesane koruyucu tedavi modalitelerine dayanırken radikal sistektomi (RS) sıklıkla kasa invaziv MK'nın tedavi yöntemlerinden biridir. Yine de, seçilmiş vakalarda kasa invaziv olmayan mesane kanserine yönelik RS uygulanabilir.
RS, kontinan yahut nonkontinan diversiyon ile yapılabilir. Ayrıca, RS açık, laparoskopik veya robotik laparoskopik teknikler ile gerçekleştirilebilir. Kontinan diversiyon için Studer kese, Hartmann kese veya modifiye teknikler kullanılabilir. Burada literatürdeki ikinci ortotopik mesanenin inguinoskrotal herniasyonu olgusunu sunuyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

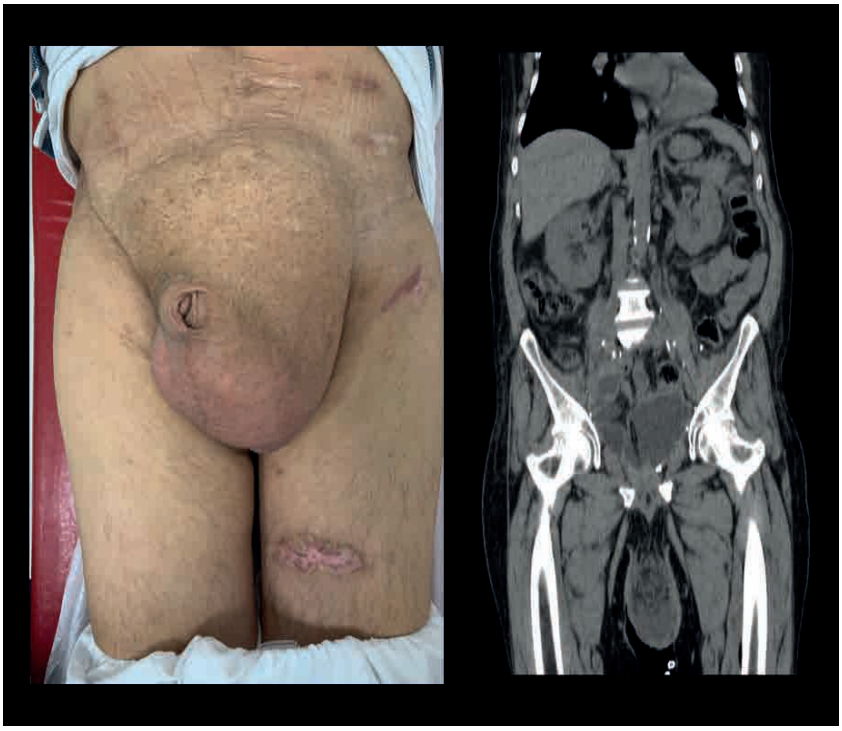
Bilinen kronik kalp yetmezliği ve tip 2 diyabet tanılı elli sekiz yaşında erkek hasta, ateş şikayeti ile Acil Servis'e başvurdu.

BULGULAR

Etiyolojik incelemelerde idrar yolu enfeksiyonu saptandı. 10 yıl önce başka bir merkezde radikal sistektomi ve ortotopik mesane replasmanı anamnezi ile yapılan fizik muayenede inguinoskrotal bölge sağ yarımında şişlik tespit edildi. Ayrıca iki aşamalı ve pozisyonel işeme şikayetleri nedeniyle inguinoskrotal bölgedeki şişliğin nedeninin ön planda ortotopik mesane olduğu düşünülen hastaya yapılan ultrasonografik görüntülemede 350cc postmiksiyonel rezidü tespit edildi. Ardından kontrastsız abdominopelvik bilgisayarlı tomografi(BT) çekildi. BT'de sol inguinoskrotal Studer poş hernisi tespit edildi. Sol inguinal hernioplasti ve ortotopik mesane rekonstrüksiyonu planlandı. Ancak hasta komorbiditeleri ve yüksek anestezik riskleri nedeniyle bu operasyonu kabul etmedi. Bu nedenle fıtık kesesinin manuel redüksiyonu sonrası temiz aralıklı kateterizasyon tedavisi başlandı. Hastanın 2 aylık takiplerinde herhangi bir komplikasyonu izlenmedi.

SONUÇ

Sekonder kasık fıtığı, RS'nin nadir bir komplikasyonudur. İşlem sonrası intraperitoneal içeriğin herniasyon insidansı %1.0-9.7 olarak saptanmıştır. Sigara kullanımı, kronik solunum sistemi hastalıkları, obezite, işemede zorlanma, kabızlık herniasyon için risk faktörleridir. Ortotopik mesanenin inguinoskrotal herniasyonu, bilinen en nadir komplikasyonudur. Literatürdeki ilk neomesane inguinal herniasyonu vakasında cerrahi rekonstrüksiyon uygulanmıştır. Bizim olgumuzda hastanın komorbiditeleri nedeniyle cerrahi uygulanamamıştır. Bu hastaların tedavisinde cerrahi ilk seçenek olmasına rağmen cerrahi uygulanamayacak hastalarda temiz aralıklı kateterizasyon tedavisi tercih edilebilir.



SB-233

POSTERİOR ÜRETRA DARLIKLARINDA ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİ SONUÇLARIMIZ: PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ DENEYİMİ

ALPER ŞİMŞEK(1) SALİH BÜTÜN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) YUSUF ÖZLÜLERDEN(1) SİNAN ÇELEN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ
Posterior üretra darlıklarında uyguladığımız anastomotik üretroplasti serisinin sonuçlarını sunulması.

GEREÇ-YÖNTEM
2016 ile 2021 yılları arasında travmatik ve non-travmatik nedenlere bağlı gelişen üretral darlık nedeniyle anastomotik üretroplasti yapılan toplam 95 hasta çalışmaya dahil edildi. Opere edilen hastaların tüm verileri prospektif olarak kaydedildi ve retrospektif olarak değerlendirildi. Toplanan verilerde hasta yaşı, darlık etiyolojisi, komorbiditeler, önceki tedaviler, postoperatif maksimum akış hızı, ameliyat öncesi ve sonrası erektil fonksiyon, perioperatif ve postoperatif komplikasyonlar kaydedildi ve yaşam kalitesi sorgulaması yapıldı.

BULGULAR
Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama yaşı 48,7 (13-81) yıl, ortalama darlık uzunluğu 2,2 (1-3,5) santimetre idi. Çalışmadaki hastaların 52'sinde pelvik kırık, 14'ünde künt travma, 7'sinde sonda takımı, 6'sında endoskopik işlem öyküsü, 1'inde ateşli silah yaralanması ve 1'inde radikal prostatektomi öyküsü mevcuttu. 13 hastada ise sebebi bilinmeyen darlık tespit edildi. Toplam 13 (%13,7) hastanın daha önceden açık üretra cerrahisi, 45 (%47,4) hastanın da endoskopik girişim öyküsü mevcut idi. Preoperatif muayenede 52 (%54,7) hastanın suprapubik sistostomisi ve 3 (%3,1) hastanın ise üretral kateteri vardı.

Operasyon süresi ortalama 149,6 (75 -210) dakika olarak hesaplandı. Hastalarda perioperatif komplikasyon izlenmedi. Hastaların postoperatif 1. yıl kontrol üroflovmetrilerinde ortalama tepe akım hızı 19,3 (10-40) ml/sn olarak saptandı.

Takip süresince 4 hastada nüks görüldü ve 3 hastaya üretral dilatasyon, 1 hastaya ise re-üretroplasti yapıldı. Yapılan işlemlerden sonraki takiplerinde yeniden darlık oluşmadı. Re-üretroplasti yapılan hastada stres tip idrar kaçırma olması nedeniyle medikal tedavi başlandı.
Çalışmaya dahil olan 12 hastaya memnuniyet anketi yapılamadı. Anket yapılan hastalardan 77'sinin (%92,7) ameliyattan memnun kaldığı, 6 hastanın ise ameliyattan memnun kalmadığı öğrenildi. Memnuniyetsizlik nedenleri; 3 hastada ereksiyon kaybı, 2 hastada postoperatif ağrı ve 1 hastada ise tekrar endoskopik işlem geçirmek zorunda olması idi. Preoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında 46 hastanın cinsel işlev fonksiyonu iyi, 32 hastanın cinsel fonksiyonu kötü olarak değerlendirilip, 17 hastanın ise cinsel fonksiyon öyküsü alınamadı. Postoperatif cinsel fonksiyon sorgulamasında cinsel olarak aktif 46 hastanın 37'sinde (%80,4) cinsel fonksiyonda azalma izlenmedi.

SONUÇ
Posterior üretra darlıklarında tecrübeli merkezlerde yapılan anastomotik üretroplasti yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile hasta memnuniyeti yüksek olan bir cerrahi seçeneğidir.

SB-234

İYATROJENİK DİSTAL ÜRETER YARALANMALARINDA SPLİT-CUFF NIPPLE VE MODİFİYE LİCH-GREGOİR ÜRETERONEOSİSTOSTOMİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

ÇETİN DEMİRDAĞ(1) EMRE BÜLBÜL(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1) MUHAMMED FATIH SIMSEKOGLU(1) FAHRI YAVUZ ILKI(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) SİNHARİB ÇİTGEZ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Bu çalışmada evre 3 ve üzeri iyatrojenik distal üreter yaralanmalarında en sık kullanılan teknikler olan split-cuff nipple ve modifiye Lich-Gregoir üreteroneosistostomi sonuçlarını karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2012 ile Aralık 2018 tarihleri arasında kliniğimizde iyatrojenik distal üreter yaralanması nedeniyle tedavi edilen hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Çalışmaya intravezikal split-cuff nipple üreteroneosistostomi (Grup A) veya ekstravezikal modifiye Lich-Gregoir üreteroneosistostomi (Grup B) operasyonu uygulanan toplam 60 hasta dahil edildi. Üreteroneosistostominin başarısı, ek cerrahi gereksinimi olmaması, görüntülemede hidronefroz progresyonu olmaması ve görüntülemede normal kontrast geçişi olarak tanımlandı.

BULGULAR

Otuz dört hastaya split-cuff nipple ve 26 hastaya modifiye Lich-Gregoir üreteroneosistostomi uygulandı. Hastaların ortanca yaşı 55 (24-82) yıl, ortanca takip süresi 37 (24-87) aydı. Tedavi 53 (%88.3) hastada başarılı, yedi (%11.7) hastada başarısız oldu. 14'ünde (%23,3) minör ve beşinde (%8,3) majör komplikasyon olmak üzere 19 (%31,7) hastada komplikasyon gelişti. Komplikasyon oranı Grup A'da Grup B'ye göre anlamlı derecede yüksekti (p=0.014). Grup A ve Grup B arasında başarı oranı (p=1), majör komplikasyon oranı (p=0,372) ve postoperatif hastanede kalış süreleri (p=0,254) açısından anlamlı fark yoktu.

SONUÇ

Bu çalışmada iyatrojenik üreter yaralanması olan hastalarda split-cuff üreteral nipple tekniği ile üreteroneosistostomi yapılan hastalarda modifiye Lich-Gregoir tekniği ile bu operasyonu geçirenlere göre daha yüksek komplikasyon oranı bulundu. Ancak tedavi başarısı ve majör komplikasyonlar açısından bu iki teknik arasında anlamlı bir fark gözlenmedi.

Hasta özellikleri	Total n = 60	Group A n = 34	Group B n = 26	p
Yaş (yıl) median (range)	55 (24-82)	54 (36-81)	60 (24-82)	0.154
Preoperatif kemoterapi ve/ veya radyoterapi n (%)	11 (18.3)	4 (11.7)	7 (26.9)	0.182
Yaralanma mekanizması n (%) Thermal Mechanical	13 (21.7) 47 (78.3)	5 (14.7) 29 (85.3)	8 (30.8) 18 (69.2)	0.134
Mesane yaralanması	8 (13.3)	7 (11.7)	1 (1.7)	0.122
Preoperatif serum kreatinin (mg/dL)median (range)	0.9 (0.5-1.5)	0.9 (0.5-1.3)	0.9 (0.6-1.5)	0.106
Preoperatif GFR (ml/ min/1.73m2) median (range)	73 (46-185)	74 (55-185)	69 (46-113)	0.105

SB-235

İLK ON VAKALIK ÜRETROPLASTİ DENEYİMİMİZ

NEZİH TAMKAÇ(1) SEFA BURAK PORGALI(1) FATİH GÖKALP(1) HAKAN ŞIGVA(1) BİLAL KULAK(1) FERHAT UÇURMAK(1) KHALED ALBABA(1) SADIK GÖRÜR(1)

1. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay

AMAÇ

Üretra darlığı perineal travma veya transüretral olarak yapılan cerrahi girişimler sonrası ortaya çıkabilen ve tekrarlayan girişimler gerektirebilen, fakat buna rağmen hastaların yaşam kalitesini bozan önemli bir hastalıktır. Bu çalışmada kliniğimizde son bir yılda yapılmaya başlanan üretroplasti vakalarını değerlendirilmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2021 ile Nisan 2022 tarihleri arasında üretra darlığı nedeniyle üretroplasti operasyonu yapılan dokuz hastaya uygulanan on cerrahi girişim işlem değerlendirmeye alındı. Tüm hastalar operasyon öncesinde retrograd üretrografi ile değerlendirildi ve tüm hastalarda mükerrer başarısız endoskopik girişim öyküsü mevcuttu. Genel anestezi altında bulber üretra darlığı olan sekiz hastaya eksizyon ve primer anastomoz tekniği kullanılırken, penil üretra darlığı olan bir hastaya ise bukkal mukoza greft yöntemi ile agumentasyon üretroplasti uygulandı. Hastalar postoperatif üç gün içinde taburcu edildi ve postoperatif 14. günde hastaların foley kataterleri çıkarıldı. Hastalar foley kataterleri çekildikten sonra 1. ayda ve 3. ayda üroflowmetri ve post voiding rezidü ile değerlendirildi.

BULGULAR

Hastaların median yaşı 61 (31-75) yıl idi. Sekiz hastada bulber üretrada darlık mevcut iken, bir hastada ise darlık segmenti penil üretrada idi. Darlık segmenti ortalama 2 cm idi. Ortalama operasyon süresi 90 dk idi ve peroperatif ve postopratif komplikasyon görülmedi. Tüm hastaların postoperatif 1.ayda üroflowlarında maksimum işeme hızı (Qmax) 20 ml/sn'nin üzerinde idi. Bir hastada üretra darlığı nüks etmesi sonrası yumuşak self dilatasyon önerilerek takibe alındı. Bir hastada ise operasyondan sonra nüks eden üretra darlığı nedeniyle üç ay sonra tekrar üretroplasti operasyonu yapıldı. Hastaların hiçbirisinde ameliyat öncesi var olan erektil kapasitelerinde bozulma veya ejakülasyon problemi saptanmadı.

SONUÇ

Tekrarlayan başarısız endoskopik girişimler sonrası üretra darlığı olan hastalarda üretroplasti operasyonu başarı oranı yüksek ve komplikasyon oranı düşük bir cerrahi yöntemdir. Kliniğimizde yapılan üretroplasti operasyonları literatür ile benzer başarı oranları ile uygulanmaktadır.

SB-236

BUKKAL MUKOZA GREFTLİ ÜRETROPLASTİ: UZUN DÖNEM TAKİP VE SONUÇLARIMIZ

EFE SEMETEY OĞUZ(1) ELİF İPEK AKSOY(1) ABDULRAHMAN JAFAROV(1) TİMUR KÜRŞAD ÜLGEN(1) ORKHAN ALIZADE(1) JAVIDAN PANYALIYEV(1) SERHAT ERKMEN(1) ÖMER GÜLPINAR(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ
Kliniğimizde gerçekleştirilen üretroplasti cerrahilerinin, etkinliğinin ve uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi.

GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimizde 2017-2022 yılları arasında üretral darlık tanısı alan ve üretroplasti cerrahisi gerçekleştirilen erkek hastalar retrospektif olarak incelendi. Çalışmaya penil ve bulber üretral darlığı olan hastalar dahil edildi. Posterior üretral darlık ve meatal darlıklar çalışma dışı bırakıldı. Tüm hastalarda bukkal mukozal greft kullanıldı. Cerrahi başarısı yeniden girişim ihtiyacı olmaması olarak kabul edildi.

BULGULAR
Toplam 88 hasta çalışmaya dahil edildi. Ortanca yaş 54 (aralık; 18-82 yaş). Üretral darlığın en sık gözlendiği yer bulber üretra. (n=62). Ortalama dar segment uzunluğu 1.43±0.52cm (0.5-4cm) ve ortanca uzunluk 1,5 cm. Hastaların %67'sinde etiyolojide üretral kateterizasyon hikayesi veya geçirilmiş ürolojik cerrahiler (tur-p, URS, sistoskopi) yer almakta. %35 kadar hastada üriner girişimler haricinde etiyolojide geçirilmiş üriner enfeksiyonlar düşünülmekte. Üretroplasti yapılan hastalarda 28 ay (aralık; 3 ay – 58 ay) ortanca takip süresinin ardından başarı oranı %76,8 olarak tespit edildi. Tek değişkenli analizlerde dar segmentin uzunluğu ve daha önce geçirilmiş endoskopik üretral cerrahi varlığı ile cerrahi başarısı arasında anlamlı ilişki saptandı.

SONUÇ
Kliniğimizde gerçekleştirilen üretroplasti cerrahileri ve başarı oranları güncel literatür ile uyumludur. Endoskopik girişim sonrası tekrarlayan üretral darlıklarda ve uzun segment darlıklarda üretroplasti seçeneği mutlaka akılda tutulmalıdır.

SB-237

VAKA SERİSİ: FARKLI KLİNİK SENARYOLARDA ÜRETERAL DEFEKT TAMİRİ İÇİN YANG-MONTİ TEKNİĞİNİN ÇOKLU KULLANIMI

BÜLENT ÖNAL(1) HAMDİ ÖZKARA(1) MUSTAFA ÖZKAYA(1) SAMİ BERK ÖZDEN(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) KADİRCAN ŞAHİN(1) FEYYAZ IRMAK(1) MEHMET HAMZA GÜLTEKİN(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Literatürde konjenital ya da akkiz üreter defektlerinin tedavisinde birkaç intestinal interpozisyon tekniği tanımlanmıştır. Pratikte üreter rekonstrüksiyonunda üreteroüretrostomi, Boari flep ve psoas hitch gibi daha az invaziv teknikler yaygın olarak kullanılmasına karşın intestinal interpozisyon teknikleri uygun hasta popülasyonunda tedavi opsiyonu olarak akla gelmelidir. Bu bildiride uzun üreter travmalı 3 hastamıza uygulanan Yang-Monti deneyimimiz sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

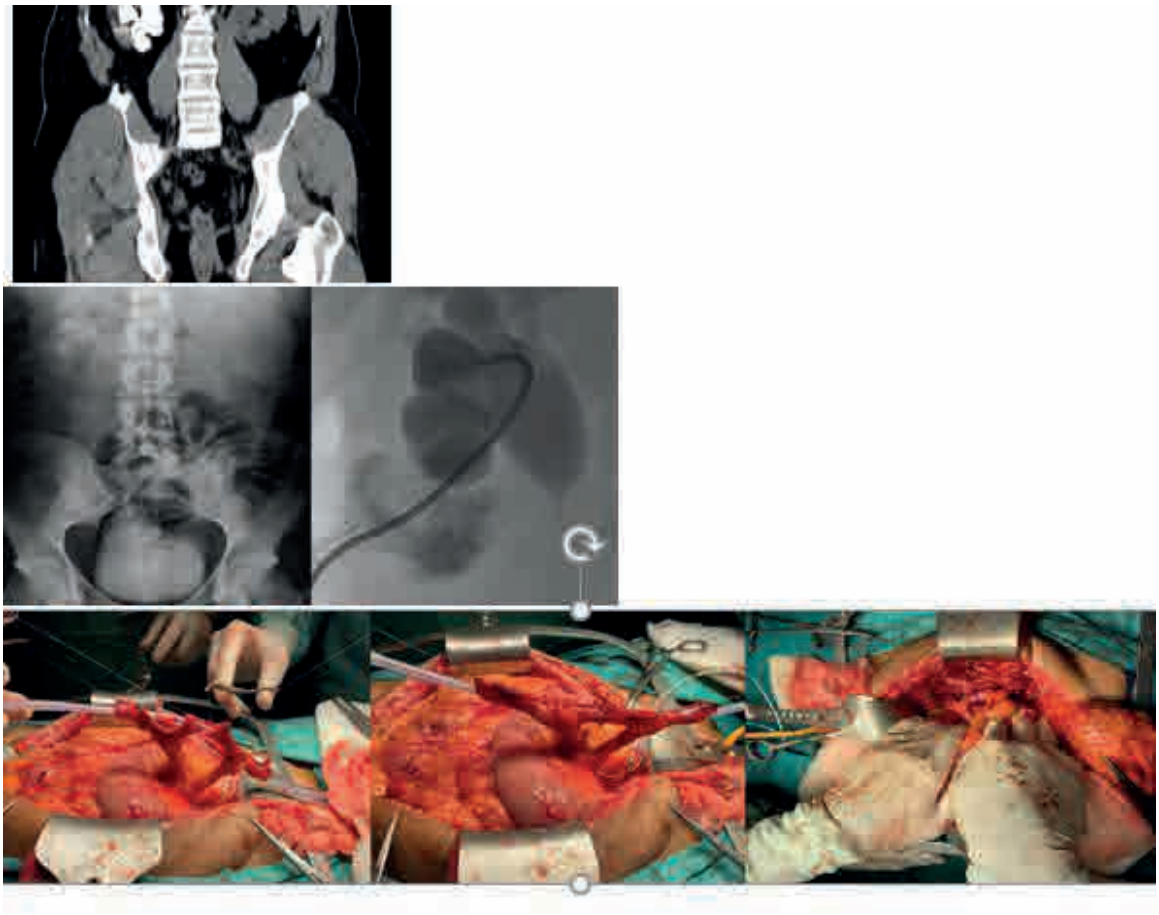
Farklı etiyolojilere bağlı uzun segment üreter hasarı gelişen ve Yang-Monti tekniği uygulanan 3 hastanın arşiv verileri retrospektif olarak taranarak öyküleri, cerrahi öncesi tetkikleri ve cerrahi sonrası takipleri derlendi. 1. hastamız 3 yıl önce yüksekten düşme sonrası uzun hastane yatışı ve multipl cerrahi öyküsü olan 26 yaş erkek bir hastaydı. Anteragrad ve retrograd piyelografik incelemelerde sağ UPJ'nin 4 cm distalinden ve sağ UVJ'nin ise 3 cm proksimalinden sonra kontrast geçişi izlenmedi. 2.hastamız ülseratif kolite bağlı perforasyon sebebiyle acil sağ hemikolektomi operasyonu sonrası sağ yan ağrısı ve hidronefroz gelişmesi üzerine tarafımıza refere edilen 50 yaş bir kadın hastaydı. BT Ürografisinde sağ UPJ'nin distaline kontrast geçişi olmadığı görüldü. Hastaya yapılan tanısal URS ve retrograd piyelografide üreterin iliak çapraz düzeyinde oklüde olduğu görüldü. Sağ nefrostomi uygulanması sonrası yapılan antegrad piyelografide ise UPJ'nin distaline kontrast geçişi izlenmedi. 3.hastamız bilateral UPJ'de obstrükte edici kalkül sebebiyle bilateral nefrostomi uygulanarak tarafımıza yönlendirilen 39 yaş erkek hastaydı. Taşlarına yönelik tedavisi tamamlandıktan sonra gelişen sol distal üreter darlığına yönelik multipl cerrahi girişim yapılmış, bu girişimler sonrasında üst üriner sistemdeki obstrüktif patoloji tekrarlamıştır. Takiplerinde nefrostomi kateterinden yapılan antegrad piyelografisinde UPJ distaline kontrast geçişi izlenmedi ve sol neo-orifisinden URS ile geçiş sağlanamadı. Yang-Monti prosedüründe yaklaşık 6-8 cm uzunluğunda ileal segmentin hazırlanmasının ardından mezenterik damarları korunarak, konulacak üreter defektinin uzunluğuna göre 2 ya da 3 adet 2'şer cm uzunluğunda mezenterik damarları korunmuş ayrışık ileum segmentler oluşturuldu. Segmentler anti-mezenterik sınırdan detubularize edilip bir Foley kateter üzerinden retubularize edilerek neo-üreter oluşturuldu. Üç hastamızın da net defektif üreter segment uzunluğu peri-operatif saptanmış olup iki hastamıza double Yang-Monti, bir hastamıza ise triple Yang-Monti ileal substitüsyon tekniği uygulandı. Elde edilen neo-üreterler eski üreter segmentlerine uç uca anastomoze edildi.UPJ düzeyinde üreter darlığı bulunan hastamızda cerrahi prosedür revize edilerek üreterokalikostomi uygulandı.

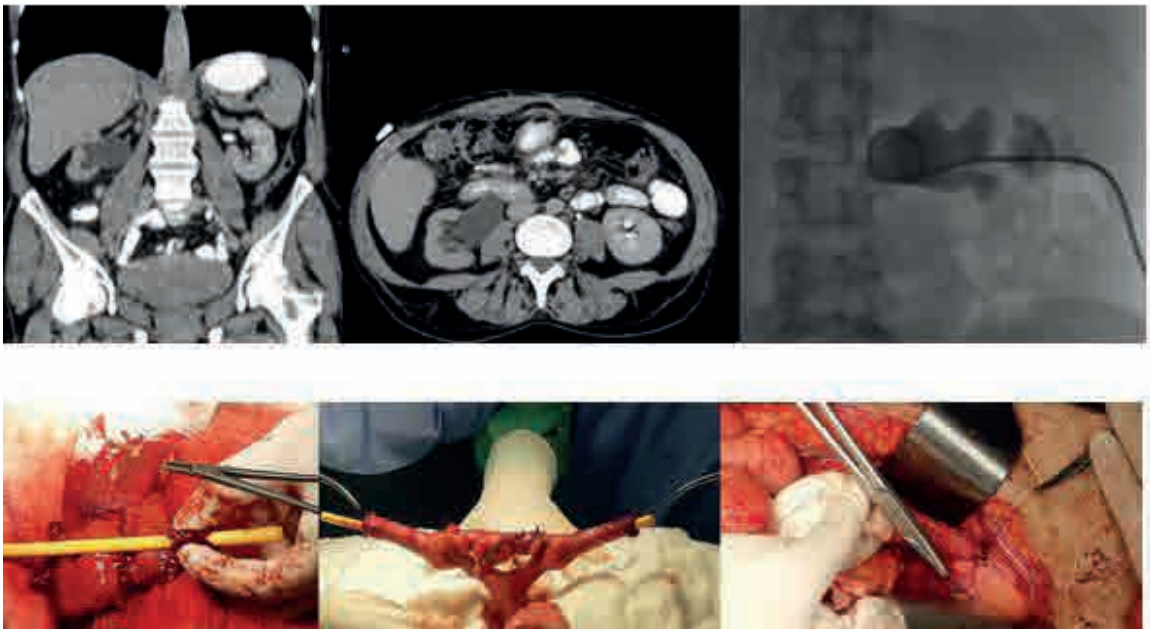
BULGULAR

Üç hastamız da komplikasyon izlenmeden ortalama 7 günlük servis takibi sonrası taburcu edildi. Post-operatif 1. ayda hastalara antegrad piyelografi yapılarak mesaneye kontrast geçişi görüldükten sonra hastaların nefrostomileri alındı. (Şekil 5) Her üç hastanın da JJ kateteri post-operatif 6. ayda alındı. Hastaların 1 yıllık takibinde herhangi bir metabolik ya da obstrüktif patoloji izlenmedi.

SONUÇ

Yang-Monti tekniği hem kısa ileal segment ile uzun segment üreter rekonstruksiyonu imkanı sağlaması hem de kullanılan ileal duvarın fizyolojik peristaltik hareketinin üreterin peristatilzmini taklit etmesiyle avantaj sağlamaktadır.





SB-238

JİNEKOLOJİK VAKALAR SIRASINDA MEYDANA GELEN ÜROLOJİK TRAVMALAR VE YAPILAN İŞLEMLER

CEMİL AYDIN(1) MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) MÜCAHİT DOĞAN(1) MUSA EKİCİ(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çorum

AMAÇ

Obstetrik ve Jinekolojik ameliyatlar sırasında meydana gelen ürogenital sistem travmalarına yaklaşım ve yapılan işlemleri araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2018 ile Ağustos 2022 tarihleri arasında benign jinekolojik sebepler nedeniyle (total laparoskopik histerektomi, açık total abdominal/ vajinal histerektomi,tüp ligasyonu, c/s) yapılan operasyonlar sırasında meydana gelen üreter ve mesane yaralanmalarının yeri ve nedenleri, insidansı ve yönetimi araştırıldı.

BULGULAR

Çalışmamızda laparoskopik olarak mesane perforasyon onarımı yapılan 19(%47,5) hasta, açık primer mesane perforasyon onarımı yapılan 16 hasta (%40), üreteroneosistostomi yapılan 3(%7,5) hasta, üreteroüreterostomi yapılan 1 hasta (%2,5) ve boari flep yapılan 1 hasta (%2,5) vardı. Hastaların yaş ortalaması 49.33 ± 2.07 idi. 36 hasta (%90) histerektomi sırasında, 3(%7,5) hasta c/s sırasında ve 1(%2,5) hasta da tüp ligasyonu sırasında yaralanmaya maruz kalmıştı. Histerektomi yapılan hastalardan 22(%61,1) kişide myoma uteri ve 14 kişide (%38,9) anormal uterin kanama mevcuttu. 23 (%57,5) hasta daha önce C/S olmuştu. Tüm mesane perforasyonlarının nedeni iyatrojenikti ve 37(%92,5) tanesi intraoperatif olarak tespit edildi ve onarıldı. 3 hasta (%7,5) yaklaşık 1 hafta sonra tekrar opere edilerek tedavi edildi. Genelde vezikoterin diseksiyon sırasında mesane arka duvarında mesane yaralanmaları meydana geldi. 35 hastada (%87,5) mesane, 5 hastada (%12,5) üreter travması meydana geldi. Mesane travmalarından 1 tanesi (%2,8) 1 hafta sonra farkedilirken üreter travlarının 2 tanesi (%40) postop farkedildi ve tekrar opere edildi. Ameliyat sonrası hiçbir hastada majör komplikasyon gelişmedi. Foley kateter ameliyattan ortalama 7,1± 0,8 gün sonra çekildi.

SONUÇ

Jinekolojik girişimler sırasında ürogenital yaralanmalara sıkça rastlayabiliriz. Bu durumda önemli olan cerrahın travmadan şüphelenmesi ve ürolojiye haber vermesidir. İntraop yapılan müdahalelerde sonuçlar genelde yüz güldürücü olmakta ve hastayı birçok komorbiditeden korumaktadır. Daha önceden cerrahi geçiren hastalarda ürogenital sistem travması meydana gelme ihtimali daha fazladır. Üreter travmaları mesaneye göre daha sinsi olmakta ve bunları kaçırmamak için şüphelenmek gerekirse endoskopik girişimlerden kaçınmamak gerekir.

SB-239

İRRİTATİF ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI OLAN VE ANTİKOLİNERJİK TEDAVİYE YANITSIZ ERKEK HASTALARIN GASTROİNTESTİNAL PATOLOJİLER AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ: ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

SERDAR GEYİK (1) HÜSNÜ ÇAĞRI GENÇ(2)

1. Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Aksaray
2. Aksaray Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Aksaray

AMAÇ
İrritatif idrar semptomları (idrarda yanma, sık idrara çıkma, gece idrara kalkma, ani sıkışma hissi) olan; idrar kültüründe bakteri üremesi olmayan, serum PSA düzeyleri normal ve ultrason ölçümünde prostat hacmi normal sınırlarında olan ve ek bir kronik hastalık sorunu da olmayan erkek hastalar arasından antikolinerjik tedaviye yanıtsız olup gastrointestinal şikayetleri olan hastaları genel cerrahi kliniği ile ortak olarak değerlendirdik. Bu çalışmaya gerekçe olarak sakral pleksus üzerinden pudental sinirin mesane ile birlikte pelvik organları da innerve ediyor olmasının ve karın içi basıncını etkilemesinin idrar sikayetleri ile gastrointestinal organ patolojileri arasında bir ilişki olabileceğini düşündürdürmüştür. Bu hipotezden yola çıkarak irritatif idrar semptomları olan ve antikolinerjik tedaviye cevapsız, beraberinde eşlik eden kronik hastalıkları olmayan ve anamnezinde gastrointestinal yakınmaları olan erkek hastalara Genel cerrahi bölümünün uygun gördüğü medikal ve veya cerrahi tedaviler uygulandı. Tedavi öncesi ve tedaviden 3 ay sonra hasta şikayetleri karşılaştırıldı. Düzelme olup olmadığı değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM
Temmuz 2020 ile Temmuz 2022 tarihleri arasında irritatif idrar semptomları (idrarda yanma, sık idrara çıkma, gece idrara kalkma, ani sıkışma hissi) olan toplam 767 erkek hastanın verilerini retrospektif olarak inceledik. Hastaların 321'i antikolinerjik tedaviden yeterince fayda görmemişti. Antikolinerjik tedaviden fayda görmeyen hastalar yeniden değerlendirildiğinde 114 hastada gastrointestinal şikayetlerin olduğu gözlemlendi ve genel cerrahi bölümü ile konsülte edildi. Takibe gelmeye devam eden yaklaşık 95 hastadan PSA yüksekliği, prostat büyümesi ve ek metabolik hastalıkları olanlar inceleme dışı bırakıldıktan sonra 71 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Verilerin istatistiksel anlamlılığını değerlendirmede ki-kare testi kullanıldı.

BULGULAR
Hastaların ortalama yaşı 31 yıl idi. Genel cerrahi konsültasyonu neticesinde 12 Hastaya anal fissür beraberinde hemorid cerrahi tedavisi uygulanırken, 34 Hastaya anal fissür ve hemoroid medikal tedavisi ve 25 hastaya irritable barsak sendromu medikal tedavileri verildi.
Tedavi öncesi ve tedavinin 3. ayındaki değerlendirmede;
Başlangıçta: İdrarda ani sıkışma hissi olan 71 hastanın 3 tedavi yöntemine göre 50'si (%70.4) (p=0.039) yakınmasız hale geldi. İdrarda yanma yakınması olan 39 hastanın 17'si (%43.8) (p=0.01), gece idrara kalkma yakınması olan 32 hastanın 13'ü (%40.6) (p=0.01) ve sık idrara çıkma yakınması olan 71 hastanın 40'ı (%56.3) (p=0.01) yakınmasız hale geldi. 71 hastanın tedavi sonrası yakınmaların bütünü dikkate alındığındaki iyileşmeler istatistiksel olarak anlamlı (p=0.039) idi.

SONUÇ
İdrar kültüründe bakteri üremesi olmayan, PSA değerleri ve ultrason ölçümünde prostat hacmi normal sınırlarında erkek hastalarda; irritatif idrar semptomları (idrarda yanma, sık idrara çıkma, gece idrara kalkma, ani sıkışma hissi) mevcut ve antikolinerjik tedaviye yanıtsız ise, gastrointestinal şikayetler sorgulanmalıdır.

YAKINMA	YAKINMALI HASTA SAYISI	TEDAVİLER SONRASI DÜZELEN HASTA SAYISI, % DEĞERİ	P-VALUE	ANİ SIKIŞMA
71	50, (%70.4)	p=0.039	İDRARDA YANMA	39
17, (%43.8)	P=0.01	SIK İDRAR	71	40, (%56.3)
P=0.01	GECE İDRARI	32	13, (%40.6)	P=0.01

SB-240

EREKTİL DİSFONKSİYON İLE İLGİLİ ATILAN TWEETLERDE KLİNİSYENLER ETKİN Mİ?

EMRE ALTINTAŞ(1) MURAT GÜL(2) ALİ FURKAN BATUR BATUR(2)

1. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Konya
2.

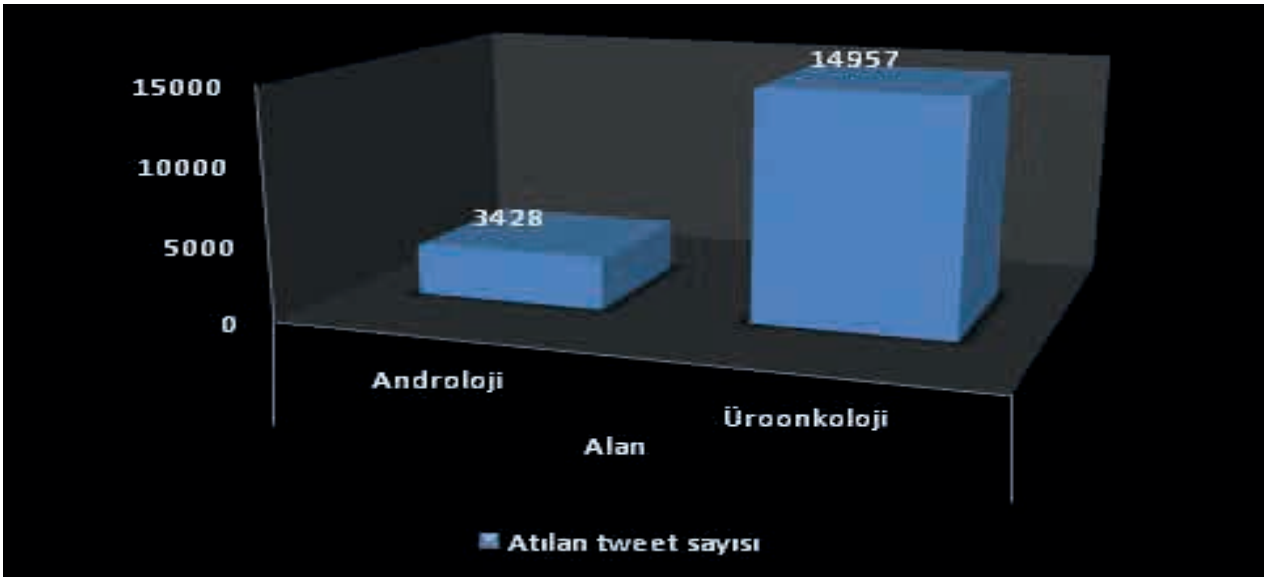
AMAÇ
Sosyal medya (SoMe) insanların bilgi alışverişi, iletişim ve etkileşim kurma şeklini değiştirmektedir. Bu değişim akademik tıp camiasında bilginin paylaşılma yöntemlerini etkilemeye başlamıştır. SoMe nin bu kullanımı (özellikle twitter) ürolojide de kendini göstermiştir. Ürolojide SoMe, bilimsel dergiler tarafından, konferanslar sırasında ve uluslararası üroloji twitter dergi kulübü tarafından başarıyla kullanılmaktadır. Bizde çalışmamızda erektil disfonksiyon ile ilgili atılan tweetleri analiz etmeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2020-Kasım 2020 arasında tweetarchivist.com ve twitonomy.com kullanılarak #erectiledysfunction, #malelibido ve #lowlibido başlıklarıyle ilgili tweetler analizi edildi.ED ile ilgili atılan tweetlerde en çok male libido ve low libido birlikteliği olduğu için bu iki başlıkta ayrıntılı analiz edildi. Analizler bu iki web adresine başlıklar girilerek 1 aylık süreçte takip edildi. 1 ay sonunda bu başlıklarla ilgili günlük atılan tweet sayısı, influencer indeksi, bu konularla tweet atan ilk 10 kullanıcı, hangi dilde tweetlerin atıldığı ve bu başlıklarla en çok hangi hastagh lerin kullanıldığı ayrıntılı incelendi. Kontrol grubu olarak ise üroonkoloji alanında #prostatecancer, #bladdercancer ve #kidneycancer başlıklarıyla yine aynı 1 aylık dönemde analizler yapıldı.

BULGULAR
1 aylık dönemde #erectiledysfunction başlığıyla ilgili 2899 tweet, #lowlibido başlığıyla ilgili 366 ve #malelibido başlığıyla ilgili 153 tweet atıldı. (toplamda 3428 tweet-Tablo 1) Bu başalıklarla beraber en çok #sexualhealth, #menshealth, #ed, #impotence, #testesterone, #lowtestosterone ve #lowlibido hastaghleri beraberlik gösteriyordu. Influencer indekslerine bakıldığında en çok etki eden ilk 10 kullanıcının hepsi kişisel sağlık siteleri veya magazin siteleri idi. Erektil disfonksiyon başlığıyla ilgili etki eden kullanıcılar arasında androlog veya medikal doktor yoktu. İlk 10 kullanıcı arasında sadece bir androloji- seksüel tıp dergisi mevcuttu. Low libido başlığına etki eden ilk 10 kullanıcı arasında ise sadece bir doktor mevcuttu. Male libido başlığına etki eden kullanıcılar içinde ise hiç bir doktor veya tıbbi otorite yoktu.

Diğer yandan karşılaştırma açısından üro-onkoloji ile ilgili (#prostatecancer, #bladdercancer,#kidneycancer) 1 aylık dönemde atılan tweetler incelendiğinde prostat kanseriyle başlığıyla ile ilgili 11105, böbrek kanseri başlığıyla 2121 ve mesane kanseri başlığıyla ilgili 1731 tweet atıldığı gözlendi. (toplamda 14957 tweet-Tablo 1) Androlojiyle ilgili atılan tweetlerin aksine üroonkolojiyle ilgili atılan tweetlerin yarıdan fazlasını akademik toplululuklar ve tıp doktorları tarafından atıldığı gözlendi. Ayrıca bu tweetlerin androlojiyle ilgili atılan tweetlerin aksine doğru ve bilimsel içeriğe sahip olduğu gözlendi. Androlojiyle ilgili atılan tweetlerin neredeyse tamamına yakını kişisel sağlık ürünleri reklamı içeren veya magazinsel içerikler olduğu gözlendi.

SONUÇ
Bilimsel alanda sosyal medya ve özellikle twitter kullanımı gün geçtikçe artmaktadır. Üroloji alanında da bu gelişme hızlı yaşanmaktadır ve androlojik konularlar ilgili daha çok sağlık profesyonelleri ve akademik toplulukların doğru ve bilimsel içeriği sosyal medyada paylaşması önem arz etmektedir. Böylece başta erektil disfonksiyon olmak üzere androlojik konularda insanların doğru bilgiye ulaşması ve doğru yönlendirilmesine katkıda bulunulacağına inanıyoruz.



2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

VİDEO SUNUMLAR

VİDEO SUNUMLAR (VS-1 / VS-45)

VS-1

TOTAL UTERİN PROLAPSUSU TEDAVİSİNDE UTERUS KORUYUCU VAJİNAL YAKLAŞIM;SAKROSPİNÖZ LİGAMAN HİSTEROPEKSİ

ALKAN ÇUBUK(1) ERALP ÇEVİKER(2) AHMET RÜKNETTİN ASLAN(3)

1. Kırklareli Üniersitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli
2. Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kırklareli
3. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı Uterin prolapsus cerrahisinde vajinal yoldan uterus koruyucu meşsiz cerrahi seçeneği olan sakrospinöz ligaman histeropeksi ve eş zamanlı anterior kolporafi uygulamasının video gösterimidir.

GEREÇ-YÖNTEM
Vaka: 54 yaş postmenapozal kadın. Total uterin prolapsus mevcut. Eşlik eden kardiyak komorbiditeler nedeniyle ASA skoru yüksek, geçirilmiş abdominal cerrahi öyküleri mevcut. Cinsel aktif. Belirgin ya da maskelenmiş stress tipi üriner inkontinans izlenmedi. Uterin ve servikal malinite bulgusuna rastlanmadı.

Teknik: Litotomi pozisyonunda posterior vajinal inszziyona paravajinal alanda sağ taraf sakrospinöz ligamana ulaşıldı. Sütür atıcıyla ligaman 3 adet non-absorbable sütür yerleştirildi. Bu sütürler posterior insziyonun servikse uzatılması sonrası serviks dokusundan geçildi. Takiben ön duvar prolpasusu için pboservikal fasya plikasyonu yapıldı. Servikse ve sakrospinöz lgamana geçlen sütürler sırasıyla bağlandı ve serviksin ligamana yerleştiği görüldü. Vajinal insizyon kapatılıp vajinal tamponla işlem sonlandırıldı.

BULGULAR
Cerrahi süresi 45 dakika, perop komplikasyon izlenmedi. 3 aylık takip süresinde nüks prolapsus ve de-novo SUI izlenmedi. Vajen aks değişimi yaklaşık 15derece, vajinal derinlik 14cm ölçüldü.

SONUÇ
Uterin prolapsus cerrahisinde vajinal yolda yapılan sakrospinöz ligaman histeropeksi cerrahisi hızlı ve etkin bir metoddur.

VS-2

TOTAL UTERİNE PROLAPSUSU OLGUSUNDA PARSİYEL KOLPOKLEZİS

ALKAN ÇUBUK(1) ERALP ÇEVİKER(2) AHMET RÜKNETTİN ASLAN(1)

1. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli
2. Kırklareli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kırklareli

AMAÇ
Bu videobildiride total uterin prolapsusu ve eşlik eden stress tipi üriner inkontinansı olan bir hastaya yapılan parsiyel kolpoklezis, transobturator tape ve perineoplasti cerrahisi sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM
Vaka: 72 yaşında hasta, son 2 yıldır idrar yapamama, idrar kaçırma ve vajinal kitle ile başvurdu. Pelvk muayenede total uterin prolapsus mevcuttu, redüksiyon sonrası stress test+ izlendi. Prolapsus reduksiyonu sonrası rezidü idrar kalmadan spontan miksiyon sağlayabildi. Hastanın kardiyak ve solunumsal komorbitiileri nedeniyle ASA skoru yüksekti. Cinsel aktif değildi ve uterin değerlendirmesinde malinite bulgusuna rastlanmadı.

Teknik: Sedasyon anestezi altında litotomi pozisyonunda uterus anterior ve posterior duvardan serviks korunarak vajinal mukozal adacıklar kaldırıldı. Serviksten laterale giden mukoza korundu. 10 F Feeding tüp üzerineden serviksten laterale doğru uzanan mukozanın anterior ve posterior yaprakları karşılıklı sütüreedildi böylelikle serviks vajen içinde laterale ağızlaştırıldı. Takiben puboservikal ve rektovajinal fasya iki sıra halinde birbirlerine sütüre edildi. Bu aşamada üretral düzeyden yapılan ayrı bir insizyonla TOT uygulandı. Son olarak uterus anterior ve posteriorunda kalan vajinal mukozal uçlar birbirlerine sütüre edilerek vajen kapatılmış oldu. İşlem vajinal girişi daraltan perineoplastiyle sonlandırıldı.

BULGULAR
Cerrahi süresi 55 dakika, perop komplikasyon izlenmedi. Postop birinci gün spontan miksiyo sonrası taburcu edildi. Dokuz aylık takip sonunda nüks prolapsus izlenmedi

SONUÇ
Parsiyel kolpoklezis cinsel aktif olmayan hastalarda uterin prolpasus tedavisinde hızlı ve etkin bir yöntemdir.

VS-3

POSTHİSTEREKTOMİ VAJEN KAF PROLAPSUSUNDA SAKROSPİNÖZ LİGAMAN FİKSASYONU

ALKAN ÇUBUK(1) JOERG NEYMEYER(2)

1. Kırklareli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Kırklareli, Türkiye
2. Charité – Universitätsmedizin, Department of Urogynecology, Berlin, Almanya

AMAÇ
Bu bildiride histerektomi sonrası vajen kaf prolapsusu tedavisinde sakrospinöz ligman fiksasyonu cerrahisi sunulmuştur.

GEREÇ-YÖNTEM
Hasta: 50 yaş, 4 yıl önce anormal uterin kanama nedeniyle vajinal histerektomi öyküsü. 2 yıldır giderek büyüyen vajinal şişkinlik.
FM: Grade 2-3 apikal prolapsus, grade 1-2 anterior prolapsus. SUI izlemedi. Cinsel aktif.

Teknik: Litotomi pozisyonunda apikal vajinal insziyonla giridi. Künt diseksiyonla sağ taraf sakrospinöz lgaman palpe ediildi. Sütür atıcı ile ligamandan 0 numara prolen geçildi. Bu prolen aracılığıyla 2 adet etibond bir adet vicryl sütür ligamana taşındı. Sütürlerin iğneli uçları vajinal sunmukozadan (vicryl aynı zamanda mukozadan da geçildi). Vjinal insizyon kısman kapatıldı. Ligamana ve vajene konulan sütürler sırayla bağlanarak kaf sağ taraf sakrospinöz ligamana oturtuldu. Sütürler kesildi, vajinal insizyonun gri kalan kısmı da kapatılıp işlem sonlandırıldı

BULGULAR
Cerrahi süresi 25 dakika, anlamlı komplikasyon izlenmedi. Aks değişimi 15 derece ve vajinal derinlik 14 cm ölçüldü. Uzun dönem takipte nüks izlenmedi.

SONUÇ
Kaf prolapsusu cerrahisinde sakrospinöz fiksasyon hızlı ve etkin bir metoddur.

VS-4

TEKRARLAYAN ÜRETRAL DARLIKLARDA BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ

MEHMET KIRDAR(1) DURAN DÜZGÜN(1) MELİKE GÜZELLER(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1) ÜMİT UYSAL(2)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli
2. Mardin Devlet Hastanesi, Mardin

AMAÇ
Tekrarlayan üretral darlıklarda birçok augmentasyon üretroplasti seçenekleri kullanılabilir. Bu videomuzda bukkal mukoza greft ile Kulkarni'nin dorsal üretroplasti tekniğini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Yüksekten düşme nedeniyle yoğun bakımda sondalı kalma öyküsü mevcut olan 15 yaşındaki hastanın toplamda 12 kez endoskopik dilatasyon öyküsü mevcut idi. Ek hastalığı olmayan tekrarlayan üretra darlığı olan hastaya dorsal üretroplasti planlandı.Hastanın genital muyenesi normaldi. Preoperatif retrograd üretrografide midpenil üretradan burber üretraya kadar üretra kalibrasyonunun iyi olmadığı görüldü. Peroperatif yapılan tanısal üretroskopide midpenil üretradan bulber üretraya kadar uzanan 6 cm darlık izlendi. Perineal insizyonun ardından penis deglove edildi. Spongiöz korpus serbestlenerek darlık olan üretra saat 12 hizasından insize edildi. 6x2 cm bukkal greft yatırılarak teğellendi. Sonrasında bukkal greft nativ üretraya süture edildi. 16F silikon sonda yerleştirildikten sonra sonda üzerinden üretra tübülerize edildi. Takiben cilt altı-cilt sütur edilerek baskılı ve koban pansumanı yapıldı.

BULGULAR
Operasyon süresi 120 dakika olarak kaydedildi. Kanama miktarı 50 cc ölçüldü. Hastanın postoperatif 21. günde sondası alındı. Postoperatif 1 ayında yapılan üroflowmetrisinde tepe akım hızı 27 ml/s ölçüldü.

SONUÇ
Özellikle tekrarlayan üretra darlıklarında tedavisinde bukkal mukoza greft kullanılarak Kulkarni'nin dorsal üretroplasti tekniği kullanılabilir.

VS-5

ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK MESANE AUGMENTASYONU

ERALP KUBİLAY(1) EZEL AYDOĞ(1) ALKAN OKTAR(1) ÖMER GÜLPINAR(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara

AMAÇ

Tekrarlayan sistit ve piyelonefrit atakları geçiren 15 sene önce sol piyelolitotomi ve 5 sene önce sağ laparoskopik nefrektomi yapılmış ürodinamide mesane kapasitesi 106cc izlenen hastaya robotik mesane augmentasyonu cerrahisi uygulamak ve sonuçlarını değerlendirmek.

GEREÇ-YÖNTEM

Uygun trokar yerleşimi ve docking işlemini takiben, batın içerisindeki omental yapışıklıklar monopolar makas yardımı ile açıldı. İleumun ileoçekal valfe yakın olan distal kısmı korunacak şekilde uygun ileal segment belirlendi. Laparaskopik staplerler yardımı ile ileal segment, mezosu korunarak ayrıldı ve geriye kalan uçlar anastamoz edildi. Ardından mesane duvarı ters U insizyon ile açıldı ve ileal augmentasyon için hazır hale getirildi. İleal segment orta noktasından mesaneye 3/0 vicryl yardımı ile tespit edildikten sonra ileal segment detubularizae edildi. Detubularize edilen ileum duvarları 3/0 V-loc sutur yardımı ile anastamoz edildi. Ardından mesane duvarı ile hazırlanan ileal segmentinanastamozuna başlandı. Yine 3/0 V-loc suturler yardımı ile ileal segment açılan mesane duvarına anastamoz edildi. Kaçak kontrolü yapıldıktan sonra loja 1 adet silikon dren yerleştirildi ve işleme son verildi.

BULGULAR

Operasyon 180 dakika sürdü. Peri ve postoperatif komplikasyon izlenmedi. Hastanın dreni 5. günde çekildi. Hastanın sondası postoperatif dönemde 29. günde çekildi.

SONUÇ

Augmentasyon sistoplastisi kabul edilebilir mortalite ve moribidite oranları ile idrar depolama ve miksiyon problemi olan konservatif tedaviye yanıtsız hastalarda alternatif bir tedavi yöntemidir.

VS-6

ROBOTİK MESANE BOYNU Y-V PLASTİ

MUAMMER BABAYİĞİT(1) ERALP KUBİLAY(1) ALKAN OKTAR(1) ÖMER GÜLPINAR(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ

Geçirilmiş laparoskopik radikal prostatektomi sonrası gelişen akut üriner retansiyon ve idrar yapamama şikayeti olan hastaya robotik mesane boynu rekonstrüksiyonu operasyonu yapılması.

GEREÇ-YÖNTEM

Uygun trokar yerleştirilmesi ve dockingi takiben median ve medial umblikal ligamanlar lateralden başlanarak künt ve keskin disseksiyon yardımı ile disseke edildi. Buradan Retzius aralığına girildi. Mesane suprapubik alandan girilen iğne yardımı ile boşaltıldı ve diseksiyona devam edildi. Pubik kemik inferiorundan devam edilerek anastamoz alanına ulaşıldı. Eş zamanlı endoskopik olarak 21f üretrosistoskopun yardımı ile mesane boynunun anatomik lokasyonu tespit edildi. Soğuk bıçak ve kılavuz tel yardımı ile mesaneye ulaşıldı. Ardından monopolar makas yardımı ile fibrotik alan 12 hizasından açıldı ve proksimalde ulaşılan nokta endoskopik olarak kontrol edildi. Mesane Anterior duvarı Y-V plasti uygulanacak şekilde insize edildi. 3 adet 3/0 V-loc sutur kullanılarak mesane flebi yaklaştırıldı ve laterallere doğru devam edilerek anastamoz hattı tamamlandı. Kaçak kontrolünün ardından 20f silikon sonda takılarak işleme son verildi. Herhangi bir komplikasyona rastlanmadı.

BULGULAR

Hastada perioperatif ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmemiş olup hastanın loj dreni 5. günde çekilmiştir. Hastanın sondası postoperatif 21. günde çekilmiştir.

SONUÇ

Radikal prostatektomi sonrası gelişen striktürlerde robotik yardımlı mesane boynu y-v plasti deneyimli merkezlerde uygulanabilen alternatif güvenilir bir yöntemdir.

VS-7

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ TEDAVİSİNDE ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK ADENOMEKTOMİ

YAKUP KORDAN(1) ERSİN KÖSEOĞLU(1) ARİF ÖZKAN(2) İBRAHİM CAN AYKANAT(2) AHMET FURKAN SARIKAYA(1) KAYHAN TARIM(1) MERT KILIÇ(3) MURAT CAN KİREMİT(1) ABDULLAH ERDEM CANDA(1) TARIK ESEN(1)

1. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. Koç Üniversitesi Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul
3. VKF Amerikan Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ
Robot yardımlı laparoskopik adenomektomi yapılan hastalarımızın sonuçlarını bildirmek.

GEREÇ-YÖNTEM
Nisan 2017 ve Haziran 2022 arasında robot yardımlı laparoskopik adenomektomi yapılan 29 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, ameliyat öncesi serum total prostat spesifik antijen (PSA), PSA yüksekliği mevcut olanların multiparametrik manyetik rezonans incelemesindeki PIRADS bulguları, prostat hacmi, operasyon süresi, kan kaybı, ASA skorları, ekstraperitoneal/transperitoneal yaklaşım tekniği, kateter çekilme süresi, komplikasyonların Clavien derecesi, patoloji bulguları, ameliyat öncesi ve sonrasındaki IPSS skorları, üroflowmetrideki maksimum akım hızları ve rezidüel idrar hacimleri, ameliyattan sonra ek tedavi ihtiyaçlarının olup olmadığı kaydedildi. Ameliyat öncesi sondalı takibe alınmış olan hastaların ameliyat öncesi IPSS skorları ve üroflowmetri bulguları kaydedilemedi.

BULGULAR
Ortalama hasta yaşı 70.4 ± 1 (54-80) yıldı. Ortalama serum PSA değeri 9.9 ± 1.6 (1-48) ng/ml idi. Hastaların ortalama prostat hacmi 173.3 ± 8.5 (102-302) ml idi. Yirmiüç hastaya PSA yüksekliği nedeniyle mpMR çekildi (nPIRADS 4 = 3, nPIRADS3=5, nPIRADS2=14). PIRADS 3 ve 4 lezyonu alınan hastalardan prostat biyopsisi sonuçları benign idi. Ortalama operasyon süresi 138.6 ± 7.2 (90-240) dakika idi. Ortalama kan kaybı 172.4 ± 24.2 (50-500) ml idi. Yirmidört hastanın ASA skoru 2 iken; 5 hastanın skoru 3'tü. Onaltı hastaya transperitoneal, 13 hastaya ekstraperitoneal yaklaşım uygulandı. Ortalama kateter çekilme süresi 8.8 ± 0.5 (5-15) gün idi. İki hastada Clavien 2 üstü komplikasyon gelişti (Bir hastada SVO nedeniyle tanı ve tedavi amacıyla anjiyografi yapıldı. Bir başka hastada hematüri nedeniyle sistoskopi yapıldı). Bir hastada nihai patolojide prostatik adenokarsinom bildirildi. Yirmisekiz hastanın patolojisi benign prostat hiperplazisi idi. Ameliyat öncesi ortalama IPSS skoru 22.4; ortalama idrar akım hızı 8.4 ± 0.6 ml/sn; ortalama rezidüel idrar hacmi 169.1 ± 20.3 ml idi. Ameliyattan sonraki ortalama IPSS skorları 8.5; ortalama idrar akım hızları 23.6 ml/sn; rezidüel idrar hacmi 42.1 ml idi. Ameliyattan sonraki IPPS skoru ve PMR'deki düşüşler ve ortalama idrar akım hızındaki artış istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ameliyat sonrası 2 hastaya aşırı aktif mesane semptomları nedeniyle antimuskarinik tedavi başlandı.

SONUÇ
Robot yardımlı laparoskopik adenomektomi, benign prostat hiperplazisi tedavisinde etkin ve başarılı bir minimal invaziv yaklaşımdır.

VS-8

PRİMER ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE OBSTRÜKSİYONU OLAN ERİŞKİNLERDE ROBOTİK PYELOPLASTİ: 9 VAKA İLE İLK DENEYİMİMİZ

ERSİN KÖSEOĞLU(1) ABDULLAH ERDEM CANDA(1) ARİF ÖZKAN(2) MURAT CAN KİREMİT(3) İBRAHİM CAN AYKANAT(2) KAYHAN TARIM(1) AHMET FURKAN SARIKAYA(1) YAKUP KORDAN(1) MEVLANA DERYA BALBAY(1)

1. Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. Koç Üniversitesi Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul
3. Kkoç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, primer üreteropelvik bileşke obstrüksiyonu (UPBD) olan erişkinlerde robotik pyeloplasti (RPP) ameliyatına dair ilk deneyimlerimizi sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışmamızda Şubat 2019 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında RPP uygulanan 9 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi. Çalışmaya katılan hastaların 8'i yan ağrısı, 1'i tekrar eden üriner sistem enfeksiyonu şikayeti ile üroloji polikliniğine başvurmuştu. UPBD tanısı diüretikli renogram içeren sintigrafik görüntüleme ile konuldu. Ortalama takip süresi 6 (2-42) ay olarak izlendi.

BULGULAR
Ortalama hasta yaşı 45.4 ± 5.8 (21-72) olarak izlendi. Hastaların 7'si (%77.7) kadın, 2'si (%22.3) erkekti. 4 (%44.4) hastanın sağ, 5 (%55.6) hastanın sol UPBD vardı. Tüm vakalar primer ameliyatlardı. Ortalama konsol süresi 117.7 ± 9.9 (70-160) dakikaydı. UPBD 6 (%66.6) hastada damar çaprazlamasına, 3 (%33.4) hastada intrensek darlığı bağlı geliştiği görüldü. Operasyonların 4'ün de (%44.4) indosiyanin yeşili intravenöz olarak uygulandı ve daha iyi anatomik farkındalık ve yeni oluşan üreteropelvik bileşke kanlanması kontrolü sağlandı. Ortalama hastanede yatış süresi 3.5 ± 0.2 (3-5) gün olarak gerçekleşti. Operasyonlarda açık veya laparoskopik ameliyata geçiş gerçekleşmedi ve ameliyat sırasında ve sonrasında komplikasyon yaşanmadı.

SONUÇ
RPP yetişkin UPBD olan hastalarda minimal invaziv uygulanabilir bir tekniktir. Çalışmadaki başarılı fonksiyonel peri ve postoperatif sonuçlar, bu prosedürün umut verici geleceğini yansıtabilir.

VS-9

İLERİ DERECE UTEROVAGİNAL VE VAULT PROLAPSUS TEDAVİSİNDE RETROPERİTONEAL KOLPOPEKSİ (TURC YÖNTEMİ): ORTA DÖNEM SONUÇLARI

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL(1)

1. Özel İstanbul Önol Üroloji Merkezi, İstanbul

AMAÇ

İleri derece prolapsusların tedavisinde yeni bir teknik olan TURC yönteminin intraperitoneal sakrokolpopeksiye göre daha az morbidite ve daha kısa operasyon süresi ile uygulanabilirliğinin orta dönem sonuçlarının değerlendirilmesi.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz 2007 – Mayıs 2018 arasında İleri derece uterovaginal veya vault prolapsusu olan (POP-Q sınıflamasına göre grade 3-4 olan) 62 hastaya TURC uygulandı. Prosedürün aşamalarında: 1-Phanelstein insizyondan sağ pelvik parietal peritonun mobilizasyon ve medyalizasyonu, 2-Longtidunal anterior ligamentin mesh fiksasyon ile promontoryumdan vizualizasyonu, 3- Kinkleşme ve basıyı önlemek için sağ üreterin lateralizasyonu 4- Mesane duvarından peritonun ayrılması, 5-Anterior ve lateral vaginal kısmın mesaneden diseksiyonu, 6- Anterolateral vaginal duvarın mesh fiksasyonu. Preoperative değerler, postoperatif değerler ve son takip değerleri Wilcoxon-sign test kullanılarak karşılaştırmalı analiz edildi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 53.4 (29-78) yıldı. Ortalama operasyon süresi 41.7 (25-90) dakika idi. Tüm hastalar 24 saat içinde hastaneden taburcu edildi. Üretral kateter mesane perforasyonu olan bir vaka dışında hastaneden taburcu olmadan önce çıkarıldı. Kateter herhangi başka bir komplikasyon gözlenmemesi üzerine 6. gününde alındı. Medyan 24 aylık takipte hastaların %96.5 (56/58) objektif olarak tedavi edildi ve subjektif kür oranı (54/58)% 93.1 idi. Tüm hastalar son takipte PFDI-SF20, PFIQ-7 puanları ve POP-Q ölçümlerinde anlamlı düzelme vardı. Post-operatif hiçbir GİS komplikasyonuna rastlanmamıştır.

SONUÇ

Bizim orta dönem sonuçlarımız TURC yönteminin intraperitoneal sakrokolpopeksiye göre güvenli, uygun, bir günlük prosedür olarak hiçbir GİS komplikasyonu olmaksızın, daha az komorbidite ile uygulanabilen etkili bir teknik olduğunu göstermiştir.

VS-10

RADİKAL PROSTATEKTOMİ SONRASI TEKRARLAYAN MESANE BOYNU DARLIĞINDA İNTRAVEZİKAL MİTOMİSİN C UYGULAMASI

OZAN BOZKURT(1) ALPER EGE SARIKAYA(1) MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) VOLKAN ŞEN(1) ÖMER DEMİR(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, İzmir

AMAÇ

Radikal prostatektomi sonrası vezikoüretral anastomoz darlığı (VUAD) %0,5-17,5 arasında görülen bir komplikasyondur(1). Patofizyolojisinde artmış fibrozisin olduğu bilinmektedir ve endoürolojik tedaviler sonrası rekürrens oranı yüksektir (2,3). Tekrarlayan VUAD sonrası intravezikal mitomisin C enjeksiyonu uygulamasının tek seferde %45, tekrarlayan uygulamalar sonrası ise yaklaşık %85 oranında başarılı olduğu bildirilmiştir (1,2). VUAD nedeniyle tekrarlayan endoürolojik girişim öyküsü olan hastalarda intravezikal mitomisin C enjeksiyonu ve tekrarlayan instilasyonlar ile darlık tekrarlamasını engellemeyi hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM

Radikal prostatektomi sonrası vezikorüetral darlık nedeniyle endoürolojik girişim öyküsü olan ve şikayetleri tekrarlayan 5 hasta çalışmaya dahil edildi. Mesane boynu soğuk insizyon ile açıldıktan sonra anastomoz hattındaki fibrotik dokular çepeçevre rezeke edildi. Ardından 5-7 hizası mesane boynundan üreter orifislerine kadar vaporize edildi. Açıklık sağlandıktan sonra rezeke edilen fibrotik dokunun altındaki sağlam dokuya sistoskopi iğnesi yardımıyla 20 mg mitomisin C 20 ml SF ile sulandırılarak çepeçevre enjekte edildi. 1 haftalık sondalı takibin ardından sonda çekildi ve hastalara 6 hafta boyunca intravezikal mitomisin c (20 mg/1 hafta) verildi. Hastaların pasaj açıklıkları fleksible sistoskopi ile haftalık takip edildi.

BULGULAR

4-6 aylık takiplerin sonucunda hastaların hiçbirinde obstrüktif alt üriner sistem semptomları tekrarlamadı. Hastaların son vizitlerinde ortalama maksimum akış hızı 16 ml/sn olarak ölçüldü. Kontrol sistoskopilerinde mesane boynunda fibrozis veya darlık ile uyumlu görünüm saptanmadı. Hastalarda herhangi bir istenmeyen yan etki bildirilmedi.

SONUÇ

Radikal prostatektomi sonrası tekrarlayan mesane boynu darlığında intravezikal mitomisin C enjeksiyonu ve tekrarlayan instilasyonlar VUAD'ın tekrarını ve girişim gerekliliğini azaltmaktadır. Bulgularımıza göre intravezikal mitomisin C uygulaması güvenilir ve etkili bir tedavi yöntemidir.

VS-11

YOLUNU ŞAŞIRMIŞ RAHİM İÇİ ARAÇ'LAR

BURAK YILMAZ(1) MUSTAFA BILAL HAMARAT(1) MEHMET SERKAN OZKENT(1)

1. Konya Şehir Hastanesi, Konya

AMAÇ
Rahim içi araç (RİA) dünya çapında yaygın kullanılan bir doğum kontrol yöntemidir. RİA'nin uterus dışında olması oldukça nadir bir durumdur. Bu sunumda iki adet vakayı inceleyeceğiz.

GEREÇ-YÖNTEM
Hastaların radyolojik ve sistoskopik değerlendirmesi yapıldıktan sonra endoskopik olarak tedavisi yapıldı.

BULGULAR
Vaka-1: Suprapubik ağrı ve alt üriner sistem semptomları mevcut olan 31 yaşındaki kadın hastamızda mesanede ve uterusta ayrı yerleşimli olmak üzere 2 adet RİA tespit edilmiş. Mesanedeki RİA'nın bir kısmı mesane dışına uzanmakta ve ipinde yaklaşık 2cmlik taş mevcut. Hastanın mesane taşı lazer litotriptör ile kırıldıktan sonra mesanedeki RİA forceps ile tutularak mesane içine çekildi ve sonrasında dışarı alındı. Bir süre sondalı kaldıktan sonra şikayetleri tamamen geriledi.

Vaka-2 : 50 yaşındaki kadın hasta mix inkontinans, disüri, batma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın mevcut şikayetlere ek prolapsusu da olması nedeniyle dış merkezde 7 ay önce vajinal histerektomi + sakrokolpopeksi cerrahisi geçirdiği öğrenildi. Şikayetlerinin devamı üzerine polikliniğimize başvuran hastaya yapılan usg ve sistoskopide mesanede bir kısmı üretraya uzanmış halde RİA gözlendi. Forcepsle tutularak dışarı alındı. Tedavisine antikolinerjik eklenmesi sonrası şikayetleri büyük oranda geriledi.

SONUÇ
RİA takılma öyküsü olan kadın hastalarda üriner sistem şikayetlerine yönelik tetkiklerde RİA'nın mesaneye migrate olabileceği düşünülmeli ve ileri girişimler yapılmadan önce üriner sistem detaylı değerlendirilmelidir.

VS-12

LAPAROSKOPİK HEMİNEFREKTOMİ DENEYİMİ

RIDVAN POLAT(1) LEVENT TURAN(1) MEHMET ÇAĞATAY ÇİÇEK(1) ONUR KAYGISIZ(1)

1. Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa

AMAÇ
Bu çalışmanın amacı, ektopik üreter sebebi ile yapılan laparoskopik heminefrektomi deneyimimizin paylaşılmasıdır.

GEREÇ-YÖNTEM
Ekim 2019 – Temmuz 2022 tarihleri arasında laparoskopik heminefrektomi uygulanan 4 hastanın verileri değerlendirildi.

BULGULAR
VAKA 1: 6 yaşındaki kız hasta. Üriner inkontinans şikayeti ile dış merkeze başvuran hastaya antimuskarinik başlanmış, hasta ilaçtan fayda görmemiş olup kliniğimize başvurmuştur. Hikayede kontinu inkontinans saptanması üzerine yapılan üroflowmetri ve ek görüntülemeler sonrası ektopik üreter ön tanısı ile MR ürografi çekilmiş olup, vajene açılan ektopik üreter saptanmıştır.

VAKA 2: 14 yaş kız hasta. Üriner inkontinans şikayeti ile dış merkeze başvuran hastaya antimuskarinik başlanmış, hasta ilaçtan fayda görmemiş olup kliniğimize başvurmuştur. Hikayede tuvalet eğitimi sonrası sürekli devam eden, medikal tedaviye cevap vermeyen, kontinu inkontinans saptanması üzerine yapılan üroflowmetride normal işeme paterni olan çocuğa ektopik üreter ön tanısı ile MR ürografi çekilmiş olup, vajene açılan ektopik üreter saptanmıştır.

VAKA: 18 yaş kız hasta. 4 yaşında sol üreteroneosistostomi hikayesi olan hipertansiyon nedeniyle Çocuk Nefroloji tarafından takip edilen hastanın istenen nonkontrast BT'sinde sol böbrek üst polünde parankim incelmesinin saptanmasıyla tarafımıza refere edilmiştir. DMSA'da üst pol afonksiyone ve skarlı olarak izlenen, çift toplayıcı sistem düşünülen hastaya yapılan MR ürografide uterusa açılan ektopik üreter saptanmıştır.

VAKA 4: 26 yaş kadın hasta. Dış merkezde hastaya böbrek üst polünde abse gelişimi için üreteral Dj stent takılan ve hastanede yatarak yaklaşık 1.5 ay antibiyotik tedavisi alan hastanın kliniğimizde DJ stenti çıkarılmıştır. Geçirilmiş enfeksiyon ve devam eden sol lomber ağrı şikayeti olan hastanın yapılan BT ürografisinde afonksiyone üst polü drene eden ektopik üreter izlenmiştir.

4 vakanın ortanca operasyon süresi: 207 dk (60-300); ortanca kanama miktarı: 81ml (30-170), ortanca dren çekilme zamanı postop 2.gün, ortanca yatış süresi 5 gün (3-8) olarak belirlenmiştir. İntraoperatif ve postoperatif kan transfüzyonu gerekliliği olmamıştır.

SONUÇ
Laparoskopik heminefrektomi; ektopik üreter saptanan çocuk ve genç hastaların tedavisinde geçirilmiş abse varlığında bile güvenilir ve minimal invaziv bir yöntemdir.

VS-13

BÜYÜK HACİMLİ PROSTAT TEDAVİSİNDE BİPOLEP: TRİLOBER ENÜKLEASYON VE MUSHROOM REZEKSİYON

HİLMİ SARI(1) BERK YASİN EKENCİ(1) TARIK KÜÇÜK(1) AHMET EMİN DOĞAN(1) HİKMET TOPALOĞLU(1) FATİH YALÇINKAYA(1)

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ

BPH tedavisinde, prostat boyutu 80 ml üzerindeki hastalarda TUR-P, açık prostat ve HOLEP'e alternatif olarak BipolEP uygulanabilmektedir. Prostat boyutu >100 cc olan bir hastamızın tedavisinde trilober teknik ve mushroom tekniği ile bipolep uyguladığımız olguyu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) ilk olarak 1920'lerde tanımlandı ve benign prostat hiperplazisinin (BPH) tedavisinde birçok merkezde başarılı bir şekilde uygulanmaktadır. Avrupa Üroloji Derneği (EAU) klavuzlarına bakıldığında prostat boyutu 30-80 ml olan hastalarda ve 80 ml üzerindeki hastalarda BipolEP önerilmektedir (1). Ancak prostat boyutu >80 ml olan hastalar da ilk tedavi seçenekleri açık prostat ve gelişen cerrahi ekipmanlar ve teknikler sonucunda artık HolEP ve BipolEP olarak kabul edilmektedir. BipolEP yönteminin büyük boy prostat adenomlarında da güvenilir bir şekilde kullanılabildiğini gösteren yayınlar vardır (2). Prostat boyutuna bağlı olarak ya da uygulayan cerrahın tercihine göre bilober, trilober teknik ya da enblok gibi farklı teknikler ile BipolEP uygulanabilmektedir. Öğrenme eğrisinin uzun olması nedenli yeterli deneyimi olmayan kişilerde ve yeterli ekipman olmaması durumunda >80 cc prostat boyutlarında komplikasyonlar artabilmekte ve operasyon süreleri uzayabilmektedir. Kliniğimizde Ekim 2021 tarihinden beri BipolEP cerrahisi başarıyla yapılmaktadır. Bugüne kadar 35 hastaya başarıyla BipolEP uyguladık. Trilober tekniği ve morselatör olmaması nedenli mushroom tekniğini uyguladığımız, median lob hipertrofisine sahip hastalarımızdan birinin cerrahi tedavisini sunmayı amaçladık.

BULGULAR

67 yaşında erkek hasta, yaklaşık 10 yıldır alt üriner sistem semptomları sebebi ile 6 yıldır tamsulosin ve dutasterid tedavisi almaktaydı. Medikal tedaviden fayda görmeyen ve takiplerinde üriner retansiyon gelişen hastanın digital rektal muayenesinde prostat grade 2 benign olarak saptandı. Laboratuvar değerlendirilmesinde PSA: 15,1 ng/L Kreatinin: 1 mg/dl olarak ölçüldü. Yapılan USG'de prostat bezi volümü 124 cc olarak saptandı. Yapılan prostat Trus-bx sonucu benign prostat dokuları ve kronik inflamasyon olarak raporlandı. Hastamıza trilober teknik ve mushroom tekniği ile BipolEP uygulandı. Postoperatif (PO) 3.gün sondası çekilerek komplikasyon olmadan taburcu edildi. PO-24. günde IPSS 6 olarak saptandı. Üroflowmetri değerlendirilmesinde ise Qmax: 26 ml/sn, volüm:365 cc olarak ölçüldü. BipolEP patoloji sonucu nodüler prostat hiperplazisi olarak raporlandı.

SONUÇ

Median lob hiperplazisi olan BPH hastalarında trilober BipolEP teknik başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir. Ancak prostat boyutu büyük olan hastalarda mushroom tekniği operasyon süresinin uzamasına ve komplikasyon riskinin artışına neden olduğunu düşünmekteyiz.

VS-14

ENDOÜROLOJİDE MAYMUNCUK: HOLMİYUM LAZER İLE ÜRETERAL VALVİN ENDOSKOPİK TEDAVİSİ

MEHMET EMİN ŞİRİN(1) MEHMET YILMAZ(2)

1. Aksaray Özel İnova Hastanesi Üroloji Kliniği, Aksaray, Türkiye
2. Department of Urology, University of Freiburg-Medical Centre, Faculty of Medicine, Freiburg, Germany

AMAÇ
Holmiyum lazer üroloji pratiğinde taş, prostat hastalıkları gibi alanlarda yaygın kullanımı olan ürolojinin vazgeçilmez bir enstrümanı olarak öne çıkmaktadır. Üreteral valv ise literatürde 70-80 vakanın görüldüğü ve çoğunluğunun çocukluk çağında görülüp, üreteroüreterostomi gibi büyük invaziv operasyonlarla tedavi edildiği nadir bir antite olarak karşımıza çıkmaktadır. Wall ve arkadaşları 1952'de üreteral valv tanı kriterleri olarak 1. Düz kas lif demetleri de içeren anatomik olarak gösterilebilen üreterin mukozal kıvrımları 2. Üzerindeki obstrüktif hastalık değişiklikleri ile altında normal bir üreter bulunan valv ve 3. olarak da başkaca mekanik ve fonksiyonel obstrüksiyon yapıcı sebep olmaması gibi üç bileşenin birarada bulunması gerektiğini belirtmişlerdir. Üroloji pratiğinde taş gibi sık karşılaşılan ve Wall kriterlerini tam olarak sağlayan üreteral valv gibi nadir görülen iki farklı antitenin aynı hastada bilateral üreterohidronefroz (UHN) ve böbrek fonksiyon testi (bft) bozukluğuna sebep olduğu hastanın tek seansta endoskopik olarak holmiyum lazerle tedavisini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
31 yaşında erkek hasta polikliniğimize şiddetli sağ yan ağrısı şikayeti ile başvurdu. Taş protokollü CT'de bilateral UHN (sağ üreter üst uçta 9 mm'lik üreter taşı ve sol üreter üst kesimde darlık) ve kreatinin:1,55 olması üzerine hastaya üreteroskopi planlandı. Önce sağ üreter taşı holmiyum lazerle fragmante edilerek sağ tarafa DJ stent konuldu. Fragmantasyonda 1 j ve 40 hz holmiyum lazer kullanıldı. Daha sonra sol tarafa tanısal üreteroskopi yapıldı. Sol üreter üst uçtan köken alan ve sol üreteri tamamen dolduran üreteral valv izlendi. Üreteral valv holmiyum lazerin 1,5 j ve 45 hz ile önce eksize edildi. Eksizyon sonrası yaklaşık 10 cm'lik valv katlantısı forcepsle dışarı alındı. Daha sonra da kalan dokular 3 j ve 30 hz holmiyum lazerle ablate edildi ve sol tarafa da DJ stent konuldu.

BULGULAR
Hastanın post-op 1. günde kreatinin değeri 1,02 gelmesi üzerine taburcu edildi. Eksize edilen dokunun patolojisi ise içinde yer yer kas dokusu da içeren üreteral valv ile uyumlu olarak geldi.

SONUÇ
Holmiyum lazer, üroloji pratiğinde taş, prostat hastalıkları, mesane tümörleri gibi birçok alanda kullanımının artmasıyla elde edilen tecrübeyle üreteral valv gibi nadir görülen daha ciddi problemlerin çözümünde de adeta bir maymuncuk vazifesi görerek biz ürologların en büyük yardımcısı olmaya devam etmektedir. Bu sunumumuzla da üreteral valvin holmiyum lazer teknolojisindeki gelişmelerle üreteroüreterostomi gibi büyük bir operasyon yerine deneyimli ellerde endoskopik olarak da tedavi edilebileceğini düşünmekteyiz.

VS-15

LAPAROSKOPİK NEFREKTOMİDE VEN YARALANMALARINDA LAPAROSKOPİK ONARIM: 2 OLGU SUNUMU

YUSUF ŞENOĞLU(1) AHMET YILDIRIM BALIK(1) ALPARSLAN YÜKSEL(1) DURSUN BABA(1) MUSTAFA KEMAL KAYA(1)

1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce

AMAÇ

Laparoskopik nefrektomi cerrahilerinde renal ven ve dallarındaki vasküler yaralanmalarda uyguladığımız laparoskopik onarım tecrübemizi paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Sol böbrekte kitle saptanan 81 yaşında erkek hasta ve sağ yan ağrısı ve atrofik böbrek saptanan 31 yaş erkek hastaya merkezimizde laparoskopik nefrektomi yapıldı.

BULGULAR

İlk hastamız sol yan ağrısı ile başvuran 81 yaşında erkek hasta idi. Yapılan tetkiklerinde sol böbrek üst polde 64x53 mm boyutlarında malign karakterde kitle saptandı. Sol laparoskopik radikal nefrektomi kararı alındı. Hilus disseksiyonu sırasında renal venden çıkan lumbar ven serbestlenirken lumbar vende avulsiyon ve kanama oluştu. Laparoskopiye devam edilme kararı alınarak laparoskopik vasküler onarım gerçekleştirildi. Sonrasında radikal nefrektomi ve retroperitoneal alandaki lenf nodunun eksizyonu laparoskopik olarak tamamlandı. Başka bir komplikasyon olmadı. Operasyon süresi 150 dk, kanama miktarı 300 cc olarak saptandı. Patoloji İnfiltratif Ürotelyal Karsinom pT4, cerrahi sınır negatif, lenf nodu ise metastatik karsinom olarak raporlandı.

İkinci hastamız sağ yan ağrısı ile başvuran 31 yaşında erkek hasta idi. Yapılan BT de sağ böbrek boyutları ileri derece azalmış-atrofik görünümde ve DMSA sintigrafide sağda % 7 fonksiyon saptanması üzerine laparoskopik sağ basit nefrektomi kararı alındı. Hilus diseksiyonu sırasında renal ven serbestlenirken renal ven anteromedial yüzünde vena cava yakın komşuluğunda vasküler yaralanma ve kanama meydana geldi. Laparoskopiye devam edilme kararı alınarak laparoskopik vasküler onarım gerçekleştirildi. Sonrasında laparoskopik olarak basit nefrektomi tamamlandı. Başka bir komplikasyon olmadı. Operasyon süresi 130 dk, kanama miktarı 250 cc olarak saptandı. Patoloji atrofik böbrek ile uyumlu olarak raporlandı.

SONUÇ

Laparoskopik nefrektomi cerrahilerinde korkulan bir komplikasyon olan vasküler yaralanmalar, doğru ve hızlı alınan kararlarla yönetilerek laparoskopik olarak da başarıyla onarılabilmekte ve operasyona sorunsuz devam edilerek tamamlanabilmektedir.

VS-16

İMPAKTE ÜRETEROPELVİK BİLEŞKE TAŞINDA ÜRETEROLİTOTRİPSİ

ERTUĞRUL KÖSE(1) YAKUP BOSTANCI(1) ELMAR ALİZADA(1) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1) ŞABAN SARIKAYA(1) ALİ FAİK YILMAZ(1)
1. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Samsun

AMAÇ
Bu videoda, üreteropelvik bileşkede impakte olmuş sağ üreter taşında semirigid (srURS) ve flexible üreterorenoskopi (fURS) ile kombine şekilde gerçekleştirdiğimiz üreterolitotripsi deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
50 yaşında erkek hasta, sağ yan ağrısı ile başvurduğu merkezde yapılan kontrassız bilgisayarlı tomografide sağ böbrekte grade 2-3 hidronefroz ve sağ proksimal üreterde yaklaşık 17 mm taş saptanması üzerine sağ DJ stent takıldıktan sonra tarafımıza refere edilmiş. Hastaya sağ endoskopik üreter taşı tedavisi planlandı.

Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda 20 no endoskop 30 derece lens eşliğinde üretral girilerek mesaneye ulaşıldı. Punch yardımı ile sağ DJ stent çekildi. 6 French (Fr) üreter kateteri içinden hidrofilik guide skopi kontrolünde taşın proksimaline geçirilmeye çalışıldı, ancak başarılı olunamadı. Ardından 4,5/6,5 Fr Ultra Thin srURS (Richard Wolf®, Knittlingen, Germany) ile sağ üreter orifisinden ilerlenerek taşa ulaşıldı. Taş, 30 W Holmium: YAG lazer (Sphinx® JR Lisa Laser, Katlenburg-Lindau, Germany) ile fragmante edilmeye başlandı. Ana kitleden ayrılan büyük fragmanlar taşın distalinde fragmante edildi, el yardımlı pompayla küçük fragmanlar irrige edilerek temizlendi. Kalan rezidü parçaya srURS ile güvenli şekilde odaklama sağlanamadı. Bunun üzerine hidrofilik guide wire, açılan pasajdan böbreğe gönderildi ve üzerinden 9,5 Fr disposable digital fURS (Pusen) ilerletilerek taşa ulaşıldı, lazer litotripsiye devam edildi. Üreter lümeninde taş kalmadığı görüldükten sonra tüm böbrek kaliksleri, pushback olan rezidü fragmanlar açısından fURS ile kontrol edildi ve gözlenen parçalar fragmante edildi. Endoskopik ve skopik olarak “stone free” kabul edilen hastaya 6/26 DJ stent yerleştirilerek işlem sonlandırıldı.

BULGULAR
Cerrahi süre 33 dk, skopi süresi 2.1 dk olarak kaydedildi. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 1. gün foley sondası çekilen hasta taburcu edildi. Postoperatif 3. hafta çekilen direkt üriner sistem grafisinde rezidü görülmeyen hastanın DJ stenti çekildi.

SONUÇ
İmpakte üreter taşları ürologlar için zorlu vakalar arasındadır. Retrograd üreteroskopi, anterograd perkütan yaklaşım, SWL ve laparoskopik üreterolitotomi tedavi seçenekleri arasındadır. Bu zorlu olgular, endoüroloji konusunda yüksek volümlü ve tecrübeli merkezlerde kombine cihazlar kullanılarak da minimal invaziv yöntemlerle güvenli ve etkin şekilde tedavi edilebilir.

VS-17

ROBOTİK BÖBREK NAKLİNDE BOARİ FLAP ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ

KAMİL GÖKHAN ŞEKER(1) DOĞUKAN SÖKMEN(2) EMRE ŞAM(3) VOLKAN TUĞCU(4)

1. Liv Vadistanbul Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
2. Liv Vadistanbul Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
3. Erzurum Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzurum
4. İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Son dönem böbrek yetmezliği tedavisinde böbrek nakli en etkin renal replasman tedavisidir. Renal replasman tedavileri içerisinde ise minimal invaziv cerrahi olarak son yıllarda robotik böbrek nakli ön plana çıkmaktadır. Bu video sunumunda robotik böbrek nakli sırasında kısa üreter nedeniyle gerçekleştirilen boari flap üreteroneosistostomi operasyonunun sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Hemodiyaliz tedavisi alan hastaya canlı sol donör böbrek kullanılarak da Vinci- Xi robotik sistem ile robotik böbrek nakli operasyonu planlandı.Donör böbreği periumblikal 4 cm ilk insizyondan GelPOİNT aracılığıyla batına konuldu. İliak arter, ven anostomozu için iliak bölge ve üreteroneosistostomi için mesane hazırlandı. İliak ven ve arter anostomozu tamamlandıktan sonra üreterin boyu kısa kaldığı için boari flap ile üreteroneosistostomi 4.8F 16 cm D-j kateter üzerinden gerçekleştirildi

BULGULAR
Operasyon süresi 180 dakika, kan kaybı 100 ml olarak ölçüldü. Postoperatif herhangi bir komplikasyon görülmedi. Batın dreni postoperatif 2.gün ve üretral kateter postoperatif 7.günden alındıktan sonra hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi. Postoperatif 21.günde D-j kateter çekildi. Hastanın takiplerinde hidronefroz veya darlık saptanmadı.

SONUÇ
Robotik cerrahinin sağladığı daha fazla hareket kabiliyeti ve üç boyutlu yüksek kalitedeki görüntü kompleks rekonstruktif prosedürlerin başarı ile uygulanmasına izin verir. Böbrek nakli sırasında kısa üreter ile karşılaşılması durumunda boari flap ile üreteroneosistostomi operasyonu akılda bulundurulmalıdır.

VS-18

THULİUM FİBER LAZER İLE MESANE TÜMÖRÜ REZEKSİYONU

KAMİL GÖKHAN ŞEKER(1) DOĞUKAN SÖKMEN(1) EMRE ŞAM(2) VOLKAN TUĞCU(3)

1. Liv Vadistanbul Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul
2. Erzurum Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Erzurum
3. İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Mesane tümöründe lazer ile rezeksiyonun güvenilirliği ve etkinliği son yıllarda literatürde birkaç çalışma ile doğrulanmıştır. Lazer ile rezeksiyonun avantajları patologlar tarafından daha yüksek kalitede numune incelenmesi sağlarken aynı zamanda onkolojik açıdan konvansiyonel monopolar veya bipolar rezeksiyona kıyasla daha düşük nüks ve progresyon oranına sahiptir.Ayrıca teknik olarak lazer enerjisi sayesinde obturator sinir stimülasyonu görülmemekte ve doku derinliği ayarlanarak orifis gibi yapılara daha az zarar verilmektedir. Bu video sunumunda mesane tümörün thulium fiber lazer ile rezeksiyonunun sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Mesanenin farklı lokasyonlarında yerleşmiş primer mesane tümörü tanısı konulan ve thulium fiber lazer ile rezeksiyon yapılan 3 hastaya ait operasyon görüntüleri derlendi. Thulium fiber lazer ile mesane tümörü rezeksiyonuna ait teknik detaylar sunuldu.

BULGULAR
Tüm hastalar spinal anestezi altında 26ch rezektoskop kullanılarak opere edildi.Büyük tümörlerde iki aşamalı yaklaşım uygulandı.İlk olarak tümörün ekzofitik papiller kısmı bipolar enerji kullanılarak rezeke edildi, tümör tabanı ise thulium fiber lazer ile 500 mj,40 Hz, 20 w kullanılarak rezeke edildi.Tümör tabanı en blok olarak patolojik incelemeye gönderildi. Orifise yakın tümörlerde düşük enerjide orifis korunarak rezeksiyon gerçekleştirildi. Obturator reflekse bağlı tümör tabanı alınamayan tümörlerde thulium fiber lazer ile obturator refleks gelişmeden güvenli bir şekilde rezeksiyon gerçekleştirildi.

SONUÇ
Mesane tümörünün thulium fiber lazer ile rezeksiyonu güvenle uygulanabilen etkili bir yöntemdir. Patolojik inceleme için yeterli ve kaliteli doku örnekleri sağlamakla beraber özellikle obturator refleks gelişen olgularda akılda bulundurulmalıdır.

VS-19

BÖBREK TAŞINA EŞLİK EDEN ÜRETERİTİS SİSTİKALI BİR OLGU

CAN TUYGUN(1) HÜSEYİN MERT DURAK(1) BERK YASİN EKENCİ(1) ORÇUN BURAK KARADAĞ(1) GÖZDE DOĞAN(1) ANAR AGHAYEV(1)

1. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

AMAÇ

Üreteritis sistika, üreter ve renal pelviste nadir görülen benign kistik lezyonlardır. Etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle beraber, ürolitiyazis veya üriner sistem enfeksiyon gibi ürotelyal irritasyona sekonder gelişen inflamatuar değişikliklere bağlı olduğu düşünülmektedir. Genellikle, ürolitiyazis, hematüri gibi semptomların araştırılması veya daha nadiren hidronefroz etiyolojisinin araştırılması sırasında yapılan radyolojik görüntülemelerde pelvis veya üreterde dolum defekti şeklinde görülebilir ve özellikle üriner sistem patolojilerinin (taş, tümör, polip gibi) endoskopik tanı ve tedavileri sırasında eş zamanlı olarak insidental olarak saptanabilirler. Benzer klinik ve radyolojik bulgular, özellikle fibromyoepitelyal polip ve üst üriner sistem tümörleri gibi patolojik durumlarda da görülebilir ve bu tür polipoid lezyonların üreteroskopik değerlendirmesi esnasında yapılan biyopsiler ile ayırıcı tanıları yapılır. Burda, böbrek taşı olan bir olgunun retrograd intrarenal cerrahi ile tedavisi sırasında insidental olarak saptanan üreteritis sistikalı bir olguyu sunmaktayız.

GEREÇ-YÖNTEM

42 yaşında kadın hasta sağ flank ağrısı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde, tiroidektomi geçirdiği ve sağ böbrek taşı nedeniyle 2 seans ESWL geçirdiği öğrenildi. Fizik muayene olağan, idrar analizi normal, tam kan ve serum kreatin değerleri normaldi. Abdominal X-ray ve Ultrason incelemede böbrek taşı saptanması üzerine yapılan abdominal Tomografide, sağ böbrek alt kaliks-pelvis bileşkesinde yaklaşık 2 cm boyutunda taş izlendi. Pelvis ve üreterde dilatasyon izlenmedi. Böbrek taşının tedavisi için fleksibl üreteroskopik cerrahi planlandı.

BULGULAR

Diagnostik semirijid üreteroskopi esnasında, üreterin orta ve proksimal segmentleri arasında boyutları 2-5 mm arasında değişen, lümene protrüde, düzgün sınırlı, yuvarlak, soluk sarı renkte, çok sayıda polipoid lezyon izlendi. Nispeten daha büyük polipoid lezyondan biyopsisi alındı. Biyopsi esnasında lezyonun rüptüre olduğu, lezyon içinden süt renginde, bulanık, seromukoid sıvının geldiği görüldü ve lezyonun benign kistik yapıda olduğu düşünüldü. Holminum laser ile tüm lezyonlara ablasyon yapıldı. Takiben, üretere erişim kılıfı yerleştirildi ve fleksibl üreteroskopi ile pelvis ve kaliksiyal sistemde benzer lezyonların olmadığının gösterilmesi sonrası Holmium laser ile taş fragmantasyonu yapıldı ve Double-J üreteral stent konuldu. Postoperatif 2. günde herhangi bir şikayeti olmayan hasta taburcu edildi. Patolojik inceleme lezyonların benign kistik özellikte olduğunu gösterdi. Üreteritis sistika tanısı üreteroskopik bulgular ve patoloji raporu ile onaylandı.

SONUÇ

Üreteritis sistika genelde üst üriner sistem patolojileri ile birlikte görülebilen nadir benign üreter lezyonlardır ve özellikle bu patolojiler üreteroskopi sırasında görülebilir. Üreteroskopi esnasında lezyonların görünümü ve biyopsi esnasındaki tipik endoskopik görüntüleri Üreteritis sistika tanısı ve laser ablasyonu ile tedavisi için uygun ve güvenilir bir yaklaşım olmakla birlikte biyopsi sonucu ile diğer benign ve malign üreter patolojilerinden ayırıcı tanısı yapılarak üreteritis sistika tanısı doğrulanmalıdır.

VS-20

LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİDE İYATROJENİK ÜRETER YARALANMASI

COŞKUN KAYA(1) MEHMET ERHAN AYDIN(1)

1. Eskişehir Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği, Eskişehir

AMAÇ
Onkolojik cerrahide amaç tümörün tamamen çıkarılması, organ fonksiyonlarının olabildiğince korunması ve en az morbidite ile hastanın tedavisinin tamamlanmasıdır. Böbrek kanseri tedavisinin temelini cerrahi eksizyon oluşturmaktadır.

Son yıllarda görüntüleme yöntemlerinin sık kullanılması ile birlikte insidental olarak saptanan küçük böbrek tümörlerinin tanısında belirgin bir artış olmuştur. Parsiyel nefrektomi, böbrek fonksiyonunu koruması ve onkolojik sonuçlar açısından radikal nefrektomiye benzer sonuçlar vermesi nedeniyle küçük böbrek tümörlerinin tedavisinde standart cerrahi yöntem haline gelmiştir. Laparoskopik parsiyel nefrektomi (LPN) ise onkolojik ve fonksiyonel açıdan açık parsiyel nefrektomiye alternatif, minimal invaziv popüler bir yöntemdir.

GEREÇ-YÖNTEM
LPN sonrasında meydana gelebilecek önemli komplikasyonlar kanama, idrar kaçağı, pozitif cerrahi sınır varlığı, iskemik böbrek yetmezliği ve sepsistir. Bu yazıda LPN'de nadir görülen bir komplikasyon olan üreter yaralanması olgusunu sunuyoruz.

BULGULAR
71 yaşında, erkek hasta yapılan USG'de insidental olarak sağ böbrek orta kesimde ekzofitik uzanımlı 31x28 mm boyutunda solid lezyon tanısı alması nedeniyle kliniğimize başvurdu. İleri inceleme olarak yapılan kontrastlı dinamik BT'de sağ böbrek orta kesimde yaklaşık 26x29 mm boyutta hızlı washout gösteren solid kitle lezyonu izlendi ve hastaya laparoskopik parsiyel nefrektomi planlandı.

Operasyon sırasında üreter yaralanması nedeniyle DJ stent takılması ve primer onarım yapılan hasta postoperatif 3.gün önce sondası sonra dreni alınarak taburcu edildi. Patoloji sonucu papiller renal hücreli karsinom, Fuhrman Grade 2, cerrahi sınır negatif olarak raporlandı. 4 hafta sonra anestezi altında DJ stent çekilerek yapılan RGP'de ekstravazasyon ve darlık görülmedi.

SONUÇ
Hastanın takibi devam etmektedir.

VS-21

LAPAROSKOPİK ÜRETERONEOSİSTOSTOMİ : KLİNİK DENEYİMİMİZ

HARUN UÇMAK(1) HAİDER NİHAD IZADDİN ALALAM(1) YUNUS EMRE GÖGER(1)

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi

AMAÇ

Üreterin iyatrojenik yaralanmaları jinekolojik, obstetrik, ürolojik veya genel cerrahi ile ilgili zor abdomino-pelvik girişim sırasında görülebilmektedir. Birçok seride insidans %0.5 ile %10 arasında değişmektedir. Üreteral yaralanmaların en sık görülen nedenleri sırasıyla histerektomi (%54), kolorektal cerrahi (%14), ovaryan tümörler(%8) ve diğer pelvik cerrahilerdir.

GEREÇ-YÖNTEM

- 43 yaş kadın
- Adenomiyozis nedeni ile kadın doğum kliniğinde TAH- BSO sonrası
- Post op 1. gün sağ flank bölgede ağrı
- Ek hastalık yok
- Ürolojik operasyon veya ürolithiasis öyküsü yok
- FM:
- Sağda CVAH (+)
- Batında minimal hassasiyet (+)
- LAB:
- Cr: 0,5
-Tit: L (-) E(-)

Üreter yaralanmasından şüphelenildiğinden hastaya BT Ürografi tetkiki yapıldı.

-Hasta kliniğimize konsülte edilerek sağ nefrostomi takıldı.
- 3 ay sonra laparoskopik üreteroneosistostomi + psoas hitch yapıldı.
- Hastaya peri-op 4.8fr 26 cm DJ stent yerleştirildi.
- Post op 2. gün drenden gelen olmaması üzerine dreni çekilerek eksterne edildi.

BULGULAR

- Post op 2. haftada hastaya sistogram çekildi.
- Ekstravazasyon olmadığı görülmesi üzerine sondası alındı.
- DJ stent post op 1. ayda alındı.

SONUÇ

Laparoskopik üreteroneosistostomi, özellikle pelvik cerrahi sonrası iyatrojenik üreter yaralanmalarında uygulanabilecek minimal invaziv bir cerrahi yöntemdir. Psoas – Hitch ile uygulanarak anastomozun stabilizasyonu ve cerrahinin başarı oranı artmaktadır.

VS-22

ROBOTİK SURRENALEKTOMİ

MURAT CAN KARABURUN(1) EFE SEMETEY OĞUZ(1) ABDULRAHMAN JAFAROV(1) TİMUR KÜRŞAD ÜLGEN(1) EMRE ERDEM(1) ALP EREN TURHAN(1) MEHMET EROL MARAŞ(1) EVREN SÜER(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ

Sol yan ağrısı şikayeti olan ve yapılan görüntülemede sol sürrenal bezde 90x80 mm boyutlarında kitle saptanan hastada robotik sol sürrenalektomi.

GEREÇ-YÖNTEM

70 yaş erkek hasta kliniğimize sol yan ağrısı ile başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 2009 yılında sağ radikal nefrektomi ve sağ sürrenalektomi hikayesi mevcut olup patolojisi papiller RCC ile uyumlu gelmiş. 2015 yılında akciğer metastazektomi yapılmış. Patoloji RCC metastazı ile uyumlu şeklinde raporlanmış. 2017 yılında yapılan kontrol tomografik görüntülemede sol sürrenal bezde en geniş yerinde 4x3,5 cm ölçülen yumuşak doku saptanmış. Dış merkez takiplerine gitmeyen hasta mayıs 2022'de hastanemize başvurmuş ve çekilen tomografide 90x80 mm boyutlarında, önceki inceleme ile karşılaştırıldığında boyut artışı saptanan sol sürrenal kitle saptanmıştır. Preoperatif endokrinolojik değerlendirme ve hazırlık sonrası 01/08/2022 tarihinde hastaya robotik sol sürrenalektomi yapılmıştır.

BULGULAR

Hastadan preoperatif ve postoperastif endokrinoloji önerileri alınmıştır. Addison protokolü altında opere edilmiştir. Post operatif steroid doz ayarlaması yapılmıştır. hastada intraoperatif veya postopoperatif komplikasyon gelişmemiştir.

SONUÇ

Postoperatif 1. günde sonda alınmıştır. Gaz ve gaita çıkışının ardından, abdominal loja anlamlı gelen olmaması üzerine postoperatif 2. günde loj dreni alınmıştır. Postoperatif 4. günde endokrinoloji önerileri ile taburcu edilmiştir. Kitlenin patolojik değerlendirmesi devam etmektedir.

VS-23

URS ESNASINDA ALIŞILMAMIŞ BİR KOMPLİKASYON VE YÖNETİMİ

ABDULLAH HIZIR YAVUZSAN(1) SİNAN LEVENT KİREÇÇİ(1) KEREM BURSALI(1) MEHMET EREN AKAN(1) TANER HACIOSMANOĞLU(1)

1. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Üreterorenoskopi üreter ve renal pelvis taşları, striktürler, ürotelyal maligniteler, enfektif patolojiler gibi pek çok ürolojik patolojinin tanı ve tedavisinde kullanılabilen önemli bir minimal invaziv girişimdir. Üreterorenoskopi ilişkili komplikasyonlardan bahsedildiğinde akla öncelikle sepsis, hemoraji veya üreter yaralanması gelse de, biz bu yazıda sizlere literatürde daha önce bildirilmemiş bir komplikasyon olan üreterorenoskobun (URS) üreterde hapsolduğu bir vakayı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Daha önceden taş düşürme öyküsü olan ve ek hastalığı olmayan 29 yaş kadın hasta 2 ay önce başlayan sağ yan ağrısı şikayeti ile merkezimize başvurdu. Çekilen kontrastsız tüm batın bilgisayarlı tomografisinde sağ proksimal üreterde 1 cm kalkül ile uyumlu opasite saptandı. Obezite nedeniyle ekstrakorporeal şok dalgası litotripsi tedavisi yerine hastaya üreterorenoskopi planlandı.

BULGULAR

7 Fr URS ile yapılan işlemde sağ üreter orifisi ödemli ve dar izlendi. Hafif forse edilerek URS geçişi sağlandı. Proksimal üreterde unklave olduğu izlenen kalkül 10 dakika sonunda lazer fragmante edildi ve ardından hastaya double J (DJ) stent takılmasına karar verildi. Fakat üreterin URS'yi tutması sonucu URS geri çekilemedi. Orifisteki ödem sebebiyle URS'nin çıkartılamadığı düşünülüp hastaya sırasıyla intravenöz (IV) 80 mg metilprednizolon, 75 mg diklofenak sodyum, 100 mg roküronyum uygulandı. Yaklaşık 20 dakika beklenmesine rağmen URS çıkartılamadı. Bunun üzerine üretral meadan URS yanından 4.5 Fr URS gönderildi. Üreter orifisinin URS'yi tuttuğu görüldü. Üreteral avulsiyon riski sebebiyle URS çıkarılması forse edilmedi. Lazer ile orifisin saat 12 hizasından ablasyon yapıldı. Bu şekilde URS çıkartılabildi. Ardından hastaya DJ stent takıldı. Skopi ile DJ stentin yerinde olduğu izlenen hastada mesaneye sonda takılarak işlem sonlandırıldı. Postoperatif dönemde komplikasyon olmayan hasta şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ

Üreter kalibrasyonunun dar izlendiği hastalarda taş kırma süresi kısa olsa dahi tekrar bu tarz bir komplikasyon yaşanmaması için ekstra dikkatli olunmalıdır. Üretere giriş esnasında minimal de olsa forse edilmeyip double J stent takılması düşünülmelidir. Benzer komplikasyon yaşandığında açık cerrahi yerine imkan dahilinde minimal invaziv çözümler ön planda düşünülmelidir.

VS-24

SAĞ BÖBREKTE FARKLI KALİKSLERDE OLAN MULTİPL BÖBREK TAŞI HASTASINA UYGULANAN ENDOKOPİK KOMBİNE INTRARENAL CERRAHİ (ECIRS) OPERASYONU

ENDER CEM BULUT(1) MAHMUT UĞURLU(2) ARİF HUSEYNLİ(2) ELBEY BAYRAMLI(2) NİHAT KARABACAK(2)

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara
2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ
Perkütan nefrolitotomi esnasında eşzamanlı retrograd girişimlerin rolünü tanımlamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
58 yaşında sağ yan ağrısıyla başvuran kadın hastaya yapılan Direkt Üriner Sistem Grafisinde taşa rastlanmış ve hastaya opaksız abdomen bilgisayar tomografi (BT) istenmiştir. Çekilen BT'de hastada pelvikaliksiyEl sistemi içerisinde (alt,orta ve üst) ve renal pelvisinde büyüğü 12 mm olmak üzere multipl taşlar ve sol böbrekte ise alt kalikste büyüğü 15 mm olan birkaç adet taş izlenmiştir. Hastanın sağ taraftaki taş yükünün fazla olması ve renal pelviste de eşzamanlı olarak taş olması nedeniyle sağ böbreğe ECIRS planlanmıştır.
Uygun saha temizliği ve steril örtünmeyi takiben galdakao modifiye supin valdivia pozisyonu verilen hastada 9,5 fr rijid renoskop ile sağ üretere guidewire gönderilip, bunun üzerinden 6 fr open end kateter takıldı. Takiben sağ flank bölgeden skopi altında perkütan iğnesi ile sağ böbrek toplayıcı sisteme alt kaliksten access sağlandı. Guidewire ve üzerinden dilatatörler yollandı, trakt balon dilatatör ile dilate edilerek amplatz sheath yerleştirildi. Nefroskop ile girildi, taş görüldü ve taş parçaları forseps ile ekstrakte edildi. Üst poldeki yaklaşık 1 cm lik taşa nefroskop ile ulaşılamayınca guıde üzerinden fleksible renoskopla sağ üretere ve ardından sağ renal pelvise girildi. Sağ böbrek üst poldeki yaklaşık 1 cm lik taşa laser litotripsi yapıldı. Ardından basket ile toplayıcı sisteme çekilen taş nefroskop üzerinden yabancı cisim forcepsi ile dışarı alındı. Fleksible renoskop çıkılmasını takiben guide üzerinden skopi altında dj kateter takıldı ve 16 fr nefrostomi kateteri takılarak cilde tespit edildi, 16 fr üretral sonda takıldı. Cilt insizyonu primer onarıldı. Baskılı pansuman yapılarak işleme son verildi.

BULGULAR
PCNL esnasında ulaşılamayan taşlara endoskopik kombine intrarenal cerrahi uygulanarak taşa ulaşılmıştır.

SONUÇ
Böbrekteki taşların farklı kalikslerde olması bazen hastaya birden fazla access(giriş) sağlanmasını gerektirmektedir. Supin PNL avantajlarından biri de eş zamanlı üreteroskopik işlem uygulanması gereken hastalardır. Bunun gibi böbrekte farklı kalikslerde ve nefroskopla ulaşılamayan taşları olan hastalarda endoskopik kombine intrarenal cerrahi (ECIRS) yöntemi minimal invaziv özelliği ile tercih edilebilir bir yöntemdir. Bu hastada da ECIRS yöntemi ile nefroskopla ulaşılamayan böbrek kalikslerine ulaşıp, taşları ekstrakte edilmiştir.

VS-25

RADİKAL PROSTATEKTOMİ SIRASINDA SAPTANAN MESANE TÜMÖRÜ

MUSTAFA KEMAL KAYA(1) YUSUF ŞENOĞLU(1) DURSUN BABA(1) ALPARSLAN YÜKSEL(1) İSMAİL EYÜP DİLEK(1)

1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce

AMAÇ

Prostat kanseri erkeklerde ikinci en sık saptanan kanser olup radikal prostatektomi küratif bir seçenektir. Ameliyat öncesi dönemde sistoskopi yapılma endikasyonu kesinlik kazanmamıştır. Bazı yazarlar radikal prostatektomi öncesi sistoskopi yapılmasının eğer hastada mesane tümörü veya hematüri öyküsü yoksa kazanım sağlamadığını belirtmişlerdir (Ranparia et al., 1996). Bu video sunuda prostat kanseri tanısı olan hastaya uygulanan laparoskopik transperitoneal radikal prostatektomi sırasında saptadığımız mesane tümörünün ameliyat sırasında ve sonrasındaki süreçte etkisini sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Dış merkezde PSA yüksekliği (11.7 ng/mL) nedenli TRUS prostat Bx yapılan ve ISUP grade II adenokanser tanısı alan 67 yaş erkek hastaya evreleme için çekilen PSMA-PET'de sol internal iliak alanda milimetrik metastaz düşündüren lenf nodu raporlanmış. Multiparametrik MR radyoloji raporunda prostat boyutları artmış (91 mL), mesaneye indante ve prostat bazisde mesaneye indante lob sağ kesimde 14x10 mm PIRADS-IV lezyon olarak raporlandı. Radyolojik görüntülemede mesane patolojisi saptanmadı. Hastaya yapılan transperitoneal laparoskopik radikal prostatektomi sırasında mesane boynu insize edildikten sonra mesaneye indante median lob ekarte edilince trigonda yaklaşık 2 cm papiller tümör izlendi. Posterior mesane boynu hattı, mesane tümöründen uzak olacak ve cerrahi sınırı da koruyacak şekilde insize edildi. Prostatektomi tamamlandığında vezikoüretral anostomoz, mesane tümörüne dikkat edilerek yapıldı. Ameliyat sonrası yedinci gün katateri çekildi. 1 ay sonra hastaya anestezi altında sistoskopi yapıldı, vezikoüretral anostomozun intakt olduğu gözlendi. Trigonal bölgede ve her iki orifis etrafında olup intramural kesime ilerleyen papiller tümöral oluşumlar izlendi. Tümöral oluşumlar komplet rezeke edildi, her iki üreter orifisi tümörlerden temizlendi. Bilateral tanısal üreterorenoskopide başka tümör izlenmedi. Bilateral DJ stent yerleştildi. Postoperatif ikinci gün katateri çekilerek taburcu edildi.

BULGULAR

Hastanın radikal prostatektomi patolojisi ISUP grade V olup solda seminal vezikül invazyonu mevcut, sağda 2 adet iliak lenf nodu metastatik (pT3bN1Mx) olarak raporlanmıştır. Cerrahi sınır apeks ve mesane boynu dahil olmak üzere tümünde negatiftir. Hastanın mesane tümörü patolojisi Non-İnvaziv Düşük Dereceli Papiller Urotelyal Karsinom olarak raporlanmıştır. Bilateral DJ stentleri mevcut olup kontrol sistoskopisi planlandı.

SONUÇ

Prostat kanseri ile mesane tümörü eş zamanda bulunabilir. Eş zamanlı mesane tümörü insidansının ameliyat öncesi sistoskopi ile araştırıldığı çalışmalarda insidans oldukça düşük saptanmıştır (Soga et al., 2019). Bundan dolayı ameliyat öncesi her hastaya rutin sistoskopi yapılması maliyet-etkinlik açısından yararsız olacaktır. Eğer sistoskopi yapılacaksa prostat ve mesane boynu, üreter orifisleri yerleşimi gibi ameliyat tekniklerini etkileyecek durumlar için yapılabilir. Ameliyat sırasında mesane tümörü saptanırsa tümöre müdahale etmeden güvenli şekilde operasyon tamamlanabilir. Sonrasında uygun zamanda mesane tümörüne müdahale edilebilir.

VS-26

T3C SAĞ RENAL HÜCRELİ KARSİNOMLU OLGUYA RADIKAL NEFREKTOMİ + VENA CAVA TROMBEKTOMİ

ERKİN KARACA(1) İBRAHİM UYAR(1) NECDET GÜLER(1) ÇAĞDAŞ BİLDİRİCİ(1) GÖKHAN KOÇ(1)

1. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

AMAÇ
Lokal ileri böbrek tümörünün cerrahi tedavisi.

GEREÇ-YÖNTEM
Açık sağ radikal nefrektomi ve sağ vena kava trombektomi.

BULGULAR
64 yaşında kadın olgu insidental sağ renal kitle ile tarafımıza başvurmuş olup yapılan görüntülemelerde sağ renal kitle ve vena kavadan sağ atriyuma kadar uzanan tümör trombüsü saptanmıştır. Sternotomi ve anterior subkostal insizyon ile sağ nefrektomi ve vena kava trombektomi komplikasyonsuz tamamlanmıştır. Olgu ameliyat sonrası 7.günde sorunsuz taburcu edilmiştir. 6.ay kontrollerinde lokal nüks ya da uzak metastaz saptanmamıştır.

SONUÇ
Lokal ileri böbrek tümörlerinde cerrahi altın standart tedavi seçeneği olup, büyük vena kava tümör trombüslü olgularda dahi cerrahi eksizyon güvenli ve etkili bir tedavi yöntemidir.

VS-27

KOMPLEKS HİLUSLU BÖBREKTE SELEKTİF İSKEMİK ROBOTİK PARSİYEL NEDFREKTOMİ

EREN ERDİ AKSARAY(1) UMUR CEM TOPLU(1) BATUHAN FURKAN BERK(1) MEHMET SALİH BOĞA(1) MAHMUT EKREM İSLAMOĞLU(1)

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

AMAÇ

Bu videomuzda komplkes hilusu olan (2 arter 2 ven dallı) hastamızda uyguladığımız selektif iskemik robotik parsiyel nefrektomi olgumuzu sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastamız 67 yaş erkek ve bilinen hipertansiyon ve aritmisi mevcut idi. Aile öyküsünde babası prostat kanseri nedeni ile vefat eden hasta kontrol amacı ile kliniğimize başvuruyor. Yapılan abdomen ultrasonografide sağ böbrek orta kesimde 4*2cm solid lezyon görülmesi üzerine kontrastlı dinamik abdomen tomografi yapılıyor. Abdomen tomografi sonucunda sağ böbrek orta kesimde lobüle konturlu kontrast tutan RCC lehine yorumlanan lezyon olan hasta tarafımıza başvurdu. Tarafımızca hastaya robotik parsiyel nefrektomi kararı alındı.

BULGULAR

Operasyonda hilus diseksiyonu sonrası 2 adet renal ven ve 2 adet renal arter dalı ortaya konan hastada üst polü ve lezyonu beslediği düşünülen renal arteri üst dalına avasküler klemp konularak büyüğü 4 cm olan 2 adet solid lezyon enükleasyon ile çıkarıldı.
Kanama miktarı 230cc olan hastada operasyon 105dk ve sıcak iskemi süresi 18dk sürdü.

SONUÇ

Tüm böbreği iskemiye alınmadan ve aşırı kanama ile karşılaşılmadan operasyonu tamamlanan ve üçüncü gün taburcu edilen hastanın patoloji sonucu her iki lezyon içinde renal hücreli karsinom şeffaf hücreli alt tipi raporlanandı.

VS-28

İSKEMİSİZ VE SÜTÜRSÜZ ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ

EREN ERDİ AKSARAY(1) MURAT ŞAMBEL(1) SERDAR ÇAKIR(1) YİĞİT DEMİR(1) ŞAHİN KILIÇ(1) MUTLU ATEŞ(1)

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

AMAÇ
Bu videoda sütürsüz ve iskemisiz robotik parsiyel nefrektomi yaptığımız bir olgumuzu paylaşacağız.

GEREÇ-YÖNTEM
Hastamız 62 yaşında erkek hasta idi.Bilinen ek hastalık yoktu. Dizüri ve zor işeme şikayetleri ile dış merkezde üroloji kliniğine başvuran hastaya yapılan üriner sistem ultrasonografide 3,5 cm şüpheli solid kitle görülemsi üzerine hasta kliniğimize yönlendiriliyor. Hastaya kliniğimizde kontastlı dinamik abdomen tomografi görüntülemesi yapıldı. Abdomen tomografide sol böbrek orta üst kesimde 3,5*3,3 cm protrüde ortası nektorik ve kontrast tutan boşniak tip 4 kist lehine yorumlanan lezyon olması üzerine hastaya robotik parsiyel nefrektomi kararı verildi.

BULGULAR
Kanama miktarının 310cc olduğu iskemisiz ve renorafi sütürü kullanmadığımız operasyonumuz 92dk sürdü.Hasta operasyon sonrası dördüncü gün şifa ile taburcu edildi.Hastanın operasyon öncesi gfr'si:77 kreatinini:1,01 iken, operasyon sonrası gfr'si:85 kreatinini:0,93 idi. Patoloji sonucu onkositom olarak raporlanırken cerrahi sınırlarda tümöre rastlanmadı.

SONUÇ
Parsiyel nefrektomi esnasında sağlam böbrek parankimine, vasküler ve toplayıcı yapılara en çok hasar verilen sütürizasyon aşamasında yeni geliştirilen hemostatik yama(VERİSET) kullanarak oluşabilecek renal hasarın önüne geçmiş olduk.

VS-29

MEN 2A ÖNTANILI HASTADA LAPAROSKOPİK BİLATERAL SÜRRENALEKTOMİ

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ANIL ÖCAL(1) MEHMED EMİN KAYACAN(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) ÖMER DEMİR(1)

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

AMAÇ

40 yaşında erkek hasta anne ve kız kardeşte MEN 2A olması nedeniyle endokrinolojide takip edilmekte. Hipertansiyon nedeniyle yapılan tetkiklerinde normetanefrin ve metanefrin seviyelerinin yüksek olduğu, sağ sürrenal bezde 23 mm sol sürrenal bezde 22 mm kitlesel lezyon tespit edildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Hasta 70 derece sol flank pozisyona alındıktan sonra sol laparokopik sürrenalektomi yapıldı. Ardından hasta 70 derece sağ flank pozisyona alındı sağ laparoskopik sürrenalektomi yapıldı. İşlem 120 dakika sürdü. Operasyon esanasında komplikasyon gözlenmedi.

BULGULAR

Patolojisi feokromositoma olarak sonuçlandı. Post operatif 4 üncü günde hasta taburcu edildi. Post operatif 1 inci ayda hastaya troidektomi yapıldı patolojisi düşük dereceli medüller karsinom olarak sonuçlandı.

SONUÇ

MEN 2A hastalarının takibinin multidisipliner bir şekilde yapılması gerekmektedir.

VS-30

LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL DEV KİSTİK SURRENAL KİTLE EKSİZYONU

ŞAHİN KILIÇ(1) MURAT ŞAMBEL(1) MAHMUT TAHA ÖLÇÜCÜ(1) KAYHAN YILMAZ(1) EREN ERDİ AKSARAY(1) MUTLU ATEŞ(1)

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

AMAÇ

Kistik adrenal kitleler çok nadiren görülmektedirler. Sıklıkla benign patolojik karakterde olmalarına reğmen, malign adrenal kitlelerin bir komponenti olarak veya kistik feokromasitoma şeklinde de prezente olabilmektedirler. Nadiren karşılaşılan, operasyonunu gerçekleştirdiğimiz dev sol sürrenal kistik kitle eksizyonu videosu ile bilimsel katkıda bulunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Elli üç yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Hemogram ve serum biyokimyasal sonuçları doğal saptandı. Mikroskobik hematürisi ve 90 paket yıl sigara içimi olan hastaya çekilen üriner USG de sağ böbrek üst polde 52x 83 mm anekoik kist, sol adrenal bez lokalizasyonunda 75x82 mm boyutlarında yoğun içerikli kist saptandı. Lokal anestezi altında sistoskopisinde patoloji saptanmayan hastaya trifazik BT çekildi. BT sonucu '' sağ böbrek üst polde 55x 81 mm bosniak tip1 kist, sol adrenal bez lokalizasyonunda 8-9 HU 76x87 mm boyutlarında kontrast tutmayan yoğun içerikli kist-adenom ayrımı yapılamayan kitle'' olarak raporlandı. Yirmi dört saatlik idrar valinmandelik asit, metanefrin ve serum renin, aldesteron düzeyleri doğal saptandı. Kalça protezi olan hastaya MR çekilemedi. Hastaya laparoskopik sol surrenal kistik kitle eksizyonu planlandı. Sol flank pozisyonda umblikulusun 3 parmak superioru, sol rektus kası lateralinden veres iğnesi ile girilerek pnomoperitoneum oluşturuldu. Aynı yerden 12 mm laparoksopik kamera trokatı yerleştirildi. Takiben direk görüş altında bir köşesi kistik kitleyi hedef alan eşkenar dörtgen oluşturacak şekilde 4 parmak uzaklıklarda 2 adet 5 mm lik çalışma trokarı yerleştirildi. Ligasure ve laparoskopik grasper yardımı ile batın içi yapışıklıklar açıldı. Splenokolik bağlar kesildi. Told hattından insizyon ile kolon, kitle ve böbrek üzerinden medialize edildi. Kitle duvarı görüldü ve çepeçevre serbestlendi. Kistik olduğuna kanaat getirilen kitle duvarı kontrollü perfore edilerek kist içeriği aspire edildi. Kistik boşluk içerisinde solid komponent görülmedi. Sol sürrenal bez korunarak kist duvarları rezüdü kallmayacak şekilde eksize edildi. Kanama kontrolü sonrası rezeksiyon alanına dren yerleştirilerek komplikasyonsuz bir şekilde cerrahi sonlandırıldı. Postoperatif 1. gün 20 cc seröz drenajı olan hastanın dreni çekildi ve hasta önerilerle taburcu edidi.

BULGULAR

Operasyon süresi: 50 dk
Kanama miktarı: 40 cc
Dren süresi: 1 gün
Hastanede kalış: 1 gün
Patoloji sonucu: ENDOTELİAL(VASKÜLER) SÜRRENAL KİSTİ

SONUÇ

Adrenal bez cerrahisinde bezin anatomik yerleşim yeri nedeniyle teknik zorluklar yaşanabilmektedir. Açık adrenal bez cerrahisi, büyük insizyon gerektirmesine bağlı postoperatif ağrı, akciğer komplikasyonları ve geç barsak hareketleri dönüşü nedeniyle uzun hastanede kalış gerektirebilmektedir. Malign kitlelerin yanı sıra özellikle benign olduğu düşünülen adrenal kitlelerde laparoskopik cerrahi, minimal invaziv bir yöntem olarak güvenli ve çok düşük morbidite oranları ile hem hasta hem de cerrah açısından yüksek konfor sağlamaktadır.

VS-31

NON KLEMP SAĞ PARSİYEL NEFREKTOMİ

İLKE ONUR KAZAZ(1) ALİ BÜYÜK(2) YASİN CANSEVER(2) FATİH ÇOLAK(2) HÜSEYİN EREN(3) RASİN ÖZYAVUZ(2)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, Trabzon
2. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Trabzon
3. UroEREN Klinik

AMAÇ
Sağ böbrek alt pol kitlesi olan hastaya non klemp laparoskopik sağ parsiyel nefrektomi operasyonu yapıldı.

GEREÇ-YÖNTEM
52 yaş kadın hasta. Kilo kaybı etyolojisi nedeniyle İç Hastalıkları servisince interne edilen hastanın çekilen Abdomen BT'sinde sağ böbrek alt polde 21x17 mm boyutunda heterojen kontrastlanan kitle lezyonu izlenmiş. Çekilen Toraks BT sinde metastaz saptanmayan hastaya sağ laparoskopik parsiyel nefrektomi operasyonu yapılmasına karar verildi. Hastanın geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Hastanın karın içine Hasson kesi ile girildi ve pnomoperitoneum oluşturuldu. Sağ laparoskopik parsiyel nefrektomi operasyonu başarı ile yapıldı. Operasyon süresi 40 dk olarak gerçekleştirildi. İntra operatif kanam miktarı 200 cc olarak ölçüldü. Post op 2 günde dreni çekilen hasta 3. Günde taburcu edildi.

BULGULAR
Laparoskopik nonklemp yöntemle yara iyileşmesi,böbrek fonksiyonlarındaki geri dönüş ve hastanede kalış süresi olarak hastaya önemli faydalar sağlamaktadır.

SONUÇ
Patoloji sonucu renal anjioöyolipom, cerrahi sınırlar intakt olarak rapor edildi.

VS-32

NÜKS RENAL KİTLE NEDENİYLE UYGULANAN ROBOT YARDIMLI TERSİYER PARSİYEL NEFREKTOMİ OLGU SUNUMU

FURKAN ŞENDOĞAN(1) EREN ÇALIŞKAN(2) MURAT BİNBAY(1)

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

AMAÇ
Bu videoda daha öncesinde renal hücreli karsinom nedeniyle robot yardımlı ve renal hücreli karsinom nüksü nedeniyle açık kitle eksizyonu gerçekleştirilen hastada tekrar renal hücreli karsinom nüksünün gelişmesi üzerine uygulanan tersiyer robot-yardımlı parsiyel nefrektomi olgusu sunulacaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Rutin kontrolleri esnasında yapılan görüntülemelerde insidental renal kitle saptanan 44 yaşındaki erkek hastaya, 12.12.2019 tarihinde dış merkezde renal hücreli karsinom ön tanısı ile sol robot yardımlı parsiyel nefrektomi uygulandı. Patoloji incelemesi pT1a Fuhrman grade 3 papiller tip renal hücreli karsinom olarak sonuçlandı. Takiplerinde yapılan görüntülemelerde operasyon lojunda nüks kitle saptanması üzerine hastaya 11.03.2021 tarihinde dış merkezde açık parsiyel nefrektomi operasyonu uygulandı ve patoloji sonucu renal hücreli karsinom olarak raporlandı. Ardından hastaya Medikal Onkoloji tarafından Pazopanip 400mg başlandı ancak hasta yan etkileri nedeniyle ilacı kullanamadı. Mart 2022 tarihinde onkoloji kontrollerinde çekilen kontrastlı tüm batın manyetik rezonans görüntülemede operasyon lojuna bitişik konumda, büyüğü 10x8mm diğeri 5x5mm kontrast tutan nüks kitle saptanması üzerine hasta tarafımıza başvurdu. Hastaya yapılan renal sintigrafi incelemesinde böbrek fonksiyonları; sol böbrek %46 ve sağ böbrek %54 olarak sonuçlandı. Onkoloji konseyinde tartışılan hastaya sol robot yardımlı parsiyel nefrektomi yapılması kararı alındı.

BULGULAR
Hasta sol flank pozisyonuna alındı. Sonrasında, pararektal alanda 1cm'lik insizyon ile 8'lik vizüel ve direkt görüş alanında ise 2 adet 8'lik 1 adet 12'lik portlar yerleştirildi. Robot docking işlemi sağlanmasını takiben yaygın batın içi yapışıklıklar ve Todt hattı insize edildi. Künt diseksiyon ile inen kolon medialize edildi. Ardından üreter ve gonadal ven psoas kası üzerinde tanımlandı. Proksimale doğru diseksiyona devam edildi; bir adet renal arter ve renal ven tanımlandı. Böbrek alt polünde yağlı dokunun inferiorunda bulunan, periüretral ve renal pelvise yapışık olan kitleler tanımlandı ve etraf dokudan künt ve keskin diseksiyonlar ile serbestlendi. Renal arter klemplenerek iskemi başlatıldı ve böbrek alt polü, böbrek etrafındaki yağlı dokular ve tanımlanan lezyonları da içerecek şekilde üreterin bir kısmını da dahil ederek geniş rezeksiyon ile eksize edildi. Bunu takiben böbrekte oluşan defekt v-lock sütür ile hem hemostaz hem de yakınlaştırma sütürleri atılarak kapatıldı. Renal arterdeki klemp 20. dakikada alındı. Kanama kontrolü yapıldı ve üreterdeki defektin önce posterioru ardından, 4.8 fr 26cm double-J stent sistem içerisine ilerletidikten sonra, anterior duvarı onarıldı. Operasyon sırasında aort üzerinde saptanan lenf nodu da diseke edilerek spesmene dahil edildi. Operasyon süresi 145 dakika kanama miktarı ise 150 cc olarak hesaplandı. Patolojik incelemede eksize edilen kitleler renal hücreli karsinom nüksü olarak raporlandı. Hastanın 6 ay kontrollerinde lokal nüks veya uzak organ metastazına dair bir bulgu saptanmadı.

SONUÇ
Özellikle komplikasyon ihtimali yüksek olan nüks böbrek kanseri vakalarının cerrahi yaklaşımında gerek diseksiyon kolaylığı gerekse optik büyütme avantajı sağlaması nedeniyle robot-yardımlı cerrahi yöntemler bu hastaların yönetiminde öncelikle tercih edilmelidir.

VS-33

LAPAROSKOPİK RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU

İLKE ONUR KAZAZ(1) HÜSEYİN EREN(2) FATİH ÇOLAK(1) SERDAR ALPARSLAN BOSTAN(1) BARIŞ KARTAL(1)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon
2. UroEREN Klinik

AMAÇ
35 yaşında sağ testiste kitle tespit edilen hastaya sağ inguinal orşiektomi operasyonu yapıldı. Patolojisi Mikst Germ hücreli testis kanseri gelen hastanın evrelemesinde abdomende "büyüğü pankreası anteriora iten, vena kavayı baskılayan 55x50 mm boyutunda aortakaval, paraaortik santralinde nekrotik odaklar içeren multipl patolojik lap'lar ve toraksta "sağ üst lob anteriorda sol alt lob laterobazalde, sol üst lob lingular segmentte büyüğü 4 mm boyutunda nodüller" tespit edildi. 3 kür bep tedavisi verildikten sonraki kontrol pet BT'de inteaortakaval alanda büyüğü14x13 mm boyutlu patolojik lenf nodları gözüken hastaya retroperitoneal lenf nodu diskesiyonu kararı alındı.

GEREÇ-YÖNTEM
Hasson tekniği ile göbek hizasından girilip laparoskopik olarak, sağ eksternal iliak seviyeden sağ renal vene ve aort bifurkasyodan interaortokaval bölgeyi içine alacak şekilde sol renal vene kadar lenf nodu diseskiyon planı yapıldı.

BULGULAR
Hasson tekniği ile göbek hizasından girildi. Sağ tolt hattı insize edilerek sağ retroperitoneal alana geçildi. Sağ üreter ve gonadal ven ortaya konularak askıya alındı. Sağ üreter lateral sınırı, sağ ekternal iliak lenf nodları ve sağ parakaval lenf nodları sağ renal pelvis üst sınırına kadar diseke edilerek eksize edildi. Ardından interaortakaval bölgedeki rezidü lenf nodu görüldü. Alt sınırı aort bifurkasyonu, üst sınırı sol renal ven olacak şekilde interaortakaval lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Operasyon süresi 135 dakika ve intraoperatif kanama miktarı 125 cc olarak ölçüldü.

SONUÇ
Postop 1. günde foley katater çekildi, rejim1-2 başlandı. Post op 2. günde dreni çekildi. Post op 3.günde hasta eksterne edildi. Patoloji: 10 adet lenf nodunun 1 tanesi nekrotik tümöral doku 9 tanesi reaktif olarak raporlandı. Ereksiyon normal olarak gözlendi.

VS-34

GEÇİRİLMİŞ MULTİPL BATIN CERRAHİ ÖYKÜSÜ VE KOLOSTOMİSİ BULUNAN KADIN HASTADA SOL RENAL HİLUS KOMŞULUĞUNDAKİ ENDOFİTİK KİTLEYE ROBOTİK PARSİYEL NEFREKTOMİ UYGULANMASI

BÜLENT ÖNAL(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) ENGİN DEREKÖYLÜ(1) GÖKTUĞ KALENDER(1) FEYYAZ IRMAK(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Onkolojik sonuçlar dikkate alındığında lokalize böbrek tümörlerinde primer tedavi yaklaşımı halen cerrahi yöntemlerdir. Kansere özgü 5 yıllık sağkalım oranlarının benzer olması ve Parsiyel Nefrektomi yapılan hastalarda uzun dönem böbrek fonksiyonlarının daha iyi korunduğunun gösterilmesiyle beraber günümüzde Parsiyel Nefrektomi uygulanma oranları giderek artmaktadır. Geçirilmiş batın cerrahisi, endofitik ve hiler yerleşimli kitle varlığı gibi durumlarda dahi robot yardımlı cerrahi etkili sonuçlar sunmaktadır. Bu bildiride cerrahi riski artırıcı birçok faktörü bulunan böbrek tümörlü bir hastaya uygulanan robot yardımlı parsiyel nefrektomi olgusu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Öncesinde gastrointestinal stromal tümör nedeniyle multipl batın içi operasyon öyküsü olan, kolostomisi bulunan ve adjuvan kemo-radyoterapi almış 44 yaşında kadın hastanın onkolojik takiplerinde çekilen bilgisayarlı tomografide sol böbrek hilus yerleşimli, endofitik, düzgün sınırlı yaklaşık 2 cm çapında kitle saptandı. Hastaya robot yardımlı sol parsiyel nefrektomi işlemi planlandı. Hastaya umblikus 3 cm üzeri pararektal alandan Hasson yöntemiyle 8 mm endoskop portu, bunun 8 cm superioruna 8 mm bir port daha girildi. Hastanın stoması nedeniyle anterior aksiller çizgi hizasında üçüncü 8 mm trokar, spina iliaka anterior superiorun 3 mm medialinden dördüncü 8 mm trokar yerleştirildi. Daha umblikus 5 cm superioruna orta hatta 12 mm 1 adet asistan portu yerleştirildi.

BULGULAR

Batın içinin oldukça yapışık olduğu izlendi. Endoskopi portu ve stoma çevresindeki yapışıklıklar serbestlendi. Kolon medialize edilerek retroperitona ulaşıldı. Böbrek çepeçevre serbestlendi. Renal arter ve ven ortaya konuldu. Ardından bulldock klemp ile iskemi sağlandı. Renal hilustaki endofitik kitle parankim cerrahi sınırı gözetilerek rezeke edildi. Böbrek parankimi 2.0 V-lock sütür ile kapatıldı. Katlar anatomik planda kapatılarak işleme son verildi. Toplam cerrahi süresi 3 saat olarak ölçüldü. Robot kullanımı 2 saat 10 dakika, sıcak iskemi süresi ise 27 dakika idi. Hemoraji 120 cc idi. Perioperatif veya postoperatif herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmadı, postoperatif ikinci günde dren alınarak hasta taburcu edildi. Hastanın parsiyel nefrektomi patolojisi gastrointestinal stromal tümör olarak sonuçlandı.

SONUÇ

Geçirilmiş batın cerrahilerine bağlı batın içi yapışıklığı, cerrahi alana ulaşımı zorlaştırabilecek kolostomi gibi anatomik durumu ve endofitik, hilus yerleşimli kitlesi bulunan hastalarda robot yardımlı parsiyel nefrektomi etkili ve güvenilir bir cerrahi yöntemdir.

VS-35

PERİTON KORUYUCU LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL RADİKAL PROSTATEKTOMİ + GENİŞLETİLMİŞ LENF NODU DİSEKİYONU

HÜSEYİN EREN(1) SELİM YAZAR(2) EYÜP DİL(2) YUSUF ÖNDER ÖZSAĞIR(2)

1. UroEREN Klinik
2. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Rize

AMAÇ
giriş: 75 yaş, erkek hasta. 2 yıldır silodosin 8 mg ve 5 alfa redüktaz inhibitörü kullanıyor. Düzenli psa takibi yaptıran hasta, 2021 Eylül ayında son ölçülen değeri 3,7 ng/ ml gelmesi üzerine kliniğimize müracaat etti. Digital rektal muayenesi gr 1 adenom kıvamında olan hastadan multiparametrik prostat MR'ı istendi. MR Sonucu "prostat gland sağ yarım orta kesim ve apeks düzeyine uyan lokalizasyonda büyüğü yaklaşık 7x4 mm boyutlarında T2A serilerde hipointens diffüzyon kısıtlanması izlenen nodüler lezyonlar saptandı(PI_RADS 4)" gelmesi üzerine hastaya transrektal ultrasonografi eşiliğinde kognitif prostat biyopisisi yapıldı. 4-5-7 nolu MR ile uyumlu olan alanlardan alınan örneklerde Gleason skor: 4+3= 7, ISUP(3) Adenokarsinom tespit edildi. Evrelemede prostat dışında başka bir patoloji saptanmayan hastaya radikal prostatektomi + extended lenf nodu diseksiyonu operasyonu yapılmasına karar verildi.

GEREÇ-YÖNTEM
Transperitoneal yaklaşım ile önce bilateral genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu ardından retzius açılarak prostatektomi planı yapıldı.

BULGULAR
Transperitoneal yaklaşımla husson tekniği ile göbek hizasından girildi. Bilateral genişletilmiş lenf nodu diseksiyonu yapıldıktan sonra mesane altındaki periton açılmadan direkt retziusa yönelerek ekstraperitoneal alana geçildi ve standart posterior yaklaşım ile prostatektomi operasyonu başarı ile tamamlandı. Operasyon süresi 75 dakika olarak kaydedildi. İntraoperatif kanama miktarı 100 cc olarak ölçüldü.

SONUÇ
Postop 1. günde dren alındı. Hasta postop 2. günde foley katateri ile birlikte eve gönderildi. 7. günde foley katateri alındı. 15. günden itibaren kontinan olan hastanın patolojisi "Gleason 4+3=7 Adenokanser, 14/ 14 lenf nodu reaktif, cerrahi sınırlar negatif ve PT2N0MX olarak rapor edildi.

VS-36

LOKAL İLERİ BÖBREK KANSERİNDE NEOADJUVAN SUNİTİNİB SONRASI RADİKAL NEFREKTOMİ, KAVEKTOMİ, LENF NODU DİSEKSİYONU VE DAMAR GREFT İMPLANTASYONU

MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) MUSTAFA GÜRSES(1) VOLKAN ŞEN(1) CİHAN AĞALAR(2) TUFAN EGELİ(2) TARKAN ÜNEK(2) OZAN BOZKURT(1)

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

AMAÇ
Lokal ileri böbrek kanserinde neoadjuvan sunitinib sonrası radikal nefrektomi, lenf nodu diseksiyonu, vena kava eksizyonu ve damar greft implantasyonu uygulanan vakamızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
64 yaşında kadın hasta, sağ yan ağrısı nedeniyle dış merkezde yapılan tetkiklerinde sağ böbrek orta kesimden köken alan toplayıcı sisteme ve renal vene invazyon gösteren 7 cm kitlesel lezyon, renal hilusta multipl metastatik vasıfta lenf nodları ve inferior vena cava inferior (VCİ) içerisinde retrohepatik segment düzeyine dek devamlılık gösteren tümör trombüsü tespit edilmesi üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın yapılan tetkiklerinde VCİ içerisindeki tümör trombüsünün sol renal ven orifisine de devamlılık gösterdiği tespit edildi. Hasta multidisipliner konseyde diyafram altındaki trombüsün VCİ duvar invazyonu göstermesi ve renal hilusta metastatik lenf nodları olması nedeniyle T3cN1M0 olarak değerlendirildi. Renal biyopsi yapılması ardından neoadjuvan immünoterapi sonrası evreleme ile operasyon açısından tekrar değerlendirilmesine karar verildi. Hastanın renal biyopsi patoloji sonucunda; mevcut morfolojik ve immünohistokimyasal bulgular eşliğinde papiller renal hücreli karsinom / translokasyon karsinomu (TFE3+) olasılığının göz önünde bulundurulması gerektiği belirtildi. Hastaya neoadjuvan 50 mg/gün sunitinib başlandı.

BULGULAR
4 kür immünoterapi sonrasında yapılan sistemik evrelemesinde daha önceki incelemelere kıyasla infiltratif kitlesel lezyonda yaklaşık %50 oranda volüm kaybı saptanmasına karşın, VCİ içindeki tümör trombüsünde minimal regresyon tespit edildi. Multidisipliner yapılan konsey neticesinde hastaya cerrahi ve medikal tedavi seçeneklerinin detaylı anlatılmasına karar verildi. Hasta ile olası tedavi seçenekleri, cerrahinin risk ve komplikasyonları konuşularak sağ radikal nefrektomi, subhepatik kavektomi, interaortokaval ve retrokaval lenfadenektomi ile VCİ için heparin kaplı PTFE damar greft implantasyonu yapılmasına karar verildi. Peroperatif yapılan doppler USG ile sol böbreğin venöz drenajının sol renal ven insizyonu sonrasında kollateral venöz yapılar aracılığıyla iletildiği ve arteriyel kodlanmanın devam ettiği görüldü. Sol renal venin VCİ damar grefti ile anastomozu, greft trombozu riskini arttırabileceği, olası greft anastomoz yeri komplikasyonları ve sol böbreğin venöz drenajının operasyondan etkilenmemiş olması nedeniyle yapılmadı. Toplam süresi 200 dakika, total aspirasyon 250 cc olan operasyon sırasında ve sonrasında ek komplikasyon gözlenmedi. Patoloji sonucunda tümör tipi sınıflandırılmayan renal hücreli karsinom ve cerrahi sınır VCİ damar duvarında mikroskobik olarak pozitif değerlendirildi. Patolojik evresi pT3cN0 olan hastanın nükssüz takiplerine postoperatif 1. yılda devam edilmektedir.

SONUÇ
Neoadjuvan sunitinib kullanımı sonrası re-evreleme yapılarak regresyon gösterilen hastalarda cerrahinin riskleri, hastanın performans durumu ve kâr zarar oranı göz önünde bulundurularak yapılacak operasyon ile hastalar radyolojik olarak tümörsüz hale getirilebilir. Lokal ileri hastalıkta tedavi stratejilerinin multidisipliner yönetilmesi sağ kalımı arttırabileceği için bu grup hastaların deneyimli merkezlerde takip ve tedavi edilmesi gerekmektedir.

VS-37

ATEŞLİ SİLAH YARALANMASINA BAĞLI BULBAR ÜRETRA DARLIĞINDA ANASTOMOTİK ÜRETROPLASTİ: VİDEO SUNUM

DURAN DÜZGÜN(1) YUNUS YAZ(1) İLKER GÖKÇEDAĞ(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ

Anastomotik üretroplasti bulbar üretranın darlık ve darlığı çevreleyen spongiofibrozisin bulunduğu segmentin uygun şekilde rezeksiyonu ve sonrasında gerilimsiz bir anastomoz esasına dayanır. Uluslararası Ürolojik Hastalıklar Konsültasyonu (ICUD), anastomotik üretroplasti için başarı oranını %93,8 olarak bildirmektedir. Bu videoda ateşli silahla yaralanma sonrası bulbar üretrada darlığı gelişen hastaya yapılan anastomotik üretroplasti tekniği sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Ağustos 2021'de ateşli silahla yaralanma sonrası sistostomi ve kolostomi açılan 51 yaş erkek hasta üretroplasti için tarafımıza refere edildi. Mart 2022'de kliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde dış genital muayenesi olağan, suprapubik sistostomi kateteri ve sol inguinalde akıntılı yarası mevcuttu. Hastanın ek hastalığının bulunmadığı öğrenildi.

Preoperatif retrograd üretrografide opak maddenin bulbar üretranın proksimaline geçmediği ve üretra çevresinde saçma tanelerinin olduğu görüldü. Pelvis tomografisinde bilateral pubik ramus fraktürleri izlendi. Perioperatif üretroskopide bulbar üretra tamamen kapalı (kör) izlendi. Sistostomi traktından yapılan antegrad üretroskopide darlık bölgesinin yaklaşık 3 cm olduğu görüldü. Perineal insizyonun ardından üretra serbestleştirilip 3 cm'lik daralmış bulbar üretra ve darlığı çevreleyen spongiofibrozis rezeke edildi. Gerilimsiz anastomoz için krural separasyon yeterli olmayınca inferior pubektomi yapıldı. Sonrasında üretral uçlar spatüle edilerek üretral anastomoz yapıldı.

BULGULAR

Ameliyat süresi 180 dakika, toplam kanama miktarı 300 cc olarak hesaplandı. Perioperatif komplikasyon görülmedi. Postoperatif 21. günde kontrole gelen hastanın sondası alındı. Postoperatif erken dönem ve geç dönemdeki takiplerde komplikasyon gelişmedi. Postoperatif 3. ay üroflowmetride Qmax 23 ml/s ölçüldü.

SONUÇ

Ateşli silah yaralanmasına bağlı bulbar üretra darlıklarında tecrübeli merkezlerde yapılan anastomotik üretroplasti yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranları ile hasta memnuniyeti yüksek olan bir cerrahi seçeneğidir. Gerilimsiz bir anastomoz sağlanamadığı durumlarda, inferior pubektomi uygun vakalarda özellikle rekürrensi azaltmak için uygulanabilmektedir.

VS-38

BULBAR ÜRETRA DARLIĞI TEDAVİSİNDE "DOUBLE-FACE" BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ SONRASI GELİŞEN DİVERTİKÜL EKSİZYONU

DURAN DÜZGÜN(1) MEHMET KIRDAR(1) MURATCAN ERDOĞAN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1) ÜMİT UYSAL(2)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli
2. Mardin Devlet Hastanesi, Mardin

AMAÇ
Kalibrasyonu ileri derecede azalmış üretral darlıklarda, tek mukoza ile augmentasyon yeterli genişlikte bir üretral lümen elde etmede yetersiz kalabilmektedir. Sağlıklı üretra mukozası yetersiz posterior üretra darlığında fibrotik üretra dokusunun eksize edilerek double face bukkal mukoza greft üretroplasti tekniği kullanılabilmektedir. Bu videoda bu teknikle üretroplasti sonrası divertikül gelişen olguda, üretral divertikül eksizyonu anlatılmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
Üretra darlığı tanısı ile yaklaşık 2 yıldır takip edilen 33 yaşındaki erkek hastaya şubat 2021'de üretroplasti yapıldı. Bulbar üretral kalibrasyonunun oldukça azalması ve darlığın uzun olması nedeni ile bulbar double face ve double bukkal mukoza üretroplasti yapılması uygun görüldü.

Hasta postoperatif altıncı ayında kontrole geldi. İdrar akımının iyi olduğunu ancak idrar yaparkan penis kökünde ele gelen şişlik ve idrar yaptıktan sonra damlama şikayeti olduğunu belirtti. Üroflovmetride tepe akım hızı 31 ml/sn ölçüldü. Hastaya yapılan retrograd üretrografide bulbar üretrada üretral divertikül ile uyumlu genişleme izlendi ve üretral divertikül eksizyonu kararı alındı.
Eylül 2021'de üretral divertikül eksizyonu yapıldı. Peroperatif üretroskopide donör bukkal greftin salim olduğu izlendi. Eksternal sfinkterin 2 cm distalinde bulber üretrada 5 cm uzunluğunda 5 cm genişliğinde divertikül izlendi. Perineal cilt-cilt altı-bulbospongiöz kas insizyonun ardından bulber üretradaki divertiküler oluşum ortaya çıkarıldı. Divertikül saat 6 hizasından insize edildi. Üretra 3 cm genişliğinde olacak şekilde her iki yandan işaretlenerek eksize edildi. 16 f silikon sonda takıldı. Ardından mukoza devamlı olarak süture edildi. Üzerine destek doku olarak subdartos dokusu süture edildi. Bulbospongiöz kas onarıldı. Cilt altı ve cilt sütüre edilerek baskılı pansuman yapıldı.

BULGULAR
Operasyon süresi 120 dakika idi. Kanama miktarı 50 cc olarak hesaplandı. Peroperatif ve erken postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Postoperatif 2. günde taburcu edilen hastanın, 20. günde sondası alındı. Postoperatif 1. ve 6. ayda yapılan üroflowmetride Qmaks değerleri sırasıyla 28 ml/sn ve 25 ml/sn ölçüldü.

SONUÇ
Neredeyse tamamen kapanmış ve sağlıklı üretra mukozası kalmamış üretra darlıklarında fibrotik üretra mukozası eksize edilerek double face bukkal mukoza greft üretroplasti seçeneği kullanılabilir. Özellikle bukkal mukozanın ventral konumlu yerleştirildiği üretroplasti olgularında postoperatif üretral divertikül gelişebilir. Bu divertiküller asemptomatik hastalarda takip edilebilirken semptomatik hastalarda ise divertikül eksizyonu önerilebilir.

VS-39

PANÜRETRAL DARLIKTA DORSAL İNLEY BUKKAL GREFT ÜRETROPLASTİ

OZAN BOZKURT(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ALPER EGE SARIKAYA(1) SÜMEYYE TERZİ(1) VOLKAN ŞEN(1) AHMET ADİL ESEN(1)

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

AMAÇ

42 yaş erkek hasta araç dışı trafik kazası sonrası 1 ay yoğun bakımda sondalı takip ediliyor. O dönemden sonra başlayan işeme güçlüğü nedeniyle başvuruyor. Yapılan retrograd üretragrafide penil üretrada yaklaşık 10 cm'lik dar segment tespit edildi.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastaya yüksek litotomi pozisyonunda dorsal inley bukkal greft üretroplasti yapıldı. Operasyon 3 saat sürdü. Post operatif 3'üncü haftada sondası çekildi.

BULGULAR

Operasyon sonrası alt üriner sistem semptomlarının tamamen ortadan kalktığı ve normal işeme eğrisine ulaştığı gözlendi.

SONUÇ

Segment çok uzun olsa da bukkal greft ile panüretral darlıklara etkin tedavi verilebilmektedir.

VS-40

ÜRETRAL STENT SONRASI OLUŞAN DARLIKTA İMPAKTE STENT ÇIKARILMASI VE VENTRAL ONLAY ÜRETROPLASTİ

OZAN BOZKURT(1) MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) MUSTAFA GÜRSES(1) VOLKAN ŞEN(1) AHMET ADİL ESEN(1)

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

AMAÇ
Üretral stent sonrası oluşan darlıkta impakte stent çıkarılması ve ventral onlay üretroplasti uygulaması.

GEREÇ-YÖNTEM
54 yaş erkek hasta 2018 yılında trafik kazası sonrası pelvik fraktür(sol iskium ve pubik kemik kırığı) nedeniyle opere edilmiş. Operasyon sonrası idrar yapamayan hastaya sistostomi takılmış. Sonrasında üretral stent yerleştirilmiş ve sistostomi katateri çekilmiş. Yaklaşık 2 yıldır progresif olarak alt üriner sistem şikayetleri olan hastaya üretroplasti planlandı.

BULGULAR
Kombine retrograd antegrad üretrografide bulbomembranöz üretrada yaklaşık 6 cm'lik dar segment tespit edildi. Hastaya üretroplasti öncesi yapılan sistoskopide bu bölgede stent parçaları ve taşlar gözlendi. Korpus spongiosum serbestleştirildiğinde stent parçalarının dışarıya protrude olduğu gözlendi. Stent parçaları ve taşlar toplandı. Dar segment üzerine bukkal mukozal greft kullnarak üretroplasti yapıldı.

SONUÇ
Üretra darlıklarında stent kullanımı kısa vadede problemi çözse de uzun vadede definitif tedavi için engelleyici ve zorlaştırıcı olabilmektedir.

VS-41

BULBAR ARTER KORUYUCU NON-TRANSECTİNG URETROPLASTİ

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL(1)

1. Özel İstanbul Önol Üroloji Merkezi, İstanbul

AMAÇ
Bulbar arter ve santral tendonu koruduğumuz, non-transekting uretroplasti deneyimimizi sunmak.

GEREÇ-YÖNTEM
2006-2018 yılları arasında, birçok endoskopik girişime rağmen sistostomili, posterior uretra darlıklı, 28 hasta opere edildi. Oratalam hasta yaşı 34(6-74)dü. Darlık etiolojisi birbirine benzer şekilde ata biner tarzda perineal travmalardı. Santral tendon ve bulbar arter tüm vakalarda korundu. Darlık tipine göre 5 farklı işlem uygulandı. Kısa darlıklarda yalnızca heineke mikulicz uygulanırken(n=2), sadece dorsale (n=6), sadece ventrale(n=5) hem dorsale hem ventrale(n=12) ve hem heineke mikulicz hem de greft kullandığı (n=3) uretroplasti işlemleri uygulandı.3 vakada bulbospongiyöz adele anastomoz hattını koruması ve destek sağlaması için uretranın dorsaline transfer edildi. Greftler bukkal mukoza ve prepisyum cildinden alındı.

BULGULAR
Ortalama takip süresi 17 (2-48) aydı. Hastaların 2'sinde uretrografisinde uretral kalibrenin azalmış olduğu gözlendi. Bunlardan biri internal uretrotomiden fayda görürken diğeri self-kateterizasyonla iyileşti. Diğer 26 hastanın semptomatik ve üroflowmetri değerlendirmelerinde darlık tekrarlamasına rastlanmadı.

SONUÇ
Darlık hastalarında erektil disfonksiyon uretroplasti sonrası olası bir komplikasyondur.Non-transekting uretropalsti, santral tendon ve vasküler yapıları korur. Biz, anatomik yapının korundukça, fizyolojinin de beraberinde korunacağını düşünüyoruz.

VS-42

PENİL PEYRONİ HASTALIĞINDA VENTRAL PLAK İNSİZYONU VE BUKKAL MUKOZAL GREFT REKONSTRÜKSİYONU

MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) VOLKAN ŞEN(1) ALPER EGE SARIKAYA(1) OZAN BOZKURT(1) AHMET ADİL ESEN(1)

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

AMAÇ

Penil Peyronie hastalığı gelişen fibröz skar dokusu nedeniyle penil kurvatür, ağrılı ereksiyon ve erektil disfonksiyona yol açabilen benign bir hastalıktır. Tipik olarak ele gelen penil cilt altı plaklarla karakterize hastalıkta kronik döneminde cerrahi tedaviler uygulanabilse de penis boyundaki kısalma hastalarda anksiyete sebebi olabilmektedir. Bu nedenle Peyronie hastalığı olan plak eksizyonu ve bukkal mukozal greft ile kavernozoplasti uyguladığımız olgu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

62 yaşındaki erkek hasta yaklaşık 2,5 yıl önce başlayan peniste eğrilik şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Koroner arter hastalığı tanısı olan hastanın yaklaşık 40 paket/yıl sigara maruziyeti öyküsü olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenede penis midşaft dorsal kısımda yaklaşık 25 mm ele gelen plak ve yaklaşık 80 derece dorsal penil kurvatür olduğu saptandı. Kronik dönemde Peyronie hastalığı olması nedeniyle hastaya cerrahi önerildi.

BULGULAR

Sirkümsizyon insizyon ile penil katlar geçildi. Buck fasyası geçilerek dorsal nörovasküler demet keskin ve künt diseksiyon ile serbestleştirilerek Peyronie plak izole edildi. Kavernozal salin enjeksiyonu ile yapay ereksiyon oluşturularak hasta peroperatif tekrar muayene edildi. Belirlenen plak ve çevre fibrotik alan üzerinden işaretleme yapılmasının ardından insize edildi. Greft tabanı hazırlığının ardından bukkal mukozal greft için gerekli ölçümler yapıldı. Sol oral kavitede 2. molar diş hizasındaki Stenon kanalı güvenlik amacıyla işaretlendi. inferiorundan 40x30 mm boyutlarında bukkal mukozal greft, tabanına submukozal 1/200.000 epinefrin enjeksiyonunu takiben çıkarıldı. Kanama kontrolünü ardından insizyon alanı 4/0 hızlı eriyen polifilaman süturlar kullanılarak süturize edildi. Defatting işlemini takiben hazırlanan kavernözal greft yatağına 3/0 eriyebilen monofilaman süturlar yardımıyla uç uç süturize edildi. Kavernozal salin enjeksiyonu ile rijit ereksiyon oluşturularak penil kurvatür olmadığı teyit edildi. Hastaya steril koban bandajı ile aseptik pansuman yapılarak 48 saat takip edildi. Postoperatif dönemde hidroksizin başlanarak 4. gün taburcu edilen hastanın patoloji sonucu fibröz bağ dokusu olarak değerlendirildi. Hastanın takibine devam edilmektedir.

SONUÇ

Penil peyronie hastalığında plak insizyonu veya eksizyonu uygulanan olgularda bukkal mukozal greft ile kavernözal rekonstrüksiyon uygulaması, hastalarda penil boyda kısalmaya postoperatif erken dönemde sebep olmaması, ek maliyet gerektirmemesi ve greft insizyonunun görünen skarı olmaması nedeniyle deneyimli merkezlerde uygulanabilir güvenli bir cerrahi yöntemdir.

VS-43

SUBTRİGONAL İNLAY PATCH (SIP) TECHNİQUE WİTH BUCCAL MUCOSA GRAFT FOR RECURRENT BLADDER NECK CONTRACTURES

OZAN BOZKURT(1) VOLKAN ŞEN(1) ÖMER DEMİR(1) AHMET ADİL ESEN(1)

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

AMAÇ

Buccal mucosa grafts (BMG) are widely used for the reconstruction of anterior urethral strictures with high success rates. We aimed to present a novel subtrigonal inlay patch (SIP) technique with BMG for recurrent bladder neck contracture (BNC) with this video.

GEREÇ-YÖNTEM

A guidewire is passed through the contracture into the bladder with 12 fr cystourethroscope. After midline incision and exploration of the bladder, both ureteral orifices are catheterized with hydrophilic guidewires and secured. Two separate incisions from the bladder neck at 4 and 8 o'clock positions towards the ipsilateral ureters with 1 -1.5 cm safety margin are done and the fibrotic subtrigonal tissue is excised. The healthy subtrigonal area beneath the fibrotic tissue is defined and the defect is measured. Afterwards, a buccal mucosal graft is harvested from the inner cheek according to the required size, and patched into the subtrigonal tissue. A 18 fr silicone-coated catheter is introduced and placed on the bladder neck gently compressing the graft after inflation. The bladder is closed in two layers in a running fashion. Urethral catheters are hold in place for 3 weeks.

BULGULAR

All 3 patients were able to void in their first attempt after catheter removal. Follow-up durations were 14, 11 and 5 months for the patients and all 3 patients reported satisfactory voiding. No de-novo urinary incontinence was reported by patients after catheter removal and all were continent with no pad need on their last follow-up visit. None of the operated patients needed any intervention such as catheterization, dilatation or internal urethrotomy for bladder neck contracture on follow-up. Demographic, operative and follow-up data are presented separately for all patients in Table 1.

SONUÇ

The present video demonstrates the feasibility and promising results of SIP technique with open surgical approach. We believe that this technique may become a widely utilized technique with both open, laparoscopic and robotic approach for recurrent BNC after supported by further studies with larger patient cohorts and longer follow-up duration.

Table 1. Demographic, operative and follow-up data of the patients. BMI : Body Mass Index; HoLEP : Holmium Laser Enucleation of Prostate; TURP : Transurethral resection of Prostate; Tx : Transfusion; Qmax : Maximum urine flow rate *Patient 1 and 2 had a suprapubic tube preoperatively.

-	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Age (Years)	51	63	48
BMI (kg/m2)	19.2	28.9	22.8
Etiology	HoLEP	TURP	TURP
Previous bladder neck resection	3 times	5 times	Twice
Comorbidity	None	HT	None
Operation time (Min)	170	130	90
Blood loss	Negligible	Negligible	Negligible
Blood Tx	None	None	None
Hospitalization (Days)	5	4	4
Complication (Clavien-Dindo grade)	1	2	2
Preoperative Qmax (ml/sec)	0*	0*	4
Postoperative month 2 Qmax (ml/sec)	27	19	33
Postoperative month 5 Qmax (ml/sec)	23	18	28
Postoperative month 8 Qmax (ml/sec)	24	17	-
Postoperative month 11 Qmax (ml/sec)	22	18	-
Postoperative month 14 Qmax (ml/sec)	23	-	-

VS-44

PENİL REİMPLANTASYON SONRASI OLUŞAN ÜRETRA DARLIĞINA ASOPA TEKNİĞİ İLE BUKKAL MUKOZA GREFT ÜRETROPLASTİ

DURAN DÜZGÜN(1) YUNUS YAZ(1) ONUR YATAĞAN(1) MESUT BERKAN DURAN(1) ALİ ERSİN ZÜMRÜTBAŞ(1) ZAFER AYBEK(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ

Penil üretral darlıklarda birçok augmentasyon üretroplasti seçenekleri kullanılabilir. Bu videoda Asopa'nın dorsal inley tekniği ile bukkal mukoza greft üretroplasti tekniğini sunulması amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM

Otuz yaşında erkek hasta psikotik atak sonucu penis amputasyonu nedeniyle konsülte edildi. Mayıs 2021'de plastik cerrahi ekibine peroperatif dahil olunarak penil ve üretral reimplantasyon yapıldı. Sonraki takiplerinde sık idrara çıkma ve idrar yapmada zorlanma şikayetleri olan hastaya üriner retansiyon sonrası sistostomi takıldığı görüldü. Hastanın fizik muayenesinde penil reimplantasyon hattının iyileşmesinin iyi olduğu, penoskrotal bölgenin palpasyonu ile eksternal meadan idrar geldiği görüldü. Şubat 2022'de üretroskopi ve gerekirse üretroplasti yapılması kararı alındı. Perioperatif yapılan tanısal üretroskopide penil üretra proksimalinde divertiküler genişleme, distalinde de darlık görüldü. Hastaya Asopa'nın dorsal inley tekniği ile bukkal mukoza greft üretroplasti planlandı.

Penis sirkümsizyon hattından insize edilerek deglove edildi ve üretra serbestleştirildi. Üretral divertikül ventral hattan insize edildi. Üretra genişliği 3 cm olacak şekilde divertiküler dokular eksize edildi. Darlık alanı dorsalden tekrar insize edildi ve fibrotik dokular eksize edilerek üretral plate hazırlandı. Ardından 3x2 cm bukkal mukozal greft üretral plate üzerine 5/0 Vicryl sütürlerle teğellendi ve her iki yandan devamlı sütürlerle bukkal mukoza-üretra anastomozu yapıldı. Takiben sonda takılarak, devamlı subkutiküler sütürle proksimalden distale üretral tübülerizasyon yapıldı. Subdartos flep hazırlanarak üretra üzerine destek doku olarak süture edildi. Cilt altı ve cilt süture edilerek penise koban bandaj ile pansuman yapıldı.

BULGULAR

Operasyon süresi 120 dakika olarak kaydedildi. Kanama miktarı 50 cc ölçüldü. Postoperatif 21. günde hastanın sondası alındı. Postoperatif 3. ay üroflowmetride Qmax 21 ml/s ölçüldü.

SONUÇ

Penil üretra darlıklarının tedavisinde bukkal mukoza greft kullanılarak, Asopa'nın dorsal inley tekniği ile üretroplasti başarılı bir seçenek olarak kullanılabilir.

VS-45

ÜRETRAL DARLIĞI OLAN KADIN HASTADA BUKKAL GREFT İLE ÜRETROPLASTİ VİDEO SUNUMU

MUTLU DEĞER (1) NEBİL AKDOĞAN(1) İSMAİL ÖNDER YILMAZ(2) MERT EVİRGEN(1) NİHAT SATAR(1)

1. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi, Adana
2. Ceyhan Devlet Hastanesi, Adana

AMAÇ
Üretroplasti, üretral travma sonrası üretral darlık gelişen hastalarda veya spontan üretral darlık gelişen hastalardan kullanılan bir yöntemdir.Bu videomuzda üretral darlığı bulunan kadın hastada bukkal greft ile üretroplasti görüntüleri sunulmaktadır

GEREÇ-YÖNTEM
38 yaş kadın hasta.8 yıldır idrar yaparken güçlük şikayeti ile kliniğimize başvurdu.Daha önce üretral dilatasyon öyküleri de bulunan hasta yapılan sistoskopik inceleme ve görüntülemeler sonucu üretral darlık tanısı koyularak üretroplasti kararı alındı.Genel anestezi altında litotomi pozisyonda üretra, vajen ve çevre dokulardan ince disseksiyonlarla serbestlendi.Darlık olan kısıma kadar insize edildi.Darlık yeri foley sonda ile tespit edildi.Ardından ağız içi mukozadan bukkal greft alındı.Darlık bölgesinde 4/0 vicryl ile üretra uçlarına anastomoz edildi.Kanama kontrolü sonrası vajene 3 spanç yerleştirilerek işleme son verildi.Operasyon 110 dakika sürdü.Major komplikasyon yaşanmadı.Post-op 2. gün taburcu edilen hasta post-op 14.gün foley sondası çekildi.Takiplerinde idrar yapma güçlüğü yaşamadı

BULGULAR
38 yaş kadın hasta.8 yıldır idrar yaparken güçlük şikayeti ile kliniğimize başvurdu.Daha önce üretral dilatasyon öyküleri de bulunan hasta yapılan sistoskopik inceleme ve görüntülemeler sonucu üretral darlık tanısı koyularak üretroplasti kararı alındı.Genel anestezi altında litotomi pozisyonda üretra, vajen ve çevre dokulardan ince disseksiyonlarla serbestlendi.Darlık olan kısıma kadar insize edildi.Darlık yeri foley sonda ile tespit edildi.Ardından ağız içi mukozadan bukkal greft alındı.Darlık bölgesinde 4/0 vicryl ile üretra uçlarına anastomoz edildi.Kanama kontrolü sonrası vajene 3 spanç yerleştirilerek işleme son verildi.Operasyon 110 dakika sürdü.Major komplikasyon yaşanmadı.Post-op 2. gün taburcu edilen hasta post-op 14.gün foley sondası çekildi.Takiplerinde idrar yapma güçlüğü yaşamadı.

SONUÇ
Artan deneyimle beraber teknik açıdan zor yerleşimli kadın üretral darlık olgularında bukkal greftle üretroplasti güvenle uygulanabilir.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

VİDEO BİLDİRİLER

VİDEO BİLDİRİLER (VB-1 / VB-17)

VB-1

MESANE TÜMÖRÜNDE YENİ TREND: HOLMIYUM LAZERLE MESANEDE SESİL KİTLEDE REZEKSİYON

MEHMET EMİN ŞİRİN(1) MUSTAFA KARAASLAN(2)

1. Aksaray Özel İnova Hastanesi Üroloji Kliniği, Aksaray
2. Bingöl Devlet Hastanesi Üroloji Kliniği, Bingöl

AMAÇ
Üroloji pratiğinde taş ve prostat cerrahisinde yoğun şekilde kullanılan holmiyum lazerin mesane sesil tümörlerinde de kullanımını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
65 yaşında erkek hastanın yaklaşık 3 aydır ağrısız pıhtılı hematüri şikayeti olması sebebiyle yapılan USG'de mesane sağ yan duvarda şüpheli kitle saptanması üzerine hastaya sistoskopi önerildi. Sistoskopide mesane sağ yan duvarında yaklaşık 20 mm'lik sesil papiller kitle ve mesane posterior duvarda ise 2 ve 5 mm'lik papiller kitleler tespit edildi. Milimetrik kitlelere 3 j ve 30 hertz holmiyum lazerle ablasyon sesil papiller kitleye ise 1,5 j ve 45 hertz ile total eksizyon yapıldı.

BULGULAR
İntra-operatif kanama ve obturator refleks görülmedi. Hastaya post-op 1. saatte 2 saat süre ile epirubicin uygulaması yapıldı. Hastanın mesane irrigasyonu post-op 4. Saatte stoplandı. Üretral kateter ise post-op 2. günde alınarak taburcu edildi. Hastanın patolojisi ise Ta Low grade üretelyal karsinom olarak geldi.

SONUÇ
Holmiyum lazer prostat cerrahisinden sonra mesane tümörlerinde de deneyim kazanıldıkça, kanamanın yok denecek kadar az olması, tümör sınırlarının daha net görülerek komplet rezeksiyona imkan tanıması, yan duvar tümör rezeksiyonunda obturatuar refleksin daha az görülmesi nedeniyle mesane tümörlerinde daha yaygın olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

VB-2

VEN VARYASYONLU SOL LAPAROSKOPİK TRANSPERİTONEAL ADRENALEKTOMİ VAKASI

SERKAN YENİGÜRBÜZ(1) CUMHUR YEŞİLDAL(1) ADEM ALÇIN(1) HASAN HÜSEYİN TAVUKÇU(2)

1. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
2. Medipol Üniversitesi, Çamlıca Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ
Adrenal tümörlere laparoskopik yaklaşım günümüzde altın standart olarak kabul edilmektedir. Böbrek damarlarına göre adrenal damar varyasyonları çok yaygın değildir. Bu videomuzda sol transperitoneal laparoskopik adrenalektomi planlanan olgumuzda sol adrenal venin direkt vena kavaya açıldığı peroperatif tespit edilen hasta videomuzu paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
76 yaşında kadın hasta pandemi döneminde insidental olarak saptanan sol böbrekte 47x45 mm boyutunda solid lezyon ile dış merkezden başvurdu. Hikayesinde ikili anti-hipertansif ilaç kullanımı ve diabetes mellitus dışında özellik yoktu. Preoperatif Endokrinoloji değerlendirmesine göre hasta steroid protokolü ile operasyona alınması planlandı. Sağ yan yatış-sol flank pozisyonda Veress girişi ile pnömoperitoneum sağlandı. Kamera portu 12 mm trokar midklaviküler hat düzeyinde, sağ 12mm trokar anterior aksiller hat hemen altı ve sol çalışma portu 5 mm trokar midklaviküler düzeyi sol tarafa yerleştirildi.Standart sol Toldt hattı disseksiyonu ile sol böbrek hilusuna ulaşıldı. Sol renal vene açılan ince bir adrenal ven dalı görüldü ve hemoklipler kliplenip kesildi. Ardından böbrek üst polü ve dalak-pankreas altından adrenal kitle mümkün olduğunca diğer laparoskopik aletler ile tutulmadan Harmonic® ile disseke edildi. Medial disseksiyon sırasında oldukça dolgun görünümde distalde vena kavaya drene ettiği gözlenen asıl sol adrenal ven görüldü. Hemolok büyük boy klip ile bağlandı ve kesildi. Sol adrenal bez tamamen etraf dokulardan Harmonic® ve LigaSure® kullanılarak disseke edildi. Operasyon süresi 90 dk, 10-20 ml kanama gözlendi. Hastanın foleyi postoperatif 1. gün, dreni postoperatif 2. gün çekilip postoperatif 3. gün taburcu edildi.

BULGULAR
Hastanın patoloji raporu adrenal adenom olarak rapor edildi.

SONUÇ
Adrenal damarların varyasyonları nadir olsa da operasyon öncesi BT angio yapılması olası damar varyasyonlarının tespiti, operasyon güvenliği ve planlaması açısından önerilir.

VB-3

ADOLESANDA SAPTANAN MULTİPLE ÜRETRAL PAPİLLOM

ALPARSLAN YÜKSEL(1) DURSUN BABA(1) YUSUF ŞENOĞLU(1) MUHAMMET ALİ KAYIKÇI(1) MUSTAFA KEMAL KAYA(1) NECATİ EKİCİ(1)

1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Düzce

AMAÇ

Urotelial papillom benign neoplazm olup nadir görülürler. En çok mesanede görülmekte olup erkeklerde daha çok saptanmaktadır. Adolesanlar ve çocuklarda da görülebilmektedir. Klinik olarak en sık hematüri ile presente olmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimize 16 yaşında erkek hasta makroskobik hematüri ve dizüri şikayetiyle başvurdu. Yapılan görüntüleme ve idrar testlerinde sorun gözlenmedi. Hastaya bakılan sistoüretroskopide bulbar üretrada çok sayıda, milimetrik boyutta, yüzeyden kabarık, papiller oluşumlar izlendi. Prostatik üretra ve mesanede mukozal patoloji izlenmedi. Papiller oluşumlardan punch biyopsi alındı, patolojik inceleme urotelial papillom olarak raporlandı. Taburculuk sonrası takiplerinde dizüri şikayeti devam eden hastada lezyonlara yönelik tedavi kararı alındı. Genel anestezi altında sistoüretroskopide üretradaki papiller lezyonlara 550 µm fiber kullanılarak Ho:YAG lazer ile fotoablasyon tedavisi uygulandı. 6 W enerji (1.0 J - 6 Hz) kullanıldı.

BULGULAR

Postoperatif birinci gün üriner sistem şikayeti olmayan hasta taburcu edildi. Taburculuk sonrası takiplerinde üriner sistem şikayetlerinin tekrarlamadığı saptandı.

SONUÇ

Urotelial papillomlar nadir görülürler. Mesanede en sık görülmekte olup üretra ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Semptomatik olan üretral papillom olgularında benzer şekilde mesane tümörlerinde uygulandığı gibi lazer fotoablasyonu kullanışlı bir tedavi seçeneği olabilir. Tedavi başarısının değerlendirilmesi için yeni çalışmalara ve uzun dönem takiplere ihtiyaç vardır.

VB-4

KALICI ÜRETRAL STENTİ OLAN SOLİTER BÖBREKLİ HASTADA MİNİ PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ

ERTUĞRUL KÖSE(1) YAKUP BOSTANCI(1) YUSUF YILDIRIM(1) YARKIN KAMİL YAKUPOĞLU(1) ŞABAN SARIKAYA(1) ALİ FAİK YILMAZ(1)

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

AMAÇ

Bu videoda, kalıcı üretral stenti olan sol soliter taşlı böbrekli olguda gerçekleştirdiğimiz mini perkütan nefrolitotomi (mPNL) deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

68 yaşında erkek hasta kliniğimize sol yan ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Son 12 saattir anürik olan hastaya yapılan kontrassız bilgisayarlı tomografide sol böbrek renal pelviste 11x4 mm boyutlarında taş olduğu görüldü. Kreatinin düzeyi 2,2 mg/dL idi. Rekürren üretral darlıklar nedeniyle kalıcı üretral stent takılması ve taşlı böbrek nedeniyle sağ basit nefrektomi öyküsü olan hastaya sol DJ stent takıldı, kreatinin düzeyinin gerilemesinin ardından sol mPNL yapıldı.

Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda üretradan 4,5/6,5 Fr Ultra Thin semirigid URS (Richard Wolf®, Knittlingen, Germany) ile retrograd olarak mesaneye ulaşıldı. Bu sırada, stentli bölgedeki üretral lümenin dar olduğunun gözlenmesi üzerine mPNL kararı alındı. 6 Fr open end üreter kateteri sol üreter orifisinden hidrofilik guide eşliğinde böbreğe ilerletildi. Ardından hastaya posterior lumbotomi pozisyonu verildi. Üreter kateterinden retrograd olarak opak madde verilerek toplayıcı sistem anatomisi ortaya kondu. 18 Gauge intraducer iğne ile sol böbrek orta polden akses yapıldı ve idrar gelişi gözlendi. İğne içerisinden hidrofilik guide wire ilerletilerek sol üretere gönderildi. Nefrostomi traktı guide klavuzluğunda ve skopi eşliğinde 14 Fr sheath dahil (Rüsch MIPP set) dilate edildi. 9,5 Fr pediatrik kompakt sistoüretroskop (Karl-Storz®) ile sheath üzerinden böbreğe girildi. Taş, 30 W Holmium: YAG lazer (Sphinx® JR Lisa Laser, Katlenburg-Lindau, Germany) ile fragmante edildi ve fragmanlar basket kateter yardımıyla temizlendi. Endoskopik ve skopik olarak "stone free" kabul edildi. Ardından üretral olarak üreter kateteri içinden gönderilen hidrofilik guide basket kateter yardımıyla sheath içerisinden vücut dışarısına alındı. Guide üzerinden 12 Fr reentry kateteri nefrostomi olarak kondu, nefrostomiden opak madde verilerek toplayıcı sistemde ekstravazasyon olmadığı görüldü ve işlem sonlandırıldı.

BULGULAR

İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon gelişmeyen hastanın postoperatif 1. gün reentry kateteri klemplendi ve takibinde klinik bozulma olmaması üzerine çekildi. Postoperatif 2. gün kreatinin düzeyi 1,2 mg/dL idi ve foley sonda çekilerek hasta taburcu edildi. Kontrol görüntüleme, metabolik ve kimyasal analiz için kontrol önerildi.

SONUÇ

Avrupa Üroloji Derneği güncel klavuzları 10-20 mm boyutları arasında aktif tedavi gerektiren böbrek taşlarının tedavisinde SWL ya da endoürolojik yaklaşımları önermektedir. Tedavi yaklaşımı hastanın özellikleri, tercihi, klinisyenin tercih ve deneyimine göre şekillenmektedir. Fleksibl üreterorenoskopide son yıllarda enstrüman çeşitliliği ile birlikte başdöndüren gelişmeler yaşansa da mini perkütan nefrolitotomi seçeneği, fleksibl üreterorenoskopiye uygun olmayan vakalarda akılda tutulması gereken bir yöntemdir.

VB-5

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI NADİR GÖRÜLEN KOMPLİKASYON: İNFUNDİBULER STENOZA BAĞLI KALİKS TAŞLARI VE FLEKSİBLE ÜRETERORENOSKOPİ İLE YÖNETİMİ

MUZAFFER TANSEL KILINÇ(1) MEHMET SERKAN ÖZKENT(1) HARUN UÇMAK(2) YUNUS EMRE GÖGER(2)

1. Konya Şehir Hastanesi, Konya
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya

AMAÇ
Perkütan nefrolitotomi sonrası infundibular stenoz %1-2 arasında görülen nadir bir komplikasyondur. Uzun ameliyat süresi, taş yükünün fazla olması, nefrostominin uzun süre kalması stenoz için risk faktörleridir. Stenoz sonrası gelişen kaliks dilatasyonu ve taş gibi komplikasyonlar genellikle endoskopik yöntemlerle tedavi edilirler.

Biz de sunumumuzda perkütan nefrolitotomi sonrası gelişen infundibular stenoza bağlı kaliks içinde taşları olan ve fleksible üreterorenoskopi ile tedavi edilen hasta ile ilgili deneyimimizi sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
37 yaşında erkek hasta kliniğimize sağ yan ağrısı ile başvurdu. 2 yıl önce dış merkezde böbrek taşı nedeniyle sağ perkütan nefrolitotomi öyküsü mevcuttu. Tetkiklerinde sağ böbrek orta polde, parankime gömülü 10 mm ve 15 mm 2 adet taş saptanan hastaya genel anestezi altında litotomi pozisyonunda sağ fleksible üreterorenoskopi yapıldı. Üreterorenoskopide sağ böbrek orta pol kalikste infundibular stenoz olduğu ve taşla tıkalı olduğu görüldü. Holmium lazerle stenoze infundibulum açıldı ve litotripsi uygulandı. İşlem sonrası 4.8 fr 28 cm dj stent takıldı.

BULGULAR
37 yaşında sağ yan ağrısı ile başvuran erkek hastanın sağ böbrek orta polde 10 mm ve 15 mm 2 adet taş saptandı. Kreatinin değeri 0.89 mg/dl idi. İdrar tahlilinde lökosit ve eritrosit saptanmadı. Fleksible üreterorenoskopide orta pol kaliks infundibulumunun stenoze şekilde taşla tıkalı olduğu görüldü. Holmium lazerle stenoz açıldı. Kaliks içerisinde izlenen 10 mm ve 15 mm lik taşlar Holmium lazerle fragmante edildi.

SONUÇ
Perkütan nefrolitotomi sonrası infundibular stenoz nadir görülür. Yan ağrısı, kaliks içi taş oluşumu gibi semptomatik vakalarda fleksible üreterorenoskopi ile tedavi etkin ve güvenilir bir yöntemdir.

VB-6

ANJİOEMBOLİZASYONA DİRENÇLİ HEMATÜRİSİ OLAN ECOG 3 HASTADA PALYATİF LAPAROSKOPİK RADİKAL NEFREKTOMİ

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) ALPER EGE SARIKAYA(1) VOLKAN ŞEN(1) OZAN BOZKURT(1) GÜVEN ASLAN(1)

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

AMAÇ

90 yaşında ECOG 3 erkek hasta 8 aydır devam eden hematüri şikayetiyle başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde ciddi anemisi olduğu gözlendi. Sistoskopisinde mesane içersinde kitle saptanmayan hastanın sol üreter orifisinden hematürik idrar çıkışı olduğu gözlendi. Hastaya post operatif dönemde ürografi çekildi. Sol böbrek üst pol kalikslerinden kaynaklanan yaklaşık 6 cm'lik üst üriner sistem tümörü tespit edildi. Hastanın genel durumu orta komorbiditesi çok olduğu için anjioembolizasyon yapılması kararı alındı. Anjio embolizasyona rağmen hematürisi gerilemeyen anemisi derinleşen hastaya palyatif radikal nefrektomi kararı alındı.

GEREÇ-YÖNTEM

Hastaya 70 derece sol flank pozisyonda laparoskopik radikal nefrektomi yapıldı. İşlem 60 dakika sürdü. Operasyon esnasında komplikasyon gözlenmedi.

BULGULAR

Nefrektomi patolojisi T3 ürotelyal karsinom ve karsinoma in situ olarak sonuçlandı. Hasta post operatif 5' inci gününde taburcu edildi.

SONUÇ

Laparokopik cerrahi deneyimli ellerde hızlı ve güvenilir olması nedeniyle kötü performansı olan hastalarda tercih edilebilecek bir cerrahi türüdür.

VB-7

DEV MESANE LEİOMYOMUNUN TRANSÜRETRAL ENÜKLEASYON İLE TEDAVİSİ:OLGU SUNUMU

ŞAHİN KILIÇ(1) UMUR CEM TOPCU(1) MURAT ŞAMBEL(1) KAYHAN YILMAZ(1) MAHMUT TAHA ÖLÇÜCÜ(1) EREN ERDİ AKSARAY(1) MUTLU ATEŞ(1)

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya

AMAÇ

Mesane leiomyomu çok nadir görülen benign mezotelyal tümördür. Tüm mesane tümörlerinin <%0.43'ünü oluşturmaktadır. İngilizce literatürde sadece 250 mesane leiomyomu olgusu bildirilmiştir.

Kadınlarda daha sık görülmektedir ve hastaların çoğu sık idrara çıkma veya obstrüktif üriner semptomlarla başvurur. Benign karakterde olmasına rağmen görüntülemelerde malign tümörler ve ürotelyal cell karsinom ile karışabilmektedir. Endovezikal, intramural veya ekstravezikal yerleşim gösterebilmektedir. Açık, laparoskopik veya robotik cerrahi ile eksizyon veya endovezikal olanlarda transüretral rezeksiyon ve enükleasyon şeklinde tedavi yöntemleri bildirilmiştir. Bu videosunuda transüretral enükleasyon ile tedavi ettiğimiz mesane leiomyomu olgusunu sunarak bilimsel katkıda bulunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Yetmiş bir yaşında erkek hasta idrarda pıhtısız kanama şikayeti ile başvurdu. Bilinen kronik böbrek yetmezliği ve tur-p hikayesi olan hastanın Kre: 2.45, Hemoglobin: 10.5, elektrolitler dengede saptandı. Hastaya çekilen üriner USG de bilateral böbrek boyutları küçülmüş ve G1 ekojenite artışı, mesane sol posterior duvardan doma kadar uzanan, düzgün yuvarlak şekilli 8x7 cm ebatlarında solid kitle lezyonu saptandı. Hastaya sistoskopi+GG planlandı.

Spinal anestezi altında bipolar rezektoskopla üretradan girildi. Prostat rezeke, mesane boynu açık, sol üreter orifisi lateralize izlendi. Tabanı mesane sol posterolateralden sol yan duvara ve kubbeye kadar uzanan, üzeri doğal ürotelyum ile kaplı düzgün yuvarlak şekilli, 7-8 cm boyutunda lümene endofitik uzanan kitle izlendi. Kitle medial sınırı rezektoskopla rezeke edildi. Kitlenin prostat adenomu kıvamında ve görünümünde, kanamasız solid karakterde olduğu görüldü. Kitle tabanın detrüsör tabakasından rahatlıkla sınır verdiği ve ayrıştığı görüldü. Bunun üzerine rezeksiyon yerine enükleasyon ile devam edildi. Tutan bağlar rezektoskopla kesilerek ve mekanik olarak kitle itilerek enükleasyon tamamlandı. Tümör tabanı kanama kontrolü yapıldı. İntraoperatif sistografi çekildi ve ektravazasyon izlenmedi. Takiben morselatör ile girilerek kitle morselasyon yöntemi ile dışarı alındı. Sonda takılarak işleme son verildi.

BULGULAR

Kreatinin: 2.45
Hemoglobin: 10.5
Elektrolitler: doğal
Üriner USG: Bilateral böbrek boyutları küçülmüş ve G1 ekojenite artışı, mesane sol posterior duvardan kubbeye kadar uzanan, düzgün yuvarlak şekilli 8x7 cm ebatlarında solid kitle lezyonu.
Operasyon süresi: 35 dk enükleasyon+15 dk morselasyon=50 dk
Hastanede kalış: 1 gün
Postoperatif irrigasyon süresi: 8 saat
Sonda süresi: 7 gün
Patoloji sonucu: Leiomyom

SONUÇ

Mesane leiomyomunda açık, laparoskopik veya robotik cerrahi ile eksizyon veya endovezikal olanlarda transüretral rezeksiyon ve enükleasyon şeklinde tedavi yöntemleri bildirilmiştir. Transüretral enükleasyon ile mesane leiomyomu tedavisi komplikasyonu düşük, operasyon süresi kısa etkin ve güvenli bir tedavi yöntemi olarak görülmektedir.

VB-8

SAĞ BÖBREK ÜST POL RENAL VEN KOMŞULUĞUNDAKİ KİTLEYE TRANSPERİTONEAL LAPAROSKOPİK PARSİYEL NEFREKTOMİ: OLGU SUNUMU

SALİH BÜTÜN(1) MEHMET KIRDAR(1) DURAN DÜZGÜN(1) ALPER ŞİMŞEK(1) MESUT BERKAN DURAN(1) SİNAN ÇELEN(1) ÜMİT UYSAL(2)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli
2. Mardin Devlet Hastanesi, Mardin

AMAÇ
Literatüre göre T1 tümörlerde parsiyel nefrektomi (PN) ve radikal nefrektomi arasında benzer onkolojik sonuçlar olduğu bilinmektedir. Teknik olarak cerrahın tecrübesine göre açık, laparoskopik ve robot yardımlı cerrahi yöntemi uygulanabilir. Vaka sunumumuzda T1a sağ böbrek üst pol renal kitleyi transperitoneal laparoskopik PN operasyonunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Tarafımıza 57 yaşındaki kadın hasta insidental olarak saptanan sağ renal kitle ile başvuruyor. Kontrastlı bilgisayarlı tomografide sağ böbrek üst pol medialinden kaynaklanan anteriora uzanım gösteren, pedikül komşuluğunda renal vene bası yapan, 4x3,5 cm renal hücreli karsinom ile uyumlu kontrast tutan solid renal kitle mevcuttu. RENAL nefrometri skoru 8a olarak hesaplandı ve laparoskopik PN planlandı.

Sağ lombotomi pozisyonunda spina iliaka antreior süperior ile umbilikus arası 1/3 lateral mesafeden Veress iğnesi ile girildi. Ensuflasyonu takiben 1 adet 10'luk port girildi. Direkt görüş altında 2 adet 10'luk, 1 adet 5'lik port girildi. Told hattı inside edildi ve bağırsak medialize edildi. Üreter bulunarak askıya alındı. Takibinde 1 adet arter, 1 adet ven izlendi. Arter diseke edildi. Ardından böbrek çevresi diseke edilerek böbrek superiorundaki 4 cm'lik kitle vizualize edildi. Renal vene yaslanmış olan kitle sınırları görülecek şekilde ortaya çıkarıldı. Arter, 15'lik port girilerek bulldog klemp ile kapatıldı. Kitle tabanı sağlam böbrek dokusunu içerecek şekilde makas ile eksize edildi. Ardından 2 adet 2.0 pds sütür ile kitle tabanı sütüre edildi. L/XL klip ile sütürler kliplenerek fikse edildi. 1 adet doku yapıştırıcısı ve 1 adet Surgicel tampon kitle taban alanına uygulandı. Kanama izlenmedi ve sonrasında 10'luk spesmen torbası ile kitle dışarı alındı.1 adet hemovak dren konularak işlem komplikasyonsuz sonlandırıldı.

BULGULAR
Operasyon süresi 120 dakika idi. Sıcak iskemi süresi 9 dakika olarak kaydedildi. Toplam kanama miktarı 50 cc olarak hesaplandı. Peroperatif ve erken postoperatif dönemde komplikasyon görülmedi. Hastanın postoperatif 1. günde sondası alındı, 2. günde dreni çekilerek taburcu edildi. Patoloji sonucu cerrahı sınır negatif, T1a berrak hücreli renal hücreli karsinom olarak raporlandı.

SONUÇ
Deneyimli merkezlerde uygulanan laparoskopik ve robot yardımlı PN gibi minimal invaziv yöntemler, hastanede daha az kalış süresi ve daha düşük kan kaybı açısından öne çıkmaktadır. Transperitoneal ve retroperitoneal laparoskopik PN postoperatif süreçteki komplikasyonlar, cerrahi sınır pozitifliği, böbrek fonksiyonları açısından benzer sonuçlar göstermektedir.

VB-9

ÜRETREKTOMİ

MUAMMER BABAYİĞİT(1) ALKAN OKTAR(1) ÖMER GÜLPINAR(1) EVREN SÜER(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ
Mesane, prostatik üretra ve anterior üretrada saptanan papiller lezyonu olan ve transüretral rezeksiyon sonrası kas invaziv mesane kanseri gelen hastaya radikal sistoprostatektomi ve üriner diversiyonu takiben üretrektomi yapmak

GEREÇ-YÖNTEM
Perineal insizyon ve sübkütan dokunun geçilmesini takiben bulbospongiyoz kasın disseksiyonu yapıldı. Üretra distalde disseke edildi. Ardından glans invajine edilerek disseksiyon glans tabanına doğru devam edildi. Ardından üretranın proksimale disseksiyonu yapıldı. Disseksiyon derin perineal dokuya devam ettirilerek proksimal üretra serbestleştirildi. Distal üretra fossa navikularisi içerecek şekilde rezeke edildi. Üretra komplet olarak rezeke edildi. Perineal kaslar orta hatta kapatıldı. Kanama kontrolünü takiben katlar anatomik planda kaptıldı.

BULGULAR
Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyon izlenmeyen hastanın ameliyat sonrası postoperatif birinci günde pansumanı açıldı. Postoperatif ikinci günde üretrorajinin durmasını takiben sondası alındı. Perineal dren postoperatif ikinci günde alındı.

SONUÇ
Üretrektomi, üretral patoloji izlenen hastalarda hastalığın elimine edilmesi ve rekürrensinin önlenmesinde etkili bir yöntemdir.

VB-10

MESANE TÜMÖRLERİNDE EN-BLOK REZEKSİYON

CAVİT CAN(1) ATA ÖZEN(1) METE ÖZKIDIK(1)

1. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

AMAÇ
Bu videomuzda kliniğimizde mesane tümörüne yapılan en-blok rezeksiyon olgusu sunulmaktadır.

GEREÇ-YÖNTEM
Rezeksiyon monopolar elektrik akımı ve Collings bıçağı kullanılarak gerçekleştirilmektedir.
Tümör tabanından yaklaşık 1 cm uzaklıkta normal mukozaya sirküler insizyon ile başlanarak subepitelyal doku ve adele dokusu lifleri görülene dek Collings bıçağı ile kesilir. Detrüsör adelesi periferden merkeze doğru, adele liflerinin künt diseksiyon ile görünür hale getirilip keskin diseksiyon ile kesilerek serozal yapıdan ayrıştırılır. Rezeksiyon tabanında görülen kanamalar kontrol edilerek rezeksiyon işlemi tamamlanır. Tabanı ile birlikte rezeke edilen tümöral oluşum en blok halde mesane dışına alınır. Rezeksiyon alanı tekrar kontrol edilip mesane içinde kalabilecek olası küçük tümör parçacıkları da boşaltıldıktan sonra foley üretral kateter takılarak işleme son verilir.

BULGULAR
Adele invaziv olmayan mesane tümörlerinde iyi yapılmış bir transüretral rezeksiyonun (TUR-Mtm) iyi prognozu sağlamadaki etkinliği bilinmektedir. Son yıllarda mesane tümörlerinde en-blok rezeksiyon yeniden gündeme gelmiş ve yapılmaya başlanmıştır.

SONUÇ
En-Blok rezeksiyon büyük olmayan mesane tümörlerinde güvenli şekilde uygulanabilecek bir yöntemdir.

VB-11

ÇOCUKLARDA ROBOT YARDIMLI LAPAROSKOPİK HEMİNEFREKTOMİ

BÜLENT ÖNAL(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) UĞUR AFERİN(2) MUSTAFA ÖZKAYA(1) NUR AHMET ERÖZENCİ(1)

1. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul
2. T.C. Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ
Robot yardımlı laparoskopik cerrahiler çocuk ürolojisinden günümüzde tercih edilen cerrahi yöntemler arasında yer almaktadır. Bu vaka serisine ait video sunumunda robot yardımlı laparoskopik heminefrektomi ile ilişkili teknik deneyimimizi paylaşmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM
Robot yardımlı laparoskopik heminefrektomi 2018-2022 yılları arasında yaş ortalaması 6,5 yıl olan 3 kız, 1 erkek çocuğuna uygulandı. Ana başvuru şikâyeti sürekli idrar kaçırma (n=2) ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu idi (n=2). Tüm hastada cerrahi öncesi yapılan fonksiyonel (DMSA) ve anatomik görüntülemede (MR ürografi) değerlendirmede sol çift toplayıcı sistem anomalisi olduğu sol böbrek üst polün atrofik olduğu görüldü. İki hastada vezikoüreteral reflü (grade 5 ve grade 4) saptandı. Tüm hastalara sistoskopi, kız çocuklara ek olarak vajinoskopi yapıldı. Böbreğin sağlam kısmını drene eden üretere açık uçlu kateter konuldu. Sonrasında robot yardımlı laparoskopik heminefrektomi uygulandı.

BULGULAR
Ortalama operasyon süresi 100 dakikadır. Ortalama kan kaybı 25 cc'dir. Per ve post operatif komplikasyon gözlenmedi. Tüm hastalarda açık uçlu kateter hemen cerrahi sonrası, dren ise post operatif 2. günde alındı. İdrar kaçırma şikayeti cerrahiden hemen ortadan kalktı. İdrar yolu enfeksiyonu geçirme şikayeti olan hastaların 2 yıllık takibinde tekrarlayan atak görülmedi.

SONUÇ
Robot yardımlı laparoskopik heminefrektomi çift sistem anomalisi olan çocuklarda tercih edilebilecek cerrahi bir yöntemdir.

VB-12

RENAL KİSTİK EKİNOKOKKOZ: BİR OLGU SUNUMU

KEREM BURSALI(1) SİNAN LEVENT KİREÇÇİ(1) ABDULLAH HIZIR YAVUZSAN(1) MEHMET EREN AKAN(1) TANER HACIOSMANOĞLU(1)

1. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Renal kistik ekinokokkoz, ılıman iklimlerde ağırlıklı olarak akciğer ve karaciğer tutulumu ile kendini gösteren, en sık olarak sestod alt grubundan helmintler olan Echinococcus granulosus veya Echinococcus multilocularis tarafından oluşturulan kist hidatik hastalığının böbrek parankimini tutan formudur. Kist hidatiklerin %2,5 ila %4'ünü teşkil eden bu durum, toplayıcı sisteme spontan drene olarak sistemik dolaşıma erişmemesi halinde yıllarca asemptomatik seyrederek kendini gizleyebilir, klinik ve radyolojik olarak renal tümörü taklit edebilmesi sebebiyle insidental olarak saptanabilir. Biz de size renal kistik ekinokkoz peroperatif görüntüsüyle ilgili olgu sunumu hazırladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Klinik şüphe halinde serolojik testler (özellikle enzim-bağlı immünosorban tahlili [ELISA] eşliğinde indirekt hemagglütinasyon [İHA]) yahut görüntüleme teknikleri (özellikle bilgisayarlı tomografi [BT] veya ultrasonografi [USG]) ile değerlendirilebilen hastalığın tedavisinde oral albendazol tedavisi eşliğinde, seçili vakalarda perkütan drenaj ve alkol instilasyonu denenebilse de, kistektomi ve perikistektomiden oluşan nefron koruyucu cerrahi planlanabilir; klinik gereklilik görülmesi halinde bu yaklaşıma parsiyel veya total nefrektomi eklenmesi düşünülebilir.

BULGULAR

Bilinen hipertansiyon ile takipli hastaya kliniğimize başvurusundan 1 ay önce yapılan ultrasonografik görüntülemede (USG) insidental olarak sol böbrek alt pol yerleşimli kistik kitle saptanması üzerine kontrastlı Manyetik Rezonans Görüntülemede (MRG) yapılmış, ön planda renal kist hidatik lezyonu olduğu düşünülmesi üzerine hasta tarafımıza refere edilmiştir. Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nden alınan görüş doğrultusunda kist hidatik indirekt hemaglütinasyon (İHA) tetkiki ve önerilen preoperatif albendazol tedavisine başlanmadan önce karaciğer fonksiyon tetkikleri (KCFT) ve tam kan tetkiki yapılan hastanın tetkiklerinde kist hidatik İHA negatif saptanmış, KCFT normal aralıklarda saptanmış, hemoglobin 14,8 mg/dL ölçülmüştür. Lezyona yönelik kist drenajı ve eksizyonu planlanan hastaya operasyon tarihinden 3 hafta önce albendazol 200 mg tablet 2x1 oral tedavisi başlanmıştır. Ardından kliniğimize yatışı yapılan hastanın peroperatif gözlemde sol böbrek alt polde egzofitik olarak izlenen 10cm'lik kistine yönelik etraf dokulara temas etmeyecek şekilde drenaj yapılıp kültür alındı. Sonrasında kist kavitesi boşaltılarak % 20 NaCl (Serum Sale) ve povidon iyot (%10 serbest iyot içeren polivinilprolidon-iyot) 1:1 oranında karışımı solüsyon ile yıkandı. Ardından sınır kalmayacak şekilde laparotomik kistektomi ve sol parsiyel nefrektomi ("perikistektomi") uygulandı. Hastanedeki takiplerinde stabil izlenen hasta taburcu edilerek, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nden alınan görüş doğrultusunda, 3 aylık albendazol 200 mg tablet 2x1 tedavisi reçete edildi. Taburculuk sonrası yapılan aylık takiplerinde kan tetkikleri tekrarlanan hastada geç dönem komplikasyon izlenmedi. Patoloji sonucu cerrahi sınır negatif kist hidatik ile uyumlu geldi.

SONUÇ

Renal ekinokokkoz tanısında serolojik belirteçlerin katkısı yadsınamayacak olsa da, vakamızda olduğu üzere asemptomatik ilerleyen ve görüntülemelerden edinilen klinik şüphe ile insidental saptanan kist hidatikler, bize tanı aşamasında şüpheci olmanın ve çoklu tetkikin önemini göstermektedir. Renal ekinokokkoz vakalarına nefron koruyucu cerrahi güvenle uygulanabilir.

VB-13

VAJENE AÇILAN VE AYNI TARAFI DAHA ÖNCEDEN NEFREKTOMİZE OLAN ÜRETEROSELLİ EKTOPİK ÜRETER EKSİZYONU

KHALED OBAID(1) AYKUT AKINCI(1) MUAMMER BABAYİĞİT(1) ARAZ MUSAEV(1) DORUK GÜLER(1) TARKAN SOYGÜR(1) BERK BURGU(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

AMAÇ
Vajene açılan ve aynı tarafı daha önceden nefrektomize olan üreteroselli ektopik üreter eksizyonu.

GEREÇ-YÖNTEM
6 yaşında kız hasta.
Gündüz-gece idrar kaçırması şikayetiyle başvuruyor.
Hasta bu yaşına kadar hiç kuru kalmamış.
2016'da sol atrofik böbrek nedeniyle sol nefroüreterektomi yapılmış.
2017'de endoskopik sol üreterosel eksizyonu yapılmış.

BULGULAR
Hastaya tanısal sistoskopi planlandı, sağ orifis doğal izlendi ve RPG çekilerek sağ sistemin çift olmadığından emin olundu. Sol orifis izlenemedi. Sol alt lateralde mukozal defekt izlendi, defektten skopla girildi ve divertiküle üreterosel benzeri yapı görüldü. Vajen inspeksiyonu sırasında sol labia minorun hemen medialinde idrarın geldiği delik (ektopik orifis) izlendi, üreter kateteri gönderildi ve sistoskopla bakılarak kateterin mesane içine ilerlediği izlendi. Bunun üzerine hastaya açık eksizyon ve onarım planlandı.

SONUÇ
Ektopik yerleşimli üreteroselli üreter güdüğü eksize edildikten sonra hastanın eskiden tarif ettiği inkontinansı geçti ve artık bezsiz takip edilmektedir.

VB-14

LAPAROSKOPİK ENDOPELVİK FASYA KORUYUCU RADİKAL PROSTATEKTOMİ+ BİLATERAL GENİŞLETİLMİŞ LENF NODU DİSEKSİYONU

İLKE ONUR KAZAZ(1) HÜSEYİN EREN(2) FATİH ÇOLAK(1) YASİN CANSEVER(1) OZAN CAN ÇEKUÇ(1)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Trabzon
2. UroEREN Klinik

AMAÇ
Düzenli PSA takibi yaptıran hasta, 2022 Şubat ayında son ölçülen değeri 6,4 ng/ ml gelmesi üzerine kliniğimize müracaat etti. Digital rektal muayenesinde, sol midprostatta sertlik olan hastaya transrektal ultrasonografi eşiliğinde kognitif 24 kor satürasyon prostat biyopisisi yapıldı. 4,11,12 ve 20 nolu alınan örneklerde Gleason skor: 4+4= 8, ISUP(4) adenokarsinom tespit edildi. Lokal prostat kanseri tanısı olan hastaya laparoskopik endopelvik fasya koruyucu radikal prostatektomi ameliyatı yapılarak hem ereksiyon hem de kontinans açısından fonksiyonel sonuçlar elde etmek amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
Laparoskopik transperitoneal yolla kamera portu dahil 5 trokar ile radikal prostatektomi ve bilateral lenf nodu diseksiyonu yapılması planlandı.

BULGULAR
Transperitoneal yaklaşımla Hasson tekniği ile göbek hizasından girildi. Periton mesane altından açılarak vas deferensler serrbestlenip kesildi, seminal veziküller serbestlendi. Ardından bilateral genişletilmiş lenf nodu diseskiyonu yapıldı. Sonra retziusa yönelerek ekstraperitoneal alana geçildi. Endopelvik fasyalar açılmadan mesane boynu diseke edilerek intra fasyal yöntemle posterior yaklaşım ile prostatektomi operasyonu başarı ile tamamlandı.

SONUÇ
Operasyon süresi 135 dakika. İntraoperatif kanama miktarı 125 cc olarak ölçüldü. Postop 1. günde dren alındı. Hasta postop 2. günde foley katateri ile birlikte eve gönderildi. 7. günde foley katateri sistogram sonrası alındı. 15. günden itibaren kontinansı ve 1. haftadan itibaren ereksiyonu olan hastanın patolojisi “Gleason 4+3=7, ISUP(3) Adenokanser, 15/ 15 lenf nodu reaktif, cerrahi sınırlar negatif ve PT2N0MX olarak rapor edildi.

VB-15

PROKSİMAL HİPOSPADİASLI VE CİDDİ KORDİLİ OLGULARIN CERRAHİSİNDE TEKNİK İNCELİKLER

ŞİNASİ YAVUZ ÖNOL(1)

1. Özel İstanbul Önol Üroloji Merkezi, İstanbul

AMAÇ

Proksimal hipospadias tüm hiposadias olgularının %20 lik kısmını oluşturmaktadır.Bu olguların cerrahisinde üretral platenin korunması veya kesilmesine göre iki ana yöntem vardır (Tek aşamalı ya da çift aşamalı yöntemler) Hipospadias cerrahisinde üretral platenin elastikiyeti, genişliği ve kordinin derecesi ameliyatın tipini belirler. Komplikasyon oranlarının düşük olması ve ideal penis boyutuna erişme daha fazla olduğu için iki aşamalı yöntemler daha çok tercih edilmektedir. Yine de uygun vakalarda tek aşamalı yöntemlerin de başarı oranı tatmin edicidir. Bu çalışmada penoskrotal ve perineal hipospadias olgularındaki teknik incelikler tek aşama ya da çift aşama tercih kriterleri ve sonuçları sunulmaktadır

GEREÇ-YÖNTEM

2002-2017 yılları arasında yapılan 2-12 yaş arası 32 primer kompleks hipospadias olgusu sunulmaktadır. On üç vaka tek aşama da 19 vaka çift aşama olarak yapılmıştır. Tek aşamada yapılan 13 olgunun 8 tanesi 2-5 defa opere edilmiştir. İki aşamada yapılan 19 olgunun 7 tanesinde re-operasyon gerekmiştir.

BULGULAR

Bu videoda aşama aşama teknik incelikler sunulmaktadır. Üretral platenin genişliği ve elastikiyeti değerlendirildikten sonra parameatal sirkumsizyon insizyonu ile cilt deglove edilir. Degloving ile distal kordi düzeltilir. Radikal bulber disseksiyonla bulber üretra üzerindeki fibrotik bantların temizlenmesi ile üretral plate daha da serbestleştirilir(Proksimal kordi). Ventral proksimal penil shuftın serbestleştirilmesi ile üretral plate uzatılarak ventral kordi tamamen veya kısmen düzeltilmiş olur. Yirmi derece ve üzerindeki kordinin devamında üretral plate ventral kavernozumdan serbestleştirilir. Tunika albugineaya iris bistürisi ile transvers ve longitudinal relaksasyon kesileri yapılır. Yirmi derece ve üzeri kordi devamında üretral plate elverişli ve penis boyutu da yeterli ise orta hattan dorsal plikasyon yapılır. Yirmi derece ve altında olan kurvatürleri düzeltmeye gerek yoktur. Tek aşama teknikte üretral plate ventral yüz orta hattan longitudinal olarak kesilir ve ağızdan alınan mukozal greft bu bölgeye döşenir. Byars flepleri ile dorsal penil cilt ventrale aktarılır. Bu şekilde üretral platenin korunmasına rağmen neo-üretra oluşumu için işlemi ikinci aşamaya bırakmayı tercih etmekteyiz. Penis boyutu küçük ve üretral platenin elverişli olmadığı olgularda üretral plate transvers kesilir ventrale geniş ağız mukozası döşenir(Braca Yöntemi) ve 4-6 ay sonra neo-üretra oluşurulur. Ciddi ventral-dorsal-korporal orantısızlık olan iki olguda ventral cilt grefti kullanılmıştır. Bir olguda ayrı bir perineal kesi ile bulber üretral sentral tendondan serbestlenerek ilave bir üretral uzunluk sağlanmıştır.

SONUÇ

Degloving, radikal bulber disseksiyon, multıple ventral longitudinal ve transver tunika albugineaya yapılan yüzeyel insizyon, dorsal mıdline plikasyon yapılmadan üretral plate feda edilmemelidir. Kordinin ne kadar düzeltilebileceği yapılacak manevralarla belirlenebileciği için üretral plate başlangıçta feda edilmemelidir.

VB-16

PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI NADİR BİR KOMPLİKASYON: ÜRETERDEN MALECOT RE-ENTRY KATATERİ ÇIKARILMASI

MUZAFFER DOĞU TAŞDEMİR(1) CAN SİNİRSİZ(1) VOLKAN ŞEN(1)

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

AMAÇ

Pekütan nefrolitotomi üroloji kliniklerinde sıkça uygulanan bir cerrahi prosedürdür. Perkütan nefrolitotomi operasyonunun en sık gözlenen komplikasyonları kanama ve toplayıcı sistem perforasyonları olmakla birlikte postoperatif yabancı cisim saptanan olgular daha az sayıda literatürde bildirilmiştir. Bu nedenle perkütan nefrolitotomi sonrası malecot re-entry kataterinin üreteral parçası postoperatif dönemde kopan hastamızı olgu olarak sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

47 yaşında erkek hasta, sağ yan ağrısı nedeniyle dış merkezde yapılan tetkiklerinde sağ renal pelviste 2 cm taş saptanması nedeniyle 2 seans ESWL uygulanmış. ESWL sonrası taşı sebat etmesi nedeniyle hastaya sağ perkütan nefrolitotomi yapılarak pelvisteki tüm taşları alınmış. Operasyonun ardından 20f malecot re-entry katateri takılarak takip edilmiş. Postoperatif 4. gün hastanın katateri çekildiğinde malecot re-entry kataterinin üreteral kısmının gövdeden ayrıldığı gözlenmiş. Hastaya üreterorenoskopi yapılmış, ancak katater iliak çapraz düzeyinden distale çekilememesi nedeniyle hasta kliniğimize sevk edilmiş.

BULGULAR

Hastanın başvuru anında kreatinin değeri 0,76 mg/dl, glomerüler filtrasyon hızı ise CKD-EPI 109 ml/kg/1,73m2 olarak saptandı. Hastaya acil koşullarda üreterorenoskopi yapıldı. Malecot kataterin distal ucunda taş olduğu saptandı ve taşa lazer litotripsi uygulandı. Sağ üreter distalinden yabancı cisim forcepsi kullanılarak katater parçası çıkarıldı. Ardından retrograd üreterografi yapılarak ekstravazasyon olmadığı görüldü. Sensör guidewire üzerinden 6f 28 cm PTFE kaplı üreteral JJ stent yerleştirildi. Servis izleminde postoperatif 1. Sondası çekildi, 3. günde ise taburcu edildi. Hastanın takibine devam edilmektedir.

SONUÇ

Perkütan nefrolitotomi komplikasyonları geniş bir skalada değişiklik gösterebilmektedir. Komplikasyonları azaltmak için hasta seçimi ve ameliyat öncesi hazırlıklar oldukça önem arz etmekle birlikte cerrahi el aletleri veya kullanılan malzemeler ile ilgili komplikasyonlar, ideal cerrahi prosedürler sırası ve sonrasında da gözlenebilmektedir. Gelişen komplikasyonların erken tanı ve tedavisi ile kalıcı değişiklikler oluşmadan komplikasyonun yönetimi hedeflenmelidir.

VB-17

AT NALI BÖBREĞİ OLAN BÖBREK TAŞI HASTASINA UYGULANAN ZORLU PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OPERASYONU

ENDER CEM BULUT(1) ELBEY BAYRAMLI(1) ARİF HUSEYNLİ(1) ÇAĞRI COŞKUN(1)

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Ankara

AMAÇ
Atnalı böbrek hastasında pcnl uygulamada karşılaşılabilecek zorluklar ve çözüm yöntemlerini incelemektir.

GEREÇ-YÖNTEM
48 yaşında sol yan ağrısıyla başvuran erkek hasta yapılan Direkt Üriner Sistem Grafisinde taşa rastlanmış ve hastaya opaksız abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) istenmiştir.

Çekilen BT'de hastada atnalı böbrek olduğu izlenmiş ve sol alt kalikste 15 mm, sol üreter distalde 4 mm lik taşlar izlenmiştir. Böbreğin üst kaliksine yapılacak akses trasesinin akciğerden geçeceği, alt kaliksine yapılacak aksesin kolondan geçeceği öngörüldüğünden hastaya öncelikli olarak retrograd intrarenal cerrahi (RIRS) planlandı.

Hastadan hem RIRS hem Perkütan Nefrolitotomi (PNL) onamı alındıktan sonra operasyona alınıp Flexible Renoskop ile taşa ulaşılamadığı için hastaya Mini PNL uygulanmıştır.

Hastaya litotomi pozisyonu verildikten ve uygun saha temizliği ve örtümü yapıldıktan sonra 7 Fr Rijid Renoskop ile guidewire yardımıyla sol üretere girildi. Sol üreter distaldeki taşa rastlanmadı. Üretere guidewire bırakıldı. Ardından üreteral erişim kılıfı konuldu. Flexible renoskopla sol renal pelvise girildi fakat alt kaliks taşına ulaşılamadı ve perkutan nefrolitotomi kararı verildi. Sol üretere 6 Fr iki ucu açık üreter kateteri konulduktan sonra hastaya galdakao modifiye supin valdivia pozisyonu verildi. Skopi ve ultrason eşliğinde sol böbrek toplayıcı sisteme supin pozisyonda erişim sağlanmaya çalışıldı fakat kaliks açısından dolayı bu pozisyonda erişim sağlanılamadı. Pron pozisyona geçilmesine karar verildi. Hastaya pron pozisyon verildikten sonra uygun saha temizliği ve örtümünü takiben skopi altında ve ultrasonografi eşliğinde iğne ile sol böbrek alt kalikse ulaşıldı. Guidewire gönderildi ve guidewire üzerinden 20 Fr'ye kadar dilate edildi. 13 Fr nefroskopla toplayıcı sisteme girildi. Taş görüldü ve pnömotik litotripsi yapıldı. Taş parçaları ekstrakte edildikten sonra antegrad olarak DJ kateteri takıldı. Trakta 14 Fr nefrostomi tüpü yerleştirildi. İşleme son verildi.

BULGULAR
Atnalı böbrek olan ve sol böbrek alt poldeki taşa fleksibl renoskop ile ulaşılamayan hastaya PCNL uygulandı. Stone-free sağlandı.

SONUÇ
Bir füzyon anomalisi olan atnalı böbrek toplayıcı sistemindeki taşlara endoskopik olarak ulaşmak oldukça güç olabilmektedir. Bu hastalarda preoperatif doğru planlama ile farklı ve zorlu lokalizasyondaki taşlara ulaşılıp tedavi etmek düşük komplikasyon oranları ile mümkün olabilir.

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

POSTER SUNUMLAR

POSTER SUNUMLAR (PS-1 / PS-75)

PS-1

ISUP (ULUSLARARASI ÜROLOJİK PATOLOJİ DERNEĞİ) SKORU GRADE GRUP 1 PROSTAT KANSERİ HASTALARINDA RADİKAL PROSTATEKTOMİ PATOLOJİSİ YÜKSELMESİ RİSK FAKTÖRLERİ

ABDURRAHMAN ÖZGÜR(1) GÜNAL ÖZGÜR(2) BAHADIR ŞAHİN(2) DENİZ FİLİNTE(2) İLKER TİNAY(3) HAYDAR KAMİL ÇAM(2) LEVENT TÜRKERİ(4)

1. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
3. Anadolu Sağlık Merkezi
4. Acıbadem Altunizade Hastanesi

AMAÇ

Prostat biyopsisi patolojisi ISUP (Uluslararası Ürolojik Patoloji derneği) skoru 1 olup radikal prostatektomi olan hastaların patolojilerinde ISUP skoru yükselmesinin prediktif faktörlerinin değerlendirilmesini amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 10 yılda radikal prostatektomi yapılan hastalardan prostat biyopsi patolojisi ISUP grup 1 olan 158 hasta retrospektif olarak incelendi. Yaş, serum PSA düzeyi, prostat biyopsisi ISUP grubu, prostat biyopsisinde alınan kor sayısı, tümör pozitif kor sayısı, RP patolojisi ISUP grubu ve patolojik evre değerlendirildi.

BULGULAR

Prostat biyopsi patolojisi ISUP grup 1 olan 158 hastanın yaş ortalaması 64.07 (± 6.6) idi. 47 hastada (%29.7) ISUP grup yükselmesi saptandı. Bu hastaların ortalama PSA değeri 10.6 ng/ml (std ±6.9) idi. ISUP yükselmesi olmayan 111 hastanın ortalama PSA değeri 7.98 ng/ml (std ±4.9) idi. ISUP grubunda RP patolojisinde yükselme olan hastalarda serum PSA düzeyi istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu (p=0,02). ISUP grubu yükselme olan grupta tümör pozitif kor yüzdesi (%37), olmayan gruptan (%27) istatistiksel anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0,01). Cerrahi sınır pozitifliği (%42.6'ya karşı %18), kapsül invazyonu (%55.3'e karşı %19.8) ve seminal vezikül invazyonunun (%23.6'ya karşı %3.6) saptanma oranı da ISUP derecesinde yükselme olan grupta istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.05).

SONUÇ

Bu sonuçlar PSA değeri 10 nd/ml 'den yüksek olan ISUP grup 1 hastalar için aktif izlemin uygun bir seçenek olamayabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, prostat biyopsisinde yüksek sayıda ve yüzdede tümör pozitif korların varlığı ISUP derecesi yükselmesi için risk oluşturmaktadır. ISUP yükselmesi olan hastalarda patoloji sonuçlarında cerrahi sınır pozitifliği, kapsül invazyonu ve seminal vezikül invazyonu daha yüksek oranda eşlik etmektedir.

Tablo 1: Prostat biyopsisi ve radikal prostatektomi gruplarının demografik, biyokimyasal ve patolojik bulgularının karşılaştırılması

		ISUP Yükselme (+) n=47 (29.7%)	ISUP Yükselme (–) n=111 (70.3%)	p
Yaş (ortalama yaş ± SD)		65.7 (±6.4)	63.5 (±7.3)	0.357[1]
Ortalama PSA (ng/ml) ± SD		10.6 (±6.9)	7.98 (±4.9)	**0.021**[1]
Tümör Pozitif Kor Sayısı		3.5 (±2.4)	3.2 (±2.5)	0.406[1]
Tümör Pozitif Kor Yüzdesi		37 (±22.1)	27 (19.6)	**0.011**[1]
Cerrahi Sınır Pozitifliği	(+)	20 (42.6%)	20 (18%)	**0.01**[1]
	(-)	27 (57.4%)	91 (82%)	
Kapsül İnvazyonu	(+)	26 (55.3%)	22 (19.8%)	**<0.001**[1]
	(-)	21 (44.7%)	89 (80.2%)	
Seminal Vezikül İnvazyonu	(+)	11 (23.6%)	4 (3.6%)	**<0.001**[1]
	(-)	36 (76.4%)	107 (96.4%)	

PS-2

BÖBREK HÜCRELİ TÜMÖRÜNÜN İDRAR MESANESİNE METASTAZI: İKİ OLGU SUNUMU

HAKAN TÜRK(1) ERKAN ARSLAN(1) ŞİRİN KÜÇÜK(2)

1. Department of Urology, Uşak University, Faculty of Medicine, Uşak, Turkey
2. Department of Pathology, Uşak University, Faculty of Medicine, Uşak, Turkey

AMAÇ
Renal hücreli karsinom (RHK), yetişkinlerde %90 oranında böbrek tümörleri arasında en sık görülen malign tiptir. Olguların %30'unda tanı anında uzak metastaz görülür. Şimdiye kadar mesaneye yaklaşık 65 metastatik RHK vakası tespit edildi. Bunlar arasında berrak hücreli RHK en sık görülen histolojik tipti (%92). Geri kalanına gelince, sadece iki papiller RHK vakası rapor edildi. Bu çalışmada mesane metastazı olan iki şeffaf hücreli RHK olgusunu sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM
Olgu 1; 65 yaşında erkek hastaya 2019 yılında 6x5x3 cm boyutlarında sağ böbrek kitlesi nedeniyle sağ radikal nefrektomi uygulandı. Patolojik incelemede sağ adrenal kortikal adenom ve perinefrik dokuya ve pelviseinvazyonu olan berrak hücreli RHK saptandı. Patolojik evre T3aN0M0 olarak belirlendi. İzlemde 1. yılda mesane ile ilgili hematüri, idrarda yanma, sistit gibi semptomlar nedeniyle sistoskopi yapıldı ve sağ orifis üzerinde 4x3 cm'liksolid kitle izlendi.Olgu 2; İkinci vakamız 2013 yılında dış merkezde sol böbrekte 8x6x3 cm boyutunda böbrek kitlesi nedeniyle sol radikal nefrektomi ameliyatı geçirmişti. Patoloji T2N0M0 şeffaf hücreli RHK olarak rapor edildi. 2021 yılında hematürişikayeti ile hastaneye yatırılan hastanın muayenesinde mesanede kitle tespit edildi. Kontrol BT'de mesane sol lateral duvar superiorunda kitle saptandı (şekil 1).

BULGULAR
Olgu 1; Hastaya TUR-M yapıldı ve patoloji RHK ve Şeffaf Hücre Tipi Metastaz olarak belirlendi. Olgu 2; 2021 yılında hematürişikayeti ile hastaneye yatırılan hastanın muayenesinde mesanede kitle tespit edildi. Kontrol BT'sinde mesane sol lateral duvar superiorunda kitle saptandı ve mesane rezeksiyonu yapıldı. Numunenin patolojisi berrak hücreli RHK olarak tanımlandı.

SONUÇ
Sonuç olarak, RHK'nın mesaneye metastazı sık olmadığı için hastaların rutin kontrol tetkiklerinde akılda tutulması ve metastaz yönünden araştırılması gereken yerlerden biri de mesanedir. RHK'nin mesaneye metastazı durumunda tedavi prosedürü konusunda fikir birliği olmaması bu tür vakaların yönetimini daha da zorlaştırmaktadır.

PS-3

PROSTAT ADENOKARSİNOMUNDA VARYANT HİSTOPATOLOJİNİN SAĞKALIM ÜZERİNE ETKİSİ

HİKMET KÖSEOĞLU(1) SEMİH AKTAŞ (1) EMRE ARI(1) HİLMİ ENES ARACI(1)

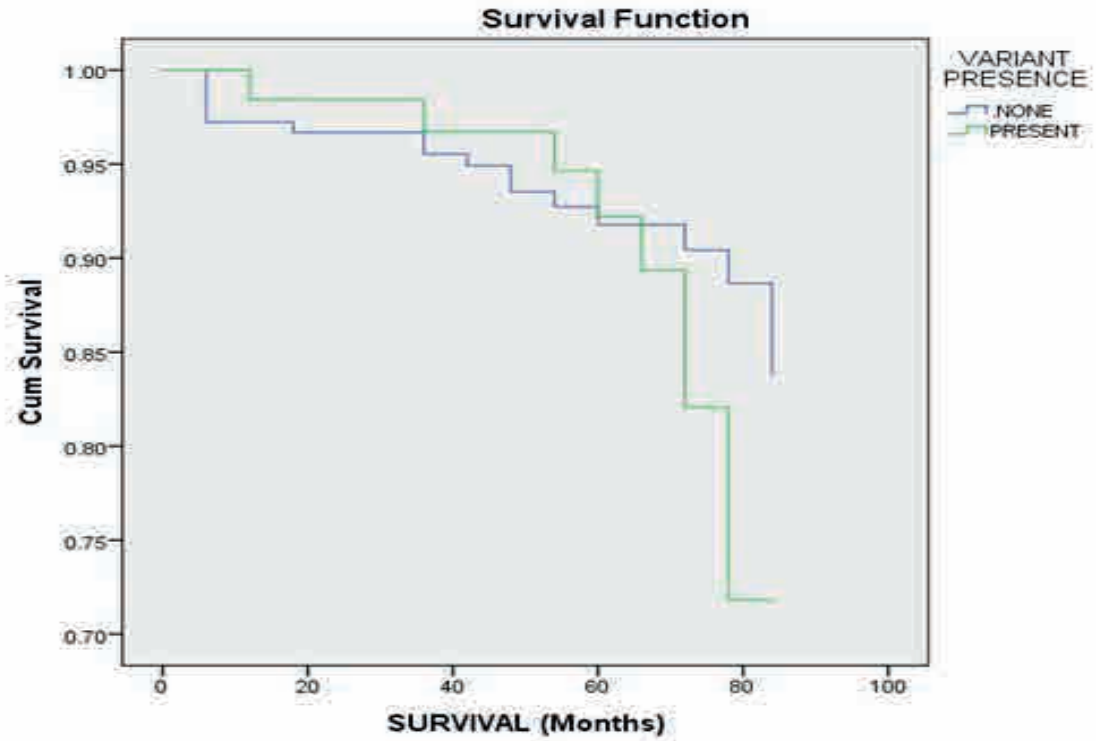
1. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ
Prostat adenokarsinomu ile ilişkili varyant patolojinin sağkalım üzerine olası etkilerinin belirlenmesi amaçlandı

GEREÇ-YÖNTEM
Ocak 2014 ile Ocak 2020 arasında lokalize prostat kanseri nedeniyle radikal prostatektomi uygulanan hastalara ait veriler retrospektif olarak analiz edildi. Olguların klinik ve demografik verileriyle bağlantılı olarak varyant histopatolojinin varlığına göre sağkalımları karşılaştırdık.

BULGULAR
Lokalize prostat kanseri nedeniyle toplam 244 hasta ameliyat edildi. Yaş ortalamaları 62.29±6.36, ortalama vücut kitle indeksi 26.71±3.81 idi. Preoperatif ortalama PSA değerleri 13.84±18.83 (25-75 persentil 5.75-13.80) ng/dL idi. Ortalama prostat hacmi 42.63±18.13 cc idi. %62'sinde hipertansiyon (%41) ve diabetes mellitus (%20) olmak üzere bir veya daha fazla ek hastalık mevcuttu. %7'sinde sekonder malignite vardı. Hastaların ISUP dereces ve yüzdeleri sırası ile 1 (%42), 2 (%38), 3 (%10) ve >3 (%10) idi. Lenfovasküler invazyon %17, perinöral invazyon %29 ve cerrahi sınır pozitifliği %34 oranında mevcuttu. %31'i adjuvan tedavi gördü (sadece radyoterapi %11, radyoterapi + hormonoterapi %18 ve sadece hormonoterapi %2). Progresyon olan %4 hastada kemoterapi uygulandı. %26'sında varyant histopatoloji vardı [intraduktal (%81), köpüklü hücre (%11), duktal (%6) ve nöroendokrin (%2)]. Prostat kanseri ve varyant histopatoloji ile ilişkili prostat kanseri grupları karşılaştırıldığında ortalama yaş ve postoperatif birinci ay PSA değerleri farklı olup; sırasıyla 62,29±6,36 vs 64,33±5,77 yıl (p=0,025) ve 0,32±1,53 ve 1,01±2,98 ng/dl (p=0,022) idi. Prostat kanseri ve varyant patoloji ile ilişkili prostat kanseri için ortalama takip süresi istatistiksel olarak benzerdi (60.33±21.66'ya karşı 60.42±16.88 ay). Takip sırasında sadece prostat kanseri grubunda %11'i mortalite ile sonuçlandı, varyant grubunda ise %14'ü mortaliteyle sonuçlandı ve istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,416).

SONUÇ
İlişkili varyant patoloji, standart tedavi alan lokalize prostat kanserli hastaların sağkalım oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş göstermemektedir. Daha ziyade, ileri yaşın sağkalım oranındaki anlamlı olmayan %3'lük farkta bir rolü olabilir.



PS-5

BULBER ÜRETRA DARLIKLARINDA VENTRAL YAKLAŞIMLI AGUMENTATİF TRANSEKSİYONSUZ ANASTOMOZ: CERRAHİ TEKNİK VE 2 HASTA SUNUMU

MUSAB ALİ KUTLUHAN(1) SAİT AYGÜN(1) ASIM ÖZAYAR(1) KEMAL ENER(1) EMRAH OKULU(1) ÖNDER KAYIGİL(1)

1. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Çalışmamızın amacı; ventral yaklaşımlı agumentatif transeksiyonsuz anastomoz tekniğini tanımlamak ve bu tekniği kullandığımız hastaların kısa dönem fonksiyonel sonuçlarını sunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

Vaka 1: Daha önce travma sonrası bulber üretra darlığı sebebi ile 1 kez internal üretrotomi uygulanan 44 yaşında erkek hasta idrar atım bozukluğu şikayeti ile başvurdu. International prostat semptom skoru (IPSS) 27 idi. Üroflowmetrisinde maksimum akım: 1,1, ortalama akım: 1 idi. Çekilen retrograde üretrografisinde mid-bulber 2 cm darlık vardı.

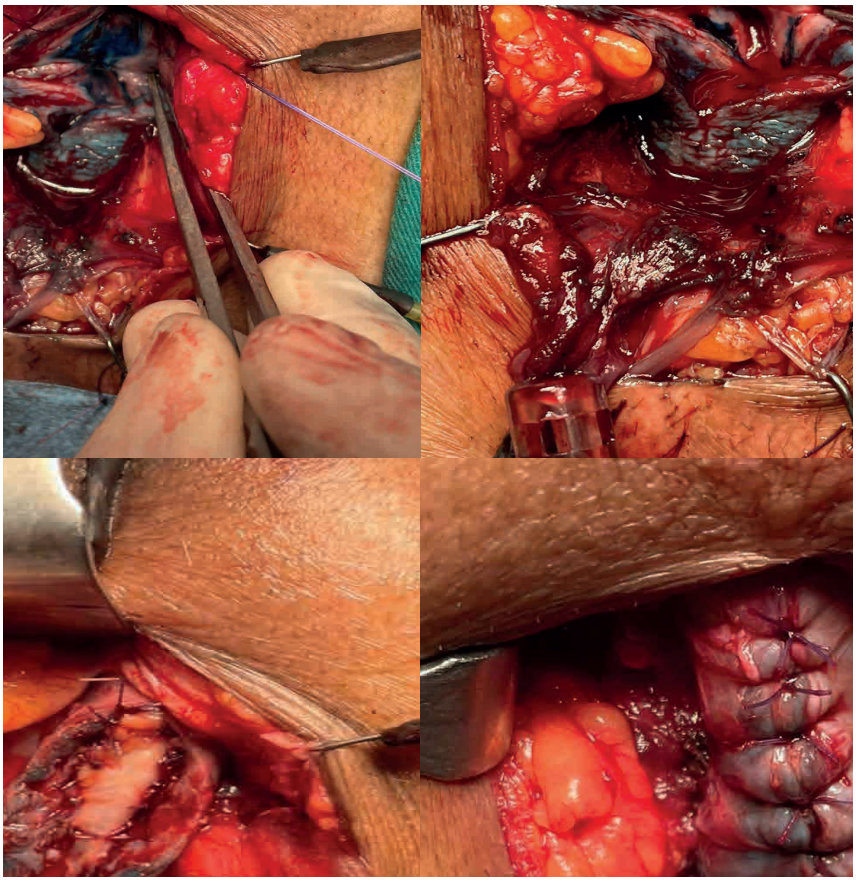
Vaka 2: Daha önce transüretral prostatektomi sonrası bulber üretra darlığı sebebi ile 4 kez internal üretrotomi uygulanan 88 yaşında erkek üriner retansiyon sebebi ile perkütan sistostomi ile başvurdu. Çekilen retrograde üretrografisinde mid-bulber 3 cm darlık vardı.
Cerrahi Teknik: Genel anestezi sonrası hastalar extended litotomi pozisyonuna alındı. Semi-rigid üreterorenoskopi ile değerlendirme sonrası vertikal perineal insizyon atıldı. Bulbospongiosis kası visualize edilerek orta hattan kesildi. Bulber üretra ortaya konuldu. Darlık yerinin 16f nelaton sonda ile tespiti sonrası üretra ventral vertikal açıldı. İleri derece oblitere üretral lumen mukozası altta yatan korpus spongiozum korunarak eksize edildi ve mukoza-mukoza anastomoz (Non-transecting anastomoz) gerçekleştirildi. Ardından alınan bukkal mukoza greft (BMG) ventral yerleştirilerek korpus spongiozum BMG üzerine kapatıldı (Ventral agumentasyon) (Figür 1).

BULGULAR

Üç hafta üretral kateterizasyon sonrası hastalara retrograd üretrografi çekildi. Üriner ekstravazasyon yok idi. Rezidü üretral darlık izlenmedi. 3. ay kontrol üroflowmetrelerinde maksimum akım sıra ile 21 ve 12 ml/sn ortalama akım sıra ile 15 ve 8 ml/s idi. IPSS'ları sıra ile 5 ve 7 idi.

SONUÇ

Bulber üretra darlıklarında ventral yaklaşımlı agumentatif transeksiyonsuz anastomoz güvenli bir şekilde uygulanabilir. Daha önce tanımlanan agumentatif transeksiyonsuz anastomoz tekiniğine göre uygulanması daha kolaydır. Tekniğin kısa dönem fonksiyonel sonuçlarının iyi olduğu görülmekle beraber daha çok hasta sayılı uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.



PS-6

MESANE TÜMÖRÜNÜ TAKLİT EDEN RASTLANTISAL PROSTAT ADENOMU: HOLMİUM LAZER PROSTAT ENÜKLEASYON (HOLEP) CERRAHİSİNİN NADİR BİR KOMPLİKASYONU

AYKUT DEMİRCİ(1) OĞUZHAN CEYLAN(1) HALİL BAŞAR(1)

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

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH) erkeklerde daha ileri yaşlarda ortaya çıkan alt üriner sistem semptomlarıyla seyreden, yeterli tedavi verilmediğinde mesanede taş oluşumu, hematüri ve böbrek yetmezliği gibi ciddi problemlerle karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Tedavisinde semptomların şiddetine göre izlem, medikal tedavi ve cerrahi uygulanmaktadır. Göreceli olarak daha uzun zamandır kullanılan TUR-P ve açık cerrahinin yerine son yıllarda giderek artan popülaritesi ile Holmium Lazer Prostat Enükleasyon (HoLEP) operasyonu kullanılmaya başlanmıştır. Henüz enükleasyon tekniğinde standardizasyon sağlanamadığı gibi, cerrahiye bağlı bilinen komplikasyonları açısından da yeni bir tekniktir. Bu yüzden literatüre kazandırılan geri bildirimlerin de önemi büyüktür. Biz de daha önce HoLEP operasyonu geçirmiş ve insidental olarak saptanan, mesane içinde tümör ile karışan rezidü prostat adenomu olan vakamızı sunmayı amaçlıyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

71 yaşında erkek hasta yaklaşık 5 yıldır olan ve son dönemde giderek artan medikal tedaviye yanıtsız idrarda yanma, idrar yaparken zorlanma, kesik kesik idrar yapma şikayetleri ile üroloji kliniğimize başvurdu.

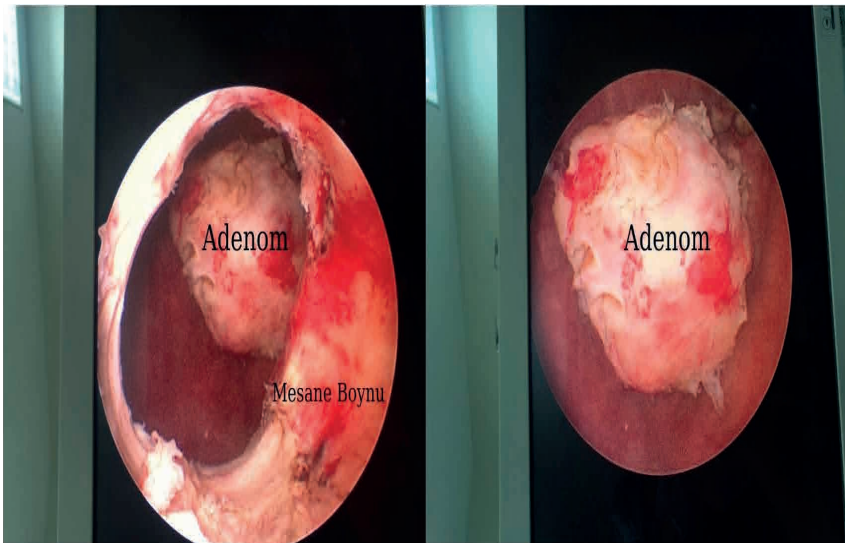
BULGULAR

Hastanın özgeçmişinde periferik arter hastalığı ve beş yıl önce geçirilmiş HoLEP operasyonu öyküsü mevcuttu. Hastanın daha önceki operasyonunda patolojisi BPH olarak sonuçlanmıştı. IPSS 25'ti. Kanda BUN:11 mg/dl, Crea:0.59 mg/dl, tPSA:4.6 ng/dl olarak ölçüldü. İdrar tahlilinde nitrit negatifti ve 14 lökosit mevcuttu. Uroflowmetride, Qmax:8 ml/s, Ortalama akım:5 ml/s, işenen hacim 220 cc'ydi. Hastaya yapılan üriner ultrasonda mesane tabanında 3x3 cm lik tümöral oluşum izlendi, prostatik lojda muhtemel operasyona ait defekt mevcuttu, post miksiyonel rezidü 50 cc olup anlamsızdı, üst üriner sistem normaldi. Hastaya sistoskopi yapıldı. Anterior üretra doğal olarak izlendi, prostatik loj açıktı. Mesane içerisinde serbest halde yüzen 3x3 cm solid, düzgün yüzeyli bir adet prostat adenom dokusu izlendi (Şekil 1). Aynı seansta bipolar TUR-P operasyonu ile doku rezeksiyonu uygulandı. Postop birinci gün genel durumu iyi ve vital bulguları stabil olan hasta sondası çekilerek taburcu edildi. Hastanın patoloji sonucu BPH olarak geldi. Hastanın birinci ay kontrolünde IPSS skoru 6; üroflowmetride Q max:22 ml/s, ortalama akım:18 ml/s, işenen hacim 275 cc olarak geldi. Hasta yaklaşık dört aydır klinik takibimizde olup şu an için aktif ürolojik şikayeti bulunmamaktadır.

SONUÇ

HoLEP cerrahisi sonrası mesanede insidental saptanabilecek adenomların gerçek sıklığı konusunda literatürde yeterli veri bulunmamaktadır. Bu durum hastaların yaşam kalitesini azaltmakta ve uygulanan tedavinin başarı oranını düşürmektedir. Bu tarz komplikasyonların literatüre kazandırılmasının cerrahların postoperatif karşılaşabilecekleri nadir durumlara hazırlıklı olmasını sağlayacağını düşünüyoruz.

Şekil 1: Prostat adenomunun görünümü



PS-7

COVID-19 PANDEMİSİNİN ÜROLOJİK HASTA DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

MERT BAŞARANOĞLU(1) ERDEM AKBAY(1) ERİM ERDEM(1)

1. Mersin Üniversitesi Hastanesi

AMAÇ

Tanımlayıcı nitelikte olan çalışmamızın amacı tüm dünyayı etkileyen COVID-19 salgının hastaların hastanemize yapılan başvuru davranışlarının incelenmesi, tanı konulan hastalıkların sıklığı ve miktarındaki değişikliklerin tespit edilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Mersin Üniversitesi Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı Polikliniğinde 11 Eylül 2018 ile 11 Eylül 2021 tarihleri arasında muayene olmuş hastaların dosyaları retrospektif incelenmiş olup hastaların bilgileri The International Codes of Diseases (ICD-10) kodu, yaş grubu ve başvuru tarihine göre rapor edilmiştir. Elde edilen verilerde çoklu girişi olan hastaların mükerrer kayıtlar değerlendirmeye alınmamış, çoklu tanı kodları olanlar ayrı bir veri olarak kaydedilmiştir.

BULGULAR

Pandemi sonrasında öncesine oranlar hasta başvuru sayıları %12,52 azalmış yeni tanılarda ise %27,08 azalma görülmüştür. Onkolojik hastalıklar hariç tüm hastalık gruplarında ve yeni tanı alan Genel Üroloji ve Androlojik hastalıklarda azalış izlenmiştir. ($p<0,05$) Ayrıca tüm yaş gruplarının başvurularında ve yeni tanı alanlarda yalnızca 18-24 yaş grubunda değişim saptanmıştır. ($p<0,05$)

SONUÇ

Pandemi, hastaların hastane başvuru sayılarını, yeni tanı alan hastaların sayısını hastalık grupları ve yaş gruplarını da kapsayacak şekilde genel olarak azalış yönünde etkilemiştir.

PS-10

ÜRETERORENOSKOPU SKOPİ KULLANMADAN UYGULAMAK NE KADAR GÜVENLİ?

SEYİT HALİL BATUHAN YILMAZ(1)

1. Kozan Devlet Hastanesi

AMAÇ

URS üreter taşı tedavisinde standart olarak kullanılan tedavi yöntemidir. URS standart olarak floroskopi eşliğinde yapılmaktadır. Üriner sistem taş hastalığı sık tekrarlayan bir hastalık olduğu için hastalara tekrarlayan URS prosedürleri uygulanabilmekte bu da hastanın radyasyon maruziyetini artırmaktadır. Ayrıca özellikle taş cerrahisi ile ilgilenen endoürologlar da floroskopi sebebiyle yüksek doz radyasyona maruz kalmaktadır. Çalışmada skopisiz URS'nin operasyon başarısı üzerine etkileri ve skopisiz URS'nin kullanılabilirliğini araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya Aralık 2021-Temmuz 2022 tarihleri arasında URS uygulanan 140 kişi dahil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri, preoperatif radyolojik ve laboratuvar parametreleri, operatif ve post-operatif verileri kaydedilmiştir. Hastalar skopi kullanılanlar ve skopi kullanılmayanlar olarak 2 gruba ayrılmıştır. Kaydedilen veriler her iki grupta karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmadaki Hastaların yaş ortancası 41 (min:15-max:86) idi. Hastaların 45 (%32.1)'i kadın, 95 (%67.9)'i erkekti. Kronik böbrek hastalığı, KOAH, hipertroidi, hipertansiyon ve diabetes mellitus gibi komorbiditelerin skopi kullanımını etkilemediği saptandı. Preoperatif hemoglobin, nötrofil, lenfosit, değerleriyle skopi kullanımı arasında ilişki yokken, preoperatif üre ve kreatinin değerleri daha yüksek olan hastalarda skopi kullanımının anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı (34.1 (min:21.4-max:77) vs 30 (min:12.84-max:141.24); p=0.038, 1.06 (min:0.39-max:1.96) vs 0.89 (min:0.5-max:8.53); p=0.008) (Tablo 1)

Taşına ESWL uygulanmış olan ve medikal ekspulsif tedavi uygulanan hastalarda skopi kullanımı daha düşük saptandı (p=0.002, p=0.009) (Tablo 1). Ayrıca distal üreter taşlarında skopi kullanımı daha düşüktü (p=0.025) (Tablo 1).

Skopi kullanılmayan grupta taşın HU 452.5 (min:100-max:1409), kullanılan grupta ise 669 (min:190-max:1440) saptandı ve skopi kullanılmayan grupta HU değeri anlamlı şekilde daha düşüktü (p=0.004) (Tablo 1).

Operasyon süresi, lazer frekansı ve atım sayısı skopi kullanılmayan grupta daha düşüktü (p=0.004, p=0.005, p= 0.024). İki grup arasında lazer gücü açısından anlamlı fark yoktu (0.8 joule (min:0.5-max:1) vs 0.8 joule (min:0.5-max:1), p=0.881).

Komplikasyon oranı ve operasyon sonrası DJS takılması skopi kullanılmayan grupta anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.001$, $p<0.001$) (Tablo 1).

Skopi kullanılmayan grupta 102 (72.9%) hastanın operasyonu başarılı olurken skopi kullanılan grupta 26(18.6%) hastanın operasyonu başarılı oldu ve anlamlı şekilde skopi kullanılmayan hastalardaki operasyon başarısı daha yüksekti ($p<0.001$). Post operatif VAS skopi kullanılmayan grupta anlamlı olarak daha düşük saptandı (1 (min:0-max:5) vs 3 (min:0-max:5), $p<0.001$).

SONUÇ

Skopisiz URS, radyasyona maruz kalmama avantajına sahip olmakta birlikte oldukça etkili ve güvenli bir prosedürdür. Ancak seçilmiş hastalarda dikkatli bir şekilde yapılması ve intraoperatif olarak skopi ekipmanının her zaman hazır bulunması gerekmektedir.

Tablo 1: Skopi kullanımının operasyon ve sonrasına etkisi

	Skopi YOK (n=102)	Skopi VAR (n=38)	p
Cinsiyet (n,%)			
Kadın	35 (25%)	10 (7.1%)	0.368
Erkek	57 (47.9%)	28 (20%)	
Yaş (median, min-max)	39 (15-66)	43 (19-86)	0.149
BMİ (median, min-max)	24.18 (18.4-29.3)	24.4 (19-28)	0.651
Kronik böbrek hastalığı			
Yok	99 (70.7%)	37 (26.4%)	0.922
Var	3 (2.1%)	1 (0.7%)	
Hipertansiyon			
Yok	93 (66.4%)	28 (20%)	0.085
Var	9 (6.4%)	10 (7.1%)	
Diabetes Mellitus			
Yok	98 (70%)	34 (24.3%)	0.134
Var	4 (2.8%)	4 (2.9%)	
Kronik obstruktif akciğer hastalığı			
Yok	99 (70.7%)	38 (27.1%)	0.285
Var	3 (2.1%)	0 (0%)	
Hipertroidi			
Yok	101 (72.1%)	38 (27.1%)	0.540
Var	1 (0.7%)	0 (0%)	
Taş hastalığı öyküsü			
Yok	54 (38.6%)	22 (15.7%)	0.601
Var	48 (34.3%)	16 (11.4%)	
ESWL öyküsü			
Yok	97 (69.3%)	36 (25.7%)	0.931
Var	5 (3.6%)	2 (1.4%)	
Taş cerrahisi öyküsü			
Yok	70 (50%)	25 (17.9%)	
URS	27 (19.3%)	12 (8.6%)	0.732
PNL	5 (3.6%)	1 (0.7%)	
Taş tarafı			
Sağ	52 (37.1%)	16 (11.4%)	0.182
Sol	45 (32.1%)	22 (15.7%)	
Her iki taraf	5 (3.6%)	0 (0%)	
Taş lokalizasyonu			
Distal	66 (47.1%)	19 (13.6%)	0.025
Proksimal	29 (20.7%)	19 (13.6%)	
Birden fazla	7 (5%)	0 (0%)	
Dilatasyon			
Yok	9 (6.4%)	1 (0.7%)	0.206
Var	93 (66.4%)	37 (26.4%)	
Taşın boyu (mm) (median, min-max)	7 (4-15)	8.5 (4-15)	0.101
Taşın alanı (mm^2) (median, min-max)	32 (10-115)	37.5 (7-109)	0.122
Taşın Hounsfield Unitesi (median, min-max)	452.5 (100-1409)	669 (190-1440)	0.004
Taşa ESWL öyküsü			
Yok	101 (72.1%)	33 (23.6%)	0.002
Var	1 (0.7%)	5 (3.6%)	
Taşa Medikal Ekspulsif Tedavi			
Yok	50 (35.7%)	28 (20%)	0.009
Var	52 (37.1)	10 (7.1%)	
Preoperatif üre (median, min-max)	30 (12.84-141.24)	34.1 (21.4-77)	0.038
Preoperatif kreatinin (median, min-max)	0.89 (0.5-8.53)	1.06 (0.39-1.96)	0.008
Preoperatif hemoglobin (median, min-max)	14.2 (7.1-17.8)	14.5 (10.5-17.3)	0.130
Preoperatif nötrofil (median, min-max)	6.38 (1.75-19.76)	6.72 (1-22.12)	0.449
Preoperatif lenfosit (median, min-max)	2.23 (0.82-6.74)	1.95 (0.26-4.11)	0.318
Ameliyat süresi (dk) (median, min-max)	25 (10-60)	35 (10-50)	0.004
Lazer gücü (joule) (median, min-max)	0.8 (0.5-1)	0.8 (0.5-1)	0.811
Lazer frekansı (median, min-max)	7 (3-10)	7.5 (3-10)	0.005
Lazer atım sayısı (median, min-max)	70.5 (0-732)	280 (5-850)	0.024
Taş impaksiyonu			
Yok	65 (46.4%)	21 (15%)	0.360
Var	37 (26.4%)	17 (12.1%)	
Double J stent takılması			
Yok	53 (37.9%)	4 (0%)	<0.001
Var	49 (35%)	34 (8.6%)	
Yatış süresi (gün) (median, min-max)	1 (1-5)	1 (1-10)	0.431
Komplikasyon			
Yok	99 (70.7%)	25 (17.9%)	
Hematüri	0 (0%)	1 (0.7%)	
Sistit-piyelonefrit	0 (0%)	2 (1.4%)	
Ateş	3 (2.1%)	1 (0.7%)	
Üreter yaralanması	0 (0%)	2 (1.4%)	<0.001
Taş migrasyonu	0 (0%)	7 (5%)	
Preoperatif Visual Analog Skoru (median, min-max)	7 (5-10)	8 (6-10)	0.003
Postoperatif Visual Analog Skoru (median, min-max)	1 (0-5)	3 (0-5)	<0.001
Rezidü			
Yok	102 (72.9%)	26 (18.6%)	<0.001
Var	0 (0%)	12 (8.6%)	

PS-11

TRAKYA BÖLGESİ'NDE ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN ERKEKLERDE PREMATÜR EJEKÜLASYONUN SORGULANMASI

MÜSLİM DOĞAN DEĞER(1) SERDAR MADENDERE(2)

1. Edirne Sultan 1. Murat Devlet Hastanesi
2. Özel Amerikan Hastanesi

AMAÇ
Üroloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvurmuş hastalarda prematür ejekülasyon(PE) sıklığını, predispozan faktörleri, komorbid hastalıkları ve eşlik eden diğer şikayetleri incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM
Çalışma için etik kurul onayı Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (TÜTF-BAEK 2020/224). Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne Sultan 1.Murat Devlet Hastanesi, Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Tekirdağ Çorlu Devlet Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne herhangi bir şikayetle başvuran 18 yaş üstü erkek hastalara anket formları verildi. Anket formunda hastaların erken boşalma ile ilgili bilgi düzeyi, boy ve kiloları, ek hastalıkları, medeni durumu, alışkanlıkları, erken boşalma şikayeti varsa günlük hayatına olan etkisi, sünnet yaşı ve sünnetin kim tarafından yapıldığı, mastürbasyon sıklığı, erektil fonksiyonu ve korunma yöntemleri sorgulandı. 1 Ocak-31 Mayıs 2022 tarihleri arasında anketleri doldurmaya rıza gösteren hastalar arasından tam olarak yanıtlanmış 349 anket formu değerlendirmeye alındı.

BULGULAR
Hastaların yaş ortalaması 26,5 ± 4,2 idi. Hastaların %4,3'ünde primer PE, %15,4'ünde sekonder PE, %40'ında subjektif PE tespit edildi. PE için risk faktörleri erektil disfonksiyon, doktor dışı sünnet öyküsü ve evli olmak idi ($p<0,05$). Yaş, ek hastalıklar, sigara-alkol, egzersiz, sünnet yaşı, ilk cinsel ilişki yaşı, mastürbasyon sıklığı, korunma yöntemlerinin PE için bir faktör olmadığı görüldü. Hastaların %4,8'inin PE nedeni ile hastaneye başvurduğu izlendi bu oran PE'si olanlar arasında %24,3 idi. Hastaların %18,9'unda çoğu zamanda ilişkiden kaçınmaya neden olduğu izlendi. Hastaların %31,8'inde bazen, %18,4'ünde genelde erektil disfonksiyon olduğu görüldü.

SONUÇ
Erken boşalma, üroloji polikliniğine başvuran hastalarda sık görülen bir sorundur ancak hastalar geleneksel nedenler nedeni ile dile getirmekten çekinmektedirler. Sünnet önemli bir değiştirilebilir PE risk faktörüdür ve operasyonun doktor tarafından yapılması konusunda halk bilinçlendirilmelidir.

Tablo 1: Prematür ejekülasyor için predispozan faktörler

Değişkenler	p değeri	Değişkenler	p değeri
Yaş	0,643	Sünnet yapan kişi	**<0.05**
VKİ	0,680	Sünnet yaşı	0,680
Hipertansiyon	0,456	İlk cinsel ilişki yaşı	0,456
Diyabet	0,768	Korunma yöntemi	0,768
Kronik Böbrek Hastalığı	0,867	Mastürbasyon sıklığı	0,867
Kronik Kalp Hastalığı	0,768	Erektil disfonksiyon	**<0.05**
Psikiyatrik Hastalık	0,556	Egzersiz	0,768
Sigara	0,296	Medeni durum	**<0.05**
Alkol	0,345		

PS-12

ABDOMİNAL AORT ANEVRİZMASINA BAĞLI GELİŞEN GROSS HEMATÜRİ: NADİR BİR OLGU

MUHAMMED CİHAN TEMEL(1) MAİS ALLAHVERDİYEV(2)

1. Nevşehir Devlet Hastanesi
2. Bandırma Özel Royal Hastanesi

AMAÇ
Bu olgu sunumunda abdominal aort anevrizmasına bağlı gelişen bir gross hematüri vakasını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Kronik hipertansiyon, benign prostat hiperplazisi ve parkinson hastalığı hikayesi olan 81 yaşındaki erkek hasta Covid enfeksiyonuna bağlı akciğer tutulumu ve oksijen saturasyon düşüklüğü nedeniyle merkezimiz acil servisine başvurdu. Hastada D-Dimer yüksekliği ve bilateral gode bırakan alt ekstremite ödemi mevcuttu. Yapılan akciğer sintigrafisinde pulmoner emboli bulgusuna rastlanmadı. Hasta mevcut enfeksiyon tablosu nedeniyle yoğun bakıma yatırılarak medikal tedavi başlandı. Hastada tedavinin 4. gününde gross makroskopik hematüri gelişti ve hemoglobinde 24 saat içinde 2 gr/dL düşüş oldu. Hastaya mesane irrigasyonu başlanarak antikoagülan tedavisi stoplandı. Eritrosit süspansiyon (ES) transfüzyonu yapıldı. Ancak bu işlemlerden 48 saat sonrasına kadar yoğun makroskopik hematüri devam etti. Yapılan üriner ultrasonografide hematüriyi açıklayacak herhangi bir patoloji tespit edilmedi. Hastanın genel durumunun bozuk olması nedeniyle herhangi bir invaziv tanı yöntemi de uygulanamadığı için kontrastlı tüm batın tomografi çekildi. Yapılan tomografide; "Renal arterler seviyesinin inferiorundan başlayıp, iliak bifurkasyo düzeyine dek uzanan yaklaşık 10cm uzunluğunda, en geniş yerinde 6,5 cm çapa ulaşan aort anevrizması izlendi. Üriner sistemde herhangi bir tümöral oluşum izlenmedi". Hastanın idrar kültüründe de herhangi bir üreme görülmedi. Hastaya kalp ve damar cerrahisi tarafından endovasküler stent (EVAR) tedavisi önerildi. Tedavinin 6. gününe kadar hematüri ve mesane irrigasyonu devam eden hasta EVAR tedavisi ve girişimsel radyoloji olanağı olan başka bir merkeze sevk edildi.

BULGULAR
Batın içi büyük arterler anevrizmaları nadir görülmekte olup, kendini farklı semptomlarla belli edebilir (1). Bu anevrizmalar hem nadir görülmeleri, hem de batın içindeki derin anatomik pozisyonları nedeniyle atipik semptomlar yarattığı için inatçı makroskopik hematürilerin ayırıcı tanısında sıklıkla akla gelmezler. Büyük arter anevrizmalarının boyutu arttığında, komşu organlara bası veya disseksiyon oluşması nedeniyle atipik ürolojik, gastroenterolojik, ortopedik ve nörolojik semptomlar ortaya çıkarabilir (1, 2). Anevrizmaların hematüriye sebep olması çevre dokulara doğrudan bası yapması, abdominal distansiyon, venöz kompresyon ve mesane ile üreter çevresinde yaptıkları desmoplastik reaksiyonlara bağlanmıştır (3). Bizim vakamızda da izole dirençli makroskopik hematüri ve bilateral alt ekstremite ödemi olan bir hastada dev abdominal aort anevrizması mevcuttu.

SONUÇ
Özellikle alt ekstremite ödeminin eşlik ettiği, nedeni bilinmeyen inatçı makroskopik hematüri vakalarında batın içi büyük damar patolojileri mutlaka akılda bulundurulmalı ve radikal karar vermeden önce batın içi detaylı görüntüleme yapılmalıdır.

PS-13

BÖBREĞİN EOZİNOFİLİK VAKUOLİZE TÜMÖRÜ; YENİ BİR PATOLOJİK OLUŞUMUN KLİNİK PERSPEKTİFİ

HALİL İBRAHİM İVELİK(1) İBRAHİM GÜVEN KARTAL(1) BEKİR ARAS(1) MEHMET SEVİM(1) OKAN ALKIŞ(1) HAZAL TUNÇ(2) MUSTAFA FUAT AÇIKALIN(2)

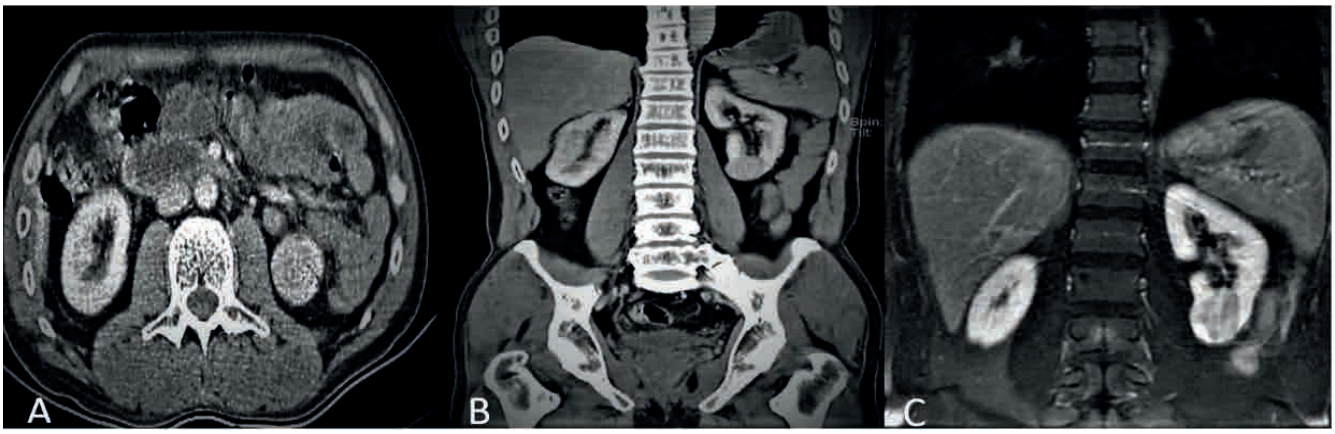
1. Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi
2. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ
WHO/ISUP klasifikasyonunda henüz tanımlanmayan; parsiyel nefrektomi sonrası tanı konulan ve ürolojik açıdan değerlendirilmeyen eozinofilik vakuolize tümörün preoperatif ipuçlarını incelemek, peroperatif özelliklerini sunmak ve postoperatif prognozunu değerlendirmek amacıyla bu bildiri hazırlanmıştır.

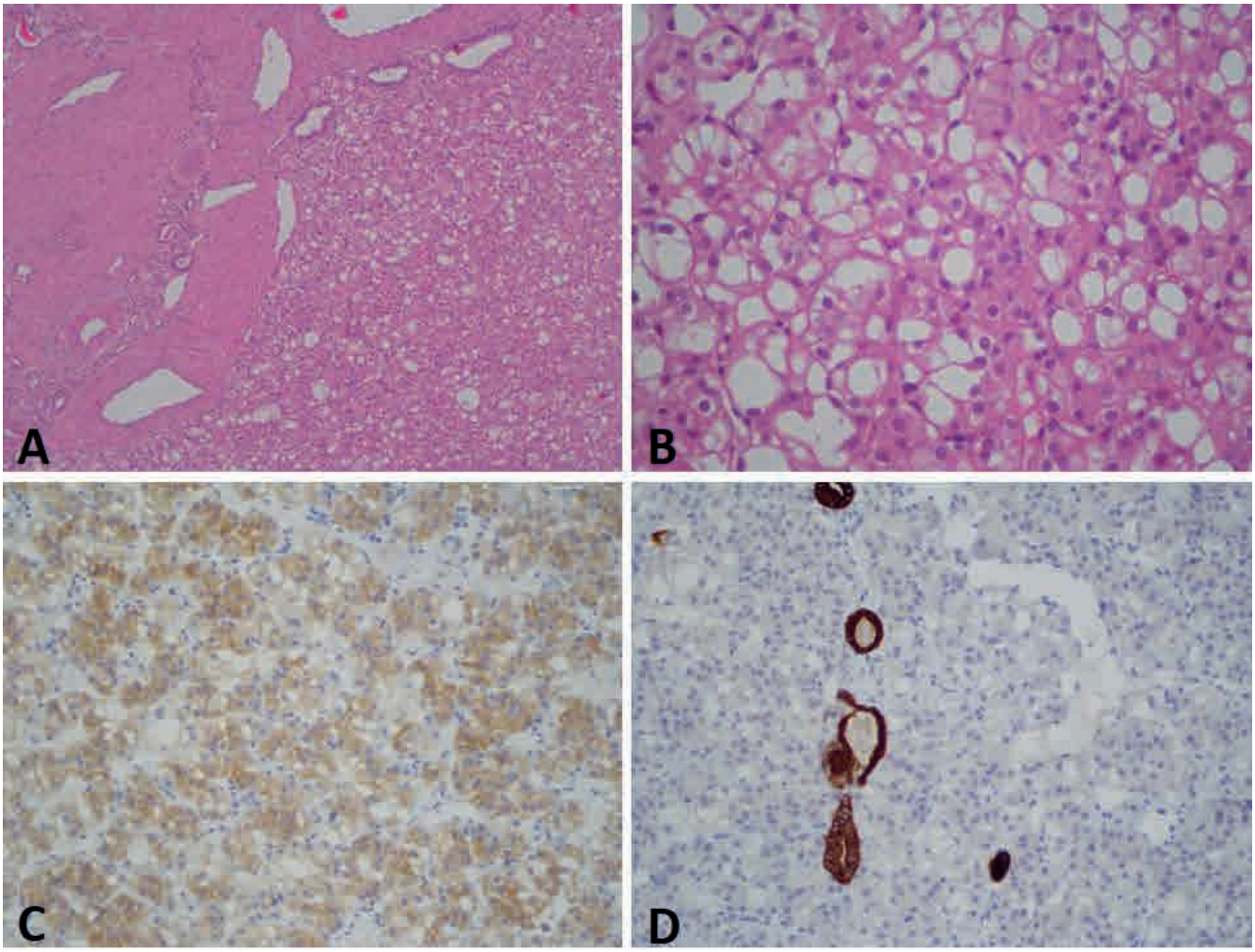
GEREÇ-YÖNTEM
Bilinen ek hastalığı olmayan 47 yaşında ki erkek hasta sol yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Son 1 yıl içerisinde yan ağrısı ve sırt ağrısı sebebi ile fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniğine başvurduğu öğrenilen hastanın yapılan üriner ultrasonografide sol böbrek alt polde 40x30 mm boyutlu, lobüle konturlu, internal vaskülaritesi izlenen, parankim ile izoekoik solid lezyon izlendi. Ön planda renal cell carcinoma (RCC) olarak değerlendirilen hastanın yapılan kontrastlı tüm abdomen tomografide (BT) sol böbrek alt pol medial yüzde 33x27 mm boyutlarında kontrast madde tutan solid karekterde öncelikle tümoral kitleyi düşündüren, düzgün konturlu bir yumuşak doku kitlesi izlenildi (Şekil 1.a.b). Ek olarak gerçekleştirilen batın magnetik resonance görüntülemede sol böbrek alt polünde 38 mm çaplarında nonhomojen intensitede nispeten düzgün konturlu nodüler kitle görülürken, kontrastlı incelemede kitlede düşük yoğunlukta nonhomojen kontrastlanma görüldü (Şekil 1c). Toplayıcı sistem ile ilişkisi olmadığı görülen renal kitleye parsiyel nefrektomi işlemi planlandı. Hastadan aydınlatılmış onam formu alındı

BULGULAR
Operasyonda böbrek alt polünde yumuşak kıvamlı, iyi sınırlı ancak kapsülü olmayan yaklaşık 4 cm boyutlarında kitle görüldü. Kitlenin rezeksiyonu sırasında krem rengi yapıda olduğu ve çevre dokudan ayrımının net olmadığı izlenirken, cerrahi sınır negatifliği sağlanacak şekilde rezeksiyon yapıldı. 11 dk sıcak iskemi süresi ile toplam 80 dakikada 100 cc kanama ile cerrahi tamamlandı. Operasyon sonrası genel durumu iyi seyreden ve klinik takibi yapılan hastanın postoperative 2. gün taburculuğu yapıldı.
Patolojik sonucu değerlendirilen hastanın; solid patern izlenen düzgün sınırlı kitlede kompakt nested paterni, yüksek dereceli çekirdekli ve büyük sitoplazmik vakuollü hacimli onkositik hücreler görüldü. Yapılan immünohistokimyasal değerlendirmede; PAX 8, CD117 (KIT), cathepsin K, CD10 yaygın pozitif, AMACR fokal pozitif olduğu, SDHB ekspresyonu korunmuş olduğu görüldü. CK7, CAIX, Vimentin, RCC marker, HMB45 ve MART -1 negatif olduğu anlaşıldı (Şekil 2). Kapsülsüz olan ancak çevre dokudan iyi sınırlı olduğu görülen bu kitle 2016 WHO sınıflamasında yer almayan ancak yakın zamanda tanımlanmış EVT olarak rapor edildi. Ürolojik açıdan uzun dönem hasta verileri olmayan bu yeni patolojik varyantı takip amacı ile RCC düşük risk rekürrense uygun takip protokolü uygulanması kararlaştırıldı. Hastanin 6. ay yapılan kontrastlı abdomen BT' de ipsilateral sağ böbrekte kitle görülmedi ve hastanın GFR'si normal değerlerde saptandı

SONUÇ
EVT yeni tanımlanan, hakkında yeterli bilgi bulunmayan ve ürologların haberdar olması gereken bir antitedir. Olgu sunumumuz ve şu ana kadar bildirilen vakalarda EVT agresif davranışlar sergilememiştir. Karsinom olarak tanımlanmasalar da kanıt düzeyi yüksek bilgiler oluşuncaya kadar nefron koruyucu yöntemler ile tedavi edilmelidirler.



Şekil 1. 47 yaşında bir erkekte EVT. A.B. Bilgisayarlı tomografi transvers ve koronal kesitlerinde iyi tanımlanmış yuvarlak heterojen kontrastlanma gösteren sol alt poldeki renal kitle görülüyor C. Koronal kontrastlı T1 ağırlıklı görüntü sol alt pol renal kitlede heterojen kontrastlanma.



Şekil 2. Tumor shows a solid growth pattern with large thick-walled vessels and entrapped non-neoplastic tubules at the periphery (H&E x100). B. Tumor cells exhibit voluminous eosinophilic cytoplasm with prominent intracytoplasmic vacuoles. The cells have round nuclei and prominent nucleoli (H&E x200). C. Tumor cells are positive for CD117 (x100). D. CK7 is negative in tumor cells. Only entrapped non-neoplastic tubules are positive for CK7 (x100).

PS-14

PROSTAT KANSERİ SAPTANMASINDA HEMOGRAM PARAMETRELERİ, KONVANSİYONEL BELİRTEÇLERE ÜSTÜN MÜDÜR?

GÖKÇE DÜNDAR(1) ANIL ERKAN(1)

1. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Prostat kanseri(PK) saptanmasında prediktif önemi literatürde sıkça araştırılan hemoglobin, kırmızı kan hücresi dağılım genişliği(RDW), nötrofil-lenfosit oranı(NLR), monosit-lenfosit oranı(MLR) gibi hemogram parametrelerindeki değişiklikler ile total prostata özgü antijen(PSA) düzeyi, serbest/total PSA oranı gibi konvansiyonel belirteçler karşılaştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2017-Aralık 2021 tarihleri arasında PSA yüksekliği veya rektal tuşede anormallik saptandığı için transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi alınan ve biyopsi öncesi hemogram bakılan randomize seçilmiş 400 hasta çalışmaya dahil edildi. Hemogram parametrelerini etkileyebileceği için patoloji sonucu akut veya kronik prostatit olarak raporlanan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya katılan hastalar patoloji sonucuna göre benign prostat hiperplazisi saptananlar Grup 1 ve prostat adenokanseri saptananlar Grup 2 olmak üzere ayrıldı. Hemogram parametrelerinin prediktif etkisini hesaplamada ROC eğrisi analizi yapıldı. Sınır değeri bulabilmek için Youden indeksi kullanıldı.

BULGULAR

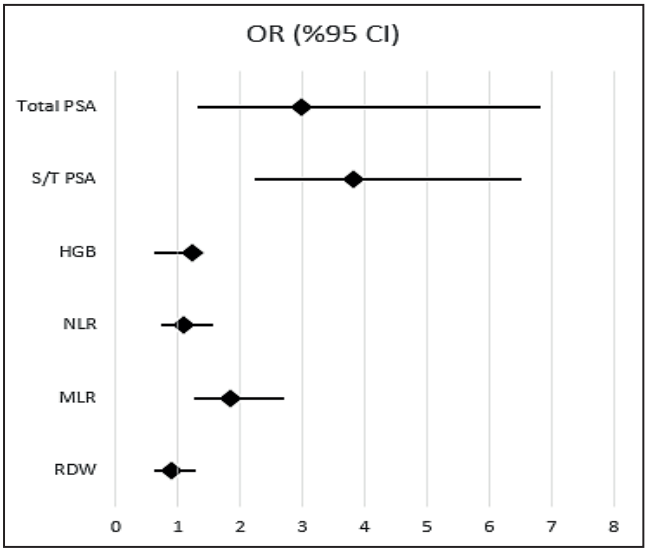
Grupların yaş ortalamaları sırası ile 63,3±6,4, 66,7±7,6 yıl saptandı (p<0,001). PSA değeri sırası ile 8,45±7,6, 33,6±108 iken, serbest/total PSA ise 0,21±0,1, 0,17±0,1 olarak saptandı (p<0,001). Sırası ile hemoglobin(g/dl), 14,8±1, 14,7±1,1, NLR, 2,6±1,6, 3±3,3, MLR, 0,26±0,12, 0,38±0,31 ve RDW, 13,6±0,9, 13,6±1,1 saptandı (p=0,11, p=0,08, p<0,001, p=0,55). ROC eğrisi analizi sonucu, PSA için sınır değer >4 ng/ml alınır ise %95 duyarlılık, %11 özgüllük ile, serbest/total PSA oranı için eşik değer <0,1 alınır ise %27 duyarlılık, %91 özgüllük ile PK saptanabilmektedir. Hemogram parametreleri için hesaplanan eşik ve eğri altındaki alan değerleri Tablo 1'de özetlenmiştir. PK tanısı için kullanılan konvansiyonel belirteçler ve hemogram parametlerinin odds oranları şekil 1'de gösterilmiştir.

SONUÇ

Prostat kanseri saptama duyarlılığını arttırmak için her geçen gün farklı parametreler araştırılmaktadır. Çalışmamızda tek başına NLR, RDW gibi hemogram derivelerinin PK'ni öngörebilmede ancak hemogram kadar değerli olduğu, MLR'nin PK'ni öngörmede istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ancak konvansiyonel belirteçlerin hala daha gerisinde olduğu gösterilmiştir.

Tablo 1: Hemogram parametreleri için ROC eğrisi analiz sonuçları, AUC: eğri altı alan, %95 CI:%95 güven aralığı, NLR:Nötrofil-lenfosit oranı, MLR:monosit-lenfosit oranı, RDW: kırmızı kan hücresi dağılım genişliği.

-	Sınır değer	AUC(%95 CI)	Duyarlılık(%)	Özgüllük(%)
Hemoglobin(g/dl)	14,6	0,55(0,5-0,61)	52	55
NLR	2,3	0,52(0,46-0,57)	52	51
MLR	0,3	0,61(0,56-0,67)	60	52
RDW(fL)	13,5	0,502(0,44-0,55)	50	46



Şekil 1: Konvansiyonel belirteçler ve hemogram parametlerinin odds oranları, PSA:Prostata özgü antijen, S/T PSA:serbest/total PSA oranı, HGB:Hemoglobin, NLR:Nötrofil-lenfosit oranı, MLR:monosit-lenfosit oranı, RDW: kırmızı kan hücresi dağılım genişliği

PS-15

NADİR RASTLANAN BİR VAKA: UNİLATERAL SENKRON RCC VE ONKOSİTOMA

ALİ ÜNAL(1) ESAT KORĞALI(1) MEHMET AKİF DOĞAN(1) HÜSEYİN SAYGIN(1) NEŞE YELDİR(1)

1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (GLOBOCAN) verilerine göre 2020 yılında 431.288 yeni böbrek tümörü vakası tespit edilmiştir ve tüm kanserlerin %2.38'ini temsil etmektedir. RCC (Renal hücreli kanser), malign böbrek tümörlerinde en yaygın görülen solid komponentli tümördür ve yaklaşık %90'ını oluşturur. RCC hastalarının çoğu asemptomik olup, sadece %9 unda klinik semptom görülür. Klasik triad: yan ağrısı, hematüri ve palpabl renal kitle ilerlemiş hastalıkta görülür. Renal onkositoma ise böbreğin benign tümörüdür ve tüm böbrek tümörlerinin %3-7'sini oluşturur. Renal onkositoma tanısı konan hastaların yaklaşık %75'i asemptomatiktir; ancak kitle büyükse karın veya yan ağrısı, hipertansiyon veya hematüriye neden olabilir. Bu vakayı sunmaktaki amacımız literatüre katkıda bulunmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

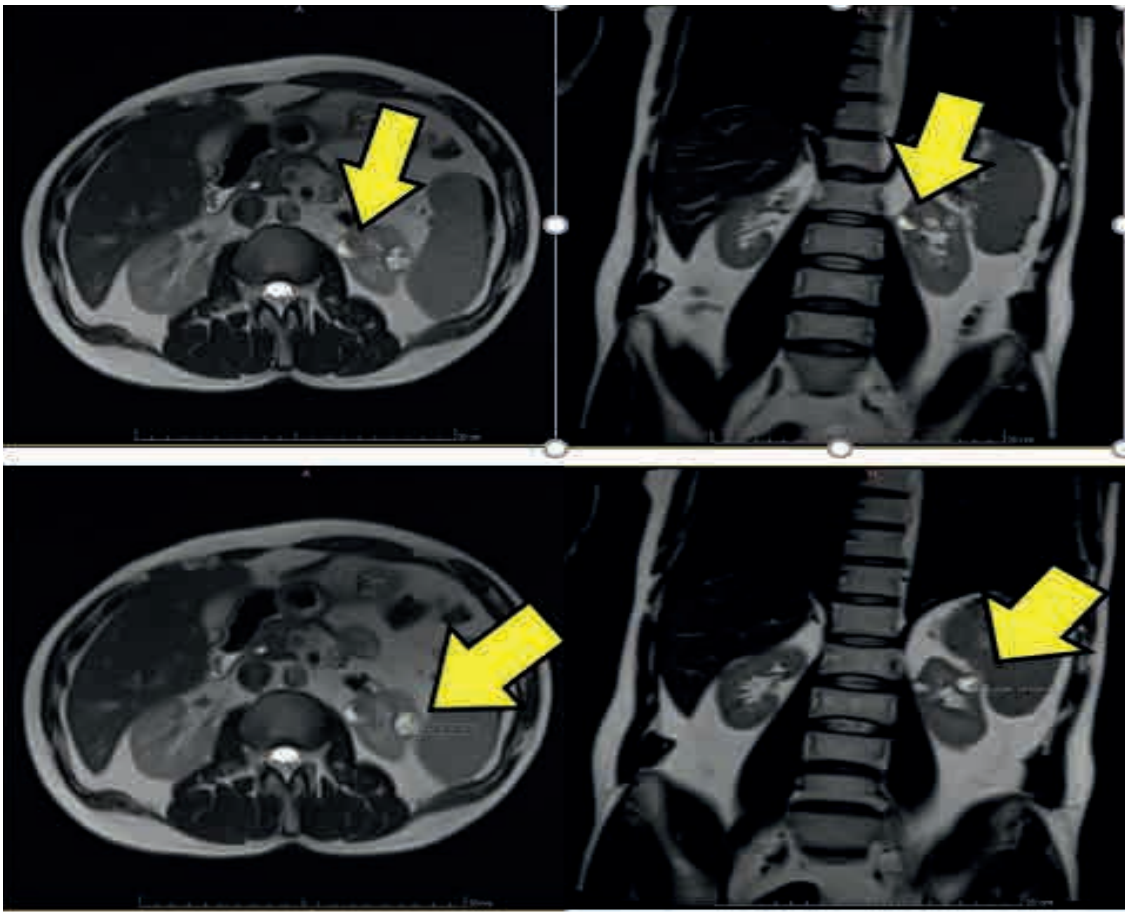
43 yaşında erkek hasta, ~1 ay süren aralıklı yan ağrısı şikayeti ile üroloji polikliniğine (dış merkez) başvurmuş. Dış merkezden görüntüleme ile tarafımıza yönlendirilen hastanın, fizik muayenesinde pozitif bulgu saptanmadı. Tam kan sayımı ve tam idrar tetkiki normaldi. Serum biyokimyasında Kreatinin:1.10 CRP:9.8 ölçüldü. Hastanın çekilen MR ında Sol böbrek üst pol medialde 14,4 mm çapında T1A izo/hipointens, T2A hiperintens sinyal özelliğinde nodüler lezyon ve sol böbrek üst pol posteriorda 15,7 mm çapında T1A izo/hipointens, T2A hiperintens sinyal özelliğinde nodüler lezyonlar izlendi. Belirtilen lezyonlar dışında patoloji izlenmedi. Hastaya merkezimizde sol parsiyel nefrektomi yapıldı.

BULGULAR

Sol böbrek üst pol medial orjinli tümörün çapı makroskopik olarak 1.5 cm olup, patoloji raporu onkositoma olarak raporlandı. Cerrahi sınır negatif idi. Sol böbrek üst pol lateral orjinli tümörün çapı makroskopik olarak 4 cm olup, patoloji raporu berrak hücreli papiller böbrek hücreli karsinom olarak raporlandı. Nükleer grade 1. Cerrahi sınır negatif idi.

SONUÇ

Bu olgu sunumunda tek böbreğinde (sol) farklı orjinlerde hem RCC hem de onkositoma tespit edilen hastayı sunuyoruz. Literatüre bakıldığında aynı tümörlerin kontralateral formlarına ve ipsilateral hibrit tümör formlarına daha sıklıkla rastlamakla birlikte, metakron tümörlere de rastlamaktayız. Halihazırda senkron, unilateral, farklı orjinde 2 adet tümörün daha nadir bulunduğu vakamız literatürden derlediğimiz örnek vakalarla birlikte tartışılmıştır.



PS-16

RETROPERİTONEAL MALİGN PERİFERİK SİNİR KILIFI TÜMÖRÜ

AYDEMİR ASDEMİR(1) HÜSEYİN SAYGIN(1) ABUZER ÖZTÜRK(1) ESAT KORĞALI(1)

1. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Malign periferik sinir kılıfı tümörleri (MPSKT) terimi iğsi hücreli sarkom olup; periferik sinir tümörleri, nörofibromlar veya sinir kılıfından gelişir.Toplumun genelinde %0.001 oranında görülür.NF-1 olgularında ise %4.0-4.6 oranındadır.Sporadik olgularda her iki cinste eşit oranda görülür, NF-1 olgularında ise erkeklerde daha çoktur. Yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %10'u MPSKT' dür. Klinik olarak büyük boyutlu kitleler olarak karşımıza çıkar. Kitle bölgesinde ağrı ve sinir tutulumuna bağlı, sinir fonksiyon değişikliği eşlik edebilir.
Bu yazıda, nadir bir retroperitoneal kitle nedeni olan MPSKT literatür bilgileri eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

46 yaşında erkek hasta ~6 aydır devam eden sağ yan ağrısı şikayeti ile hekime başvurmuş.Batın BT'sinde sağ böbrek inferiorunda yerleşimli olup, vital organları (böbrek, kolon, ince barsak) orta hattın soluna iten böbrek ile ilişkisiz, düzgün sınırlı büyüğü 9x8x7 cm küçüğü 6x5x4 cm olan birbirine yapışık retroperitoneal kitle saptandı.Saptanan kitlenin, komşu anatomik yapılarda invazyon bulgusu oluşturmadığı gözlendi. Yapılan fizik muayenede batın sağ alt kadranda kitle palpe edildi.Hastaya cerrahi eksizyon kararı alındı.Sağ böbrek inferiorunda böbrek ile ilişkisiz kitle gözlendi.Kitlenin posteriorda psoas kasına invaze olduğu gözlendi.Kitlenin ayrıca psoas lateralinde n.genitofemoralis orjinli olduğu gözlendi.Kitle bütünlüğü korunarak eksize edildi.Kitlenin posterior ve inferiorundan ayrı ayrı cerrahi sınır alındı.Cerrahi sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta, postoperatif 3. günde taburcu edildi.

BULGULAR

Kitlenin yapılan makroskopik patolojisinde kapsüle bitişik en büyüğü 8x7,5x6 cm, orta büyüklükteki lezyonu 6,5x5x3 cm ve en küçüğü 3x2,2x2 cm boyutlarında 3 adet nodülasyon şeklinde lezyon izlendi.Histopatolojik incelemede lezyonun orta derecede atipi ve mitoz içerdiği ancak nekroz içermediği tespit edildi.İmmünhistokimyasal çalışmada, vimentin ve S-100 ile reaksiyon izlendi. Desmin ve CD117 ile immünhistokimyasal reaksiyon izlenmedi. Patolojik değerlendirme sonucu MPSKT olarak yorumlandı.Cerrahi sınırlarda tümöral invazyon izlenmedi. Ek bir tedavi verilmeyen hastanın, post operatif 3. ayda yapılan kontrolünde, radyolojik olarak tümör nüksü saptanmadı.

SONUÇ

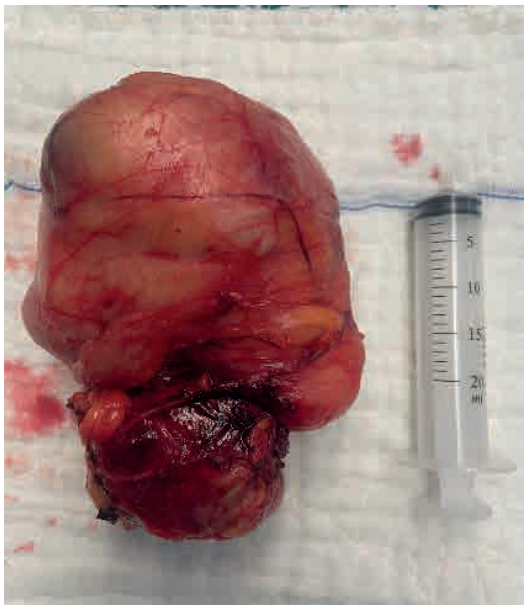
MPSKT tüm yumuşak doku tümörlerinin %5-10 udur, Ülkemizde yakın zamanda yapılan bir çalışmada % 6,7 olarak bulunmuştur.MPSKT en sık 35-44 yaş arası olmak üzere sıklıkla erişkinlerde görülmekle beraber çocuklarda da görülebilir. MPSKT nin nörofibromatozisle ilişkisi bilinmektedir, hatta bazı çalışmalarda vakaların yaklaşık yarısının NF tip 1 ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. MPSKT 'nin nadir görülen bir tümör olması ve tanı güçlüğü nedeniyle literatürde sınırlı sayıda veri mevcuttur. MPSKT sıklıkla derin yerleşimli tümörlerdir. Bizim olgumuzda retroperitoneal yerleşimliydi.

Tedavi olarak total eksizyonu gerekmektedir. Operasyon sonrası lokal nüksleri önlemek için radyoterapi kullanılabilmektedir.Kemoterapi sarkomlarda küratif olmamaktadır ve kullanımı tartışmalıdır.Agresif bir tümördür, lokal nüks oranı yaklaşık %40, metastaz oranı ise %50'dir ve sıklıkla akciğer ve kemiklere metastaz yapar.Bu yüzden bu hastalar yakın takip edilmelidir.

İleri yaşta, özellikle ekstremite ve gövdede dev kitle nedeni ile başvurulduğunda, fizik muayene benign kriterler (şikayet oluşturmaması, fikse olmama, yavaş büyüme) içerse bile MPSKT olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır.

Resim 1: BT görüntüsü

Resim 2: Kitle görüntüsü



Resim 3: Makroskopik patoloji görüntüsü

PS-17

PEDİATRİK YAŞ GRUBUNDA ÜROLOJİK TAŞ HASTALIĞINDA CERRAHİ TECRÜBEMİZ

ANIL ERKAN(1) METİN KILIÇ(1) ÇAĞLAR BOYACI(1) ABDÜLBAKİ KALKAN(1) MURAT DEMİRBAŞ(1)

1. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Pediatrik hastalarda, böbrek veya üreter taşı nedeniyle yapılan perkütan nefrolitotomi (PNL), endoskopik üreter taşı tedavisi (EÜTT), retrograt intrarenal cerrahi (RIRC) ameliyatlarının sonuçlarını paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Temmuz 2017-Temmuz 2022 tarihleri arasında 18 yaş altı PNL, EÜTT, RIRC ameliyatı yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, taşa ait özellikler, operasyon sonrası rezidü taş varlığı ve Clavien-Dindo sınıflaması kullanılarak operasyon sonrası komplikasyonları incelendi.

BULGULAR

Otuz iki (%65,3) PNL, 13 (%26,5) EÜTT, 4 (%8,2) RIRC olmak üzere toplam 49 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 26'sı(%53,1) kız çocuk, 23'ü(%46,9) erkek çocuk idi. Yaş ortalaması 11,67±4,5 (5-18) yıldı. Operasyon öncesi tam idrar analizinde 37(%75,5) hastada hematüri, 31 (%63,2) hastada lökositüri, 8 (%16,3) hastada nitrit pozitifliği görüldü. 10 (%20,4) hastada idrar kültüründe üreme saptanırken, bunların 5 (%10,2) tanesinde çoklu ilaç direnci mevcut idi. Taşa ait özellikler Tablo 1'de özetlenmiştir. 1(%2) hastada çift toplayıcı sistem, 1(%2) hastada polikistik böbrek, 5(%10,2) hastada ise üreteropelvik bileşke darlığı mevcut idi. Clavien-Dindo sınıflmasına göre operasyon sonrası 1(%2) hastada sınıf 2, 4 (%8,1) hastada sınıf 3b komplikasyon gelişmiştir. Komplikasyonların tamamı PNL yapılan hastalarda görülürken, sınıf 2 komplikasyonu idrar yolu enfeksiyonu, sınıf 3B komplikasyonları ise PNL sonrası üretere migrate olan taş nedeniyle yapılan girişimler oluşturmaktadır. Hiçbir hastada mortalite görülmemiştir.

SONUÇ

Bizim serimizde pediatrik yaş grubundaki tecrübemiz göz önüne alındığında, PNL diğer yaklaşımlara göre daha komplikasyonlu bir ameliyat olmasına rağmen, tüm endoürolojik yöntemler yüksek taşsızlık oranı ile güvenle uygulanabilir.

Tablo 1: Taşa ve operasyona ait özellikler, S-ReSC: Seul Ulusal Üniversitesi, böbrek taşı kompleksitesi

Taraf (sağ/sol)	27/22
Ortalama taş sayısı	1,9±1,5 (1-9)
Ortalama taş boyutu (mm)	21,5±17,4 (5-119)
S-ReSC skoru	1,4±1,6(1-9)
Rezidü varlığı	4(%8,2)
Ortalama rezidü boyutu (mm)	6,2±2,6(4-9)
Hastanede kalış süresi (gün)	3,4±3 (1-15)

PS-18

ERKEKTE AĞRILI CİNSEL İLİŞKİ VE PENİL MONDOR HASTALIĞI

OKTAY ÜÇER(1) MUHAMMET BİLMİŞ(1) OSMAN UMUR BAŞARAN(1)

1. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi, Manisa

AMAÇ

Penil yüzeyel venlerinin tromboflebiti Penil Mondor hastalığı (PMD) olarak adlandırılmaktadır. Erkekte ağrılı cinsel ilişki sebeplerinde yüzeyel cilt enfeksiyonları, alerjik durumlar, testiküler ağrı, peyroni hastalığı ve priapizm sık görülen durumlardır. Bu sebepleri içeren olgularda tanıya giden yolda anamnez ve fizik muayene genellik yeterli olmaktadır. Erkekler, bir sorun olmadıkça cinsel ilişki sırasında ağrı hissetmemelidir. Bu olguda nadir görülen ve ağrılı cinsel ilişkinin sebebi olabilecek ve tanı için ek tetkik gerektiren PMD olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

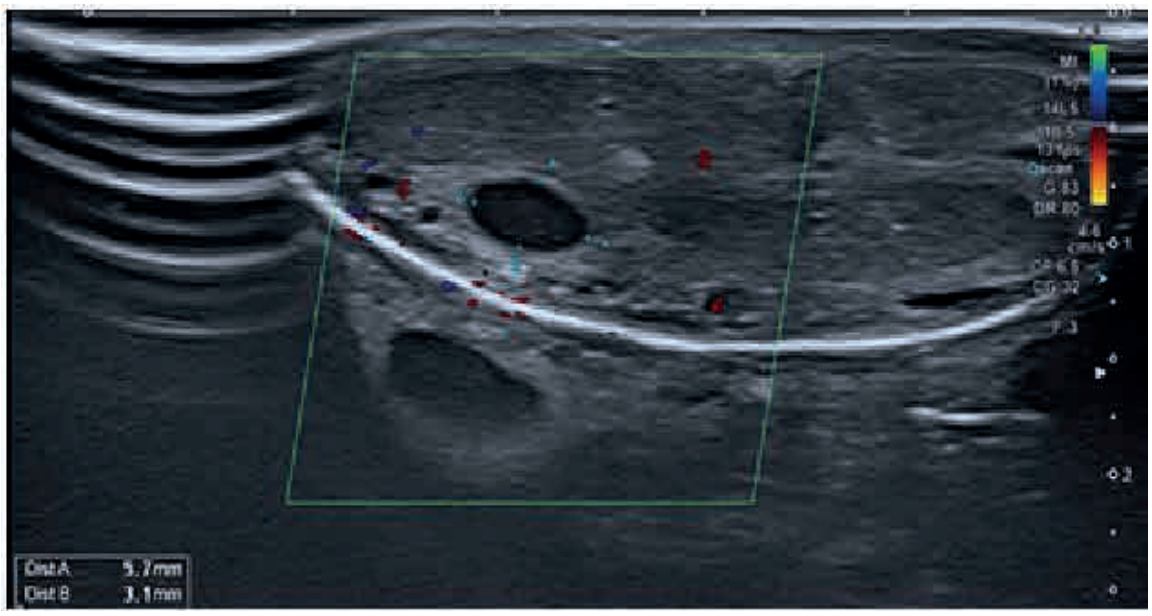
46 yaşında erkek hasta ereksiyon durumunda herhangi bir şikayeti olmamasına rağmen ağrı nedeni ile cinsel ilişkiye girememe şikayeti ile başvurdu. Kendisinde ve partnerinde cinsel ilişkide ağrıya yol açabilecek travma ve ek hastalık öyküsü olmayan, ilişkide haricen kullanılan topikal ajan öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde inspeksiyon ve palpasyonda dış genital yapılar olağan olarak değerlendirildi. Hasta penil ultrason ile değerlendirildi.

BULGULAR

Biyokimyasal incelemesinde patoloji saptanmayan hastanın penil ultrason değerlendirmesinde iki corpus cavernosum arasında ve posteriorlarında 12 mm çapında ve 6 cm uzunluğunda ven tromboflebiti saptandı. Hastaya tromboflebite yönelik antibiyoterapi, nonsteroid antiinflamatuar ilaç (NSAID) ve asetilsalisilik asit (ASA) tedavisi başlandı. İki hafta sonra kontrol muayenesi yapılan hastanın anamnezinde cinsel ilişkide ağrı şikayetinin ortadan kalktığı bilgisi alındı. Ultrason ile tekrar değerlendirilen hastada tromboflebit boyutu 4mm çapında ve 4 cm uzunlukta regrese, çevre penil dokularda inflamatuar ekojenite artışları kaybolmuş ve kavernöz kanlanması olağan olarak izlendi.

SONUÇ

Ortalama 8-12 hafta süre içerisinde spontan regresyon izlenebilen yüzeyel ven tromboflebitlerinde tedavi olarak antibiyotik, inflamatuar ajanlar ve ASA kullanılmaktadır. Yaşam kalitesine olumsuz etki etmesi nedeni ile diğer yüzeyel ven tromboflebitlerinden ayrı olarak PMD'de spontan regresyonun beklenmesi yerine tedavi uygulanması önerilmektedir. Erkekte fizik muayene ve anamnezde bir patoloji olmamasına rağmen ağrılı cinsel ilişki durumunda farmakolojik tedavi gerektiren PMD unutulmamalıdır.



PS-19

BİR ÜROLOGUN ÜCÜNCÜ ELİ; RADYOLOJİ

OKTAY ÜÇER(1) ANIL GENÇOĞLU(1) OSMAN UMUR BAŞARAN(1) TALHA MÜEZZİNOĞLU(1)

1. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

AMAÇ

Bu sunumda bir cerrahın operasyon öncesi radyolojik tetkikleri neden kendisinin de değerlendirmesi gerektiğini ve radyoloji eğitiminin cerrahideki önemine dikkat çekebileceğini düşünüdüğümüz olguyu paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

58 yaşında erkek, obstrüktif alt üriner sistem semptomları ve zaman zaman pembe renkli idrar nedeni hastaneye başvurmuş. PSA ölçümü, uroflowmetri, ve toraks kesitlerini de içeren abdomen ve pelvik kontrastlı tomografi ile değerlendirmiş. Radyoloji raporu içerisinde toraks hakkında yorum bulunmamaktadır. Pelvik değerlendirmede prostat boyutu 7x7x7 cm ve mesaneye indante olarak izlenmiş. Geç fazda mesanede dolum defektleri görülmüş ancak İndantasyon nedeni ile mesanede tümör ekarte edilememiş ve duvarda trabekülasyon artışı ve diffüz kalınlaşma olarak raporlanmış, sistoskopik bakı önerilmiş.

PSA değeri 5,8 ng/ml olarak ölçülen ve sistoskopi yapılan hastada tümöral oluşum saptanmaması ve sitoloji materyalinin benign olarak sonuçlanması üzerine prostat biyopsisi yapılmış. Biyopsi sonucu benign prostat hiperplazisi (BPH) olarak sonuçlanmış ve açık prostatektomi (APx)uygulanmış.

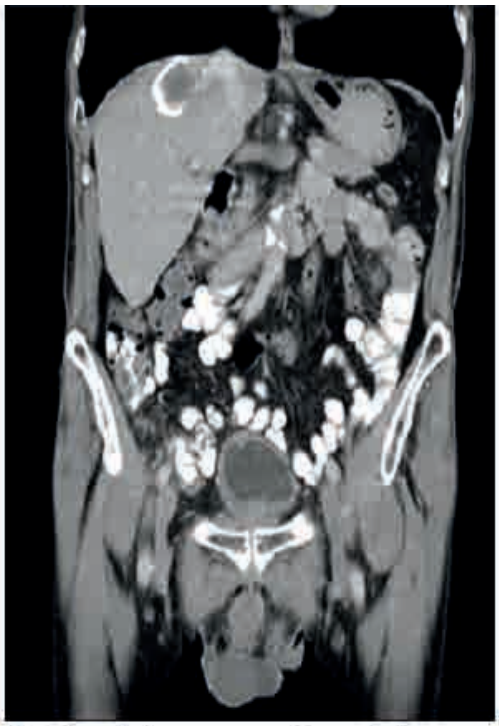
APx materyali BPH olarak sonuçlanmış. 4 ay sonra hastanın hematüri şikayetinin devam etmesi üzerine hastaya sistoskopi planlanmış ve işlem sırasında kubbede ve sağ yan duvardan mesane boynuna uzanan papiller oluşumlar görülmesi üzerine TUR-MT yapılmış. TUR-MT yan duvar örneklemi T1G3 ürotelyal karsinom (UCa), mesane boynu örneklemi T1G3 (UCa), rezidü prostat dokusu örneklemi ise UCa subepitelyal invazyonu olarak sonuçlanmış.

BULGULAR

Hastanın patoloji materyalleri merkezimizde incelendiğinde APx materyali prostata subepitelyal invazyon gösteren UCa, TUR-MT materyalleri ise T2 UCa olarak sonuçlandı. Hastaya radikal sistektomi yapıldı. Radikal sistektomi materyali, lümeni dolduran ve tüm duvarı tutmuş UCa ve prostatta stroma invazyonu gösteren UCa, T4 olarak sonuçlandı. Operasyon sonrası PET BT inclemede mediastende multipl lenf nodları ve sol akciğerde 1,5 cm lik metastaz, sağ pelvik ve femoral bölgede metastatik değişiklikler saptandı.
Postop 1. ay üretroraji şikayeti olan hastanın üretra bakısında şüpheli alan görülmesi üzerine üretrektomi yapıldı, materyalde tümör saptanmadı. Postop 3. ay rektal kanama şikayeti olan hastaya kolonoskopi yapıldı, şüpheli sahadan alınan numuneler tubuler adenom olarak sonuçlandı. Postop 4. ay batın distansiyonu ile başvuran ve takibinde ileus klinği gelişmesi üzerine preop kontrastlı dinamik BT inceleme sonrası tanısal laparatomi yapılan hastaya segmenter ince bağırsak rezeksiyonu yapıldı. Üreteroileal anastomozda ve pelviste nüks kitle görülmedi. Rezeksiyon materyali serozadan başlayıp mukozaya uzanan tam kat ürotelyal karsinom metastazı olarak sonuçlandı.
Hastanın onkolojik takibi kliniğimizde devam etmektedir.

SONUÇ

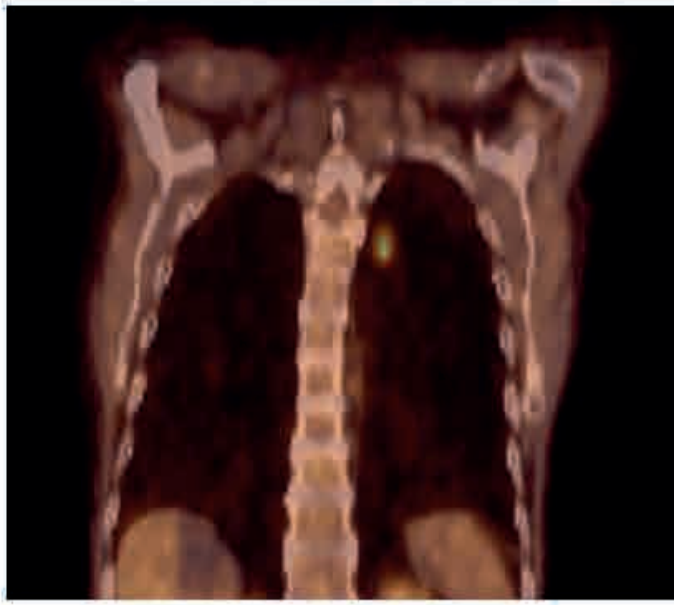
Cerrah, olguları anamnez, klinik bulgular ve biyokimyasal parametreler ile bir bütün olarak değerlendirebilme şartlarına sahiptir. Radyoloji hekiminin olgular hakkında bildikleri ise özellikle kesitsel incelemelerde tetkik istemini yapan cerrahın radyoloji hekimine ilettiği bilgiler ile kısıtlı kalmaktadır. Cerrah, radyolojik tetkikleri operasyon öncesi mutlaka radyolog yorumuna ek olarak kendisi de değerlendirebilmeli ve aynı zamanda tetkik istemlerinde mutlaka olgunun kısa anamnezini radyologa iletmelidir.



APx öncesi, duvar yapısı ve lümende lezyon

APx öncesi, akciğer UCa metastazı

APx sonrası, TUR-MT öncesi asimetrik kalın duvar



Sistektomi sonrası PET BT, akciğer metastazı

PS-20

MULTİPARAMETRİK PROSTAT MRG'NİN PROSTAT BİYOPSİ VE RADİKAL PROSTATEKTOMİ HİSTOPATOLOJİSİ İLE KORELASYONU

HAKAN ŞIĞVA(1) SADIK GÖRÜR(1) FATİH GÖKALP(1) EKREM YILDIRAK(2) SEFA BURAK PORGALI(1) NEZİH TAMKAÇ(1) BİLAL KULAK(1) FERHAT UÇURMAK(1) KHALED ALBABA(1) ÖMER KORAŞ(1)

1. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi
2. Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ
Prostat kanseri erkeklerde akciğer kanserinden sonra kanserden dolayı ölümlerden sorumlu en sık kanserdir. Bu çalışmada multiparametrik MRG sonuçları ile prostat biopsi ve radikal prostatektomi spesimeninin histopatolojisi ile karşılaştırarak multiparametrik MRG nin PİRADS skorlamasının prostat kanserinin gleason skoru hakkında bilgi sahibi olmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Kliniği'nde Ocak 2019 ile Nisan 2021 yılları arasında polikliniğe PSA yüksekliği ile başvuran 214 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalara biyopsi işleminden önce multiparemetrik MRG görüntülemesi yapıldı. PIRADS skorlaması aynı radyolog tarafından gerçekleştirildi. Prostat biopsisi deneyimli ürologlar tarafından sistematik olarak 12 kadran biopsi olacak şekilde yapıldı.

BULGULAR
Hastaların multiparametrik MRI sonuçları değerlendirildiğinde; En sık görülen paternler PIRADS 2 ve PIRADS 4 olarak görülmekte bunları ikinci sıklıkla PIRADS 3 lezyon ve daha sonra PIRADS 5 lezyon ile en az olan PIRADS1 lezyon takip etmektedir.
Pirads değeri üzerinden prostat kanserini tahmini için analiz uygulandığında, hastalık tanısı için ROC analizi sonucu Eğiri Altında Kalan (Area Under of the Curve) değerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeylerde gözlenmiştir (EAA 0,860: p<0,001) ve PIRADS 3 ve üzerinde %81 sensitivite ve %75 spesifite ile kanseri predikte edebilmektedir. Korelasyon analizinde ise PIRADS ile PSA değeri arasında düşükte olsa anlamlı korelasyon gösterdiği (r 0,252; p <0.001) saptanmıştır.

SONUÇ
PSA yüksekliği ile gelen hastaların ve mpMRG ile birlikte prostat kanseri saptamada ki gücünün yüksek olduğunu tespit ettik. Ayrıca ISUP derecelemesi ve PIRADS arasında güçlü ilişki bulunduğunu saptadık. Sonuç olarak mpMRG ile hastaların patolojilerinin predikte edilebileceği düşünülmektedir.

PS-21

BİPOLAR TRANSÜRETRAL PROSTAT REZEKSİYONUNUN >80 ML PROSTATLARDA ETKİNLİK VE GÜVENİRLİĞİ

ENİS KERVANCIOĞLU(1) ERAY HASIRCI(1) ERMAN CEYHAN(1) AYHAN DİRİM(1)

1. Başkent Üniversitesi Ankara Hastanesi

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı prostat hacmi >80 mL olan erkeklerde benign prostat hiperplazisinin (BPH) cerrahi tedavisinde bipolar transüretral prostat rezeksiyonunun (BTURP) monopolar transüretral prostat rezeksiyonu (MTURP) ile karşılaştırarak etkinlik ve güvenirliğini değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Nisan 2011-Nisan 2021 tarihleri arasında suprapubik ultrason ile prostat hacmi >80 mL olan ve transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) yapılan toplam 452 olgunun retrospektif incelenmesi yapıldı. Olgular BTURP ve MTURP olmak üzere iki gruba ayrıldı. BTURP grubunda 412, MTURP grubunda ise 40 olgu mevcuttu. Gruplar per-op eritrosit süspansiyon (ES) replasmanı, post-op ES replasmanı, sonda kalış süresi, post-op komplikasyonlar (üretral darlık, mesane boynu kontraktürü, inkontinans), operasyon süresi, yatış süresi, rezeke edilen doku ağırlığı, rezeke edilen doku (RED) / operasyon süresi, hemoglobin (Hb) değerindeki düşüş, Qmax'taki artış ve post miksiyonel rezidü (PMR) miktarındaki azalma açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Gruplar arasında yaş ve ASA (American Society of Anesthesiologists) sınıflaması açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Grupların karşılaştırılmasında tüm değişkenler istatistiksel olarak benzerdi. Bulgular ayrıntılı olarak Tablo 1'de yer almaktadır.

SONUÇ

Günümüzde BPH'ya bağlı AÜSS'nin cerrahi tedavisinde TURP altın standarttır. Büyük prostat hacimli olgularla yapılan çalışmalarda BTURP'nin MTURP'ye karşı etkinlik ve güvenirliği değişkendir. Bizim çalışmamızda ise prostat hacmi 80 mL'den fazla olan hastalarda her iki yöntem arasında etkinlik ve güvenirlik açısından istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı. Bu sonucu kısa takip süresinin etkilemiş olabileceğini ve uzun takip süreli hastalarla yapılan çalışmaların tartışmalara yol gösterici olacağını düşünmekteyiz.

Tablo 1: İşlem Gruplarına Göre Değişkenlerin Karşılaştırması

	İşlem		Test İstatistikleri	
	BTURP	MTURP	Test Değeri	p değeri
Per-op Es Replasmanı, n (%) Yok Var	407 (91,3) 5 (83,3)	39 (8,7) 1 (16,7)	χ^2=0,461	0,428
Post-op Es Replasmanı, n (%) Yok Var	383 (91,2) 29 (90,6)	37 (8,8) 3 (9,4)	χ^2=0,012	0,755
Post-op Sonda Kalış Süresi M (IQR)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	z=0,805	0,421
Post-op Komplikasyon, n (%) Yok Üretra Darlığı	355 (90,8) 57 (93,4)	36 (9,2) 4 (6,6)	χ^2=0,459	0,632
Operasyon Süresi M (IQR)	80,0 (45,0)	82,5 (60,0)	z=0,805	0,421
Yatış Süresi M (IQR)	2,0 (1,0)	2,0 (1,0)	z=0,689	0,491
Red/Süre Oranı M (IQR)	0,46 (0,21)	0,43 (0,23)	z=0,152	0,879
Rezeke Edilen Doku Ağırlığı M (IQR)	36,0 (22,9)	40,5 (24,2)	z=1,463	0,144
Hb Delta M (IQR)	-1,3 (1,1)	-1,1 (1,37)	z=1,666	0,096
Qmax Delta M (IQR)	9,0 (10,0)	10,0 (8,0)	z=0,977	0,329
PMR Delta M (IQR)	-75,0 (105,0)	-80,0 (117,5)	z=0,089	0,929

%: Satır Yüzdesi, M: Medyan, IQR: Çeyrekler arası açıklık, z=Standartlaştırılmış Mann Whitney u testi, χ^2: Kikare test istatistiği

PS-22

RASTGELE YAZILAN PROSTAT İLACININ NEDEN OLDUĞU SORUN: VAKA SUNUMU

NURULLAH KADİM(1) ERDAL BENLİ(1) ABDULLAH ÇIRAKOĞLU(1) MEVLÜT KELEŞ(1) İBRAHİM YAZICI(1) AHMET ANIL ACET(1)

1. Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ

Sık idrara çıkma, sıkışma, idrar kaçırma gibi semptomlardan oluşan alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve prostat dokusundaki benign büyüme yaşla birlikte artar. AÜSS'nın altında yatan birçok nedenden sadece bir tanesi prostat büyümesidir. Bu nedenle ileri yaşta görülen AÜSS, sıklıkla prostat ile ilişkilendirilir ve prostat ile ilgili tedaviler alırlar. Bu konuda verilen tedavilerin birçok yan etkisinin olduğu bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı prostat ile ilgili gereksiz medikal tedavi alan ve bunun sonucunda cinsel sorunlar yaşayan vakayı sunmak ve bu konuya dikkat çekmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

.

BULGULAR

65 yaşında İ.G adlı erkek hasta AÜSS nedeniyle hastaneye başvuruyor. Üroloji uzmanı tarafından kendisine dutasterid ve tamsulosin başlanıyor. Hasta ilaçları 3 ay kullandıktan sonra sertleşme sorunu geliştiğini ve cinsel hayatının sonlandığını belirtiyor. Kliniğimize cinsel sorunlarla başvurdu. Hastanın öyküsünde ilacı 5 ay önce bırakmasına rağmen sertleşme sorunun düzelmediği ve 6 aydır ilişkisinin olmadığı saptandı. İlaç yazılırken kendisine açıklama yapılmadığını, kendisinin de yeterli değerlendirilmediğini düşünüyordu. Öğretmen emeklisi, entelektüel düzeyi yüksek ve BMI normal olan hasta, sertleşme sorununu kullandığı prostat ilaçlarına bağlıyordu. Bu sorunun hem kendisini hem de eşini rahatsız ettiğini söyledi. Ek hastalıklar arasında DM, dislipidemi, aterosklerotik kalp hastalığı ve By-Pass cerrahisi öyküsü vardı. Alkol ve sigara kullanımı yok. Yapılan ürolojik değerlendirmede, hafif düzeyde idrar sorunları vardı ve ilaçsız rahat olduğu öğrenildi (Gündüz 3, gece 2 kez idrara çıkıyor, idrarını 3 saat bekletebiliyor, sıkışma ve idrar kaçırma yok, böbrek ve karaciğer testleri normal, prostat volümü 20ml, rezidü idrar yok, IPSS 4/3, AAM 9, IEFF 13). Hasta PDE5 inhibitörü kullanmak istemedi. Hasta herhangi bir prostat ilacına ihtiyaç duymadan, sadece yaşam stili değişikliği ile takip edilmektedir.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda oldukça frajil olan ileri yaş erkeklerin detaylı olarak değerlendirilmesinin ve gereksiz tedavilerden kaçınılmasının önemli olduğu sonucuna ulaşıldı. Ayrıca AÜSS konusunda kılavuzlara uyulmasının ve eğer tedavi başlanacaksa özellikle yan etkileri de içine alacak şekilde ayrıntılı bilgilendirmenin önemli olduğunu düşünüyoruz. Bu biz doktorları yasalar önünde, hastayı eşi önünde zor duruma sokmaktan koruyabilir.

PS-23

COVID 19 ERKEK HASTALARIN ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARINI BOZAR MI?

SONER ÇOBAN(1) ANIL ERKAN(1) SALİM ZENGİN(1) MUHAMMET GÜZELSOY(1) ALİ RIZA TÜRKOĞLU(1) ABDULBAKİ KALKAN(1) ÖZGÜR EKİCİ(2) ALİ ASAN(3)

1. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Kliniği
2. Nusaybin Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği
3. Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

AMAÇ
COVID 19'un, erkek hastalarda, alt üriner sistem semptomları (AÜSS) üzerine olan etkisini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM
COVID 19 tanısı alan 110 hasta, prospektif olarak, çalışmaya alındı. Dışlama kiriterlerinden sonra Mayıs 2020- Nisan 2021 tarihleri arasında Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesine COVID 19 tanısı ile yatış yapılan 40 yaş üstü 55 erkek hasta çalışmaya alındı. Kontrol hastası olarak da aynı yaş grubunda üroloji polikliğine basvuran 80 hasta dahil edildi. Hastaların yaş, total prostat spesifik antijen (tPSA), serbest PSA (fPSA), Uluslarası Prostat Semptom Skoru (IPSS), boy ve kilo gibi demografik verileri kaydedildi. Hastalar IPSS'lerine göre hafif (0-7), orta (8-19) ve şiddetli (20-35) olarak sınıflandırıldı. Bu formlar uygulayıcının olası etkisini önlemek için hastalar tarafından doldurduldu. Ancak hastaların anlamadıkları sorular için tarafımızdan bilgi alabilecekleri belirtildi. Nokturi sayısı 5 ve 5'in üzerinde olan tüm hastaların nokturi sayısı 5 olarak kabul edildi.

BULGULAR
Hastaların COVID 19 grubu ve kontrol grubu arasında yaş farkı yoktu (59.4, 61.5, p=0.29). COVID 19 grubunda IPSS değeri, polikliniğe başvuran kontrol grubundaki hastalardan düşük olsa da aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (13.3, 15.5, p=0.07). Benzer şekilde nokturi ve prostat hacmi kontrol grubuna göre daha düşük olsa da aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır. Bakılan tPSA ve fPSA COVID 19 grubunda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulundu (sırasıyla p=0.01, p=0.009). Ancak f/t PSA arasında fark saptanmadı (p=0.3). Hastaların sonuçları Tablo 1'de sunulmuştur.

SONUÇ
COVID 19'un, erkek hastalardaki AÜSS üzerine etkisi olmadığını saptadık.

-	Covid-19 grubu (n=55)	Kontrol grubu (n=80)	p değeri
Yaş	59.44±11.26(41-78)	61.59±7.82 (45-79)	0.29
Kreatinin	0.92±0.16 (0.67-1.2)	0.94±0.14 (0.63-1.2)	0.36
Total PSA	1.31±1.15 (0.23-3.97)	1.84±1.54 (0.08-9.4)	0.01
Serbest PSA	0.48±0.55 (0.1-2.59)	0.59±0.45 (0.01-2.74)	0.009
s/t PSA	0.36±0.12 (0.17-0.66)	0.35±0.13 (0.13-0.74)	0.3
IPSS	13.3±9,5	15.5±6.6	0.07
Nokturi sayısı	2.2±1.5	2.6±1.1	0.61
Yaşam kalitesi ölçeği skoru	2.8±2.2	4.3±1.5	< 0.001
Prostat hacmi	44.3±19.1	52.1±25.9	0.18
PSA: prostat spesifik antijen	-	IPSS: Uluslararası Prostat Semptom Skoru	-

COVID-19 grubu ve kontrol grubunun yaş ortalaması ve değerlerinin karşılaştırılması

PS-24

LAPAROSKOPİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ İLK DENEYİMLERİMİZ

YUSUF ŞENOĞLU(1) DURSUN BABA(1) ALPARSLAN YÜKSEL(1) MUSTAFA KEMAL KAYA(1)

1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Kliniğimizde prostat kanseri nedeniyle tek cerrah tarafından yapılan ilk transperitoneal radikal prostatektomi cerrahisi sonucunda hastaların onkolojik ve fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmek, deneyim ve bulgularımızı paylaşmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Mart 2021 - Mayıs 2022 tarihleri arasında klinik lokal evredeki prostat kanseri tanısı koyulan 31 hastaya Laparoskopik Transperitoneal Radikal Prostatektomi ilk defa uygulandı. Operasyonların tümü daha önce retropubik radikal prostatektomi ve genel ürolojik laparoskopik cerrahi deneyimi olan bir cerrah tarafından yapıldı. Cerrahi sonrası erken dönem onkolojik ve fonksiyonel sonuçlar incelendi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 65,97 (50-80), preoperatif ortalama PSA değeri 8,69 ng/ml (3.5-23.5) ortalama prostat volümü 52,97 cc (11-140). TRUS biyopsi sonucu (2014 ISUP) grade I olan 16 hasta, grade II olan 12, grade grup III olan 2, grade grup IV olan 1 hasta vardı. EAU klinik evre, D'Amico risk gruplamasına göre lokal düşük risk grubunda 11 hasta, orta risk grubunda 17, yüksek risk grubunda 3 hasta vardı. Ameliyat süresi ortalama 265,8 dk (180-427), ortalama kan kaybı 238,71 mL (25-1200) ölçüldü. Ortalama yatış süresi 5,45 gün (4-8) olarak hesaplandı. 7 hastada pelvik LND yapıldı, çıkartılan LN sayısı ortalama 14,43 (4-40) olup 3 hastada lenf nodu metastazı izlendi. Radikal prostatektomi patolojileri incelendiğinde 24 hasta lokal evre, 7 hasta lokal ileri evre olarak sonuçlandı. Sadece 2 hastaya postoperatif kan transfüzyonu yapıldı.

Postoperatif kataterli kalış süresi ortalama 13,25 gün (10-20) gün olarak hesaplandı. Biyopsi sonuçlarıyla nihai patolojik inceleme sonuçları tablo 1'de belirtilmiş olup toplam 19 hastada (%61) upgrading tespit edildi. 4 hastada postoperatif PSA persistansı görüldü, 1 hasta adjuvan radyoterapi aldı, diğer 3 hasta takibe alındı. Hastalardan birinde katater alındıktan sonra anostomoz kaçağı görülmesi üzere yeniden kataterize edildi, bir süre sonrasında çekildi. 1 hastada ise postoperatif 6. ayda anostomozdan bağımsız bulbar üretrada darlık saptandı, anestezi altında internal üretrotomi uygulandı.

Post-operatif en az 6 ay geçmiş olan 21 hastanın kontinans değerlendirmesinde 16 hastada (%76) tama yakın kontinan veya <1 ped/gün, 5 hastada ise >1 ped/gün kullanımı olduğu saptandı. Aynı şekilde 21 hasta içerisinden 12'sinde (%57) koitusa yetecek kadar kısmi ereksiyon, 4 hastada (%19) tama yakın ereksiyon olduğu hasta sorgulamasında öğrenildi.

SONUÇ

Laparoskopik radikal prostatektomi cerrahisi; yeterli açık radikal prostatektomi ve genel ürolojik laparoskopi tecrübesi olan cerrahlar için tedavinin hem onkolojik hem de fonksiyonel sonuçları açısından güvenli ve etkili bir yöntem olarak kullanılabilmektedir.

Tablo 1: Olguların demografik özellikleri, operasyon verileri ve yatış süreleri ortalamaları

Yaş ort (min-max)	65,97 (50-80)	Operasyon Süresi ort (min-max) dk
265,8 (180-427)	Kanama ort (min-max) mL	238,71 (25-1200)
Yatış Süresi ort (min-max) gün	5,45 (4-8)	Katater kalış süresi ort (min-max) gün
13,25 (10-20)		

Tablo 2: Biyopsi ile prostatektomi patolojileri karşılaştırılması

		Prostatektomi ISUP Grade					Total
		1	2	3	4	5	
Bx ISUP Grade	1	3	7	0	5	1	16
	2	0	7	0	2	3	12
	3	0	0	1	0	1	2
	4	0	0	0	1	0	1
Total		3	14	1	8	5	31

PS-25

LOKAL İLERİ PROSTAT ADENOKARSİNOMU NEDENİYLE OBSTRÜKTİF ÜROPATİ VE SPONTAN RENAL FORNİKS RÜPTÜRÜ: OLGU SUNUMU

UMUT ÜNAL(1) HÜSEYİN SALİH KINA(1) MEHMET EFLATUN DENİZ(1) ADEM ALTUNKOL(1) ERGÜN ALMA(1) HAKAN ERÇİL(1)

1. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Adana

AMAÇ

Renal forniks rüptürünün (RFR) en sık sebebi üriner sistem taşlardır. Prostat kanseri invazyonuna bağlı RFR daha nadir görülmektedir. Lümen içi basınç artışı forniks rüptürüne oda, perirenal ve retroperitoneal alanda ürinoma sebep olur. Bu durum ürolojik acil müdahale gerektirir. Biz bu bildiride prostat kanseri invazyonuna bağlı oluşan renal forniks rüptürü olan vakamızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

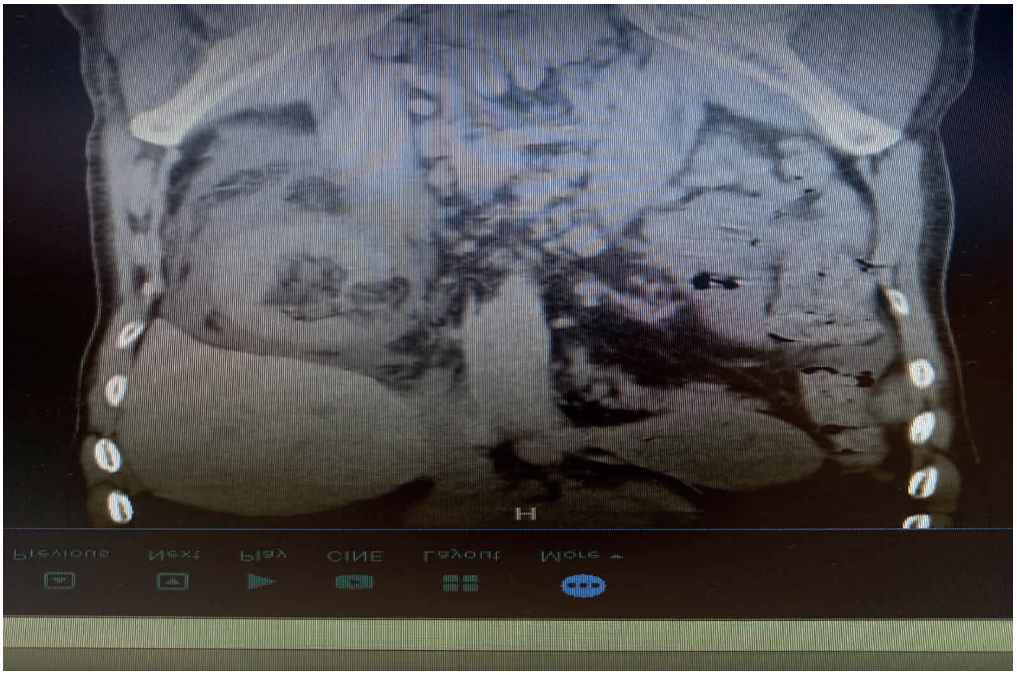
Acil servise başvuran RFR saptanan hastanın hikaye, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, radyolojik görüntülemeleri, tedavisi ve klinik seyrini retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

66 yaşında erkek hasta sağ yan ağrısı, bulantı, kusma ve ateş sebebiyle hastanemiz acil servisine başvurdu. Hipertansiyonu ve tip 2 diyabeti mevcuttu. Ateşi 38,5 °C idi. Tansiyon arteriyel ölçümü 150/95 mm HG ve nabız 110 atım/dakika idi. Fizik muayenede sağ kostovertebral açı hassasiyeti ve batın sağ tarafta istemli defansı mevcuttu. Parmakla rektal muayenede prostat grade iki, sert ve fikse idi. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 13,600, kreatin:8,46, üre: 182, eGFR:6, CRP: 84,3, sodyum: 132, potasyum :4,96 ve arteryel kan gazı ölçümü 7,18 idi. Daha sonrasında çekilen kontrastsız alt-üst batın tomografisi bilateral grade iki hidroüreteronefroz ve sağ retroperitoneal alanda en geniş yerinde 230 mm ölçülen sıvı koleksiyonu olarak raporlandı. Hasta postrenal akut böbrek yetmezliği sebebiyle üroloji kliniğine yatırıldı. Acil şartlarda sistoskopi planlandı. Üreter orifisleri tümör tarafından atake edildiği için stent takılmadı ve hastaya bilateral perkütan nefrostomi kateteri takıldı. Her iki toplayıcı sistemden kültür ve antibiyogram çalışılmak üzere idrar örneği alındı. Sağ toplayıcı sisteme nefrostomi kateteri vasıtasıyla antegrad piyelografi çekildi. Alt kaliksten forniksin rüptüre olduğu gözlendi. Perkütan yolla drenaj kateteri yerleştirildi. Hastaya günde tek doz 1 gram ertapenem başlandı. Takiplerinde ateşi olmayan hastanın idrar kültüründe ertapenem duyarlı Escherichia coli üredi. Antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlandı. Takiplerinde laboratuvar tetkikleri WBC: 8000, kreatin:0,98, üre: 31, eGFR:79, CRP: 27, ürik asit: 4,32, sodyum: 138, potasyum :3,7 ve PSA:230 idi. Hastadan transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu 8 kadranda asiner tip adenokarsinom gleason 4+4 geldi. Hastaya androjen deprivasyon tedavisi başlandı. Hasta bilateral nefrostomi kateterleri ile halen takipte.

SONUÇ

Prostat kanserinin neden olduğu RFR çok nadirdir, ancak bu vaka hidronefrozun erken tanı konulması ve sorunun çözülmesi gerekliliğini vurgulamaktadır. RFR; ürinoma, perinefrik veya retroperitoneal apse oluşumu ve ürosepsis gibi ciddi sonuçlara yol açabilir. USG ve kontrastsız batın BT idrar ekstravazasyonunun saptanmasında genellikle yeterli olmakla birlikte klinik şüphe halinde pyelografik geç faz kesitleri de içeren intravenöz kontrastlı batın BT tanıyı doğrulamak için kullanılabilir. Hastalar akut böbrek yetmezliği tablosu mevcutsa kontrastlı çekimleri drenaj sonrası antegrad veya retrogread yola yapılmalıdır. Tanı konulduktan sonra acil şekilde konservatif tedavi yapılmalıdır.



PS-26

ADRENAL BEZDE NADİR BİR TÜMÖR: GANGLİONÖROMA

HATİCE ZOROĞLU(1) ENGİN KÖLÜKÇÜ(1) BEKİR SÜHA PARLAKTAS(1) NİHAT ULUOCAK(1) DOĞAN ATILGAN(1) FAİK ALEV DERESOY(2) MURAT BEYHAN(3)

1. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilimdalı
2. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilimdalı
3. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilimdalı

AMAÇ

Ganglionöroma; nöral krest hücrelerinden köken alan çoğunlukla posterior mediastinumda ve retroperitoneumda yerleşimli benign karakterde tümöral oluşumdur. Adrenal bezde ise oldukça nadir olarak izlenmektedir. Bu olgu sunumunda adrenal kitle sebebi ile opere edilen ve patoloji sonucu ganglionöroma olarak neticelenen genç erkek hastanın tartışılması hedeflenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM

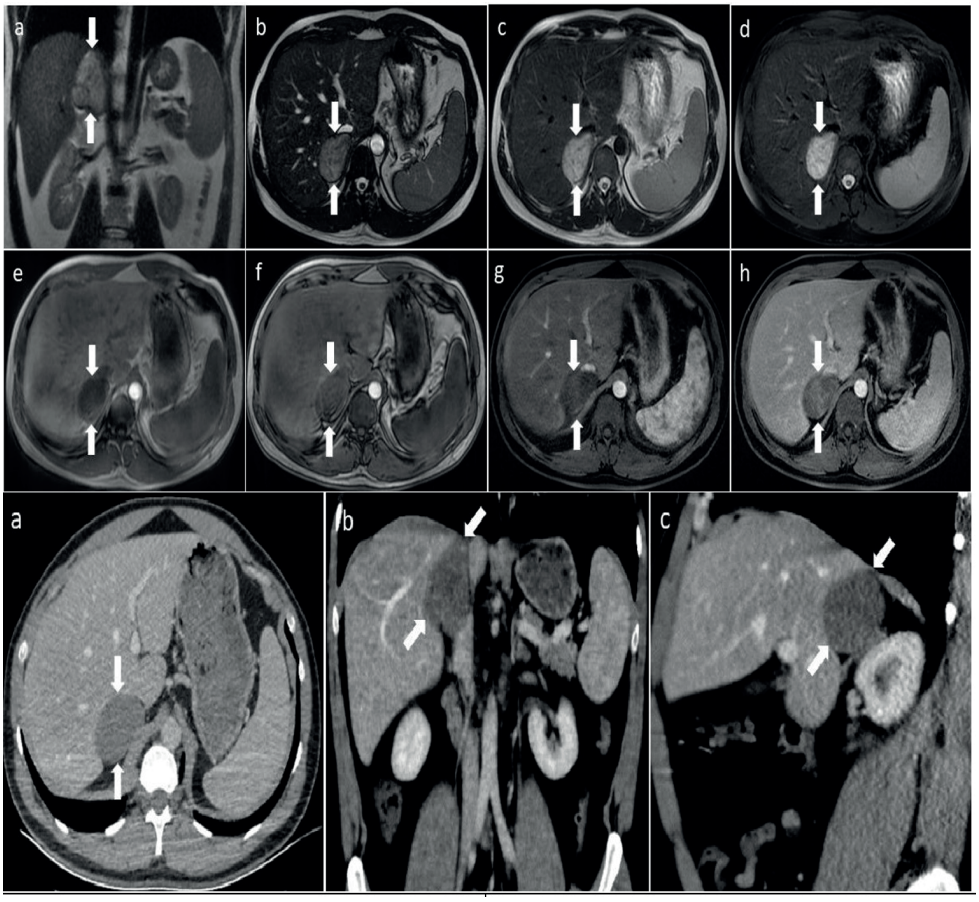
28 yaşındaki erkek hasta karın ağrısı sebebi ile acil kliniğine başvurduğunda yapılan fizik muayene ve radyolojik tetkiklerin ardından genel cerrahi kliniği tarafından akut apendisit tanısı ile opere edildi. Postoperatif elektif şartlarda yapılan görüntülemelerinde adrenal bezde şüpheli kitle izlenmesi üzerine kliniğimize konsulte edildi. Hastaya çekilen manyetik rezonans görüntülemede sürrenalde kitle izlenmesi üzerine laparoskopik sağ sürrenalektomi yapıldı. Histopatolojik incelemeler neticesinde adrenal ganglinöroma olarak rapor edilen hastanın tüm hormonal analizleri normal olarak sonuçlandı (Resim-1). Hastanın postoperatif bir yıllık takiplerinde patolojik bulgu ile karşılaşılmadı.

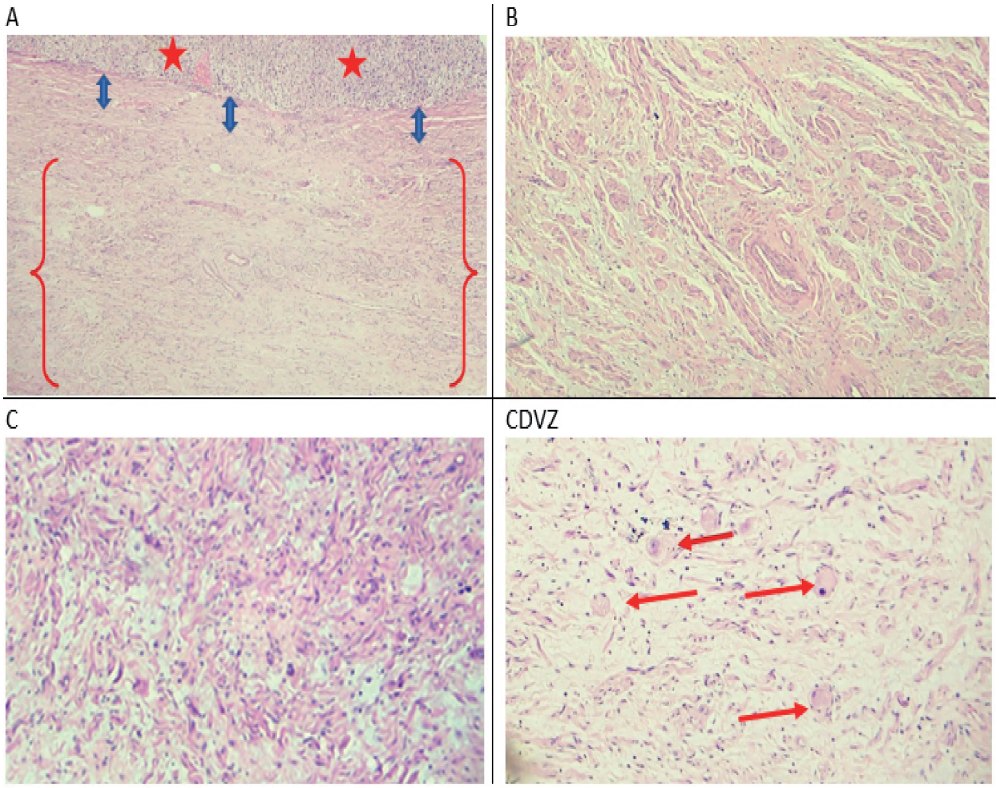
BULGULAR

Yaşadığımız yüzyılda radyolojik tanı araçlarının kullanımının yaygınlaşması ile adrenal glandda izlenen kitlelerin görülme sıklığında belirgin artış izlenmektir. Bununla birlikte adrenal ganlionöroma insidansı son derece düşüktür. Günümüzde İngiliz literatüründe 100 altında makale yayınladığı bilinmekdir. Bu benign oluşumlar adrenal glandda çoğunlukla yaşamın 4. ve 5. dekatında izlenmektedir. Birçok olguda hormonal olarak sessiz olarak seyretmektedir. Güncel tıp literataründe adrenal ganglionöromada sürrenalektomi altın standart olarak gösterilmektedir. Öte yandan prognozu oldukça iyi olan bu benign oluşumlarda geniş eksizyonlar ve advujan kemoterapi önerilmemektedir

SONUÇ

Adrenal kitle sebebi ile opere edilen hastaların postoperatif yönetiminde ganglinöroma gibi benign natürde oluşumların akıllarda tutulmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.





Resim

a) Koronal T2A, b) aksiyel FIESTA, c) aksiyel T2A, d) aksiyel yağ baskılı T2A, e) aksiyel T1A (faz içi), f) aksiyel T1A (faz dışı), g) aksiyel T1A postkontrast (erken arteriyel faz), h) aksiyel T1A postkontrast (geç venöz faz) seriler elde olunan hastada sağ sürrenal bez lojunda T1A serilerde hipointens, T2A serilerde hiperintens, postkontrast serilerde geç fazlara doğru kontrast tutulumunun artış gösterdiği yaklaşık 6x4 cm boyutlarında solid kitle lezyonu (oklar) gösterilmektedir.

a) Aksiyel, b) koronal reformat, c) sagittal reformat kontrastlı bilgisayarlı tomografi görüntülerde sağ sürrenal bez lojunda portal venöz fazda zayıf kontrast tutulumu gösteren yaklaşık 6x4 cm boyutlarında solid kitle lezyonu (oklar) görülmektedir

A: Sürrenal gland (kırmızı yıldızlar) arasında ince fibroadipöz karakterde bir zon (mavi oklar) ile ayrılan nezenkimal proliferasyon (kırmızı parantez alanı). B: Tümör, çeşitli doğrultularda uzanım gösteren dalgalı demetler halinde organize olmuş, bipolar hiperkromatik nükleuslu iğsi morfolojide hücrelerden oluşmaktadır. Demetler arasında ince bağ doku ve miksoid stroma dokusu izlenmektedir. C: Daha büyük büyütmede tümörün görünümü. D: Tümörde demetler arasında geniş eozinofilik sitoplazmalı, heterokromatine sahip düzenli ve ekssentrik yerleşimli nükleusa sahip büyük ganlgiyon hücreleri izlenmektedir (kırmızı oklar). Büyütme: A:x4, B ve C:x10 D:x20

PS-27

B12,FOLAT VE D VİTAMİNİ DÜŞÜKLÜĞÜ AKUT SİSTİT OLGULARINDA PREDİSPOZAN FAKTÖR OLABİLİR Mİ?

AABDULLAH AKKURT(1)

1. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ
immün sistemin sağlıklı çalışması için önemli olduğu düşünülen b12,folat ve D vitamini eksikliklerinin sistit görülme sıklığıyla ilişkisini incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM
Hastanemize 2019-2021 yılları arasında,2 yıllık süreçte başvuran ve sistit tanısı konulmuş olup, hastanemizde b12,folat ve D vitamini düzeyleri bakılan hastaların retrospektif verilerinin taranarak B12,Folat ve D vitamini düşüklüğünün bu hastalardaki sıklığı araştırıldı.Bu kapsamda 512 olgunun b12,1185 olgunun D vitamini düzeyi ve 423 olgunun ise folat düzeyi incelendi. Sistit teşhisi idrarda 5 ten fazla lökosit olması ve klinik semptomlar ile başvuru olması ile konuldu.

BULGULAR
Sistit geçiren olgularda d vitamini eksikliği %50, B12 vitamini %120 ve folat eksikliği %250 daha sık izlendiği görüldü.

SONUÇ
Verileri incelenen olgularımız 18-45 yaş arası kadınlar baz alınarak seçildi. Sistit olgularının çoğunluğu da bu yaş grubundaki olgular tarafından meydana getirilmektedir. Bu açıdan vitamin eksiklikleri dikkat çekmektedir. Sistit tanısı konulan kadın olguların vitamin düzeylerinin tayin edilmesi ve replasman yapılması sistit atağı geçirme sıklığını azaltabilir.

PS-28

TESTİS KANSERİNİ TAKLİT EDEN BİLATERAL TESTİS TUTULUMLU SARKOİDOZ: NADİR BİR OLGU SUNUMU

TANER HACIOSMANOĞLU(1) SEMİH TÜRK(1) İBRAHİM HALİL BALOĞLU(1) KEREM BURSALI(1) ABDULLAH HIZIR YAVUZSAN(1)

1. Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ

Sarkoidoz, potansiyel olarak multipl organ sistemlerini tutabilen granülomatöz inflamatuar bir hastalıktır. Dokularda nonkazeifiye granülomlara neden olur ve tanı koymak için en az iki organ tutulmuş olmalıdır. Akciğer en sık etkilenen organ olmasına rağmen, bu hastalık vücuttaki hemen hemen her organı tutabilir. Karaciğer, deri, gözler ve dalak sıklıkla etkilenen diğer organlardır; meme, yumurtalık, mide ve testisler ise nadiren etkilenir.

GEREÇ-YÖNTEM

Sarkoidoz hastalarında testislerde kitle varsa, testis tutulumu seyrek olduğu için maligniteleri dışlamak amacıyla testis biyopsisi yapılmalıdır. Bilateral testiküler kitlesi olan 23 yaşında sarkoidoz tanılı erkek hasta polikliniğimize başvurdu.

BULGULAR

Hastaya yapılan skrotal USG ve kontrastlı pelvik MR görüntülerinde bilateral testislerde kitle ile uyumlu bulgular saptandı. Ayrıca torakal BT görüntülerinde mediastinal lenfadenopatiler izlendi. Hastaya bilateral tutulum nedeniyle testis biyopsisi yapıldı. Biyopsi ile sarkoidoz tanısı koyuldu. Hastaya yüksek doz steroid tedavisi verilmesi sonrası mediastinal lenfadenopatiler ve testiküler lezyonlar geriledi.

SONUÇ

Testis tümörleri ve sarkoidozun testis tutulumu birbirini taklit edebilen, klinisyenlerin kafasını karıştırabilen, yanlış tanı ve yanlış tedaviye yol açabilen iki farklı patolojidir. Testis kitlesi ile başvuran bilinen sarkoidoz öyküsü olan hastalarda testiküler sarkoidoz düşünülmelidir. Hastaya testis biyopsisi veya radikal orşiektomi seçenekleri sunulabilir. Ayrıca sarkoidozlu hastalarda testis kanseri riski arttığından, ürologlar bu hastaları testis tümörleri açısından düzenli olarak değerlendirmelidir.

PS-29

FOURNİER GANGRENİNDE VAC KULLANIMININ KONVANSİYONEL YÖNTEME ÜSTÜNLÜĞÜ VAR MIDIR?

İSMAİL EYÜP DİLEK(1) YUSUF ŞENOĞLU(1) NECATİ EKİCİ(1) ALPASLAN YÜKSEL(1) DURSUN BABA(1)

1. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Bu çalışmadaki amacımız 2012-2021 yılları arasında Fournier gangreni (FG) tanısı ile tedavisi yapılmış olan 22 hastalık vaka deneyimlerimizi paylaşmak ve VAC kullanımı ile Konvansiyonel günlük cerrahi pansuman arasındaki farkları paylaşmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

2012-2022 yılları arasındaki FG teşhisi konulan hastalar yaş,şikayet ve hastaneye başvuru arasında geçen süre,yandaş hastalıkları, Fournier gangreni şiddet indeksi (FGSI),debridman sayıları,stoma ihtiyacı, yara onarımı için flep-greft ihtiyacı, yatış süreleri,yoğunbakımda yatış oranı ve süreleri dikkate alınarak incelendi. Hastalardan günlük steril konvansiyonel ıslak pansuman yapılanlar ve Vacuum Assisted Closure (VAC) sistemi kullanılan hastalar kıyaslandı.

BULGULAR

Fournier gangreni tanısı ile başvuran hastaların ortalama yaşı 56 (40-84), tümü erkekti. Yalnızca 1 vakada mortalite gelişti. 21 hastanın 18'inde etyolojik faktör skrotal apse ve cilt lezyonlarıydı.3 hastada ek hastalık yoktu(%14). En sık eşlik eden hastalıklar Tip 2 Diyabet (%50),Hipertansiyon (%23), Maligniteler (%14) ve Parapleji %10 olarak saptandı. En sık izole edilen bakteri E.Coli (%50) oldu.15 hastaya günlük steril ıslak pansuman yapılırken 6 hastaya VAC tedavisi uygulandı. Her iki grubun yaş ortalaması benzer (55,6) bulundu. Her iki grupta en sık yandaş hastalık Tip 2 DM olarak saptandı. Her iki grupta FG şiddet indeksi (ortalama 3) benzer bulundu.(tablo 1)Yatış süresi konvansiyonel tedavide ortalama 29,1 gün VAC tedavisinde ortalama 33,6 gün olarak saptandı.21 hastanın 5 tanesinde fekal diversiyon amaçlı stoma ihtiyacı gerekmiştir. Konvansiyonel tedavi alan 15 hastanın 3 tanesinde (%20), Vac tedavisi alan 6 hastanın 2 sinde (%33) stoma gerekmiştir.Çalışmadaki 21 hastanın 7'sinde defektif yara kapatılması için Flap-Greft ihtiyacı olmuştur. Her iki grupta benzer oranda saptanmıştırHastaların ortalama yatış süreleri 30,4 gün (10-90 gün),konvansiyonel pansuman uygulananlarda ortalama 29,1 gün, VAC uygulananlarda 33,6 gün olarak bulundu.Hastaların 9'unda yoğun bakım (YBU) ihtiyacı gelişmiştir. Konvansiyonel pansuman uygulananlarda 5 hastaya, VAC uygulananlarda 4 hastaya YBU takibi gerekmiştir. Konvansiyonel grupta ortalama YBU yatış süresi 4,8 gün, VAC grubunda 11,25 gün olarak saptandı.

SONUÇ

Fournier gangreni ürolojik aciller arasında nadir olmasına rağmen teşhisi konduğu andan itibaren tekrarlayan agresif cerrahi debridman gerektiren bir hastalıktır. Literatürdeki çok merkezli veri incelemeli çalışmalarda aktif olarak kullanılan VAC ve konvansiyonel pansuman metotlarının birbirine üstünlükleri bildirilmekle beraber kesin bir cevaba varılamamıştır. Ancak VAC tedavisinin iş gücünü etkin bir şekilde azalttığı gerçektir. Bizim deneyimlerimizde konvansiyonel metot ve VAC arasında prognoz ve mortalite açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir. FG şiddet skorunun prognoz ve mortalite tahmininde yetersiz olduğu saptanmıştır.

Tablo 1: Fournier gangreni hasta profili

-	Toplam hasta: 21	Konvansiyonel tedavi alan: 15	VAC tedavisi: 6
Yaş ortalaması	55,6	55,6 (43-84)	55,6 (40-67)
Şikayet süresi	5	4,9 (1-10)	5,5 (3-7)
Yandaş hastalık sıklığı	18 hastada yandaş hastalık	13 hasta: 6 hastada DM	5 hasta: 3 hastada DM
Debridman sayısı	5,5	3,8 (1-14)	9,8 (2-22)
Stoma ihtiyacı	%23 (5)	%20 (3)	%33 (2)
Flep-Greft ihtiyacı	%33(7)	%33 (5)	%33(2)
Yatış süresi(gün)	30,4	29,1(10-90)	33,6 (10-70)
YBU tedavisi alan hasta sayısı	9	5 (%55)	4 (%45)
YBU yatış süresi(gün)	7,6	4,8 (1-9)	11,25 (4-20)
FGSI	3	3 (0-9)	3(0-7)

PS-30

BÖBREK TÜMÖRLERİNDE AÇIK CERRAHİ YÖNTEMLE RADYOFREKANS ABLASYON TEDAVİSİ OLGU SUNUMU

DURAN DÜZGÜN(1) ONUR YATAĞAN(1) YUNUS YAZ(1) MESUT BERKAN DURAN(1) AYKUT BAŞER(2) MUHAMMET ARSLAN(3) HALİL SERDAR ASLAN(3) YUSUF ÖZLÜLERDEN(1)

1. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı, Denizli
2. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Balıkesir
3. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Hastanesi Radyoloji Anabilim Dalı, Denizli

AMAÇ

Radyofrekans ablasyon(RFA) tedavisinde amaç tümör dokusunda 100 santigrad derece üzerinde doku sıcaklığına ulaşılarak tümör dokusunda hücre ölümü ve koagülasyon nekrozu oluşturmaktır. İlk olarak kuru RFA tedavisi geliştirilmiştir. Günümüzde ıslak RFA(Şekil 1) kullanılmaktadır. RFA tedavisi için en uygun tümör solid, kontrast tutan ve 4 cm'den küçük renal kitlelerdir. Perkütan, laparoskopik ya da açık yöntemle uygulanabilmektedir. Posterior ve lateral yerleşimli tümörler için perkütan yaklaşım uygundur. Medial ve anterior yerleşimli tümörler için laparoskopik yaklaşım daha uygundur. Karaciğer dokusu üst poldeki kitlenin önüne gelmesi, batın cerrahisi öyküsü bulunması ve birden fazla lezyon olması nedeniyle açık yaklaşım ile RFA planlandı. Bu bildiride 3 adet kitlesel lezyonu olan olguda açık cerrahi yöntemle RFA tedavisini anlatmak istedik.

GEREÇ-YÖNTEM

Renal hücreli karsinom(RHK) nedeniyle sol nefrektomize, hipertansiyon ve kronik böbrek yetmezliği ile takipli, kolesistektomi öyküsü olan 74 yaşında erkek hasta sağ böbrekte insidental kitle şikayeti ile başvurdu. Kontrastsız MR'da sağ böbrek üst polde 2 cm kitle, orta kesim medialde 3 cm kitle ve orta kesim lateralde 2,5 cm kitle saptandı(Şekil 2). Öncesinde BT eşliğinde sağ böbrek üst poldeki 2 cm çaplı lezyondan 18 Gauge(G) biyopsi iğnesi ile transhepatik yolla trucut biyopsi alındı. Patoloji sonucu non-tümöral böbrek biyopsisi şeklinde sonuçlandı. RHK açısından yüksek şüphe üzerine ileri yaş, komorbid hastalıklar, tek böbrek, multiple endofitik kitle ve batın operasyonu öyküsü olması nedeniyle açık yöntemle RFA yapılmasına karar verildi. Hasta sağ modifiye lateral pozisyonda operasyona alındı. Asenden kolon mediale deviye edildi. Gerato fasyası açıldı. Sürrenal bez inferiora doğru serbestlendi. RFA öncesi üst pol kitleden trucut biyopsi alındı. Üst pol anteriordaki 2 cm endofitik kitleye (20 w, 6 dk), orta kesim posteriordaki 3 cm endofitik kitleye (30 w, 8 dk), orta kesim lateraldeki 2,5 cm ekzofitik kitleye(30 w, 7 dk) peroperatif USG eşliğinde 16 G iğne ile RFA yapıldı. Tümör sınırının 0,5 cm ilerisine kadar ablasyon zonu oluşturuldu. (Şekil 3,4,5) Operasyon lojuna 1 adet dren yerleştirildi. Peroperatif komplikasyon olmadı.

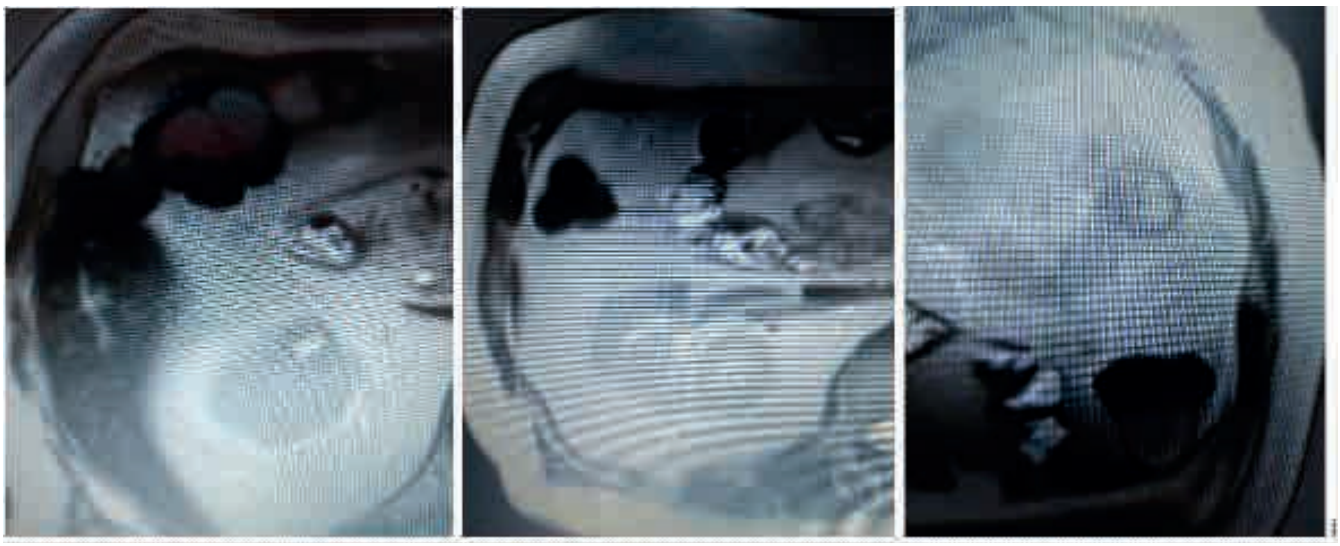
BULGULAR

Hasta hemoglobin 12 mg/dl ile vakaya alındı. Postoperatif hemoglobin 11,4 mg/dl ölçüldü. 5. Gün hemoglobin 8,5 mg/dl gelmesi üzerine 1 ünite eritrosit süspansiyonu verildi. Hemoglobin 9,1 mg/dl ile taburcu edildi. Postoperatif hemoglobin düşmesi dışında komplikasyon izlenmedi. Preoperatif kreatinin 2,35 mg/dl ile operasyona girdi. Postoperatif dönemde günlük ortalama 2000-2500 mililitre idrar çıkışı mevcuttu. Yatışı boyunca kreatinin değeri yükselmedi ve kreatinin 2,34 mg/dl ile taburcu edildi. Postoperatif 1. gün sonda, 7. gün dren çekildi; 10. günde peroperatif biyopsi sonucu RHK şeklinde raporlandı. Hastamız postoperatif dönem 1. ayında olup, 6. haftasında kontrastsız MR çekilecek olup işlemin başarısı değerlendirilecektir.

SONUÇ

RFA tedavisi t1a RHK tümörlerinde başarı oranı %94 olarak bilinmektedir. Yaşlı, komorbiditesi olan, birden fazla tümörü ve/veya soliter böbrekli hastalarda uygulanabilir tedavi alternatifidir. Açık cerrahi girişim ile RFA; batın operasyonu öyküsü olan olgularda multiple ve endofitik kitlelerde peroperatif USG eşliğinde başarılı bir şekilde uygulanabilmektedir.

Şekil 2: Sırasıyla böbrek üst pol anterior, orta kesim posteromedial ve orta kesim lateraldeki kitleler



PS-31

MİNİMAL İNVAZİV HİDROSELEKTOMİ: OUTPATIENT NOVEL OUTLEAF (ONOL) HİDROSELEKTOMİ

ŞINASI YAVUZ ÖNOL(1)

1. Özel İstanbul Önol Üroloji Merkezi, İstanbul

AMAÇ

Yetişkin hidroselinin en sık görülen şekli idiyopatik olanıdır. Tunika vajinalisin viseral ve pariyetal yaprakalrı arasında oluşan sıvı hidrosele neden olur. Aspirasyon ve skleroterapi düşük başarı oranına sahiptir. Amacımız daha minimal bir kesi ile yüksek başarı elde edebileceğimiz tekniğimizin uzun dönem sonuçlarını paylaşmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM

2004-2022 yılları arasında 102 hastaya ONOL Hidroselektomi prosedürü uygulandı. Uygulanan cerrahi işlem sırasıyla şu şekildeydi. 15 mm skrotal transvers kesi sonrası dartos, eksternal spermatik fasya, kremasterik fasya, internal spermatik fasya kesildi. Tunika vajinalisin pariyetal yaprağı görüldü. Kesilen skrotal tabakalar klempler yardımıyla dört köşesinden tutularak asıldı. İnternal spermatik fasyave tunik vajinalis pariyetal tabakası ayrıldı. Testisin doğurtulmasına gerek duyulmaz. Maksimum Hidrosel kesesi ayrıldıktan sonra mobilize olan tunik vajinalis yaprağı çıkarıldı. Yara dren konmaksızın sütüre edilerek kapatıldı.

BULGULAR

Ortalama takip süresi 134 aydır. Başarı oranı %92'dir. Üç vakamızda reoperasyon gereksinimi doğdu. Kanama, enfeksiyon ve hematom hiçbir vakada izlenmedi. Bütün hastalar aynı gün taburcu edildi. Skrotal pansuman ile taburcu edilen hastaların 3. Gün pansumanları alındı.

SONUÇ

Hidroselektomi ameliyatı sonrası en sık görülen komplikasyon şişlik, kalıcı ödem, hematom ve enfeksiyondur. Tunika vajinalis hidroselektomi sayesinde daha geniş direksiyon ile eksizyon ve versiyon postoperatif ödem ve total komplikasyon oranını azaltır.

PS-32

GEÇİRİLMİŞ COVİD-19 ENFEKSİYONU SONRASI SPONTAN ADRENAL KANAMA

TOYGAR ÖZLÜTURHANLAR(1) EMRE YILDIZ(1) GÖKHAN ŞAHİN(1) HAKAN GEMALMAZ(1)

1. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Adrenal kanama, hayati tehlike yaratabilen, nadir görülen tıbbi acil bir durumdur. Bu duruma, altta yatan birçok farklı neden sebep olabilir. Bilindiği kadarıyla, antikoagülan ajanlar da bu durumun nadir ama olası bir nedenidir.

COVID-19 enfeksiyonunu sonrası olası komplikasyonlar giderek daha fazla tanınmaktadır. Tıbbi farkındalığın oluşması hasta yönetimi açısından çok önemlidir. Klinisyenler, geçirilmiş COVID-19 öyküsü olan hemodinamik instabil, antikoagülan kullanan hastada tanıyı koymak ve uygun tedaviye başlamak için Adrenal kanama olasılığının farkında olmalıdır.

Çalışmamızda, COVID-19 enfeksiyonunu sonrası proflaktik antikoagülan kullanan ve spontan adrenal kanama tanısı alan bir vaka sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

52 yaş erkek hasta Eylül 2022'de ani başlayan sol yan ağrısı ile acil servise başvurdu. Aort anevrizması ve sağ radikal nefrektomi öyküsü olan hastanın COVİD-19 enfeksiyonu sonrası coraspin kullanımı mevcuttu. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'sinde sol böbrek ile dalak arasında en geniş yerde 17cm hematom ile uyumlu kitle görülerek tarafımıza konsulte edildi.

Hasta interne edilerek intravenöz antibiyotik ve yatak istirahati ile takip edildi. Takip esnasında hemoglobulin değeri 14'ten 6.5'e düşen hastaya eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Kontrol BT'si ve hemodinamisi stabil olduğu görülerek yatışının 9. gününde taburcu edildi. Hastanın 6. Ay kontrolünde hematomun büyük ölçüde regrese olduğu görüldü.

Resim 1: Yatış öncesi BT'si Solda Adrenal lojda 17 cm çapa ulaşan ortalama 50 HU dansite değerine sahip hematom ile uyumlu bir koleksiyon izlenmektedir.

Resim 2: 6. ay kontrol BT'si Sol sürrenal lojda en geniş yerinde 6 cm çapa ulaşan hematom ile uyumlu koleksiyon izlenmektedir.

BULGULAR

Adrenal kanama nadir görülen acil bir durumdur. Postmortem çalışmalar'da %0.14-1.8'lik bir insidans tahmin edilmektedir. Altta yatan stres koşulları, sepsis, gebelik, post-abdominal cerrahi, anti-fosfolipid sendromu ve nadir durumlarda antikoagülan tedavi de Adrenal hemoraji'ye neden olabilir. Kanama, her antikoagülan tedavide potansiyel bir risktir ve hastaneye yatışlara ve ölümlere yol açabilir. SARS-CoV-2 pandemisi sonucunda da hem SARS-CoV-2 enfeksiyonu sırasında hem de sonrasında Adrenal kanama vakaları bildirilmiştir.
Adrenal kanamanın nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, venöz spazm veya tromboz mekanizmalarıyla ilişkili zayıf venöz drenajlı büyük arteriyel beslenme gibi anatomik durumların adrenal hemorajik enfarktüslere katkıda bulunabileceğine inanılmaktadır. Ayrıca Anjiotensin Dönüştürücü Enzim 2 (ACE2) reseptörünün, SARS-CoV-2 tarafından endotel hücrelerine girmek için kullanıldığı gösterilmiştir. Bu durumun da Covid-19 geçirenlerde adrenal bezlerde endotel hasarına bağlı olarak hemorajiye neden olabileceği düşünülmektedir.
Tek taraflı Adrenal kanamadan sonra adrenal yetmezlik nadir olmakla birlikte, hastayı hemodinamik açıdan değerlendirmek ve adrenal yetmezliği ve hormonal olarak aktif adrenal tümörleri dışlamak önemlidir. Hipotansiyon, hiponatremi, hipoglisemi ve hiperkalemi adrenal yetmezliği gösterebilir.

SONUÇ

Adrenal kanamanın oluşum mekanizması ve tedavisi ile ilgili literatür sınırlıdır ancak yayınlanan vaka raporlarında çoğu hasta başlangıçta konservatif olarak tedavi edilmektedir. Hemodinamik instabil, antikoagülan kullanan, geçirilmiş Covid-19 öyküsü olan hastada tanıda gecikmeyi önlemek için Adrenal kanama olasılığının farkında olunmalıdır.

PS-33

HOUNSFİELD ÜNİTESİ (HU): BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİNİN TEŞHİSİ İÇİN UMUT VEREN NON-İNVAZİV ARAÇ

HÜSEYİN HAYİT(1) CUMHUR YEŞİLDAL(1) SERKAN YENİGÜRBÜZ(1) FATMA YILMAZ(1) YUNUS EMRE KIZILKAN(1) ÖMER YILMAZ(1)

1. Sultan Abdulhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisinde (BPH) prostat acmi ile semptomlar doğru orantılıdır. Hastanın tanı ve tedavisini belirlerken hastanın subjektif semptomlarından ziyade non invaziv ve objektif olarak tanı koymayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM

alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ile ilk kez üroloji polikliniğine başvuran hastalarda Uluslararası Prostat Semptom Skoru (IPSS) değerlendirildi. Daha sonra, PSA, üre, kreatinin, tam idrar tahlili, üroflowmetri, idrar yolu ultrasonu ve kontrastsız alt karın bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikleri kaydedildi. Prostat santral (transizyonel zon) bölgesi ve periferik bölge HU skorları, prostat üretra uzunluğu ve mesane duvarı Hounsfield ünite (HU) skorları bilgisayarlı tomografi (BT) kullanılarak kaydedildi. prostat boyutunun ultrasonografik ve tomografik ölçümleri için elipsoid formül kullanıldı (ön-arka çap x enine çap x boyuna çap x 0,52).

BULGULAR

Prostat periferal zon/santral zon HU ile üroflowmetrideki maksimum akış hızı arasında istatistiksel anlamlı olarak negatif korelasyon bulundu.

SONUÇ

İşeme parametreleri ile Hounsfield Ünite değerini karşılaştıran literatürdeki ilk çalışmadır. Prostat periferal zon/santral zon HU ile üroflowmetrideki maksimum akış hızı arasında istatistiksel anlamlı olarak negatif korelasyon bulunması daha büyük popülasyonlar ile yapılacak çalışmalara ön ayak olmuştur. Hastalarda AÜSS'ye sebep olan BPH'ın daha objektif kriterler ile ortaya konulması mümkün olabilecektir.

-	Periferik zon HU	Santral zon HU	Periferik / Santral zon HU	Mesane duvar HU
Yaş	P: 0,883 Pearson r:- 0,017	P: 0,453 Pearson r:- 0,085	P: 0,499 Pearson r: 0,077	P: 0,335 Pearson r: 0,109
Prostat hacmi	P: 0,167 Pearson r:- 0,156	P: 0,157 Pearson r:- 0,160	P: 0,868 Pearson r: 0,019	P: 0,815 Pearson r: 0,027
PSA	P: 0,426 Pearson r:- 0,090	P: 0,233 Pearson r:- 0,135	P: 0,632 Pearson r: 0,054	P: 0,862 Pearson r: 0,020
Qmax	P: 0,698 Pearson r:- 0,044	P: 0,073 Pearson r: 0,202	P: 0,047** Pearson r: -0,223**	P: 0,850 Pearson r: -0,022
Qort	P:0,955 Pearson r:- 0,006	P: 0,190 Pearson r: 0,148	P: 0,314 Pearson r: -0,114	P: 0,096 Pearson r: -0,187
Rezidü idrar	P: 0,561 Pearson r:- 0,066	P: 0,545 Pearson r:- 0,069	P: 0,593 Pearson r: -0,061	P: 0,595 Pearson r: -0,060
Üretra uzunluğu	P: 0,393 Pearson r:- 0,097	P: 0,135 Pearson r:- 0,168	P: 0,962 Pearson r: -0,005	P: 0,720 Pearson r: 0,041

PS-34

ANJİOMYOLİPOMLARDA ÖNEMLİ TEDAVİ ENDİKASYONU: OLGU SUNUMU

AHMET YÜCE(1) ERDAL BENLİ(2) ABDULLAH ÇIRAKOĞLU(2) İSMAİL NALBANT(3)

1. Darende Devlet Hastanesi
2. Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi
3. Lokman Hekim Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Anjiomyolipomlar perivasküler epiteloid hücre tümörleri grubunda ve bening karakterde böbrek kitleleridir. Genellikle sporadik fark edilirler. Ancak rastlantısal olarak fark edilen küçük boyutlu bir kitleden, hayatı tehdit edebilecek retroperitoneal kanamalara yol açabilecek geniş bir klinik spekturumları vardır. Bizde bu çalışmamızda retroperitoneal kanama ile acile başvuran, büyük boyutları sebebi ile minimal invaziv cerrahi uyguladığımız bir anjiomyolipom vakasını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Olgu sunumu: 51 yaşında E.C adlı erkek hasta acil servise ciddi sağ yan ağrısı, karın ağrısı, baş dönmesi şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde ciddi sağ kostovertebral açı hassasiyeti, sağ üst kadran ağrısı mevcut. Daha öncesinde 14,6 g/dL olan hemoglobin değeri 9,6 g/dL olan hastaya acil şartlarda kontrastlı abdomen BT çekildi. Sağ böbrekle yaklaşık 14 cm'lik alanı etkileyen, içerisinde yağ dokusuda bulunan lezyon ve yağlı dokuda dansite artışı izlenmiş kitle ve kirlenme olup öncelikli anjiomyolipom rüptürü lehine değerlendirildi.

BULGULAR

Fonksiyonel görüntülemede toplayıcı sistemin intakt olduğu görüldü. Hospitalizasyon sonrası eritrosit süspansiyonu ile destekte bulunulan ve olabildiğince immobilizasyona önem gösterilen hastada 2. Günde Hb değeri yükselmeye başlayıp 4. Günden sonra 13 g/dL ile stabil hale getirildi. Hastanın sonradan ulaşılan raporlarında sağ böbreğinde yaklaşık 10 cm'lik anjiomyolipom ile takip edildiği öğrenildi. Genel durumu stabil ve Hb değeri normal sınırlarda olan hastaya cerrahi önerildi ve stabil durumda iken laparoskopik nefrektomi uygulandı.

SONUÇ

Anjiomyolipomlar klinikte karşımıza çok farklı tablolarda gelebilen ve takip programına alınması gereken patolojilerdir. Esas tedavi amaçları hemoraji, ağrı gibi semptomları gidermek, bası etkisini ortadan kaldırmak ve büyük boyutlu veya düşük yağ içerikli kitlelerde renal hücreli karsinom ayrımı yapılamayan hastalarda olabildiğince böbrek koruyucu tedavi uygulamaktır. Retroperitonel kanama gibi durumlar stabil hale getirilse de, büyük boyutlu kitlelelerde embolizasyon veya laparoskopik tedavi seçenekleri gibi minimal invaziv teknikler mutlaka akılda olmalıdır.

PS-35

NADİR BİR KOMPLİKASYON; PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ SONRASI DOUBLE-J STENT ÜST UCUNUN BÖBREK PARANKİMİNE GÖMÜLMESİ

KEREM BURSALI(1) SEMİH TÜRK(1) HÜSEYİN CİHAN DEMİREL(2)

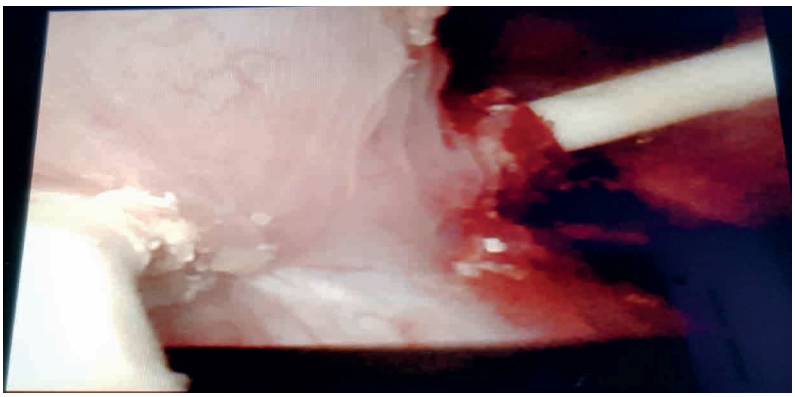
1. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. İstanbul Aydın Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ
Double-j (DJ) üreteral stent yerleştirilmesi, çeşitli endoürolojik operasyonlar sonrası gerçekleştirilen yaygın bir işlemdir. Ancak işlem sonrası başarısız stent çıkarılması nadir görülen bir durumdur. Çalışmamızda, stent çıkarma başarısızlığının nadir bir nedeni olarak double J stentin gömülü üst ucunu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Otuz altı yaşında erkek hasta sol yan ağrısı ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde dört ay önce başka bir sağlık merkezine piyelonefrit ile başvurmuş ve sol böbreğine nefrostomi kateteri takılmış. Bir ay sonra aynı merkezde sol böbreğe standart perkütan nefrolitotomi (PCNL) yapılmış. Ameliyattan sonra böbrek içinde dağınık yerleşimli rest taşları ve üreter taşı nedeniyle hastaya DJ stent yerleştirilmiş. Ardından üç seans ekstrakorporeal şok dalga litotripsi (ESWL) prosedürü uygulanmış. Hasta flexible üreterorenoskopi (fURS) yapılması için hastanemize refere edilmiş.

BULGULAR
Hastaya rest taşları belirlemek için röntgen ve kontrastsız bilgisayarlı tomografi (BT) çekildi. BT'de sol böbreğinde multiple taş ve sol proksimal üreterinde "Steinstrasse" reformasyonu tespit edildi. "Steinstrasse" reformasyonu için üreterolitotripsi yapmaya karar verdik. Preoperatif hazırlıklar esnasında idrar kültüründe enterococcus faecium tespit edildi. Hastaya beş gün vankomisin tedavisi uygulandı. İdrar kültürü sterilize edildikten sonra antibiyotik profilaksisi altında ameliyat edildi. Ameliyatın ilk adımında sistoskopi ile DJ stenti çıkarmaya çalıştık ancak başarılı olamadık. Bunun sebebinin proksimal üreterdeki taşlara bağlı olduğu düşünüldü. Üst üreterdeki taşlar holmium lazer ile parçalandı. Üreterolitotripsinin ardından stenti çıkarma denemesi yine başarısız oldu. Ardından access sheati dikkatli bir şekilde yerleştirip fleksibl üreterorenoskopi yapıldı. DJ stentin üst ucunun böbreğin üst kaliks parankimine gömülü olduğu görüldü (Resim 1). DJ stentin gömülü olduğu böbrek dokusuna Holmium lazer insizyonu yapıldı. Ardından DJ stent güvenli bir şekilde çıkarıldı. DJ stent çıkarıldıktan sonra böbrekteki taşlara litotripsi yapıldı. Ancak taşların sert (1200 hounsfield birim) ve dağınık yerleşimi ve ameliyat süresinin uzaması nedeniyle başka bir seansta kalan taşlara fURS uygulamayı planlayarak işlem sonlandırıldı. Hastaya yeni bir DJ stent yerleştirildi. İşlem komplikasyonsuz ve kanamasız olarak gerçekleştirildi. Takiplerinde herhangi bir şikayeti olmayan hasta postoperatif 2. gün taburcu edildi.

SONUÇ
Olgumuz gömülü DJ stentinin çıkarılması ile ilgili literatürdeki ikinci rapor olmasına rağmen, tek seansta flexible URS ile gömülü DJ çıkarılmasının ilk vakasıdır. PNL sonrası DJ stent çıkarılamıyorsa DJ stentin üst ucunun böbrek parankiminde sıkışıp kalabileceği akılda tutulmalıdır.



PS-36

ATORVASTATİN KULLANIMININ PROSTAT BÜYÜMESİ VE ALT ÜRİNER SİSTEM SEMPTOMLARI ÜZERİNE ETKİSİ

MUHAMMED SELÇUK ÖZER(1) MEHMED EMİN KAYACAN(1) VOLKAN ŞEN(1) BORA İRER(2) OZAN BOZKURT(1) AHMET ADİL ESEN(1)

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı
2. Eşrefpaşa Devlet Hastanesi

AMAÇ

Atorvastatin kullanımının 3-hydroksi-3-metilglutaril CoA (HMGCoA) redüktaz inhibisyonu ile androjen sentezi için gerekli olan kolestrolün sentezinin inhibisyonunu sağladığı bilinmektedir[1]–[3]. Atorvastatin kullanımının prostat kanseri ve prostat hiperplazi gelişimini azaltabileceği düşünülmektedir, bu nedenle transüretral prostat rezeksiyonu (TURP) yapılan hastaların bilgilerini kullanarak atorvastatinin prostat üzerine etkisinin değerlendirilmesini araştırdık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Kasım 2021- Temmuz 2022 tarihleri arası alt üriner sistem semptomları nedeniyle TURP yapılan hastalar dahil edilmiştir. Hastaların uluslararası prostat semptom skorları (IPSS), PSA değerleri, prostat hacimleri (PV), maksimum işeme hızları (Qmax), işeme sonrası rezidü idrar hacmi (PVR), rezeke edilen doku ağırlığı, akut üriner retansiyon (AUR) öyküsü, mesane taşı öyküsü ve patoloji sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalar atorvastatin kullanımına göre iki gruba ayrıldı ve gruplar karşılaştırıldı.

BULGULAR

TURP yapılan 164 hastanın 16'sı (%9,8) atorvastatin kullanmaktaydı. IPSS skorları, PSA, PV, Qmax, PVR, rezeke edilen doku miktarı, AUR ve patoloji sonuçları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 1).

SONUÇ

Çalışmamızda atorvastatin kullanımın prostat ve alt üriner sistem semptomları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığını tespit ettik. Atorvastatinin prostat üzerindeki etkilerini anlamak için daha geniş örnekleme sahip prospektif çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

-	Atorvastatin Kullanmayan (n= 148)	Atorvastatin Kullanan (n=16)	P
IPSS (Median, Min-Maks):	20 (5-35)	15,5 (5-35)	0.286
PSA (ng/ml) (Median, Min-Maks):	3,7 (0,1-3368)	2,78 (0,43-24,3)	0.225
PV (cc) (Median, Min-Maks):	66,5 (15-203)	80 (37-121)	0.474
Qmax (ml/sn) (Median, Min-Maks):	7 (1-27)	8 (2-30)	0.845
PVR (ml) (Median, Min-Maks):	105 (1-770)	90,5 (35-450)	0.916
Rezeke edilen doku ağırlığı (gr) (Median, Min-Maks):	20 (5-230)	25 (10-45)	0.466
AUR	-	-	-
Var	43	4	-
Yok	105	12	0.733
Mesane taşı	-	-	-
Var	22	1	-
Yok	126	15	0.346
Patoloji	-	-	-
Benign prostat dokusu	80	11	-
Kronik prostatit	37	2	-
Adenokarsinom	28	3	-
Ürotelyal karsinom	3	0	0.735

Atorvastatin kullanan ve kullanmayan hastaların klinik, laboratuvar, operasyon ve patoloji verilerinin karşılaştırılması

PS-38

VİCRYL, PROLEN VE PDS SUTURLERİNİN İDRAR VE VÜCUT SICAKLIĞI MARUZİYETİNE UZUNLUK BİRİMİ BAKIMINDAN TEPKİSİ

UTKU CAN(1) ERDİNÇ DİNÇER(1) AHMET HALİL SEVİNÇ(1) BURCU HANCI SEVİNÇ(2)

1. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği
2. İstanbul Maltepe Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

AMAÇ
Üriner Sistem cerrahilerinde kullanılan, PDS, Vicryl ve prolen sütur materyallerinin vücut sıcaklığı ve idrar maruziyeti ile uzunluk değişimlerinin ölçülmesi ve analizi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM
3 farklı sütur materyali (vicryl, prolen, PDS), 10 farklı idrar örneğinin içerisinde 37 C'de 7 gün boyunca bekletilmiştir. TÜM İP TİPLERİ İÇİN 3/0 KALINLIK TERCİH EDİLMİŞTİR. Tüm idrar örneklerinin ilk alındığı anda pH değeri 5.5-6.5 aralığında saptanmıştır. Tüm süturların işlem öncesi (Ö-1), 7 gün 37 derece kuru ortamda bekleme sonrası (Ö-2) ve ardından 7 gün 37 derece idrar içerisinde bekleme sonrası(Ö-3) uzunlukları "mm" cinsinden ölçülmüş ve kaydedilmiştir.

BULGULAR
Vicryl sutur 2. Ölçümde 1. Ölçüme göre 0.25 ± 0.19 mm anlamlı uzama görülürken (p=0.009, bonferroni düzeltmesi ile), 3. Ölçümde değişim olmadığı gözlendi. Prolen sutur için yapılan her 3 ölçümde farklılık olmadığı, PDS sutur içinse 1 ve 2. Ölçüm arasında farklılık gözlenmezken, 3. Ölçüm sonrası ortalama 1.97 ± 0.32 mmlik uzama olduğu saptandı (p < 0.001, bonferroni düzeltmesi ile).

SONUÇ
Üriner sisteme uygulanan anastomozlardaki extravazasyon ürologlar için zorlu bir durumdur. Uzamış drenaj, kreatin absorpsiyonuna bağlı böbrek yetmezliği tablosunun gelişmesi ya da enfeksiyon gibi komplikasyonlara sebep olması nedeniyle extravazasyonun engellenmesi için her geçen gün yeni çalışmalar düzenlenmektedir.

Farklı sütur materyallerinin anastomoz cerrahilerindeki anastomoz kaçaklarında rolünün olabileceği düşüncesi ile planlanan bu çalışmada 3 farklı sütur materyalinin(vicryl,PDS,prolen) idrara maruziyeti sonrasında oluşan değişimler karşılaştırılmıştır. 7 gün 37'de bekleyen vicryl'in işlem öncesi ölçümüne göre anlamlı oranda uzunluğunun arttığı, prolen ölçümlerinde istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadığı, PDS materyalinde ise 7 gün idrarda bekleme sonrasında uzunluğunun anlamlı arttığı gözlendi. Çalışmanın eksik yönü; süturler bekletilme esnasında negatif gerilim basıncına maruz kalmadığından uzama etkisi net olarak gösterilememiş olabilir.
İstatistiksel anlamlı farklılık saptansa da oransal olarak uzamanın minimal olması, klinik açıdan gözardı edilebilir bir değişim olduğu kanaatindeyiz. Doku üzerinde negatif gerilim basıncı sağlanarak oluşturulmuş çalışmalara ihtiyaç vardır.

-	Ö-1	Ö-2	Ö-3	p
Vicryl	199.94± 0.55	200.19 ± 0.67	200.17 ± 0.69	0.005
Prolen	200.13 ± 0.37	200.04 ± 0.50	200.05 ± 0.46	0.595
PDS	199.95 ± 0.54	199.97 ± 0.63	201.94 ± 0.85	0.0001

Farklı sütur materyallerinin işlem sonrası istatistiksel analizi

PS-40

NUTCRACKER SENDROMU VAKA SUNUMU

AHMET EMRE ŞAHİN(1) GÖKHAN ŞAHİN(1) MEHMET DÜNDAR (1) ERDEM BARIŞ CARTI(1) ALPARSLAN ÜNSAL (1)

1. Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Sol renal ven tuzak sendromu olarak da bilinen nutcracker sendromu (NCS), sol renal venin süperior mezenterik arter ve aort arasında basıya uğraması ile karakterizedir. En yaygın karakteristik klinik belirti ve semptomlar aralıklı hematüri, proteinüri, yan ağrısı ve pelvikkonjesyondur. Kliniğimize sol yan ağrısı ve tekrarlayan hematüri ataklarıyla başvuran ve nutcrackersendromu tanısı koyduğumuz vakayı sunuyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

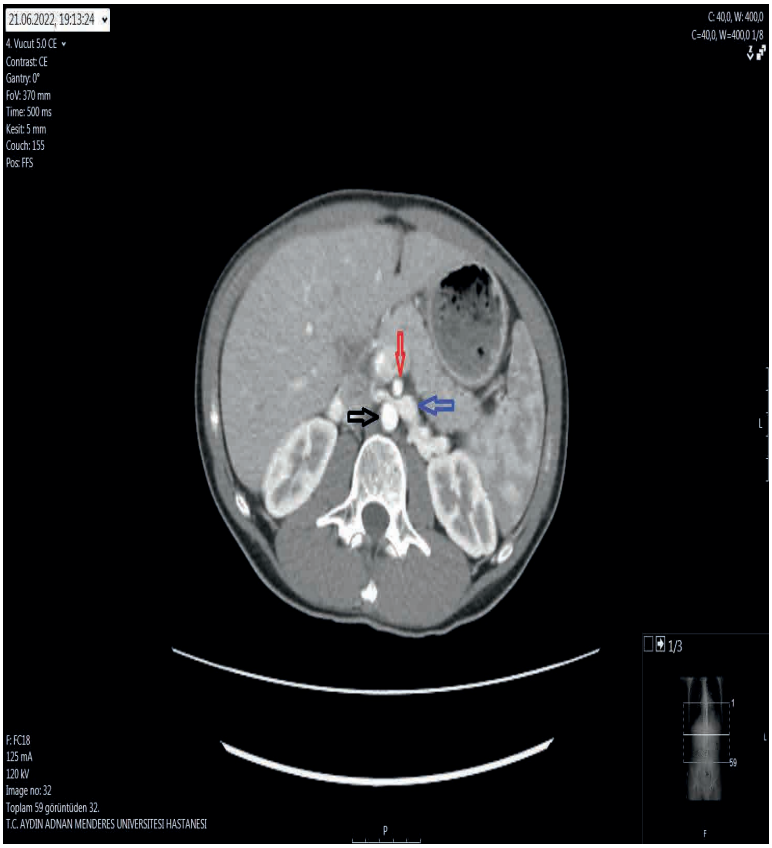
Haziran 2022 de 21 yaşında erkek hasta, son 1 yıldır aralıklı ağrısız hematüri, orta-şiddetli derecede sol yan ağrısıve kasık ağrısı şikayeti ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş.Hastaya yapılan abdominal ulrasonografi tetkiki sonrası nutcracker ön tanısı ile tarafımıza konsulte edildi.

BULGULAR

Tanıyı doğrulamak amacıyla yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi tetkikinde(şekil 1)aorto-mezenterik açının daralmış olduğu, sol renal venin bu bölgede basıya uğrayarak kalibrasyonunun inceldiği ve sol renal ven distal kesiminin dilate olduğu görüldü. Zayıf ve uzun boylu fenotipik özelliklere sahip olan hastanın spot idrarda proteinürisi olduğu izlendi. Diğer kan serum ve idrar parametreleri olağan izlendi. Genel cerrahi kliniğiyle birlikte “Splenektomi ve Splenik Venin Renal Vene End to Side Anastomozu ”operasyonu komplikasyonsuz bir şekilde gerçekleştirildi.Hasta 3 günlük servis takibi sonrasında şifa ile taburcu edildi.Postop 2.hafta kontrolünde hastanın hematüri, sol kasık ağrısı ve sol yan ağrısının tamamen gerilediği izlendi.

SONUÇ

Nutcracker sendromu;sol renal venin süperior mezenterik arter ve aort arasında basıya uğraması ile karakterizedir. En yaygın karakteristik klinik belirti ve semptomları aralıklı hematüri,proteinüri, yan ağrısı ve pelvik konjesyondur.Tedavide hastanın kliniğine göre konservatif tedavi yöntemleri ve çeşitli prosedürlerde cerrahi tedavi tercih edilmektedir. Nutcracker sendromu;nadir görülse de açıklanamayan hematüri ve yan ağrısı kliniğinde akılda tutulması gereken öntanılardan biridir.



PS-41

NADİR GÖRÜLEN BİR TÜMÖR; MESANE PARAGANGLİOMASI: ÜÇ OLGU SUNUMU

MEHMET AKİF DOĞAN(1) HÜSEYİN SAYGIN(1) ALİ ÜNAL(1) İSMAİL EMRE ERGİN(1) AYDEMİR ASDEMİR(1) ESAT KORĞALI(1)

1. Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Sivas

AMAÇ

Paragangliomalar sempatik sinir sistemindeki kromafin hücrelerden kaynaklanan ekstraadrenal yerleşimli nöroendokrin neoplazmlardır. Mesane paragangliomaları, tüm mesane tümörleri içerisinde oldukça nadir görülen tümörlerdir. Biz bu vaka sunumumuzda üç mesane paragangliomasına yaklaşımımızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde son on yıl içerisinde görülen üç mesane paragangliomaları olgularını literatür bilgileri eşliğinde sunduk. Hastalarımızın tamamı kadın cinsiyet olup; yaş ortalaması 71.3 idi. Hastalarımızın ortak geliş şikayetleri hematüri olup bir hastamızda miksiyona eşlik eden baş ağrısı ve çarpıntı şikayetleri mevcuttu. Yapılan görüntülemelerinde bir hastamızın mesanesinde 3 cm'den büyük ve 2 cm'den küçük multipl; diğer iki hastamızın mesanesinde 3 cm'den küçük soliter lezyonlar izlendi. Sunduğumuz birinci olgumuzda transüretral rezeksiyonla örneklenen histopatolojik materyalin derin kas invazyonu pozitif olarak gelmesi üzerine hastaya sonrasında açık parsiyel sistektomi ameliyatı yapıldı. Uzun süre kontrollerini aksatan hastanın retroperitonda kitlesi tespit edilmesi üzerine de laparoskopik retroperitoneal lenf nodu diseksiyonu ve kitle eksizyonu ameliyatı yapıldı. İkinci olgumuzda kitle transüretral rezeksiyonla komplet olarak rezeke edildi. Üçüncü olgumuzda transüretral rezeksiyon yapılan hastanın intraoperatif hipertansif atakları olması nedeni ile vakası sonlandırıldı. İnkomplet rezeksiyon olan hastaya sonrasında açık parsiyel sistektomi ameliyatı uygulandı. Hastalarımızdan alınan materyallerin patolojileri paraganglioma olarak raporlandı. Hastalarımızın takipleri devam etmektedir.

BULGULAR

Mesane paragangliomaları, tüm mesane tümörlerinin %0.05'inden azını oluşturan son derece nadir tümörlerdir. Genitoüriner sistemde en sık görüldüğü yer mesanedir. Bunu üretra ve üreter takip eder. Sıklıkla 20-40 yaş arası kadınlarda izlenmektedir. Hastaların semptomları en sık hematüri, hipertansiyon, taşikardi ve baş ağrısıdır. Miksiyon ile oluşan semptomlar ise hastaların yaklaşık yarısında izlenmektedir. Bizim olgularımızda da lokalizasyon,semptomlar ve cinsiyet literatüre uygun iken, yaş farklılık göstermektedir. Mesane paragangliomaları tanısında kan veya idrar katekolamin ve metabolitlerinin düzeyleri kullanılmaktadır. Bununla birlikte tipik semptomları olan vakalarda bile, miksiyonel atakların meydana geldiği zamanda numuneler toplanmadıysa; plazma veya idrar katekolamin ve metabolitleri yükselme göstermeyebilir. Bizim sunduğumuz üç olguda da idrar katekolamin metabolitleri normal değerler arasındaydı. Mesane paragangliomaları immünohistokimyasal olarak S-100, kromogranin ve sinaptofizin ile pozitif boyanırlar. Bizim olgularımızda da patoloji materyalleri aynı paterni sundu. Mesane paragangliomu olan hastalar için en sık bildirilen tedavi parsiyel sistektomidir. Mesanenin lokalize/lokal olarak ilerlemiş paragangliomu için diğer tedavi seçenekleri arasında TURm ve radikal sistektomi yer almaktadır. Sunduğumuz olgularda da hastanın klinik durumu, kitlenin invazyonu ve metastaz durumuna göre farklı cerrahi yaklaşımlar tercih edilmiştir.

SONUÇ

Mesane paragangliomaları nadir rastlanan bir patolojidir ve değişik klinik tablolar ile kendisini gösterebilirler. Diğer mesane kitlelerinin ayırıcı tanısında mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Hastalar nüks ve metastaz gelişimi açısından yakın takip edilmelidirler.

PS-42

DIREKT, İNTRAPERİTONEAL, KOMPLİKE İNGUİNAL MESANE HERNİSİ

OKTAY ÜÇER(1) MURAD MAMMADZADA(1) OSMAN UMUR BAŞARAN(1) HASAN AYDEDE(1)

1. Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

AMAÇ

Kliniğimize başvuran direkt, intraperitoneal ve komplike inguinal mesane hernisi (İMH) olgusunun tanı ve tedavi sürecinin paylaşımı amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

İMH ilk olarak 1951'de Levine tarafından inguinal sistosel olarak bildirilmiştir. Direkt ve indirekt olarak ayrıldıktan sonra periton ilişkisine göre paraperitoneal (en sık), ekstraperitoneal ve intraperitoneal olarak 3 gruba ayrılır. İnguinal hernilerin %4 ten daha azını oluşturan İMH'nin %7 den daha azı preoperatif tanı alabilmektedir.[1]

Olgumuz 67 yaşında, sağ yan ağrısı, kasık ağrısı, zor ve ağrılı işeme nedeni ile kliniğimize başvurdu. İnguinal bası ile ağrısız işeyebildiğini belirten hastaya yapılan fizik muayenede sağ inguinal herni ve rektal tuşede grade 3 prostat saptandı. Bilgisayarlı tomografide sağ proksimal üreterde 9 mm taş, sağ İMH, İMH lümeninde ve mesanede multipl taşlar ve prostat hiperplazisi saptandı. Hastaya aynı seansta üreterorenoskopi (URS), açık prostatektomi, sistolitotomi ve herni onarımı planlandı.

BULGULAR

Hastanın İMH'si el ile redükte edildikten sonra sistoskopi yapıldı. Tümöral oluşum saptanmadı. Mesane taşları görüldü, orifisler anatomik pozisyonlarında izlendi. Sonrasında URS ile üreter taşı tedavi edildi. URS sonrasında açık cerrahi ile İMH dokusu anatomik pozisyonuna getirildi ve açık prostatektomi ve sistolitotomi yapıldı. Ürolojik prosedürlerin tamamlanmasını takiben greft ile inguinal kanal onarıldı.

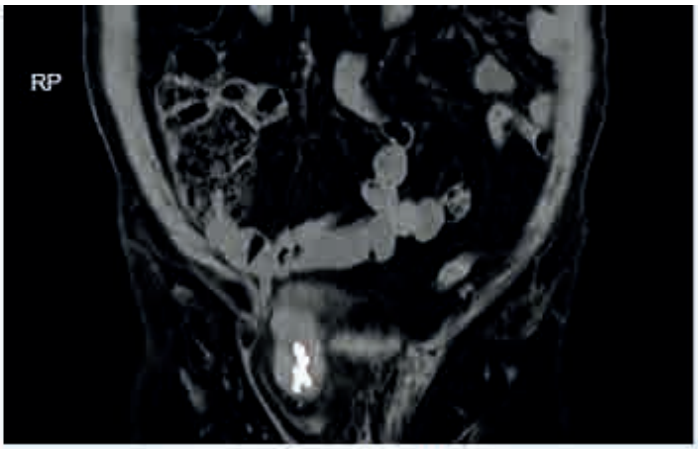
SONUÇ

Literatürde sunulan vakalar değerlendirildiğinde, anatomik ve radyolojik sınıflandırılması farketmeksizin İMH'de mesane rüptürü, iskemi ve enfarkt, vezikoüretral reflü gibi komplikasyonlar görülebilmektedir.[2] Trigonun pozisyonu çoğunlukla korunmuş olduğu için akut renal hasar komplikasyonu çok nadir olarak görülebilse de masif İMH'de akut renal hasar bildiren olgular bulunmaktadır.[3]

İMH'de saptanan taş olgusu ilk defa 1986 yılında Postma ve Smith tarafından yayınlanmıştır.[4] İMH çok nadiren taş içermektedir ve sayılı vakalar derlendiğinde, İMH'nin taş ile komplike hale gelmesinin olası herni komplikasyonlarının görülme sıklığını arttırabileceği sonucuna ulaşılmaktadır. Bir olgu analizinde ise taş içeren İMH'de ürotelyal karsinom saptandığı bildirilmiştir.[5]

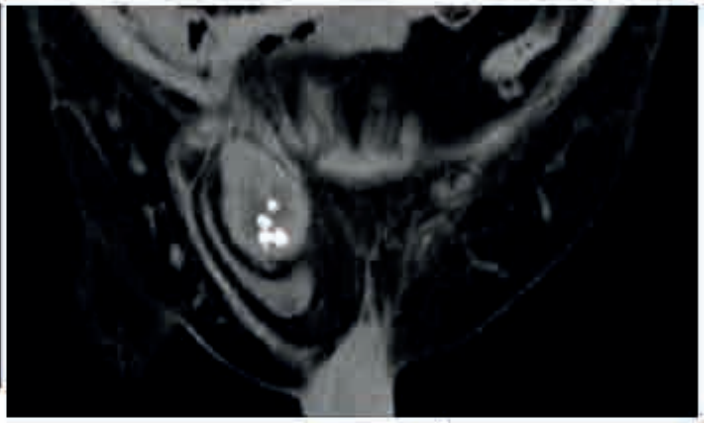
İMH tedavi planını oluştururken, özellikle taş ile komplike İMH'de olası komplikasyonlar arasında malignite riski göz ardı edilmemelidir. Bu olgu sunumu ve literatür taraması sonrasında; Komplike İMH onarımında geç kalınmamalı, olası herni komplikasyonları ve özellikle malignite riski unutulmamalı ve herniasyon nüksünü azaltmak amacı ile greft ile onarılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Sağ proksimal üreter taşı ve prostat hiperplazisi



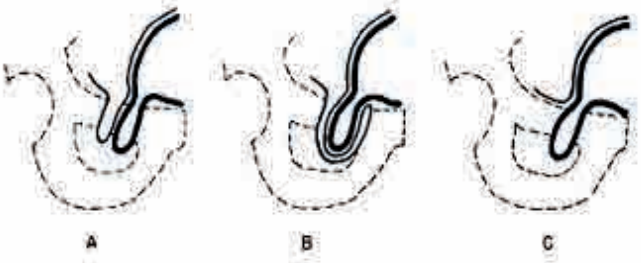
Mesane hernisi içerisindeki taşlar

Mesane taşları ve prostat hiperplazisi



Mesane hernisi ile periton ilişkisi, İntraperitoneal herni

Mesane herniasyonu, sağ yan duvar



PS-43

PROSTAT'INTRANSÜRETRAL REZEKSİYONUNDA KULLANILAN MONOPOLAR VE BİPOLAR REZEKSİYON YÖNTEMLERİNİN ETKNLİK VE GÜVENİLİRLİK AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

GÖKHAN ŞAHİN(1) BÜŞRA ŞAHİN(2) RAHŞAN ÇAM(2) MEHMET DÜNDAR(1)

1. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı, Aydın
2. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Aydın

AMAÇ

Benign prostat hiperplazisi (BPH) yaşlanan erkekte en sık görülen benign neoplazmdır. Yaşamın 4. dekatında %8 oranında görülürken, 9. dekatında görülme sıklığı %90'a ulaşır. BPH prostatın stromal ve epitelyal hiperplazisi ile karakterizedir. Hastalar sıklıkla alt üriner sistem semptomları(AÜSS) ile kliniğe başvururlar.

BPH'ın cerrahi tedavisinde altın standart olarak prostatın transüretral rezeksiyonu(TURP) uygulanmıştır. TURP monopolar veya bipolar teknikle uygulanabilir. Bipolar yöntem monopolar yönteme benzer oranda etkiye sahipken, intraoperatif TUR sendromu ve kan transfüzyonu gereksinimini azalttığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda BPH standart cerrahi tedavisi olan monopolar ve bipolar TUR-P tekniğini intraoperatif güvenlik ve etkinlik açısından karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Üroloji Kliniğinde monopolar ve bipolar TUR-P ameliyatı geçiren ve en az 1 yıl takip edilmiş 30'ar hasta prospektif olarak çalışmaya dahil edilerek, iki teknik etkinlik ve güvenilirlik açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR

Monopolar ve bipolar TUR-P grupları arasında yaş ve ek hastalık açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. Ameliyat süresi monopolar grupta 64±24 dk iken bipolar grupta 61±18 dk saptanmıştır. Aradaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Monopolar grubunda ortalama hemoglobin (HB) düşüşü 1.25±1 iken bipolar grubunda 1.24±1 saptanmıştır. Monopolar grupta ortalama sodyum düşüşü 2.9±4.2 iken bipolar grupta 0.8±2 saptanmıştır. İki grup arasıda HB düşüşü istatistiksel açıdan anlamlı saptanmazken, sodyum düşüşü monopolar grubunda anlamlı yüksek saptanmıştır.Monopolar TUR-P uygulanan gruptan 1 hastanın sodyum değerinin 123'e düştüğü ve hipertansiyon, bulantı kusma geliştiği izlendi. Tur sendromu olarak değerlendirilen hastanın diüretik tedavi ile bulgularının düzeldiği görüldü. Monopolar grupta ortalama katater süresi 4.4±1.1 gün, hospitalizasyon süresi 3±2.1 gün iken bipolar grupta ortalama katater süresi 4.6±0.6 gün, hospitalizasyon süresi 1.9±1.1 gün saptanmıştır. Bipolar teknik uygulanan grupta hospitalizasyon süresi anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır. Qmax artışı monopolar grupta 13.1±9.7ml/sn iken bipolar grupta 11.7±7.4ml/sn saptanmıştır. Aradaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı saptanmamıştır. Monopolar grupta takipte 2 hastada mesane boynu obstruksiyonu, 2 hastada üretra darlığı, 2 hastada dekataterizasyon sonrası üriner retansiyon ve 1 hastada postoperatif hematoglob saptanmıştır. Bipolar grubunda hiç bir hastada üretral darlık, hematoglob ve dekataterizasyon sonrası retansiyon saptanmamıştır. Monopolar TUR-P uygulanan grupta istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha fazla post-operatif komplikasyon gelişmiştir.

SONUÇ

Monopolar ve bipolar TUR-P tekniği birbirine benzer etinlik göstermektedir. Bipolar TUR-P; kısa hastanede kalış süresi, düşük postoperatif komplikasyon ve düşük TUR sendromu olasılığı nedeniyle daha güvenli bir tercih olarak kullanılabilir.

Tablo 1: Grupların hasta sayısı, Qmax artışı, komplikasyon oranı, katater süresi ve hospitalizasyon süresine göre karşılaştırılması

	Hasta Sayısı	Qmax (yükseliş)	Komplikasyon (kişi)	Katater Süresi (gün)	Hospitalizasyon (gün)
Monopolar TURP	30	13.1±9.7	7 (%23.3)	4.4±1.1	3±2.1
Bipolar TURP	30	11.7±7.4	0	4.6±0.6	1.9±1.1
p		0.543	0.011	0.52	0.029

PS-44

İNGUİNOSKROTAL ÜRETER VE MESANE HERNİSİ; 2 VAKA

SABRİ AYDEMİR(1) ALPER ÖZORAK(1) SEFA ALPEREN ÖZTÜRK(1) GÖNENÇ KUŞ(1) HÜSEYİN BIÇAKÇIOĞLU(1)

1. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

AMAÇ

İnguinal herni, intraabdominal yapıların inguinal kanaldan herniasyonudur. Üriner sistem organlarının inguinal herniasyonu oldukça nadirdir. En sık mesane herniasyonu (%0.5-4) gözlenirken, 2. sırada üreterlerin herniasyonu gelir (<140 vaka) (1,2). Başvuruda hastalar asemptomatik olabilirken, alt üriner sistem semptomları (AÜSS), aralıklı skrotal şişlik, ikili işeme, yan ağrısı gibi şikayetler de izlenebilir. Bu yazımızda izole inguinoskrotal mesane hernisi ve izole inguinoskrotal üreter hernisi olan 2 vakamızı anlatmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM

Vaka 1: 86 yaş erkek hasta 3 gündür mevcut olan sağ yan ağrısı nedeni ile polikliniğe başvurdu. Başvuru esnasında kreatinin yüksekliği ve USG ile görüntülemede solda atrofik böbrek sağda hidronefroz izlenen hastaya nefrostomi kateteri takılarak ileri görüntüleme planlandı. BT yorumunda sağ inguinal kanala mesane, üreter ve omental yağlı doku herniasyonu izlenmiş olup, sağ distal üreterde dilatasyon geliştiği ve hastanın skrotumunda intraperitoneal yapı olmadığı izlendi (Şekil-1). Hastaya çekilen antegrad üretrografide sağ üreterin inguinal kanal boyunca skrotuma uzandığı, skrotuma herniye olduğu gözlendi (Şekil-2). Kreatinin regresyonu izlenen hasta operasyona alındı. İnguinal kanaldan direkt herniye olan üreter redükte edilerek açık herni onarımı uygulandı. Takiben üreterorenoskop yardımı ile JJ kateter takıldı.

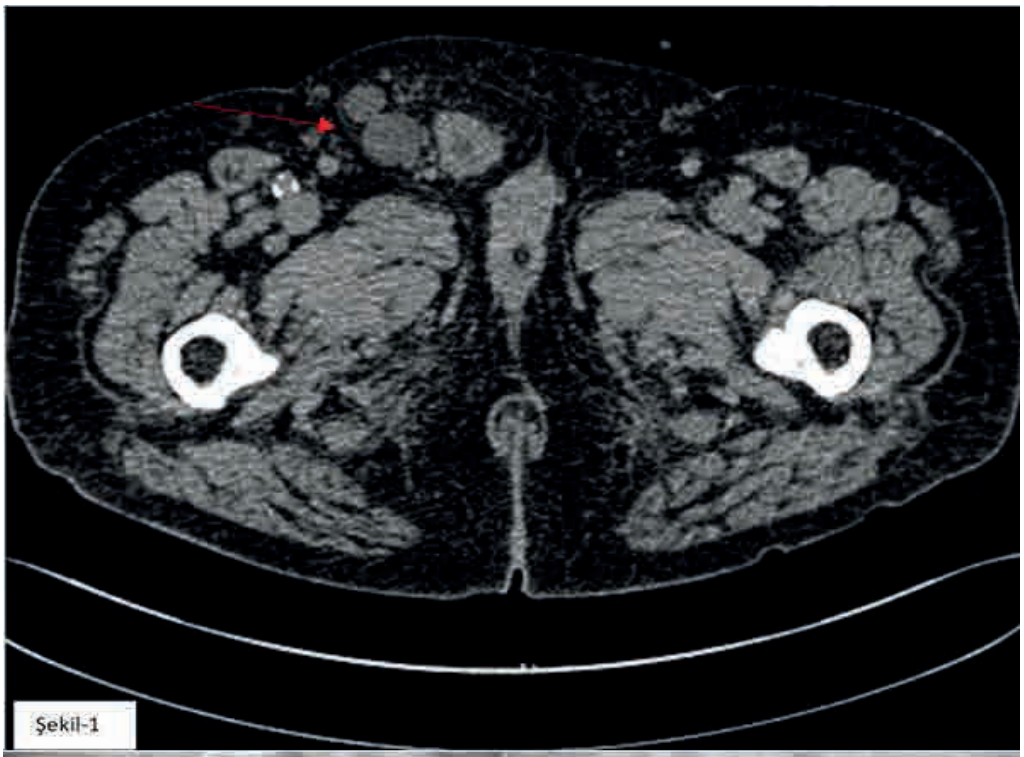
Vaka 2: 80 yaş erkek hasta skrotal şişlik şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Nokturi ve rezidü idrar hissi tarifleyen hastanın çekilen USG'de şüpheli hidrosel izlenmesi üzerine hastaya BT çekildi. BT'de mesanenin sağ inguinal kanala direk herniasyonu izlendi (Şekil-4). Operasyon kararı alınan hastada inguinal kanaldan direkt herniye olmuş mesane izlendi. Mesane batın içine redükte edilerek açık herni onarımı uygulandı. Postoperatif kontrollerinde hasta nokturisinin ve rezidü idrar hissinin gerilediğini belirtti.

BULGULAR

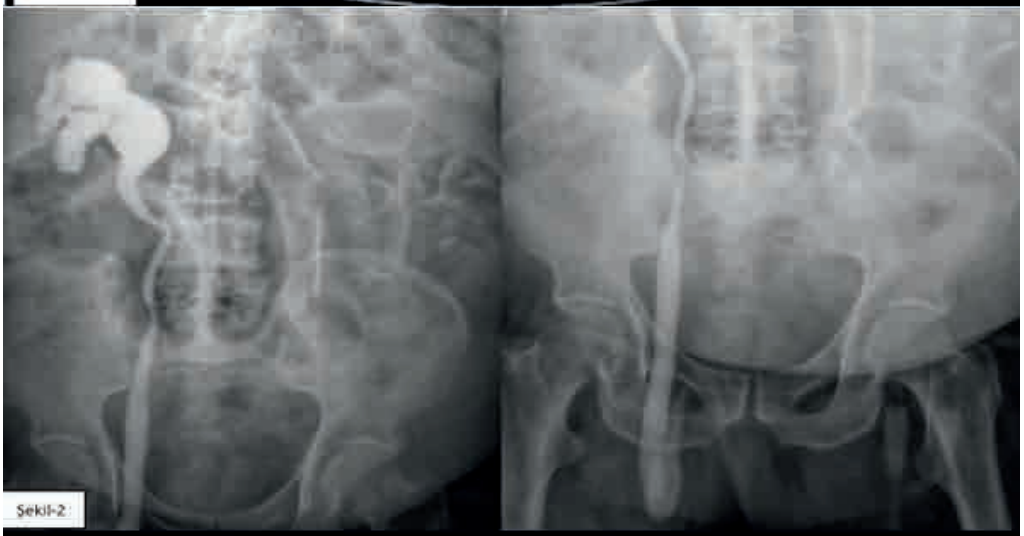
İnguinal herni %3-8 sıklıkta izlenirken inguinal herniye üriner sistem organlarının eşlik etmesi oldukça nadirdir(2,3). Hastaların çoğu asemptomatiktir. AÜSS, skrotal kitle gibi non-spesifik semptomları olanlarda sıklıkla tesadüfen teşhis edilir(4). En tipik bulgu iki aşamalı işemedir (5). Tanıda en önemli basamak şüphedir. Görüntüleme olarak İVP, sistografi, USG, BT ve MRG'den faydalanılabilir. Mesane; parsiyel veya total olarak inguinal kanala herniye olabilir. Total herniasyon; obstrüksiyon, taş, vezikoüreteral reflü, hidronefroz, enfeksiyon ve akut böbrek yetmezliğine neden olabilir(1). İlk vakamızda olduğu gibi retroperitoneal bir yapı olan üreterin herniye olması oldukça nadir izlenmektedir. Özellikle erkeklerde açıklanamayan hidronefroz, böbrek yetmezliği veya sık tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ile birlikte inguinal herni teşhisi konduğunda, üreteral inguinal herni ayırıcı tanı olarak akla getirilmelidir(2). Üreteroinguinal herniler, direk olmaktan ziyade ağırlıklı olarak indirektir (%80-%20) ve iki anatomik varyantta ortaya çıkabilir (6). Üreteroinguinal herniler, obstrüktif üropati riski nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilir. Üreterin basit redüksiyonu ile herni onarımı yeterli olabileceği gibi daha komplike durumlarda, üreter rezeksiyonu veya üreteroneosistostomi gerekebilir (2).

SONUÇ

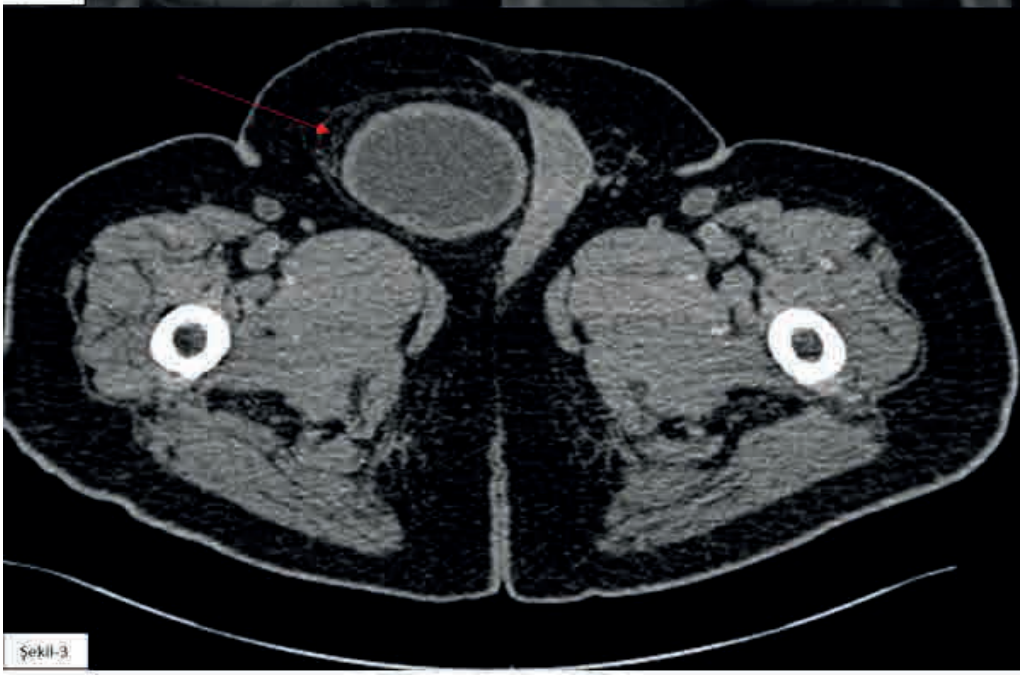
İnguinal herniye üriner sistem organlarının eşlik etmesi oldukça nadirdir. İnguinal hernisi olan hastalarda hidronefroz, böbrek yetmezliği, AÜSS, idrar yolu enfeksiyonu gibi durumlar eşlik ederse akla mesane ve/veya üreterin hernisi getirilmelidir.



Şekil-1



Şekil-2



Şekil-3

PS-45

MESANE AĞRI SENDROMU HASTALIĞI TANI VE TAKİBİNDE YENİ BİR BELİRTEÇ: D VİTAMİNİ MESANE AĞRI SENDROMU (MAS)

ARZU MALAK(1) ÇAĞRI DOĞAN(1) BANU SARIFAKIOĞLU(1) MURAT AKGÜL(1) CENK MURAT YAZICI(1) SERKAN ŞERAMET(1) HULUSİ SITKI DAYISOYLU(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Primer mesane ağrı sendromu (PMAS); suprapubik bölgede ağrı, rahatsızlık hissi şikayetlerine sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi ve nokturi gibi alt üriner sistem semptomlarının en az birinin eşlik etmesi olarak tanımlanmaktadır. PMAS etyolojisinde kronik inflamasyon ve psikolojik faktörlerin önemli yeri vardır. Hastaların psikolojik durumlarının hastalığın klinik seyrinde ve semptomların şiddetinde önemli bir rol oynadığını bilmekteyiz. PMAS hasta grubunda depresyon ve anksiyete bozukluklarının topluma göre daha sık görülmesi bu hipotezi destekler niteliktedir.

D vitamini eksikliğinin maligniteler,otoimmün hastalıkların seyrinde kötüleşme ve psikolojik bozuklarla ilişkisi olduğu bilinmektedir. PMAS etyolojisinde de kronik inflamasyonun var olması ve psikolojik rahatsızlıklarla sıklıkla birliktelik göstermesi D vitamini eksikliği ile benzer patofizyolojik yolaklar üzerinden etkili olabileceğini düşündürmektedir. D vitamini eksikliğinde; beyinde noroimminmodulasyon azalması anksiyete ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların sıklıkla görülmesine yol açmaktadır.
Çalışmamızda PMAS hastalığı ve ile benzer fizyolojik yolaklara üzerinden klinik etkisi gözlemlenen D vitamini eksikliği arasında ki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladı.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmamıza Namık Kemal Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalında takipli olan toplam 43 PMAS hastası çalışmaya dahil edildi. PMAS tanısını taklit edebilecek hastalıkları olan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. (Üriner sistem enfeksiyonu, üro-jinekolojik malgniteler, üriner sistem taş hastalığı ve aşırı aktif mesane vb) Hastaların tanısında rutin olarak sistoskopik değerlendirme ve U-POINT fenotipik sınıflandırılması uygulanmaktadır. Kliniğimizde PMAS tanısı olan hastalar fizik tedavi, psikiyatri, kadın doğum ve üroloji hekimleri tarafından oluşturulan konsey tarafından multidisipliner bir yaklaşım içerisinde takip edilmektedir. PMAS tanısı ile takipte olan 43 hasta ve aktif ürolojik yakınması olamayan 45 hastanın demografik özellikleri, beck depresyon, anksiyete skorları ve D vitamini düzeyleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 43 PMAS hastanın 4'ü(%9,3) erkek 39'u(%90,7) kadın cinsiyette iken, kontrol grubunu oluşturan 45 katılımcının 5'i(%11,1) erkek ve 40'ı(%88,9) kadın katılımcıdan oluşmaktadır. (p=0,984) (Tablo-1) PMAS ve kontrol grubu arasında D vitamini düzeyleri arasında istatistiksel bir ilişki saptanmamıştır.(p=0,812) PMAS grubunda beck depresyon ve anksiyete ölçekleri skorları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur.(p=0,013ve p=0,011;sırasıyla) PMAS grubunda anksiyete ve depresyon skorlarının belirgin yüksek çıkması üzerine ; semptomları olmayan ve hafif semptomları olan hastalar ile orta-ağır semptomları olan hastalar D vitamini düzeyleri açısından karşılaştırıldı, ancak istatistiksel bir farklılık saptanmadı. (Tablo-2)

SONUÇ

PMAS hastaları ve kontrol grubunda D vitamini düzeyleri arasında ilişki saptanmamasına rağmen PMAS grubunda anksiyete ve depresyon skorları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. D vitamini düzeyleri ile PMAS kliniği arasında ilişkinin daha net değerlendirilebilmesi için çok merkezli prospektif-randomize çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

	PMAS Hastaları (n)	Kontrol Grubu (n)	*p* değeri
Sayı	43	45	0,984
Cinsiyet Kadın (n)	39	40	
Erkek (n)	4	5	0,439
Yaş (yıl)	21,91±16,04	24,50±13,67	
D vitamini düzeyi (IU/kg)	46,01±13,62	45,33±12,56	0,812
Beck depresyon skorları	16,90±11,22	9,41±4,48	**0,013**
Beck anksiyete skorları	13,56±11,01	7,26±3,71	**0,011**

Tablo-1: PMAS hastaları ile kontrol grubu arasında klinikodemografik ve d vitamini düzeylerinin karşılaştırılması. PMAS: Primer mesane ağrı sendromu.

PMAS hastaları	Sayı (n)	D vitamini düzeyi (IU/kg)	p değeri
Anksiyete Semptomları Olmayan ve Hafif Semptomları Olanlar	18	19,71±12,22	0,453
Orta-Ağır Anksiyete Semptomları Olanlar	18	24,11±19,23	
Depresyon Semptomları Olmayan ve Hafif Semptomları Olanlar	22	18,83±12,20	0,151
Orta- Ağır Semptomları Olan Hastalar	14	26,76±20,26	

Tablo-2 PMAS hastalarının anksiyete ve depresyon skorlarına göre D vitamin düzeylerinin değerlendirilmesi. PMAS: Primer mesane ağrı sendromu

PS-46

ÜRODİNAMİK ÇALIŞMALARDA AREFLEKSİF DETRÜSOR SAPTANAN KATETERİZE HASTALARDA ALTERNATİF YÖNTEM: TUR-P

ÇAĞRI DOĞAN(1) MURAT AKGÜL(1) CENK MURAT YAZICI(1) ENES ALTIN(1) SERKAN ŞERAMET(1) ANIL KELEŞ(1) MÜGE ÖZCAN(1)

1. Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Benign prostat obstrüksiyonu (BPO), mesane çıkım tıkanıklıkları, aşırı aktif mesane ve detrüsor kontraktilite bozuklukları (detrüsor yetersiz aktivitesi ve arefleksif detrüsor) AÜSS yol açan ürolojik nedenlerden bazılarıdır. BPÖ obstruktif etyolojiler arasında en sık rastlanılan hastalıktır. Trans üretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) altın standart cerrahi prosedür olarak kabul edilmiştir. Cerrahi öncesinde değerlendirilen hastaların yaşının <50yaş ve >80yaş olması, geçirilmiş başarısız cerrahi öyküsü olması, nörojenik özgeçmişi olması ya da yüksek post-miksiyonel rezidü (PVR) idrar saptanması durumunda hastaya ürodinami + basınç akım çalışması (Ü-BAÇ) yapılması önerilmektedir. Kliniğimizde TUR-P operasyonu olan hastaların retrospektif olarak Ü-BAÇ incelenmiş olup, boşaltım fazında arefleksif detrüsor saptanan kateterize hastaların TUR-P sonuçlarını yayınlamayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Namık Kemal Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı'nda 2019-2022 yılları arasında TUR-P operasyonu uygulanan 330 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Toplam 139 hastaya operasyon öncesinde Ü-BAÇ gerçekleştirildiği tespit edildi. Tüm Ü-BAÇ incelendiğinde toplam 17 hastanın boşaltım fazında detrüsor kontraksiyonun olmadığı ve yüksek PVR nedeniyle kateterize takip edildiği belirlendi. Bu hastaların TUR-P sonrasında başarılı olan ve olmayan hastalar arasında preoperatif dönemde alınan PSA, kreatinin, CRP, nötrofil lökosit oranları(NLO) ve sistemik inflamatuar inflamasyon indeksi(Sİİİ) değerleri karşılaştırılmıştır. Ü-BAÇ verilerine ek olarak preoperatif prostat hacmi(PH) ve cerrahide rezeke edilen PH'de gruplar arasında karşılaştırılmıştır.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 72.25±9,78 yıl olarak saptanırken,17 hastanın 2 (%11,7) sinde diyabet mevcut olup TUR-P olan hastaların hiçbirinde nörolojik ek hastalık mevcut değildi. 17 hastanın 3 (%17,6)' ü cerrahiden fayda görmezken, 14(%82,4) hastanın fayda gördüğü belirlenmiştir. Ü-BAÇ incelendiğinde cerrahiden fayda gören 4 hastanın dolum fazında detrüsor aşırı aktivitesine sahip olduğu gözlenmiştir. Cerrahiden fayda gören ve görmeyen hastalar arasında preoperatif dönemde alınan PSA, kreatinin, CRP, NLO, Sİİİ ve preoperatif PH ve peroperatif rezeke edilen PH'de istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. (Tablo-1) Toplam 17 hastanın sadece 1'inde(%5,9) patolojisinde kanser saptanırken, geri kalan 16 (%94,1) hastanın patolojisinin kronik inflamasyon olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında tek farklılık cerrahi sonrasında fayda gören grubun İPSS skorlarının istatistiksel olarak belirgin düşük saptanmasıdır. (24,84±5,58, 34,33±1,51; p=0,013)

SONUÇ

Kateterize takip edilen boşaltım fazında arefleksif detrüsor saptanan hastaların büyük çoğunluğu TUR-P'dan fayda gördüğünü gözlemlemiş durumdayız. Kalıcı veya geçici kateterizasyon ile takip edilen nörolojik öyküsü olmayan, yüksek PH olan hastalara TUR-P prosedürü uygulanabileceği kanaatindeyiz. Sonuçların daha iyi anlaşılabilmesi için çok merkezli, geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

	TUR-P Sonrası Fayda Gören Hastalar n:14	TUR-P Sonrası Fayda Görmeyen n:3	*P değeri*
Yaş (yıl)	74,69±10,73	72,33±4,51	0,721
Max. sistometrik kapasite (cc)	414,31±130,82	418,01±204,12	0,969
Ü-BAÇ Sonrası PVR (cc)	371,73±108,71	386,24±232,45	0,859
Prostat hacmi (cc)	68,84±27,36	78,04±15,87	0,478
Rezeke edilen prostat hacmi(cc)	38,07±21,06	46,66±5,77	0,506
Pre-op kreatinin mg/Dl	0,93±0,22	0,86±0.31	-0,601
Pre-op eGFR	78,16±17,15	86,37±3,15	0,445
Pre-op albümin (mg/Dl)	4,18±0,31	4,05±0,15	0,477
Pre-op. PSA değeri (ng/Dl)	12,47±10,44	6,02±5,14	0,651
Pre-op İPSS Skorları	24,84±5,58	34,33±1,51	**0,013**
Pre-op. nötrofil/lökosit oranı	61,81±7,13	64,81±11,01	0,561
Sistemik inflamatuar inflamasyon indeksi	16,99±9,61	13,24±4,81	0,536
Post-op CRP	12,11±8,45	10,45±4,12	0,745

PS-48

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU MESANE ÇIKIM OBSTRÜKSİYONUNA SEBEP OLUR: KLİNİK VE ÜRODİNAMİK ANALİZ

BÜLENT ÇETİNEL(1) ELİF ALTINAY KIRLI(1) BÜLENT ÖNAL(1) GÖKTUĞ KALENDER (1) MUHAMMET DEMİRBİLEK(1) ALPER OKUR(1)

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

AMAÇ

Amacımız pelvik organ prolapsusunun mesane çıkım obstrüksiyonunu nedeni olup olmadığının değerlendirilmesidir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ürodinami ünitemize 2007-2021 yılları arasında alt üriner sistem semptomları ile başvuran 877 hastanın tıbbi kayıtları retrospektif olarak incelendi. Nörojenik işeme disfonksiyonu olan (n=105), basınç akım çalışması olmayan veya basınç akım çalışmasında idrar yapamayan (n=157), spinal kord ile ilişkili cerrahi, inkontinans cerrahisi, üretral darlık ve prolapsus cerrahisi geçirmiş olan (n=202), ve tıbbi kayıtları yetersiz olan hastalar (n=40) çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan hastalar (n=373) Baden Walker sınıflama sistemine uygun olarak prolapsus saptanan ve saptanmayan olarak 2 gruba ayrıldı. Ana başvuru semptomu ve klinik bulgular, demografik özellikler, serbest üroflow ve ürodinami değerlendirme bulguları iki grup arasında karşılaştırıldı. Farklılıklar univariate ve logistik regresyon analizleri ile tespit edildi.

BULGULAR

373 hastanın median yaşı 54 (18-92) yıldır. Prolapsus saptanan 189 hastanın %41'inde sistosel [(n=77; orta/şiddetli n=67 (%87), siddetli n=10 (%13)], %17'sinde rektosel [(n=32; hafif/orta, n=28 (%88)], %7'sinde apical prolapsus [(n=13; hafif/orta n=10 (%77, ciddi n=3 (23%)], %35'inde mix prolapsus (n=67; orta/hafif n=46 (%69), ciddi n=21 (%31) tespit edildi. Univariate analizde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar tabloda özetlendi. Logistik regresyon analizinde prolapsus saptanan hastalarda yaşın daha ileri olduğu (p=0.023), pelvik taban kuvvetinin daha zayıf olduğu (p=0.032), hesitancy semptomunun daha sık görüldüğü (p=0.003), basınç akım PdetQmax değerinin daha yüksek olduğu (p=0.002), prolonged-tailed serbest uroflow işeme paterninin daha sık görüldüğü (p=0.002) tespit edildi.

SONUÇ

Ürodinamik bulgular pelvik prolapsusun mesane çıkım tıkanıklığına yol açtığını göstermektedir.

Parametre	p değeri
Yaş	0.003
Ek hastalık öyküsü	0.015
Başvuru semptomları	0.001
Dizüri	0.048
Hesitancy	0.017
Terminal Drippling	0.019
Post-miksiyon rezidü hissi	0.029
ICIQ Skoru(median)	0.002
Inkontinans	0.005
Menapoz durumu	0.014
Provakatif stress testi	0.027
Pelvik taban gücü	0.001
Ultrasonda patolojik bulgu	0.001
Serbest üroflowda işeme eğrisi	0.001
Basınç-Akım PdetQmax	0.001
Basınç akım işeme eğrisi	0.035

Univariate analizde değerlendirilen parametreler

PS-49

NADİR PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ KOMPLİKASYONU: SUBKAPSÜLER DALAK HEMATOMU VE TEDAVİ YÖNETİMİ

ABDULLAH GÜL(1) SALİM ZENGİN(1) ÇAĞLAR BOYACI(1) ÖZGÜR EKİCİ(2) SONER ÇOBAN(1)

1. SBÜ Bursa Yüksek İhtisas EAH, Üroloji Kliniği, Bursa
2. Nusaybin Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mardin

AMAÇ

Dalak yaralanması, perkütan nefrolitotomi (PCNL) sonrası %1'lik oranla nadir görülen bir komplikasyondur. Postoperatif tanının gecikmemesi ve hasta bazlı uygun tedavi ve takip hayati önem taşımaktadır. Ameliyatsız konservatif yönetim veya splenektomi tedavi seçenekleridir ve kriterleri net değildir. Biz de bu olgumuzda, sol böbrek üst pol suprakostal girişte, access kılıf manipülasyonlarına bağlı künt travmaya ikincil olduğunu düşündüğümüz subkapsüler dalak hematomu komplikasyonu ve tedavi yönetimimizi sunmak istedik.

GEREÇ-YÖNTEM

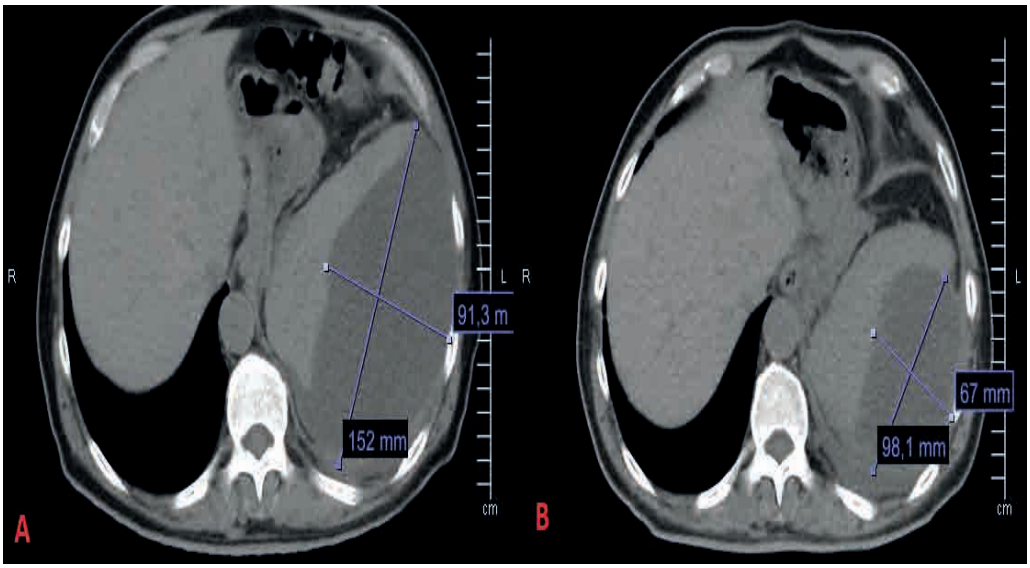
Yaklaşık 3 aydır sağ baskın bilateral yan ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvuran 63 yaş erkek hastada bilateral böbrek taşları (sağ böbrekte en büyüğü 20x11 mm boyutta multiple kalküller ile sağ üreter proksimalinde 14x6 mm boyutta kalkül ve sol böbrekte 25x21 mm boyutta kalkül) saptandı (Resim 1). Hastanın preop serum kreatinin değeri 1,53 mg/dL, BUN 21 mg/dL oarak ölçüldü.

BULGULAR

Hastaya öncelikli olarak sağ RIRS + sağ PCNL + sağ DJ stent takılması ameliyatları yapıldı. İlk ameliyattan 3 hafta sonra sağ DJ stent çıkarılması + tüplü sol PCNL (alt polü taşın tamamen tıkaması ve kılavuz telin sisteme gitmemesi ve skopi altında en uygun erişim yolu üst polden giriş görünmesi nedeniyle suprakostal üst pol girişli) ameliyatları yapıldı. Hastanın sol lomber bölgesinde, postop ilk gün analjezi altında 6, analjezi etkisi geçtiğinde 9 olan VAS skorlu ağrısı mevcuttu. Preop Hgb değeri 12,4 g/dL olan hastanın postop 2. aaatte 11,7 g/dL ve postop 1. günde 11,1 g/dL saptandı. Nefrostomi idrar rengi hematürik olmayan ve klinik hemodinamisi stabil olan hastanın postop 2. günde sol lomber ağrılarında rahatlama olmaması üzerine kontrol amaçlı kontrastsız batın BT çekildi ve 152 x 91 mm boyutlarında subkapsüler dalak hematomu saptandı (Resim 2A). Böbrekte rest taş yoktu ve nefrostomi tüpü böbrek pelvisi yerleşimli olup trakt boyunca dalakla ilişkisi yoktu. Postop 3. Günde nefrostomi tüpü çekilen hasta Genel Cerrahinin önerileri doğrultusunda yatak istirahati ile konservatif tedavi edildi ve hemodinamisi stabil seyreden hasta postop 7. günde taburcu edildi. Postop 3. haftada çekilen kontrastsız batın BT'sinde hematomun küçüldüğü gözlemlendi (Resim 2B) ve postop 6. haftadaki ultrasonografide hematomun tama yakın gerilediği saptandı.

SONUÇ

Sol taraflı interkostal girişli PCNL amaliyatlarında, böbrek komşu organı olan ve frajil bir doku olup ölümcül kanamalara sebep olabilen dalak akılda tutulmalı ve postop şiddetli ağrı veya hemodinamik bozukluk gibi durumlarda, dalak yaralanması olabileceği düşünülüp acil görüntüleme yapılmalıdır. Özellikle subkapsüler olan ve hemodinamik olarak bozukluk yapmayan hastaların yönetiminde, sıkı takibi bırakmadan konservatif yaklaşım öncelik arz etmelidir.



PS-50

SENKRON BİLATERAL TESTİS TÜMÖRÜ OLAN HASTAYA CERRAHİ YAKLAŞIMIMIZ ; OLGU SUNUMU

HÜSEYİN BIÇAKCIOĞLU(1) KADİR ERYILMAZ(1) ALPER ÖZORAK(1) SEFA ALPEREN ÖZTÜRK(1) ALİM KOŞAR(1)

1. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Isparta

AMAÇ

GİRİŞ:
Avrupa'da testis tümörü görülme sıklığı %0.003 ile 0.006 arasındadır. Erkeklerde kanser vakalarının yaklaşık %2-3'ünü oluştururken 15-40 yaş arasında en sık görülen solid malignitedir. Bilateral testis tümörü(BTT) oldukça nadirdir (%2-5) ve %75,5'ini seminom oluşturmaktadır. Yeni tanı almış BTT'lerin %45'inde lenf nodu pozitifliği veya uzak metastaz gözlenmektedir.
Bu olgu sunumunda bilateral senkron testis tümörü(BSTT) olan hastada cerrahi yaklaşımımız ve sonuçlarımızı sunmayı hedefledik.

GEREÇ-YÖNTEM

OLGU:
Son bir aydır sol testiste şişlik ve sertlik şikayeti olan 39 yaşında erkek hasta polikliniğimize başvurdu. Tıbbi özgeçmişinde özellik olmayan hasta evli değildi ve çocuğu yoktu. Fizik muayenede sol testiste ele gelen 5 cm'lik ve sağ testiste intraparankimal olduğu hissedilen 2 cm'lik kitle tespit edildi. Tümör belirteçleri; b-HCG:3.8, AFP:3.8, LDH:173 olarak ölçüldü.

Doopler USG'de sol testiste 53mm'lik, sağ testiste 16 mm'lik hipoekoik kitle tespit edildi. BT raporunda lenf nodu tutulumu veya uzak metastaz yoktu. Çocuk sahibi olmayan ve evlilik planı olan hastayla konuşularak fertilitenin ve hormonal fonksiyonlarının korunması amacıyla sol radikal orşiektomi(RO)+sağ parsiyel orşiektomi(PO) operasyonu planlandı. Operasyon öncesi sperm kriyoprezervasyon yapıldı.

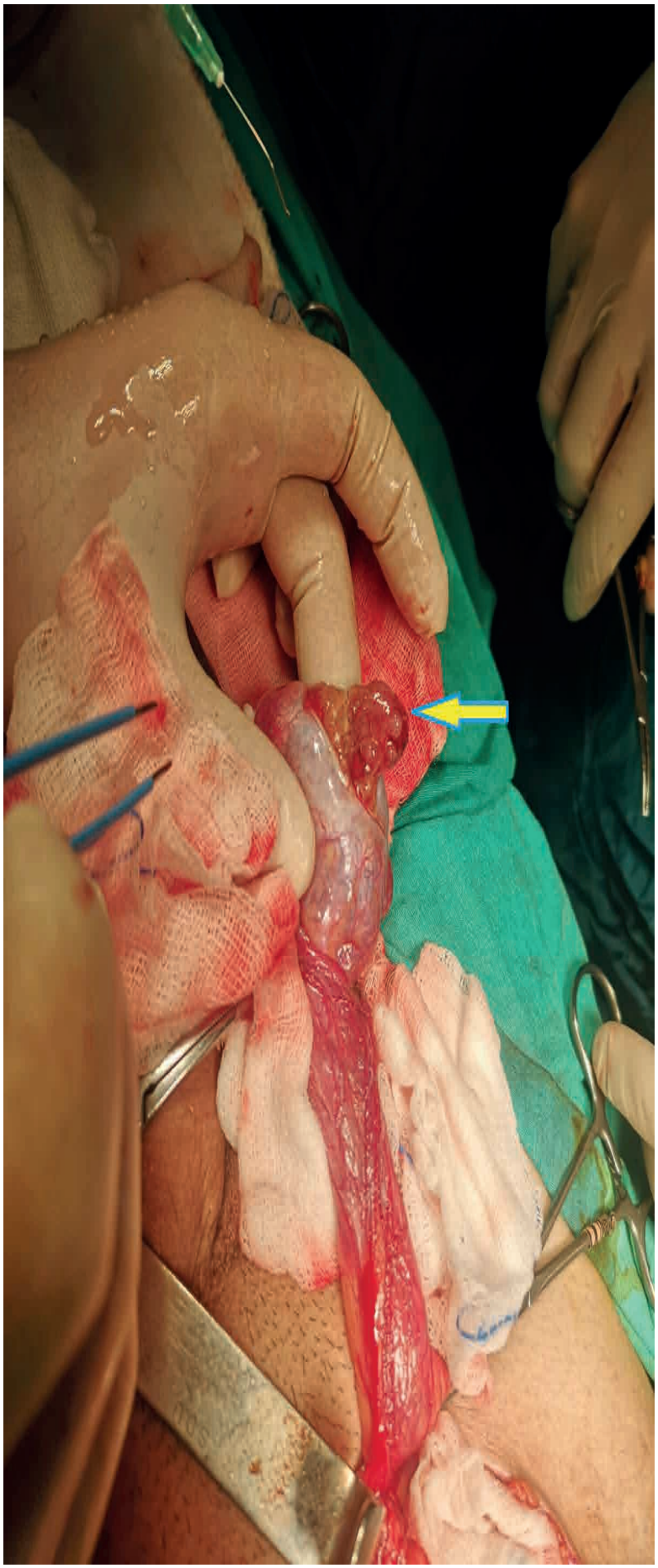
Sol yüksek inguinal RO gerçekleştirildi. Spesmenden frozen çalışıldı. Frozen sonucu seminom gelen hastaya sağ yüksek inguinal kesi yapıldı ve testis doğurtuldu. Sağ testis posteriorunda yaklaşık 1.5cm' lik düzgün sınırlı kitle ele geliyordu. Bu yüzden intraoperatif USG kullanmaya gerek görülmedi. Sağ testisin tunica albugineası açıldı kitle tespit edilerek çevre dokulardan diseke edildi ve çıkarıldı. (Resim 1)

BULGULAR

TARTIŞMA:
BTT hastalarında onkolojik, psikolojik ve hormonal sorunlar olabileceği için bu hastalarda tedavi planlanırken dikkatli olunmalıdır. BSTT olan hastalarda altın standart tedavi yöntemi bilateral RO'dur. Bu tedavinin en büyük handikapı postoperatif infertilite ve androjen eksikliğidir. İki cm'den büyük ve testis hacminin %30'undan fazlasını kaplayan tümörlerde PO sonrası yeterince parankim kalmayacağından bu hasta grubunda PO önerilmemektedir. Bizim olgumuzda sağ testiste 1.6cm 'lik kitle olması ve yeterli testis hacmi kalacağından PO kararı verildi. Bu grup hastalarda asıl sorun çıkarılan testis dokusunun etrafında in situ germ hücreli neoplazi(GCNIS) saptanmasıdır. GCNIS saptanan olgularda 5 yıl içerisinde %50 oranında germ hücreli tümör geliştiği bilinmektedir. Bizim olgumuzda da intraoperatif sağ taraf tümör dokusunun etrafındaki testis dokusundan biyopsi gönderilmiş olup GCNIS saptanmıştır. GCNIS saptanması PO için kontraendikasyon oluşturmamaktadır.

Olgumuzun patoloji sonucu bilateral seminom gelmiş olup cerrahi sınırlar negatiftir. Hastanın post-operatif 20.gün kontrollerinde tümör markırları ve total testesteron seviyesinin normal olduğu görüldü. Hastada ereksiyon kaybı görülmedi. Hasta medikal onkolojiye yönlendirilmiş olup takip ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ
Bizim olgumuzda olduğu gibi BSTT olan cinsel aktif erkeklerde tek taraflı organ koruyucu cerrahi eğer hastada lenf nodu pozitifliği veya organ metastazı yoksa akılda tutulmalıdır.



PS-51

NADİR BİR OLGU; SERKLAJ SÜTÜRUNUN MESANEYE İNVAZYONU

LEZGİN KIRAN(1) MERYEM HAN GÖKDEMİR(2) YEKTA BIÇAK(3) ÇAĞDAŞ DİKMEN(3) ABDULLAH GEDİK(3) KAMURAN BİRCAN(3)

1. Dicle Üniverstiesi Tıp Fakültesi
2. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
3. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ
Tedaviye dirençli aşırı aktif mesane şikayeti ile başvuran hastalarda görüntüleme tek başına yeterli olmaya bilmektedir. Alt üriner sistem semptomları olan hasta grubunda sistoskopi tedaviye dirençli hastalarda yapılmalıdır.

GEREÇ-YÖNTEM
41 yaşında kadın hasta suprapubik ağrı, sıkışma ve şiddetli dizüri şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastaya antimuskarinik + beta 3 agonist kombinasyon tedavisi başlandı. Ancak bu tedaviden fayda görmeyen hastaya 1 yıl önce düşük tehlikesi nedeni ile gebeliğin 5. Ayında serviks uteriye serklaj sütürü konduğu öğrenildi. 8 ay önce sezaryen öyküsü mevcut. Hastanın idrar tetkikinde mikroskobik 7 adet lökosit görülmüş ve idrar kültüründe üreme olmadığı saptanmıştır. Hasta şikayetlerinin özellikle son 1 aydır şiddetlendiğini ifade ediyor. Yapılan görüntülemelerde mesane sol posteriorunda yaklaşık 25 mm lik şüpheli hiperekojen alan görüldü. Hastanın onamı alınarak sistoskopi planlanmıştır.

Litotomi pozisyonunda 22 f sistoskop ile üretradan mesaneye girildi. Mesane sol posteriorunda yaklaşık 4 cm lik iki ucu mesaneye invaze olan yaklaşık 5 mm genişliğinde serklaj işlemi sırasında kullanılan metsilen sütürü izlendi. Sütür holmiyum lazer (Stone light) ile iki ucundan kesildi. Kesilen metsilen sütürü yabancı cisim forsepsi ile dışarıya alındı. Vajinal spekulum ile vezikovajinal fistül açısından vajen ön duvarı muayene edildi. Herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Hastaya 18 f foley kateter uygulanarak işleme son verildi.

BULGULAR
Hasta operasyonun 1. gün taburcu edildi. Foley kateterin 2 hafta kalması önerildi. 2 hafta sonra kontrole gelen hastanın foley kateteri tarafımızca çekildi. Hasta vezikovajinal fistül ihtimali nedeni ile yaklaşık 3 saat gözetim altında tutuldu. İdrarını yapan ve herhangi bir şikâyeti olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ
Son dönemde artan pelvik taban cerrahisi, jinekolojik cerrahiler gibi operasyonlar sonrasında gelişen işeme semptomları akla yabancı cisim invazyonunu getirmelidir. Ürolojik tanı amacı ile kullandığımız görüntüleme yöntemleri hala önemini korusalar da özellikle tedaviye dirençli aşırı aktif mesane olgularında sistoskopinin değerli bir tanı ve tedavi aracı olduğu unutulmamalıdır.

PS-52

PENİSTE KAPOSİ SARKOMU: OLGU SONUMU

MERYEM HAN GÖKDEMİR(1) LEZGİN KIRAN(1) MEHMET VEYSEL TUNCER(1) YEKTA BIÇAK(1) ONUR DEDE(1)

1. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Kaposi sarkomu özellikle HIV pozitif hastalarda görülen vasküler neoplazmdır.
HIV dışında Ebstein barr virüsü, human herpes 8 virüsü gibi enfeksiyonlarla da görülebilir. Lezyonlar kırmızı,pembe siyah nodüller şeklinde ciltte veya gastrointestinal sistemde görülebilir.
Kaposi sarkomu erkeklerde daha sık görülür.
Dört tipi mevcuttur; klasik tip, lenfadenopatik tip, immun süpresyon tip ve HIV ile ilişkili tip.
Penil kaposi sarkomu %2-3 oranında raporlanmış olup çoğunluğu HIV ile ilişkili tiptir.
Biz bu olgu sunumumuzda HIV negatif bir olguda penil kaposi sarkomunu sunacağız.

GEREÇ-YÖNTEM

67 yaşında erkek hasta polikliniğimize 7 aydır mevcut olan ve dermatolojik tedaviye yanıt vermeyen hiperemik lezyon ile başvurdu.
Hasta evli ve şüpheli cinsel temas öyküsü bulunmayan bir hasta idi.
Özgeçmişinde hastalık öyküsü ve immunsuprese tedavi öyküsü bulunmayan hastamızın ateş, gece terlemesi gibi semptomları bulunmamakta idi.
Fizik muayenesinde penis ventralde hiperemik, pembe lezyon mevcut idi.
Yapılan tetkiklerde hastanın wbc, Hb seviyeleri doğal, HIV ve hepatit serolojileri negatif idi.

BULGULAR

Hastaya lokal anestezi altında yapılan eksizyonel biyopsi sonucu HHV8 pozitif kaposi sarkomu olarak raporlandı.
Çekilen PET/BTde peniste primer lezyona ait bulgu ve metastaz saptanmadı.
Hasta medikal onkolojiye yönlendirilmiş olup lipozomal doksorubisin tedavisi başlanmıştır ve halihazırda tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ

Kaposi sarkomu özellikle HIV pozitif bireylerde görülen vasküler bir neoplazmdır. Genital organ tutulumu vakaların yaklaşık %20sinde görülürken primer ve izole penis tutulumu vakaların yalnızca %3ünde bildirilmiştir.
Bizim vakamızda 67 yaşında erkek hasta, penis cildinde hiperemik pembe lezyonlar nedeni ile başvurmuş olup tek partnerliydi ve ek hastalığı bulunmakataydı. Yapılan eksizyonel biyopsi sonucu kaposi sarkomu tanısı alan hastamız medikal onkolojiye yönlendirildi.
Genital lezyonlar üroloji ve cildiye polikliniklerine sıkça başvurmakta olup sebat eden, atipik lezyonlarda biyopsi alınması gerekliliği unutulmamalıdır.

PS-53

EMPAKTE ÜST URETER TAŞLARININ TEDAVİSİNDE ANTEGRAD VE RETROGARD YAKLAŞIMLARIN KARŞILAŞTIRILMASI

ALKAN OKTAR(1) ELİF İPEK AKSOY(1) ABDURRAHMAN JAFAROV(1) EFE SEMETEY OĞUZ(1) EZEL AYDOĞ(1) EVREN SÜER(1) ÇAĞATAY GÖĞÜŞ(1) MEHMET İLKER GÖKÇE(1)

1. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ

Çalışmada empakte üst üreter taşlarının tedavisinde retrograd reteroskopi ve antegrad yaklaşımın sonuçlarının karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada kliniğimizde Ocak 2015 – Nisan 2022 tarihleri arasında empakte üst üreter taşı nedeniyle cerrahi uygulanan 455 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Retrograd üreteroskopi (n=210) ve antegrad yaklaşım (n=245) sonuçları başarı ve komplikasyon oranları açısından karşılaştırılmıştır. Antegrad yaklaşım GMSV pozisyonunda 16 Fr kılıf kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Her iki grup arasından demografik ve taşa bağlı özellikler açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Tek seansta taşsızlık oranı antegrad yaklaşım grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (%96.7 vs. %74.7, p<0.0001). İki grup arasında komplikasyon oranları açısından fark saptanmamıştır. Antegrad yaklaşı grubunda cerrahi sonrası ortalama hemoglobin düşüşü 0.6mg/dl olup hiç bir hastada transfüyon gerekli olmamıştır. Ortalama ameliyat süresi antegrad üreteroskopi grubunda anlamlı oranda kısa saptanmıştır (40.2±12.5 dk vs. 52.6±15.1 dk, p=0.02). her iki grupta da ortanca hastanede kalış süresi 1 gün olrak bulunmuştur.

SONUÇ

Empakte üst üreter taşları için GMSV pozisyonunda antegrad yaklaşım, retrograd üreteroskopiye göre daha yüksek taşsızlık oranları, daha kısa ameliyat süresi ve benzer komplikasyon oranları sunmaktadır. Bu sonuçlara göre antegrad yaklaşım empakte üst üreter taşları için birincil tedavi seçeneği olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Parameters	Anterograde URS (n=245)	Retrograde URS (n=210)	P value
Başarı oranı, n (%)	237 (96.7%)	157 (74.7%)	<0.0001
Komplikasyon oranı, n (%)	-	-	0.86
Derece I	6 (2.4)	6 (2.8)	-
Derece II	2 (0.8)	1 (0.9)	-
Derece III	-	-	-
Ameliyat süresi, (dk), mean± SD	40.2±12.5	52.6±15.1	0.02
Yatış süresi (gün), median (range)	1 (1-2)	1 (1-7)	0.99

Tablo 1

PS-55

ZBEÜ SUPİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ BAŞLANGIÇ DENEYİMİ

ENGİN DENİZHAN DEMİRKIRAN(1) FURKAN ÇAPAR(1)

1. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Uzun dönemdir kliniğimizde gerçekleştirmekte olan prone perkütan nefrolitotomi (PNL) prosedüründen supin PNL'ye geçiş dönemi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

1 Haziran – 15 Ağustos 2022 tarihleri arasında kliniğimizde uygulanan 6 supin PNL operasyonu verileri çıkarıldı. Hastaların tamamı Galdakao modifiye Valdivia supin pozisyonunda opere edildi. Demografik veriler, taş ile ilgili veriler, akses tipi, boyutu ve sayısı, çıkış stratejisi, yatış süresi, komplikasyon durumu ve stonefree olma durumu kayıt edildi.

BULGULAR

Hastaların 3ü kadın, 3ü erkekti. Hastaların yaş ortancası 56,5 (26-69), VKİ ortancası ise 31,5 (24-39) idi. 4 operasyon sol, 1 operasyon sağ taraftan yapılırken 1 operasyon ise sol PNL sağ URS olacak şekilde SBES yapıldı. Sol taraflı operasyonu yapılan 1 hastaya UP darlık nedenli eş zamanlı endopyelotomi uygulandı. 1 hastanın taşı tüm kaliksleri kaplayan staghorn karakterde iken diğer hastaların taşları alt pol yerleşimliydi. 2 hastada ultrason eşliğinde akses yapılırken diğer 4 hastada skopi kılavuzluğunda giriş yapıldı. Ultrason eşliğinde akses yapılan hastaların birinde grade 4 hidronefroz mevcut iken diğer hastada hidronefroz yoktu. Skopi ile akses yapılan hastalarda ise hidronefroz izlenmedi. Staghorn taşı olan hastaya 2 akses yapılırken diğer hastaların operasyonları tek akses ile tamamlandı. 3 hastaya 18 Fr akses sheat kullanılırken diğer 3 hastada ise 24 Fr akses sheat kullanıldı. Toplam anestezi süresi ortanca 162.5 dk (120-190), toplam cerrahi süresi ise ortanca 114 dk (84-130) idi. Taş ile ilgili özellikler tablo 1 de verildi. Hastaların tamamına double J stent yerleştirildi. 2 operasyon nefrostomisiz diğer 4 operasyon ise nefrostomi yerleştirilerek sonlandırıldı. Hastalar postop ortanca 3 (1-5) günde taburcu edildi. Hastaların hiçbirinde komplikasyon gözlenmedi. 3 hasta stonefree olarak taburcu olurken 1 hastada rezidü kalkül 2 hastada ise klinik önemsiz fragmanlar saptandı.

SONUÇ

Supin PNL operasyonu anestezi ekibi ve hasta konforu yanında retrograde girişime izin vermesi ve kısa operasyon süresi bakımından ön plana çıkmaktadır. Uygun ekipmanın mevcut olması halinde prone pozisyona alışkın kliniklerde de alternatif olarak güvenle uygulanabilir.

Vaka No	Taş Houndsfield Unit	Taş Yükü (mm3)	Taş Yüzey Alanı (mm2)
1	725	14991	803
2	835	1036	246
3	998	14712	950
4	900	19231	801
5	1422	12014	565
6	816	5254	356

Taş Özellikleri

PS-57

PROSTAT KANSERİNİN AĞRILI TESTİS METASTAZI; OLGU SUNUMU

HİKMAT JABRAYİLOV(1) JEYHUN HASANOV(2) MURAT YAVUZ KOPARAL(3) BERKAY ŞİMŞEK(4) İPEK IŞIK GÖNÜL(4) BURAK CİVELEK(5)

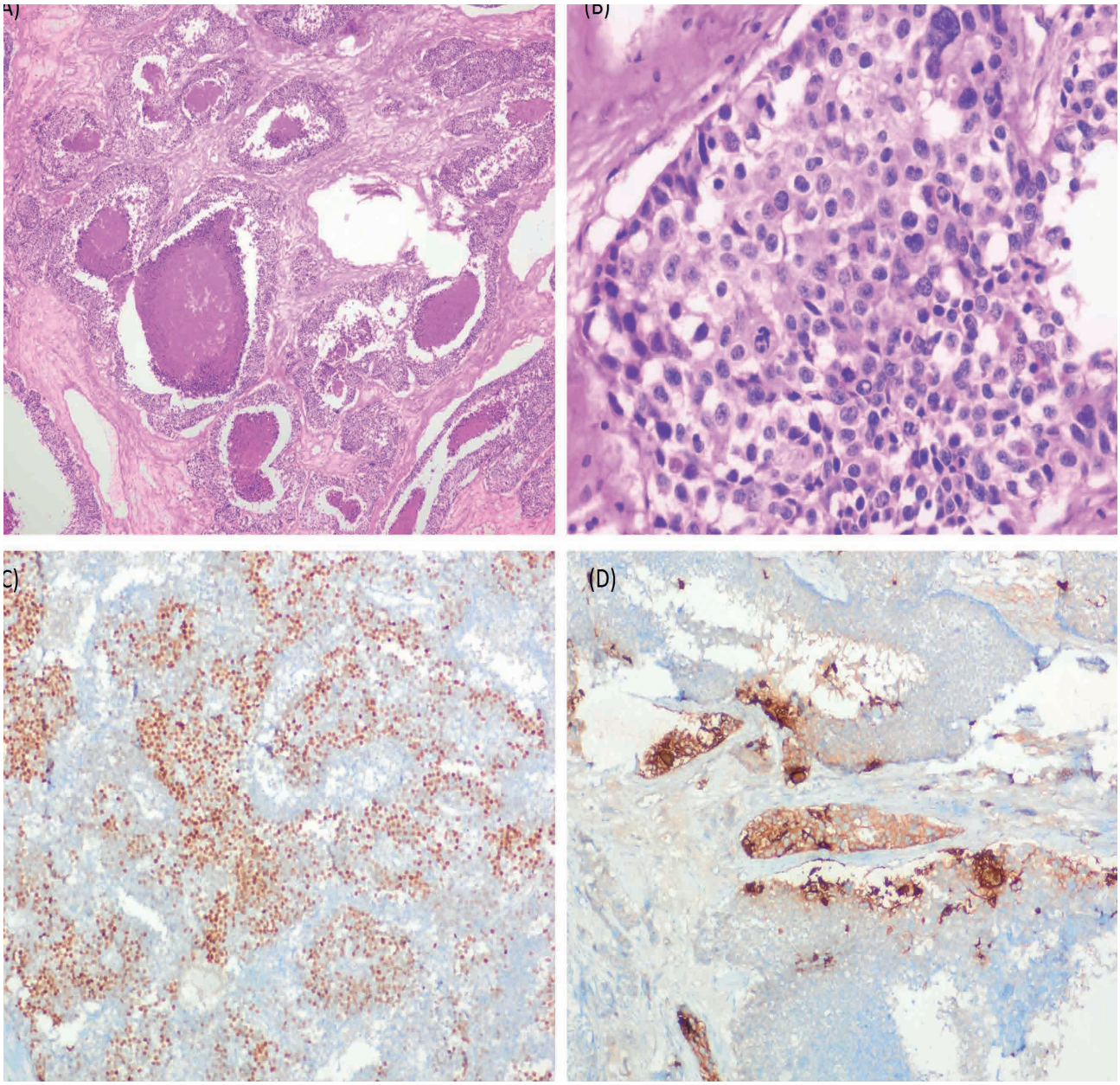
1. VM Medical Park Ankara Hastanesi
2. Medical Park Ankara Hastanesi
3. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji ABD
4. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji ABD
5. Vm Medical Park Ankara Hastanesi, Medikal Onkoloji

AMAÇ
Hormona dirençli prostat kanseri (PCa), özellikle akciğer, kemik ve karaciğer gibi solid organlar olmak üzere yüksek metastaz insidansına sahiptir. Diğer organ metastazları daha nadir görülür. Testis, PCa gelişiminde ve tedavisinde önemli bir yer tutar. Testislere metastatik hastalık nadirdir, insidans oranı % 0.3 ila% 3.6 arasında bildirilmiştir(1). Bu nedenle olası klinik metastaz lokalizasyonu olarak sıklıkla dikkate alınmaz. Bu vaka sunumunun amacı, sol testisi infiltre eden kemik metastazlı hormona dirençli prostat kanserinin (CRPC) nadir bir metastatik bölgesini tanımlamak ve bilateral orşiyoektominin hormonal tedavi yönetiminde temel basamak olduğunu farklı bir bakış açısıyla vurgulamaktır.

GEREÇ-YÖNTEM
Yetmiş üç yaşında erkek hasta alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve testiküler bölgede ağrı ile üroloji kliniğine başvurdu. Hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner kalp hastalığı ve insüline bağımlı diabetus mellitus öyküsü mevcuttu. Sigara, alkol kullanımı ve ailesinde PCa öyküsü yoktu. Hastanın hikayesinde Gleason skor 4+5 prostat adenokarsinomu tanısıyla daha önce medikal onkoloji kliniğinde radyasyon tedavisi (RT) ve adrojen yoksunluğu tedavisi (ADT) aldığı ve sonraki takiplerinde hormonal rezistans saptanması üzerine hastaya abirateron asetat, prednizolon ve luteinize edici hormon salgılatıcı hormon (LHRH) analoğu kullandığı tespit edildi. Bu tedavi altında radyolojik ve ve prostat spesifik antijen (PSA) değerlerinde progresyon gelişmesi üzerine haftalık docetaksel sistemik tedavisi almakta olduğu öğrenildi. Docetaxel tedavisi sırasında fizik muayenede sol testiste kitle ağrılı kitle tespit edildi. Hastanın tümör belirteçleri (Alfa Fetoprotein, Beta HCG), idrar tetkiki, WBC, CRP normal sınırlarda, PSA değeri 134ng/ml idi. Yapılan skrotal renkli doppler ultrasonografisinde sol testis parankimini tamamen dolduran dev solid lezyon izlendi. Hastaya bilateral inguinal orşiektomi yapıldı. Hematoksilen/Eozin boyama ve immunohistokimyasal boyama ile mikroskop altında yapılan patolojik incelemesi prostat kaynaklı metastatik adenokarsinom (Resim 1) ile uyumluydu. Microsatellite instability (MSI) pozitif gelmesi nedeniyle hastanın tedavisine pembrolizumab ile devam edilmektedir.

BULGULAR
Bilateral inguinal orşiyoektomi operasyon süresi 55 dakikadır. İntraoperatif ve postoperatif komplikasyon olmamıştır. Hospitalizasyon süresi 1 gündür. Postoperatif dönemde bakılan kan değerleri normal sınırlarda izlenmiştir.

SONUÇ
PCa tedavisinde PSA düzeyi yüksekliğinde doğru evrelendirme ve olası metastazların erken tespiti için testis ve epididim gibi nadir metastatik bölgelerininde uygun şekilde değerlendirilmesine ihtiyaç vardır. Görüntülemelerde ve/veya muayenede testiküler tutulum şüphesi olan olgularda hormonal durumdan bağımsız olarak orşiektomi hem tedavi hem de diagnostik açıdan temel strateji olmalıdır.


A)
(B)
C)
(D)

PS-58

DÜŞÜK RİSK PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA AKTİF İZLEM SONUÇLARIMIZ

ÖMER FARUK BAHADIR(1) MÜNASİB MAMMADOV(1) BÜLENT AKDOĞAN(1) MUSTAFA SERTAÇ YAZICI(1)

1. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

AMAÇ

Aktif izlem, PSA ve biyopsinin yaygın kullanımı nedeniyle tanı sıklığı artan düşük riskli lokalize prostat kanserinde gereksiz tedaviyi önleme ve küratif tedavilerin olumsuz etkilerinden kaçınma amacıyla uygulanan önemli bir protokoldür. Bu hastalarda küratif tedavi ve aktif izlem kararı için görüş birliği olmaması klinik pratikte farklılıklara sebep olmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde aktif izlem ile takip edilen düşük riskli prostat kanserli hastaların uzun dönem takip sonuçlarının sunulması amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde düşük risk lokalize prostat kanseri nedeniyle aktif izlem ile takip edilen hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar 3-6 ayda bir PSA, parmakla rektal muayene ve yılda bir 12 kor prostat biyopsisi veya multiparametrik manyetik rezonans görüntüleme ile takip edildi. Hastalık progresyonu veya hasta isteği küratif tedaviye geçme kriteri olarak belirlendi.

BULGULAR

Aktif izlem uygulanan 35 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Ortalama takip süresi 39,74 ay (6-185 ay) idi. Hastaların 6 tanesi küratif tedavi aldı (%17,14). 5 hasta biyopsi progresyonu nedeniyle, 2 hasta ise kendi isteği ile tedavi aldı. Hastaların ortalama küratif tedaviye geçme süresi 62,83 aydı (21-160 ay). Tanı anında PSA değeri ortalama 5,88 ±2,44, ortalama PSA velositesi ise 0,42 ng/ml/yıl, PSA ikilenme zamanı ise 313,45 aydı. Tedavi alan ve almayan hastalar arasında PSA velositesi açısından anlamlı fark vardı (Tedavi alan grupta 0,64 ng/ml/yıl, tedavi almayan grupta 0,43 ng/ml/yıl, p=0,029).

SONUÇ

Aktif izlem düşük riskli lokalize prostat kanserli hastalarda etkin bir takip protokolüdür. Hastalar yeterli ölçüde bilgilendirilir ise PSA ve biyopsinin yaygınlığı nedeniyle hastalık progresyonu tedavi şansı kaybolmadan tespit edilebilmektedir. PSA kinetiği takip ve tedavi kararı açısından son derece önemlidir.

PS-59

LOMBER DİSKEKTOMİ VE HEMİLAMİNEKTOMİ SONRASI GELİŞEN KONTRLATERAL ÜRETERAL YARALANMA

İLKE ONUR KAZAZ(1) FATİH ÇOLAK(1) OZAN CAN ÇEKÜÇ(1) ERSAGUN KARAGÜZEL(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi

AMAÇ
Spinal cerrahi sonrası üreteral yaralanma olasılığını vurgulayan bir olguyu sunmak

GEREÇ-YÖNTEM
32 yaş kadın hastanın prone pozisyonunda vertikal insizyon ile skopi altında sol L4 Hemilaminektomi ve sol L4-L5 Diskektomi+Foraminatomi+Periferik sinir eksplorasyonu uygulanma öyküsü bulunmakta idi. Postoperatif takiplerinde sağ yan ağrısı, karnın sağ alt kadranında ağrı, ateş gelişmesi ve fizik muayenesinde sağ alt kadranda defans izlenmesi üzerine hasta, retroperitoneal apse ön tanısı ile postoperatif 5. günde hastanemize iletilmişti. Hasta hospitalize edilerek takip edildi. Hastaya gerekli görüntüleme yöntemleri uygunlandı. Hastaya anterograd ve retrograd DJ stent takılması denendi. Başarı sağlanamayınca hasta 4 ay nefrostomi ile takip edildi. Ardından hastaya üreter onarımı yapılarak hasta şifa ile taburcu edildi.

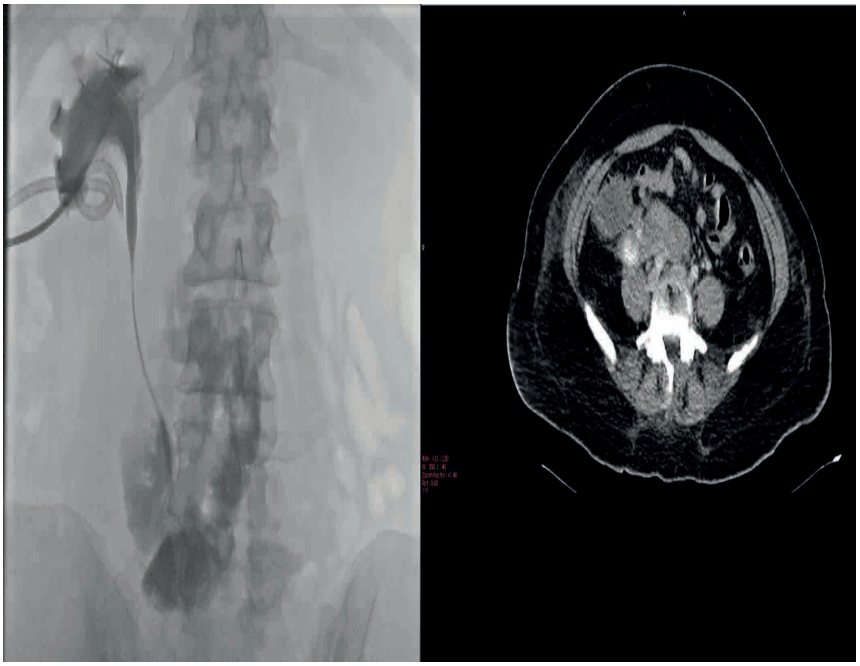
BULGULAR
Hastanın kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografisinde sağ böbrek inferiorundan başlayıp psoas kası anteriorunda pelvik bölgeye kadar uzanım gösteren 135x81x42 mm boyutlarında ön planda enfekte hematomu düşündüren hava değerleri de içeren hiperdens alanlar ve sağ böbrek pelvikalisyel yapılarında hafif dilatasyon izlendi.

Abse ya da hematom oluşumu şüphesinin devam etmesi üzerine hastaya lokal anestezi altında perkütan abse drenaj kateteri yerleştirildi. Servisteki takiplerinde perkütan abse drenaj kateterinden yüksek miktarda sıvı gelişi olması üzerine ilgili sıvıdan kreatinin çalışıldı. Sıvının kreatinin değerinin 13,90 mg/dl olduğu izlendi.

Hastaya sağ tanısal üreterorenoskopi ve retrograd pyelografi işlemi gerçekleştirildi. Pyelografide sağ orta üreter seviyesinde, verilen kontrastın tamamının ekstravaze olduğu ve pelvikalisyel sisteme geçiş olmadığı görüldü. Üreterorenoskopi esnasında sağ üreter orifisinden sensör kılavuz tel gönderildi. Sensör kılavuz telin orta üreter seviyesinden daha ileri gitmediği görüldü. Sonrasında üreterorenoskopi işlemi sonlandırılıp hastaya sağ nefrostomi kateteri yerleştirildi. Nefrostomi yerleştirilmesi sonrası gerçekleştirilen anterograd piyelografide L4-L5 hizasında kontrast ekstravazasyonu izlendi. Anterograd DJ-stent uygulama girişimi başarısız oldu (stent L4-L5 hizasının distaline geçememekteydi). İlerleyen dönemde, perkütan abse kateteri çekildi. Ateşi olmayan, vital bulguları stabil seyreden hastaya geç onarım kararı alındı ve hasta 6 ay boyunca nefrostomi kateteri ile takip edildi.

6 aylık sürenin bitiminde, sağa nefropeksi uygulamasının eşlik ettiği üreteroüreterostomi işlemi gerçekleştirildi. 4 ay süre ile stentli takip edildi. Stent çekimi sonrası yapılan retrograd pyelografide sorun izlenmedi ve üreterorenoskopik bulgular da striktürsüz bir anastomoz alanı ile uyumlu idi.

SONUÇ
Spinal cerrahi sonrası nonspesifik semptomlarla başvuran hastalarda üreter yaralanması da akılda tutulmalı ve olası organ kayıpları önlenmelidir.



PS-60

FOURNİER GANGRENİ TEDAVİSİNDE VAKUM YARDIMLI YARA BAKIMI'NIN (NEGATİF BASINÇLI) KONVANSİYONEL YARA BAKIMINA ÜSTÜNLÜĞÜ VAR MIDIR?

ABDULLAH AKKURT(1) ERCAN KAZAN(2)

1. Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. Atatürk Devlet Hastanesi

AMAÇ
Konvansiyonel pansuman ve vakum yardımlı pansumanın fournier gangreninden dolayı debride yaralarda iyileşme üzerine etkinliklerini karşılaştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM
Son 5 yılda hastanemizde fournier tanısı ile cerrahi debridman sonrasında konvansiyonel yöntemlerle pansuman yapılan hasta grubu ile vakum yardumlı pansuman yapılan hasta grubu, demografik verileri, hastane yatış süresi ve negatif yara yeri kültürü elde edinceye kadar geçen süreleri karşılaştırıldı. Vakum yardımlı pansuman için 120mm/hg düzeyinde negatif basınç ve yara süngeri gümüş nitrat kullanılırken konvansiyonel pansumanda fucidik asit, povidin iyot ve oksijenli su kullanıldı. Tüm hastalara uygun paranteral antibiyotik uygulandı.

BULGULAR
Konvansiyonel pansuman 31 hastaya uygulanırken vakım yardımlı pansuman grubunda 43 hasta gözlendi. İki grubun demografik özelliklerinde fark saptanmadı. Vakum yardımlı pansuman yapılan hastalarda, yara yeri kültürü ortalama 4,5 günde steril olurken konvansiyonel pansuman yapılan grupta ise bu süre 8,1 gün olarak bulundu. Buna bağlı olarak ta vakum yardımlı pansuman yapılan grupta hastanede yatış süresi istatistiksel olarak anlamlı şekilde kısa olduğu gözlendi.

SONUÇ
Bizim yaptığımız çalışmada vakum yardımlı pansuman yapılan grupta daha erken yara yeri negatifliği sağlama ve daha kısa sürede iyileşme olduğunu gözledik. Fournier gangreni pansumanında vakum yardımlı yara bakımının kullanılmasını desteklenmektedir.

PS-61

KADINLARDA ÜRETERAL STENT ÇEKİLMESİ SIRASINDA DİNLETİLEN MÜZİĞİN HASTA ANKSİYETESİNE ETKİSİ

MUAMMER BOZKURT(1) GÖKHAN ÇEKER(1)

1. Başakşehir Çam Ve Sakura Şehir Hastanesi

AMAÇ

Kadınlarda lokal işlem olarak rijit sistoskopla üreteral stent çıkarılması sırasında müzik dinletmenin hastanın anksiyetesi ve ağrısına etkisini araştırmak.

GEREÇ-YÖNTEM

Haziran 2021- Ocak 2022 tarihleri arasında Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Üroloji Kliniği'nde URS veya RIRS sonrası üreteral stent çekilen kadın hastalar prospektif olarak değerlendirildi. Hastalar işlem sırasında müzik dinletilen (Grup 1) ve müzik dinletilmeyen (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Müzik olarak işlem sırasında enstrümantel rahatlatıcı müzik tercih edildi. Tüm hastalar işlem sonrası durumluk anksiyete ölçeği (STAI-S) ve Visual analog skala (VAS) ile değerlendirildi.

BULGULAR

Her iki gruba 20'şer hasta atandı. Yaş ortalaması Grup 1'de 39.45±13.25, Grup 2'de 41.23±14.62'di. İşlem sonrası STAI-S skorları Grup 1'de 35.52±6.25 iken, Grup 2'de 38.81±5.91 'di ($p<0.05$). Hastaların işlem sonrası VAS Grup 1'de 3.1±0.9 iken, Grup 2'de 3.9±1.1'di ($p<0.05$).

SONUÇ

Kadınlarda lokal işlem olarak üreteral stent çıkarılması sırasında müzik dinletmenin hastaların anksiyetesini ve ağrı şikayetini azalttığını tespit ettik. Bu yöntemin rutin olarak uygulanmasının akıllıca ve pratik bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz.

-	Grup 1 (n=20)	Grup 2 (n=20)	p
Yaş (ortalama+SD	39.45±13.25	41.23±14.62	0.42
Stent takılma sebebi (URS/ RIRS)	8/12	9/11	0.75
STAI-S (işlem sonrası)	35.52±6.25	38.81±5.91	<0.05
VAS (işlem sonrası)	3.1±0.9	3.9±1.1	<0.05

PS-62

ERKEK ÜROGENİTAL SİSTEMİNDE NADİR GÖRÜLEN BİR KONJENİTAL ANOMALİ: ZİNNER SENDROMU OLGUSU

SEYİT HALİL BATUHAN YILMAZ(1)

1. Kozan Devlet Hastanesi

AMAÇ

Aynı taraflı renal agenezi ve üreter agenezisinin eşlik ettiği konjenital seminal vezikül kisti ender olarak görülmektedir. Eğer aynı taraflı renal agenezinin eşlik ettiği seminal vezikül kistine ejakulatuar kanal obstrüksiyonu da eşlik ederse Zinner Sendromu olarak adlandırılır. Çalışmamızda abdominal ağrı sebebiyle üroloji kliniğine başvuran 27 yaşındaki Zinner sendromu saptanan olguyu sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

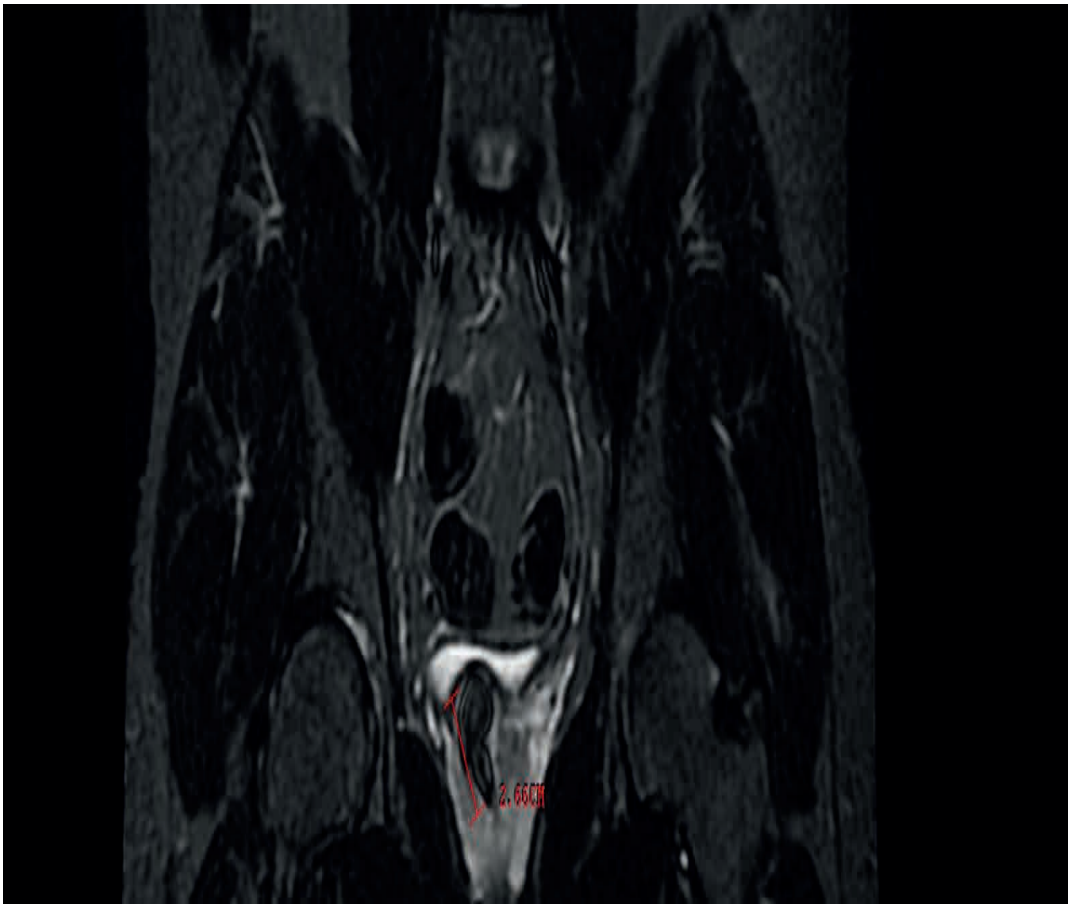
27 yaşında erkek hasta nonspesifik karın ağrısı ve kabızlık şikayeti ile acil servise başvurdu ve kontrastsız karın bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde böbrek agenezisi nedeniyle üroloji servisine sevk edildi.

BULGULAR

27 yaşında erkek hasta nonspesifik karın ağrısı ve kabızlık şikayeti ile acil servise başvurdu ve kontrastsız alt-üst abdomen bilgisayarlı tomografi (BT) görüntülemesinde böbrek agenezisi nedeniyle üroloji servisine sevk edildi.Fizik muayenede vas deferens iki taraflı ele geliyordu ve dış genital organlar normaldi. İdrar tahlili, Kan tahlili ve böbrek fonksiyonu da normaldi.
Yapılan abdominal ultrasonografide mesanenin sağ posterolateral tabanında, prostat sağ lateralinde 2 cm çapında kistik oluşum saptandı, ayrıca yapılan ultrasonografide sağ böbrek gözlenmedi. Bu bulgular eşliğinde hastada Zinner Sendromu tanısı düşünüldü.
Zinner Sendromu tanısı düşünüldükten sonra tanıyı kesinleştirmek amacıyla abdomen ve pelvik manyetik rezonans görüntüleme yapıldı. Pelvik manyetik rezonans görüntülemede, T1 ağırlıklı serilerde hiperintens T2 ağırlıklı serilerde izointens olarak gözlenen, proteinöz ve hemorajik içeriğe sahip olduğu düşünülen yaklaşık 28X15 milimetrelik kistik oluşum saptandı (Resim 1). Üst abdomen manyetik rezonans görüntülemede sağ böbrek ve sağ üreter saptanmadı.
Hastaya tedavi seçenekleri sunuldu ve konservatif tedavi altına alındı. Hasta klinik takiplerine devam etmekte ve halen asemptomatik olarak takip edilmektedir.

SONUÇ

Birçok farklı kist türü erkek genitoüriner sistemini etkileyebilir. Bu kistler görüntüleme yöntemleriyle tesadüfen saptanabilir veya karın ağrısı, alt üriner sistem semptomları ya da karın ağrısı gibi semptomlarla kendini gösterebilir. Tanı için manyetik rezonans, ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Küçük seminal vezikül kistleri için yakın takip düşünülebilir veya erken dönemde tedavi için minimal invaziv prosedürler tercih edilebilir.



PS-64

MESANEDE YÜZEYEL ÜROTELYAL KARNİNOMU OLAN 8 YAŞ ERKEK HASTA

FATİH ÇOLAK(1) HÜSEYİN EREN(2) İLKE ONUR KAZAZ(1) GÖKTUĞ ATNALLAR(1) YASİN CANSEVER(1) RASİN ÖZYAVUZ(1)

1. Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi
2. Özel Muayenehane

AMAÇ

Mesane kanseri sıklıkla 6. ve 7. dekadın hastalığı iken ilk 2 dekatta nadir gözlenir. Karın ağrısı şikayeti ile dış merkeze başvuran, tüm batın ultrasonografisinde(USG) mesane içerisinde polipoid lezyon gözlenen, rezeksiyon sonrası histopatolojik inceleme sonucu düşük dereceli yüzeyel ürotelyal karsinom gelen, 8 yaş erkek hastanın olgu sunumunu hazırladık.

GEREÇ-YÖNTEM

8 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayeti ile dış merkez pediatri bölümüne başvurmuş. Yapılan tüm abdomen ultrasonografik görüntülemesinde mesane lümeninde 12x7,8 mm ve 7.5 x 7.5 mm boyutunda polipoid lezyonlar izlenmiş. Mesaneye yapılan sistoskopik incelemede, mesane sol üreter orifisi süperolateralinde papiller tümöral oluşum transüretral olarak rezeke (TUR) edilmiş. Patoloji sonucu ''düşük dereceli yüzeyel noninvaziv papiller ürotelyal karsinom'' olarak raporlanmış ve lezyon alanına re-TUR önerilmiş.
İlk TUR işleminden yaklaşık 25 gün sonra kliniğimizde tekrardan sistoskopik inceleme yapıldı. Prostatik üretradan mesaneye uzanım gösteren, yaklaşık 1 cm boyutunda polipoid tümöral lezyon izlendi. (Resim1) Eski TUR alanı ve prostatik üretradaki polipoid tümöral lezyonlara TUR işlemi yapıldı. Prostatik üretradan rezeke edilen polipoid doku patolojisi ''fibroepitetelyal polip'', mesane eski TUR skar alanından rezeke edilen doku ise ''spesifik patolojik bulgu saptanmayan mesane mukoza fragmanları'' olarak raporlandı. Hasta 3 gün sondalı takip edildi.
Metastaz taraması açısından toraks ve tüm abdomen kontrastlı tomografi planlandı. 3 aylık kontrol sistoskopi ile izlem planlandı. Hasta sıhhatle taburcu edildi.

BULGULAR

Mesane kanseri çocukluk çağında nadirdir ve %0,1–0,4 oranındadır. Çocukluk çağı mesane kanserleri epitelyal ve non epitelyal olarak ikiye ayrılır. Çocuklarda non epitelyal mesane tümörü daha sık olmakla birlikte en sık rabdomyosarkom görülmektedir. Çocukluk çağı epitelyal mesane kanserlerinin en sık görülen grubu yetişkinlerde olduğu gibi ürotelyal karsinomdur. Çocukluk çağı ürotelyal karinomu ile ilgili oldukça az literatür bilgisi bulunmaktadır.
Mesane kanseri tanısı alan pediatrik hastaların en sık hastaneye başvuru sebebi gros hematüridir(%80). Ayrıca obstrüktif semptomlar, non-spesifik üriner sistem semptomları da başvuru nedeni olabilmektedir. Çocukluk yaş grubunda rastlantısal olarak bildirilen vakalar da litaratürde yer almaktadır.
Mesane kanserinde görüntüleme yöntemleri faydalı olmakla beraber sistoskopi, tanı, tedavi ve takipte önemli rol oynar. Mesane kanseri tedavisinde transüretral rezeksiyon, düşük nüks ve iyi prognoz açısından önemlidir. Çocukluk çağı mesane kanseri düşük dereceli seyretmekte olup rezeke edilmesi prognozu iyileştirir.
Çocukluk çağına özel mesane kanseri evrelemesi yoktur.
Takiplerde protokol bulunmamakla birlikte takip sıklığı ve yöntemi progresyon ve nükse göre belirlenebilir. Çocuklarda düşük dereceli üroteyal karsinomun takibinde idrar sitolojisi ve üriner ultrasonografi tercih edilebilir. Ancak düşük dereceli ürotelyal karsinom tanısında idrar sitolojisinin duyarlılığı düşüktür. Düşük dereceli mesane kanserlerinde nüks sık gözlenmemekle birlikte 7,5 yıl sonra nüksün gözlenmesi hastaların takibini zorunlu kılmaktadır.

SONUÇ

Sonuç olarak çocukluk çağı mesane kanserleri oldukça az görülmekle birlikte, multidisipliner bir tedavi yaklaşımı gerekmektedir.

PS-65

ALT ÜRİNER SİSTEM DİSFONKSİYONLU ÇOCUKLARDA İŞEME PATERNİ İLE PELVİK TABAN KAS AKTİVİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ASLİ OZTURK(1) CANAN SEYHAN(1) HASAN CEM IRKILATA(2) BURAK KÖPRÜ(3) MURAT DAYANÇ(1)

1. Özel Dayanç Üroloji Merkezi
2. Özel Davraz Yaşam Hastanesi
3. Koru Hastanesi

AMAÇ
Çocuklarda alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD) patofizyolojisinde mesane ve rektum dinamikleri yanında pelvik taban ve sfinkter aktiviteleri önemli rol oynar. Bu çalışmada intermittan, stakkato ve çan eğrisi işeme paternine sahip AÜSD'lu çocuklarda kontraksiyon ve relaksasyon esnasında pelvik taban kas aktiviteleri (PTKA)'ni belirlemeyi amaçladık.

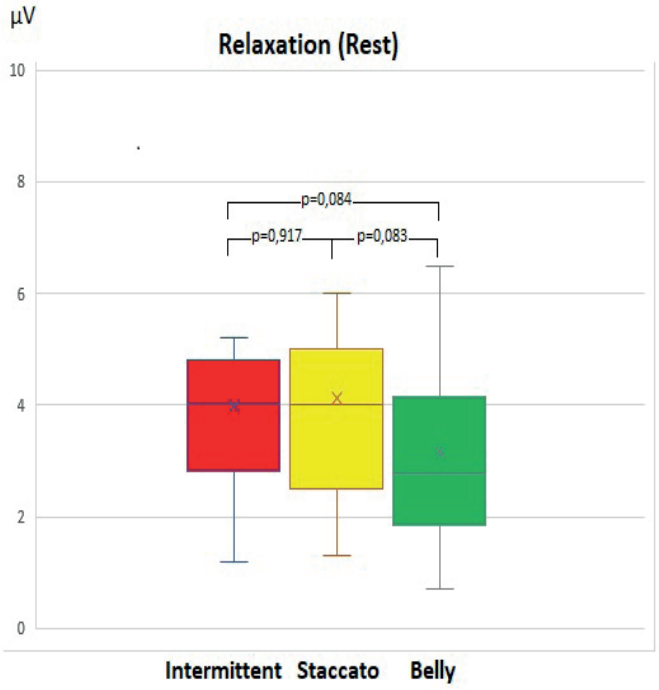
GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimize başvuran AÜSD tanısı konulan 72 çocuktan 19'unda intermittan, 33'ünde stakkato ve 20'sinde çan eğrisi işeme paterni saptandı. Pelvik taban kaslarının istirahat fazı olan işeme sonrası dönemde yüzeyel elektrotlar kullanılarak PTKA'leri ölçüldü. Ölçüm esnasında 5 saniye kontraksiyon ve 5 saniye relaksasyon yaptırılarak 50 saniyelik periyodun ortalama değerleri kaydedildi.

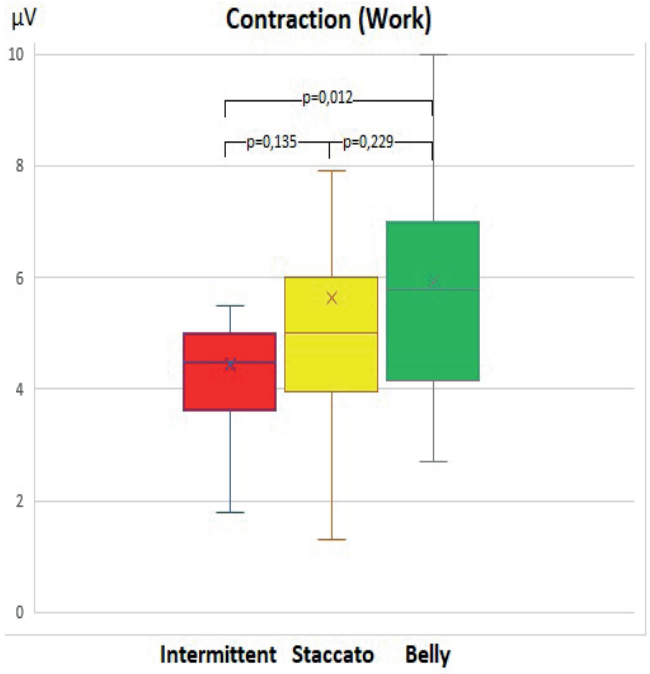
BULGULAR
İşeme paternine göre kontraksiyon ve relaksasyon periyotlarındaki ortalama±SD PTKA değerleri Tablo'da izlenmektedir. Relaksasyon fonksiyonu intermittan ve stakkato işeyen çocuklarda çan eğrisi olanlara göre daha azdı, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Kontraksiyon fonksiyonu intermittan işeyen çocuklarda en kötü, stakkato işeyenlerde daha iyi ve çan eğrisi işeyenlerde en iyi idi ve intermittan ile çan eğrisi işeyenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,012) (Şekil). Kontraksiyon ile relaksasyon arası fark değerlendirildiğinde hem intermittan hem de stakkato işeyenler çan eğrisi işeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı daha az kasılma amplitüdüne sahipti (p=0,0001; p=0,009) (Şekil).

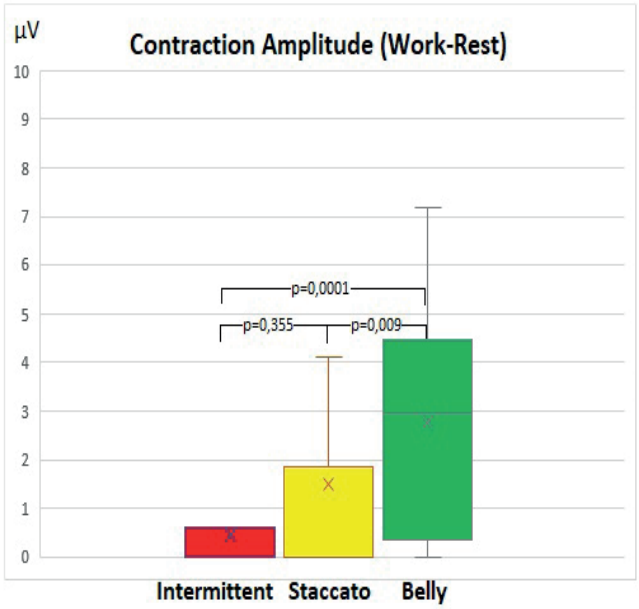
SONUÇ
Çocuklarda AÜSD'unda PTKA ölçümü pelvik taban kontraksiyon ve relaksasyon fonksiyonlarını değerlendirmede ve patofizyolojik mekanizmanın anlaşılmasında kullanılabilecek noninvaziv ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir. Disfonksiyonel işeyen çocuklarda işeme paterni kötüleştikçe (stakkatodan intermittana kaydıkça) pelvik taban kas kontraksiyon ve relaksasyon kabiliyeti azalmaktadır.

Parametre	İntermittan	Stakkato	Çan
Hasta sayısı, n	19	33	20
Relaksasyon, µV, ortalama±SD	3,98 ± 1,5	4,13 ± 2,3	3,14 ± 1,7
Kontraksiyon, µV, ortalama±SD	4,44 ± 1,4	5,63 ± 3	5,9 ± 2,1
Kontraksiyon-Relaksasyon, µV, ortalama±SD	0,46	1,5	2,77

İşeme paternine göre kontraksiyon ve relaksasyon periyotlarındaki pelvik taban kas aktiviteleri


µV
Relaxation (Rest)
10
8
6
4
2
0
p=0,084
p=0,917
p=0,083
Intermittent
Staccato
Belly


µV
Contraction (Work)
10
8
6
4
2
0
p=0,012
p=0,135
p=0,229
Intermittent
Staccato
Belly


µV
Contraction Amplitude (Work-Rest)
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
p=0,0001
p=0,355
p=0,009
Intermittent
Staccato
Belly

PS-66

ÇOCUKLARDA 5 FARKLI POZİSYONDA PELVİK TABAN KAS FONKSİYONU

ASLİ OZTURK(1) CANAN SEYHAN(1) RABİA AŞIK(1) BUSE YÜREKLİ(1) GİRAY ERGİN(2) HASAN CEM IRKILATA(3) MURAT DAYANÇ(1)

1. Özel Dayanç Üroloji Merkezi
2. Koru Hastanesi
3. Özel Davraz Yaşam Hastanesi

AMAÇ
Çocuklarda pelvik taban kasları (PTK)'nın fizyolojik ve patolojik durumlarda fonksiyonel aktivitesi ile ilgili literatürde çok az bilgi söz konusudur. Bu çalışmada 5 farklı pozisyonda (supin, pron, oturma, yan yatış, ayakta) PTK'nın istirahat ve fonksiyonel biyoelektrik aktivitelerini araştırmayı amaçladık.

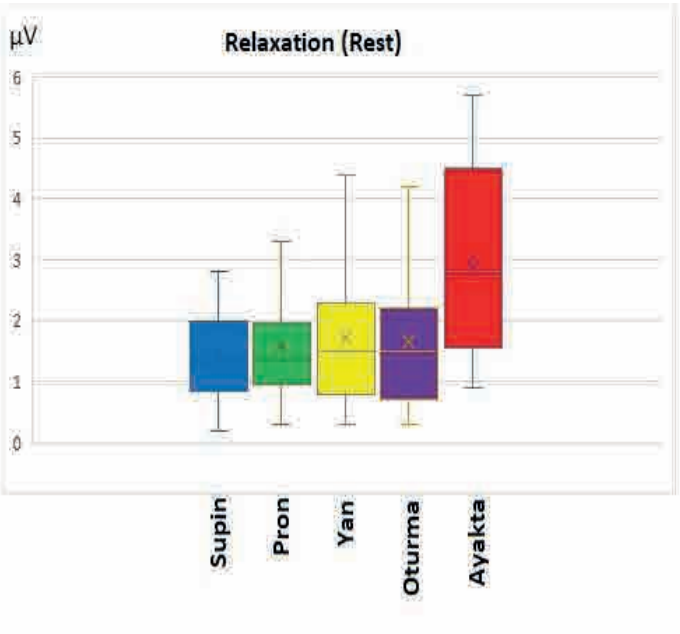
GEREÇ-YÖNTEM
Kliniğimize alt üriner system semptomları (AÜSS) ile başvuran 25 çocuk çalışmaya alındı. Pelvik taban kaslarının istirahat fazı olan işeme sonrası dönemde yüzeyel elektrodlar kullanılarak pelvik taban kas aktivitesi (PTKA) ölçüldü. Ölçüm esnasında 5 saniye kontraksiyon ve 5 saniye relaksasyon yaptırılarak 50 saniyelik peryodun ortalama değerleri kaydedildi.

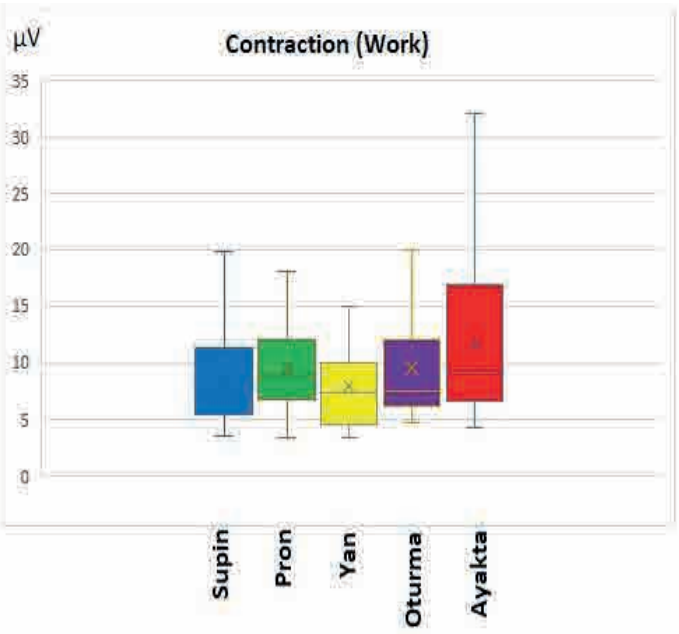
BULGULAR
Supin, pron, yan yatış, oturma ve ayakta yapılan kontraksiyon ve relaksasyon periyotlarındaki ortalama±SD PTKA değerleri Tablo-1'de izlenmektedir. En iyi relaksasyon supin pozisyonda izlendi. Ayakta relaksasyon diğer pozisyonlardan istatistiksel anlamlı olarak yetersizdi (Tablo-2). Kontraksiyon en iyi ayakta sağlanırken, oturur pozisyonda en zayıftı (Şekil).

SONUÇ
Çocuklarda PTK relaksasyonu en iyi supin pozisyonda sağlanmaktadır ve disfonksiyonel işeyen çocukların tedavisinde oldukça önemlidir. Kontraksiyonun ise en iyi ayakta sağlanmış olması yer çekiminin yaptığı etkiye bağlı olduğunu düşünüyoruz.

Parametre	Supin	Pron	Yan	Oturma	Ayakta
Relaksasyon, µV	1,43 ± 0,8	1,57 ± 1	1,66 ± 1	1,73 ± 1,2	2,95 ± 1,6
Kontraksiyon, µV	8,32 ± 4	9,56 ± 4,2	9,47 ± 4,9	7,92 ± 4,2	11,64 ± 6,9
Relaksasyon İkili Karşılaştırma p değerleri	-	-	-	-	-
Supin	-	0,793	0,547	0,62	0,0001
Pron	-	-	0,683	0,869	0,001
Yan	-	-	-	1	0,004
Oturma	-	-	-	-	0,004
Kontrksiyon İkili Karşılaştırma p değerleri	-	-	-	-	-
Supin	-	0,244	0,491	0,669	0,074
Pron	-	-	0,621	0,109	0,534
Yan	-	-	-	0,187	0,308
Oturma	-	-	-	-	0,035

Supin, pron, yan yatış, oturma ve ayakta yapılan kontraksiyon ve relaksasyon periyotlarındaki ortalama±SD PTKA değerleri ve ikili karşılaştırmadaki p değerleri


µV
Relaxation (Rest)
6
5
4
3
2
1
0
Supin
Pron
Yan
Oturma
Ayakta


µV
Contraction (Work)
35
30
25
20
15
10
5
0
Supin
Pron
Yan
Oturma
Ayakta

PS-67

KASA İNVAZE OLMAYAN MESANE TÜMÖRÜNDE MOLEKÜLER ALTTİPLENDİRME TANIMLAYICI İSTATİSTİK SONUÇLARI

NACİ ÇATAL(1) İLKER AKARKEN(1)

1. Muğla Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Kasa invaze olmayan mesane tümörlerinde moleküler alt tiplendirme yapılarak, moleküler marker pozitiflik oranlarının belirlenmesi

GEREÇ-YÖNTEM

25.04.2022 tarihinden itibaren MUĞLA EAH de primer mesane tümörü nedeniyle TUR-M yapılan 27 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların cinsiyetleri, tümör boyutları, tümör sayıları kaydedildi.Ürotelyal karsinom patolojisindeki mesane tümörleri CK5/6 VE GATA 3 ile moleküler tiplendirmeye tabi tutuldu. Sonuçlar kaydedildi. pTa ve pT1 mesane tümörlerinin tümör boyutları, tümör sayıları, moleküler alt tipleri karşılaştırıldı.

BULGULAR

Hastaların 3(11,1) ü kadın 24(88.9%) ü erkekti. Tümör boyutları 19(%70,4) u 3 cm den büyük 8(%29,6)i 3 cm den küçüktü. 15 hastada tek 12 sinde multipl tümör mevcuttu.15 hastada(55,6) tek tümöral lezyon varken 12 hastada(%44,4) birden fazla sayıda tümör izlendi. 17 (70.8%)hastanın pataloji sonucu pta iken 7 hastanın(%29.2) pt1 idi. Bu hastalardan 19 tanesine moleküler alt tiplendirme yapıldı.18 hasta(94.7%) GATA 3 pozitif iken 1 hasta (%5,3) GATA 3 negatif izlendi. 8 hasta CK5/6 pozitif iken, 11 hasta CK5/6 negatif izlendi, 7 hastada hem GATA33 hem CK5/6 pozitif izlendi.

-	PTA	PT1
CK5/6POZİTİFLİĞİ	7/17(%41,17)	1/7(%14,28)
GATA 3 POZİTİFLİĞİ	16/17(%(94,11)	7/7(%100)

			tömürboyutu		
			3cmden küçük	3cmden büyük	Total
patolojisonucu	pta	Count	8	9	17
		% within patolojisonucu	47,1%	52,9%	100,0%
		% within tömürboyutu	100,0%	56,3%	70,8%
		% of Total	33,3%	37,5%	70,8%
	pt1	Count	0	7	7
		% within patolojisonucu	0,0%	100,0%	100,0%
		% within tömürboyutu	0,0%	43,8%	29,2%
		% of Total	0,0%	29,2%	29,2%
Total		Count	8	16	24
		% within patolojisonucu	33,3%	66,7%	100,0%
		% within tömürboyutu	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	33,3%	66,7%	100,0%

SONUÇ

Primer mesane tümörü nedeniyle opere edilen hastalarımızda tümör boyutu daha ileri evre tümörlerle ilişkili bulunmuştur. Moleküler alt tiplerin prognozu ve tedavi yanıtları,hasta sayısı arttırıldıktan ve yeterli takip sürelerine ulaşıldıktan sonra değerlendirilecektir.

PS-68

TRANSREKTAL ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE PROSTAT BİYOPSİ SONUÇLARIMIZ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

YİĞİT ÇAĞRI KIZILÇAY(1) GÜLAY TURAN(2) ŞAKİR ONGÜN(1) ÇAĞDAŞ ŞENEL(1) EMRE TÜZEL(1)

1. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı
2. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı

AMAÇ

Günümüzde prostat kanserinin tanısında altın standart yöntem transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisidir. Transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi artmış serum prostat spesifik antijen düzeyi ve/veya parmak ile rektal muayenede normal olmayan muayene bulguları saptanan hastalara yapılmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde yapılan transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi yapılan hastaların sonuçlarını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmaya kliniğimizde Ocak 2020- Mayıs 2022 tarihleri arasında; serum total prostat spesifik antijen değeri >2.5 ng/ml olması ve/veya parmak ile rektal muayenede anormal bulgu saptanması neden ile transrektal ultrasonografi eşliğinde prostat biyopsisi yapılmış 389 hasta dahil edildi. Histopatolojik inceleme sonucu HPİN veya ASAP çıkan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların tıbbi kayıtları ile patolojik inceleme sonuçları kayıt altına alındı. Hastalar prostat kanseri saptanan (Grup 1) ve saptanmayan (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 65.3 ± 8.1 (46–91 yıl) idi. Çalışmaya dahil edilen hastaların ortalama PV 67.1 ± 34.3 ml olarak ölçüldü. Yüzyedi hastada (%27.5) PRM'de normal olmayan bulgular saptanırken, 282 hastanın (%72.5) PRM bulguları normal idi.
Ortalama yaş ve ortalama serum PSA değerleri ile normal olmayan PRM bulgularının saptanma oranı; Grup 1'de Grup 2 ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak yüksek idi. Ortalama PV değeri, gruplar arasında karşılaştırıldığında Grup 2'de anlamlı olarak yüksek bulundu.

PKa saptanan hastalar GS'ye göre GS=6 (n=34), GS=7 (n=61) ve GS>7 (n=51) olmak üzere üç alt gruba ayrıldı. Alt gruplar arasında ortalama yaş ve serum PSA değeri ile normal olmayan PRM bulgularının saptanma oranlarının istatistiksel anlamlı olarak farklı olduğu ve bu üç parametrenin de GS yükseldikçe yükseldiği bulundu.
PKa saptanan hastaların klinik verilerinin GS alt gruplarına göre değerlendirilmesi Tablo 1 'de özetlenmiştir.
İşlem sonrası görülen komplikasyonlar değerlendirildiğinde en sık görülen minör komplikasyonun hematospermi (%39.3) olduğu bulundu. Majör komplikasyon oranının ise toplam %1.3 olduğu görüldü.

SONUÇ

TRUS eşliğinde prostat biyopsisi, PKa tanısında altın standart yöntem olup yaygın olarak kullanılmaktadır. Yüksek serum PSA ve normal olmayan PRM bulguları olan hastalar PKa açısından risk taşımaktadır. TRUS eşliğinde prostat biyopsisi genel olarak minör komplikasyonlara yol açsa da müdahale gerektirecek komplikasyonlara yol açabileceği unutulmamalıdır.

Parametreler	GS=6	GS=7	GS>7	p değeri
n, (%)	34 (23.3)	61 (41.8)	51 (34.9)	<0.001
Yaş, yıl	65.5 ± 7.6 (50-82)	66.7 ± 8.6 (46-84)	70.5 ± 9.3 (46-91)	<0.001
Prostat hacmi, ml	48.7 ± 26.7 (23-156)	54.9 ± 23.7 (14-112)	59.1 ± 24.3 (22-126)	0.172
Anormal PRM bulguları, n (%)	2 (6.25)	9 (17.3)	48 (96)	<0.001
Serum PSA, ng/ml	22.5 ± 46 (3.1-200)	33.5 ± 46.2 (4-200)	61.7 ± 67.4 (3-200)	0.023

Tablo 1

PS-69

İNTRAVEZİKAL BCG UYGULANMASI SONRASI GELİŞEN GRANÜLAMATÖZ HEPATİT: NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU

CEMİL AYDIN(1) MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) HÜSEYİN KÖSEOĞLU(1) AYSEL KOCAGÜL ÇELİKBAŞ(1) MUSA EKİCİ(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

BCG Bacillus Calmette-Guerin (BCG) intravezikal olarak kasa invaze olmayan mesane tümörlerinde en sık kullanılan intravezikal tedavi ajanıdır. Lokal olarak immün cevabı artırarak etki etmektedir, ancak etki mekanizması halen tam olarak bilinmemektedir. Hastaların %95'ten fazlası bu tedaviyi iyi tolere etmektedir. İntravezikal BCG ile sistit, dizüri ve pollaküri gibi lokal yan etkiler sık olup kendiliğinden iyileşir. Ciddi sistemik ve lokal yan etkileri ise akut solunum yetmezliği, septik şok, hemolitik üremik sendrom, disemine intravasküler koagülasyon, granülomatöz hepatit, pnömoni ve epididimoorşit gibi durumları içermektedir. Ciddi yan etkiler hastaların %5'inden daha azında görülmektedir. Granülomatöz hepatit insidansı %0.7-0.9 arasında bulunmuştur. Bu durumda antitüberküloz tedavi ve/veya steroid tedavisi önerilmektedir. Kliniğimizde takipli idame intravezikal BCG immünoterapisi sonrası sistemik yan etki olarak granülamatöz hepatit gelişen bir olguyu sunmak istedik.

GEREÇ-YÖNTEM

Altmış altı yaşında, bilinen DM+ BPH+ Mesane TM tanılı erkek hasta 2020 Haziran ayında T1 High Grade mesane tm tanısı almış olup intravezikal BCG tedavisi planlanmıştır. Mayıs 2022'de BCG tedavisinin 12. Ayının 3. dozu uygulamasından sonra akşam acil servise üşüme, titreme, aşırı halsizlik, ateş şikayetleri ile başvuran hastaya dış merkezde Kinoloan grubu antibiyotik ve Parasetamol reçete edilerek taburcu edilmiş. İki gün sonra şikayetleri devam eden ve ateş yüksekliği devam eden hasta tekrar acil servise başvurmuş. Tarafımıza danışılan hasta hospitalize edilip enfeksiyon hastalıklarına konsulte edildi. Enfeksiyon hastalıklarınca septik tabloda olduğu öngörülerek Meropenem ve Teikoplanin başlandı. BCG enfeksiyonu olabileceği belirtilerek göğüs hastalıklarına danışıldı fakat hastada aktif TBC düşünülmedi. Enfeksiyon ve göğüs hastalıkları önerilerince verilen tedavi altında, yatışının 6. gününde KCFT() yüksekliği olan hasta gastroenterolojiye danışıldı ve toksik hepatit/granülamatöz hepatit ön tanıları ile devir alındı. Ardından genel durum bozukluğu olan hasta yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Yoğun bakımda ABY (cr:9) nedeniyle günlük diyalize alınan hastadan karaciğer ve kemik iliği biyopsisi alınması planlandı. Karaciğer biyopsisi non-kazeifiye granülamatöz hepatit, kemik iliği biyopsisi non-kazeifiye granülamatöz inflamasyon olarak raporlandı. PPD ve quantiferon testleri (-) geldi, idrarda ARB ve idrar mikobakter kültürü ise negatif sonuçlandı. Hasta enfeksiyon hastalıkları ile görüşülerek Anti-tüberküloz tedavi (rifampisin ve etambutol) başlanarak yatışının 64. gününde kalıcı diyaliz katateri ile taburcu edildi.

BULGULAR

-

SONUÇ

İntravezikal BCG uygulamasının lokal ve sistemik birçok yan etkisi olmakla beraber nadir görülen sistemik yan etkileri oldukça ölüm dahil şiddetli klinik tablolara yol açabilmektedir. BCG sonrası genel mortalite oranı %10 civarındadır. Travmatik kataterizasyon sonrası intravezikal BCG tedavisi uygulanmamalı ve ertelenmelidir. BCG sonrası enfeksiyon görülebileceği ve mortal bir komplikasyon olduğunu ve hasta tedavisi planlarken diğer disiplinlerle bu bilginin paylaşılması önemidir.

PS-70

KLİNİĞİMİZDEKİ PERKÜTAN NEFROSTOMİ DENEYİMLERİMİZ

CEMİL AYDIN(1) MUHAMMET İHSAN ÖZTÜRK(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MUSA EKİCİ(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı pekütan nefrostomi kateterinin kullanım amaçlarını, işlemin endikasyonlarını ve takiplerinde ne yapıldığını retrospektif olarak değerlendirmektir.

GEREÇ-YÖNTEM

Ocak 2018- Ağustos 2022 ayları arasında çeşitli sebeplerle perkütan nefrostomi kateteri takılan toplam 67 hastayı inceledik. Hastalar yaş, cinsiyet, ek hastalık, ürogenital anomali, nefrostomi takılma sebebi, nefrostomi kültürü takibi açısından incelendi.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 64,3 idi. Hastaların 38(%56,7) tanesi erkek, 29(%43,3) kişi kadın idi. 16(26,8) hastanın ek hastalığı bulunmazken 51(73,2) kişinin ek komorbiditesi bulunmaktaydı. 10(%14,9) hasta soliter böbrekli idi. 2(%2,9) hastada up darlık bulunmaktaydı. Bu hastalara dj stent takılamadığı için nefrostomi takıldı. (Sayısal veriler Tablı-1 de gösterildi.) 17(%25,3) hastaya malign nedenlerden dolayı (mesane ca,prostat ca, rektum ca) nefrostomi takılırken 50(%74,7) hastaya benign obstruktif nedenlerden dolayı nefrostomi takılmıştı (üreter taşı, up darlık, post-op HUN, gebelik hidronefrozu). (Nefrostomi takılma sebepleri Tablo-2 de gösterildi.)
21(%31,3) hastadan alınan nefrostomi kültüründe üreme olurken 56(68,7) hastanın kültürü temiz geldi. En çok e.coli üremesi görüldü. 41(%61,4) hastaya acil şartlarda nefrostomi kateteri takılırken 26(38,6) hastanın kateteri elektif şartlarda yerleştirildi. 28(%41,7) hastaya kalıcı nefrostomi kateteri takılırken 39(%58,3) hastanın kateteri daha sonrasında alındı. Ortalama nefrostomi kalma süresi 37,8 gün idi

SONUÇ

Nefrostomi takılması güncel üroloji pratiğinde üriner diversiyon için uygulanan bir yöntemdir. Lokal anestezi ile yapılması avantajıdır. Özellikle uzun süre obstrükte üriner sistemde DJ stent yerleştirmenin ürosepsis riski olabileceği hastalarda nefrostomi alternatif bir tedavidir.

PS-71

RENAL HÜCRELİ KARSİNOMDA DERİ METASTAZI: OLGU SUNUMU

CEMİL AYDIN(1) BİLAL ÇELİKÖRS(1) MUSA EKİCİ(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Renal hücreli karsinom (RHK) erişkin çağda görülen tümörlerin yaklaşık %3'ünden sorumludur. RHK böbrek kaynaklı malign neoplazmların %90'ını oluşturmaktadır. Genellikle 6. ve 7. dekatlarda, erkeklerde sık görülür. Tanı anında metastaz oranı %20-30'dur. Tanı konulduğunda metastatik olmayan hastaların %20-40'ında takipte metastaz gelişir. Metastatik evrede 5 yıllık sağ kalım %10'dan azdır. Metastaz en sık akciğere olmaktadır, cilt metastazı oldukça nadir olup %1-3 oranında görülmektedir.

GEREÇ-YÖNTEM

51 yaşında bayan hasta plastik cerrahi bölümünden tarafımıza yönlendirildi. Hikayesinde 1 yıl önce sağ yanağında bulunan 0,7 cm lezyon eksize edildi, patolojisi tükürük bezi ve deri dokusu olarak raporlandı. 2 ay sonra nüks etmesi üzerine tekrar eksize edilen 1 cm'lik doku Şeffaf Hücreli Renal Hücreli Karsinom metastazı ile uyumlu raporlandı. 1 yıl öncesinde Covid-19 enfeksiyonu tanısı sonrası torax ct de sol ac de 2 cm solid nodül raporlandı. 4 ay önce çekilen pet ct de akciğerdeki nodül metastazla uyumlu saptandı ve hastaya sol akciğer metastazektomi uygulandı. Patolojisi Şeffaf Hücreli RHK metastazı ile uyumlu raporlandı. Hastaya hedefe yönelik tedavi başlandı. Hastaya 10 yıl önce sol açık radikal nefrektomi yapılmıştı. Patolojisi Şeffaf hücreli RHK, furhman 3/4 t1 b ve cerrahi sınır negatifti. 10 yıl boyunca takipleri düzenli olan hastada nüks saptanmamıştı.

BULGULAR

-

SONUÇ

Metastatik RHK'de deri metastazı %90 viseral metastaz ile birliktedir. Bu olguda Akciğer metastazı sonrası deri metastazı ortaya çıkmıştır. Malignensi hikayesi olan hastalarda deride görülen anormal gelişimlerde mutlaka metastaz akla getirilmelidir. Deri metastazlarının olması, prognozun kötü olduğunu ve hastalığın sistemik yayılımının olabileceğini akla getirmeli ve hastalar sistemik muayeneden mutlaka geçirilmelidir.

PS-72

TRANSREKTAL USG EŞLİĞİNDE ALINAN PROSTAT BİYOPSİ DENEYİMLERİMİZ

CEMİL AYDIN(1) MÜCAHİT DOĞAN(1) MUSA EKİCİ(1) MUHAMMET YAYTOKGİL(1) MEHMET MURAT BAYKAM(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Transrektal ultrason (TRUS) eşliğinde prostat biyopsisi (BX) aldığımız hastalarımızın istatistiksel değerlendirilmesi, tanı/ön tanı karşılaştırılması ve Prostat CA tanısı alan hastaların takibinin değerlendirilmesi.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 7 Mart 2022 – 30 Haziran 2022 Tarihleri arasında TRUS-BX yaptığımız 51 hastanın prostat volümleri, PSA değerleri, yaşları, patoloji raporları, Gleason Skalaları, öntanı/tanı karşılaştırmaları, Prostat CA tanısı alan hastaların takipleri istatistiksel olarak dökümante edilmiş olup karşılaştırmalar ve değerlendirmeler yapıldı.

BULGULAR

Prostat biyopsisi uygulanan hastaların hepsinde PSA yüksekliği mevcut olup PSA ortalaması 33 (en düşük 3,2 / en yüksek 541) ng/ml, ortalama hasta yaşı 67,17, ortalama prostat volümü 68,29 cc, Prostat Ca tanısı alan hastaların Gleason skor ortalaması: (3,6 + 3,4) idi. Biyopsi sonucu 15 (%30) hastada Prostat CA, 3 (%6) hastada ASAP, 33 (%64) hastada BPH/Kronik Prostatit olarak raporlanmıştır. TRUS-BX takiben doldurulan patoloji kağıdına, biyopsiyi alan hekimin PSA/tuşe/USG /multiparametrik prostat MR bulguları/klinik veriler eşliğinde ön tanısı yazılarak kayıt altına alındı. BPH/Kronik Prostatit ön tanısı yazılan 32 hastanın 26'sı BPH/Kronik Prostatit ile uyumlu gelmiş olup, Prostat CA ön tanısı yazılan 19 hastanın 10'u Prostat CA, 2'si ASAP diğerleri BPH/Kronik Prostatit olarak raporlanmıştır. Tuşe bulgusu yüksek şüpheli olan PSA'sı yüksek 6 Hastanın hepsi Prostat Ca olarak raporlanmıştır. ASAP tanısı alan 3 Hastaya re-biyopsi önerildi. Prostat Ca tanısı alan 15 hastadan, 1 hastaya aktif İzlem önerildi, 7 hastaya MAB/RT/RT+MAB başlandı, 3 hasta da opere edildi (2 laparoskopik +1 açık radikal prostatektomi), 2 hasta ameliyat listesinde, 2 hasta kontrole gelmemiş (hastalara ulaşıldı, poliklinik kontrolüne çağrıldı).

SONUÇ

PSA yükseliği prostat kanseri tanısı için tek başına yeterli olmamakla beraber PSA yükseliği ve yüksek şüpheli rektal tuşe bulgusu olan hastalarda prostat kanseri öngörüsü yüksektir. PSA yükseliği nedeniyle klinik şüphe duyulan her hasta rektal tuşe ile tekrar değerlendirilmeli ve gerekli durumlarda biyopsi planlanmalıdır. PSA yüksekliği mevcut hastaların biyopsi öncesi rektal tuşe bulguları, multiparametrik prostat MR bulguları ve biyopsi sırasında TRUS'da prostat görüntülemesi ve klinik durumunun hep birlikte değerlendirilmesi prostat CA'nin klinik ekartasyonunu dışlamadaki öngörüsü yüksektir.

-	Prostat CA	ASAP	BPH/Kronik Prostatit
Hasta sayısı (n)	15	3	33
PSA Yüksekliği (n=51)	%100	%100	%100
Yüksek Şüpheli Tuşe (n)	6	-	-
Öntanısı BPH/K.Prosatit (n)	5	1	26
Ön tanısı Prostat CA (n)	10	2	7

PS-73

TRANSREKTAL USG EŞLİĞİNDE ALINAN PROSTAT BİYOPSİ ÖNCESİ TEK TARAFLI LİDOKAİN BLOKAJ VE VAS SKALASI İLE DEĞERLENDİRMELERİMİZ

CEMİL AYDIN(1) ZEYNEP BANU AYDIN(1)

1. Hitit Üniversitesi Çorum Erol Olçok Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Trans rektal ultrason (TRUS) eşliğinde tek taraflı prostatik lidoakin blokajı ile prostat biyopsisi (BX) yapılan hastaların işlem sonrasında visüel analog skalası (VAS) ile değerlendirilmesi.

GEREÇ-YÖNTEM

Kliniğimizde 7 Mart 2022 – 30 Haziran 2022 Tarihleri arasında TRUS-BX yaptığımız 51 hastamızın sözel onamı alınarak ve çalışma hakkında bilgilendirme yapılarak tüm hastalara tek taraflı (sağ periprostatik alana) lidokain blokaj yapıldı, sol periprostatik alana SF yapıldı. Hastalara, hangi tarafa blokaj yapıldığı VAS değerlendirmesi sonrası bildirildi. VAS skalasında iki tarafın da ortalaması alınarak karşılaştırma yapıldı.

BULGULAR

Sağ lidokain blokajı yapılan 51 hastanın 16 (%30)'sı işlemin ilk ve ikinci yarısında eşit derecede ağrı hissettiğini bildirdi, 30'u (%60) ise işlemin ikinci yarısında daha çok ağrı hissettiğini bildirdi (Sol prostatik alandan biyopsi alınırken). 5 (%10) hasta ise işlemin ilk yarısında daha çok ağrı hissettiğini bildirdi. (Sağ prostatik alandan biyopsi alınırken). İşlemin ilk yarısı için yapılan VAS skor ortalaması = 3,39 / 10 (Sağ lidokain blokaj altında). İşlemin ikinci yarısı için yapılan VAS skor ortalaması = 4,29 / 10 (Periprostatik blokaj yapılmayan tarafta).

SONUÇ

TRUS eşliğinde prostat biyopsisi, periprostatik blokaj ile hasta konforu açısından önemlidir. Çalışmamızda, periprostaik blokaj yapılması/ yapılmaması arasındaki VAS değerlerindeki fark, P=0,05 olarak alındığında istatistiksel olarak anlamlıdır. Prostat biyopsisi esnasında lokal analjezi hasta konforunu etkiler.

-	Prostat CA (n:15)	ASAP(n:3)	BPH/Kronik Prostatit (n:33)
PSA yüksekliği	%100	%100	%100
Yüksek Şüpheli Tuşe	6	-	-
Öntanısı BPH/K.Prosatit n:33	%15 (5)	%4(1)	%81 (26)
Öntanısı Prostat CA	%54 (10)	%10(2)	% 36 (7)
Ortalama PSA ng/dl	33 (3,2-541)	33 (3,2-541)	33 (3,2-541)
VAS SKORU	sol blok 4,29	sağ blok 3,39	-

PS-74

BİLATERAL TESTİS METASTAZI OLAN PROSTAT KANSERİ OLGU SUNUMU

MEFAİL AKSU(1) OSMAN ÇAĞATAY ÇİFTÇİ(1) ERHAN DEMİRELLİ(1) DOĞAN SABRİ TOK(1) SEVDA DALAR(1) BİRGÜL TOK(1) ERCAN ÖĞREDEN(1) URAL OĞUZ(1)

1. Giresun Üniversitesi Giresun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ

Prostat kanseri, erkek popülasyonunda en sık teşhis edilen kanserdir. Metastazların en tipik yerleri pelvik lenf bezleri, kemikler ve akciğerlerdir ve çok nadiren testise metastaz yapar. Bilateral testis metastazı daha nadirdir. Testislerin sekonder tümörleri genellikle nadirdir ve insidansları %0.02 ile %2.5 arasında değişmektedir. Prostat kanseri testise en sık metastaz yapan kanserdir. Bu olguda prostat kanseri olan bilateral testis metastaz tanılı bir hastayı sunuyoruz.

GEREÇ-YÖNTEM

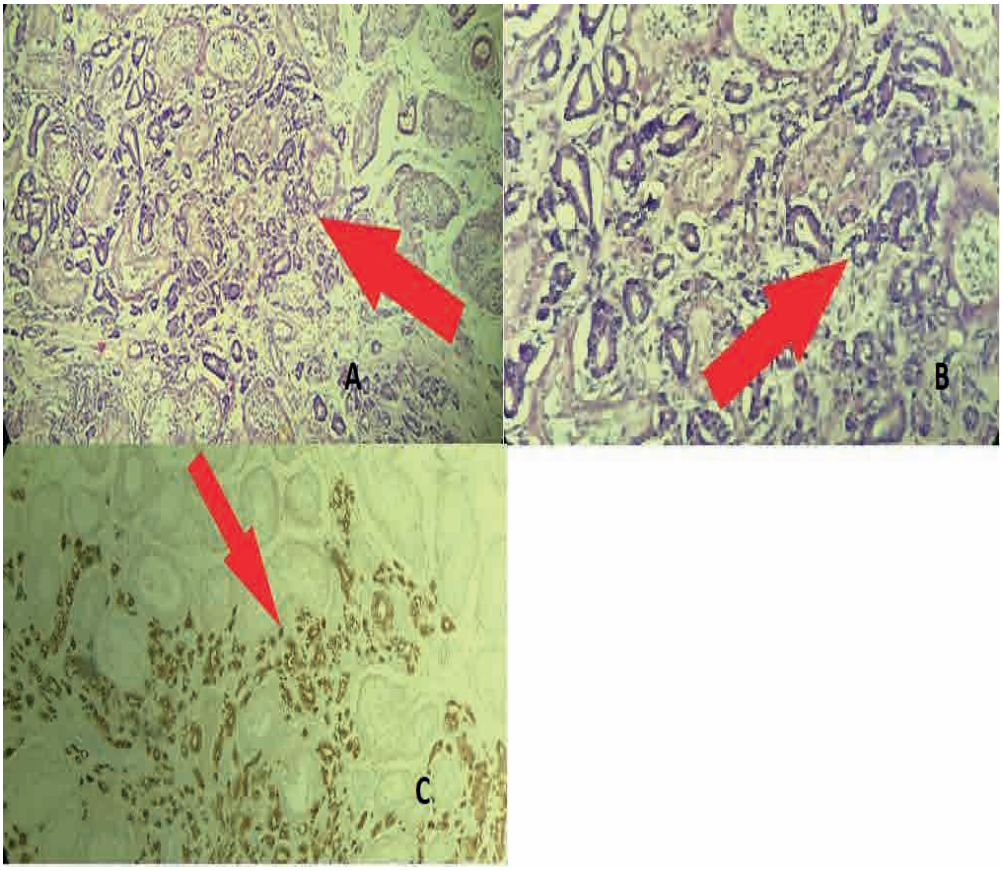
.

BULGULAR

67 yaş erkek hasta 5 yıl önce PSA 36ng/ml iken prostat biyopsisi yapılıyor; patolojisi gleason 4+5 prostat adenokarsinomu saptanıyor. O dönem yapılan kemik sintigrafisinde metastaz saptanmıyor. Hastaya prostatik loja 74 Gy radyoterapi tedavisi ve 3 yıl maksimal androjen blokajı tedavisi uygulanıyor. Nadir PSA değeri 2,26 ng/ml olarak ölçülüyor. Hasta 2 yıl takipsiz döneminden sonra kliniğimize kontrol amaçlı başvuruyor. Hastanın yaygın kemik ağrısı ve bulantı şikayeti vardı. Yapılan tetkiklerde fizik muayanede batın muayenesi normal, rektal muayenede frozen pelvis ile uyumlu prostat sert palpe edildi, testisler normal kıvamda hafif atrofik saptandı. PSA değeri 9260 ng/ml, alkalen fosfataz değeri 170, testosteron 0,5 µg/L saptandı. Hastaya kemik sintigrafisi çekildi. Sintigrafide kranial kemiklerde, her iki omuzda, sternumda, vertebral kolonda, kotlarda her iki humerusta, pelvik kemiklerde ve her iki femur proksimalinde metastaz lehine değerlendirilen artmış aktivite tutulumu saptandı. Yüksek hacimli metastatik prostat kanseri ve yaygın kemik ağrıları olduğu için hastaya kastrasyon amaçlı bilateral orşiektomi yapıldı. Post op 2. gün taburcu edildi. 2 hafta sonra patoloji sonucu ile polikliniğe başvurdu. Kemik ağrıların geçtiği görüldü. Bilateral orşiektomi materyali patolojisi metastatik prostat adenokarsinomu olarak yorumlandı.(Resim 1)

SONUÇ

Yüksek riskli prostat kanserinde takibin hastalık progresyonun tespiti ve tedavisi açısından önemi görülmüştür. Prostat kanserinin olağan dışı metastazları akılda bulundurulmalı ve değerlendirilmelidir Prostat kanserinin bilateral testis tutulumu oldukça nadirdir. Testis metastazlı prostat kanseri hastalarında bilateral orşiektomi tedavisi kastrasyon, tümör yükünde azalma ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlamaktadır.



PS-75

İZOLE RETOPERİTONEAL RENAL HÜCRELİ KARSİNOM; NADİR OLGU SUNUMU

SERHAT ÇETİN(1) CİHAT AYTEKİN (1) UĞUR AYDIN(1) ENDER CEM BULUT(1) MURAT YAVUZ KOPARAL(1)

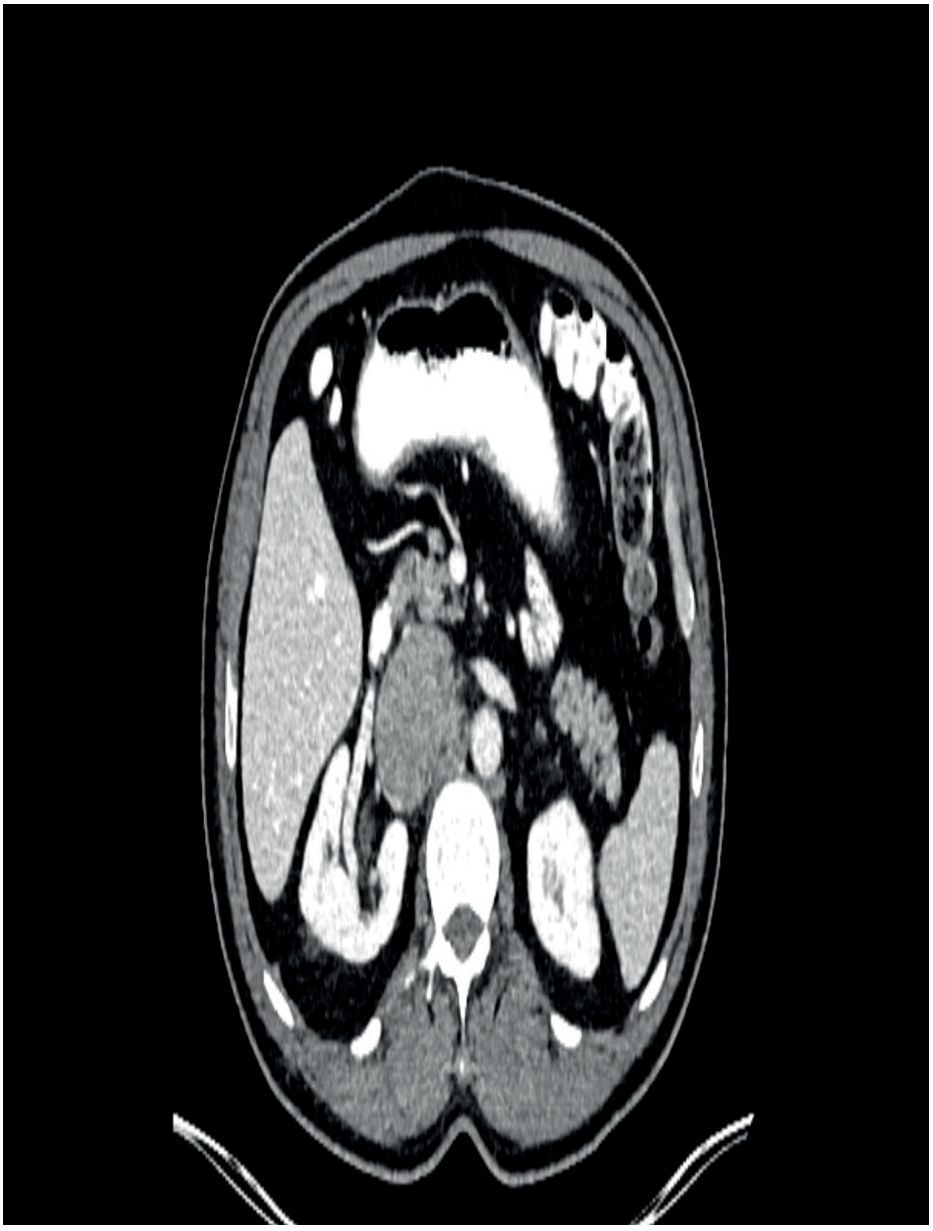
1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

AMAÇ
RCC yetişkinlerdeki tüm kanserlerin %3'ü olmakla beraber tüm primer malign böbrek tümörlerinin %85'inden sorumludur.

GEREÇ-YÖNTEM
Karın ağrısı nedeniyle hastaneye başvuran ve görüntülemelerde retroperitonda 2 adet kitle görülen ve tru cut biyopsisi malign epitelial tümör, RCC? olarak rapor edilen hastaya, ileri görüntülemelerde böbreklerinde malignite düşündürür patoloji görülmemesi üzerine retroperitoneal kitle eksizyonu yapıldı. Patolojisi RCC metastazı olarak raporlanan hastanın post op takip ve tedavisi devam etmektedir.

BULGULAR
Retroperitoneal kitle ile başvuran hastanın patolojisi RCC metastazı olarak raporlanan hastanın post op takip ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ
izole retroperitoneal kitle ile başvuran hastalarda RCC ihtimali her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.



2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

6. ÜROLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

ULUSLARARASI KATILIMLI

"ürolojinin kalbinin attığı yer"

www.ucd2022.org

09 - 13 KASIM 2022

GRANADA OTEL, KONGRE MERKEZİ

ANTALYA

İNDEKS

İNDEKS

-A-

ABAT, DENİZ SS-21
ABDULLAHOĞLU, DENİZ SS-32
ACET, AHMET ANIL SB-76, PS-22
AÇIKALIN, MUSTAFA FUAT SB-142, SB-178, SB-179, PS-13
AÇIKGÖZ, ONUR SB-25
ADA, SANİYE SS-5, SB-18
ADİLOV, ALİ NOFEL SB-175
AFERİN, UĞUR SS-32, SS-43, VB-11
AGHASİYEV, MAMMADBAGHİR SS-5
AGHAYEV, ANAR VS-19
AĞALAR, CİHAN VS-36
AK SİVRİKÖZ, İLKNUR SB-142
AKAN, MEHMET EREN SB-232, VS-23, VB-12
AKAN, SERKAN SB-28
AKARKEN, İLKER SB-96, SB-118, SB-146, SB-227, PS-67
AKATA, DENİZ SS-26
AKBAY, ERDEM PS-7
AKDAĞ, ABDULLAH SB-176
AKDAŞ, ENES MALİK SS-42
AKDENİZ, FIRAT SB-88
AKDOĞAN, BÜLENT SS-26, SB-37, SB-40, SB-181, SB-191, PS-58
AKDOĞAN, NEBİL SS-8, SS-33, SB-41, SB-43, SB-46, SB-55, SB-66, SB-91, SB-129, SB-164, SB-182, VS-45
AKGÜL, HACI MURAT SB-109
AKGÜL, MURAT SS-22, SB-22, SB-98, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-116, SB-117, SB-126, SB-127, SB-132, SB-134, SB-223, PS-45, PS-46
AKGÜN, ÖMER FARUK SB-4
AKI, FAZIL TUNCAY SS-6
AKINCI, AYKUT SB-48, SB-49, SB-50, SB-51, SB-56, VB-13
AKINCI, SERKAN SB-25
AKKAŞ, FATİH SB-220
AKKURT, AABDULLAH PS-27, PS-60
AKKUŞ, EMRE SB-148, SB-156, SB-157
AKKUŞ, KADİR EMRE SB-155
AKMAN, HÜSEYİN SB-62
AKPINAR, ÇAĞRI SB-69
AKPINAR, HALUK SS-22, SB-109, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-117
AKPOLAT, YUSUF SB-125
AKSARAY, EREN ERDİ SB-35, VS-27, VS-28, VS-30, VB-7
AKSAY, BUĞRA SB-61
AKSOY GÜNDOĞDU, ASLI SB-134
AKSOY, CEMİLE SB-125
AKSOY, ELİF İPEK SB-236, PS-53
AKSOY, HAMİT ZAFER SB-88
AKSU, MEFAİL PS-74
AKSU, SERKAN SB-96
AKTAŞ, BİNHAN KAĞAN SB-36, SB-230
AKTAŞ, SEMİH SB-74, SB-212, PS-3
AKTAŞ, YASİN SB-9, SB-202
ALALAM, HAIDER NIHAD IZADDIN SB-111, VS-21, SB-39
ALBABA, KHALED SS-21, SB-199, SB-235, PS-20
ALBAYRAK, AHMET TEVFİK SB-18, SB-232
ALBAYRAK, EMRE SB-40, SB-52, SB-181
ALÇIN, ADEM VB-2
ALİZADA, ELMAR VS-16
ALİZADE, ORKHAN SS-7, SB-236
ALKIŞ, OKAN SB-62, SB-93, SB-124, SB-204, PS-13
ALLAHVERDİYEV, MAİS PS-12
ALMA, ERGÜN SB-77, SB-170, PS-25
ALTAN, MEHMET SB-102
ALTAN, MESUT SS-15, SS-16, SB-40, SB-52, SB-53, SB-100, SB-181, SB-191
ALTAY, CANAN SB-173
ALTIN, ENES SB-22, SB-132, SB-134, PS-46
ALTINAY KIRLI, ELİF SS-11, SS-32, SB-57, SB-162, VS-34, VB-11, PS-48
ALTINEL, MERT SB-25
ALTINKAYA, NURULLAH SB-111
ALTINTAŞ, EMRE SB-99, SB-240
ALTUNHAN, ABDULLAH SB-38, SB-140
ALTUNKOL, ADEM PS-25
ALTUNTAŞ, TÜRKER SB-185, SB-200
ARACI, HİLMİ ENES SB-198, PS-3
ARACİ, MUHAMMET HİLMİ ENES SS-9
ARAS, BEKİR SB-62, SB-93, SB-124, SB-204, PS-13
ARDA, ERSAN SB-143, SB-144
ARGUN, BURAK SS-1, SB-5, SB-8, SB-10, SB-136
ARI, EMRE SB-31, PS-3
ARIDOĞAN, İBRAHİM ATİLLA SS-33, SB-46, SB-66, SB-91, SB-129, SB-182
ARIKAN, MEHMET GÜRKAN SB-143, SB-144
ARMUTLU, AYŞE SB-13
ARSLAN, ERKAN SB-17, PS-2
ARSLAN, MUHAMMET PS-30
ASAN, ALİ PS-23
ASDEMİR, AYDEMİR SS-24, SB-207, PS-16, PS-41
ASLAN, AHMET RÜKNETTİN SB-3, SB-32, SB-92, SB-229, VS-1, VS-2

ASLAN, GÜVEN SS-40, SB-173, SB-195, VB-6
ASLAN, HALİL SERDAR PS-30
ASLAN, YILMAZ SB-95
AŞCI, AHMET SB-52, SB-53, SB-37
AŞIK, RABİA PS-66
ATALAY, EMRE SERDAR SB-58
ATASOY, BESTE M. SS-20
ATEŞ, HÜSEYİN SB-116, SB-127
ATEŞ, MUTLU SB-9, SB-202, VS-28, VS-30, VB-7
ATEŞ, TUNAHAN SS-8, SB-55
ATILGAN, DOĞAN PS-26
ATİK, YAVUZ TARIK SB-222
ATNALLAR, GÖKTUĞ PS-64
AVCI, İBRAHİM ERKUT SB-169, SB-172
AYBEK, ZAFER SS-17, SS-45, SB-89, SB-90, SB-233, VS-4, VS-37, VS-38, VS-44
AYDAMIROV, MUBARIZ SB-43
AYDEDE, HASAN PS-42
AYDEMİR, SABRİ PS-44
AYDEMİROV, MÜBARİZ SB-41
AYDIN, ARİF SS-23
AYDIN, CEMİL SB-85, SB-86, SB-211, SB-238, PS-69, PS-70, PS-71, PS-72, PS-73
AYDIN, EREN CAN SB-118
AYDIN, HASAN RIZA SB-88
AYDIN, MEHMET ERHAN SB-23, SB-152, VS-20
AYDIN, REŞAT SB-201
AYDIN, UĞUR PS-75
AYDIN, YAVUZ MERT SB-44
AYDIN, ZEYNEP BANU PS-73
AYDOG, EZEL SS-2, SS-7, VS-5, PS-53
AYGÜN, GÖKHAN SB-157
AYGÜN, SAİT PS-5
AYKAÇ, AYKUT SB-23, SB-152
AYKANAT, İBRAHİM CAN VS-7, VS-8
AYTEKİN, CİHAT PS-75
AYVA, EBRU ŞEBNEM SB-120
AYVA, MÜJDAT SS-15, SS-26, SB-37
AZİZOVA, AYNUR SS-26

-B-

BABA, DURSUN SB-81, SB-203, VS-15, VS-25, VB-3, PS-24, PS-29
BABAYİĞİT, MUAMMER SS-36, SS-39, VS-6, VB-9, VB-13
BAHADIR, ÖMER FARUK SS-15, SB-53, PS-58
BAHÇECİ, TUNCER SB-1
BAKIRARAR, BATUHAN SS-26
BAKİROV, JAVANSHİR SB-15, SB-166
BAKLACI, CAN UTKU SB-50
BAKLACI, UTKU SS-39
BAL, HARUN SB-96, SB-118, SB-146 SB-227
BALABAN, ALPEREN SB-63, SB-107
BALASAR, MEHMET SB-39
BALBAY, DERYA SB-137
BALBAY, MEVLANA DERYA SB-13, SB-141, VS-8
BALCI, MELİH SB-95
BALIK, AHMET YILDIRIM VS-15
BALOĞLU, İBRAHİM HALİL SS-5, SB-232, PS-28
BALTACI, KADİR EMRE SS-15, SS-16, SB-37
BALTACI, SÜMER SS-2, SS-36, SS-39, SB-187
BALTRAK, YUSUF ATAKAN SB-46
BASMACI, İSMAİL SB-23
BAŞAR, HALİL PS-6
BAŞARAN, OSMAN UMUR SB-33, SB-183, SB-224, PS-18, PS-19, PS-42, PS-7
BAŞATAÇ, CEM SS-22, SB-109, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-117
BAŞER, AYKUT SB-124, SB-226, PS-30
BATUR, ALİ FURKAN SB-240
BAYAR, GÖKSEL SB-94, SB-121
BAYAZIT, YILDIRIM SS-8, SB-41, SB-43, SB-182
BAYDAR, DİLEK ERTOY SB-13
BAYKAL, SERDAR SS-42
BAYKAM, MEHMET MURAT SB-85, SB-86, SB-211, SB-238, PS-69, PS-70, PS-71, PS-72
BAYLAN, BURHAN SB-16
BAYNAL, ENES ABDULLAH SB-172
BAYRAK, BÜŞRA YAPRAK SB-87
BAYRAMLI, ELBEY VS-24, VB-17
BENLİ, ERDAL SB-75, SB-76, SB-205 PS-22, PS-34
BERK, BATUHAN FURKAN VS-27
BEYHAN, MURAT PS-26
BEYTUR, ALİ SS-37
BEYTUR, FATİH SB-57
BIÇAK, YEKTA SS-25, SB-67, PS-51, PS-52
BIÇAKCIOĞLU, HÜSEYİN PS-50, PS-44
BİLDİRİCİ, ÇAĞDAŞ VS-26
BİLEN, CENK YÜCEL SB-37
BİLMİŞ, MUHAMMET SB-224, PS-18
BİNBAY, MURAT VS-32
BİRCAN, KAMURAN SB-67, PS-51
BOĞA, MEHMET SALİH SB-35, VS-27
BOLAT DENİZ SB-23
BOLAT, SERKAN SB-207
BOSTAN, SERDAR ALPARSLAN SB-177, VS-33
BOSTANCI, YAKUP SS-12, SB-206, SB-218, VS-16, VB-4
BOYACI, CAĞLAR SB-82, SB-19, PS-17, PS-49
BOYLU, AHMET SB-106, SB-130, SB-131
BOZACI, ALİ CANSU SB-47, SS-6, SS-15, SS-16, SB-53
BOZKURT, FADİAMANA SB-137
BOZKURT, IBRAHİM SB-180
BOZKURT, İBRAHİM HALİL SB-23
BOZKURT, MUAMMER SB-71, PS-61
BOZKURT, OZAN SS-28, SS-40, SB-70, SB-83, SB-125, SB-171, SB-173, SB-195, VS-10, VS-29, VS-36, VS-39, VS-40, VS-42, VS-43, VB-6, PS-36

BULUT, ENDER CEM SB-167, VS-24, VB-17, PS-75
BULUT, SÜLEYMAN SB-36, SB-230
BULUT, TAHA BURAK SB-74
BURGU, BERK SB-48, SB-49, SB-50, SB-51, SB-56, VB-13
BURSALI, KEREM VS-23, VB-12, PS-28, PS-35
BÜLBÜL, EMRE SB-234
BÜTÜN, SALİH SS-17, SS-45, SB-89, SB-90, SB-226, SB-233, VB-8
BÜYÜK, ALİ VS-31
BÜYÜKDEMİRCİ, ERKAN SB-82

-C-
CAFERGULİYEV, SAMİR SB-164
CAN, BETÜL SB-154
CAN, CAVİT SB-142, SB-178, SB-179, VB-10
CAN, OSMAN SB-225
CAN, UTKU PS-38
CANDA, ABDULLAH ERDEM SB-13, VS-7, VS-8
CANDA, ERDEM SB-137, SB-141
CANSEVER, YASİN SB-153, SB-177, VS-31, VB-14, PS-64
CARTI, ERDEM BARIŞ PS-40
CAYİR, HUSEYİN SS-13
CELAYİR, CEREN SB-125
CELİK, SERDAR SB-180
CENGİZ, MUSTAFA KAAN SB-125
CESUR, GÜRKAN SB-23
CEYHAN, ERMAN SB-47, SB-78, SB-120, PS-21
CEYLAN, CEMİLE SS-20
CEYLAN, DENİZ SB-155
CEYLAN, OĞUZHAN PS-6
CİVELEK, BURAK PS-57
COĞUPLUGİL, ADEM EMRAH SB-197
COŞER, ŞEREF SB-62, SB-93, SB-204
COŞKUN, BURHAN SB-44
COŞKUN, ÇAĞRI SB-167, VB-17
COŞKUN, EMİN CENAN SB-27

-Ç-
ÇAĞLAYAN, MURAT SB-17
ÇAKIR, HAKAN SS-22, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-117
ÇAKIR, SERDAR VS-28
ÇAKMAK, KUTLUCAN SB-169
ÇAKMAKÇI, SÜLEYMAN SB-2
ÇALIŞKAN, EREN VS-32
ÇAM, HAYDAR KAMİL SS-20, SB-84, SB-128, SB-200, PS-1
ÇAM, KAMİL SB-184, SB-185
ÇAM, RAHŞAN PS-43
ÇAM, SEBAHAT SB-54
ÇAMTOSUN, AHMET SS-37
ÇAPAR, FURKAN PS-55
ÇATAL, NACİ SB-227, PS-67
ÇAVDAR, ÖMER FARUK SB-38, SB-39, SB-140
ÇAVDAROĞLU, FATMA SEZEN SB-175
ÇEKER, GÖKHAN SB-71, SB-80, SB-225, SS-47, PS-61
ÇEKMECE, ALİ EMRE SB-232
ÇEKMEN, MUSTAFA SS-5
ÇEKMEN, MUSTAFA BAKİ SB-18
ÇEKUÇ, OZAN CAN VB-14, PS-59
ÇELEBİ, İLHAN SB-70, SB-72, SB-173
ÇELEN, SİNAN SS-17, SS-45, SB-89, SB-90, SB-233, VB-8
ÇELİK, HÜSEYİN SS-37
ÇELİK, SERDAR SB-23
ÇELİKKALELİ, FERHAT SB-36, SB-230
ÇELİKÖRS, BİLAL PS-71
ÇETİN, SERHAT PS-75
ÇETİN, TAHA SB-180
ÇETİNEL, BÜLENT PS-48
ÇEVİKER, ERALP SB-229, VS-1, VS-2
ÇINAR, HAKAN SB-109
ÇINAR, NACİ BURAK SS-42, SB-169, SB-172
ÇINAR, ÖNDER SS-22, SB-109, SB-112, SB-114, SB-115, SB-117
ÇIRAKOĞLU, ABDULLAH SB-75, SB-76, SB-205, PS-22, PS-34
ÇITAMAK, BURAK SS-27
ÇİÇEK, MEHMET ÇAĞATAY VS-12
ÇİFTÇİ, ALPEREN SB-217
ÇİFTÇİ, OSMAN ÇAĞATAY PS-74
ÇİMŞİT, CANAN SB-185
ÇİNAR, ÖNDER SB-113
ÇİTGEZ, SİNHARİB SB-234
ÇİZMECİ, SEZER SS-19
ÇOBAN, SONER SB-82, PS-23, PS-49
ÇOLAK, ERTUĞRUL SB-154
ÇOLAK, FATİH SB-153, SB-177, VS-31, VS-33, VB-14, PS-59, PS-64
ÇUBUK, ALKAN SB-3, SB-32, SB-92, SB-229, VS-1, VS-2, VS-3
CİMEN, SERTAC SB-214
ÇOLAK, FATİH SB-209
ÇULHA, MEHMET GÖKHAN SB-130, SB-131

-D-
DAĞDEVİREN, ZİHNİ CAN SB-227
DALAR, SEVDA PS-74
DANIŞ, EYYÜP SB-106
DAYAN, TARIK SB-125
DAYANÇ, MURAT SB-58, PS-65, PS-66
DAYISOYLU, HULUSİ SITKI SB-98, SB-132, SB-134, PS-45
DEDE, ONUR PS-52
DEĞER, MUTLU SS-8, SS-33, SB-41, SB-43, SB-46, SB-55, SB-66, SB-91, SB-129, SB-164, SB-182, VS-45
DEĞER, MÜSLİM DOĞAN SS-41, SB-171, PS-11
DEĞİRMENCİ, TANSU SB-23, SB-180
DELİKTAŞ, HASAN SB-96
DEMİR, DEMİRHAN ÖRSAN SB-69
DEMİR, MUHAMMET SB-30
DEMİR, ÖMER SS-40, SB-83, SB-195, VS-10, VS-29, VS-43

DEMİR, SELİM SB-153
DEMİR, YİĞİT VS-28
DEMİRBAŞ, MURAT SB-19, SB-20, PS-17
DEMİRBİLEK, MUHAMMET SS-43, SS-44, SB-155, SB-162, SB-192, PS-48
DEMİRÇAKAN, HALİL SB-230
DEMİRCİ, AYKUT PS-6
DEMİRDAĞ, ÇETİN SB-42, SB-189, SB-190, SB-192, SB-234
DEMİRDÖVEN, KAAN SB-173
DEMİREL, HÜSEYİN CİHAN PS-35
DEMİRELLİ, ERHAN PS-74
DEMİRKIRAN, ENGİN DENİZHAN SS-41, SB-221, SS-48, PS-55
DEMİRKOL, ŞEYDA SB-26
DENİZ, MEHMET EFLATUN SB-170, PS-25
DEREKÖYLÜ, ENGİN SS-44, SB-14, SB-42, SB-68, SB-145, SB-162, SB-189, SB-190, VS-34
DERESOY, FAİK ALEV PS-26
DEVRİM, ERDİNÇ SS-4
DEYİRMENCİ, ÖZGÜR SB-180
DİCLE SERBES, EZGİ SS-36
DİKMEN, ÇAĞDAŞ SS-25, SB-67, PS-51
DİL, EYÜP VS-35
DİLEK, İSMAİL EYÜP SB-203, VS-25, PS-29
DİLLİOĞLUGİL, ÖZDAL SB-169, SB-172
DİNÇER, ERDİNÇ PS-38
DİRİM, AYHAN PS-21
DOĞAN, AHMET EMİN SB-102, VS-13
DOĞAN, BAYRAM SB-27
DOĞAN, ÇAĞRI SB-22, SB-98, SB-116, SB-126, SB-127, SB-132, SB-134, SB-223, PS-45, PS-46
DOĞAN, GÖZDE VS-19
DOĞAN, HASAN SERKAN SS-15, SS-16, SB-47 SB-52, SB-53, SB-160
DOĞAN, MEHMET AKİF PS-15, PS-41
DOĞAN, MÜCAHİT SB-86, SB-238, PS-72
DOĞANCA, TÜNKUT SS-1, SB-5, SB-8, SB-10, SB-136
DÖLEK, RABİA SB-44
DÖNMEZ, MUHAMMET İRFAN SS-10, SB-161, SB-201
DÖRÜCÜ, DOĞANCAN SS-13, SB-54, SB-184
DURAK, HÜSEYİN MERT SB-151, SB-102, VS-19
DURAN, MESUT BERKAN SS-17, SS-45, SB-89, SB-90, SB-226, SB-233, VS-4, VS-37, VS-38, VS-44, VB-8, PS-30
DURMUS, NERGİZ SS-19
DURMUŞ, EMRULLAH SB-6, SB-79
DÜNDAR, GÖKÇE SB-147, PS-14
DÜNDAR, MEHMET SB-176, PS-40, PS-43
DÜNDAR, TÜRKER MURATCAN SS-8
DÜZGÜN, DURAN SB-226, VS-4, VS-37, VS-38, VS-44, VB-8, PS-30

-E-

EBİLOĞLU, TURGAY SB-197
ECER, GÖKHAN SB-144
EDİZ, CANER SB-28, SB-174, SB-186, SB-219
EDİZ, EMRE SB-81
EGELİ, TUFAN VS-36
EKENCİ, BERK YASİN SB-151, VS-13, VS-19
EKİCİ, MUSA SB-85, SB-86, SB-211, SB-238, PS-69, PS-70 PS-71, PS-72
EKİCİ, NECATİ SB-81, SB-203, VB-3, PS-29
EKİCİ, ÖZGÜR PS-23, PS-49, SB-82
EKREN, FATİH SB-108
ELDEMİR, ANIL SB-41
ELDEMİR, CEVDET ANIL SB-43
ELENKOV, ANGEL SS-29
ELENKOV, ANGEL SB-149
ELMAS, BURAK SB-167
ELMAS, SAİT SB-21
EMİLİANİ, ESTEBAN SS-13
ENER, KEMAL PS-5
ENNELİ, DUYGU SS-36, SS-39, SB-34
ERASLAN, ASIR SB-214
ERBİL DOĞAN, ÖMER SS-31
ERCİLİ, BİRGİ SB-148, SB-155
ERÇİL, HAKAN SB-61, PS-25
ERDEM, EMRE SB-187, VS-22
ERDEM, ERİM PS-7
ERDİK, ANIL SB-222
ERDOĞAN, MURATCAN VS-38
ERDOĞAN, ÖMER SB-150
ERDOĞDU, ÇAĞLAYAN SB-208
EREN, ALİ ERHAN SB-35
EREN, HÜSEYİN VS-31 VS-33, VS-35, VB-14, PS-64
ERGANİ, BATUHAN SB-110
ERGİN, GİRAY PS-66
ERGİN, İSMAİL EMRE SS-24, SB-207, PS-41
ERGÖR, GÜL SB-171
ERGÜL, RİFAT BURAK SB-201
ERGÜN, ABDULMETİN SB-218
ERGÜN, KASİM EMRE SB-194
ERGÜN, MÜSLÜM SB-60, SB-213
ERİHAN, İSMET BİLGER SS-14, SB-208
ERKAN, ANIL SB-19, SB-95, SB-147, SB-158, PS-14, PS-17, PS-23
ERKMEN, SERHAT SB-236
ERKOC, MUSTAFA SB-130, SB-106, SB-168
ERKÖSE GENÇ, GONCA SB-201
EROĞLU, TOLGA SB-31, SB-212
EROĞLU, ÜNSAL SB-11
EROZENCİ, AHMET SB-192, SS-32
ERÖZENCİ, AHMET NUR SS-11
ERÖZENCİ, NUR AHMET SS-43, SS-44, SB-68, SB-145, SB-189, VB-11
ERTAŞ, HALİL SB-125
ERTEN, KORAY SB-73, SB-133
ERTURAN, ZAYRE SB-201
ERYILMAZ, KADİR PS-50
ESEN, AHMET ADİL SS-28, SB-171, VS-39, VS-40, VS-42, VS-43, PS-36
ESEN, BARIŞ SS-38, SB-139, SS-46
ESEN, NURAN SB-171

ESEN, TARIK SS-38, SB-13, SB-137, SB-138, SB-139, SB-141
ESEN, TARIK VS-7
ESEOĞLU, ESAD SB-127
EVİRGEN, MERT VS-45
EZER, MEHMET SS-14, SB-65, SB-208

-F-
FALAY, FİKRİ OKAN SB-13
FİLİNTE, DENİZ SB-184, PS-1

-G-
GASİMOV, KAMRANBAY SB-47
GEÇİCİ, İBRAHİM ATAKAN SB-92
GEÇİCİ, ÖMER FARUK SB-209
GEÇİT, İLHAN SS-37
GEDİK, ABDULLAH SS-25, SB-67, PS-51
GEMALMAZ, HAKAN PS-32
GENÇ, HÜSNÜ ÇAĞRI SB-239
GENÇ, YUNUS EMRE SB-84
GENÇOĞLU, ANIL PS-19
GEYİK, SERDAR SB-101, SB-239
GİRGİN, REHA SB-97
GİWERCMAN, ALEKSANDER SS-29, SB-149
GİWERCMAN, YVONNE LUNDBERG SS-29
GOKALP, FATİH SS-21, SB-199
GÖGER, ESRA SS-23
GÖGER, YUNUS EMRE SS-23, SS-35, SB-38, SB-39, SB-111, SB-140, SB-188, VS-21, VB-5
GÖĞÜŞ, ÇAĞATAY SS-36, PS-53
GÖĞÜŞ, ÇAĞATAY MEHMET SS-39
GÖKALP, FATİH SB-235, PS-20
GÖKÇE, MEHMET İLKER SS-2, SB-122, SB-187, SB-228, PS-53
GÖKÇEDAĞ, İLKER VS-37
GÖKDEMİR, MERYEM HAN SS-25, SB-67
GÖKMEN, DERYA SB-122
GÖKMEN, ERSİN SB-200
GÖKSOY, İBRAHİM SB-39, SB-111, SB-140
GÖNEL, ATAMAN SB-17
GÖNÜL, İPEK IŞIK PS-57
GÖRGEL, SACİT NURİ SB-196
GÖRÜR, SADIK SS-21, SB-199, SB-235, PS-20
GÖZÜKARA, KEREMHAN SB-77
GÜCÜK, ADNAN SB-64
GÜÇTAŞ, AHMET ÖZGÜR SB-84, SB-88, SB-128
GÜDELOĞLU, AHMET SB-37, SB-100
GÜL, ABDULLAH SB-82, PS-49
GÜL, DENİZ SB-222
GÜL, MURAT SB-99, SB-240
GÜLDİBİ, FURKAN SB-38
GÜLER, DORUK VB-13
GÜLER, NECDET VS-26
GÜLER, YAVUZ SB-216
GÜLPINAR, ÖMER SS-2, SS-4, SB-122, SB-187, SB-228, SB-236, VS-5, VS-6, VB-9
GÜLTEKİN, HAMZA SB-156, SB-157
GÜLTEKİN, HÜSEYİN SB-11, SB-36
GÜLTEKİN, MEHMET HAMZA SS-43, SS-44, SB-14, SB-42, SB-68, SB-145, SB-148, SB-155, SB-234, SB-237
GÜNAY, KADİR CEM SB-18
GÜNER, EKREM SB-220
GÜNERŞ, ZAFER SB-99
GÜNGÖR, HASAN SS-37
GÜNLÜSOY, BÜLENT SB-180
GÜRBÜZ, RECAİ SB-27
GÜRBÜZ, ZAFER GÖKHAN SB-61
GÜRDAL, MESUT SB-197
GÜREL, ABDULLAH SB-16
GÜRLER, VOLKAN SS-26
GÜROCAK, SERHAT SS-11, SB-167
GÜRSES, BENGİ SB-13, SB-137, SB-139, SB-141
GÜRSES, MUSTAFA SS-40, SB-195, VS-36, VS-40
GÜVEN BAĞLA, AYSEL SB-21
GÜZEL, ÖZER SB-11, SB-95
GÜZELLER, MELİKE VS-4
GÜZELSOY, MUHAMMET PS-23

-H-
HABERAL, HAKAN BAHADIR SS-3, SB-37
HACIOSMANOĞLU, TANER SS-5, SB-232, VS-23, VB-12, PS-28
HAKAN, MEHMET TOLGAHAN SB-26
HAKLAR, GONCAGÜL SS-20
HAMARAT, MERT SS-33, SB-91
HAMARAT, MUSTAFA BILAL VS-11
HAN GÖKDEMİR, MERYEM PS-51, PS-52
HANCI SEVİNÇ, BURCU PS-38
HASANOV, JEYHUN SB-12, PS-57
HASIRCI, ERAY SB-120, SB-217, PS-21
HAYİT, HÜSEYİN PS-33
HAZİR, BERK SS-29, SB-149, SB-160
HEPŞEN, EMRE SB-69
HEREKLİOĞLU, SAVAŞ SB-144
HIZARCI, RABİA SB-40, SB-181, SB-47
HORSANALI, MUSTAFA OZAN SB-108
HUSEYNLİ, ARİF VS-24, VB-17

-I-
ILKI, FAHRI YAVUZ SB-234
IRKILATA, HASAN CEM SB-58, PS-65, PS-66
IRMAK, FEYYAZ SB-162, SB-237, VS-34

-İ-
İLBEY, YUSUF ÖZLEM SB-27
İNANMAZ, MUSTAFA ERKAN SB-103
İNCİR, CANET SB-171
İRER, BORA SS-28, SB-195, PS-36
İSAL ARSLAN, AYŞEGÜL SB-22
İSLAMOĞLU, MAHMUT EKREM SB-35, VS-27
İŞBİLEN BAŞOK, BANU SB-88
İVELİK, HALİL İBRAHİM SB-93, PS-13
İZADDİN ALALAM, HAİDER NİHAD SB-188
İZOL, VOLKAN SS-8, SS-33, SB-41, SB-43, SB-46, SB-66, SB-91, SB-129, SB-164, SB-182

-J-

JABRAYİLOV, HİKMAT SB-12, PS-57
JAFAROV, ABDULRAHMAN SB-236, VS-22, PS-53
JAFAROV, RUSLAN SB-47

-K-

KADİM, NURULLAH SB-76, PS-22
KAHRAMAN, OĞUZHAN SB-78
KALAYCI, ONUR SB-206
KALEMCİ, SERDAR SB-194
KALENDER, GÖKTUĞ SS-43, SB-14, SB-42, SB-145, SB-192, SB-234, SB-237, VS-34, PS-48
KALKAN, ABDULBAKİ PS-23, PS-17
KANYILMAZ, SELCEN SB-131
KARA, CENGİZ SS-14, SB-65
KARA, ÖNDER SS-42
KARAASLAN, MUSTAFA SB-105, VB-1
KARABACAK, NİHAT VS-24
KARABAY, EMRE SB-26
KARABIÇAK, MUSTAFA SB-110
KARABURUN, MURAT CAN SS-4, SS-7, SS-36, SB-34, SB-48, SB-49, SB-51, SB-56, SB-122, SB-187, VS-22
KARACA, ERKİN VS-26
KARACA, LEYLA SS-37
KARADAĞ, ORÇUN BURAK VS-19
KARAGÖZ, MEHMET ALİ SB-106
KARAGÜZEL, ERSAGUN SB-153, PS-59
KARAKANLI, MUSAB ÜMEYİR SB-106, SB-130, SB-131
KARAKOYUNLU, AHMET NIHAT SB-151, SS-18
KARALEZLİ, GİRAY SS-23, SB-38, SB-140
KARAOSMANOĞLU, ALİ DEVRİM SS-26
KARAPAZAR, NURULLAH SB-178
KARÇAALTINCABA, MUŞTURAY SS-26
KARİMOVA, AYLA SB-148, SB-155
KARKİN, KADİR SB-4, SB-61
KARS, MURAT SB-184, SB-185
KARŞIYAKALI, NEJDET SB-135
KART, MÜCAHİT SB-163
KARTAL, BARIŞ VS-33
KARTAL, İBRAHİM SB-204
KARTAL, İBRAHİM GÜVEN SB-62, SB-93, SB-124, PS-13
KAYA, COŞKUN VS-20
KAYA, ENGİN SB-58, SB-197
KAYA, MUSTAFA KEMAL VS-15, VS-25, VB-3,PS-24
KAYACAN, MEHMED EMİN SS-28, VS-29, PS-36
KAYAR, KEMAL SB-26
KAYER, AHMET SB-178
KAYGISIZ, ONUR SS-34, SB-15, SB-165,
KAYGISIZ, ONUR SB-166, VS-12
KAYIGİL, ÖNDER PS-5
KAYIKÇI, MUHAMMET ALİ VB-3
KAYNAR, BEDRİYE MÜGE SB-27
KAYRA, MEHMET VEHBİ SS-30
KAZAN, ERCAN PS-60
KAZAN, HÜSEYİN ÖZGÜR SB-93
KAZAN, ÖZGÜR SB-62, SB-204
KAZANASMAZ, EZGİ SB-57
KAZAZ, İLKE ONUR SB-153, SB-177, SB-209, VS-31, VS-33, VB-14, PS-59, PS-64
KAZICI, HAKAN GÖRKEM SB-176
KEFİ, AYKUT SS-31, SB-72
KELEŞ, ANIL SB-116, PS-46
KELEŞ, MEVLÜT SB-75, SB-76, PS-22
KEMAHLI, ERAY SB-30
KERVANCIOĞLU, ENİS SB-120, SB-217, PS-21
KESKİN, EMİN TAHA SB-80
KESKİN, HAKAN SB-37, SB-100, SB-191
KESKİN, KADER SB-37
KESTEL, MUSTAFA SB-146
KETEN, TANJU SB-11
KETENCİ, SERAP SS-13
KILIÇ, MERT SS-38, SB-137, SB-138, SB-141, VS-7
KILIÇ, METİN SB-158, PS-17
KILIÇ, ŞAHİN SB-9, SB-202, VS-28, VS-30, VB-7
KILIÇARSLAN, HAKAN SS-34
KILINÇ, MUZAFFER TANSEL SS-23, SS-35, B-39, SB-159, SB-231, VB-5
KILINÇ, TANSEL SB-188
KINA, HÜSEYİN SALİH SB-77, PS-25
KIRAN, LEZGİN SS-25, SB-67, PS-51, PS-52
KIRDAR, MEHMET SB-226, VS-4, VS-38, VB-8
KISIKLI, ALP SS-15, SS-16
KIYMAZ, KAZIM SB-24
KIZILAY, FUAT SB-194
KIZILÇAY, YİĞİT ÇAĞRI PS-68
KIZILKAN, YALÇIN SB-11, SB-230
KIZILKAN, YUNUS EMRE SB-28, SB-174, SB-186, SB-219, PS-33
KİREÇÇİ, SİNAN LEVENT SS-5, SB-18, VS-23,VB-12
KİREMİT, MURAT CAN SS-38, SB-139, VS-7,VS-8
KİREMİTÇİ, SABA SS-36, SB-34
KOCAGÜL ÇELİKBAŞ, AYSEL SB-85, PS-69
KOCATÜRK, EVİN SB-154
KOÇ, GÖKHAN VS-26
KOÇAKGÖL, HÜSEYİN SB-88
KOKURCAN, ALİHAN SS-18
KOKURCAN, ÖZDEN SS-4
KOLKIRAN, SAFI SB-129, SB-164
KOPARAL, MURAT YAVUZ SB-167, PS-57, PS-75
KORAŞ, ÖMER SS-21, SB-199, PS-20
KORDAN, YAKUP SS-38, SB-13, SB-137, SB-139, SB-141, VS-7, VS-8
KORĞALI, ESAT SS-24, SB-207, PS-15, PS-16, PS-41
KORKMAZ, ÜLKÜ SB-143
KOŞAN, MURAT SB-21
KOŞAR, ALİM PS-50
KOVALI SEZER, MÜGE SS-31
KOZAN, EDA NUR SB-34
KÖLÜKÇÜ, ENGİN PS-26
KÖPRÜ, BURAK PS-65
KÖSE, ERTUĞRUL SS-12, SB-206, SB-218 VS-16, VB-4

KÖSEOĞLU, BURAK SB-11, SB-36
KÖSEOĞLU, ERSİN SS-38, SB-13, SB-141, VS-7, VS-8
KÖSEOĞLU, HİKMET SS-9, SB-31, SB-74, SB-198, SB-212, PS-3
KÖSEOĞLU, HÜSEYİN PS-69
KUBİLAY, ERALP SB-48, SB-49, SB-51, SB-56, SB-122, SB-187, VS-5, VS-6
KULAÇ, İBRAHİM SB-13
KULAK, BİLAL SS-21, SB-199, SB-235, PS-20
KURAL, ALİ RIZA SS-1, SB-5, SB-8, SB-10 SB-136
KURU, ÖMER SB-131
KURUL, NİYAZİ ÖZGÜR SB-180
KUŞ, GÖNENÇ PS-44
KUŞARİ, MUHAMMED SB-125
KUTLUHAN, MUSAB ALİ PS-5
KUTLUTURK, EREN GORKEM SB-168, SB-106
KUTSAL, CEMİL SB-232
KÜÇÜK, ŞİRİN PS-2
KÜÇÜK, TARIK VS-13
KÜÇÜKYANGÖZ, MUSTAFA SB-64
KÜTÜKOĞLU, MEHMET UMUT SS-13, SB-184, SB-185

-M-

MACİT, MUSTAFA SB-189
MADENDERE, SERDAR SS-41, SB-137, SB-141, PS-11
MALAK, ARZU SB-126, SB-127, SB-132, SB-134, PS-45
MAMMADALIYEV, TURAN SB-47, SB-40, SB-181
MAMMADOV, MUNASIB SB-191, PS-58
MAMMADZADA, MURAD PS-42
MANSUROĞLU, BÜLENT SB-74
MARAŞ, MEHMET EROL VS-22
MEMİK, ÖMÜR SB-29
MENTEŞE, AHMET SB-153
MIRIYEV, TURAL SB-212
MOHAMED, ABDİKARİM HUSSEİN SB-214
MOHAMUD, IBRAHİM MOHAMED SB-214
MOLDOVAN, DİANA SB-32
MUNGAN, MEHMET UĞUR SS-40, SB-173
MUSAEV, ARAZ SS-7, SB-51, VB-13
MÜEZZİNOĞLU, TALHA SB-33, SB-175, SB-183, PS-19

-N-

NALBANT, İSMAİL PS-34
NANE, İSMET SB-201
NEŞE, NALAN SB-33, SB-175, SB-183
NEYMEYER, JOERG SB-32, VS-3

-O-

OBAİD, KHALED SB-49, SB-51,SB-228, SS-2, SS-36, VB-13
OCAKOĞLU, GÖKHAN SB-44
OĞUZ, EFE SEMETEY SS-2, SB-236, VS-22, PS-53
OĞUZ, FATİH SS-37
OĞUZ, URAL PS-74
OK, FESİH SB-6, SB-7, SB-79,SB-150
OKTAR, ALKAN SS-2, VS-5, VS-6, VB-9 PS-53
OKTAR, TAYFUN SS-10, SB-161, SB-201
OKULU, EMRAH PS-5
OKUR, ALPER SS-44, SB-42, SB-68, PS-48
OLĞUN, İBRAHİM SB-27
OLSBURGH, JONATHON SS-3
ONARAN, İLHAN SB-148, SB-155
ONGÜN, ŞAKİR SS-19, PS-68
ONUR, AHMET RAHMİ SB-128
ORAL, ENDER SB-73, SB-133, SB-193
ORTOĞLU, FERHAT SB-77
OZBEK, OZGUR SB-178
OZKAN, OMER AKIN SB-151
OZKENT, MEHMET SERKAN VS-11
OZTURK, ASLİ PS-65, PS-66

-Ö-

ÖBEK, CAN SS-1, SB-5, SB-8, SB-10, SB-136
ÖCAL, ANIL VS-29
ÖĞREDEN, ERCAN PS-74
ÖLÇÜCÜ, MAHMUT TAHA SB-9, SB-202, VS-30, VB-7
ÖNAL, ALİ CAN SB-30
ÖNAL, BÜLENT SS-11, SS-22, SS-32, SS-43, SS-44, SB-14, SB-42, SB-57, SB-68, SB-109, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-117, SB-162, SB-192, SB-237, VS-34, VB-11, PS-48
ÖNAL, CEMAL FERHAT SB-210
ÖNDER, ÖMER SS-26
ÖNEŞ, TUNÇ SB-185
ÖNOL, ŞINASI YAVUZ PS-31, VS-9, VS-41, VB-15
ÖRS, AHMET ÖNDER SB-73, SB-133, SB-193
ÖRS, BUMİN SB-65
ÖTÜNÇTEMUR, ALPER SB-106, SB-130, SB-131 SB-168
ÖZAĞARI, AYŞİM SS-5, SB-18
ÖZATMAN, ERDEM SB-161
ÖZAYAR, ASIM PS-5
ÖZBEK, ÖZGÜR SB-142, SB-154, SB-179
ÖZCAN, LEVENT SB-106, SB-168
ÖZCAN, MÜGE SB-126, PS-46
ÖZCAN, RIDVAN SB-126, SB-223
ÖZDEMİR, FATİH SB-26
ÖZDEN, CÜNEYT SB-11, SB-230
ÖZDEN, SAMİ BERK SB-145, SB-156, SB-237
ÖZEN, ATA SB-63, SB-142, SB-178, SB-179, VB-10
ÖZEN, SERKAN SB-36
ÖZENÇ, GÖRKEM SB-102
ÖZER, CEVAHİR SS-30
ÖZER, MUHAMMED SELÇUK SB-83, SB-125, SB-171, SB-173, VS-29, VS-39, VS-40, VB-6, PS-36
ÖZER, YILDIRIM SB-27
ÖZERCAN, ALİ YASİN SB-11, SB-36, SB-230
ÖZGÜR, ABDURRAHMAN SB-24, PS-1

ÖZGÜR, GÜNAL SS-20, SB-200, PS-1
ÖZKAN, ALPER SS-20
ÖZKAN, ARİF SS-38, VS-7, VS-8
ÖZKAN, ECE SB-58
ÖZKAN, ONUR CAN SB-59
ÖZKAN, ONUR CAN SB-128
ÖZKARA, HAMDİ SB-156, SB-157, SB-237
ÖZKARDEŞ, HAKAN SB-217
ÖZKAYA, MEHMET FATİH SB-48, SB-49, SB-51 SB-56
ÖZKAYA, MUSTAFA SS-44, SB-14, SB-42 SB-190, SB-237
ÖZKAYA, MUSTAFA VB-11
ÖZKENT, MEHMET SERKAN SS-23, SS-34, SS-35, SB-38, SB-140, SB-159, SB-188, SB-231, VB-5
ÖZKIDIK, METE SB-63, SB-107, SB-154, VB-10
ÖZLÜ, AYSUN SB-124
ÖZLÜLERDEN, YUSUF SS-17, SS-45, SB-89, SB-90, SB-226, SB-233, PS-30
ÖZLÜTURHANLAR, TOYGAR PS-32
ÖZMAN, OKTAY SS-22, SB-109, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-117, SS-49
ÖZMEN, MUSTAFA NASUH SS-26
ÖZMERDİVEN, ÇAĞDAŞ GÖKHUN SB-216
ÖZORAK, ALPER PS-44, PS-50
ÖZSAĞIR, YUSUF ÖNDER VS-35
ÖZSOY, FURKAN SB-49
ÖZTÜRK, ABUZER SS-24, SB-207, PS-16
ÖZTÜRK, ASLI SB-58
ÖZTÜRK, MUHAMMET İHSAN SB-238, PS-69, PS-70
ÖZTÜRK, MURAT SB-19
ÖZTÜRK, SEFA ALPEREN PS-44, PS-50
ÖZYAMAN, ONUR SB-97, SB-221
ÖZYAVUZ, RASİN SB-153, SB-177, SB-209, VS-31, PS-59, PS-64

-P-

PANYALIYEV, JAVIDAN SB-236
PARLAKTAS, BEKİR SÜHA PS-26
PAZIR, YAŞAR SB-103
PEHLİVANOĞLU, MEHMET SB-186, SB-219
PİETROPAOLO, AMELİA SS-13
PİŞKİN, MEHMET MESUT SS-34, SB-39, SB-159 SB-188
POLAT, EMRE CAN SB-130, SB-168
POLAT, RIDVAN VS-12
PORGALI, SEFA SB-199
PORGALI, SEFA BURAK SB-235, PS-20

-R-

RAMAZANOĞLU, MEHMET AKİF SB-88

-S-

SAFARALİYEV, AHAD SS-12
SAGNAK, LEVENT SB-214
SAĞIR, SÜLEYMAN SB-60, SB-213
SAĞNAK, AZMİ LEVENT SB-102
SALONİA, ANDREA SB-149
SANCAK, EYÜP BURAK SS-22, SB-21, SB-109, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-117
SANCI, ADEM SS-4, SB-228
SARAÇ, AYBERK SS-19
SARI, HİLMİ SS-18, SB-102, SB-151, VS-13
SARIFAKIOĞLU, BANU PS-45
SARIKAYA, AHMET FURKAN SB-137, SB-141, VS-7, VS-8
SARIKAYA, ALPER EGE SB-83, SB-171, VS-10, VS-39, VS-42, VB-6
SARIKAYA, SELÇUK SB-197
SARIKAYA, ŞABAN SS-12, SB-206, SB-218, VS-16, VB-4
SARSIK KUMBARACI, BANU SB-194
SARUHAN, KEMAL SB-160
SATAR, NİHAT SS-33, SB-46, SB-55, SB-66, SB-91, SB-129, SB-164, VS-45
SATIR, ATİLLA SB-19, SB-20
SAYGIN, HÜSEYİN SS-24, SB-207, PS-15 PS-16, PS-41
SAYMAN, HALUK BURÇAK SB-57
SCHLOMM, THORSTEN SB-32
SEDAY, SÜMEYYE SB-66
SEKMEN, MERT SB-139
SEL, EDA SS-19
SELÇUK, BERİN SS-43
SELVİ, İSMAİL SS-10, SB-161, SB-201
SENER, TARIK EMRE SS-13, SB-54
SERBES, EZGİ SB-34
SERTTAŞ, MUHAMMED FATİH SB-103
SEVİM, MEHMET SB-62, SB-93, SB-124, SB-204, PS-13
SEVİM, SELİM SS-39, SB-34
SEVİNÇ, AHMET HALİL PS-38
SEYHAN, CANAN SB-58, PS-65, PS-66
SEZER, ALİ SB-159
SEZGİN, MEHMET ALİ SB-106, SB-168
SHAHASUVARLI, PARVİZ SS-15, SS-16
SIDDIKOĞLU, DUYGU SB-113
SIMSEKOGLU, MUHAMMED FATIH SB-234, SS-44, SB-45, SB-192
SİNİRSİZ, CAN VB-16
SOYGUR, TARKAN SB-48, SB-49, SB-50, SB-51, SB-56, VB-13
SOYLUOĞLU, SELİN SB-143
SOYTÜRK, SELİM SB-111
SÖĞÜT, İBRAHİM SB-28
SÖĞÜTDELEN, EMRULLAH SB-30
SÖKMEN, DOĞUKAN VS-17, VS-18
SÖNMEZ, DİLARA SB-26
SÖNMEZ, MEHMET GİRAY SS-23, SB-111
SÖNMEZ, OĞUZHAN SB-204
SÖNMEZ, OĞUZHAN YUSUF SB-93
SUDE, AYŞE GÖKÇE SB-28
SÜER, EVREN SS-2, SS-7, SS-36, SS-39, SB-34, SB-122, SB-187, SB-228, VS-22, VB-9, PS-53, SB-125

-Ş-

ŞAHİN, AHMET BİLGEHAN SB-44
ŞAHİN, AHMET EMRE PS-40
ŞAHİN, AYHAN SB-116
ŞAHİN, BAHADIR SS-20, SB-128, PS-1
ŞAHİN, BÜŞRA PS-43
ŞAHİN, GÖKHAN SB-176, PS-32, PS-40, PS-43
ŞAHİN, HAYRETTİN SB-96, SB-146
ŞAHİN, KADİR CAN SB-14
ŞAHİN, KADİRCAN SB-57, SB-237
ŞAHİN, MEHMET FATİH SS-22, SB-112, SB-126, SB-127, SB-144, SB-223
ŞAHİN, ORHAN SB-131
ŞAM, EMRE SB-220, VS-17, VS-18
ŞAMBEL, MURAT SB-9, SB-202, VS-28, VS-30
ŞAMBEL, MURAT VB-7
ŞATANA, DİLEK SB-201
ŞEFİK, ERTUĞRUL SB-23
ŞEKER, KAMİL GÖKHAN SB-220, VS-17, VS-18
ŞEKERCİ, ÇAĞRI AKIN SB-59, SB-84, SB-88, SB-128
ŞEN, VOLKAN SS-28, SS-31, SS-40, SB-70, SB-72, SB-83, SB-125, SB-171, SB-173, SB-195, VS-10, VS-29, VS-36, VS-39, VS-40, VS-42, VS-43, VB-6, VB-16, PS-36
ŞENDOĞAN, FURKAN VS-32
ŞENEL, ÇAĞDAŞ SB-95, PS-68
ŞENOĞLU, YUSUF SB-81, SB-203, VS-15, VS-25, VB-3, PS-24, PS-29
ŞERAMET, SERKAN SB-98, SB-116, SB-132, SB-134, PS-45, PS-46
ŞIĞVA, HAKAN SB-199, SB-235, SS-21, PS-20
ŞİMSİR, ADNAN SB-194
ŞİMŞEK, ALPER SS-17, SS-45, SB-89, SB-90, SB-233, VB-8
ŞİMŞEK, BERKAY PS-57
ŞİMŞEKOĞLU, FATİH SB-109, SB-113, SB-114, SB-115
ŞİMŞEKOĞLU, MUHAMMED FATİH SS-22, SS-43, SB-112, SB-117, SB-155, SB-189, SS-50
ŞİRİN, CANSIN SS-20
ŞİRİN, MEHMET EMİN SB-105, VS-14, VB-1
ŞÜKÜR, İBRAHİM HALİL SB-101

-T-

TAMKAC, NEZİH SB-199, SB-235, PS-20
TAN, MUSTAFA ÖZGÜR SB-167
TANIDIR, YILÖREN SB-59, SB-84, SB-88 SS-13
TANSUĞ, MUSTAFA ZÜHTÜ SS-8, SB-41, SB-43
TANTEKİN, ANIL SB-161
TANTEKİN, SEYFETTİN ANIL SS-10
TARCAN, TUFAN SB-59, SB-128
TARHAN, HÜSEYİN SB-118, SB-146, SB-227
TARIM, KAYHAN SB-13, SB-137, SB-141, VS-7, VS-8
TAŞ, SELİM SB-35
TAŞDEMİR, MUZAFFER DOĞU SS-28, SS-31, SS-40, SB-70, VS-10, VS-36, VS-42, VB-16
TAŞKAPU, HAKAN HAKKI SS-23, SB-111
TAŞTEKİN, EBRU SB-143
TATANIS, VASILEIOS SB-47
TAVUKÇU, ESRA SB-123
TAVUKÇU, HASAN HÜSEYİN SS-20, SB-28, SB-123, SB-186, SB-219, VB-2
TAYMAN, CÜNEYT SB-17
TEKE, KEREM SS-22, SS-42, SB-109, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-117, SB-169, SB-172
TEKGÜL, SERDAR SS-15, SS-16, SB-47, SB-52, SB-53, SB-160
TEKİN, ALİ SS-27
TEKİN, MEHMET İLTERİŞ SB-217
TELLİ, ENGİN SB-87
TEMEL, MUHAMMED CİHAN PS-12
TEMELTAŞ, GÖKHAN SB-224
TEPE, DİLŞAT SB-209
TEPE, RECEP SERHAT SB-209
TERZİ, EZGİ SB-155
TERZİ, SÜMEYYE SB-70, SB-72, VS-39
TEZCAN, SEYHAN SB-21
TİLKİ, DERYA SB-13, SB-139
TİNAY, İLKER PS-1
TOK, BİRGÜL PS-74
TOK, DOĞAN SABRİ PS-74
TOKSÖZ, ARİFE SB-163
TOMRUK, CANBERK SS-20
TOPAÇ, HASRET SB-73, SB-133, SB-193
TOPALOĞLU, HİKMET VS-13
TOPCU, UMUR CEM VB-7
TOPCUOĞLU, MURAT SS-4, SB-228
TOPÇU, İBRAHİM SS-37
TOPKAÇ, ERDEM CAN SB-98, SB-132
TOPLU, UMUR CEM VS-27
TOPRAK, SERHAT SS-37
TOPUZ, BAHADIR SB-197
TORUN, ALPKON SB-85, SB-86, SB-211
TOSUN, ÇAĞATAY SB-26
TOZBURUN, SERHAT SS-19
TUĞCU, VOLKAN VS-17, VS-18
TUNA ÇAK, HALİME SB-160
TUNA, BURÇİN SB-173
TUNA, EMİNE BURÇİN SB-195
TUNA, MUSTAFA BİLAL SS-1, SB-5, SB-8, SB-10, SB-136
TUNCEL, ALTUĞ SB-11, SB-95
TUNCER, MEHMET VEYSEL SS-25, PS-52
TUNÇ, BURÇİN SB-45
TUNÇ, HAZAL PS-13
TUNÇOK, YEŞİM SB-171
TURAN, GÜLAY PS-68
TURAN, LEVENT SS-34, SB-15, SB-165, VS-12
TURHAN, ALP EREN VS-22
TUYGUN, CAN VS-19
TÜFEK, İLTER SS-1, SB-5, SB-8, SB-10 SB-136

TÜRET, DENİZ MUKADDES SS-20
TÜRK, HAKAN SB-17, PS-2
TÜRK, SEMİH SB-18, PS-28, PS-35
TÜRKERİ, LEVENT SB-135, PS-1
TÜRKOĞLU, ALİ RIZA PS-23
TÜZEL, EMRE PS-68

-U-

UCURMAK, FERHAT SB-199
UÇMAK, HARUN VS-21, VB-5
UÇURMAK, FERHAT SS-21, SB-235, PS-20
UĞURLU, ÇAĞLAR SS-14, SB-65, SB-208
UĞURLU, MAHMUT VS-24
ULUOCAK, NİHAT PS-26
ULUSOY, KEMAL SB-16
URGANCI, NİL SB-190
USLU, MEHMET SS-14, SB-65, SB-208
USLUBAŞ, ALİ KEMAL SS-42, SB-172
UYANIKLIGİL, YİĞİT SS-20
UYAR, İBRAHİM VS-26
UYSAL, ERSOY SB-196
UYSAL, SAYDAL SB-125
UYSAL, ÜMİT VS-4, VS-38, VB-8
UZUN, MELTEM SB-201

-Ü-

ÜÇER, OKTAY SB-33, SB-175, SB-183, SB-224, PS-18, PS-19, PS-42
ÜLGEN, TİMUR KÜRŞAD SB-236, VS-22
ÜNAL, ALİ PS-15, PS-41
ÜNAL, UMUT SB-77, SB-170, PS-25
ÜNEK, TARKAN VS-36
ÜNSAL, ALPARSLAN PS-40
ÜRE, İYİMSER SB-107, SB-154

-V-

VELİBEYOĞLU, ARSLAN FATİH SS-24
VERİM, LEVENT SB-26
VOYVODA, BEKİR SB-29
VURAL, AHMET SS-11, SS-43, SB-189, SB-192
VURAL, METİN SB-137, SB-138, SB-139, SB-141
VURUŞKAN, BERNA AYTAÇ SB-44
VURUŞKAN, EDİZ SB-4, SB-61
VURUŞKAN, HAKAN SB-44

-W-

WEİMBERGER, SARAH SB-32

-Y-

YAKUPOĞLU, ARKIN KAMİL SB-206, SS-12, SB-218, VS-16, VB-4
YALÇIN, BERRİN SS-9, SB-31
YALÇINKAYA, FATİH SS-18, VS-13, SB-151
YAMAN, ALİ SS-20
YAŞAYACAK, MUHAMMED SS-35
YATAĞAN, ONUR VS-44, PS-30
YAVAŞCAOĞLU, İSMET SB-44
YAVUZ, ABDULMECİT SB-94, SB-121
YAVUZSAN, ABDULLAH HIZIR SS-5, SB-18, VS-23, VB-12, PS-28
YAYLIM, İLHAN SB-26
YAYTOKGİL, MUHAMMET SB-85, SB-86, SB-211, SB-238, PS-69, PS-70, PS-71, PS-72
YAZ, YUNUS VS-37, VS-44, PS-30
YAZAR, SELİM VS-35
YAZICI, CENK MURAT SS-22, SB-22, SB-98, SB-109, SB-112, SB-113, SB-114, SB-115, SB-116, SB-117, SB-126, SB-127, SB-132, SB-134, SB-144, SB-223, PS-45, PS-46
YAZICI, İBRAHİM SB-75, SB-76, SB-205, PS-22
YAZICI, M. SERTAÇ SS-26
YAZICI, MUSTAFA SERTAÇ SB-37, SB-40, SB-181, SB-191, PS-58
YELDİR, NEŞE PS-15
YENİGÜRBÜZ, SERKAN SB-174, SB-219, VB-2 PS-33
YENİLMEZ, AYDIN SB-63, SB-107
YEŞİLDAL, CUMHUR SB-219, VB-2, PS-33
YILDIRAK, EKREM SS-21, PS-20
YILDIRIM, ÖMER SB-103, SB-156, SB-157
YILDIRIM, ÜMİT SS-14, SB-65, SB-208
YILDIRIM, YUSUF VB-4
YILDIZ, AHMET EMRE SB-176
YILDIZ, BUĞRA SB-194
YILDIZ, EMRE PS-32
YILDIZ, FATİH SB-145, SB-189
YILDIZ, HÜSEYİN ALPEREN SS-41, SB-171
YILMAZ, ALİ FAİK SS-12, SB-206, SB-218, VS-16, VB-4
YILMAZ, BURAK VS-11
YILMAZ, EVRİM SB-178
YILMAZ, FATMA PS-33
YILMAZ, HASAN SB-87, SB-169, SB-172
YILMAZ, İSMAİL ÖNDER SS-8, SS-33, SB-41, SB-55, SB-66, SB-91, SB-129, SB-164, SB-182, VS-45
YILMAZ, KAYHAN SB-9, SB-202, VS-30, VB-7
YILMAZ, MEHMET SB-105, VS-14
YILMAZ, ÖMER SB-28, SB-123, SB-186, SB-219, PS-33
YILMAZ, SERCAN SB-197
YILMAZ, SEYİT HALİL BATUHAN SB-72, SB-215, PS-10 PS-62
YILMAZER, DEMET SS-18
YİĞİTTÜRK, GÜRKAN SB-95
YÖRÜKOĞLU, KUTSAL SB-173, SB-195
YULUĞ, ESİN SB-153
YÜCE, AHMET SB-205, PS-34
YÜCEL, SELÇUK SB-59
YÜKSEL, ALPARSLAN VS-15, VS-25, VB-3 PS-24, SB-81, SB-203 PS-29
YÜKSEL, ÖMER SB-26
YÜREKLİ, BUSE PS-66

-Z-

ZAKRİ, RHANA SS-3
ZENGİN, SALİM SB-19, SB-82, PS-23 PS-49
ZİYLAN, ORHAN SS-10, SB-161, SB-201
ZOR, MURAT SB-197
ZOROĞLU, HATİCE PS-26
ZUBAROĞLU, MEHMET SB-91
ZÜMRÜTBAŞ, ALİ ERSİN SS-17, SS-45, SB-89, SB-90, SB-233, VS-4, VS-37, VS-38, VS-44

ÜCD DERNEK SEKRETARYASI VE KONGRE OFİSİ

2010 Ürolojik Cerrahi Derneği

Angora Cad. Mutlukent Mah. 2007.sok
Vadikent 90 sit. No:41 Beysukent / Ankara
Tel: 0 312 236 18 55 **E-posta:** ucd@dernekyonetimi.org
www.urolojikcerrahidernegi.org

ORGANİZASYON SEKRETARYASI

INVICTUS TURİZM KONGRE ve ORGANİZASYON

19 Mayıs Mah. Halaskargazi Cad. T. Cemal Sk.
Recai Bey Apt. No:3 D:1, 34360 Şişli / İstanbul
Tel: 0 212 230 78 68 **Faks:** 0 212 234 78 68
E-posta: ucd@invictuscongress.org
www.ucd2022.org

www.ucd2022.org