

**CUMHURİYETİMİZİN
100. YILI ÜROLOJİ
TOPLANTISI
26-29 EKİM 2023
GRAND MERCURE ANKARA**

100.YIL

BİLDİRİ KİTABI

#TR100UroAnkara



www.yuzuncuyilurolojitoplantisi.com

İÇİNDEKİLER

DAVET	4
KURULLAR.....	5
BİLİMSEL PROGRAM	6
SÖZEL BİLDİRİLER.....	10
İŞEME POSTÜR ALIŞKANLIKLARININ BENİNG PROSTAT HİPERPLAZİSİ ÜZERİNE VE SERUM PSA DÜZEYLERİNE ETKİLERİ	11
COMPARATIVE RESULTS OF MINI-PNL AND MICRO-PNL PERFORMED IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF KAFKAS UNIVERSITY IN THE LAST 10 YEARS	13
PEDİATRİK SUPİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMLERİMİZ	15
RIRS COMBINED WITH OPEN CYSTOLITHOTOMY: AN ALTERNATIVE METHOD TO IN CASES WITH BLADDER AND BILATERAL RENAL CALCULI	16
ENDOSKOPIK TAŞ OPERASYONU YAPILAN İDRAR KÜLTÜRÜNDE ÜREME OLAN HASTALARDA ANTİBİYOTERAPİ SONRASI KONTROL İDRAR KÜLTÜRÜ YAPILMASI GEREKLİ Mİ?	18
İMPAKTE ÜRETER TAŞLARINDA ÜRETER DARKILARI RADYOLOJİK PARAMETRELER İLE ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?	19
BİLATERAL ÜRETER TAŞLI OLGULARDA TEDAVİYE YAKLAŞIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER	20
BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ KLİNİK PARAMETRELERİN METABOLİK SENDROM OLGULARINDA DETAYLI ANALİZİ	22
SIÇAN MESANESİ MODELİNDE DİKENLİ VE GELENEKSEL SÜTÜRLERİN HİSTOPATOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ: “V-LOC™ 90 VS. VICRYL™ VS. QUILL™”	23
TIP EĞİTİMİNDE YAPAY ZEKANIN ROLÜ: SİSTEMATİK DERLEME	25
ERİŞKİN HASTALARDA AKUT SKROTUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ, KLİNİK ÖZELLİKLERİ, TANISI VE YÖNETİMİ	27
CC-ERUS ONAYLI ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: CERRAHİ BECERİNİN GELİŞİMİ VE EĞİTİM PROGRAMININ ANALİZİ	30
PROSTAT KANSERİ TANISINDA HEDEFE YÖNELİK BİYOPSİYE SİSTEMATİK BİYOPSİ EKLENMELİ Mİ?	33
WHAT IS THE EFFECT OF LASER ANATOMIC ENDOSCOPIC ENUCLEATION OF THE PROSTATE ON EJACULATORY FUNCTIONS? A SYSTEMATIC REVIEW	35
SİSTİNÜRİDE DİYET YÖNETİMİNİN VAKA TEMELLİ SİSTEMATİK İNCELENMESİ	39
ÜROLİTİYAZİSTE YAPAY ZEKA: KULLANIM VE ETKİNLİĞİNİN SİSTEMATİK İNCELEMESİ	41
VON HIPPEL-LINDAU SENDROMLU HASTA, ÇİFT TÜMÖR, LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ	42
UROTHELIAL CARCINOMA MASKED BY KIDNEY STONE: CASE REPORT	44
COVID-19 PANDEMİSİ VE GÜNEYDOĞU ANADOLU DEPREMİNİN ÇOCUK ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİMİZ İŞ YÜKÜNE ETKİLERİ.....	49
TRANEXAMIC ACID IN CHALLENGING STONE CASES OF RETROGRADE INTRARENAL SURGERY. A PRELIMINARY STUDY	51
SİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA RASTLANTISAL SAPTANAN PROSTAT KANSERİ	53
YÜKSEK VE DÜŞÜK GÜÇLÜ LAZERİN RIRS BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA.....	56
MESANE KAYNAKLI İNFLAMATUAR MİYOFİBROBLASTİK TÜMÖR.....	59
PROSTAT KANSERİNDE PATOLOJİK TÜMÖR HACMİNİN TÜMÖR DERECEİ İLE İLİŞKİSİ	62

SÜKSİNAT DEHİDROGENAZ EKSİKLİĞİ OLAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOM: BİR OLGU SUNUMU	63
ATNALI BÖBREKLİ HASTADA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OLGU SUNUMU	67
RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ SONRASI METASTATİK İNGUİNAL LENFADENOPATİ OLGU SUNUMU	68
MESANE KANSERİNDE CİLT BULGULARININ TÜMÖR ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ VAR MI?	72
BIPOLAR PROSTAT ENÜKLEASYONUNDA MORSELASYON NE ZAMAN GEREKLİ?	75
ROBOTIC FLEXIBLE URETEROSCOPY: A STEP-BY-STEP VIDEO.....	76
A GIANT PARATESTICULAR TUMOUR: CASE REPORT.....	77
SUPİN POZİSYON RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU EĞİTİMİNDE TAZE İNSAN KADAVRA KULLANIMI DENEYİMİMİZ	81
ASPIRASYON TEMELLİ ÜRETERAL ERİŞİM KILIFLARI REZİDÜEL TAŞLARIN AZALTILMASININ YENİ BİR YOLU MU? İLK 12 OLGUNUN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI	82

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Cumhuriyetimizin 100. yılını Ankara'da gerçekleştirecek özel bir etkinlikte kutlamak adına hazırladığımız toplantıya tüm meslektaşlarımızı davet etmekten büyük bir mutluluk ve heyecan duyuyoruz. Bu tarihi üroloji etkinliği, 26-29 Ekim 2023 tarihlerinde ulusal ve uluslararası konuşmacıların katılımıyla gerçekleştirilecektir. Katılımcılar; Ürolitiazis, Üroonkoloji, Ürolojik Teknoloji, Fonksiyonel ve Rekonstruktif Üroloji, Çocuk Ürolojisi, Erkek Cinsel ve Üreme Sağlığı konularını kapsayan oturumlarda alanlarında söz sahibi bilim insanlarını dinleme, tartışma ve karşılıklı bilgi-tecrübe aktarımı fırsatı bulacaklar. Ayrıca, uluslararası ortak oturumlar da programımızın bir parçası olacaktır.

Bizim nesil ürologların hayatı boyunca bir kez yaşayabileceği bu özel etkinlikte, heyecanımızı ve coşkumuzu Cumhuriyet Balosunda yaşayacak, cumhuriyetimizin kuruluş sembollerini ziyaret ederek tarihimizi bir kez daha hatırlayacak ve imkansız imkân haline getirecek olan geleceğimiz genç ürolog sanatçıların performanslarını izleyeceğiz.

Sizi de bu benzersiz toplantıda aramızda görmek için sabırsızlanıyoruz!

Hem bilimsel hem de sosyal açıdan çok başarılı geçeceğine inandığımız toplantımız için ülkemizin daimî kalbi Ankara'da buluşmak üzere,

Sevgi ve saygılarımızla,

Prof. Dr. Fatih Atıg
Prof. Dr. Ali Serdar Gözen
Prof. Dr. Selçuk Güven
Prof. Dr. Rahmi Onur
Prof. Dr. Tayfun Oktar
Prof. Dr. Kemal Sarıca
Prof. Dr. Öner Şanlı
Prof. Dr. Ege Can Şerefoğlu

Alfabetik soyisim sırasına göre düzenlenmiştir.

KURULLAR

ÜROTEKNOLOJİ

Ali Serdar Gözen
Lütfi Tunç
İlter Tüfek
Selçuk Güven
Sedat Soyupek
Altuğ Tuncel
Vasıf İsmail
Hakan Akdere
Erem Kaan Başok
Giray Sönmez
Arif Demirbaş
Zamin Hashimov

ÜROLİTİYAZIS

Kemal Sarıca
Selçuk Güven
Arda Atar
Tevfik Aktoz
Murat Can Kiremit
Mansur Khalilov
Tzevat Tefik
Gökhan Sönmez
Burcu Hancı

FONKSİYONEL ÜROLOJİ

Rahmi Onur
Abdullah Demirtaş
Ömer Bayrak
Emre Huri
Vahid İsmayilov
Arif Aydın
Esat Korgalı

ÜROONKOLOJİ

Fatih Atıg
Mert Başaran
Murat Binbay
Uğur Boylu
Tarık Esen
Faruk Özcan
Serkan Özcan
Uğur Selek
Mustafa Sofikerim
Öner Şanlı
Burak Turna
Asif Yıldırım

PEDİATRİK ÜROLOJİ

Orhan Zıylan
Tarkan Soygür
Tayfun Oktar
İrfan Dönmez
Bilge Türedi Sezer

ERKEK CİNSEL ve ÜREME SAĞLIĞI

Ege Can Şerefoğlu
Fikret Erdemir
Murat Gül
Mustafa Faruk Usta
Ömer Onur Çakır
Önder YAMAN
Selcen Bahadır
Selçuk Sarıkaya

BİLİMSEL PROGRAM

1.GÜN, 26 Ekim 2023 Perşembe

CUMHURİYETİMİZİN
100. YILI ÜROLOJİ
TOPLANTISI
26-29 EKİM 2023
GRAND MERCOURE ANKARA

100.YIL

12:00 - 12:45 Saygı Duruşu, İstiklal Marşı ve Açılış Konuşmaları

Düzenleme Kurulu Adına

Selçuk Güven (TR), Murat Can Kiremit, Abdullah Demirtaş (TR), Rahmi Onur (TR), Öner Şanlı (TR), Fatih Atılg (TR), Halil Başer (TR), Kemal Sarıca (TR)

Cumhuriyetin 100. Yılında Nutuk

Eren Erol (TR)

100. Yıl ve Tıbbiye

Çetin Kocabıyık (TR)

Yüzüncü Yılında Türk Ürolojisi

Kemal Sarıca (TR), Tarık Esen (TR) (🇹🇷)

12:45 - 14:00 Ürolitiyazis

Oturum Başkanları: **Kemal Sarıca (TR), Selahattin Bedir (TR), Ahmet Öztürk (TR)**

12:45 - 13:00 Hastanız için En İyi Perkütan Erişim Kalibresini Seçme Kılavuzu

Gökhan Sönmez (TR)

13:00 - 13:20 Üreteroskopi Teknolojisi - 5N1K

Tevfik Aktöz (TR)

13:20 - 13:40 Yapay Zeka ve İnsan Uzmanlığı: Ürolitiyaziste Yapay Zeka Rolünün İncelenmesi

Kamran Ahmed (UK) (🇹🇷)

13:40 - 14:00 Ürolitiyazis Tedavisinin Geleceğine Işık Tutmak: Yeni Nesil Lazerlerin Faydalarını ve Risklerini Keşfetmek

Ben Chew (CAN) (🇹🇷)

Olgu Çalışması ve Ekipman Sunumu **Atınç Tozsın (TR), Elif İpek Aksoy (TR)**

Canlı Cerrahi 1 - İliya Saltirov (BG)

(SEESHEEN)

Olgu Çalışması ve Ekipman Sunumu **Hatice Zoroğlu (TR), Aykut Koç (TR)**

Canlı Cerrahi 2 - Selahattin Bedir (TR)

(SEEGEN)

15:00 - 15:15 Kahve Arası

15:15 - 16:00 Canlı Cerrahiler

Oturum Başkanları: **Kemal Sarıca (TR), Abubekir Büyük (TR), Tansu Değirmenci (TR)**

Olgu Çalışması ve Ekipman Sunumu **Ünsal Baş (TR), Salih Yıldırım (TR)**

Canlı Cerrahi 3 - M. Can Kiremit (TR)

(Clear Petra & HUGEMED)

Olgu Çalışması ve Ekipman Sunumu **Burak Akgül (TR), Gamze Şimşek (TR)**

Canlı Cerrahi 4 - Guohua Zeng (CN)

(HAWK)

16:00 - 16:30 Kahve Arası

16:30 - 17:30 IAU Oturumu

Ürolojik Teknikler ve Teknolojiler: Optimum Hasta Bakımı için İpuçları ve Püf Noktaları

Oturum Başkanları: **Kremena Petkova (BG), Arif İbiş (TR), Hüseyin Çelik (TR)**

16:30 - 16:45 Üreteroskopiye Termal Hasarın En Aza İndirilmesi: Teknik İpuçları ve Püf Noktaları

Saeed Bin Hamri (SA) (🇹🇷)

16:45 - 17:00 Üreteroskopiye Aspirasyon Cihazları ve Manevralarında Uzmanlaşmak

Vineet Gauhar (SH) (🇹🇷)

17:00 - 17:15 Üreteroskopiye Çözünürlük ve Hareketliliğin İyileştirilmesi: Kapsamlı Bir Kılavuz

Harun Uçmak (TR)

17:15 - 17:30 SWL, URS ve PNL Maliyetlerinin Karşılaştırılması: Mevcut Trendlerin Analizi

Cahit Şahin (TR)

17:30 - 18:15 SEGUR Oturumu

Oturum Başkanları: **İliya Saltirov (BG), Mehmet Uslu (TR), Burak Köseoğlu (TR)**



17:30 - 17:45 Üreteroskopi Robotik Platformların İrdelenmesi: Yararları ve Sınırları
Tzevat Tefik (TR)
17:45 - 18:00 Taş Hastalığında Yeni İlaçların İncelenmesi
Kremena Petkova (BG)
18:00 - 18:15 Bağırsak Bağlantısı: Taş Hastalığında Metabolizmanın Rolü
Arda Atar (TR)

18:15 - 20:30 **Sözel Bildiri Oturumu - B Salonu**
Oturum Başkanları: **Ahmet Öztürk (TR), Yasin Yitgin (TR)**

BİLİMSEL PROGRAM

2.GÜN, 27 Ekim 2023 Cuma

CUMHURİYETİMİZİN
100. YILI ÜROLOJİ
TOPLANTISI
26-29 EKİM 2023
GRAND MERCURE ANKARA

100.YIL

08:30 - 09:20 **EULIS Oturumu**
Oturum Başkanları: **Kemal Sarıca (TR), M. Ali Karagöz (TR), Erol Ekşekerci (TR)**



08:30 - 08:50 Tartışma 1: Ürolitiyazis için En Etkili ve Verimli Lazer Tipi
Nariman Gadzhiev (RU) (☎) & Serdar Yalçın (TR)

08:50 - 09:10 Tartışma 2: UAS: Temel mi Yoksa Eski mi? Lehte ve Aleyhte Olanlar
Simon Choong (UK) (☎) & Volkan Ülker (TR)

09:10 - 09:20 SWL'nin Yeniden Dirilişi: Taş Yönetiminde Mevcut Durumunun ve Geleceğinin Değerlendirilmesi
Kemal Sarıca (TR)

09:20 - 10:05 **Olgu Tartışmaları**
Moderatör: **Enes Değirmenci (TR)**
Panelistler: **Kemal Sarıca (TR), Bülent Erkurt (TR), İliya Saltirov (BG)**

10:05 - 10:35 **Uydu Sempozyumu**
Oturum Başkanı: **Ömer Bayrak (TR)**



Esnek Doz ve Çift Etkisiyle Alt Üriner Sistem Semptomlarının Tedavisinde "Propiverin"
Rahmi Onur (TR)

10:35 - 10:50 **Kahve Arası**

10:50 - 11:55 Oturum Başkanları: **Levent Işıkkay (TR), İzzet Koçak (TR), Abdullah Demirtaş (TR)**

10:50 - 11:05 Prostatektomi Sonrası İdrar Kaçırma: Yenilikler, Güncel Tedaviler, İpuçları ve Püf Noktaları **Rahmi Onur (TR)**

11:05 - 11:25 **Tartışma:** Stres Üriner İnkontinans Cerrahisinde Etkinlik ve Komplikasyon Dengesinin Sağlanması
Moderatör: **Ömer Bayrak (TR)**
Midüretal Askı Ameliyatları **Esat Korgalı (TR)**
Otolog Fasyal Askı Ameliyatları **Vahid İsmayilov (AZ)**

11:25 - 11:40 Sakral Nöromodülasyon ve Nörojenik Alt İdrar Yolu Fonksiyon Bozukluklarındaki Rolü Hakkında Güncelleme
Emre Huri (TR)

11:40 - 11:55 Kadınlarda Tekrarlayan İdrar Yolu Enfeksiyonları: Antibiyotiksiz Çözümler
Arif Aydın (TR)

11:55 - 12:15 **Video - Panel:** Fonksiyonel Ürolojide Zorlu Olguların Yönetimi
Oturum Başkanları: **Emre Huri (TR), Esat Korgalı (TR)**

11:55 - 12:05 Vezikovajinal Fistül Ameliyatında Farklı Alternatifler **Abdullah Demirtaş (TR)**

12:05 - 12:15 Erkek Üretra Darlıklarında Cerrahi Tedaviler **Fatih Yanaral (TR)**

12:15 - 13:00 **Öğle Yemeği**

13:00 - 14:15 **Pediyatrik Üroloji**
Oturum Başkanları: **Orhan Ziyilan (TR), Murat Dayanç (TR)**

Çocuk Ürolojisinde Sık Karşılaşılan Klinik Tablolar

13:00 - 13:15 İdrar Kaçıran Çocuk **Bilge Türedi (TR)**

13:15 - 13:30 Üriner Enfeksiyona Yaklaşım **İrfan Dönmez (TR)**

Çocuk Ürolojisinde Sık Uygulanan Genital Cerrahiler

13:30 - 13:45 İnmemiş Testis **Tayfun Oktar (TR)**

13:45 - 14:00 Penis Anomalileri **Tarkan Soygür (TR)**

14:00 - 14:15 Hipospadias **Orhan Ziyilan (TR)**

14:15 - 14:45	Uydu Sempozyumu Her Yönüyle ESWT Tedavisi Zülfü Sertkaya (TR)	selfeswt
14:45 - 15:00	Kahve Arası	
15:00 - 16:00	Üroteknoloji - ESUT Oturumu I Oturum Başkanları: Ali Serdar Gözen (TR), Zamin Hashimov (AZ), Sedat Soyupek (TR)	esut
15:00 - 15:15	Ürolojide Yeni Robotların Mevcut Durumu Ali Serdar Gözen (TR)	
15:15 - 15:30	Pediyatrik Olgularda Lazer Enerjisi Uygulamaları Anna Bujons Tur (SP) (🇸🇵)	
15:30 - 15:40	AI Destekli Veri Analizi ile Kas İnvaziv Olmayan Mesane Kanseri Selçuk Güven (TR)	
15:40 - 15:50	AEEP'te Verimliliği ve Sonuçları Optimize Etmek: Hangi Cihaz, Hangi Prostat, Hangi Ayarlar? M. Giray Sönmez (TR)	
15:50 - 16:00	AEEP: Çıkış Stratejisi, Morselasyon Arif Demirbaş (TR)	
16:00 - 16:15	Kahve Arası	
16:15 - 17:30	Üroteknoloji - ESUT Oturumu II Oturum Başkanları: Hakan Akdere (TR), Mehmet Ezer (TR), Gökhan Ecer (TR)	esut
16:15 - 16:30	Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi: Kan Kaybını Optimize Etme Lütfi Tunç (TR)	
16:30 - 16:45	Fokal Terapi Prostat Kanseri için Gerçekten Uygun mu? İlter Tüfek (TR) (🇹🇷)	
16:45 - 17:00	Laparoskopik Donör Nefrektomide Donör Güvenliği Bekir Voyvoda (TR)	
17:00 - 17:15	Floresan Yardımlı Laparoskopik Parsiyel Adrenalektomi Altuğ Tuncel (TR)	
17:15 - 18:45	Kafkasya Orta Asya Oturumu Konferans ve Panel Tartışması: Mevcut Durumu ve Gelecekteki Fırsatları Kafkasya ve Orta Asya'da Minimal İnvaziv Üroloji Oturum Başkanları: Mehmet Balasar (TR), Elbayi Dashdamirli (AZ), Ali Serdar Gözen (TR) Vasif Ismayil (AZ), Ulanbek Zhanbyrbekuly (KZ), Mukhamed Zarifhoja (UZ), Çağdaş Şenel (TR), İlkrom Rofiec (TJ), Nurbek Monolov (KG), Nurmanbet Turaliev (KG) Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Türkmenistan, Tacikistan, Türkiye, Özbekistan	
20:30	Cumhuriyet Balosu	

BİLİMSEL PROGRAM

3.GÜN, 28 Ekim 2023 Cumartesi

CUMHURİYETİMİZİN
100. YILI ÜROLOJİ
TOPLANTISI
26-29 EKİM 2023
GRAND MERCURE ANKARA

100.YIL

08:00 - 10:45	Androloji Oturum Başkanları: Fikret Erdemir (TR), Ege Can Şerefoğlu (TR)
08:00 - 08:15	Komplike Penil Protez Olgularının Yönetimi Mustafa Faruk Usta (TR) (🇹🇷)
08:15 - 08:30	Testosteron Replasman Tedavisi Sanatı Selçuk Sarıkaya (TR)
08:30 - 08:45	Penis Büyütme Seçenekleri ve Sonuçları Zülfü Sertkaya (TR)
08:45 - 09:00	Peyronie Hastalığında Fibrosizin Çözümlemesinde Patofizyoloji ve Gelecekteki Terapötik Perspektifler Selim Cellek (UK) (🇺🇰)
09:00 - 09:15	Erkek Faktörüne Bağlı İnfertilitenin Modern Tedavisi Ahmet Hakan Haliloğlu (TR)
09:15 - 09:30	Priapizm Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşım Önder Cangüven (TR) (🇹🇷)
09:30 - 09:45	BPH Cerrahi Tedavilerinin Seksüel Fonksiyonlara Etkisi: Hangisi En İyi? Önder Yaman (TR)
09:45 - 10:00	Radikal Pelvik Cerrahiler Sonrası Eretil Disfonksiyon Tedavisinde Güncelleme Fikret Erdemir (TR)
10:00 - 10:15	Androloji'de Klinik Eğitim Programını Tamamlama: Uzmanlığa ve Kariyer Gelişimine Giden Yol Ömer Onur Çakır (UK) (🇺🇰)
10:15 - 10:30	Ürologlar için Kadın Cinsel Sağlığı Selcen Bahadır (TR)

10:30 - 10:45 BPH Tedavilerinin Seksüel Fonksiyonlara Etkisi
Ali Atan (TR)

10:45 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 12:45 **Üroonkoloji Oturumu I**
Oturum Başkanları: **Halil Başer (TR), Adem Fazıloğlu (TR), Serkan Özcan (TR)**

11:00 - 11:15 Prostat Kanseri Tanısı: PSA, Biyobelirteçler, MRI ve Biyopsi Tekniklerine İlişkin Kılavuzlar
Uğur Boylu (TR)

11:15 - 11:30 MR Çağında Prostat Biyopsisi: Sistematiik Biyopsi Ölü mü?
Tarık Esen (TR) (👏)

11:30 - 11:45 RP Öncesi Neoadjuvan Tedavi: Geleceği Var mı? Ne Değişti?
Faruk Özcan (TR)

11:45 - 12:00 Prostat Kanserinin Radikal Tedavisinden Sonra Kurtarma Seçenekleri
Derya Tilki (TR) (👏)

12:00 - 12:15 Prostat Kanserinin Tedavisinde PSMA Hedefli PET Görüntüleme ve Radyoligand Uygulaması
Bir Ürolog Olarak Neleri Bilmeliyiz?
Öner Şanlı (TR)

12:15 - 12:30 Metastatik Hormona Duyarlı Prostat Kanseri: Farklı Tedavi Seçeneklerinin Güncellenmesi ve Konumlandırılması
Mert Başaran (TR)

12:30 - 12:45 İleri Yaş Hastalarda Prostat Kanseri Yönetimi
Özer Güzel (TR)

12:45 - 13:45 Öğle Yemeği

13:45 - 15:15 **Üroonkoloji Oturumu II**
Oturum Başkanları: **Ali Ünsal (TR), Mehmet Dünder (TR), Fatih Kurtuluş (TR)**

13:45 - 14:00 Lokalize Mesane Kanseri Olgularında Mesane Koruyucu Yaklaşımlar: Ürolog Gözünden Güncelleme
Murat Binbay (TR)

14:00 - 14:15 Kasa İnvaziv Olmayan ve Kasa İnvaziv Mesane Kanseri Neoadjuvan İmmünoterapi: Yeni Bir Oyun Kurucu Mu?
Yılmaz Aslan (TR)

14:15 - 14:30 UTUC Ablatif ve Profilaktik Tedavisinde Etkili Ajanlarımız Var mı?
Mustafa Sofikerim (TR) (👏)

14:30 - 14:45 Genetik Böbrek Kanseri Sendromları: Yönetim ve Multidisipliner Yaklaşım
Selçuk Erdem (TR)

14:45 - 15:00 Böbrek Kanseri Aktif İzlem: Hasta Seçimi, İzlem Stratejisi ve Tedaviye Ne Zaman Başlanmalı?
Fatih Atılg (TR)

15:00 - 15:15 Yüksek Riskli Renal Hücreli Karsinomun Cerrahi ve Tıbbi Yönetimi: Tedavide Yeni Paradigmalar
Burak Turna (TR)

15:15 - 15:30 Kahve Arası

15:30 - 17:15 PANEL: Cumhuriyetimizin 100. Yılında Deneyim, Birikim ve Bilim Perspektifinden Ürolojinin Duayenleri ve Geleceğimiz
Mehmet Arslan (TR), Erbil Ergenekon (TR), Mustafa Özyurt (TR), Remzi Sağlam (TR), Güven Sevin (TR), İbrahim Bozkırlı (TR) (👏)
Genç Ürolog ve Asistanlar
Gözde Doğan (TR), Rifat Burak Ergül (TR), Aykut Koç (TR), Toygar Özlüturhanlar (TR), Gamze Şimşek (TR), Selim Soytürk (TR), Atınç Tozsın (TR), Hatice Zoroğlu (TR)

17:15 - 17:45 Açık Kürsü



#TR100UroAnkara



SÖZEL BİLDİRİLER

İŞEME POSTÜR ALIŞKANLIKLARININ BENİNG PROSTAT HİPERPLAZİSİ ÜZERİNE VE SERUM PSA DÜZEYLERİNE ETKİLERİ

İbrahim Nüvit TAHTALI

TURGUT ÖZAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ, MALATYA, Türkiye

Özet :

Erkeklerde işeme pozisyonunun işeme sonrası idrar miktarı [post-voiding rezidü (PVR)] üzerine, serum Prostat spesifik antijen(PSA), prostat volümü üzerine etkisi olup olmadığını incelemek.

Giriş ve Amaç :

Erkekler ayakta yada oturarak idrar yapabildikleri için en uygun işeme pozisyonu bir tartışma konusu olmuştur. 19. Yüzyılda modern sifonlu tuvaletin yaygınlaşması ile bu tartışma yoğunlaşmıştır. Coğrafi olarak erkeklerin işeme pozisyonlarında farklılıklar görülür. Çoğu batı ülkelerinde ayakta idrar yapma pozisyonu yaygın iken Doğu ve Asya ülkelerinde oturma ve çömelme pozisyonları daha yaygındır.

Şimdiye kadar serum PSA düzeyine etki eden faktörler çok geniş olarak çalışılmış fakat işeme postürünün serum PSA düzeyine etkileri hiç çalışılmamış bir konu. Biz bu çalışmada işeme postür alışkanlıklarının BPH ve serum PSA üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem :

Üroloji polikliniğe alt üriner sistem semptomu (AÜSS) ile polikliniğe başvuran 50-70 yaş aralığında ek ürolojik problemi olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik bilgileri, üroflowmetri parametreleri [maksimum idrar akım hızı (Q max), ortalama idrar akım hızı (Q ortalama), üriner sistem ultrasonografide prostat hacimleri ve PVR (Post Miksiyon Rezidu) değerleri , IPSS skorları, total PSA ve Serbest PSA düzeyleri kaydedildi, Prostat biyopsisi alınma endikasyonu olan hastaların patoloji sonuçları kaydedildi. Bu çalışmaya mesane taşı, double j-stentli olanlar, mesane tümörü, üriner enfeksiyonu, nörojenik mesanesi, ciddi ortopedik problemi olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastalar iki gruba ayrıldı.

Grup 1 : Oturarak idrar yapanlar

Grup 2 : Ayakta idrar yapanlar

Bulgular :

Bu çalışmaya 50-75 yaş aralığında 143 hasta dahil edildi, hastaların %65'i oturarak %35'i ayakta idrar yapanlardı.

Grup 1 ile prostat vol. arasındaki ilişki ($r=0.112$, $p=0.244$), total psa arasındaki ilişki ($r=-0.107$, $p=0.268$) ve serbest psa arasındaki ilişki ($r=-0.106$ $p=0.270$) istatistiksel olarak anlamlı görülmedi ($p > 0.05$).

Grup 2 ile prostat vol. arasındaki ilişki ($r=0.051$ $p=0.660$) istatistiksel olarak anlamlı görülmedi ($p > 0.05$). Grup 2 ile total psa arasındaki ilişki ($r=0.276$ $p=0.014$) ve serbest psa arasındaki ilişki ($r=0.328$ $p=0.003$) istatistiksel olarak anlamlı görüldü ($p < 0.05$).

Sonuç:

Ayakta işeme alışkanlığı olanlarda Total PSA'nın ve Serbest PSA'nın oturarak işeme alışkanlığı olanlar ile istatistiki analiz ile karşılaştırıldığında ($p < 0.05$) anlamlı bir şekilde ayakta idrar yapanlarda PSA yüksekliği görüldü.

Anahtar Kelimeler: post-voiding rezidü, benign prosta hiperplazisi, prostat spesifik antijen

COMPARATIVE RESULTS OF MINI-PNL AND MICRO-PNL PERFORMED IN THE UROLOGY DEPARTMENT OF KAFKAS UNIVERSITY IN THE LAST 10 YEARS

Mehmet USLU

Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kars, Türkiye

Table 1: Demographic characteristics of patients and postoperative results

		Micro PNL	Mini PNL
Patients		48	46
Mean age (years)		41.56 (16-66)	47.9 (20-81)
Sex	Male	25 (52.1%)	32 (69.6%)
	Female	23 (47.9%)	13 (30.4%)
Mean Hb decrease (g/dl)		0.8 (0-4.1)	1.76 (0.4-5.2%)
Mean stone size (mm)		17.6 ± 5.4 (10-33)	15.63 (8-40%)
Stone Localisation	-Pelvis	21 (43.8%)	26 (56.5%)
	-Lower Calyx	16 (33.3%)	8 (17.4%)
	-Upper Calyx	5 (10.4%)	4 (8.7%)
	-Middle Calyx	6 (12.5%)	8 (17.4%)
Lateralisation	Right	26 (54.2%)	21 (45.7%)
	Left	22 (45.8%)	25 (54.3%)
Stone Free Rate		34 (70.8%)	31 (67.4%)
Hospitalisation (Day)		2.53 (2-5)	4.04 (2-7)

Objective: The aim of this study is to comparatively evaluate the clinical results of micro-percutaneous nephrolithotomy (micro-PNL) and mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PNL) operations performed in our clinic for the treatment of patients with kidney stones in the last 10 years.

Material and Methods: Between 2013 and 2023, 48 patients who underwent micropercutaneous nephrolithotomy for kidney stones and 46 patients who underwent mini-percutaneous nephrolithotomy were included in the study. Demographic characteristics, preoperative and post-op findings of the patients were evaluated. Postoperative stones less than 4 mm were considered stone-free.

Results: The mean age of the patients was 41.56 (16-66) in the mini-PNL group and 47.9 (20-81) in the micro-PNL group. In the mini-PNL group, 25 (52.1%) were male, 23 (47.9%) were

female, in the micro-PNL group, 32 (69.6%) were male, and 13 (30.4%) was a woman. The mean stone sizes were 17.6 mm in the micro-PNL group and 15.6 mm in the mini-PNL group. Localization of the stone in preoperative non-contrast computed tomography (CT) imaging of the patients; In the micro-PNL group, the pelvis was 43.8%, the lower calyx was 33.3%, the upper calyx was 10.4%, the middle calyx was 12.5%, while in the mini-PNL group, the pelvis was 56.5%, the lower calyx was 17.4%, the upper calyx was 8.7%, and the middle calyx was 17.4%. When the mean hemoglobin decreases were examined, it was 0.80 in the micro-PNL group and 1.76 in the mini-PNL group. When the stone-free rate was considered, it was observed as 70.8% in the micro-PNL group and 67.4% in the mini-PNL group. The average hospital stay was determined as 2.53 days for micro-PNL and 4.04 for mini-PNL. When the groups were compared with each other, no significant difference was observed in terms of stone-free rates ($p=0.71$). When the decrease in hemoglobin and the duration of hospitalization were compared, a significant difference was observed in terms of micro-PNL ($p<0.05$, $p<0.05$).

Conclusion: The success rates of micro-PNL and mini-PNL are similar in the treatment of kidney stones, but micro-PNL can be considered as the first choice in patients with comorbidities and bleeding disorders, since it is a more minimally invasive method.

Keywords: nephrolithotomy, renal stone, mini-pnl, micro-pnl

PEDİATRİK SUPİN PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Ali SEZER, Bilge TÜREDİ SEZER
konya şehir hastanesi, konya, Türkiye

Giriş: Perkütan nefrolitotomi (PNL), kompleks ve büyük taşları olan çocuklarda tercih edilen tedavi yöntemidir. Erişkin uygulamalarından edinilen deneyimlerle birlikte supin PNL çocuklarda da giderek daha fazla uygulanmaktadır.

Amaç: Çocuk taş hastalarında uyguladığımız supin mini PNL sonuçlarımızı sunmayı amaçladık. **Hastalar ve Metod:** Ocak 2022 ve Haziran 2023 tarihleri arasında kliniğimizde supin mini PNL (14 fr) girişimi yapılan hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri ile pre operatif görüntülemelerine dayalı taş sayısı, yerleşimi, boyutu ve hidronefroz derecesi kaydedildi. Operasyon bulguları, başarı oranı ve komplikasyonlar incelendi. Taşsızlık kontrolü 3. ayda ultrason ile yapıldı.

Bulgular: Supin mini PNL yapılan renal anomalisi olmayan 14 erkek, 21 kız toplam 35 hastanın ortalama yaşı 9,1 (1-17 yıl) idi. On altı hastada ağrı, 9 hastada ateş, 5 hastada hematüri mevcutken 5 hasta asemptomatikti. Ortalama taş yükü 25 mm (10-60 mm) idi. Taş yerleşimleri 1 hastada üst kaliks, 3 hastada alt kaliks, 14 hastada pelvis, 17 hasta çoklu kaliks/staghorn şeklindeydi. Hidronefroz derecesi 22 hastada grade 1-2, 13 hastada grade 3-4 saptandı. On üç hastaya kombine endoskopik intrarenal cerrahi uygulandı (%37,1). Ortalama operasyon süresi 70,3±17,8 dk, floroskopi süresi 1,43±0,6 dk idi. İşlem sonunda 3 hastaya nefrostomi (%8,5), 32 hastaya DJ stent (%91,5) yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. Otuz üç hastada taşsızlık sağlandı (%94,2). Komplikasyonların çoğu destek tedavileri ile gerileyen minör karakterdeydi. Hiçbir hastada transfüzyon gereksinimi olmadı. İki hastaya post operatif dönemde sebat eden idrar kaçağı nedeniyle DJ stent takıldı.

Sonuç: Supin mini PNL çocuk hastalarda da düşük komplikasyon ve yüksek başarı oranı ile uygulanabilir. Eşzamanlı retrograd erişim kolaylığı sağlaması özellikle kompleks taşlarda ek girişim gereksinimini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: perkütan nefrolitotomi, supin, taş hastalığı

RIRS COMBINED WITH OPEN CYSTOLITHOTOMY: AN ALTERNATIVE METHOD TO IN CASES WITH BLADDER AND BILATERAL RENAL CALCULI

Mehmet EZER

Kafkas Üniversitesi, Kars, Türkiye

Introduction:

International urolithiasis clinical treatment guidelines mainly refer to standard treatment algorithms in cases with normal anatomic characteristics. However, cases with anatomic characteristics with high stone volume in different locations may necessitate some surgeon's based nonstandardized minimal invasive approaches to ender the cases stone free.

Case Presentation:

A 27-year-old male patient with cerebral palsy was admitted to the emergency department with a high fever and poor general condition. The patient's history revealed many stones in the bladder and bilateral kidneys which could not be managed due to the difficulty in lithotomy positioning because of the present contractures and bone deformities. Taking this positioning difficulty of the cases into account we planned to start with open cystolithotomy and continue with bilateral RIRS to remove all stones in the bladder and disintegrate the ones in the kidneys to a maximum extent. In the supine position, the bladder was reached via a median incision below the umbilicus, and all bladder stones were removed (Figure 1). Following this procedure, to perform the flexible ureteroscopic stone disintegration; first, the left ureteral orifice was catheterized with a guidewire through opened bladder (Figure 2) and the ureteral access sheath was placed over the guidewire (Figure 3). Then, all stones detected were fragmented by using Holmium: YAG laser (Figure 4). After the stone fragmentation process, a double J stent was placed in the left ureter. The same procedure was applied to the right ureter. Following the placement of bilateral ureteral stents, the lower ends of the ureteral stents were sutured to the tip of the urethral catheter so that the ureteral stents could be removed together with the foley catheter in a very practical manner without any need for a second anesthesia.

Discussion:

Different treatment modalities have been described for the successful treatment of urinary tract stones. Although standard approaches are very effective in normal cases with normal anatomy and stone load, the use of some surgeon's based modified methods or the combination of the available methods can produce successful results in extraordinary situations like the case we aimed to present.

Figures:



Keywords: RIRS, Cerebral Palsy, Cystolithotomy

ENDOSKOPIK TAŞ OPERASYONU YAPILAN İDRAR KÜLTÜRÜNDE ÜREME OLAN HASTALARDA ANTİBİYOTERAPİ SONRASI KONTROL İDRAR KÜLTÜRÜ YAPILMASI GEREKLİ Mİ?

Cahit ŞAHİN¹, Salih YILDIRIM², Orhun SİNANOĞLU¹, Emre Burak ŞAHİNLER¹, Kemal SARICA¹,
Ahmet Fatih KANBEROĞLU³

¹SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İstanbul,
Türkiye

²SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İSTANBUL,
Türkiye

³SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İstanbul,
Türkiye

Giriş: Endoskopik ürolitiazis operasyonu öncesinde steril idrar kültürünün görülmesi gerekmektedir. Kültürde üremesi olan hastalarda operasyon öncesi uygun antibiyoterapinin verilmesi gereklidir ancak uygun antibiyoterapi sonrası kontrol idrar kültürü alınıp alınmaması henüz net olarak aydınlatılamamıştır. Biz bu çalışmamızda kontrol idrar kültürü alınan ve alınmayan hastalardaki enfeksiyon parametrelerini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç Ve Yöntemler: Çalışmaya operasyon öncesi idrar kültüründe üreme olan ve kontrol antibiyoterapi verilmiş olan hastalar dahil edildi. Çalışma retrospektif olarak tasarlandı. İstatistikler IBM SPSS 23 programı üzerinden yapıldı. Frekans analizi Ki Kare testi ve T test kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 170 hasta dahil edilmiştir. 85 hastanın uygun antibiyoterapi sonrası kontrol idrar kültürü varken 85 hastanın kontrol idrar kültürü alınmamıştı. Çalışmaya dahil edilenlerin 74'ü erkek (%43,5), 96'sı kadındı (%56,5). Ortalama yaş 45,9±13,96 idi. 6 hastada post op sepsis gelişti. (3,5%) 4 hasta kontrol idrar kültürü alınan grupta 2 hasta kontrol kültürü olmayan grupta idi. İki grup arasında anlamlı fark görülmedi. (p:0,406) 20 hastada (%11,8) post op ateş gelişti. Bu hastalardan 10 tanesi kontrol kültürü alınan grupta (%50), 10 tanesi kültürü alınmayan grupta idi. İki grubun CRP (p:0,540) ve beyaz küre düzeyleri (p:0,553) arasında anlamlı fark yoktu. Operasyon sonrası hastanede yatış süreleri (p:0,095) ve acil servise başvuruları (p:0,670) arasında anlamlı fark görülmedi.

Sonuç: Kontrol idrar kültürü alınan ve alınmayan gruplar arasında enfeksiyon parametreleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Endoskopik ürolitiazis operasyonu öncesi kültürde üreme olan hastalarda uygun antibiyoterapi sonrası kontrol idrar kültürü alınmayabilir. Sonuçlarımızın desteklenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İdrar kültürü, Ürolitiazis, antibiyoterapi, sepsis

İMPAKTE ÜRETER TAŞLARINDA ÜRETER DARKILARI RADYOLOJİK PARAMETRELER İLE ÖNGÖRÜLEBİLİR Mİ?

Cahit ŞAHİN¹, Yavuz KARACA², Resul SOBAY³, Özgür ARIKAN⁴, Mehmet USLU⁵, Fatih BIÇAKLIOĞLU⁶, Emre Burak ŞAHİNLER¹, **Salih YILDIRIM**⁷, Kemal SARICA¹

¹SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İstanbul, Türkiye

²SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İstanbul, Türkiye

³ÜMRANIYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ, İstanbul, Türkiye

⁴GÖZTEPE PROF DR SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ, İstanbul, Türkiye

⁵KAFKAS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ, İstanbul, Türkiye

⁶KARTAL LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, İstanbul, Türkiye

⁷SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İSTANBUL, Türkiye

Giriş: Obstrükte üreter taşlarında radyolojik parametreler değerlendirilerek üreter darlığını öngörülmesi amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem: Üreter darlığı olan ve olmayan impakte taşı olan 46 hasta çalışmaya dahil edildi. Üreter duvar kalınlığı (UWT) ve taşa ait özellikler kontrastsız BT ile değerlendirildi. Hastalar 2 gruba ayrılarak değerlendirildi. İlk grup endoskopik taş operasyonu sonrası üreter darlığı gelişen grup, ikinci grup darlık gelişmeyen normal anatomiye sahip üreter grubudur. Çalışmada bu iki grup arasındaki UWT ve hidronefroz (HN) değerleri kıyaslandı. İstatistik çalışmaları IBM SPSS 23 programı ile yapıldı. Ki kare, T test ve lojistik regresyon kullanıldı.

Bulgular: Bütün taşlar proksimal üreter taşı idi. İki grupta da HN ve taşın proksimalindeki üreter çapı (PUD) darlık grubunda daha yüksekti. Birinci grupta renal parenkim kalınlığı daha düşüktü, taşın bulunduğu lokalizasyondaki üreter duvar kalınlığı ortalaması birinci ve ikinci grupta sırasıyla 3.70±0.97mm ve 2.17±0.26 mm idi. Darlık grubunu ayırmada eşik değeri yüksek sensivite ve spesifite ile 2.49 mm olarak bulundu.

Sonuç: Endoskopik üreter taşı ameliyatlarında üreter duvar kalınlığı, üreteral darlığı öngörmede yüksek sensivite ve spesifiteye sahip bir parametre olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Üreteral stent, üreter taşı, hidronefroz, üreter duvar kalınlığı

BİLATERAL ÜRETER TAŞLI OLGULARDA TEDAVİYE YAKLAŞIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Orhun SİNANOĞLU¹, Salih YILDIRIM², **Ahmet Fatih KANBEROĞLU¹**, Fatih BIÇAKÇIOĞLU³,
Hikmet YAŞAR⁴, Yavuz KARACA¹, Emre Burak ŞAHİNLER¹, Kemal SARICA¹

¹SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İstanbul,
Türkiye

²SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İSTANBUL,
Türkiye

³KARTAL LÜTFİ KIRDAR ŞEHİR HASTANESİ, İstanbul, Türkiye

⁴SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İstanbul,
Türkiye

Giriş: Bilateral üreter taş olguları, hızlı teşhis ve zamanında doğru yaklaşım gerektiren ürolojik acil grubu hastalardır. Biz bu çalışmamızda, kliniğimizde bilateral üreter taşı nedeni ile tedavi ettiğimiz hastaların tedavisine yaklaşımımızı etkileyen faktörleri incelemeyi amaçladık.

Gereç Ve Yöntemler: Kliniğimize 2021-2023 yılları arasında tedavi görmüş bilateral üreter taşı nedeniyle başvuran 62 hastaya uygulamış olduğumuz tedavi yöntemlerini ve bu yaklaşımlarımızı etkileyen faktörleri detaylı olarak incelemek amacıyla taş (boyut, lokalizasyon, dansite), hastaya ait parametreler (semptomatoloji, üriner enfeksiyon, böbrek fonksiyonları) komorbidite ve radyolojik parametreler (hidronefroz, üreter duvar kalınlığı) değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 62 hasta dahil edildi. 44'ü erkek (%71), 18'i kadındı (%29). Ortalama yaş 49,34±15,24'tü. 40 hastanın komorbiditesi yoktu, ortalama taş çapı sağda 8,82±3,33 mm, solda 8.26±2,94 mm idi. 44 hasta (%71) daha önce herhangi bir üreter taşı tedavisi almamışken, 18 hasta (%29) taş a ait bir işlem geçirmişti. 56 hastada (%90,3) renal kolik ile başvururken 10 hasta enfeksiyon bulgularıyla (%16,1) yatırıldı. 26 hastaya (%41,9) bilateral DJ takılırken, 25 hastaya (%40,3) bilateral URS operasyonu yapıldı, 10 hastaya (%16,1) tek taraflı litotripsi/ tek taraflı DJ stent uygulaması, 1 hastaya da (%1,6) tek taraflı DJ tek taraflı nefrostomi uygulaması yapıldı. 6 hastaya (%9,7) enfeksiyon nedeniyle, 33 hastaya (%53,2) renal kolik nedeniyle, 23 hastaya (%37,1) akut böbrek hasarı nedeniyle cerrahi girişim yapıldı. Enfeksiyonu olan hastaların hepsine bilateral DJ stent uygulaması yapıldı. Renal kolik olan hastaların 19'una (%57,6) bilateral litotripsi uygulandı. Akut böbrek yetmezliği olan hastaların 13'üne (%56,5) bilateral DJ uygulaması yapıldı. Hastalara ve taşlara uygulanan işlemlerin değerlendirilmesine ait parametreler detaylı olarak tablo 1 de sunulmaktadır.

Sonuç: Kliniğimize bilateral taş ile başvuran hastaların hiçbirisi konservatif izlenmemiş olup girişimsel yaklaşımda bulunulmuştur. Enfeksiyon nedeniyle kliniğimize başvuran hastaların hepsine bilateral DJ stent yerleştirilerek takip edilmişken renal kolik ile gelen hastaların büyük bir kısmına bilateral litotripsi uygulaması yapılmıştır. Akut böbrek yetmezliği olan hastaların büyük bir kısmına bilateral DJ stent yerleştirilmesi işlemi uygulanarak hastaların böbrek fonksiyon değerleri ve klinik takiplerinin yapılması ön planda tutulmuştur.

Tablo 1: Cerrahi endikasyonlar ve yapılan işlemlere ait parametreler

Cerrahi Endikasyon	Yapılan Cerrahi İşlem			
	Bilateral DJ Takılması	Unilateral Dj takılması Unilateral litotripsi	Bilateral Litotripsi	Unilateral DJ Takılması Unilateral Nefrostomi Takılması
Enfeksiyon	6(%100)	0	0	0
Renal Kolik	7(%21,2)	6(%18,2)	19(%57,6)	1(%3)
Akut Böbrek Yetmezliği	13(%56,5)	4(%17,4)	6(%26,1)	0

Anahtar Kelimeler: Bilateral üreter taşı, hidronefroz, renal kolik, enfeksiyon

BENİGN PROSTAT HİPERPLAZİSİ KLİNİK PARAMETRELERİN METABOLİK SENDROM OLGULARINDA DETAYLI ANALİZİ

Orhun SİNANOĞLU¹, Cahit ŞAHİN¹, Salih YILDIRIM², **Gamze ŞİMŞEK¹**, Emre Burak ŞAHİNLER¹

¹SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İstanbul,
Türkiye

²SANCAKTEPE ŞEHİT PROF DR İLHAN VARANK EĞİTİM VE ARATIRMA HASTANESİ, İSTANBUL,
Türkiye

Giriş: Benign prostat hiperplazisi (BPH) olan hastalarda metabolik sendrom ile alt üriner sistemi semptomları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Biz bu çalışmamızda BPH bulgu ve belirtilerini içeren komponentlerin metabolik sendrom ile arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçladık.

Materyal Ve Metod: Çalışmamız retrospektif olarak tasarlanmış olup, BPH tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmiş ve metabolik sendrom kriterleri ve BPH semptomlarının özellikleri değerlendirilmiştir. Veri analizi için IBM SPSS 23 programı, Ki kare testi ve T test kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 2021 ocak-2023 ocak tarihleri arasında kliniğimize başvuran 638 hasta dahil edilmiştir. Ortalama yaş $65,06 \pm 7,48$ 'dir. 346 hastada (%54,2) hipertansiyon(HT) , 512 hastada (%8,3) diyabetes mellitus (DM) mevcuttu. Hastalar alt üriner sistem semptomuna göre değerlendirildiğinde 324 hasta (%50,8) obstrüktif patern, 314 hasta (%49,2) irritatif patern sergiliyordu. Semptom özelliklerine göre yapılan değerlendirmede BPH hastalarının semptom parametreleri ve metabolik sendrom olma, DM, HT olma arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Vücut kitle indeksi ($p:0,047$), bel çevresi ($p:0,037$), yüksek trigliserid seviyesi ($p:0,011$), düşük HDL seviyesi ($p:0,031$) irritatif semptom lehine anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Prostat hacmi ($p<0,0001$) post miksiyonel rezidü idrar miktarı($p<0,001$) obstrüktif patern lehine artmış olarak bulundu. Yaş arttıkça obstrüktif pattern görülme oranı irritatif paterne göre anlamlı olarak daha fazla bulundu. ($p:0,002$)

Sonuç: Metabolik sendromun alt parametrelerinden olan lipid panelinde bozulma ve bel çevresi artışı ise irritatif semptomu olan hastalarda daha fazla gözlenmiştir. Polikliniğe başvuran BPH hastalarında irritatif semptomların varlığı metabolik sendromu öngörmede kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Benign prostat hiperplazisi, metabolik sendrom,irritatif semptom, obstrüktif semptom

SIÇAN MESANESİ MODELİNDE DİKENLİ VE GELENEKSEL SÜTÜRLERİN HİSTOPATOLOJİK DEĞERLENDİRMESİ: “V-LOC™ 90 VS. VICRYL™ VS. QUILL™

Atınç TOZSİN¹, Arif AYDIN², Giray SÖNMEZ², Selçuk GÜVEN², Ali Serdar GÖZEN³

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, Türkiye

²Konya MERAM Üniversitesi, Konya, Türkiye

³Medius Klinik, Stuttgart, Almanya

Giriş ve Amaç

Dikenli sütürler, mesane defektlerini kapatmak için ürologlar tarafından kullanılmaktadır. Ancak, mesane dokusunda uzun vadeli histopatolojik etkileri hakkında yüksek kaliteli karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışma, iki dikenli sütür ve geleneksel sütür materyallerinin sıçan mesanesi üzerindeki uzun vadeli histopatolojik sonuçlarının karşılaştırılmasını değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve yöntem

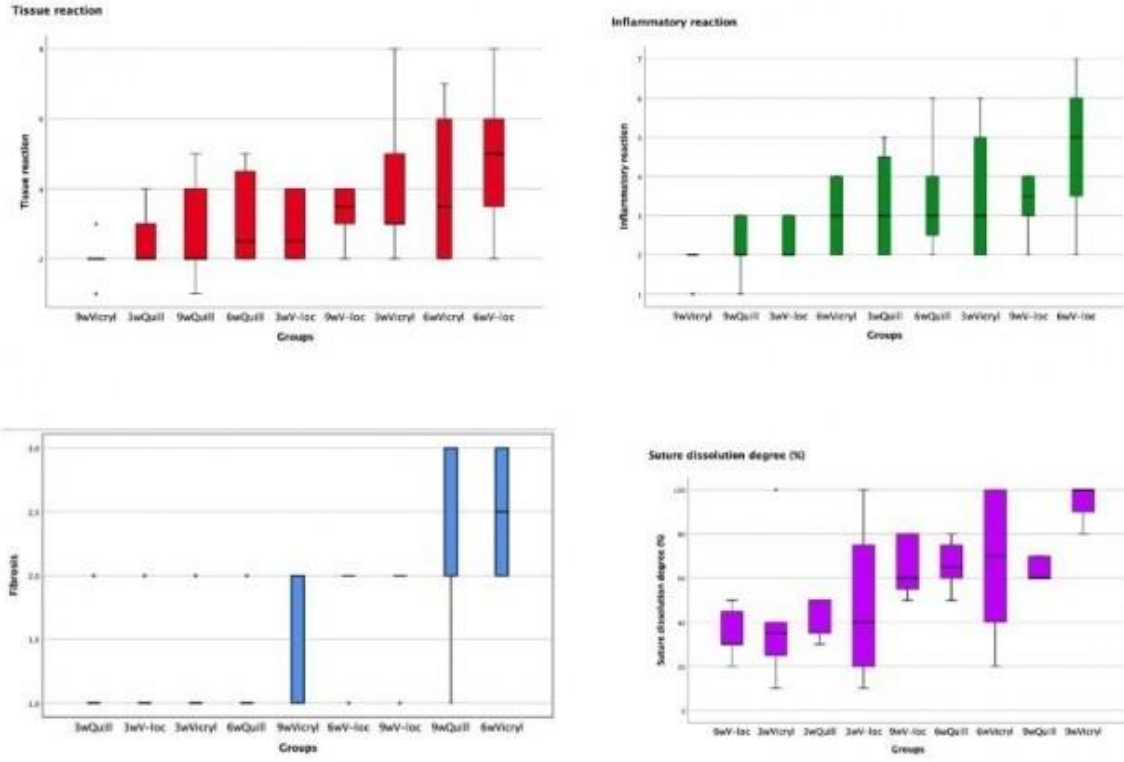
Etik onay alındıktan sonra, 72 yetişkin Wistar dişi sıçan çalışmaya dahil edildi. Mesanenin ön duvarına, üç farklı dikiş materyali (3-0 V-Loc™ 90, 3-0 Vicryl, 3-0 Quill™) ile tüm katmanları içerecek şekilde dikiş atıldı. Sıçanlar üçüncü, altıncı ve dokuzuncu haftalarda sakrifiye edildi. Yabancı cisim doku reaksiyonu ve enflamasyon skoru, 1 ile 10 arasında ölçeklendirildi. Dikiş materyalinin emilim derecesi, emilen materyalin yüzdesi belirlenerek değerlendirildi. Fibrozis skoru 0 ile 4 arasında (0:hiç yok; 4:çok şiddetli) puanlandı. Ek histopatolojik bulgular (distrofik kalsifikasyon ve skuamöz metaplazi) varlığı kaydedildi.

Bulgular

Tüm dikiş türleri arasında fibrozis skorları ve dikiş emilimleri açısından üçüncü, altıncı ve dokuzuncu haftalarda anlamlı fark bulundu (Tüm parametreler $p<0.001$). Doku ve enflamasyon skorları üçüncü haftada Vicryl'de en yüksekti, 6 ve 9 haftada ise V-loc sütürde en yüksek olarak tespit edildi. V-loc sütürde 3., 6. ve 9. haftalardaki inflamasyon reaksiyon skorları arasında anlamlı fark bulunurken ($p:0.006$), Vicryl ve Quill'de anlamlı fark bulunmadı (sırasıyla $p:0.05$, $p:0.14$). Üçüncü haftada fibrozis skorları dikişler arasında farklılık göstermedi ($p=1$); Vicryl, altıncı haftada ($p=0.001$), Quill ise dokuzuncu haftada en yüksek skora sahipti ($p:0.04$) (Şekil). Vicryl, 3 haftada erken doku ve iltihap reaksiyonunu gösterirken, V-loc, 6 ve 9 haftalarda daha yüksek reaksiyona sahipti.

Sonuç

Doku reaksiyonu, inflamasyon, fibrozis ve dikiş absorpsiyonu, orta ve uzun vadede dikenli ve Vicryl sütürler arasında farklılık göstermektedir. Daha olumlu cerrahi sonuçlar elde etmek için uzun vadeli deneysel ve klinik araştırmalara ihtiyaç vardır.



Anahtar Kelimeler: dikenli suture, Vloc, Quill, Vicryl

TIP EĞİTİMİNDE YAPAY ZEKANIN ROLÜ: SİSTEMATİK DERLEME

Atınç TOZSİN¹, Harun UÇMAK², Selim SOYTÜRK², Abdullatif AYDIN³, Ali Serdar GÖZEN⁴, Maha
AI FAHİM⁵, Selçuk GÜVEN², Kamran AHMED⁵

¹*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, Türkiye*

²*Konya MERAM Üniversitesi, Konya, Türkiye*

³*King's College Hospital NHS Foundation Trust, Londra, Birleşik Krallık*

⁴*Medius Klinik, Stuttgart, Almanya*

⁵*Sheikh Khalifa Medical City, Abu Dhabi, Birleşik Arap Emirlikleri*

Giriş ve Amaç

Yazarlar, modern tıp eğitiminde kullanılmakta olan yapay zeka araçlarını incelemeyi ve her bir çalışmada sunulan validasyon ve kanıt düzeyini eleştirel bir şekilde değerlendirmeyi amaçladılar.

Gereç ve yöntem

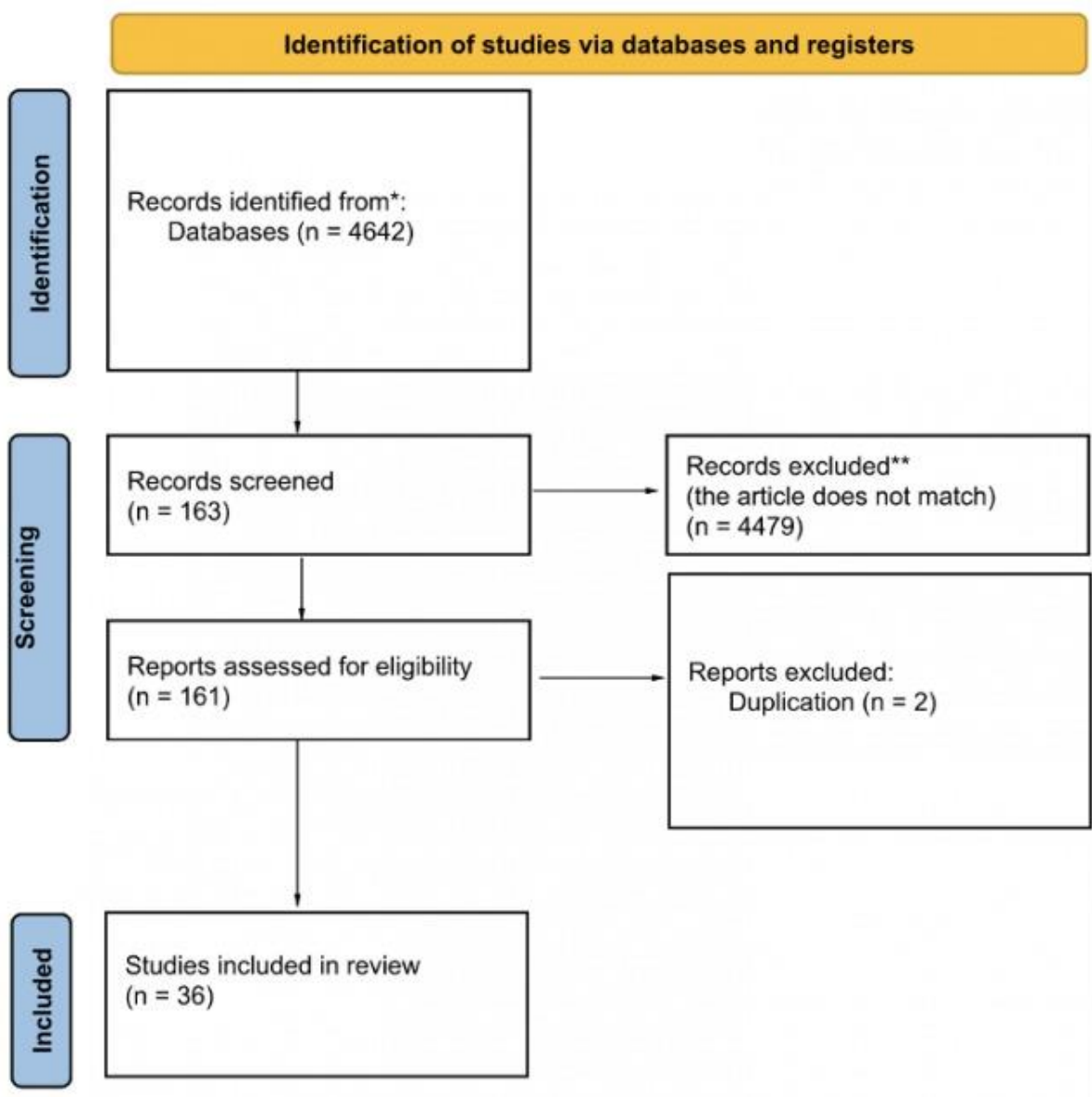
PubMed, Embase ve Cochrane Kütüphane veritabanlarında 2000 ile Mart 2023 tarihleri arasındaki İngilizce makaleler arasında kapsamlı bir arama gerçekleştirildi. Tıp eğitiminde yapay zeka üzerine odaklanan orijinal çalışmalar dahil edildi.

Bulgular

Toplamda 4642 potansiyel olarak ilgili çalışma bulundu ve detaylı bir tarama sürecinin ardından 36 çalışma son analize dahil edildi (Figür). Bu çalışmalar, 26 anket çalışması ve yapay zeka araçlarının geliştirilmesi ve validasyon üzerine odaklandığı 10 adet çalışmadan oluşuyordu. Support Vector Machine içeren yapay zeka araçlarının kullanıldığı çalışmaların sonuçları incelendiğinde, öğrencilerin deneyimlerini değerlendirme, akut karın ağrısını teşhis etme, deneyimli ve acemi katılımcıları sınıflandırma ve cerrahi eğitim seviyelerini değerlendirme konularında yüksek doğruluk gösterdiği görüldü. Özellikle cerrahi beceri seviyelerinin karşılaştırılmasında %92'nin üzerinde bir doğruluk oranına ulaşmaktadır.

Sonuç

Yapay zeka araçları, pratik becerileri geliştirmede, hastalıkları teşhis etmeye ve öğrenci performansını değerlendirmeye yardımcı olarak etkinliğini göstermiştir. Bununla birlikte, tıp eğitiminde en etkili yapay zeka araçlarını tanımlamak için daha fazla araştırma ve validasyon çalışması gerekmektedir.



Anahtar Kelimeler: yapay zeka, tıp eğitimi, support vector machine

ERİŞKİN HASTALARDA AKUT SKROTUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ, KLİNİK ÖZELLİKLERİ, TANISI VE YÖNETİMİ

Burak AKGÜL, Burak BİLİR, Hasan Can KUVAN, Atınç TOZSİN, Hakan AKDERE
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

Giriş ve Amaç

Akut skrotum, çok çeşitli hastalık süreçlerini içerebilen şemsiye bir terimdir. Semptomlar birkaç dakika içinde hızlı bir şekilde veya bir veya iki gün içinde başlamış olabilir. Akut testis torsiyonu gibi bazı morbid fakat geri döndürülebilir durumların zamana bağlı olması nedeniyle hızlı değerlendirme ve tedavi gereklidir. Bu çalışmanın amacı klinik tablo, laboratuvar ve görüntüleme bulgularıyla akut skrotumun ayırıcı tanısında etkili faktörleri analiz etmektir.

Materyal ve Metod

Ocak 2013 ile Ağustos 2023 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Departmanında skrotal ağrı ve şişlik şikayetleri ile başvuran 378 hasta retrospektif olarak incelendi. 18 yaş altı hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların yaşı, başvuru şikayetleri, konsültasyon değerlendirme süresi, kan-idrar laboratuvar parametreleri, idrar kültürleri, ultrasonografi bulguları, ürolojik cerrahi girişim öyküleri, alt üriner sistem semptomlarının varlığı, detorsiyon cerrahisi uygulanan hastaların preoperatif ultrasonografi bulguları ile korelasyonu, skrotal abse, fournier gangreni nedeniyle debridman yapılan hastalar ve testiste saptanan kitle nedeni ile radikal orşiektomi yapılan hastalar değerlendirildi. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS programı kullanıldı. Tek değişkenli analizde nominal veriler için ki-kare testi, parametrik değişkenler için t testi ve non parametrik değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişki, ilişkinin yönü ve gücü korelasyon analizi ile değerlendirildi, $p < 0,05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Hastaların demografik verilerinin gruplara göre dağılımı tablo 1’de gösterilmiştir. Hastaların 76’sına (%20,1) skrotal debridman yapıldı. Torsiyon lehine değerlendirilen 20 (%5,3) hastaya detorsiyon cerrahisi uygulandı ve 15 (%4) hasta torsiyonla uyumlu görüldü. Testiste kitle saptanan 15(%4) hastanın ise 13’üne (%3,4) radikal orşiektomi gerçekleştirildi. Epididimoorşit, skrotal abse, fournier gangreni olan hastalarda CRP değeri ve kanda lökosit değeri artışları diğer ayırıcı tanılara oranla daha yüksekti. Torsiyon veya epididimoorşit ile değerlendirilen hastalarda skrotal ağrı ve şişlik birlikteliği diğer patolojilere kıyasla daha sık görüldü. Akut skrotum tablosu altında incelenen hastalarda yaş arttıkça idrar kültüründe üreme ($p=0,001$), tam idrar analizinde lökosit varlığı ($p=0,001$), skrotal ödem ($p=0,01$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Nötrofil/Lenfosit oranı artışı ile epididimoorşit ($p=0,005$) ve fournier gangreni ($p=0,001$) saptanması arasında diğer etiyolojilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Fournier gangreni saptanan hastalarda alt üriner sistem semptomu varlığına ($p=0,001$) ve fistülizasyona ($p=0,001$) daha sık rastlandı ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptandı.

Tablo 1

Yaş (yıl)(ort±ss)					54,6 ± 36,6
Vücut Kitle Endeksi (ort±ss)					24 ± 6,87
Başvuru				Şikayeti	363 (%96)
Skrotal				Ağrı	250 (%66,1)
Skrotal				Şişlik	240 (%63,5)
Skrotal Ağrı ve Akıntı				Şişlik	41 (%10,8)
Laboratuvar				bulguları	
CRP		değeri		(mg/dl)	7,9±12,3
Lökosit	değeri	(ort±ss)	(1.0	bin/µL)	13,2±7,1
Nötrofil	değeri	(ort±ss)	(1.0	bin/µL)	9,8±7,1
Lenfosit	değeri	(ort±ss)	(1.0	bin/µL)	2,26±2,11
Nötrofil/lenfosit oranı					7,2±9,4
İdrar		kültürü		varlığı	121 (%32)
Üreme varlığı					48 (%12)
Tam idrar analizi				lökosit	
+					35 (%9,3)
++					29 (%7,7)
+++					43 (%11,4)
Negatif					192 (%50,8)
Görüntüleme				bulguları	
Epididimit					170 (%45)
Epididimoorşit					69 (%18,3)
Torsiyon				uyumlu	17 (%4,5)
Torsiyon				şüpheli	4 (%1,05)
Varikosel					49 (%13,0)
Skrotal				ödem	42 (%11,1)
Hidrosel					107 (%28,3)
Skrotal				Abse	31 (%8,2)
Epididim				kisti	36 (%9,5)
Hematom					6 (%1,6)
Funikulit					22 (%5,8)
Piyosel					21 (%5,6)
Testis				kitle	15 (%4)
Skrotal		abse		varlığı	31 (%8,2)
Fournier				Gangreni	63 (%16,7)
Geçirilmiş	Ürolojik	Cerrahi	Girişim	Öyküsü	52 (%13,8)

Sonuç

Akut skrotum acil servise başvuruların yaygın bir nedenidir. Hastaların klinik değerlendirmesinde görüntüleme, fizik muayene ve kan-idrar laboratuvar parametrelerinin birlikteliği altta yatan etiyolojinin tanısında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Testis torsiyonu, Epididimit, Fournier Gangren,

CC-ERUS ONAYLI ROBOTİK RADİKAL PROSTATEKTOMİ EĞİTİM PROGRAMININ DEĞERLENDİRİLMESİ: CERRAHİ BECERİNİN GELİŞİMİ VE EĞİTİM PROGRAMININ ANALİZİ

Arif ÖZKAN

Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Robot yardımcı radikal prostatektomi (RARP), prostat kanserinin cerrahi tedavisi için yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Robotik cerrahi platformlarının artan kullanımı, bu alanda standardize edilmiş eğitim modellerinin gerekliliğini doğurmuştur. Avrupa Üroloji Derneği Robotik Üroloji Bölümü (ERUS), RARP için yapılandırılmış bir müfredat (CC-ERUS) programı geliştirmiştir. Bu program, robot deneyimi olmayan cerrahları, bağımsız RARP cerrahlarına dönüştürmeyi hedeflemektedir. Sadece ERUS sertifikalı merkezler bu eğitimleri verme yetkisine sahiptir. Bu çalışma, İstanbul'daki ERUS onaylı bir robotik cerrahi eğitim merkezinde, CC-ERUS müfredat programını tamamlayan ve yeterlilik belgesini almaya hak kazanan ilk cerrahın 6 aylık eğitim sürecini incelemektedir.

Yöntem: Bu çalışma, CC-ERUS eğitim programının bir parçası olarak gerçekleştirilen ve belirlenmiş asgari sayılarda tamamlanması gereken 10 basamaktan oluşan RARP ameliyatlarını içermektedir (Tablo 1). Çalışmada 6 aylık eğitim sürecinde opere edilen 41 hastanın demografik verileri, ameliyat bilgileri ve tamamlanabilen her basamağın ayrı ayrı süreleri belirlendi (Tablo1-2). Eğitim sürecinde tamamlanamayan adımlar çalışmaya dahil edilmedi. Her bir basamakta, o basamak için yapılan toplam sayının ilk %50'si ve ikinci %50'si olacak şekilde gruplar oluşturuldu. İstatistiksel analizde, SPSS versiyon 26 kullanılarak gruplar karşılaştırıldı.

Bulgular: Tablo 1, cerrahi basamakların sayısını, sürelerini ve zorlaştırıcı faktörleri sunmaktadır. Zorlaştırıcı faktörler, teknik olarak bu adımlarda cerrahi zorlayan ve süreyi uzatan faktörler olarak belirlendi. Buna göre 1. basamakta; geçirilmiş pelvik cerrahi ve geniş inguinal herniler, 2. basamakta; aksesuar pudental arter varlığı, 3. basamakta; median lob varlığı, 4.5. basamaklarda; normal dışı doku adezyonları ve 10. basamakta ise mesane boynu rekonstrüksiyonu olarak belirlendi. Zorlaştırıcı faktörler karşılaştırıldığında, ilk (yapılan basamakların ilk %50'si) ve son vakalar (yapılan basamakların ikinci %50'si) arasında fark yoktu ($p>0,05$). 1., 2., 3. ve 5. basamaklarda yapılan ilk vakalar ve son vakalar arasında istatistiksel olarak anlamlı hız artışları bulundu ($p<0,05$). 6. ve 10. basamaklarda son vakalar daha hızlı olsa da istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0,05$). Diğer basamaklarda ise farklılık gözlenmedi ($p>0,05$).

Sonuç: CC-ERUS yapılandırılmış robotik prostat kanseri cerrahi eğitim programı, eğitim alan kişinin eğitim sürecinde istikrarlı bir progresyon göstererek yeterlilik kazanmasını sağlamakta başarılı olmuştur. Eğitim alan kişi, eksiklerini ve yetersiz olduğu basamakları görerek kendisini geliştirme fırsatı bulmaktadır. Böylece ameliyatın tüm basamakları için cerrahi yetkinliğe ulaşabilmektedir.

RARP Adımları, (asgari sayılar) -Detaylar ve zorlayıcı faktörler	Toplam (n, %)	Süreler, dk (Med (IQR))	İlk vakalar		Son vakalar		p
			n	Süre dk Med(IQR)	n	Süre dk Med(IQR)	
1. Basamak: Anterior periton mesane ayırma (0-20) -Geniş inguinal herni -Geçirilmiş pelvik cerrahi	20 (100) 3 (15) 1 (5)	17 (3,0)	10 2(20) 0	19,5 (8,5)	10 1(10) 1(10)	17,0 (4,5)	0,017 1
2. Basamak: EPF insizyonu, (0-15) -Unilateral APA -Bilateral APA	32 7 (22) 2 (6)	9 (2,8)	16 3(18,8) 1(6,3)	9,5 (5,5)	16 4 (25) 1 (6,3)	8,0 (2,8)	0,015 0,857
Step 3. Mesane boynu insizyonu (0-15) -Median lob	20 4 (21)	14 (6)	10 2(20)	14,0 (7,6)	10 2(20)	12,5 (6,3)	0,036 1
Step 4. DD-VS diseksiyonu (0-15) -Normal dışı adezyon (T3b?)	32 2 (6)	20 (5,8)	16 -	20,5 (5,8)	16 2 (12)	20,5 (5,5)	0,835 0,483
Step 5. Posterior diseksiyon (0-10) -Normal dışı adezyon(T3b?)	28 2 (7)	6 (3)	14	7 (2,5)	14	5 (2,3)	0,034
Step 6. Prostat pedikül diseksiyonu, 0-10	12	13,5 (3,8)	6	15 (5)	6	13 (5)	0,195
Step 7. NVB diseksiyonu (0-5) -Unilateral sinir koruma -Bilateral sinir koruma	8 2 (25) 6 (75)	5,5 (7,3)	4 2(50) 2(50)	8,5 (11,0)	4 0 4(100)	4,5 (5,5)	0,248 0,486
Step 8. DDV sütürasyonu (0-10)	30	4,0 (1,0)	15	4 (1)	15	4(1)	0,410
Step 9. Apikal diseksiyon (0-15)	15	6,0 (1,0)	8	6 (2,50)	7	6 (1,0)	0,901
Step 10. Üretrovezikal anastomoz (0-10) -Mesane boynu rekonstrüksiyonu	10 4(40)	18,5 (4,3)	5 2(40)	20 (4)	5 2(40)	16 (5)	0,110 1
Kısaltmalar: EPF: Endopelvik fasya; DD: Duktus Deferens; VS: Vezikula Seminalis; NVB: Nörovasküler Bandl; DDV: Derin Dorsal Ven							

Tablo 1: Adım adım CC-ERUS eğitim müfredatına göre RARP adımları ve detaylı analizleri

Hastaların demografik / patolojik özellikleri (n=41)	
Yaş (yıl), Med (IQR)	64,00 (11,50)
Vücut kitle indeksi (kg/m ²)	26,85 (4,32)
Total PSA (ng / mL)	6,75 (6,94)
Prostat hacmi (mL)	42,50 (27,00)
Klinik evre, n (%)	
cT2	32 (78,0)
cT3a	5 (12,2)
cT3b	4 (9,8)
Prostat biyopsisi ISUP, n (%)	
1	7 (17,1)
2	17 (41,5)
3	11 (26,8)
4	5 (12,2)
5	1 (2,4)
D' Amico risk, n (%)	
Düşük	2 (4,8)
Orta	29 (70,6)
Yüksek	10 (24,4)
Sinir koruma	
Yok	7 (17,1)
Unilateral	15 (36,6)
Bilateral	19 (46,3)
Patoloji evre, n (%)	
pT2	16 (39,0)
pT3a	22 (53,7)
pT3b	3 (7,3)
RARP ISUP, n (%)	
1	2 (4,9)
2	19 (46,3)
3	14 (34,1)
4	2 (4,9)
5	4 (9,8)
Cerrahi Sınır Pozitifliği, n (%)	12 (29,3)
Transfüzyon ihtiyacı (n,%)	1 (2,4)
Toplam ameliyat süresi (dk)	215,00 (100,00)
Tahmini kan kaybı (mL)	100 (50)

Tablo 2: Vakaların demografik ve patolojik özellikleri

Anahtar Kelimeler: Robot Yardımlı Radikal Prostatektomi (RARP), Cerrahi Eğitim Programları, ERUS (Avrupa Üroloji Derneği Robotik Üroloji Bölümü), Robotik Cerrahi Eğitim

PROSTAT KANSERİ TANISINDA HEDEFE YÖNELİK BİYOPSİYE SİSTEMATİK BİYOPSİ EKLENMELİ Mİ?

Nusret Can ÇİLESİZ¹, Arif ÖZKAN²

¹Biruni Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

²Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç

Prostatın multiparametrik manyetik rezonans görüntülemesinin (mp-MRI) geliştirilmesi, Uluslararası Ürolojik Patoloji Derneği (ISUP) >2 tümörlerinin saptanmasında ve lokalize edilmesinde iyi bir duyarlılık sağlamıştır. Sistemik prostat biyopsilerine ihtiyaç duymadan yapılan MR füzyon biyopsi ile klinik anlamlı prostat kanserleri oldukça yüksek oranda tanılabilmektedirler. Prostat füzyon biyopsisi transrektal (MRI-TRUSB) veya transperineal (MRI-TPB) olarak yapılabilir. MRI-TPB, klinik anlamlı prostat kanserinin ve anterior tümörlerin daha iyi teşhisinin dışında postoperatif düşük enfektif komplikasyonlar sağladığı gösterilmiştir. Bu çalışmada transperineal ve transrektal yolla sistemik prostat biyopsisine ek olarak Prostat MR füzyon biyopsisi yapılan hastaların sonuçlarını sunmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem

Çalışma 2021-2023 yılları arasında prostat MR füzyon biyopsisi yapılan hastalar dahil edildi. Biyopsi sonrası takibi yapılamayan, sadece sistemik prostat biyopsisi yapılan ve/veya sadece MR füzyon biyopsi yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Hastaların demografik özellikleri, total PSA değeri, MR bulguları kaydedildi. İşlem öncesi tüm hastalara rektal laksatif lavman uygulandı. Anestezi altında profilaktik antibiyotik (iv seftriakson 1gr/gün) verilmesi sonrasında MRI-TPB için litotomi pozisyonu MRI-TRUSB için sol lateral dekübit pozisyonu verildi. MRI-TRUSB UroNav (Philips-Invivo, Gainesville); MRI-TPB Biojet rijid imaj-füzyon platformu (D&K Technologies GmbH, Barum) ile gerçekleştirildi. Biyopsi sonrası hastaların tümü aynı gün taburcu edildi.

Bulgular

Biyopsi yapılan 78 (59 transrektal, 19 transperineal) hastanın yaş ortalaması 61,7±3,9 idi. Ortalama PSA değeri 10,44±2,8 ng/mL, prostat volümü 57,3±8,4 mL ve ortalama PSA dansitesi 0,14(IQR:0,11) olarak hesaplandı. Hastaların %43,5'i (n=34) PIRADS-3, %43,5'i PIRADS-4 (n=34) ve %12,8'i (n=10) PIRADS-5 lezyona sahipti. Patoloji sonuçlarına göre hastaların %39,7'sinde (n=31) prostat kanseri saptandı. Bunların %51,6'sı (n=16) ISUP 1, %9,6'sı (n=3) ISUP 2, % 6,5' i (n=2) ISUP 3 ve %32,2 si (n=10) ISUP≥4 idi. PIRADS-3 lezyonların %23,5'i (n=8); PIRADS-4 lezyonların %44,1'i (n=15) ve PIRADS-5 lezyonların ise %80'i (n=8) prostat kanseri saptandığı görüldü. Tüm tümör sonuçlanan patolojilerde füzyon ve sistemik biyopsi kombinasyonunun pozitifliği, sadece füzyon ya da sadece sistemik biyopsiye oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. PIRADS grupları ayrı ayrı incelendiğinde ise PIRADS 5 hastalarda gruplar arasında istatistiksel fark izlenmedi (p>0,05; Tablo)

Sonuç

Bu çalışmaya göre hedefe yönelik yapılan biyopsilerde doğru tanıya gitmek için özellikle PIRADS 3 ve 4 lezyonu olan hastalarda işleme mutlaka sistematik biyopsi de eklenmeli sonucuna varabiliriz.

Tablo: Prostat kanseri saptanan hastaların biyopsi alınma şekillerine ve PIRADS skorlarına göre ayrıntılı analizi

Gruplar, n(%)	A: Füzyon/sistematik biyopside tümör+ (n,%)	B: Füzyon biyopside tümör+ (n,%)	C: Sistematik biyopside tümör + (n,%)	p (A vs B&C)	p (B vs C)
Tümü, 78(100)	31 (39,7)	24 (30,7)	28 (36,3)	<0,05	>0,05
PIRADS 3, 34(43,6)	8 (23,5)	5 (14,7)	7 (20,6)	<0,05	>0,05
PIRADS 4, 34 (43,6)	15 (41,1)	11 (32,3)	11 (32,3)	<0,05	>0,05
PIRADS 5, 10 (12,8)	8 (80)	8 (100)	8(100)	>0,05	>0,05

Anahtar Kelimeler: Prostat kanseri; MR Füzyon biyopsi; PIRADS

WHAT IS THE EFFECT OF LASER ANATOMIC ENDOSCOPIC ENUCLEATION OF THE PROSTATE ON EJACULATORY FUNCTIONS? A SYSTEMATIC REVIEW

Furkan GÜLDİBİ¹, Abdullah ALTUNHAN¹, Abdüllatif AYDIN², Ömer Onur ÇAKIR², Mehmet Giray SONMEZ¹, Mehmet BALASAR¹, Selcuk GUVEN¹, Kamran AHMED³

¹*Necmettin Erbakan University, Department of Urology, Konya, Türkiye*

²*Department of Urology, King's College Hospitals, London, Birleşik Krallık*

³*Department of Urology, King's College London, Necmettin Erbakan University, Department of Urology, LONDON, Birleşik Krallık*

Purpose

Laser anatomic endoscopic enucleation of the prostate (LAEEP) has emerged as a promising new approach to transurethral surgery for BPH. However, like previous endoscopic treatments, LAEEP is also associated with ejaculatory dysfunction. Our systematic review aimed to examine the impact of LAEEP on male ejaculatory functions.

Methods

A database was searched and pooled together, leading to 1108 identified records. The review was conducted according to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metaanalyses (PRISMA) statement, and 15 records were included. The following items were recorded such as ejaculatory dysfunctions rates (retrograde ejaculation, painful ejaculation, etc.) and MSHQ-EjD score. The quality of the selected studies was determined according to the Quadas-2 scoring.

Results

We retrieved data for 1877 men in 15 clinical studies investigating LAEEP surgery and reporting EjD rates. While only three of the obtained studies were on thulium fiber (ThuLEP), the rest were on holmium (HoLEP). The definition of "Ejaculatory Dysfunction" was not standardized, but in most works, it referred to retrograde ejaculation. Moreover, the primary issue was that each author defined ejaculation differently. Studies investigating the relationship between other LAAEP techniques and ejaculation functions could not be found. Regardless of the method used, the RE rate in LAEEP was $62,1 \pm 25.1\%$; this rate was determined as $71,3 \pm 16.1\%$ in standard techniques and $27,2 \pm 18.1\%$ in ejaculation-preserving modified techniques (p

Conclusion

Our research has conclusively demonstrated that ejaculation-preserving techniques are superior to standard techniques. Irrespective of the laser technique used, studies on similar

patient populations have yielded similar rates of EjD. Studies have also shown that ejaculatory dysfunction rates gradually decrease with repeated follow-up

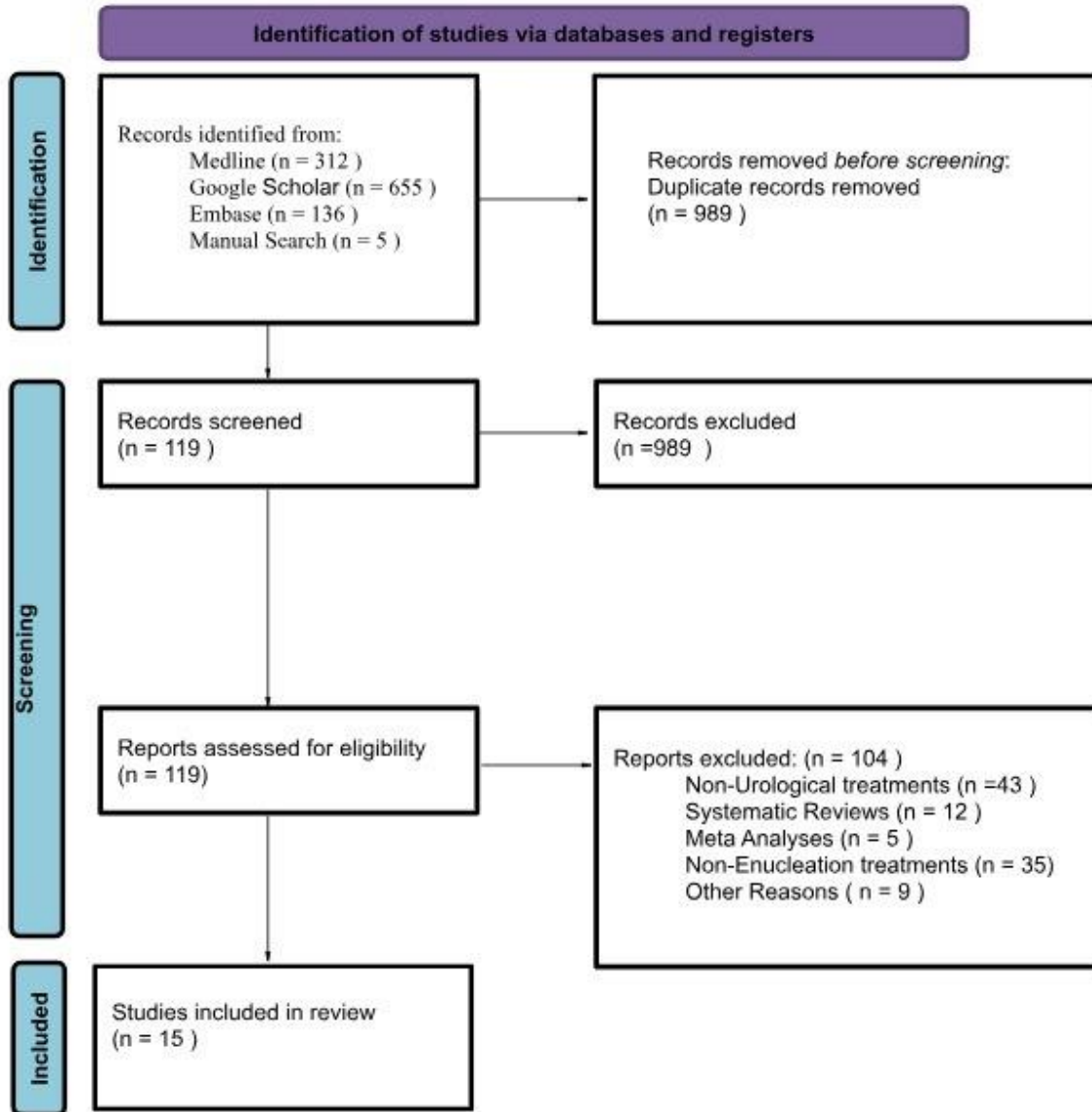


Table 1 Ejaculatory functions and MSHQ-ED Scoring comparative information¹⁶.

Authors	Procedure	Study Type	Before Procedure (%)	After Procedure (%)	Before PC	After PC	Before Pseudo (%)	After Pseudo (%)	Ejaculatory Volume	Before MSHQ-ED	After MSHQ-ED
Elkhal et al. 2012 ¹⁷	HoLEP (n=90)	Prospective	100%	N/A	N/A	77.3%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Kwon Kim et al. 2016 ¹⁸	HoLEP (n=102)	Retrospective	100%	N/A	N/A	90.6	N/A	N/A	Total loss : %36.9 Decreased : %38.7 No change : %4.4	N/A	N/A
Sung Hwa Kim et al. 2014 ¹⁹	HoLEP (n=60)	Prospective	100%	N/A	N/A	63.3%	N/A	N/A	N/A	19.0±8.2	16.8±8.8
Gongrong Xu et al. 2019 ²⁰	Modified HoLEP (n=97) Traditional HoLEP (n=94)	Prospective	100%	N/A	N/A	mHoLEP 33.33%(9th Month) 13.19%(12th Month) mHoLEP 63.84%(8th Month) HoLEP 50%(12th Month)	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Jana Placer et al. 2014 ²¹	HoLEP (n=202)	Retrospective	100%	N/A	N/A	90%	N/A	3.3%	Total loss : %25 Decreased : %15 No change : %19	N/A	N/A
M Kim et al. 2014 ²²	Di-HoLEP (n=26) Conventional-HoLEP (n=26)	Retrospective	100%	C-HoLEP 26.9% Di-HoLEP 46.2%	N/A	C-HoLEP 73.1% Di-HoLEP 53.8%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Sarelli et al. 2016 ²³	ThuLEP (n=177)	Prospective	100%	N/A	N/A	88.50%	N/A	2%	no change : %11.88	14.90 ± 6.88	5.53 ± 4.17(After 4 Months) 5.38 ± 3.93 (After 8 Months)
Trama et al. 2022 ²⁴	ES-ThuLEP (n=53)	Prospective	100%	88.6%(3th Month) 92.4%(8th Month) 94.3% (12th Month)	N/A	55.1%(3th Month) 38.2%(6th Month) 18.9% (12th Month)	N/A	N/A	Decreased : 43.7%(3th Month) 30.6%(6th Month) 13.2% (12th Month)	N/A	N/A
Meng et al. 2007 ²⁵	HoLEP (n=192)	Prospective	100%	N/A	N/A	70%	N/A	23%	N/A	N/A	N/A
Bazzoli et al. 2020 ²⁶	ES-ThuLEP (n=283)	Prospective	100%	203 %71(3th Month) 283 %100(6th Month)	N/A	80 %29 (3th Month) 64 %23 (6th Month)	N/A	15 (5.3%) 3th Month 7 (2.5%) 6th Month	N/A	N/A	N/A
Pu U. et al. 2021 ²⁷	HoLEP (n=213)	Retrospective	100%	N/A	N/A	107 (50.2%) 3th Month 107 (50.2%) 6th Month	N/A	N/A	Decreased : 82 (43.6%) No change : 106 (56.4%)	N/A	N/A
Wilson et al. 2006 ²⁸	HoLEP (n=31)	Prospective	100%	N/A	N/A	75%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Briganti et al. 2006 ²⁹	HoLEP (n=32)	Prospective	100%	N/A	N/A	78.3%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Min Su Jeong et al. 2012 ³⁰	HoLEP (n=38)	Retrospective	100%	N/A	N/A	52%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Carolina Beldi et al. 2020 ³¹	HoLEP (n=62)	Retrospective	72.6%	%38.3	N/A	45.80%	N/A	N/A	Decreased : 66.2%(12 Month) 38.2%(3 Month) 11.2%(12 Month)	23.0 (18-29)	3.0 (1-17)(3 Month) 9.0 (2-19)(3 Month) 2.0 (2-15)(12 Month)

	Risk of bias domains				
	D1	D2	D3	D4	Overall
Elshal et al. 2012	-	-	+	-	-
Kwon Kim et al. 2016	+	+	+	+	+
Sung Han Kim et al. 2014	+	+	+	-	+
Congcong Xu et al. 2019	-	-	+	+	-
Jose' Placer et al. 2014	X	-	+	+	X
M Kim et al. 2014	-	+	+	-	-
Saredi et al. 2016	-	+	-	+	-
Trama et al. 2022	+	+	+	+	+
Meng et al. 2007	-	+	+	+	-
Bozzini et al. 2020	+	+	+	+	+
Pu Li et al. 2021	-	+	+	+	-
Wilson et al 2006	-	+	+	+	-
Briganti et al. 2006	-	+	+	-	-
Min Su Jeong et al. 2012	+	+	+	+	+
Carolina Bebi et al. 2020	-	+	+	+	-

Study

Domains:
D1: Patient selection.
D2: Index test.
D3: Reference standard.
D4: Flow & timing.

Judgement
X High
- Some concerns
+ Low

Keywords: "ThuLEP", "HoLEP", "LAEEP", "AEEP" , " EEP", " Holmium Laser" "Holmium", Thulium Laser", "Thulium", "LUSTS", "ejaculation", " anejaculation", " retrograde ejaculation", " painful ejaculation", " ejaculatory dysfunction", " sexual dysfunction" , " sexual intercourse"

SİSTİNÜRİDE DİYET YÖNETİMİNİN VAKA TEMELLİ SİSTEMATİK İNCELENMESİ

Harun UÇMAK, Mehmet Giray SÖNMEZ, Selçuk GÜVEN
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Konya, Türkiye

Giriş ve Amaç

Sistinüri hastaları için şu anda önerilen tedavi stratejisi, konservatif önlemlerle başlayan aşamalı bir yaklaşıma dayanmaktadır. Sistinüri hastalarında, diyet yönetimi ve tıbbi tedaviye uyum arttıkça cerrahi girişim ihtiyacı azalmaktadır. Biz de sistinüride diyet yönetimini sistematik derlemeyle vaka bazlı olarak kanıta dayalı tıp rehberliğinde sunmak istedik.

Gereç ve Yöntem

Doğumundan bu yana 18 defa sistin taşına yönelik opere edilen 13 yaşındaki sistinüri hastasının diyet yönetimi kanıta dayalı tıp rehberliğinde değerlendirildi. Pubmed, MEDLINE, Embase ve Cochrane Library veri tabanlarında 1993'ten Eylül 2022'ye kadar yayınlanan makalelerden PRISMA kılavuzuna uyumlu literatür taraması yapıldı. Çalışmaya toplam 304 makale dahil edildi.



Yazarlar	Çalışma Türü*	Kohort (Yetişkinler ve/veya Çocuklar)	Diyet	Sodyum Alımı	İdrar Sıvı pH'ı	Farmako-terapi	Sonuç
Siener ve ark.	RKÇ	Sadece yetişkinler	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Lakto - ovo - vejetaryen diyet sistin seviyesini düşürmeye yardımcı olabilir
Francés ve ark.	KÇ	Sadece yetişkinler	Evet	Hayır	Evet	Evet	Diyet, sistinürinin fenotipik belirtilerinde etkilidir
Lindell ve ark.	KÇ	Sadece yetişkinler	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Sodyum kısıtlaması sistin atılımını azaltabilir
Rodríguez ve ark.	KÇ	Sadece çocuklar	Evet	Evet	Hayır	Hayır	Düşük sodyum diyeti pediatrik sistinüri hastalarında kilit rol oynayabilir
Fjellstedt ve ark.	KÇ	Sadece yetişkinler	Hayır	Hayır	Hayır	Evet	Homozigot sistinüri için potasyum - sitrat etkilidir

Gürgöze ve ark.	KÇ	Yetişkinler ve çocuklar	Evet	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Hayır	Üriner metabolik anormalliklerin erken tanınması ve tedavisi, ürolitiazisli çocuklarda invaziv prosedürlerin sayısını ve böbrek hasarını azaltacaktır
--------------------	----	----------------------------	------	-------	-------	-------	-------	-------	---

*: RKÇ: Randomize Kontrollü Çalışma, KÇ: Klinik Çalışma

Vaka / Bulgular

13 yaşında kız hasta, bilateral yan ağrısı şikayetiyle başvurdu. İki yaşından itibaren toplam 18 defa opere oldu; bunların toplamda 12'si her iki taraftan perkütan nefrolitotomi (PCNL) ve 6'sı üreteroskopi (URS) idi. Scholl solüsyonu ve K-Sitrat tedavisi alan hastanın tedavisi uyum sorunu nedeniyle kesintilere uğradı. Hastaya günde dört litre oral sıvı alımı denense de hasta tolere edemedi. Bulantı nedeniyle günlük sıvı alımı en fazla 2.5 litre ile sınırlıydı. Uzun vadeli başarı elde edilemedi. Aileye sistinden kısıtlı diyet önerileri sunuldu, ancak hasta ve ailesi hastanın adolesan çağda olması nedeniyle bu önerileri uygulayamadı. Sistin bağlayıcı ajanlara karşı herhangi bir uyum yaşamadı ancak bu ilaçların temininde ulusal çapta problemler yaşanması nedeniyle medikal tedavisi yine başarıya ulaşmadı.

Sonuç

Hastaya özgü medikal tedavi, hiperhidrasyon ve diyet değişikliği ile birlikte yaşam boyu takip, sistinüride kronik böbrek hastalığı ve böbrek yetmezliğinin önlenmesinde kritik öneme sahiptir. Diyet, sodyum alımı, idrar pH'ı, sıvı alımı ve farmakoterapi idrar sistin düzeylerini etkiler. Multidisipliner bir yaklaşım ve çocukluktan itibaren diyete uyum sonucunda cerrahi tedavi ihtiyacı azalabilir veya ortadan kalkabilir. Tedaviye uyum sağkalımı artırır ve invaziv prosedürleri azaltır.

Anahtar Kelimeler: Sistinüri, Sistin Taşları, Medikal Tedavi, Diyet Yönetimi, Sistinüri, Sistinüride Diyet, alkalinizasyon, sistinüride medikal tedavi, sodyum alımı, sıvı alımı, SLC3A1, SLC7A9

ÜROLİTİYAZİSTE YAPAY ZEKA: KULLANIM VE ETKİNLİĞİNİN SİSTEMATİK İNCELEMESİ

Abdullah ALTUNHAN¹, Selim SOYTÜRK¹, Furkan GÜLDİBİ¹, Abdullatif AYDIN², Arif AYDIN¹,
Kemal SARICA³, Selçuk GÜVEN¹, Kamran AHMED²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya, Türkiye

²Department of Urology, King's College Hospital NHS Foundation Trust, London, Birleşik
Krallık

³Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Küresel trendleri yansıtan yapay zeka, başta ürolitiazis olmak üzere tıpta da ilerliyor. Doğru teşhisler, etkili tedaviler ve epidemiyolojik risklerin ve taş düşmesinin tahmin edilmesini vaat ediyor.

Amaç: Bu sistematik derleme, ürolitiazis çalışmalarında kullanılan AI modellerinin türlerini tanımlamayı ve bunların etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Gereç ve yöntem: Çalışma PROSPERO'ya kaydedildi. Pubmed, EMBASE, Google Scholar ve Cochrane Library veritabanlarında 'üroloji', 'yapay zeka' ve 'makine öğrenimi' gibi anahtar kelimeler kullanılarak ilgili literatür araştırıldı. İncelemeler, ilgisiz çalışmalar ve İngilizce olmayan makaleler hariç tutularak yalnızca ürolitiazisle ilgili orijinal AI çalışmaları dahil edildi. PRISMA yönergeleri izlendi.

Bulgular: Başlangıçta belirlenen 4.851 çalışmadan 71'i, ürolitiaziste AI uygulanmasına ilişkin kapsamlı analize dahil edildi. AI, taş bileşimi analizinde dikkate değer bir yeterlilik gösterdi

12 çalışmada ortalama %88,2'lik bir kesinliğe ulaşılmıştır (Aralık 0,65-1). Taş tespiti alanında ortalama hassasiyet dikkat çekici bir şekilde %96,9'a ulaştı. Yapay zekanın spontan üreteral taş geçişini tahmin etmedeki doğruluk oranı ortalama %87 iken, PCNL ve SWL gibi tedavi yöntemlerindeki performansı sırasıyla %82 ve %83 ortalama doğruluk oranlarına ulaştı. Bu yapay zeka modelleri genel olarak geleneksel teşhis ve tedavi yöntemlerinden üstündü.

Sonuç: Birleştirilmiş veriler, yapay zekanın ürolitiazis tedavisinde artan öneminin altını çiziyor. Çeşitli boyutlarda (teşhis, izleme ve tedavi) yapay zeka, geleneksel metodolojilerden daha iyi performans gösterdi. Yüksek hassasiyet ve doğruluk oranları, yapay zekanın yalnızca etkili olmakla kalmayıp aynı zamanda rutin klinik uygulamaya entegrasyona da hazır olduğunu göstermektedir. Yapay zekanın uzun vadeli faydasını belirlemek ve ürolojik bakımda standart bir araç olarak rolünü doğrulamak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Yapay zeka, Makine öğrenimi, Ürolitiazis

VON HIPPEL-LINDAU SENDROMLU HASTA, ÇİFT TÜMÖR, LAPAROSKOPIK PARSİYEL NEFREKTOMİ

Burak BİLİR, **Atınç TOZSİN**, Burak AKGÜL, Tefik AKTOZ
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Edirne, Türkiye

Giriş ve amaç

Von Hippel-Lindau (VHL) sendromu, genetik bir hastalık olup, vücutta çeşitli yerlerde kistler ve tümörlerin oluşumu ile karakterize edilir. Bu sendrom, hastaların yaklaşık %25-40'ında Renal Hücreli Karsinom (RHK) ile prezente olabilmektedir. Özellikle Berrak Hücreli RHK olarak bilinen bu RHK alt türü, yüksek rekürrens oranlarına sahiptir. Tedavi seçenekleri arasında parsiyel/radikal nefrektomi ve ablasyon gibi seçenekler bulunmaktadır. Biz kliniğimizde VHL sendromu ile takipli ve sol böbreğinde 2 adet RHK açısından yüksek riskli böbrek kitlesi bulunan hastamızda laparoskopik parsiyel nefrektomi olgusunu sunmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem

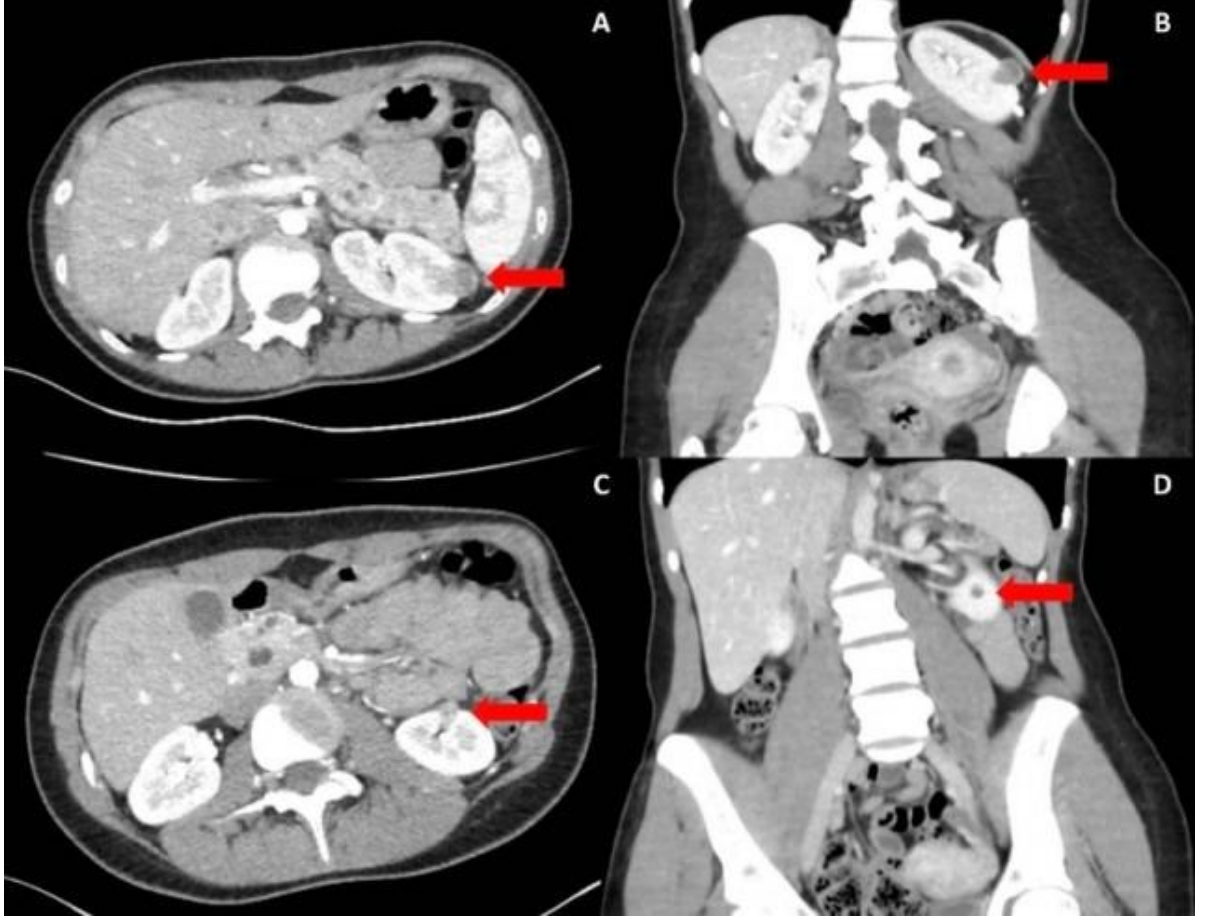
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Bölümünde sol böbreğinde 2 adet solid kitlesi bulunan VHL sendromu tanılı 25 yaş kadın hasta, son çekilen kontrastlı tetkik raporu ile değerlendirildi. Çekilen kontrastlı bilgisayarlı tomografi raporunda sol böbrek orta polde egzofitik uzanımlı kalın boyanan septasyonlar içeren yaklaşık 22x18 mm boyutlu ve alt pol ventralinde kortikal yerleşimli benzer morfolojide yaklaşık 9x10 mm boyutunda nodüler lezyon (Figür), RHK açısından yüksek şüpheli olarak bulundu. Mevcut kitlelerin takiplerinde boyutsal artış ve lezyonun karakterinde değişiklik olması üzerine hastaya nefron koruyucu yaklaşım ile cerrahi yapılması kararı alındı.

Bulgular

Transperitoneal laparoskopik parsiyel nefrektomi planlanarak operasyona alındı. BT raporunda tariflenen her iki lezyon sıcak iskemi altında soğuk bıçak ile rezeke edildi. Argon lazer ve hemostatik madde ile kanama kontrolü yapıldı. Operasyon süresi 250 dk olarak kaydedildi. Post-operatif majör bir komplikasyona rastlanmadı. Post-operatif 4.günde dreni alınarak taburcu edildi. Preoperatif kreatinin değeri 0,91 mg/dl olan hastada post-operatif 0,89 mg/dl olarak kaydedildi. Histopatolojik değerlendirme sonrası kitle berrak hücreli RHK, evre pT1a ve cerrahi sınırlar negatif olarak raporlanmıştır.

Sonuç

Hereditör böbrek tümör sendromlarında, tekrarlayan cerrahi gerekliliği nedeniyle nefron koruyucu yaklaşımlar önerilir. VHL sendromunda, tümör boyutu 3 cm'e ulaşana kadar takip edilir ve gerektiğinde multidisipliner yaklaşım ile böbrek koruyucu cerrahi güvenli uygulanabilir.



Figür: A, B. sol böbrek orta pol 22x18 mm boyutlu solid kitle. C, D. sol böbrek alt pol 9x10mm boyutlu solid kitle

Anahtar Kelimeler: nefron koruyucu cerrahi, renal hücreli karsinom, Von-Hippel Lindau Sendromu

UROTHELIAL CARCINOMA MASKED BY KIDNEY STONE: CASE REPORT

Seyfettin Anıl TANTEKİN¹, **Kazım Can OBA**¹, Rifat Burak ERGÜL¹, Selçuk ERDEM², Tzevat TEFİK¹, Mehmet Öner ŞANLI², Ismet NANE¹, Sırma ÇETİN³, Faruk ÖZCAN²

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

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Ürolojik Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

³*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

INTRODUCTION

Urothelial carcinomas are tumors that can be seen in the renal pelvis, ureter, bladder and urethra in the urinary system. Upper urinary tract tumors constitute approximately %5-10% of all urothelial carcinomas [1]. When the upper urinary system is evaluated; pelvicalyceal tumors are twice as common as ureteral tumors, and the rate of being multifocal in upper urinary tract tumors is %10-20 [2]. In this article, a case of upper urinary tract tumor at a locally advanced stage due to difficulty in diagnosis will be described.

CASE PRESENTATION

A 72-year-old male patient was admitted to the hospital with left lumbar pain after a fall. In the patient's medical history; there was a diagnosis of hypertension, previous left open pyelolithotomy (1975) and left percutaneous nephrolithotomy operations (2002) history. He had 30 package-year smoking history. On physical examination, there was a palpable lesion in the left lumbar region at the level of the 11th costa. In ultrasonography, there was a 4 cm hypoechoic lesion. Tru-cut biopsy pathology was evaluated as urothelial carcinoma (Cytokeratin 7: (+) Cytokeratin 20: (+) TTF1: (-) GATA-3: (+)). In the FDG-PET imaging (Figure 1) of the patient, a mass lesion showing FDG uptake at the level of malignancy in the left 10-11th intercostal space, multiple calculus images in the lower pole of the left kidney, and focal hypermetabolism (Urine accumulation? Malignancy?) in the cortical area in the posterior part of the calculus were detected. DMSA scintigraphy revealed %35 separation function for the left kidney and an uptake defect (Scar?) in the lower pole of the left kidney.

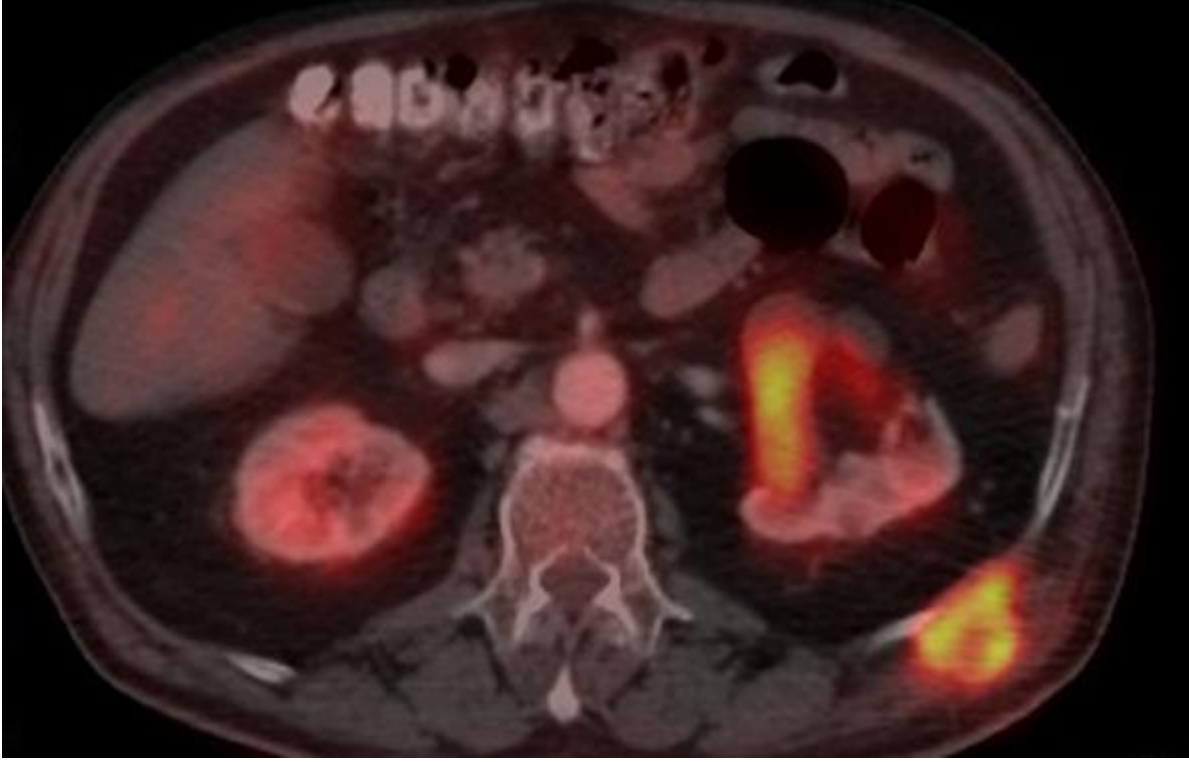


Figure 1: FDG-PET (axial section)

We performed left flexible ureterorenoscopy (F-URS) on the patient. No tumor formation was detected in the ureter and pelvicalyceal system. In the lower pole, completely obstructed calyx with calculus was observed. Thereupon, the patient underwent total excision of the mass, including the 11th and 12th costa. Result of the pathology was urothelial carcinoma with squamous differentiation (surgical margin negative) (GATA-3: (+), Cytokeratin 7: (+), P40: (+)) was detected.

Thereupon, the patient received 4 cycles of gemcitabine + cisplatin neoadjuvant chemotherapy. In the current FDG-PET (Figure 2); a hypermetabolic lesion in the lower pole of the left kidney, where urinary accumulation/urothelial carcinoma could not be excluded, was detected in a partially regressed appearance compared to the previous study. In the abdominal MRI+MR-urography (Figures 3-1 and 3-2) and CT-urography (Figure 4), grade 3-4 dilatation in the left kidney, 10 mm in diameter calculus image in lower pole calyces and a lesion of 11x11 mm was detected in the lower pole, where FDG uptake was detected. As a result of urine cytology, atypical urothelial cells were detected (Paris system).

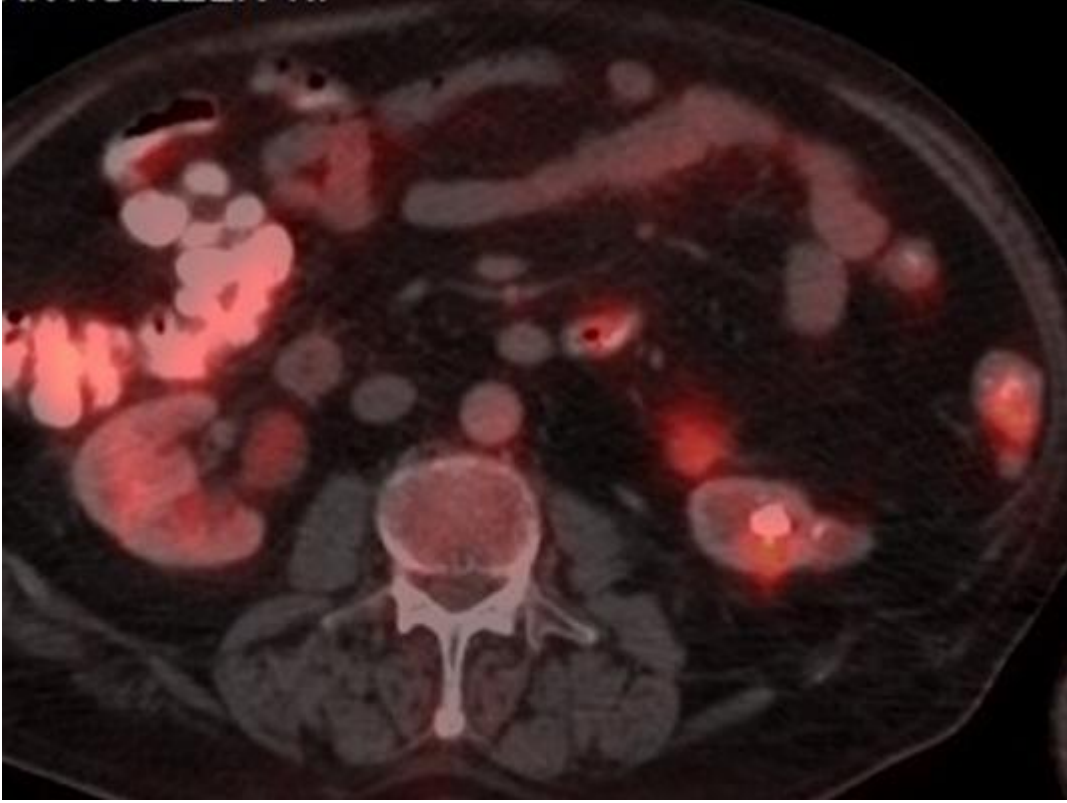


Figure 2: FDG-PET (axial section)

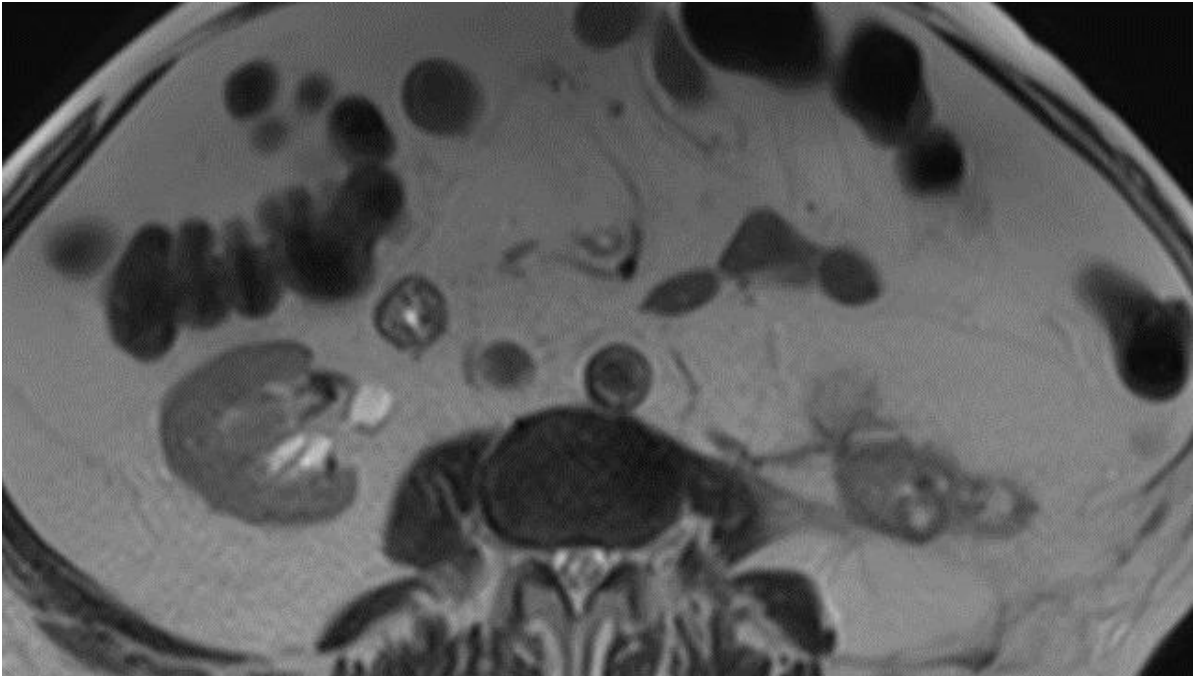


Figure 3-1: Abdomen MRI (axial section)



Figure 3-2: Abdomen MRI (coronal section)

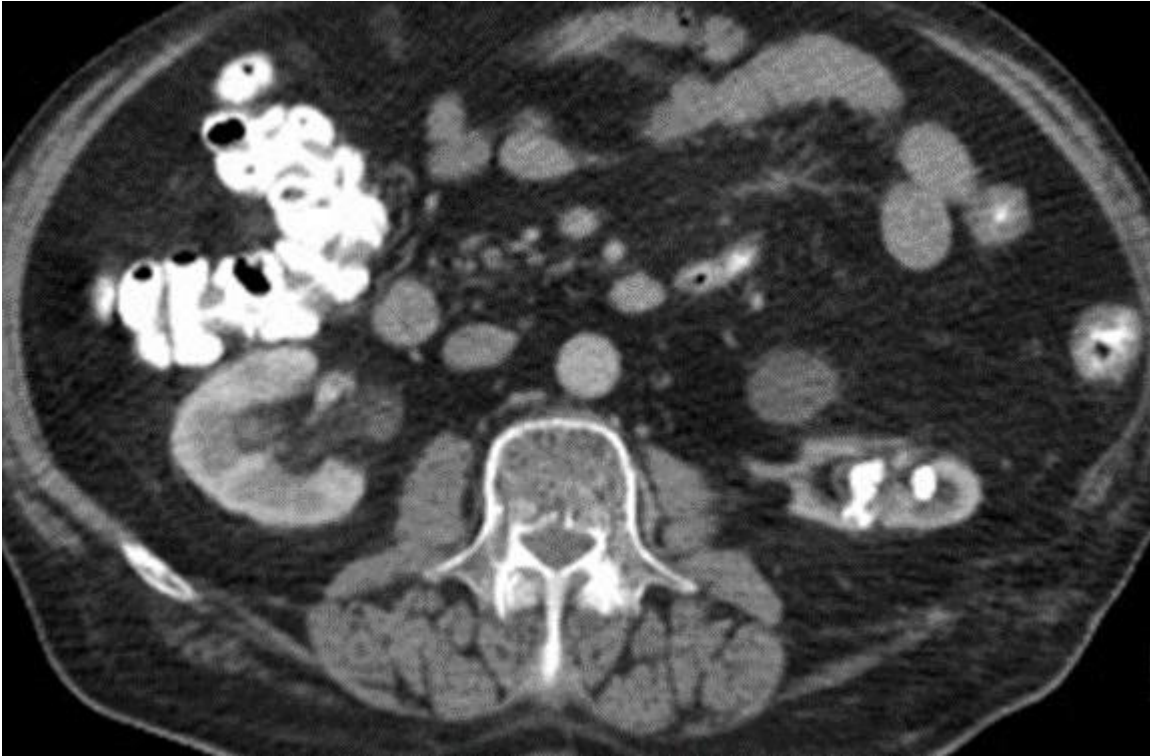


Figure 4: Abdomen CT (axial section)

The patient underwent laparoscopic left nephroureterectomy. The pathology result was reported as high-grade, anaplastic, pT3 urothelial carcinoma (Tumor large diameter: 2 cm, pelvis invasion (+), renal sinus invasion (+), surgical margins (-), ureteral tumor negative). In the pathology examination, it was seen that the stone in the lower pole of the left kidney was covering the tumor. (Figure 5) Probably the tumor behind the stone could not be seen in the previous F-URS operation.



Figure 5: Pathological specimen (Red sign: tumour area)

RESULTS

In the F-URS procedure performed for diagnostic purposes in upper urinary tract tumors, caution should be exercised in the presence of kidney stones. It should be kept in mind that the stone may be above the tumor and hide ureteral carcinoma.

REFERENCES

- 1) Siegel, R.L., et al. Cancer Statistics, 2021. Cancer J Clin , 2021. 71: 7.
- 2) Green , DA, et al. urothelial carcinoma of the bladder oath the upper tract : disparate twins . J. Urol , 2013. 189: 1214.

Keywords: urothelial carcinoma, kidney stone, URS

COVID-19 PANDEMİSİ VE GÜNEYDOĞU ANADOLU DEPREMINİN ÇOCUK ÜROLOJİ POLİKLİNİĞİMİZ İŞ YÜKÜNE ETKİLERİ

Izzet KOÇAK¹, Toygar ÖZLÜTURHANLAR², Mustafa TIPIRDAMAZ²

¹Aydın ADÜ Tıp Fak. A, Aydın, Türkiye

²Aydın ADÜ Tıp Fak., Aydın, Türkiye

Amaç: Çalışmamızda Ekim 2019'da açılan pediatrik üroloji polikliniğimizde pandemi ve deprem sürecinin hasta popülasyonu ve cerrahi girişim sürecimize etkilerini araştırmayı amaçladık.

Materyal Metod: Çalışmada 01.10.2019 ile 01.04.2023 tarihleri arasında hastanemiz pediatrik üroloji polikliniğine başvuran hastalar cinsiyeti, görüntüleme teknikleri, cerrahi prosedürleri açısından retrospektif olarak 4 kategoride (pandemi öncesi, kısıtlama/tam kapanma, kısıtlama sonrası ve deprem sonrası) incelendi.

Bulgular: Pandemi öncesi polikliniğimize 60 hasta başvurdu. %57.6'sı erkek %42.4'ü kızdı. Ortalama yaş 10.2 idi. Hastaların %57'sine görüntüleme yapıldı. En çok kullanılan tetkik USG (%66) idi. Hastaların %21,3'üne cerrahi uygulandı. En çok uygulanan işlem sünnet (%30) oldu. İşlemlerin %33'ü acil girişimdi.

Pandemi kısıtlama sürecinde Mart 2020-2021 tarihleri arasında 227 hasta polikliniğe başvurdu. 68,2'si erkek %31,8 kızdı. Hastaların %44,9'una görüntüleme yapıldı. USG (%66,6) ve Bilgisayarlı tomografi (%22,4) görüntüleme tetkikleri kullanıldı. Hastaların %20,2'sine cerrahi uygulandı. En çok sünnet (%41,3) ve URS (%21,7) yapıldı. Tam kapanma dönemi olan Mart, Nisan, Mayıs, Kasım, Aralık 2020 yılı ve Ocak, Şubat 2021 tarihlerinde 45 hasta polikliniğimize başvurdu. Yaş ortalaması 9.44±5.5'di. Başvuranların %55,5 erkek 44,5 kızdı. Hastaların %53,3 görüntüleme yapıldı. USG (%66,6) ve BT (%29,1) uygulandı. Hastaların %15,5 cerrahi uygulandı. En çok uygulanan cerrahi girişim URS (%57,1) idi. Vakaların %85.7'si acil girişimlerdi.

Kısıtlama sonrası 228 hasta başvurusu oldu. %69,2 erkek %30,8 kız çocuktu. %46,4'üne görüntüleme yapıldı. En çok USG (%66,6), BT (%19,8) yapıldı. Hastaların %17,1 ine cerrahi uygulandı. En çok sünnet (%28,2) ve URS (%25,6) yapıldı.

Deprem sonrası çalışmaya dâhil ettiğimiz 54 günlük süreçte polikliniğimize 79 hasta başvurdu. Hastaların %56'sına görüntüleme yapıldı. En çok kullanılan tetkik USG (%84) oldu. Hastaların %12,6'sına cerrahi işlem yapıldı. En çok yapılan işlem URS (%40) idi.

Sonuçlar: Pandemi öncesi ve tam kapanma dönemleri karşılaştırıldığında başvuran hasta sayısında %25, görüntülemede %39.2 ve cerrahi girişimlerde %52.38 oranında azalma gözlemlendi. Pandemi sonrası dönemle, tam kapanma süreci karşılaştırıldığında hasta sayısının %53.6, görüntüleme oranı %57.5 ve %64 cerrahi girişimin tam kapanma sürecine oranla daha az olduğu saptandı. Deprem sonrası dönem, pandemi öncesi ile karşılaştırıldığında başvuru sayısının %77.2, pandemi sonrası dönem ile karşılaştırıldığında %63.24 arttığı saptandı.

Sonuç olarak COVID-19 salgını ile pediatrik üroloji polikliniğimizde uluslararası üroloji derneklerinin yayınladığı kılavuzlar dahilinde acil vakalar alındı. Hasta başvuruları ve cerrahi sayısı azaldı. Deprem sonrası dönemde randevusuz/depremzede hastaların da bakılmasıyla hasta ve cerrahi sayısının belirgin artışı görüldü.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Deprem, Çocuk Ürolojisi

TRANEXAMIC ACID IN CHALLENGING STONE CASES OF RETROGRADE INTRARENAL SURGERY. A PRELIMINARY STUDY

Yasin YITGIN¹, Rifat Burak ERGÜL², Tzevat TEFİK²

¹*Istinye University Faculty of Medicine, İstanbul, Türkiye*

²*Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine, İstanbul, Türkiye*

Introduction

With the recent technological advances in endourology, retrograde intrarenal surgery (RIRS) has become a more popular procedure for the treatment of kidney stone. In addition, since the introduction of new laser systems and advanced flexible ureteroscopy with miniature ureteroscopes, retrograde intrarenal surgery has become feasible for more complex kidney stones.

Image quality in RIRS is an important parameter that affects the success of the operation and postoperative complications. Perioperative bleeding is an important complication that degrades the image during the operation. It is thought that the underlying reason for the increase in the amount of bleeding, especially in urological surgeries, is the fibrinolytic effect of high plasminogen concentration in the urine. It is predicted that even minimal bleeding during RIRS will affect the image quality of the operation, thus prolonging the operation time, reducing the success of the operation, and even increasing the complication. In our study, we aimed to investigate the safety and effectiveness of tranexamic acid used in RIRS in patients with challenging stone cases.

Methods/Materials

Data of 42 patients who underwent RIRS for complex kidney stones between November 2020 and April 2023 were analyzed. In the study, we used the ITO score from RIRS nomograms to identify complex cases. We defined complex cases as ITO scores of 15 and below. Group 1 included 21 patients who were administered tranexamic acid and group 2 included 21 patients who were not administered tranexamic acid. At the beginning of anesthesia induction, 500 mg of tranexamic acid diluted in 100 ml of saline was infused intravenously over 10 minutes. Preoperative demographic data of the patients, stone features, and postoperative outcomes were noted. In addition, the modified Clavien–Dindo classification system (MCDCS) was used to evaluate the postoperative complications of RIRS. Continuous data were compared with the Mann-Whitney U test, and categorical data were compared with the chi-square test.

Results

The mean age of group 1 was 40 ±14 (23-74), while group 2 was 46.6±15 (20-73). the male/female ratio was 11/10 and 15/6 in Group 1 and Group 2, respectively. There was no significant difference between the groups in terms of demographic data and stone characteristics. Fluoroscopy, f-URS, and stone disintegration times were statistically significantly lower in group 1. (p<0.05) We noticed that the operation was lower in Group 1, although it was not statistically significant. While the number of complications was lower in group 2, it was not statistically significant. The stone-free rate rates were the same for both

groups. Tranexamic acid-induced thromboembolic events were not observed in any of the patients.

Conclusion

With tranexamic acid, it is possible to perform an effective and safe RIRS procedure in challenging stone cases. Future studies would support the outcomes of this study.

Table. Patient demographics characteristics and stone features

	Group 1 (Tranexamic acid)	Group 2 (Control)	p
Patients, n	21	21	
Age (years)	40 ±14 (23-74)	46.6±15 (20-73)	p>0.05
Gender, male/female	11/10	15/6	p>0.05
ITO score	10.8 ±3.6 (3-15)	10±4 (3-15)	p>0.05
Stone size (mm)	22.6±5.3 (15-35)	22.8±6.2(15-35)	p>0.05
Laterality, right/left	9/12	10/11	p>0.05
Density (Hounsfield units)	1090±149(778- 1388)	1005±200 (565-1275)	p>0.05
Operation time (min)	73±15 (50-115)	84±27 (40-125)	p>0.05
F-URS time (min)	60.7± 11.3 (36-90)	71.7 ± 20.2 (31-105)	p<0.05
Fluoroscopy time(sec)	3.9 ± 1.7 (1-8)	10.2±4.9(4-20)	p<0.05
Stone disintegration time (min)	38.3 ± 4.7 (18- 65)	51.4 ± 8.6 (17- 68)	p<0.05
SFR, n (%)	17(80.9%)	17(80.9%)	p>0.05
MDCS*			p>0.05
Grade 1	3	2	
Grade 2	2	1	
Grade 3	0	0	
Grade 4	0	0	
Grade 5	0	0	

* modified Clavien–Dindo classification system

Keywords: Tranexamic acid; retrograde intrarenal surgery; intraoperative bleeding; kidney stone

SİSTEKTOMİ YAPILAN HASTALARDA RASTLANTISAL SAPTANAN PROSTAT KANSERİ

Abuzer ÖZTÜRK¹, İsmail Emre ERGİN², Mehmet Akif DOĞAN², **İbrahim KARACA¹**, Esat KORĞALI³

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, Türkiye

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, SİVAS, Türkiye

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, Türkiye

Giriş

Prostat kanseri dünyada akciğer kanserinden sonra erkeklerde en sık ölüme neden olan kanserdir (1) Mesane kanseri dünya çapında en sık görülen dokuzuncu, erkek popülasyonunda ise yedinci en sık görülen kanser olup, erkeklerde daha sıktır.(2) RS sonrası rastlantısal olarak saptanan prostat adenokarsinomunun sıklığı çeşitli serilerde değişiklik göstermektedir (3,4). RS uygulanan hastalarda rastlantısal olarak saptanan prostat adenokarsinomlarının çoğunluğu lokalize ve klinik olarak önemsiz kanserlerdir.Bu çalışmada mesane tümörü nedeniyle RS uygulanan ve tesadüfen prostat adenokarsinomu saptanan hastaların görülme sıklığı, histopatoloji ve takip süreleri incelenmiştir.

Materyal-Yöntem

Çalışmaya son 10 yıl içinde kliniğimizde RS yapılan, ameliyat öncesi prostat kanseri şüphesi veya tanısı olmayan hastalar dahiledildi. RS ve iki taraflı genişletilmiş pelvik lenfadenektomi yapılan hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastalara ameliyat öncesi dijital rektal muayene (DRM), serum prostat spesifik antijen (PSA), akciğer grafisi ve tüm karın görüntülemesi yapılarak mesane tümörünün lokal veya uzak metastazı olmadığı kanıtlandı.Histopatolojik değerlendirme deneyimli bir üropatolog tarafından yapıldı. Ameliyat sonrası dönemde her hastanın serum PSA düzeyleri 3 ayda bir kontrol edildi. Prostat kanseri biyokimyasal nüks; Enaz ikikez ölçülen PSA değerinin >0,2 ng/mL olması olarak tanımlandı. Hastalar tesadüfen prostat kanseri saptanan ve saptanamayanlar olmak üzere iki gruba ayrıldı.

Sonuçlar

Çalışmada radikal sistektomi yapılan 102 hastanın verileri incelendi. Bu hastalardan 9'u prostat kanseri takibinde olduğundan, 8'i neoadjuvan kemoterapi aldığından, 5'i tanı anında metastaz saptandığından ve 1'i kadın olduğundan çalışmaya dahil edilmedi. Geriye kalan 79 hastanın verileri retrospektif olarak analiz edildi.(Tablo 1)

	Prostat Kanseri (+)	Prostat kanseri (-)	P
N	15 (%23,4)	64 (%76,6)	-
Yaş	63,0 ± 1,5	65,1 ± 1,4	0,312
PSA (ng/ml)	5,75 ± 1,05	2,67 ± 0,29	0,004
Takip (ay)	47,8 ± 8,6	65,3 ± 5,0	0,22
Mesane tm Aşaması			
pTa	1(%6,7)	3(%4,7)	0,767
pT1	0	8(%12,5)	
pT2	7(%46,7)	23(%35,9)	
pT3	4(%26,7)	18(%28,1)	
pT4	3(%20)	12(%18,7)	
BDT			
HAYIR	15	63	0,81
Evet	0	1	
Cerrahi Sınır Pozitifliği			
Yok	12	53	0,52
Var	3	11	
Lenf Düğümü Tutulması			
Yok	11	48	0,56
Var	4	16	
Metastaz			
Yok	13	59	0,39
Var	2	5	
Eski	2 (%13,3)	8 (%12,5)	0,68

Prostat kanseri tanısı alan hastaların ortalama takip süresi 47 ay (3-74) olup, bu takip süresi içerisinde 3 hastada biyokimyasal nüks tespit edildi. Biyokimyasal nüksü olan iki hastaya pelvik radyoterapi, bir hastaya ise hormonoterapi uygulandı. Prostat adenokarsinomu nedeniyle hiçbir hastada ölüm görülmezken, prostat kanseri olmayan grupta ortalama 65 ay (3-84) takip süresinde 8 (%12,5) hastada mesane tümörü nedeniyle ölüm meydana geldi. Beş yıllık genel sağkalım açısından değerlendirdiğimizde genel sağkalım prostat kanserli hastalarda %84, prostat kanseri olmayan hastalarda ise %87,4 olarak tespit edildi ve ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. grupları (p = 0,691)

Tartışma

RS yapılan hastalarda eş zamanlı prostat kanseri tespit oranları çeşitli serilerde %4 ile %61 arasında görülmektedir (5). Mesane kanseri ve prostat kanseri en yüksek insidans oranına 70 yaş üzerinde ulaşmaktadır (6). Literatürün aksine çalışmamızda rastlantısal prostat kanseri olan grubun yaşı daha düşük bulunmuş olup, prostat kanseri olan ve olmayan grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda prostat kanseri olan ve olmayan gruplar arasında mesane kanserinin histopatolojik sonuçları değerlendirildiğinde tümör evresi, karsinoma in situ varlığı, lenf nodu metastazı ve cerrahi sınır pozitifliği açısından fark saptanmadı. İnsidental prostat kanseri ile ilgili daha önce yapılmış bazı çalışmalarda PSA'nın prostat kanserini öngörmede bir belirleyici olarak kullanılamayacağı belirtilse de bizim çalışmamızda PSA değeri prostat kanseri grubunda istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hastaların preoperatif değerlendirmesinde PSA değerlerinin klinik önemi göz ardı edilmemelidir (7). Literatürde rastlantısal prostat kanserinin genel ve kansere bağlı sağkalımı etkilemediğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır. Çalışmamızda prostat kanseri varlığının genel sağkalımı olumsuz

etkilemediği görüldü.Sonuç Radikal sistoprostatektomi yapmadan önce eşlik eden olası prostat kanserinin akılda tutulması önemlidir. Hastalar operasyon öncesi rektal muayene ve PSA değerleri ile değerlendirilmelidir. Eşlik eden prostat kanseri hastaların prognozunu olumsuz etkilemese de tanı ve takip açısından dikkatli olunmalıdır. Çalışmamızdaki prostat kanseri hastalarının uygun takipleri sonucunda bu hastalığın sürveyanslarına olumsuz bir etkisinin olmadığını belirtmek gerekir.

Anahtar Kelimeler: Sistektomi,Mesane prostat kanseri

YÜKSEK VE DÜŞÜK GÜÇLÜ LAZERİN RIRS BAŞARISI ÜZERİNE ETKİSİ: ÇOK MERKEZLİ ÇALIŞMA

Eren EROL¹, Gökhan ECER², Murat Can KİREMİT³, Mehmet Ilker GÖKÇE⁴, Mehmet BALASAR¹,
Ahmet Furkan SARIKAYA⁴, Muammer BABAYİĞİT⁴, Umut Can KARAARSLAN⁵, Elif AKSOY⁴,
Kemal SARICA⁶, Kamran AHMED⁷, Selçuk GÜVEN¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya, Türkiye

²Karapınar Devlet Hastanesi, Konya, Türkiye

³Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁴Ankara Üniversitesi Hastanesi, Ankara, Türkiye

⁵Koç Üniversitesi Hastanesi, İstanbul, Türkiye

⁶sancak, İstanbul, Türkiye

⁷King's College, Londra, Birleşik Krallık

Giriş

Perkütan nefrolitotomi (PNL), retrograd intrarenal cerrahi(RIRS) ve ekstrakorporeal şok dalgası litotripsi (ESWL) böbrek taşı tedavisi için optimal seçenekler olarak kabul edilmektedir. 2 cm'den küçük böbrek taşları için fleksibl üreterorenoskopi (fURS), Avrupa Üroloji Derneği kılavuzları ve Amerikan Üroloji Derneği kılavuzları tarafından standart bir tedavi seçeneği olarak önerilmektedir.

Son yirmi yılda, holmium: itriyum-alüminyum-garnet (Ho:YAG) lazer, lazer litotripsi için altın standart olarak seçilmiştir. RIRS günümüzde çoğunlukla Ho:YAG lazer litotripsi ile birlikte kullanılmaktadır. yüksek enerjili Ho:YAG lazerlerin de kullanıma girmesiyle daha iyi bir performans için doğru güç ayarına ilgi artmıştır. Lazerlerin gücü, 10 ila 140 watt (W) arasında değişmektedir. Gücü >35 W olanlar yüksek güçlü lazerler (HPL), <35 W olanlar düşük güçlü lazerler (LPL) olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu çok merkezli çalışmada, RIRS'da litotripsi için farklı güçlü lazerlerin kullanımına ilişkin güncel ve ilgili kanıtları gözden geçirerek HPL'nin etkinliği ve güvenilirliği hakkında sonuçlara ulaşmayı amaçladık.

Materyal Metod

3 farklı merkezde 01.06.2021 ve 01.09.2022 tarihleri arasında 2 cm'den küçük böbrek taşı nedeniyle RIRS uygulanan toplam 217 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar LPL kullanılan(Grup1, n:121 hasta) ve HPL kullanılan(Grup2, n:96) olmak üzere 2'ye ayrıldı.

Çalışmanın homojentesini arttırmak amacı ile Propensity skor analizi uygulandı. Propensity skor analizinde Grup-1 den 25 hasta çalışma dışı kaldı ve çalışmada her iki gruptan 96 hasta olmak üzere toplam 192 hasta verileri değerlendirildi.

LPL grubunda tüm merkezlerde 200µ fiber ile 30 wattHo:YAG lazer kullanılırken HPL grubunda ise 200µ fiber kullanılarak 150 W Ho:YAG lazer ile litotripsi işlemi uygulandı.Lazer taş kırma

ayarları kaydedildi.Çalışmada taşsızlık oranları,lazer çalışma ayarları (frekans,enerji seviyesi), cerrahi süresi floroskopi süresi ve hospitaizasyon süresi gibi veriler kaydedilerek karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışmada yaş, cinsiyet, taş tarafı, taş lokasyonu açısından gruplar arasında farklılık yoktu. Grup 1’de dusting, fragmentation, popcorn teknikleri tek başına daha az kullanılırken kombine tekniğin Grup2 ‘ye göre daha fazla tercih edildiği görüldü.($p<0,001$) 1. gün taşsızlık oranı Grup1’de %80,3 iken, Grup 2’de %78,1 olduğu görüldü.($p:0,828$) 3. Ay taşsızlık oranlarına baktığımızda ise Grup 1’de %90,7 iken; Grup 2’de %87,5 olduğu ve anlamlı fark olmadığı izlendi.

Operasyon süresi Grup-1 de $88,7\pm29,72$ dakika iken Grup-2 de $66,17\pm41,02$ dakika idi ($p<0,001$). Floroskopi süresi (FT) Grup 1’de $90,73\pm4,79$ saniye, Grup 2’de 50.78 ± 5.64 saniye idi.

Kullanılan lazer ayarlarını incelediğimizde kullanılan frekans değerinin Grup 1’de ort 10,3, Grup 2’de ort 37,9; kullanılan enerji seviyesinin ise Grup 1’de ort 1,8 J; Grup2’de ort 0,5 J olduğu izlendi.($p<0,001$)

Ek cerrahi gereksinimi, komplikasyon derecedeleri, UAS kullanım oranları, postoperatif stent kullanımı gibi parametreler gruplar arasında benzerdi.Hastanede yatış süresini incelediğimizde Grup 1’de anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü.($2,3\pm2,2$ gün vs $1,4\pm1,1$ gün; $p<0,001$)

Sonuç

HPL ve LPL RIRS’da sık kullanılan güncel taş fragmentasyon araçlarıdır. Çalışmamız sonucunda her iki yönteminde benzer SFR, komplikasyon oranlarıyla birlikte; HPL için daha düşük operasyon süresi, hastanede yatış süresi ve floroskopi süresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

	Group 1(lowpowerenergy) N:96	Group 2(highpowerenergy) N:96	P value
FragmentationMethod			
Dusting	2(%2,1)	34(%35,4)	<0,001
Fragmentation	10(%10,4)	21(%21,9)	
Popcorn	2(%2,1)	2(%2,1)	
Combined	82(%85,4)	39(%39,6)	
Ureteral Access sheathuse			
No	37(%38,5)	36(%37,5)	0,745
Yes	59(%61,4)	60(%62,5)	
Auxilliaryprocedure			
No	55(%57,2)	67(%69,8)	0,13
URS	13(%13,6)	11(%11,5)	
RIRS	13(%13,6)	12(%12,5)	
ESWL	10(%10,4)	5(%5,2)	
Other	5(%5,2)	1(%1)	
Postoperativestentuse			
No			0,076
Yes	8(%8,3)	3(%3,1)	
	88(%91,7)	93(%96,9)	
Complication			
Clavien1	12(%12,5)	18(%18,7)	0,15
Clavien 2	4(%4,1)	4(%4,2)	
Clavien 3	0	0	
Clavien 4	0	0	
Stone freestatus PO 1st day			
No	19(%19,7)	21(%21,9)	0,9
Yes	77(%80,3)	75(%78,1)	
Stone freestatus PO 1-3rd month			
No	9(%9,3)	12(%12,5)	0,7
Yes	87(%90,7)	84(%87,5)	
PreferredpulseEnergy (J±SD)	1,8±0,4	0,5±0,35	<0,001
PreferredPulseFrequency(Hz±SD)	10,3±1,8	37,9±17,9	<0,001
PreferedPulseWidth(ms±SD)	393±96	1700	<0,001
Operation time(min±SD)	88.70±29.72	66.17±41.02	<0,001
Floroscopy time(sn±SD)	90.73±4.79	50.78±5.64	<0,001
Hospitalstay(day±SD)	2.35±2.27	1.42±1.10	<0,001
Costpercase(Tl±SD)	1562±576	3152±1346	<0,001

Anahtar Kelimeler: Fleksibl üreterorenoskopi, Böbrek taşı, Retrograd intrarenal cerrahi, Yüksek güçlü lazer,Düşük güçlü lazer

MESANE KAYNAKLI İNFLAMATUAR MİYOFİBROBLASTİK TÜMÖR

İbrahim KARACA¹, Esat KORGALI¹, Mehmet Akif DOĞAN²

¹Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, Türkiye

²Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas, Türkiye

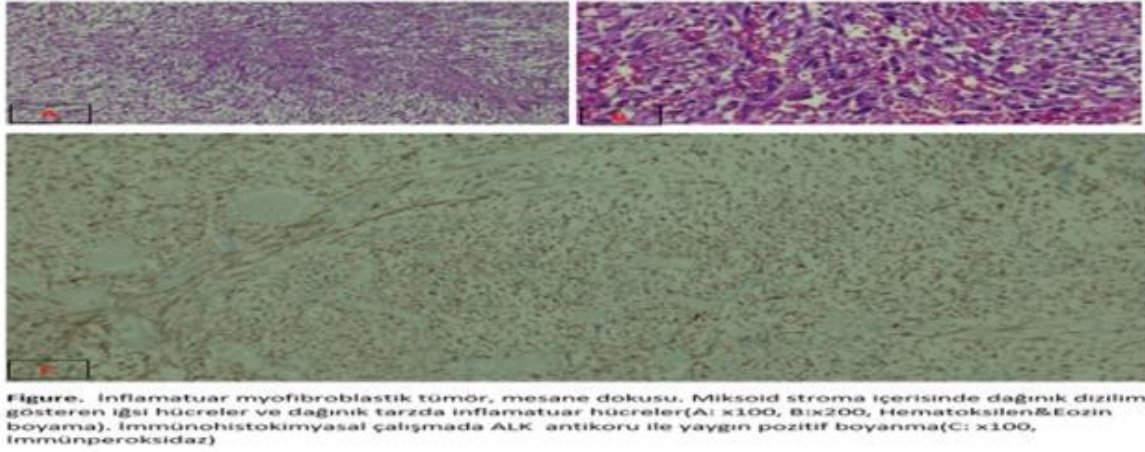
GİRİŞ

İnflamatuar myofibroblastik tümör (İMT), ender görülen bir tümördür. Günümüzde genetik kökeni olan, otoimmün ve enfeksiyöz nedenlerin de suçlandığı lokal agresif davranış özelliklerine sahip bir neoplazm olarak tanımlanmaktadır. 1-5 Sıklıkla akciğer, gastrointestinal, genitoüriner organlar ve retroperitonda görülmekle birlikte farklı lokalizasyonlarda görülebilir. 6 Asemptomatik olabildiği gibi kitlenin lokalizasyonuna göre öksürük, kilo kaybı, idrar yolu enfeksiyonu, hematüri gibi semptomlar verebilir. USG, BT ve MR kitlenin teşhis edilmesi ve diğer kitlesel lezyonlardan ayırıcı tanısının yapılması amacıyla kullanılabilir fakat görüntülemeye tipik bulgu vermeyebilir. 2-8 Tedavide sağlam cerrahi sınır sağlayacak şekilde tümörün rezeksiyonu gereklidir. Nüks etme ihtimali olan İMT olguları ameliyat sonrası dönemde yakın takip gerektirir. 4-9

OLGU

Kronik hastalığı bulunmayan 50 yaş erkek hasta 1 haftadır süren hematüri şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Fizik muayenesi ve laboratuvar parametreleri normaldi. Yapılan görüntülemeye “Mesane posterior duvarda 3x4 cm boyutta pozisyonla yer değiştirmeyen belirgin doppler aktivite kodlamayan heterojen yumuşak doku yapılıması izlendi ve hastaya Sistoüretroskopi + TURm (>3cm) yapıldı. Patoloji: İGŞİ HÜCRELİ TÜMÖR Yaygın lamina propria invazyonu var. Kas dokusu görülmedi. Yorum: Mevcut materyalden hazırlanan mikroskopik kesitlerde izlenen histopatolojik bulgular ile inflamatuar miyofibroblastik tümör, sarkomatoid karsinom veya leiomyosarkom olabileceği düşünüldü. İHK'sal bulgular ile birlikte değerlendirildiğinde öncelikle inflamatuar miyofibroblastik tümör lehine yorumlandı. Sarkomatoid karsinom ayırıcı tanıya alındı. Bunun üzerine hastaya Sistoüretroskopi + ReTURm (>3cm) yapıldı. Pat: İNFLAMATUAR MİYOFİBROBLASTİK TÜMÖR (İMT) İLE UYUMLU BULGULAR. Kas doku invazyonu izlendi. Az miktarda ürotelyal epitel izlenmiştir. İn situ ürotelyal karsinom lehine bulgu yoktur. Üroonkoloji konseyine çıkarılan hasta da parsiyel sistektomi yapılması uygun görülmüş olup Sistosüretroskopi + Parsiyel Sistektomi yapıldı. Pat: İMT Tümör boyutu: 10x8x8 mm. Tümör yüzeyinde ülserasyon izlendi. Kas dokusu ve yağ doku invazyonu izlendi. Dış cerrahi sınıra uzaklığı: 7 mm olup cerrahi sınırda tümör yoktu. Patoloji sonucu: %10'luk formaldehit solüsyonda tespit işlemi gören parsiyel sistektomi ameliyat materyalinin makroskopik incelemesinde 4,5x3x3 cm boyutlarında üzerinde 2,5 cm çapında mukoza bulunan, dokunun orta kısmında 0,8 cm çapında gri beyaz renkte, mukozadan çökük görünümde lezyon izlendi. Ardından dokular parafin dokulara gömülüp, 3 mikron kalınlıkta kesitler lam üzerine alınıp, deparafinizasyon işlemi sonrasında hematoksilin & eozin boyandı. Boyanmış lamalar ışık mikroskopunda incelendi. Kesitlerde lezyon bölgesinde epitelin olmadığı, mukozanın çökük görüldüğü, kas tabaka ve yağ doku invazyonu olduğu gözlemlendi. Tümör hücreleri iğsi nükleuslu idi mikzoid zemin ve dağınık inflamatuar hücreler

görüldü. Atipik mitoz yoktu. Kitle eksizyon cerrahi sınırları intakt idi. İmmünohistokimyasal çalışmada, tümör Vimentin, ALK ile yaygın pozitif, keratin ile fokal pozitif boyandı. GATA 3, P63, Desmin, EMA, Myogenin negatif boyandı. Ki-67 proliferasyon indeksi: % 10 olarak görüldü. Hastanın posop takiplerinde sıkıntı olmadı ve 10. gün foley çekildi.



TARTIŞMA

İMT histolojik görünümü oldukça değişkendir ve leiomyosarkom ve embriyonal rabdomiyosarkom ile benzerlik göstermesi nedeniyle ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Temel olarak myofibroblastik, fibroblastik hücreler ve inflamatuvar hücrelerden oluşmaktadır. Görüntüleme yöntemlerinde farklı özelliklere sahip olduğundan tipik bulgusu yoktur. Çoğunlukla insidental olarak saptanırlar. Kitlenin lokalizasyonuna göre USG, BT ve MR görüntüleme tanı koymak amacıyla kullanılabilir. Sarkom ve diğer kitlesel lezyonlardan ayırıcı tanısının yapılması zordur^{9,10,15}. Tümör çapı 1-8 cm arasında değişir. Mesane yerleşimi sıklık sırasına göre sağ duvar, sol duvar, ön duvar, arka duvar ve trigonda da izlenir^{11,12}. Nüks etme ihtimali olan bu tümörlerin metastaz yapma özelliği yoktur. Mesane orjinli İMT tedavisinde parsiyel sistektomi veya transüretral rezeksiyon önerilmektedir^{11,12,13}. Tümörün bütün olarak rezeksiyonu semptomların ve laboratuvar anomalilerinin ortadan kaldırılmasını sağlamakla birlikte tümör nüksünün önlenmesinde de en önemli tedavidir¹⁻¹¹. Tedavisinin cerrahi, patoloji ve radyoloji kliniklerinin multidisipliner yaklaşımı ile yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

SONUÇ

İMT ender görülen, nonspesifik semptomlara sahip; görüntüleme yöntemlerinde malign lezyonlardan ayırıcı tanısı net olarak yapılamayan benign karakterli bir lezyondur. Ayırıcı tanısının yapılması gereksiz radikal girişimleri azaltmaktadır. Nüks etme potansiyelinin olması nedeni ile küratif rezeksiyon ana tedavi yöntemidir. Genitoüriner sistem kitlelerinde, bu tümörün varlığı gözönünde bulundurulmalıdır. Tedavisinin cerrahi, patoloji ve radyoloji kliniklerinin multidisipliner yaklaşımı ile yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

Kaynakça :1-2 Pungpapong S, Geiger XJ, Raimondo M. Inflammatory myofibroblastic tumor presenting as a pancreatic mass: a case report and review of the literature JOP.2004;5:360-7.3-4. Coffin CM, Watterson J, Priest JR, Dehner LP. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor (inflammatory pseudotumor) a clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases. Am J Surg Pathol. 1995;19:859-72. 5. Nonaka D, Birbe

R, Rosai J. So-called inflammatory myofibroblastic tumour: a proliferative lesion of fibroblastic reticulum cells? Histopathology. 2005;46:604-13.6. Gleason BC, Hornick JL. Inflammatory myofibroblastic tumours: Where are we now? J Clin Pathol. 2008;61:428-37.7. Gude D, Rayudu R, Bansal D How pseudo is an inflammatory pseudotumor? Indian J Med Paediatr Oncol. 2011;32:204-06.8-9. Kovach SJ, Fischer AC, Katzman PJ, Salloum RM, Ettinghausen SE, Madeb R et al. Inflammatory myofibroblastic tumors. J Surg Oncol. 2006;94:385-.11. Lott S, Lopez-Beltran A, MacLennan GT, Montironi R, Cheng L. Soft tissue tumors of the urinary bladder, Part I: myofibroblastic proliferations, benign neoplasms, and tumors of uncertain malignant potential. Hum Pathol. 2007;38:807-23.12. Cheng L, Foster SR, MacLennan GT, Lopez-Beltran A, Zhang S, Montironi R. Inflammatory myofibroblastic tumors of the genitourinary tract: single entity or continuum? J Urol. 2008;180:1235-40.

Anahtar Kelimeler: Mesane Kanseri, İMT, Sistektomi

PROSTAT KANSERİNDE PATOLOJİK TÜMÖR HACMİNİN TÜMÖR DERECESESİ İLE İLİŞKİSİ

Berkay EREN, Osman GERÇEK

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Giriş ve Amaç: Prostat kanseri tedavisinde, tedavi öncesi risk sınıflamasının önemi güncelliğini korumaktadır. Tümör hacminin, prostat kanseri tedavisi ve prognozundaki yeri ile ilgili tartışmalar halen devam etmektedir. Biz bu çalışmamızda; hem transrektal ultrasonografi biyopsi (TRUS-Bx) hem de radikal prostatektomi (RP) materyallerinden elde edilen tümör hacmi ve yüzdelerinin ISUP derecesi ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza; Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversite Hastanesi Üroloji Kliniği'nde, Eylül 2020 – Eylül 2023 tarihleri arasında, prostat kanseri şüphesi olan ve yapılan TRUS-Bx'de prostat kanseri teşhis edildikten sonra radikal prostatektomi operasyonu gerçekleştirilen 142 hasta dahil edildi. Hastaların, yaş, PSA, TRUS-Bx ISUP değeri, ortalama tümör yüzdesi, pozitif kor oranı, RP ISUP değeri, tümör yüzdesi ve patolojik tümör hacmi verileri tarandı ve kaydedildi. TRUS-Bx veya RP patolojisinde saptanan tümör yüzdesi ve hacmi ile ISUP değerlerinin ilişkisi araştırıldı. TRUS-Bx ortalama tümör hacmi; pozitif korlardaki tümör yüzdesinin pozitif kor sayısına bölünmesi ile hesaplandı. RP patolojik tümör hacmi, $(V=(\pi/6)*uzunluk*genişlik*yükseklik)$ formülü ile hesaplandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş ortalaması $66,01\pm5,87$, ortalama PSA değeri 8,95 olarak saptandı. TRUS-Bx ortalama tümör yüzdesi $\%36,2\pm23,14$, ortalama pozitif kor oranı ise $\%36,57\pm25,03$ olarak bulundu. RP tümör yüzdesinin ortalama değeri $\%13,50$ olup, patolojik tümör hacminin ortalama değeri 3,73 cc idi. TRUS-Bx pozitif kor oranı ve ortalama tümör yüzdesi ile TRUS-Bx ISUP derecesi arasında düşük-orta derecede pozitif bir korelasyon mevcuttu ve istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla; $r=0,332$ $p<0,001$, $r=0,259$ $p=0,002$). RP tümör yüzdesi ve patolojik tümör hacmi ile RP ISUP derecesi arasında orta derecede pozitif bir korelasyon mevcuttu ve istatistiksel olarak anlamlıydı (sırasıyla; $r=0,477$ $p<0,001$, $r=0,404$ $p<0,001$). Ayrıca; RP ISUP değerlerinin, tümör hacmi ve tümör yüzdesi açısından karşılaştırılmasında; yüksek ISUP değerlerinde, yüksek tümör hacmi ve tümör yüzdesi saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$).

Sonuç: Literatürde, tümör hacminin hastalık evresi ve prognozuna etkisi ile ilgili farklı görüşler bulunmaktadır. Histolojik derece ve hacmin yüksek derecede ilişkili olduğunu belirten çalışmaların yanı sıra, tümör hacmi ile PSA değerinin korele olmasına rağmen tümör hacminin patolojik evre ve tümör derecesi ile ilişkisinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler; tümör hacmi ile ISUP derecesinin pozitif anlamda ilişkili olduğu yönündedir. Elde ettiğimiz veriler, tümör hacminin kanser ilerlemesinin anlamlı bir belirteci olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Prostat Kanseri, Prostatektomi, Tümör Derecesi

SÜKSİNAT DEHİDROGENAZ EKSİKLİĞİ OLAN RENAL HÜCRELİ KARSİNOM: BİR OLGU SUNUMU

Mehmet Akif DOĞAN¹, Aydemir ASDEMİR², İbrahim KARACA³, Esat KORĞALI³

¹*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Sivas, Türkiye*

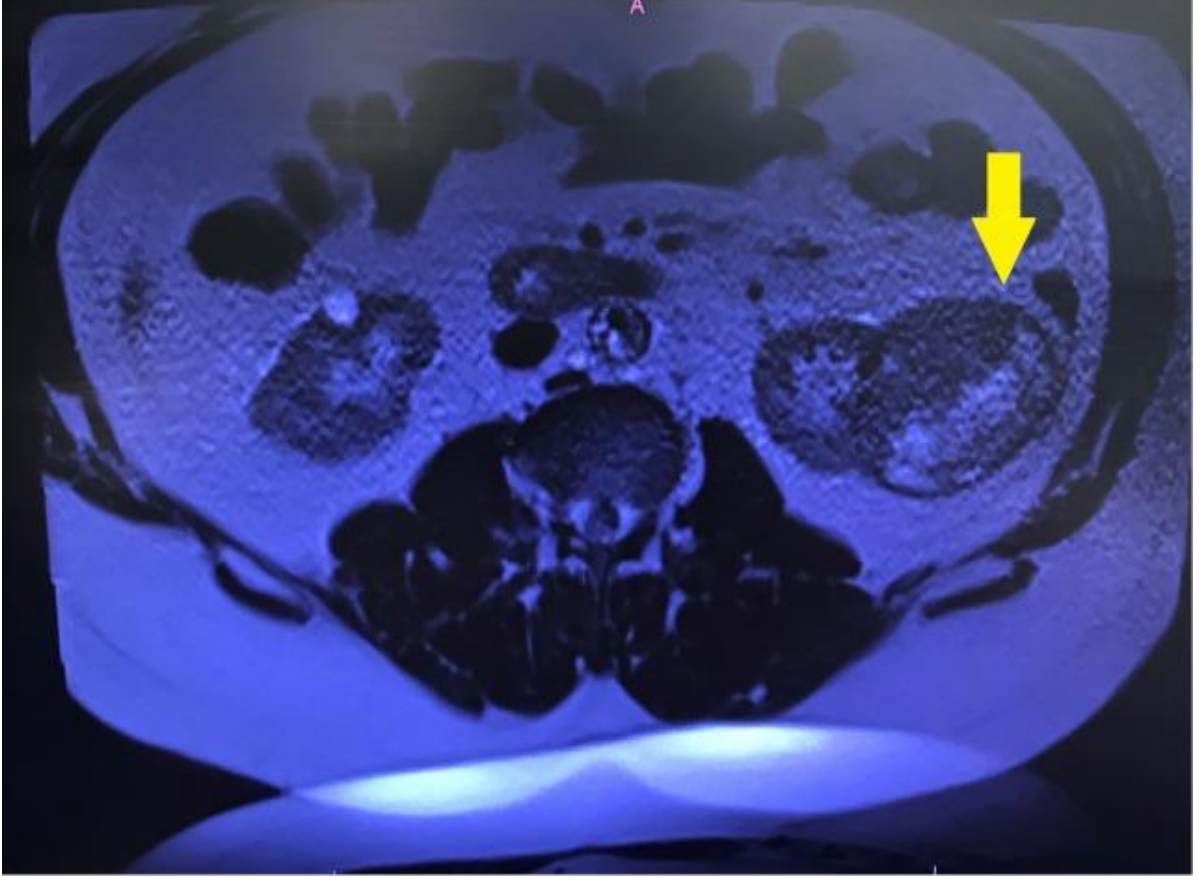
²*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Sivas, Türkiye*

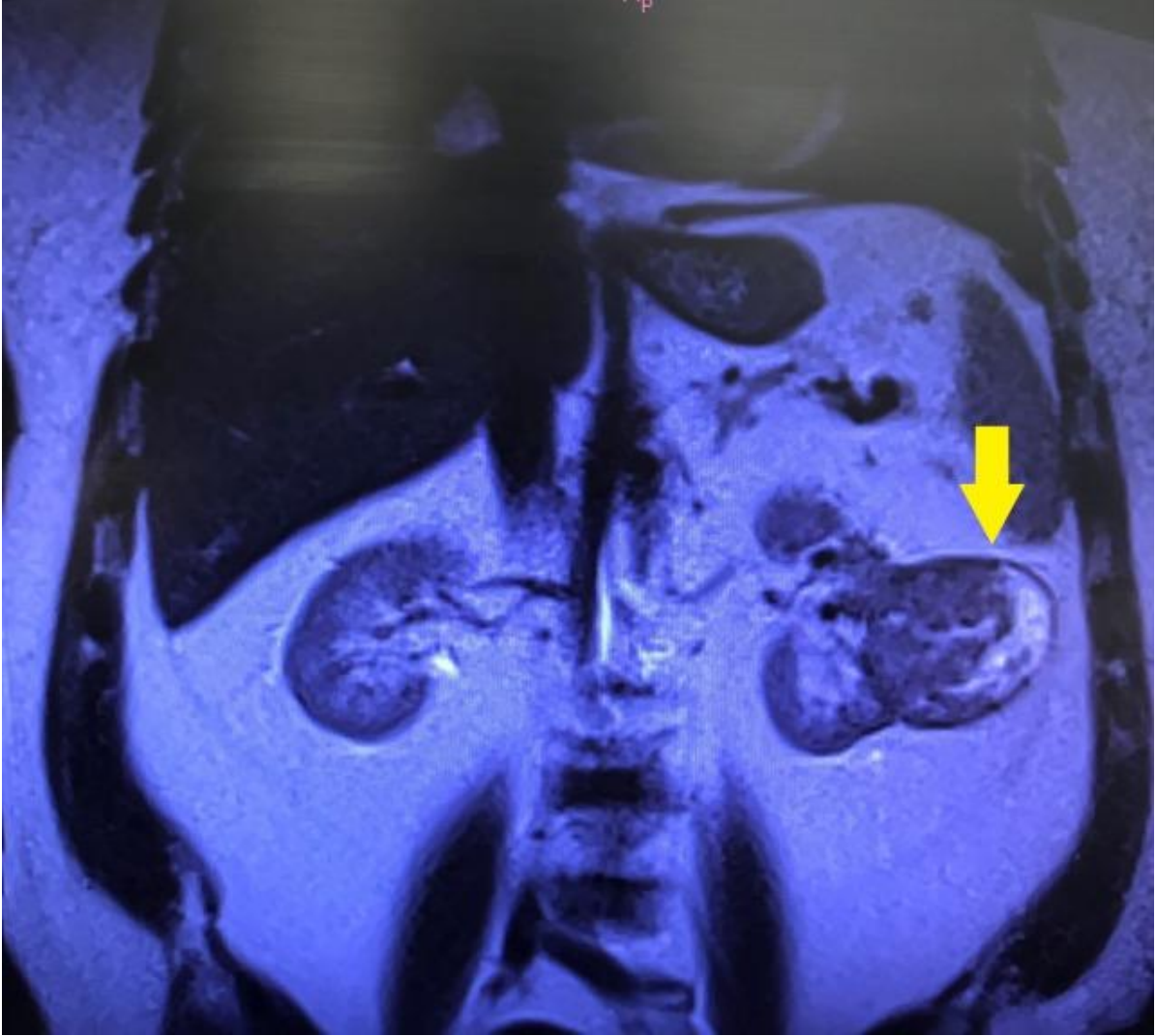
³*Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Sivas, Türkiye*

Süksinat dehidrogenaz (SDH) eksikliği gösteren böbrek hücreli karsinomuna (BHK) ilk olarak 2004 yılında yapılan bir çalışmada bahsedilmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün üriner sistem ve erkek genital organları tümörlerinin 2016 sınıflandırmasında BHK'nın yeni bir alt tip olarak kabul edilmiştir (3). Bu olgumuzda nadir olarak görülen SDH kaybı gösteren BHK vakasını literatür bilgileri eşliğinde sunmayı ve literatüre katkı sağlamayı amaçladık.

Olgu Sunumu

65 yaşında erkek hastanın dispeptik şikayetler nedeni ile dış merkezde yapılan incelemelerinde USG'de sol böbrek orta kesimde egzofitik uzanım gösteren 73x50 mm boyutlarında yumuşak doku yapılanması izlenmiş. Hastanın ileri tetkik amacıyla yapılan batın MR taramasında sol böbrek orta kesiminde 64x62 mm boyutlarında IVKM sonrası kontrastlanma gösteren, BHK destekleyen kitle lezyonu izlendi (resim 1 ve 2). Tarafımıza yönlendirilen hasta poliklinikte değerlendirildi. Ürolojik aktif şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesi ve laboratuvar değerleri normal olarak değerlendirildi. Bilinen HT, DM hastalıkları mevcuttu. Hastaya laparoskopik radikal nefrektomi uygulandı. Vaka sorunsuz geçti ve postoperatif takiplerinde sorun olmayan hasta taburcu edildi. Patoloji materyalinin makroskopik incelemesinde 6.5x5.5x5 cm boyutlarında gri kahverenkli yer yer kanamalı lezyon izlendi. Parankim kahverenkli homojen görünümdeydi. Patolojik incelemesinde; nükleer grade 1/4 WHO/ISUP, SDH kaybı gösteren BHK ortaya çıktı. İmmünohistokimyasal analizinde; CD117, AMACR, Kromogranin, Sinaptofizin, CK7, CD10, PAX-8, RCC, S100 negatif ve SDH:Tamamen kayıp izlendi (internal kontrol pozitif) olarak raporlandı.





Tartışma

Süksinat dehidrogenaz, hücrelerde enerji metabolizması için gerekli olan dört alt birimden (SDHA, SDHB, SDHC ve SDHD) oluşan bir enzim kompleksidir. Krebs döngüsünün enzim mutasyonu ile karakterize edilen kalıtsal böbrek kanseri formu olan SDH eksikliği gösteren BHK ilk olarak Vanharanta ve ark. yaptığı çalışmada tanımlandı ve SDH mutasyonlarının feokromasitoma/paraganglioma ve BHK'lar arasında bir bağlantı olduğunu düşündürdü (1). SDH eksikliği olan BHK'lı hastaların çoğunda germline mutasyon olduğu ve en sık mutasyona uğrayan genin SDHB olduğu tespit edilmiştir ve bunu sırasıyla SDHC, SDHD ve SDHA takip etmektedir (5). SDH kaybı gösteren BHK tüm BHK'lerin %0,05 ila %0,2'sini oluşturduğu düşünülmektedir. Hastaların ortalama yaşı yaklaşık 37 (14 ve 76 arası) ve 1.7:1'lik hafif bir erkek baskınlığı vardı. Tümör ortalama 51mm (7-90 mm arası) boyutlarında böbreğe sınırlı olarak izlenmiştir. Hastaların yaklaşık %15'inde kişisel gastrointestinal stromal tümör (GİST) öyküsü, %15'inde kişisel paraganglioma öyküsü, %22'sinde ailede BHK öyküsü, %26'sında paraganglioma ve %4'ünde gastrointestinal stromal tümör (GİST) için pozitif aile öyküsü bulundurmaktadır (6,7). Bizim olgumuz da literatür verileri ile cinsiyet, yaş aralığı ve tümör boyutu açısından uyumluydu. Olgumuzda kişisel veya aile öyküsünde BHK, GİST, feokromasitoma veya PGL bulunmuyordu. Tümörün mikroskopik en karakteristik histomorfolojik özelliği, soluk eozinofilik ya da tiftiksi görünümde sitoplazmik vakuoller ve inklüzyonlardır (6,7,8). Bizim olgumuzun mikroskopik özelliklerinde ve immünohistokimyasal

analizinde; SDH:Tamamen kayıp izlenmesi SDH kaybı gösteren BHK'yı doğruladı. Hastamızın 12.ay takiplerinde nüks, metastaz veya senkron tümör gelişmedi. Takipleri devam etmektedir.

Sonuç

SDH kaybı gösteren BHK son derece nadir görülen bir böbrek tümörüdür. Diğer böbrek tümörlerinin ayırıcı tanısında akılda tutulmalı, tipik histomorfolojik özelliklerinin varlığı değerlendirilmeli ve gerektiğinde uygun immünohistokimyasal belirteçler uygulanmalıdır. Tümörün prognostik belirteçleri göz önünde bulundurularak cerrahi eksizyon sonrası metastaz, nüks ve SDH eksikliği gösteren diğer tümörler açısından yakın takip edilmelidirler. SDH mutasyonları ile ilişkili hastaların klinik özellikleri ve yönetimi hakkındaki bilgiler sınırlıdır ve daha çok veriye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: renal cell carcinoma, succinate dehydrogenase deficiency

ATNALI BÖBREKLİ HASTADA PERKÜTAN NEFROLİTOTOMİ OLGU SUNUMU

Eren EROL, **İbrahim GÖKSOY**, Selim SOYTÜRK, Rifat TEKELİ, Nurmanbet TURALİEV, Mehmet
Giray SÖNMEZ
NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Konya, Türkiye

Atnalı böbrek 400'de 1 insidansla en sık görülen doğumsal renal füzyon anomalisidir. Erkeklerde iki kat fazla sıklıkla görülmektedir. Genelde asemptomatik olmakla birlikte gelişen semptomlar altta yatan patolojiye sekonder (enfeksiyon, obstrüksiyon, taş oluşum vb) görülmektedir. Atnalı böbreklerde taş oluşumu %20 insidansla en sık komplikasyon ve en sık cerrahi gerektiren nedendir.

Bu olgumuzda atnalı böbrekli hastada görülen staghorn taşına uyguladığımız perkütan nefrolitotomi olgusunu sunmayı amaçlıyoruz.

Anahtar Kelimeler: horseshoe, renal, stone, percutaneous, nephrolithotomy

RADİKAL SİSTOPROSTATEKTOMİ SONRASI METASTATİK İNGUİNAL LENFADENOPATİ OLGU SUNUMU

Selim SOYTÜRK, Eren EROL, İbrahim GÖKSOY, Nurmanbett TURALIEV, Rifat TEKELİ, Mehmet Giray SÖNMEZ

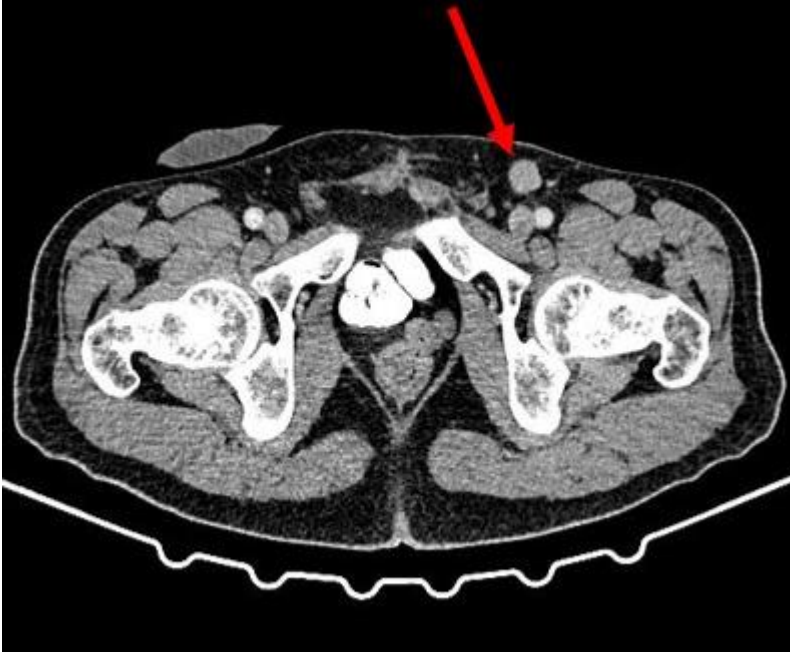
Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Üroloji ABD, Konya, Türkiye

ÖZET

Mesane kanseri genitoüriner kanserler arasından en sık gözlenen ikinci kanser türüdür. Yüzde doksanından fazlasını transizyonel hücreli kanserlerin oluşturduğu mesane kanseri hastalarının yaklaşık %25'i tanı anında kasa invazedir.(1-2) Hematojen metastazı az olan mesane kanserleri en çok lokal invazyon göstermektedir. Lenfatik yayılımı ise pelvik lenf nodlarına görülmektedir.(3)Kasa invaze mesane kanserinin standart tedavisi radikal sistektomi ve lenf nodu diseksiyonudur.(4) Bu olguda neoadjuvan kemoterapi (NAC) alan radikal sistoprostatektomi + ilioinguinal LND yapılan 54 yaşındaki hastada postoperatif 2. yılda gelişen inguinal lenfadenopati olgusunu sunmayı amaçlıyoruz.

OLGU SUNUMU

52 yaşında erkek hasta son 1 yıldır aralıklı olan pıhtılı hematüri ve dizüri şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 40 paket/yıl sigara öyküsü olan hastanın bilinen ek sistemik hastalığı ve geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu. Hastanın tarafımıza başvurusunda PSA değeri 6,15 fPSA 1,58 olması üzerine yapılan Mp MR'da mesanede multipl polipoid lezyon ve Pİ RADS-5 lezyon saptanması üzerine hastaya TUR-MT ve TRUS Prostat biyopsisi planlandı. Yapılan TUR-MT patoloji sonucu yüksek dereceli ürotelyal karsinom; muskularis propria invazyonu pozitif (T2G3) ve prostat biyopsisi sonucu intraduktal ürotelyal karsinom gelmesi üzerine hastaya PET CT görüntülemesi planlandı. Tarama görüntüleme sonucunda klinik olarak prostat parankimine invaze transizyonel hücreli karsinom olan hastada herhangi bir lenf nodu tutulumu veya uzak metastaz saptanmadı. (T4N0M0). Bunun üzerine hastaya gemsitabin-sisplatin bazlı neoadjuvan KT protokolü uygulandı ve sonrasında hastaya radikal sistoprostatektomi ve ilioinguinal lenf nodu diseksiyonu (external-internal-common iliak lenf nodları ve obturator lenf nodları) yapıldı. Patoloji sonucu T1N0Mx gelmesi üzerine hastaya ek tedavi planlanmadı. Hastaya yapılan takip görüntülemelerinde operasyon sonrası 2.yılda Sol inguinal bölgede 14x14 mm ebatlı lenfadenopati görülmesi üzerine girişimsel radyoloji tarafından perkütan tru cut biyopsi yapıldı. (Resim 1.) Patoloji sonucu orijini mesane karsinomunu destekleyen karsinom metastazı olarak raporlandı. Bunu üzerine hastada üretral nüksü ekarte etmek amacı ile tanışal üretroskopi yapıldı. Üretral herhangi bir patoloji izlenmemesi üzerine hastaya lenf nodu eksizyonu planlandı. Sol inguinal oblik 5 cm lik kesi ile lateralde femoral vene kadar çevre yağ doku ile birlikte yaklaşık 6 cm'lik kitle eksize edildi.(Resim 2-3.)Eksize edilen dokunun patolojisi ürotelyal karsinom orjinli karsinom metastazı olarak sonuçlandı. Hasta şu an lenfadenopati eksizyonu sonrası 7.ayında olup yapılan rutin tetkik ve görüntülemelerinde herhangi bir şüpheli lezyon veya patoloji bulunmamaktadır.



Resim 1: Sol inguinal Lenf nodu metastazı



Resim 2: İntraoperatif inguinal LN eksizyonu



Resim 3: İntraoperatif inguinal LN eksizyonu

Tartışma

Mesane kanserlerinin neredeyse %90'ı TCC'dir ve tüm mesane kanseri metastazı vakalarında %69'u lenf düğümlerine metastaz yapar. (5)Radikal sistektomili hastalarda %5-15 oranında pelvik nüks ve genellikle ilk iki yıl içerisinde görülmektedir. Pelvik nüks olan hastalarda prognoz kötüdür. Operasyonda erkeklerde standart olarak mesane, prostat, seminal veziküller, distal üreterler ve bölgesel lenf nodları çıkarılır. Standart LN diseksiyonunda, internal iliak,presakral, obturator fossa ve eksternal iliak nodları içerecek şekilde, üreter ve ana iliak arterin çaprazlandığı seviyeye kadar nodlar çıkarılmalıdır. Mesane lenfatik drenaj haritası lenfadenopatinin aranacağı yerin bilinmesini sağlar. Mesane tabanı, obturator ve internal iliak lenf nodlarına drene olur. Üst ve alt mesane kesimlerini tutan kitle eksternal iliak lenfadenopatiye neden olur. Mesane boynu kaynaklı kanser ise presakral ve obturator lenf nodlarında büyümeye neden olur. (6) Bizim olgumuzda hastanın mesanedeki kitlesi sağ anterolateral ve anterior duvarda yer almaktadır. Hastaya çekilen pelvik MR da bölgesel lenf nodu değerlendirilmesi için yapıldı. Operasyon öncesi MR görüntüleme ve PET BT'de lenf nodu saptanmadı. Hastanın takiplerinde inguinal lenf nodu saptanmış ve başarılı bir şekilde eksize edilerek sıkı takiplerine devam edilmektedir.

Sonuç

Kasa invaziv lokalize mesane kanserlerinin tedavisinde radikal sistektomi ve lenfadenektomi standart tedavi olma özelliğini korumaya devam etmektedir. Lenf nodlarının çıkarılması

hastaların sağkalım sürelerine katkı sağlamaktadır. Mesane karsinomunda inguinal lenf nodu metastazı nadirdir. Metastazektomi, kanser kontrolüne yardımcı olabilir ve sınırlı metastaz yükü olan seçilmiş hastalarda sağkalımı uzatabilir. Metastatik ürotelyal karsinomun tedavisinde metastazektominin rolünü değerlendiren sınırlı veriler nedeniyle, bu yöntemi kullanırken her hasta bireysel ve multidisipliner olarak değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics 2006. CA Cancer J Clin 2006; 56: 106-30.
2. Aydın S. Türkiye’de üriner sistem kanserlerin görülme sıklığı. Turkish Journal of Urology 2007; 33: 392-7.)
3. T. Altuğ , Mesane kanseri güncellemeleri, Türk Üroloji Akademisi, 2015
4. Güncel üroloji 3.baskı , Türk Üroloji Akademisi, 2022
5. Messing EM. Urothelial tumors of the bladder. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors. Campbell’s urology Philadelphia: Saunders Co; 2007. p. 2407-47.)
6. Shinagare AB, Ramaiya NH, Jagannathan JP, Fennessy FM, Taplin M.-E., Abbeele ADVD Mesane kanserinin metastatik paterni: primer tümörün özellikleriyle korelasyon. Ben J Roentgenol. 2011; 196 (1):117–122. <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.10.5036>

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, inguinal LAP, radikal sistektomi

MESANE KANSERİNDE CİLT BULGULARININ TÜMÖR ÖZELLİKLERİYLE İLİŞKİSİ VAR MI?

Tezcan SEZGİN¹, Gökhan ECER², Cahit YAVUZ³, Süleyman DÖNMEZ⁴

¹Konya Şehir Hastanesi, Konya, Türkiye

²Karapınar Devlet Hastanesi, Konya, Türkiye

³Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Konya, Türkiye

⁴Konya Kızılay Hastanesi, Konya, Türkiye

Giriş

Mesane kanseri üriner sistemin en sık görülen kanseridir. Erkeklerde kadınlara oranla 3 kat daha sık görülür. Dünya genelindeki verilere göre, erkeklerde 7. en sık kanser iken kadınlarda 17. sırada yer alır.

Mesane kanseri etyopatogenezi incelendiğinde immün sistemle olan kuvvetli ilişkisi görülmektedir. Bu ilişki sebebiyle immünstimulasyon amacıyla hastalara intravezikal BCG tedavisi verilmektedir. İntravezikal immünoterapinin temeli, mesane içerisinde kanser hücrelerine karşı antiinflamatuvar ve immün yanıt oluşturarak idrarda İnterlökin(IL) ve Tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- α) salgılanmasına neden olup bunların tümör hücrelerini öldürmesidir.

Cilt sadece dış ve iç ortamlar arasında fiziksel bir bariyer değil aynı zamanda immünite ile ilişkili lenfoid bir organdır. Cilt lezyonları aynı zamanda immunitedeki değişiklikleri de göstermektedir. Romatolojik hastalık sebebiyle immunitede bozulma olan hastalarda cilt bulguları sıklıkla görülmektedir.

Çalışmamızda mesane kanseri olan hastalardaki cilt bulgularını değerlendirerek hastalık özellikleri ile arasında olan ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

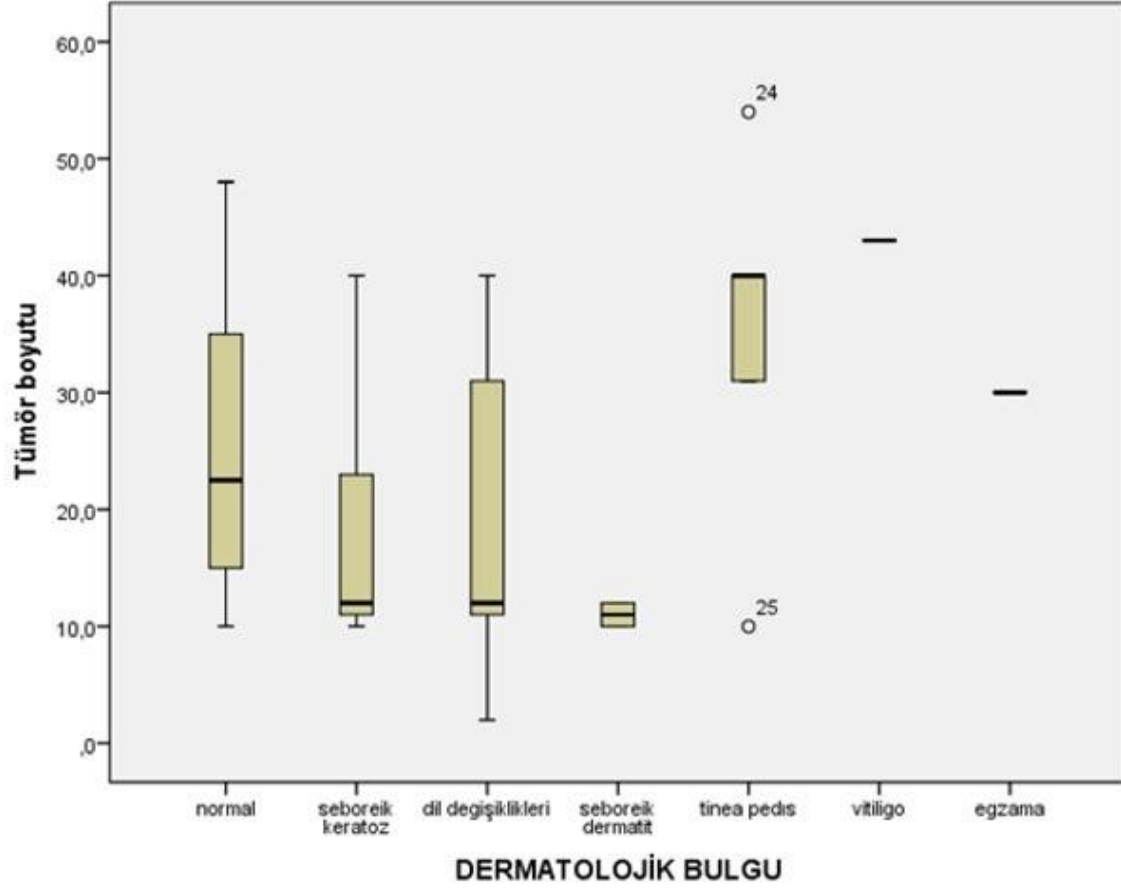
Materyal-Metod

Mesane kanseri tanısı almış ve TUR-Mt uygulanmış 45 hasta, dermatolojik bulgular açısından değerlendirilmiştir. Hastaların TUR-Mt patoloji sonucu, dermatolojik muayene bulguları, tümör özellikleriyle karşılaştırılarak veriler değerlendirilmiştir.

Sonuç

Hastaların yaş ortalaması $67\pm9,6$ olarak belirlendi. Dermatolojik bulgularla tümör boyutları arasında bir ilişki saptanmadı ($p>0,279$). Aynı şekilde dermatolojik bulgularla tümör lokasyonu, lenfovasküler invazyonu varlığı, BCG tedavisi öyküsü, cinsiyet ve yaş açısından değerlendirildiğinde de anlamlı ilişki saptanmadı. (tüm parametreler için $p>0,1$)

(Resim1, Tablo 1)



	Normal	Seboreik keratoz	Dil değişiklikleri	Seboreik dermatit	Tinea pedis	Vitiligo	Egzama	P value
İm lokasyonu								0,307
Yan duvar	9 (%45)	3(15)	3(15)	1(5)	4(20)	0	0	
Posterior	3(25)	2(16,7)	5(41,7)	0	1(8,3)	0	1(8,3)	
Trigon orifis	2(50)	2(50)	0	0	0	0	0	
taban	1(100)	0	0	0	0	0	0	
anterior	1(33,3)	1(33,3)	0	0	0	1(33,3)	0	
multiple	2(66,7)	0	0	1(33,3)	0	0	0	
TNM								<0,001
tag1n0m0: 1	11(40,7)	6(22,2)	4(14,8)	2(7,4)	3(11,1)	0	1(3,1)	
tag3n0m0:2	3(37,5)	2(25)	3(37,5)	0	0	0	0	
t1g1n0m0:3	2(50)	0	0	0	2(50)	0	0	
t2n0m0:4	2(40)	1(20)	2(40)	0	0	0	0	
t2n1m0:5	0	0	0	0	0	1(100)	0	
UVI varlığı	7(58,3)	1(8,3)	1(8,3)	0	2(16,7)	1(8,3)	0	0,246
Patoloji high grade	7(38,9)	3(16,7)	5(27,8)	0	2(11,1)	1(5,6)	0	0,598
BCG tedavisi öyküsü	3(27,3)	3(27,2)	4(36,4)	0	1(9,1)	0	0	0,640
Soliter	4(33,3)	2(16,7)	3(25)	0	2(16,7)	1(8,3)	0	0,573
Cinsiyet	14(36,8)	9(23,7)	9(23,7)	1(2,6)	4(10,5)	0	1(2,6)	0,76

Tartışma

Mesane kanserinde her ne kadar sitokinlerin tam olarak rolü anlaşılamamış da olsa T-helper (Th) 1 sitokinlerin varlığı BCG başarısıyla direk ilişkili gibi görünmektedir. Bu açıdan mesane kanserinin immüniteyle ciddi bir ilişkisi bulunmaktadır.

Cilt önemli bir lenfoid organ olması sebebiyle kanser özellikleriyle ilişkili olabilir. Bozulan immünite bu önemli lenfoid organ üzerinde değişiklikler yapabilir. Cilt bulguları olan hastalarda mesane kanserinin seyrinde farklılıklar görülebilir.

Çalışmamızda hasta sayısı azlığı önemli bir limitasyon olsa da bu konuda geniş hasta serileriyle yapılacak çalışmaların hem kanser etyopatogenezi aydınlatacağını hem de mesane kanseri ile cilt bulgularının arasındaki ilişkiyi göstereceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Mesane kanseri, dermatolojik bulgular, kanser cilt bulguları ilişkisi

BIPOLAR PROSTAT ENÜKLEASYONUNDA MORSELASYON NE ZAMAN GEREKLİ?

Kadir ERYILMAZ, Taylan OKSAY
Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta, Türkiye

Giriş: Bipolar Prostat Enükleasyonu'nda (BipolEP) adenom dokusunun çıkarılmasında başlıca rezeksiyon ve ya morselasyon yöntemleri kullanılır. Çalışmamızda prostat boyutlarına göre bu yöntemlerin avantaj veya dezavantajlarını tespit etmeyi amaçladık.

Yöntem: 2022 –2023 yılları arasında kliniğimizde BipolEP uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastalar; enükleasyon sonrası prostatik doku rezeksiyonu(n:26) ve ya morselasyonu(n:37) uygulananlar olarak gruplandırıldı. Enükleasyon ve rezeksiyon uygulanan hastalarda; enükleasyon işlemi mesane boynuna kadar yapıldı ve prostat dokusu rezeke edildi. Enükleasyon ve Morselasyon yapılan hastalar grubunda ise enükleasyon tamamen yapıldı ve mesane içine atılan prostat dokusu morselatör yardımıyla morsele edilerek çıkarıldı. Bu iki grup arasında; yaş, total psa, pre/post-operativ hemoglobin değerleri ve bunların arasındaki farklar, prostat hacmi, operasyon ve hospitalizasyon süresi, çıkarılan prostat hacimleri, arasındaki farklar karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: 90ccden büyük prostatlar için iki grup arasında preoperativ ve postoperativ hemoglobin farkı değerlendirildiğinde rezeksiyon bölümünde kanamanın daha çok olduğu görüldü (ortalama 1,83 vs 0,51 g/dl; $p<0,05$). Operasyon süresi rezeksiyon grubunda anlamlı olarak yüksekti (ortalama 100,75 vs 77,25 dk; $p<0,05$). Yine hospitalizasyon süresi rezeksiyon grubunda daha uzun bulundu (ortalama 58,8/44,4 saat; $p<0,05$). Diğer parametlerde anlamlı farklar izlenmedi. 70-80cc arasında prostatı olan hastalarda rezeksiyon grubunda operasyon süresi anlamlı olarak uzun bulundu. Diğer parametrelerde bir fark izlenmedi. 70cc ve altında prostatı olan hastalarda ise iki grup arasında hiçbir parametrede anlamlı fark izlenmedi.

Sonuç: BipolEP sonrası adenom çıkarılma işlemi morselasyon ve rezeksiyon olmak üzere iki yöntemle de yapılabilmektedir. BipolEP sonrası rezeksiyonda morselatör gibi ek cihazlar kullanılmadığı için maliyet düşüktür. 70cc altındaki prostatlar için ise yine BipoleP ve rezeksiyon; özellikle morselatör cihazının olmadığı kliniklerde TUR-P'ye alternatif olabilir. Bunun yanında çalışmamız 90 cc üzerindeki prostatlarda morselasyon yönteminde daha az kanama, daha kısa operasyon ve hospitalizasyon süresi gibi önemli avantajları göstermiştir. Büyük boyutta prostatlarda BipolEP yapılması planlandığında morselasyon cihazı bulundurmamak cerrahi sonuçlar açısından avantajlıdır.

Anahtar Kelimeler: BipolEP, enükleasyon, morselasyon

ROBOTIC FLEXIBLE URETEROSCOPY: A STEP-BY-STEP VIDEO

Rifat Burak ERGÜL¹, Mehmet GÜRCAN¹, Ahmet Baris AYDIN¹, Ismet NANE¹, Faruk ÖZCAN²,
Tzevat TEFİK¹

¹*Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul, Türkiye*

²*Istanbul University Istanbul Faculty of Medicine, İstanbul, Türkiye*

Background:

The management of kidney stones, particularly those in the renal pelvis, is a critical aspect of urology. The European Association of Urology guidelines recommend Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy or Endourology methods, encompassing Percutaneous Nephrolithotomy and Ureterorenoscopy (URS) , for stones ranging from 10-20 mm. Robotic-assisted urological procedures have gained prominence in recent years, promising enhanced precision, and safety.

Objectives:

This article aims to provide a detailed account of the technical aspects and outcomes of a robotic URS (robo-URS) procedure in a 63-year-old male patient with a 15 mm renal pelvis stone, serving as a reference for urologists considering this approach.

Materials:

The patient presented with right flank pain, and an unenhanced computed tomography scan confirmed the presence of a 15x12x13 mm stone in the right renal pelvis. After assessment and preparation, robo-URS was performed using the Roboflex Avicenna robotic platform (ELMED, Ankara, Turkey) in conjunction with conventional urological instruments and laser technology.

Results:

The procedure was completed successfully in 50 minutes without any detectable blood loss or intraoperative complications.

Conclusion:

Robotic-assisted Ureterorenoscopy (robo-URS) is a promising approach for managing renal pelvis stones. The procedure, demonstrated in this video article, underscores its technical feasibility, safety, and efficacy, making it a valuable resource for urologists seeking to expand their knowledge in stone management techniques.

Keywords: Robotic ureteroscopy

A GIANT PARATESTICULAR TUMOUR: CASE REPORT

Seyfettin Anıl TANTEKİN¹, **Kazım Can OBA¹**, Rifat Burak ERGÜL¹, Serdar TURAN¹, Selçuk ERDEM², Mehmet Öner ŞANLI², Faruk ÖZCAN²

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

²*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Ürolojik Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye*

INTRODUCTION

Spermatic cord liposarcoma is a rare disease and there are a limited number of cases in the literature. Although there is no definite agreement on the treatment, the general opinion in the initial treatment is surgical excision. There are 3 subtypes of liposarcoma; dedifferentiated/well differentiated liposarcoma, myxoid/round cell liposarcoma, pleomorphic liposarcoma. We present a case of dedifferentiated liposarcoma of the left spermatic cord.

CASE PRESENTATION

A 61-year-old man with no known comorbidities was admitted to hospital with left testicular swelling that started 12 months ago. In the scrotal ultrasonography; left testis has been observed significant heterogeneous, peripheral vascularity was observed but vascular coding in the testis was not observed, a solid lesion measuring approximately 170 x 120 mm was observed in the left scrotum.



Figure 1: Preoperative image

In the abdominal CT; a solid lesion filling the left scrotum, extended into the left inguinal canal, including collection areas; no findings in favor of metastasis. Tumor markers were normal (α -fetoprotein: 1.69 ng/mL, Beta-HCG: 1.51 mIU/mL, LDH: 139 U/L).



Figure 2: Image on CT-scan (Coronal)



Figure 3: Image on CT-scan (Axial)

It was decided to perform a left radical orchiectomy, which was performed scrotally due to the size of the mass. The operation was performed without complications.

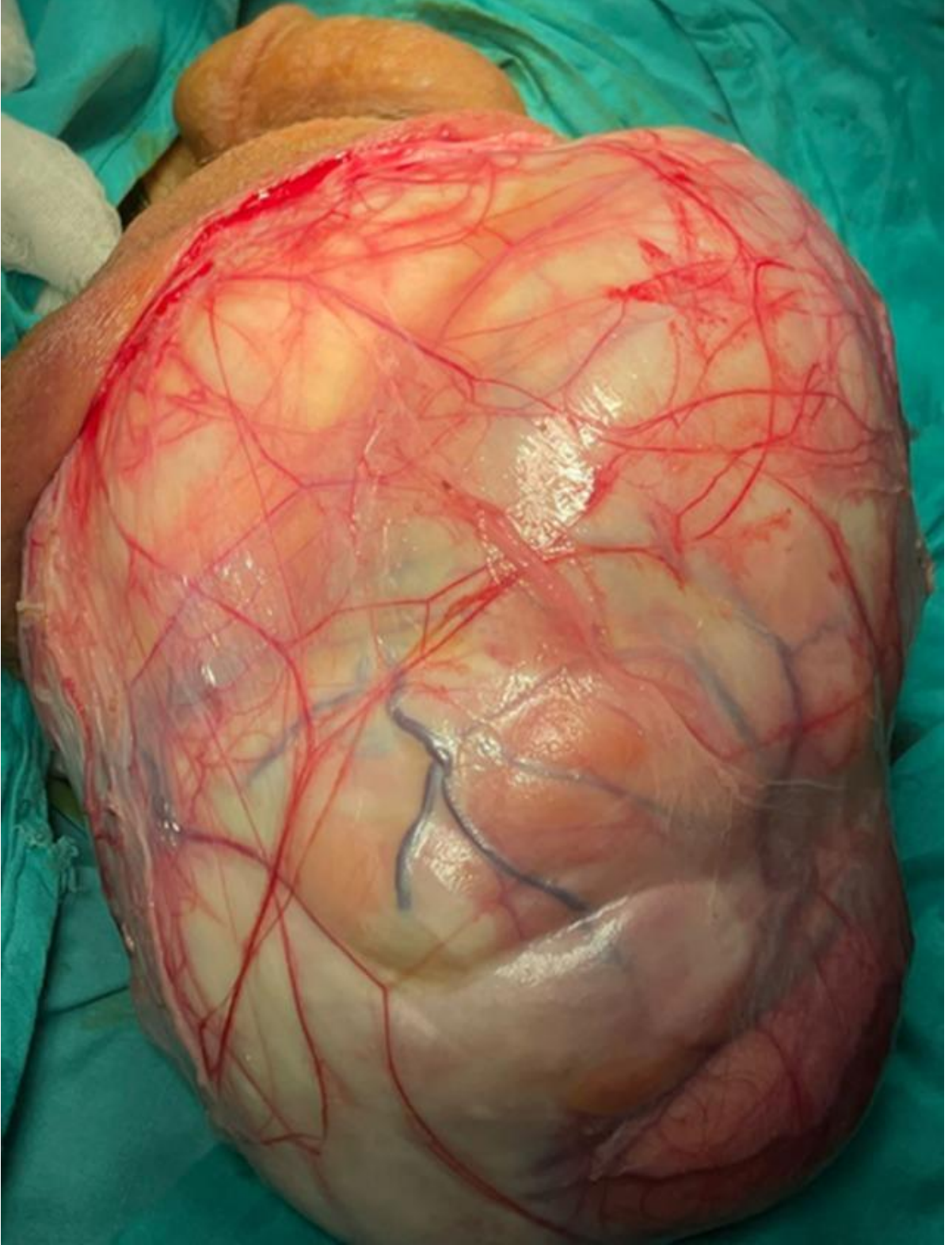


Figure 4: Peroperative image



Figure 5: Excised mass

Pathology was reported as dedifferentiated liposarcoma; Ki-67 index was 15-20%, desmin positive, smooth muscle actin negative, S-100 positive. No tumor was detected in the testis.

As a result of the multidisciplinary evaluation (Uro-oncology council) made in our clinic, decided to follow up the patient with imaging. No recurrence or metastasis was detected in the patient who was followed by us for 2 years.

Keywords: testis, dedifferentiated liposarcoma, paratesticular mass

SUPİN POZİSYON RETROPERİTONEAL LENF NODU DİSEKSİYONU EĞİTİMİNDE TAZE İNSAN KADAVRA KULLANIMI DENEYİMİMİZ

İbrahim Can Aykanat¹, Ersin Köseoğlu², Abdullah Erdem Canda^{2,3}, Mevlana Derya Balbay^{2,4}

¹Koç Üniversitesi Hastanesi, Üroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim dalı, İstanbul Türkiye

³RMK Aimes İleri Düzey Girişimsel Tıp, Eğitim ve Simülasyon Merkezi, İstanbul, Türkiye

⁴American Hastanesi, İstanbul, Türkiye

Retroperitoneal lenfadenektomi (RPLND), lenf nodu metastatik testis kanseri hastalarında kemoterapi öncesi veya sonrasında uygulanan cerrahi bir yöntemdir. Bu işlem açık, laparoskopik veya robotik teknikle gerçekleştirilebilir. Açık teknik genellikle tercih edilse de, robotik teknik her geçen gün popülerlik kazanmaktadır. RPLND, büyük damarlara yakın çalışma ve önceki kemoterapi tedavisinden kaynaklanan yapışıklıklar nedeniyle komplike bir cerrahidir. Ayrıca, RPLND operasyonunun düşük sıklıkta yapılması nedeniyle cerrahların deneyim kazanması zordur. Cerrahi eğitimin parçası olarak, cerrahın bir ameliyatı ilk kez yapmadan önce hayvanlar, kadavralar veya çeşitli organ modelleri üzerinde yapmalarının operasyon sırasında komplikasyon oranlarını azalttığı ve cerrahi öğrenmeyi kolaylaştırdığı gösterilmiştir. Buradan yola çıkarak robotik retroperitoneal lenf nodu disseksiyon operasyonunu taze insan kadavrasında gerçekleştirdik ve gerçek cerrahiye iyi taklit eden bir eğitim yöntemi olduğunu belirledik. Taze insan kadavraların insan anatomisine sahip olmaları nedeniyle, simülasyon veya hayvan modellerinden daha iyi bir şekilde gerçek cerrahiye taklit ettiklerini gözlemledik. Operasyon, RMK AİMES (İstanbul, Türkiye) merkezinde daha önce kullanılmış olan bir gövde kadavrasında gerçekleştirildi (Radikal sistektomi, radikal prostat ameliyatı, bilateral parsiyel nefrektomi, penil protez yerleştirme, yapay idrar sfinkteri yerleştirme gibi önceki kurslarda kullanılmıştı). Pnömoperitoneumdan kaynaklanan hava sızıntısını önlemek için önceki ameliyatların trokar kesilerinden AIRSEAL cihazı kullanıldı. Operasyonda Da Vinci X robotik sistemi kullanıldı. Sonuç olarak, robotik RPLND'de taze insan kadavralarının kullanımının uygulanabilir ve faydalı bir eğitim yöntemi olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Retroperitoneal lenfadenektomi, robotik cerrahi, RPLND

ASPIRASYON TEMELLİ ÜRETERAL ERİŞİM KILIFLARI REZİDÜEL TAŞLARIN AZALTILMASININ YENİ BİR YOLU MU? İLK 12 OLGUNUN ERKEN DÖNEM SONUÇLARI

Dr. Murat Can Kiremit

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

Amaç: Üst üriner sistem taşlarının retrograd intrarenal cerrahi (RIRC) ile tedavisinde yeni kullanıma giren aspirasyonlu ve yönlendirilebilir üreteral erişim kılıfının (AYÜEK) etkinlik ve güvenliğini klasik üreteral erişim kılıfı (ÜEK) ile karşılaştırarak değerlendirmek.

Gereç ve Yöntemler: Kliniğimizde Thulium Fiber Laser (TFL) kullanıma girdiği Aralık 2021'den Ekim 2023 tarihine kadar böbrek ve/veya proksimal üreter taş(lar)ı tanısı ile RIRC yapılan 252 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Mayıs 2023'ten itibaren AYÜEK kullanılan 12 hasta; yaş, cinsiyet, ASA skoru, taş sayısı, lokalizasyonu, boyutu, dansitesi (Hounsfield ünitesi), önceden Double-J stent varlığı parametreleri açısından eşleştirilerek yine 10-12Fr klasik ÜEK'nin kullanıldığı aynı sayıda hastanın verileri ile karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların demografik, taş ve operasyona dair verileri tablo 1'de gösterilmektedir. Gruplar arasında basket kullanımı ve postoperatif erken dönem taşsızlık oranları açısından istatistiksel anlamlı farklılık saptandı. Ameliyat ve litotripsi süresi AYÜEK grubunda daha kısa olmakla birlikte istatistiksel anlamlı fark izlenmedi.

Sonuçlar: Sınırlı sayıdaki olgumuzun erken dönem sonuçlarına göre AYÜEK kullanımı basket kateter kullanımı ihtiyacını azaltarak cerrahinin maliyetine olumlu bir katkı sağlayabilir. Ayrıca erken dönem taşsızlık açısından da AYÜEK kullanımı klasik ÜEK'e göre avantajlı olarak bulunmuştur. Son olarak her ne kadar AYÜEK, hem ameliyat hem de litotripsi süresini kısaltsa da istatistiki anlamlı farka ulaşabilmesi için daha geniş olgu serisine ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Tablo 1

	Aspiratik ÜEK (n=12)	Klasik ÜEK (n=12)	p
Yaş	41.8	46.1	0.243
BMI	25.5	26.1	0.628
Taş boyutu (mm)	19.6	19.9	0.950
Taş dansitesi (HU)	1086.6	1116.0	0.831
Ameliyat süresi (dk)	66.7	78.2	0.509
Litotripsi süresi (sn)	668.0	849.7	0.633
Floroskopi zamanı (sn)	6.5	4.5	0.343
Endoskopik Taşsızlık			0.171
Komplet taşsızlık	10	7	
Tek<2 mm	0	0	
Çoklu<2 mm	2	2	
Tek< 4 mm	0	0	
Çoklu<4 mm	0	3	
>4 mm	0	0	
Floroskopik Taşsızlık			0.171

Komplet taşsızlık	10	7	
Tek<2 mm	0	0	
Çoklu<2 mm	2	2	
Tek< 4 mm	0	0	
Çoklu<4 mm	0	3	
>4 mm	0	0	
Postop Erken Taşsızlık			0.045
Komplet taşsızlık	10	8	
Tek<2 mm	0	0	
Çoklu<2 mm	2	0	
Tek< 4 mm	0	0	
Çoklu<4 mm	0	4	
>4 mm	0	0	
Basket kullanımı	2	12	<0.001
Hastanede yatış süresi	1.6	1.1	0.088

CUMHURİYETİMİZİN
100. YILI ÜROLOJİ
TOPLANTISI
26-29 EKİM 2023
GRAND MERCURE ANKARA

100  **YIL**

